



European
University
Cyprus



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών

και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ‘ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ’**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ
ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΤΟΥΣ**

της

ΜΕΛΙΝΑΣ ΑΣΛΑΝΙΔΟΥ

(Α.Μ. 04)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΔΡΟΣΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ

Αιγάλεω, Μάρτιος, 2018

ΕΚΠΟΝΗΘΕΙΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ

ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ



European
University
Cyprus



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών

και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ‘ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ’**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ
ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΤΟΥΣ**

της

ΜΕΛΙΝΑΣ ΑΣΛΑΝΙΔΟΥ

(Α.Μ. 04)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΔΡΟΣΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ

Αιγάλεω, Μάρτιος, 2018

ΕΚΠΟΝΗΘΕΙΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ

ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ



European
University
Cyprus



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών

και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων

**POSTGRADUATE PROGRAM
'ADMINISTRATION OF HEALTH UNITS AND SOCIAL
WELFARE'**

MASTER THESIS

MASTER THESIS TITLE:

**THE HEALTH CARE SYSTEMS OF GREECE AND ENGLAND
AND THE COMPARISON OF THEIR FEATURES AND
EFFICIENCY**

MELINA ASLANIDOU

(R.N. 04)

SUPERVISOR: DROSOS DIMITRIOS, LECTURER

Aigaleo, March, 2018

COMPLETION OF MASTER THESIS NECESSARY FOR OBTAINING THE POSTGRADUATE

DIPLOMA

Η παρούσα διπλωματική εργασία
εγκρίνεται για παρουσίαση.

Δρόσος Δημήτριος, Λέκτορας

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Copyright © Μελίνα Ασλανίδου, 2018

Με επιφύλαξη κάθε δικαιώματος. Allrightsreserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Α.Ε.Ι. Πειραιά Τεχνολογικού Τομέα και του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Α.Ε.Ι. Πειραιά Τεχνολογικού Τομέα και του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Βεβαιώνω ότι είμαι αποκλειστικός συγγραφέας της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια που είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία.

Βεβαιώνω, επίσης, ότι έχω σαφώς αναφέρει όλες τις δευτερογενείς πηγές συλλογής δεδομένων τις οποίες χρησιμοποίησα για την συγγραφή της παρούσας εργασίας. Το κείμενο της εργασίας είναι γραμμένο με τα δικά μου λόγια και δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής από τρίτες πηγές. Σε περίπτωση αυτούσιας αντιγραφής προτάσεων από τρίτες πηγές έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά.

Μελίνα Ασλανίδου,

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στην οικογένεια μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Καταρχάς θα ήθελα να εκφράσω την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρόσο Δημήτριο, για την ευκαιρία που μου έδωσε να συνεργαστώ μαζί του, για την διαρκή καθοδήγηση του, καθώς και για την εξαιρετική υπομονή που έδειξε κατά τη διάρκεια συγγραφής της συγκεκριμένης εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου και τον αδερφό μου για την αμέριστη υποστήριξη τους στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής διατριβής.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τους καθηγητές μου στο μεταπτυχιακό για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μου παρείχαν, όπως και τους συμφοιτητές μου για τις στιγμές που περάσαμε μαζί κατά τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

Μελίνα Ασλανίδου,

Α.Ε.Ι. Πειραιά Τεχνολογικού Τομέα, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων,
Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Επιστημών Υγείας, Π.Μ.Σ. Διοίκηση
Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, 2018

Επόπτης καθηγητής: Δρόσος Δημήτριος, Λέκτορας

Περίληψη:

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής είναι η σύγκριση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας ως προς τα χαρακτηριστικά τους και την αποδοτικότητα τους. Για τη πληρέστερη παρουσίαση της εικόνας των συστημάτων υγείας των δυο χωρών έγινε εκτενή συλλογή πληροφοριών και δεδομένων. Επιπλέον, έγινε σύγκριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των συστημάτων των δυο χωρών. Με την σύγκριση αυτή, γίνεται μια προσπάθεια για μια τεκμηριωμένη άποψη σχετικά με την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας της Ελλάδας διαχρονικά, μεμονωμένα αλλά και σε σύγκριση με το σύστημα υγείας της Αγγλίας.

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην εργασία προήλθαν από εξειδικευμένες πηγές σχετικά με τα συστήματα υγείας. Πέρα από τα παραπάνω, πληροφορίες αντλήθηκαν από ξένη και ελληνική βιβλιογραφία, επιστημονικά περιοδικά, άρθρα εφημερίδων και από πηγές του διαδικτύου.

Λέξεις - Κλειδιά: Σύστημα Υγείας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης,

THE HEALTH CARE SYSTEMS OF GREECE AND ENGLAND AND THE COMPARISON OF THEIR FEATURES AND EFFICIENCY

Melina Aslanidou,

University of Piraeus Technological Sector, Department of Business
Administration, European University of Cyprus, Department of Health Sciences,
Postgraduate Program 'Administration of Health Units and Social Welfare' 2018

Supervisor: Drosos Dimitrios, Lecturer

Abstract:

The main aim of this thesis is the comparison of the Greek and English health care systems features and efficiency. For a comprehensive presentation of the health care systems of the two countries, there is an extensive collection of information and data. Furthermore, a comparison was made between the special characteristics of the two countries healthcare systems. With this comparison, an effort is made for a substantiated opinion on the Greek healthcare system efficiency and effectiveness over the years, individually and in relation to the English health care system.

The data used in the project came from specialized sources on the subject of health care systems. In addition to the above, information was gathered from foreign and Greek literature, scientific journals, newspaper articles and internet sources.

Keywords: Health Care System, World Health Organization, National Health System, Organization for Economic Cooperation and Development,

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</i>	12
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	16
<i>ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</i>	16
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</i>	18
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	18
1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.3. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	21
1.4. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	24
1.5. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
1.6. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	31
1.7. ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	35
1.8. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	37
1.8.1. Μοντέλο Bismarck ή Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.....	38
1.8.2. Μοντέλο Beveridge ή Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	42
1.8.3. Μοντέλο Ιδιωτικής Υγείας ή Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας.....	45
1.8.4. Μοντέλο Semashko ή Κομμουνιστικό (Σοβιετικό) Σύστημα Υγείας.....	50
1.9. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	52
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ</i>	55
2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	55
2.2. Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	58
2.3. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	59
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ</i>	62
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	62
3.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ	62
3.3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΓΛΙΑΣ	68
3.4. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ	70
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</i>	74
4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	74
4.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ.....	75
4.3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑΣ.....	76
4.3.1. Σύγκριση των πηγών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας. 77	76
4.3.2. Σύγκριση των δαπανών υγείας των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας	80
4.3.3. Σύγκριση των υγειονομικών υποδομών και προσωπικού των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας.....	85
4.3.4. Σύγκριση των τρόπων αμοιβής των γιατρών των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας. 90	90
4.3.5. Σύγκριση του βαθμού κάλυψης του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας	95
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ</i>	97
5.1. ΜΟΡΦΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	97

5.2. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	101
5.3. ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΓΛΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ.....	105
5.4. ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ.....	109
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</i>	<i>112</i>
<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....</i>	<i>119</i>

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχεδιάγραμμα 1: Είδη της χρηματοδότησης της υγείας για το έτος 2015.....	77
Σχεδιάγραμμα 2: Ποσοστιαίες μεταβολές των ιδιωτικών πληρωμών για την περίοδο 2009 έως 2015.....	79
Σχεδιάγραμμα 3: Δαπάνη υγείας ανά κάτοικο για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2016.....	80
Σχεδιάγραμμα 4: Μέση ετήσια αύξηση δαπανών υγείας ανά άτομο στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη από 2003 έως 2016.....	81
Σχεδιάγραμμα 5: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για το έτος 2016 στα κράτη του Ο.Ο.Σ.Α.....	82
Σχεδιάγραμμα 6: Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τα έτη 2003 έως 2016.....	83
Σχεδιάγραμμα 7: Αριθμός των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015.....	84
Σχεδιάγραμμα 8: Εξέλιξη του αριθμού των γιατρών σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 με 2015.....	85
Σχεδιάγραμμα 9: Αριθμός των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015.....	86
Σχεδιάγραμμα 10: Νοσηλευτές ανά γιατρό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015.	87
Σχεδιάγραμμα 11: Αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 έως 2015.....	88
Σχεδιάγραμμα 12: Αμοιβή των γιατρών σε σχέση με τον μέσο μισθό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015.....	91
Σχεδιάγραμμα 13: Αμοιβή των νοσοκόμων σε σχέση με τον μέσο μισθό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το 2015.....	92
Σχεδιάγραμμα 14: Μεταβολή των μισθών των νοσοκόμων σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη από 2005 έως 2015.....	93

Σχεδιάγραμμα 15: Βαθμός κάλυψης του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015 95

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός και μεθοδολογία της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής είναι η σύγκριση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας ως προς τα χαρακτηριστικά και την αποδοτικότητα τους. Γίνεται μια παρουσίαση των ορισμών των συστημάτων υγείας, της ιστορίας τους, των διαφόρων μοντέλων τους καθώς και των ιδιαιτεροτήτων τους. Στην ουσία, με τη συγκεκριμένη εργασία επιχειρείται να διαπιστωθεί η δομή των συστημάτων υγείας των δυο αυτών χωρών, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τους και τα συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από την σύγκριση μεταξύ τους.

Η μεθοδολογία της συγκεκριμένης εργασίας βασίστηκε στην δευτερογενή έρευνα που στηρίζεται στην εκτενή συλλογή θεωρητικών στοιχείων από εξειδικευμένη βιβλιογραφία και άλλες πηγές όπως περιοδικά, άρθρα και πηγές διαδικτύου, την ανάλυση τους και ύστερα την παράθεση τους. Συγκεκριμένα ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα :

- Συλλογή πληροφοριών από εξειδικευμένες βιβλιογραφικές πηγές και επαλήθευση τους.
- Ανάλυση των συλλεχθέντων πληροφοριών.
- Διαμόρφωση και παρουσίαση τους.

Δομή και διάρθρωση της εργασίας

Η παρακάτω εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια. Στο παρόν τμήμα που αποτελεί την εισαγωγή παρουσιάζεται ο βασικός σκοπός της εργασίας, η μεθοδολογία που θα εφαρμοστεί για την σύγκριση των συστημάτων υγείας της Αγγλίας και Ελλάδας και η δομή και διάρθρωση της εργασίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια θεωρητική ανασκόπηση της έννοιας του συστήματος υγείας με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Ειδικότερα αναλύονται οι ορισμοί του, η δομή, οι σκοποί και στόχοι, οι λειτουργίες, οι πηγές χρηματοδότησης, τα μοντέλα του καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τους ενώ πραγματοποιείται και μια σύντομη σύγκριση μεταξύ

τους. Επίσης γίνεται και μια συνοπτική παρουσίαση των συστημάτων υγείας των μεγάλων χώρων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια παρουσίαση της ιστορίας της υγείας στην Ελλάδα και του συστήματος υγείας της. Επίσης γίνεται αναφορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, στους φορείς του και τις δομές του, καθώς και στον τρόπο οργάνωσης του.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το σύστημα υγείας της Αγγλίας. Εκτός από την παρουσίαση της ιστορίας του αγγλικού συστήματος υγείας, παρέχονται και επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά του, τις πηγές χρηματοδότησης του καθώς και για τις προσπάθειες αποκέντρωσης του.

Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η σύγκριση των συστημάτων υγείας των δυο χωρών, των χαρακτηριστικών τους, της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας τους και επισημαίνονται οι ομοιότητες και οι διαφορές τους.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις τωρινές μορφές των συστημάτων υγείας της Αγγλίας και της Ελλάδας καθώς και στις παθογένειες και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο συνοψίζονται τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας και παρουσιάζονται κάποιες προτάσεις και στρατηγικές για τη βελτίωση του συστήματος υγείας της Ελλάδας εν μέσω της οικονομικής κρίσης που μαστίζει την χώρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Εισαγωγή

Προκειμένου να καταστεί δυνατή η εφαρμογή μιας οποιασδήποτε πολιτικής υγείας είναι απαραίτητο να υπάρχει κάποια συγκεκριμένη δομή και οργάνωση η οποία θα καταφέρει αφενός να υλοποιήσει την πολιτική υγείας και αφετέρου θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της συγκεκριμένης πολιτικής υγείας. Αυτή η συγκεκριμένη δομή και οργάνωση στο χώρο της υγείας είναι αυτό που αποκαλείται «σύστημα υγείας» (Χλέτσος Μ., 2011).

Η διαμόρφωση της δομής και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας σε κάποιο βαθμό αντικατοπτρίζει τη δομή και τον τρόπο διοίκησης της ίδιας της κοινωνίας. Από τη στιγμή που τα συστήματα υγείας πηγάζουν από συγκεκριμένες πολιτικές, ιστορικές, πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές παραδόσεις είναι φυσικό οι οργανωτικές ρυθμίσεις να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών. Είναι βέβαια φανερό ότι με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν τα δεδομένα οπότε απαιτείται ανασχεδιασμός του εκάστοτε συστήματος προκειμένου να καταστεί δυνατή η ανταπόκρισή του στις ανάγκες που έχουν πλέον δημιουργηθεί (Jakubowski E. και Busse R., 1998, Χλέτσος Μ., 2011).

Τα συστήματα υγείας λοιπόν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (αλλά και παγκοσμίως) ποικίλλουν καθώς αντικατοπτρίζουν τις διαφορετικές κοινωνικές επιλογές που έχουν γίνει σε κάθε χώρα. Αυτά των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όμως, αν και έχουν, σημαντικές κάποιες φορές, διαφορές τόσο στην οργάνωση όσο και στη χρηματοδότηση, έχουν παράλληλα κοινά θεμέλια τα οποία αποτελούν οι εξής αξίες: καθολικότητα, ισότητα, πρόσβαση σε περίθαλψη καλής ποιότητας και αλληλεγγύη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

1.2. Ορισμοί Συστήματος Υγείας

Γενικά, ως σύστημα ονομάζεται μια οργανωμένη, σκόπιμη δομή που αποτελείται από αλληλένδετα και αλληλεξαρτώμενα στοιχειά όπως μέρη, οντότητες, παράγοντες, μέλη κ.λπ.. Αυτά τα στοιχεία αλληλεπιδρούν συνεχώς με άμεσο ή έμμεσο τρόπο για να διατηρήσουν τη δραστηριότητά τους και την ύπαρξη του συστήματος, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος του συστήματος(vonBertalanffyL., 1968)¹.

Αυτό που διακρίνει ένα σύστημα υγείας από τα υπόλοιπα συστήματα είναι ο σκοπός του δηλαδή η υγεία των ανθρώπων. Ένα σύστημα υγείας έχει πολλά μέρη. Εκτός από τους ασθενείς, οι οικογένειες, τα υπουργεία Υγείας, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, οι οργανώσεις υπηρεσιών υγείας, οι φαρμακευτικές εταιρίες, οι φορείς χρηματοδότησης της υγείας και άλλοι οργανισμοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Οι διασυνδέσεις αυτές του συστήματος υγείας μπορούν να θεωρηθούν ως οι λειτουργίες και οι ρόλοι που διαδραματίζουν τα μέρη αυτά. Οι λειτουργίες αυτές περιλαμβάνουν την εποπτεία, την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, τη χρηματοδότηση και διαχείριση πόρων κ.λπ.. Με βάση τα παραπάνω, ο Roemer(1991) όρισε το σύστημα υγείας ως τον συνδυασμό πόρων, οργάνωσης, χρηματοδότησης και διαχείρισης που κορυφώνονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Για την έννοια του συστήματος υγείας έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί. με μικρές διαφορές μεταξύ τους.Οι McPake B., Kumaranayake L. καιNormand C (2002) ερμηνεύουν ένα σύστημα υγείας ως αποτελούμενο από χρήστες, πληρωτές, παρόχους και τις ρυθμιστικές αρχές που μπορούν να χαρακτηριστούν από τις σχέσεις μεταξύ τους, με τις σχέσεις αυτές να αναφέρονται στις βασικές λειτουργίες των συστημάτων υγείας, δηλαδή τη ρύθμιση, τη χρηματοδότηση, την κατανομή των πόρων και την παροχή υπηρεσιών (Mills A. and RansonK., 2001).

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π. (2007) μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

¹<http://www.businessdictionary.com/definition/system.html>

Σύμφωνα πάλι με τους KarokisA. και SissourasA. (1994) με τους όρους σύστημα υγείας ή υγειονομικό σύστημα, εννοούμε το σύνολο των δομών και υποδομών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση ορισμένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προώθηση της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών. Σύμφωνα λοιπόν με τη προσέγγιση αυτή, το σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του, δηλαδή η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Συνεπώς το σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα, η νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λ.π.. Υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ασφάλιση υγείας, η παραγωγή φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού κ.λ.π. δεν περιλαμβάνονται στο σύστημα υγείας. Οι τελευταίες λειτουργούν με διαφορετικούς κανόνες και στόχους, οι οποίοι συχνά έρχονται σε αντίθεση με εκείνους του συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WorldHealthOrganization, 2000), το σύστημα υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο που αποτελείται από ανθρώπινους, υλικούς και χρηματικούς πόρους αλλά και από ιδρύματα, οργανισμούς και φορείς. Όλα αυτά συνδέονται μεταξύ τους με χρηματοδότηση, ρύθμιση και εκτέλεση διαφόρων «δράσεων υγείας» με σκοπό την προώθηση, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας. Οι MurrayC. και EvansD. (2003), προσθέτουν ότι περιλαμβάνονται και δράσεις στις οποίες οι υπεύθυνοι της υγείας προωθούν την βελτίωση σε χώρους εκτός του άμεσου έλεγχου τους όπως για παράδειγμα η νομοθεσία για τη μείωση των θανάτων από τροχαία ατυχήματα.

Σύμφωνα με τους Θεοδώρου Μ., Σούλη Σ. και Σαρρή Μ. (2001), το σύστημα υγείας ορίζεται ως το σύνολο των επιμέρους μερών-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διασφάλιση και η προώθηση της υγείας του πληθυσμού. Ένας επιπλέον ορισμός των Θεοδώρου Μ., Σούλη Σ. και Σαρρή Μ. (2001) για το σύστημα υγείας είναι το πλέγμα των παρεμβάσεων του κράτους με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι παρεμβάσεις αυτές καθορίζουν τον τρόπο επίτευξης της προστασίας

από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τον ΛιαρόπουλοΛ. (2007) ένα σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων στον τομέα της υγείας, που μέσα από την ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, στα πλαίσια των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.

Συνοψίζοντας, διάφοροι συγγραφείς έχουν, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, αναφέρει διαφορετικούς ορισμούς του τι είναι ένα σύστημα υγείας. Το συμπέρασμα που μπορεί να αντληθεί είναι ότι, οποίος ορισμός χρησιμοποιείται, είναι σημαντικό να καθοριστεί ρητά και τα μέσα αξιολόγησης του συστήματος να είναι σύμφωνα με τον ορισμό. Με βάση τους προηγούμενους ορισμούς που αναφέρθηκαν, ως σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεξαρτώνται τόσο μεταξύ τους, όσο και με το γενικότερο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον, και έχει ως στόχο την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Ένα σύστημα υγείας, ως μέρος του συστήματος κοινωνικής προστασίας, θα πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο, δηλαδή να παράγει όσο το δυνατόν περισσότερες υπηρεσίες υγείας στο μικρότερο δυνατό κόστος και να εξασφαλίζει την δίκαιη και ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους (NolteE., McKeeM. and WaitS., 2005).

1.3. Διαχρονική Εξέλιξη Συστημάτων Υγείας

Οι αρχές του θεσμού της υγείας χρονολογούνται από αρχαιοτάτων χρόνων, περίπου το 3000 π.Χ.. Η αρχαία Αίγυπτος, θεωρείται ο πρώτος πολιτισμός που ανέπτυξε αυτό που σήμερα ονομάζουμε σύστημα υγείας. Στους αρχαίους πολιτισμούς η θρησκεία και η υγεία σχετίζονταν. Οι αρχαίοι αιγυπτιακοί ναοί ήταν τα πρώτα ιδρύματα που στόχευαν στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι κατέγραφαν τις έρευνες και τις γνώσεις τους πάνω στην υγεία σε πάπυρους που αποτελούν τα παλαιότερα έγγραφα πάνω στο θέμα που έχουν διασωθεί μέχρι σήμερα². Ανάλογες πρακτικές ακολουθούνται και σε άλλες κοινωνίες της εποχής εκείνης, όπως την Αρχαία Ελλάδα, την Ινδία, την Κίνα, την Βαβυλωνία και χώρες της Μεσοποταμίας.

²<https://www.medicalnewstoday.com/info/medicine/ancient-egyptian-medicine.php>

Επιπλέον τον 5^ο αιώνα π.Χ., στην αρχαία πόλη Ιδάλιον της Κύπρου δημιουργείται το πρώτο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών υγείας στην ιστορία της ανθρωπότητας. Το πρόγραμμα αυτό, αναφέρονταν στην συμφωνία μεταξύ του βασιλιά Στασίκυπρου και των πολιτών με τον γιατρό Ονάσιλλο και τους αδελφούς του. Η συμφωνία αυτή όριζε ότι θα αναλάμβαναν την ιατρική περίθαλψη των τραυματιών στον πόλεμο κατά των Περσών και Φοινίκων και ο βασιλιάς θα τους πρόσφερε χρήματα ως ανταμοιβή είτε εδάφη απαλλαγμένα από φορολογία. Τα παραπάνω έχουν ιδιαίτερη σημασία καθώς αποδεικνύουν την ύπαρξη του αρχαιότερου συστήματος κοινωνικής πρόνοιας³.

Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι αν και υπήρχε στην αρχαία Ελλάδα μια μορφή ιατρικής φροντίδας, παρόλα αυτά η οργανωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς και τους αρρώστους ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Αυτό άλλαξε με την εμφάνιση του Χριστιανισμού, που επικροτούσε την φιλανθρωπία (Risse G.B., 1999).

Στην Βυζαντινή αυτοκρατορία ο θεσμός των νοσοκομείων παρουσίασε άνθηση με την υιοθέτηση του Χριστιανισμού ως επίσημη θρησκεία. Σε αντίθεση με την Ρώμη όπου τα νοσοκομεία παρείχαν υπηρεσίες υγείας μόνο σε στρατιώτες και σκλάβους και δεν ήταν ανοικτά στο κοινό, στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία τα νοσοκομεία ξεκίνησαν αρχικά από την εκκλησία και ήταν ανοικτά στους φτωχούς παρέχοντας τους βασικές υπηρεσίες υγείας (Miller Timothy S., 1997). Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Βυζαντινή Αυτοκρατορία εξυπηρετούσαν σχεδόν αποκλειστικά τους φτωχούς. Ο συνολικός αριθμός τους είναι δύσκολο να υπολογιστεί, όμως θεωρείται ότι υπήρχαν πάνω από 160 νοσοκομεία που παρείχαν υπηρεσίες υγείας στους φτωχούς, και διέφεραν σε μέγεθος. Τα μεγαλύτερα νοσοκομεία βρίσκονταν στην Κωνσταντινούπολη και θεωρείται ότι είχαν πάνω από 200 κλίνες (Horden P., 2005).

Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, στην τσαρική Ρωσία, είχε ξεκινήσει η δημιουργία ενός τεράστιου δικτύου περιφερειακών ιατρικών εγκαταστάσεων και νοσοκομείων όπου η ιατρική φροντίδα ήταν δωρεάν και χρηματοδοτούνταν από την φορολογία. Μετά την επανάσταση των Μπολσεβίκων το 1917, αποφασίστηκε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας θα είναι δωρεάν για όλο τον πληθυσμό, ένα σύστημα που διατηρήθηκε σχεδόν οκτώ δεκαετίες. Αυτό ήταν το πρώτο παράδειγμα ενός κεντρικού και κρατικά ελεγχόμενου συστήματος υγείας (World Health Organization, 2000).

³<http://www.cyprushighlights.com/en/2014/08/15/the-idalion-bronze-tablet/>

Τα τωρινά συστήματα υγείας δεν υπήρχαν πάντα, ούτε έχουν υπάρξει για μεγάλο χρονικό διάστημα στην παρούσα μορφή τους. Προσπάθειες για την παροχή οργανωμένης εθνικής και διεθνούς πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας έχουν περάσει από διάφορα στάδια εξέλιξης κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα και θα συνεχίσουν να εξελίσσονται σε αυτόν τον αιώνα. Πρώιμες προσπάθειες για την ίδρυση εθνικών συστημάτων υγείας ήταν κοινές σε όλη τη Δυτική Ευρώπη, ξεκινώντας με την προστασία των εργαζομένων, και ακολούθησαν από τις περισσότερες χώρες στον υπόλοιπο κόσμο, σε μια προσπάθεια παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες τους. Χρειάστηκαν πολλά ακόμα χρόνια και η μεσολάβηση του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου για τις περισσότερες κυβερνήσεις να λάβουν δράση (EllenNolte, Martin McKee and SuzannWait, 2005).

Το πρώτο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δημιουργήθηκε στη Γερμανία το 1883, όταν η αυτοκρατορική κυβέρνηση του Μπίσμαρκ καθιέρωσε την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για όλους τους εργαζόμενους. Ακολούθησε η Βρετανία το 1911 με τον τότε πρωθυπουργό LloydGeorge και στη συνέχεια οι πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών. Το 1948, η εργατική κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας ίδρυσε με εισήγηση του λόρδου Beveridge το πρώτο εθνικό σύστημα υγείας που λειτουργεί μέχρι σήμερα (EllenNolte, Martin McKee and SuzannWait, 2005, GorskyM., 2008).

Η Νέα Ζηλανδία καθιέρωσε μια εθνική υγειονομική υπηρεσία το 1938 και στον Καναδά, ο οποίος είναι ευρέως γνωστός για το δικό του σύστημα υγείας, η εθνική υπηρεσία υγείας τέθηκε σε λειτουργία μόλις το 1971. Οι ΗΠΑ παραμένουν το μόνο κράτος-μέλος στον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (Ο.Ο.Σ.Α.) χωρίς εθνικό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η Κούβα αποτελεί ένα πρότυπο για το τι μπορεί να πετύχει ένα δημόσιο σύστημα υγείας με περιορισμένους οικονομικούς πόρους (SpiegelJM.andYassiA., 2004).

Το 1946 ιδρύεται, στα πλαίσια του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization – W.H.O.) και οι προσπάθειές του για την προώθηση βιώσιμων και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας κορυφώθηκαν με τη Διακήρυξη της AlmaAta το 1978, η οποία υποστήριξε την ιδέα και τη στρατηγική της κεντρικής υγειονομικής περίθαλψης ως μέσο για την επίτευξη του ύψιστου βαθμού υγείας για όλους τους ανθρώπους σε συνεργασία με τις κυβερνήσεις-μέλη της (ZakusD.andCortinoisA., 2002).

Το 1998, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ξεκίνησε την ανάπτυξη του Πλαισίου Αξιολόγησης της Απόδοσης του Συστήματος Υγείας. Αυτό οδήγησε στην δημοσίευση της Παγκόσμιας Έκθεσης Υγείας (World Health Report 2000), η οποία αποτελούσε την πρώτη προσπάθεια για μια τεκμηριωμένη αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας στα τότε 191 μέλη του (Murray C. and Frenk J., 2000).

Σήμερα, τα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών έχουν εξελιχθεί παράλληλα με δύο γραμμές: το μοντέλο πληρωμών εργαζομένων/εργοδοτών ή το φορολογικό μοντέλο, με το οποίο συνεισφέρουν όλοι οι φορολογούμενοι ολόκληρο ή μέρος των απαιτούμενων οικονομικών εισφορών. Και οι δύο περιλαμβάνουν ένα μίγμα, σε διαφορά επίπεδα, δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών. Η σύγκριση των συστημάτων υγείας είναι συχνά πολύ χρήσιμη, ειδικά για την εκμάθηση νέων ιδεών. Παρόλο που εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη συζήτηση σχετικά με το θέμα της αξίας και χρησιμότητας της κεντρικής παροχής υγείας, παραμένει μια βιώσιμη προσέγγιση για την παροχή ενός αποδεκτού επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε χώρες σε όλα τα επίπεδα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Η συζήτηση τώρα επικεντρώνεται στον καλύτερο τρόπο παροχής υπηρεσιών, μέσω δημόσιων ή ιδιωτικών πάροχων, και τον κατάλληλο συνδυασμό μηχανισμών χρηματοδότησης, κυβερνητικών δαπανών, ή διαφόρων τύπων ασφάλισης (Zakus D. and Bhattacharyya O., 2007, Θεοδώρου Μ., Σούλη Σ. και Σαρρή Μ., 2001).

1.4. Σκοποί και Στόχοι Συστημάτων Υγείας

Η αναγκαιότητα ύπαρξης ενός συστήματος εξαρτάται από τη χρησιμότητα των σκοπών του και από την ικανότητα να πετυχαίνει τους στόχους που θέτει για την εκπλήρωση των σκοπών του. Σκοποί και στόχοι ενός συστήματος αποτελούν επομένως ένα σύνολο, το οποίο όχι μόνο διακρίνει το ένα σύστημα από το άλλο, αλλά χαρακτηρίζει και το ίδιο το σύστημα ως προς την ωφέλεια του. Οι σκοποί είναι πάντοτε γενικότεροι από τους στόχους και δεν έχουν συγκεκριμένους χρονικούς ορίζοντες ενώ αντίθετα οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι και έχουν συγκεκριμένη χρονική διάρκεια. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι θα πρέπει να είναι προσδιορισμένοι με σαφή κριτήρια (von Bertalanffy L., 1968).

Όπως αναφέρθηκε, κύριος σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, στα πλαίσια των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας. Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό θεσμό του κράτους και έχει απώτερο

σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Λιαρόπουλο Λ.,2007). Η βελτίωση της υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την συνολική ευημερία και την επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής του πληθυσμού, καθώς η υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 1948), δεν σημαίνει μόνο απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας, αλλά και πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία.

Τα τελευταία χρόνια, ένα από τα σημαντικότερα θέματα στον τομέα της υγείας, είναι η αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας, με σκοπό την σωστή ανάδειξη προτεραιοτήτων (HamC. and HonigsbaumF., 1998, Coulter and Ham, eds., 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στην έκθεση του για το 2000, επιχείρησε την συγκριτική μελέτη των συστημάτων υγείας των χωρών μελών του, με την εφαρμογή συγκεκριμένης μεθοδολογίας αποτίμησης της απόδοσής τους. Το πλαίσιο της μεθοδολογίας αυτής στηρίζεται στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κάθε σύστημα υγείας επιτυγχάνει στην εκπλήρωση τριών στόχων, οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι (MurrayC. and FrenkJ., 1999, WorldHealthOrganization, 2000, KawabataK., 2001):

Ο πρώτος όπως αναφέρθηκε και παραπάνω και σημαντικότερος αφορά την βελτίωση υγείας του πληθυσμού. Η βελτίωση αυτή αναφέρεται τόσο στη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, όσο και στην ισότιμη παροχή της βελτιωμένης υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Ο βαθμός επίτευξης του σκοπού αυτού εκφράζει το βαθμό της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας (Λιαρόπουλο Λ., 2007).

Ο δεύτερος στόχος αναφέρεται στην ανταποκρισιμότητα, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών κατά την καθημερινή επαφή τους με το σύστημα υγείας. Οι προσδοκίες αυτές περιλαμβάνουν κυρίως τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια με την οποία αντιμετωπίζονται οι πολίτες από τους λειτουργούς των υπηρεσιών υγείας και δεν αφορούν το ιατρικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών που λαμβάνουν, καθώς και την ικανοποίηση που αντλούν οι πολίτες από την χρήση των υπηρεσιών αυτών(de Silva 2000, DarbyC., etal., 2000).Ο στόχος αυτός αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο είναι η βελτίωση του μέσου επιπέδου ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας και το δεύτερο η επίτευξη της ισότητας στην κατανομή της

ανταποκρισιμότητας ανάμεσα στους πολίτες, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές που πιθανώς παρουσιάζουν. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των πολιτών σχετικά με το σύστημα υγείας, διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ανάλογα με την κουλτούρα του ατόμου, τα πολιτιστικά στοιχεία, την κατοχή ειδικών γνώσεων και πληροφοριών και άλλα γενικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις του ατόμου (Sadana R., et al, 2000).

Ο τρίτος στόχος είναι η δικαιοσύνη την οποία απολαμβάνει ο πληθυσμός όταν καλείται σε χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία η οποία του παρέχεται σε περίπτωση έλευσης κάποιας σοβαρής και ιδιαίτερα δαπανηρής ασθένειας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική δυσχέρεια ένα νοικοκυριό (Murray C. and Frenk J., 1999, World Health Organization, 2000).

Από τους τρεις στόχους του συστήματος υγείας, ο πρώτος είναι αυτός ο οποίος έχει μελετηθεί κυρίως, δηλαδή η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός έχει μελετηθεί και διαχρονικά, σε συνολικό επίπεδο, αλλά και μεταξύ χωρών. Για τους άλλους δυο στόχους, της ανταποκρισιμότητας και της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης, δεν έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα εκτενείς αναλύσεις, και κατά συνέπεια τα συγκριτικά στοιχεία είναι περιορισμένα (Δανιηλίδου Α., 2009, World Health Organization, 2000, Gillies A., 2003).

Όσον αφορά τον δεύτερο στόχο του συστήματος υγείας, του στόχου της ανταποκρισιμότητας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προχώρησε στη διεξαγωγή ερευνών που αποσκοπούσαν στον καθορισμό των στοιχείων τα οποία τον συνθέτουν. Τα στοιχεία αυτά είναι τα ακόλουθα (Darby C. et al., 2000, de Silva A., 2000):

- α) Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ατόμου που σχετίζεται με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως η σωστή συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας και η διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας,
- β) η αυτονομία του ασθενή που προϋποθέτει την κατοχύρωση μιας σειράς δικαιωμάτων όπως η ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια από την οποία πάσχει, τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας της, τη συναίνεση και ενεργό

συμμετοχή του στις αποφάσεις για τη θεραπεία του και τη συγκατάθεσή του για τη διεξαγωγή εξετάσεων και θεραπειών,

γ) η έγκαιρη προσοχή που επιτυγχάνεται με την παροχή άμεσης φροντίδας στις επείγουσες περιπτώσεις, την παροχή φροντίδας μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα και το μικρό χρόνο αναμονής στις ιατρικές επισκέψεις,

δ) η προστασία της ιδιωτικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης καθώς επίσης και η προστασία του απόρρητου των πληροφοριών τις οποίες παρέχει ο ασθενής και των πληροφοριών που σχετίζονται με την ασθένειά του,

ε) η ύπαρξη ενός κατάλληλου κλίματος επικοινωνίας με το προσωπικό να ακούει προσεκτικά τον ασθενή, να δίνονται επαρκείς εξηγήσεις ως προς τις ιατρικές διαδικασίες και να υπάρχει η δυνατότητα για ερωτήσεις από αυτόν,

στ) το δικαίωμα της επιλογής των παρόχων έχει διπλή ερμηνεία, δεδομένου ότι αναφέρεται αφενός στη δυνατότητα επιλογής γιατρού, νοσηλευτών, ή άλλων υγειονομικών επαγγελματιών και αφετέρου στη δυνατότητα επιλογής υγειονομικής μονάδας,

ζ) η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει το δικαίωμα να δέχεται ο ασθενής επισκέψεις συγγενών και φίλων, την άδεια παροχής προσωπικών ειδών από αυτούς κ.λπ.,

η) το περιβάλλον, με χαρακτηριστικά όπως η επάρκεια του χώρου, των αποχωρητηρίων, του υγιεινισμού, του καθαρού νερού και των τροφίμων, η καθαριότητα και η συχνότητα της και η συντήρηση των κτιριακών εγκαταστάσεων.

Τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τα στοιχεία που σχετίζονται με το σεβασμό του ατόμου (αξιοπρέπεια, αυτονομία, ιδιωτικότητα και επικοινωνία) και τα στοιχεία που σχετίζονται με τον προσανατολισμό των υπηρεσιών προς τον ασθενή (έγκαιρη προσοχή, δικαίωμα επιλογής, περιβάλλον και κοινωνική υποστήριξη). Το στοιχείο της κοινωνικής υποστήριξης ξεχωρίζει, καθώς εστιάζει στην συνεργασία μεταξύ χρηστών και προμηθευτών, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα στοιχεία που εστιάζουν στην απόδοση του παρόχου υπηρεσιών υγείας (Darby C. et al.,

2000, de Silva A., 2000). Επιπλέον, με βάση έρευνες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το στοιχείο της έγκαιρης προσοχής κρίνεται ως το πιο σημαντικό για τους Έλληνες πολίτες, σε αντίθεση με το στοιχείο της κοινωνικής υποστήριξης που έχει την μικρότερη σημασία για αυτούς (Sadana R., et al., 2000).

Τα παραπάνω στοιχεία που συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα διακρίνονται μεταξύ τους όχι μόνο ως προς την σημασία τους για τον πληθυσμό, αλλά και ως προς το κόστος των τυχόν παρεμβάσεων που θα μπορούσαν να γίνουν για τη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας. Για παράδειγμα, για να βελτιωθεί η ποιότητα του περιβάλλοντος ενδεχομένως θα χρειαζόνταν μεγάλες επενδύσεις, ενώ για τα στοιχεία σχετικά με το σεβασμό του ατόμου, μικρές αλλαγές στην εκπαίδευση του προσωπικού μπορούν να επιφέρουν σημαντικά θετικά αποτελέσματα (Ustun T. B., et al., 2001).

Η δικαιοσύνη όσον αφορά την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον τρίτο βασικό στόχο που σχετίζεται με την αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας. Ο παραπάνω στόχος, μαζί με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αύξηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών, αποτελούν την βάση της μεθοδολογίας που έχει αναπτύξει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με σκοπό να βοηθήσει τα μέλη του στην αποτίμηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας τους (Murray C. and Frenk J., 1999, World Health Organization, 2000).

Εδώ πρέπει να απαντηθεί το ερώτημα τι συνιστά δίκαιη τη κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους ενός συστήματος υγείας. Η απάντηση σχετίζεται με τις εξής τρεις προϋποθέσεις, την ανάγκη αποφυγής εξαιρετικά υψηλών εισφορών οι οποίες επιβαρύνουν υπερβολικά το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών, τα νοικοκυριά με ισοδύναμο εισόδημα να επιβαρύνονται το ίδιο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός προοδευτικότητας των καταβολών, δηλαδή κατά πόσο τα πιο εύπορα στρώματα συνεισφέρουν περισσότερο στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας σε σχέση με τα λιγότερο εύπορα (Murray C. and Frenk J., 1999, World Health Organization, 2000).

Επομένως, με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αποφυγή καταβολής υπερβολικών εισφορών, η ίση συμμετοχή των νοικοκυριών με ισοδύναμο εισόδημα στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας και η προοδευτικότητα της συμμετοχής στη

χρηματοδότηση του συστήματος υγείας σύμφωνα με την περιουσία αποτελούν τα βασικά στοιχεία της δίκαιης κατανομής χρηματοδοτικού βάρους ενός συστήματος υγείας (Murray C. and Frenk J., 1999, World Health Organization, 2000, Wagstaff A., et al., 1999).

Λόγω των περιορισμένων πόρων, είναι σημαντικό για τους υπεύθυνους ενός συστήματος υγείας να λαμβάνουν υπόψη την σχετική βαρύτητα που δίνεται στον κάθε στόχο από τον πληθυσμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το ποσοστό της σχετικής βαρύτητας που λαμβάνει ο στόχος της βελτίωσης της υγείας είναι 49%, της βελτίωσης της ανταποκρισιμότητας 29% και της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης 22% (Gakidou E., Murray C. and Frenk J., 2000).

1.5. Βασικά Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας έχει κάποια βασικά χαρακτηριστικά (Γεωργούσης Ε. και Κυριόπουλος Γ., 2002, Θεοδώρου Μ., Σούλη Σ. και Σαρρή Μ., 2001, Karokis A. και Sissouras A., 1994, West P.A., 1981), τα οποία είναι:

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Το σύστημα προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό 24 ώρες το 24ωρο χωρίς χρονικούς περιορισμούς. Ουσιαστικά πόσο εύκολα διαθέτονται οι υπηρεσίες υγείας στο κοινό, αν ο καθένας τις βρίσκει σε κάθε φορέα υγείας και αν καλύπτουν τις ανάγκες του.
- Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Κάθε άτομο, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής θέσης έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας. Δηλαδή το κατά πόσο εφόσον υπάρχουν, είναι οι υπηρεσίες υγείας προσπελάσιμες για το σύνολο των πολιτών.
- Συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας: Το σύστημα προσφέρει τις υπηρεσίες του, όχι μόνο στο στάδιο της θεραπείας, αλλά πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου. Επομένως το κατά πόσο υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στη προσφορά των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή αν καλύπτουν τις ανάγκες της κοινωνίας στο σύνολο τους.
- Ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας: Η ισότητα έχει δύο διακριτούς εννοιολογικούς ορισμούς. Ο πρώτος αφορά την ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων

(οριζόντια ισότητα) και ο δεύτερος αφορά την άνιση μεταχείριση μεταξύ μη – ίσων ατόμων (κάθετη ισότητα).

- Αποδοχή των υπηρεσιών υγείας: Είναι βασικό οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στους πολίτες να είναι αποδεκτές. Ο βαθμός αποδοχής των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες συνδέεται άμεσα με το επιστημονικό και επαγγελματικό υπόβαθρο των εργαζομένων στους οργανισμούς υγείας, την αρτιότητα των εγκαταστάσεων και γενικότερα το κοινωνικοοικονομικό και τεχνολογικό επίπεδο της χώρας.
- Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος υγείας: Κάθε σύστημα υγείας δίνει βαρύτητα στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας. Μερικά συστήματα έχουν ως επίκεντρο την δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειοκεντρικό σύστημα) και κατ' επέκταση εστιάζουν στην θεραπεία της νόσου και άλλα έχουν ως επίκεντρο την πρωτοβάθμια περίθαλψη και εστιάζουν στην πρόληψη και στην αποκατάσταση μετά την θεραπεία.

Επιπλέον, ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι αποτελεσματικό, αποδοτικό και λειτουργικό. Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας αφορά το βαθμό επίτευξης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων του. Με την αποδοτικότητά του εκτιμάται η επίτευξη των στόχων του με το ελάχιστο δυνατό κόστος ή με δεδομένους πόρους, το καλύτερο δυνατό, αποτέλεσμα. Η λειτουργικότητα του συστήματος υγείας είναι η δυνατότητά του να παράγει υπηρεσίες υγείας που να εξυπηρετούν τόσο τους μακροπρόθεσμους σκοπούς του συστήματος (βελτίωση επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής), όσο και τους εκάστοτε ενδιάμεσους στόχους του (Γεωργούσης Ε. και Κυριόπουλος Γ., 2002).

Όπως αναφέρθηκε, ένα σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί πλήρως, πρέπει να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, να τους επανακαθορίζει και να σχεδιάζει και να καθορίζει τα μέσα για την επίτευξή τους. Η ικανότητα του συστήματος υγείας να αναπροσαρμόζεται, με βάση τις διαρκείς μεταβολές του περιβάλλοντος, να επανασχεδιάζει το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των υπηρεσιών του με βάση τις αλλαγές αυτές και να εκτιμά τα αποτελέσματα της πρακτικής του, αποτελούν τις προϋποθέσεις για να επιτύχει και να διατηρήσει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη λειτουργικότητά του (Θεοδώρου Μ., Σούλης Σ. και Σαρρής Μ., 2001).

Πολλοί παράγοντες εκτός του συστήματος υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων όπως η φτώχεια, η εκπαίδευση, η τεχνολογία και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον. Επειδή τα συστήματα υγείας είναι ανοικτά σε εξωτερικές επιρροές, είναι γνωστά ως ανοικτά συστήματα. Τα συστήματα υγείας θεωρούνται επίσης πολυεπίπεδα. Τα μικρότερα συστήματα υγείας μπορεί να είναι αυτοδύναμα και να έχουν περιορισμένη κλίμακα και εφαρμογή, όπως αυτά που εμπλέκονται στη λειτουργία μιας κλινικής ή τη διαχείριση ενός συστήματος πληροφοριών υγείας. Τα μεγαλύτερα συστήματα μπορεί να αφορούν την ένωση πολλών μικρότερων συστημάτων όπως κλινικές και νοσοκομεία, και παρέχουν συντονισμό της υγείας σε εθνικό επίπεδο. Λόγω του σκοπού και της έκτασης ενός τέτοιου εθνικού συστήματος υγείας, η διαχείριση σε κεντρικό επίπεδο είναι δύσκολη και οι όποιες μεταβολές δύσκολα προβλέψιμες. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα άτομα και οι οργανισμοί καινοτομούν και προσαρμόζονται διαρκώς και εν μέρει ότι τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από συνεχείς αναδιοργανώσεις επίσημα αλλά και ανεπίσημα. Αυτό έχει οδηγήσει στοχαστές συστημάτων να περιγράψουν τα συστήματα υγείας ως πολύπλοκα προσαρμοστικά συστήματα (PleskP., 2001).

1.6. Λειτουργίες Συστημάτων Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2000), κάθε σύστημα υγείας πρέπει να είναι οργανωμένο έτσι, ώστε να εκτελούνται τέσσερις βασικές λειτουργίες, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών υγείας, η εξασφάλιση των αναγκαίων ανθρώπινων και υλικών πόρων που είναι απαραίτητοι για τη παροχή των υπηρεσιών υγείας, η συλλογή εσόδων για την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η εποπτεία του συστήματος, δηλαδή η καθοδήγηση όλων των εμπλεκόμενων μερών στο σύστημα υγείας. Ουσιαστικά, η τελευταία λειτουργία καθορίζει και τις υπόλοιπες, αφού μέσω αυτής ταυτίζονται οι στόχοι της πολιτικής υγείας με την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας (WorldHealthOrganization, 2000, BaezaC. καιPackardT., 2006).

Η λειτουργία της παροχής υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στον συνδυασμό των εισροών σε μια παραγωγική διαδικασία που λαμβάνει χώρα σε ένα συγκεκριμένο οργανωτικό πλαίσιο και που οδηγεί στην παροχή μιας σειράς υπηρεσιών υγείας. Εδώ πρέπει να αναφερθεί η διάκριση μεταξύ προσωπικών και μη προσωπικών υπηρεσιών υγείας. Οι προσωπικές υπηρεσίες υγείας αναφέρονται σε υπηρεσίες που καταναλώνονται απευθείας από ένα άτομο, είτε για πρόληψη, είτε διάγνωση, θεραπεία

ή αποκατάσταση, ενώ οιμη προσωπικές υπηρεσίες υγείας αναφέρονται σε ενέργειες που εφαρμόζονται είτε συλλογικάγια παράδειγμα. μαζική ενημέρωση και εκπαίδευση για την υγεία ή σεμη ανθρώπινα τμήματα του περιβάλλοντος όπως για παράδειγμα βασική υγιεινή (WorldHealthOrganization, 2000, BaezaC. andPackardT., 2006, FrenkJ, RuelasE, DonabedianA., 1989, ScottW.R., 1966).

Όσον αφορά τη λειτουργία της εξασφάλισης των πόρων για τη παροχή υπηρεσιών υγείας, τα συστήματα υγείας δεν περιορίζονται μόνο σε ιδρύματα που χρηματοδοτούν ή παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας, αλλά περιλαμβάνουν μια ποικιλία οργανώσεων που παράγουν πόρους για αυτές, όπως ανθρώπινο δυναμικό, φυσικούς πόρους όπως εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και γνώσεις. Αυτό το σύνολο οργανώσεων περιλαμβάνει πανεπιστήμια και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα και εταιρείες που παράγουν προϊόντα όπως τα φάρμακα, συσκευές και εξοπλισμό (WorldHealthOrganization, 2000, MurrayC. andFrenkJ., 2000, Roemer M., 1991).

Η λειτουργία της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι η διαδικασία μέσω της οποίας έσοδα συλλέγονται από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές, συγκεντρώνονται σε κεφάλαια για την διαχείριση του κινδύνου και κατανέμονται σε δραστηριότητες για την παροχή υπηρεσιών. Ειδικότερα(WorldHealthOrganization, 2000, MurrayC. andFrenkJ., 2000, Ozanne L., 1996):

- Η συλλογή εσόδωναφέρεται στην συγκέντρωση οικονομικών πόρων από πρωτογενείς (φυσικά και νομικά πρόσωπα) και δευτερογενείς (κυβερνήσεις και δωρεές) πηγές. Τα κεφάλαια αυτά μπορούν να εξασφαλιστούν μέσω ορισμένων βασικών μηχανισμών : άμεσες και έμμεσες πληρωμές, υποχρεωτική και προαιρετική ασφάλιση, γενική και ειδική φορολογία και δωρεές από Μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Ο σχεδιασμός της λειτουργίας της συλλογής εσόδων είναι πιθανό να επηρεάσει την απόδοση ενός συστήματος υγείας. Για παράδειγμα, η διαχείριση των ιδρυμάτων που πραγματοποιούν την συλλογή των εσόδων, σε ότι αφορά τον ρόλο του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, καθώς και ο αριθμός των ιδρυμάτων που εκτελούν αυτή τη δραστηριότητα επηρεάζει την απόδοση του συστήματος υγείας. Άλλα παραδείγματα είναι τα εφαρμοζόμενα μέτρα για την φοροδιαφυγή, οι διαδικασίες είσπραξης και ο επιμερισμό των φόρων.

- Η συγκέντρωση κεφαλαίων για την διαχείριση κινδύνου αφορά τη συσσώρευση εσόδων για το κοινό πλεονέκτημα όλων των συμμετεχόντων. Μέσω της συγκέντρωσης των κεφαλαίων οι συμμετέχοντες μοιράζονται τον χρηματοοικονομικό κίνδυνο. Η συγκέντρωση κεφαλαίων διαφέρει από την συλλογή εσόδων, στην οποία ορισμένοι μηχανισμοί της, όπως οι λογαριασμοί ιατρικής αποταμίευσης δεν μοιράζεται ο κίνδυνος μεταξύ των συμμετεχόντων. Οι βασικές πτυχές της δραστηριότητας αυτής είναι ο αριθμός και το μέγεθος των συγκεντρώσεων κεφαλαίων, οι μηχανισμοί μεταφοράς κεφαλαίων μεταξύ των συγκεντρώσεων, η επιλογή και ο ανταγωνισμός μεταξύ των συγκεντρώσεων και ο έλεγχος των ιδρυμάτων που τα διαχειρίζονται. Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να επηρεάσει την απόδοση ενός συστήματος υγείας όσον αφορά την προστασία των καταναλωτών σε περίπτωση αφερεγγυότητας ή χρεωκοπίας καθώς και τους κανόνες που διέπουν την διαχείριση τους.
- Η στρατηγική αγορών είναι ο τρόπος με τον οποίο οι οργανισμοί συγκέντρωσης κεφαλαίων για την διαχείριση κινδύνου (αγοραστές) χρησιμοποιούν τους συγκεντρωμένους πόρους για τη χρηματοδότηση ή αγορά ιατρικών υπηρεσιών για τους χρήστες τους. Στην καθημερινή αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αγοραστές και παρόχους, ο αγοραστής, εντός ενός ρυθμιστικού πλαισίου, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό ενός μεγάλου μέρους των εξωτερικών κινήτρων για τους παρόχους ώστε να διαμορφώσουν την κατάλληλη αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αυτούς και τους χρήστες καθώς και των κατάλληλων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, η λειτουργία της εποπτείας, καθορίζει το περιεχόμενο και το πλαίσιο πολιτικής για το σύνολο του συστήματος υγείας. Αυτή η λειτουργία συνήθως αποτελεί (όχι όμως πάντα) κυβερνητική ευθύνη. Περιλαμβάνει τρεις βασικές πτυχές, τον καθορισμό, εφαρμογή και παρακολούθηση των κανόνων του συστήματος υγείας, εξασφαλίζοντας ισότιμους όρους ανταγωνισμού για όλους τους φορείς στο σύστημα (ιδίως τους αγοραστές, τους πάροχους και τους ασθενείς) και τη διαμόρφωση στρατηγικών κατευθύνσεων για το σύνολο του συστήματος υγείας. Για την πραγματοποίηση των πτυχών αυτών, η εποπτεία μπορεί να διακριθεί σε έξι επιμέρους λειτουργίες που είναι οι εξής (WorldHealthOrganization, 2000, MurrayC. andFrenkJ., 2000, Londono J.L., Frenk J., 1997) :

- Ο γενικός σχεδιασμός του συστήματος υγείας αφορά την διαμόρφωση της πολιτικής στο ευρύτερο επίπεδο και περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο όλες οι λειτουργίες του συστήματος υγείας συνδυάζονται.
- Η αξιολόγηση των επιδόσεων. Ένα βασικό συστατικό για την παροχή στρατηγικής κατεύθυνσης και την εξασφάλιση ισότιμων όρων ανταγωνισμού είναι η αξιολόγηση των επιδόσεων των ιδρυμάτων που συμμετέχουν στην είσπραξη εσόδων, την αγορά, παροχή και εξασφάλιση των πόρων.
- Ο καθορισμός προτεραιοτήτων. Η επιλογή κριτηρίων για τη ρύθμιση προτεραιοτήτων και η επίτευξη αλληλοσυμφωνίας μεταξύ τους, αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία της εποπτείας.
- Διατομεακή προώθηση. Είναι η προώθηση των πολιτικών σε άλλα κοινωνικά συστήματα με απώτερο σκοπό να προχωρήσουν οι στόχοι υγείας.
- Ρύθμιση. Ο όρος αυτός στο σύστημα υγείας αναφέρεται σε δύο κύριους τύπους ρύθμισης, της υγειονομικής ρύθμισης των αγαθών και των υπηρεσιών και της ρύθμισης της ιατρικής περίθαλψης. Ο πρώτος αναφέρεται στις συμβατικές προσπάθειες των υγειονομικών αρχών να ελαχιστοποιήσουν τους κινδύνους για την υγεία από τα αγαθά και τις υπηρεσίες σε μια οικονομία, ειδικά εκείνα που σχετίζονται με τα τρόφιμα και ο δεύτερος αναφέρεται στους οργανισμούς που είναι επιφορτισμένοι με την χρηματοδότηση, παροχή υπηρεσιών και εξασφάλιση των πόρων του συστήματος υγείας.
- Προστασία των καταναλωτών. Τόσο η ασφαλιστική αγορά όσο και η αγορά ιατρικής φροντίδας χαρακτηρίζονται από ασυμμετρίες στις πληροφορίες και την δύναμη μεταξύ των καταναλωτών και των παραγωγών. Επομένως, μέρος της λειτουργίας της εποπτείας είναι να επιτυγχάνει ισότιμους όρους ανταγωνισμού για τους συμμετέχοντες του συστήματος υγείας.

Ο συνδυασμός αυτών των έξι επιμέρους λειτουργιών της εποπτείας αποτελεί τη βασική απόφαση για τον στρατηγικό σχεδιασμό. Πράγματι, φαίνεται να υπάρχει αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στον βαθμό στον οποίο οι υγειονομικές αρχές αναλαμβάνουν την ευθύνη για κάθε επιμέρους λειτουργία. Ενώ η λειτουργία της εποπτείας περιλαμβάνει γενικά ένα σύνολο βασικών λειτουργιών, υπάρχει διαφοροποίηση στην κατανομή της ευθύνης προς τα διάφορα επιμέρους όργανα (εκτελεστικά και νομοθετικά) και επίπεδα (εθνικό και τοπικό επίπεδο) της

κυβέρνησης. Τέλος, ένα σημαντικό ζήτημα που επηρεάζει την απόδοση αναφέρεται στις πραγματικές ικανότητες για τη διεξαγωγή λειτουργιών εποπτείας. Πιο συγκεκριμένα, ο αναπροσανατολισμός των περισσότερων υπουργείων υγείας από την παραδοσιακή λειτουργία τους ως παρόχους υπηρεσιών υγείας, στις νέες προκλήσεις της εποπτείας, απαιτεί σημαντική οργανωτική αναδιοργάνωση για την οποία το υπάρχον μίγμα δεξιοτήτων μπορεί να μην είναι επαρκές (WorldHealthOrganization, 2000, MurrayC. andFrenkJ., 2000, Londono J.L., Frenk J., 1997).

1.7. Πηγές Χρηματοδότησης Συστημάτων Υγείας

Η ανεύρεση πηγών χρηματοδότησης για ένα σύστημα υγείας, καθώς και η ανεύρεση των πόρων που απαιτούνται για την λειτουργία του, αποτελούν σημαντικά ζητήματα για τους υπεύθυνους του συστήματος υγείας σε μια χώρα. Τα ζητήματα σχετικά με την υγεία που πρέπει να απαντηθούν είναι ποιος πληρώνει, ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η πληρωμή, και ποιος είναι ο υπεύθυνος οργανισμός για την είσπραξη. Οι βασικές αρχές σχετικά με την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι οι εξής (Τούντας Γ., 2003, Σιγάλας Ι., 2008) :

- Το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που κατευθύνεται προς την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνά το όριο, πέρα από το οποίο οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
- Η αρχή της αποδοτικότητας, με βάση την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διακριτών υποσυστημάτων θα πρέπει να οδηγεί σε μεγιστοποίηση του οφέλους.
- Η αρχή της ισότητας στην χρηματοδότηση.

Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας χωρίζονται ανάλογα με την πηγή που προέρχονται κυρίως σε δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Στις δημόσιες πηγές υπάγεται η φορολογία, στην οποία οι επιβαλλόμενοι φόροι διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους φόρους και 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, η οποία προορίζεται για

συγκεκριμένο σκοπό και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά, όπως ο φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού. Επιπλέον, άλλη δημόσια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι οι εισφορές των αυτοαπασχολούμενων, οι εισφορές των ατόμων με εξαρτημένη σχέση εργασίας και οι εισφορές ομάδων πληθυσμού ανάλογα με το μέγεθος του εισοδήματός τους. Η κοινωνική ασφάλιση σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη κάλυψη του ασφαλιστικού κινδύνου. Αυτό οφείλεται στο ότι η ασφαλιστική της βάση δεν περιορίζεται στους ασφαλισμένους μιας επιχείρησης αλλά περιλαμβάνει μεγάλα τμήματα του πληθυσμού (Kutzin J., 2001, Τούντας Γ., 2003, Donaldson C. and Gerard K., 1993, Λιαρόπουλος Λ., 2007).

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 στην εξωτερική βοήθεια για την χρηματοδότηση του συστήματος 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 φροντίδας υγείας στον τόπο εργασίας σε έκτακτες περιπτώσεις. Τέλος στις ιδιωτικές πηγές υπάγονται και οι άμεσες πληρωμές. 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 (Kutzin J., 2001, Saltman Rb. and Figueras J., 1997, Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Οι δύο πρώτες πηγές χρηματοδότησης, η φορολογία και οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό την κοινή διαχείριση του κινδύνου (riskpooling), ώστε να αποφεύγονται περιπτώσεις ιδιαίτερα επιβαρυντικών και υπερβολικών για τα νοικοκυριά δαπανών υγείας. Παρόλα αυτά υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάζουν ορισμένες ελλείψεις σε σχέση με την προστασία ομάδων όπως οι πολύ φτωχοί, οι μετανάστες ή οι απασχολούμενοι σε μαύρη εργασία. Επιπλέον παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις χώρες σε σχέση με θέματα όπως η οργάνωση του φορολογικού συστήματος και της αγοράς εργασίας, γεγονός που επηρεάζει το βαθμό προοδευτικότητας και αλληλεγγύης που χαρακτηρίζει κάθε χώρα. Οι δύο άλλες πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή η ιδιωτική ασφάλιση και οι

άμεσες πληρωμές, συνδέουν την κάλυψη και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με το ύψος του εισοδήματος και συνεπώς, ευνοούν περισσότερο αυτούς με υψηλά εισοδήματα και λιγότερο αυτούς με χαμηλά εισοδήματα (ChinitzD., etal., 1998, WagstaffA.andVanDoorslaerE., etal., 1999, RiceT., 2006).

1.8. Διάκριση Μοντέλων Συστημάτων Υγείας

Η δομή κάθε συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει την κουλτούρα και την οικονομική κατάσταση της κάθε χώρας καθώς και τη φιλοσοφία που έχει το σύστημα κοινωνικής προστασίας σχετικά με τον τρόπο που θα καλύπτει τις κοινωνικές ανάγκες τις οποίες έχει ο πληθυσμός. Ο προσδιορισμός της δομής ενός συστήματος υγείας γίνεται με βάση το πώς καλύπτονται οι ανάγκες που έχουν οι πολίτες όσον αφορά τον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας, της ανικανότητας και του ατυχήματος (Στεργίου Γ., 2005, ΧλέτσοςΜ., 2011).

Κάθε χώρα καθορίζει το δικό της τρόπο επέμβασης του κράτους στη χρηματοδότηση και τη παροχή των υπηρεσιών υγείας. Το κράτος έχει την ευθύνη να ελέγχει τις υπηρεσίες υγείας και να σχεδιάζει την πολιτική ενώ οι αγορές θα πρέπει να ασχολούνται με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και αγαθών. Κάθε χώρα επιλέγει πώς το κράτος θα παρέμβει στην οργάνωση, στη χρηματοδότηση, στη διάθεση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας (Στεργίου Γ., 2005).

Οι κύριες μορφές οργάνωσης των συστημάτων υγείας είναι το εθνικά συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από τη φορολογία και αυτά που λειτουργούν με την κοινωνική ασφάλιση, στα οποία η χρηματοδότηση της ασφάλισης μπορεί να είναι ανεξάρτητη από το κράτος (JakubowskiE. &BusseR., 1998). Η συμπερίληψη του συστήματος μιας χώρας σε μία από τις δύο αυτές κατηγορίες βασίζεται κυρίως στον τρόπο που χρηματοδοτούνται τα συστήματα (γενική φορολογία έναντι προοριζόμενων ασφάλιστρων) αλλά αυτές οι διαφορές χρηματοδότησης συσχετίζονται επίσης με διαφορές στον τρόπο που οργανώνονται τα συστήματα (VanderZeeJ., KronemanM., 2007).

Τα μοντέλα συστημάτων υγείας που έχουν χρησιμοποιηθεί τακτικά από τους ερευνητές είναι το εθνικό σύστημα υγείας, το μοντέλο υγείας κοινωνικής ασφάλισης, το μοντέλο ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας) και το κομμουνιστικό (σοβιετικό) σύστημα υγείας και διακρίνονται με βάση την έκταση

της κάλυψης, τον τρόπο χρηματοδότησης και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Όταν το κράτος καλύπτει τις κοινωνικές ανάγκες των πολιτών έχοντας ως άξονα αναφοράς την εργασία, καλύπτει δηλαδή κατά κύριο λόγο τους εργαζομένους, τότε το σύστημα υγείας αναφέρεται ως σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck (Προβόπουλος, Γ., Υφαντόπουλος, Ι., 1990). Όταν το κράτος καλύπτει τις παραπάνω κοινωνικές ανάγκες για όλους τους πολίτες με βάση μία λογική δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ανάμεσα σε αυτό και τους πολίτες τότε γίνεται αναφορά σε ένα εθνικό σύστημα υγείας τύπου Beveridge (ΒενιέρηΔ., 1996, ΧλέτσοςΜ., 2011). Όταν το κράτος είναι ο αποκλειστικός πάροχος υπηρεσιών υγείας και όλοι οι πολίτες είναι δικαιούχοι ανεξαρτήτως οικονομικών κριτηρίων τότε γίνεται αναφορά σε ένα κομμουνιστικό(σοβιετικό) σύστημα υγείας τύπου Semashko (Artundoetal 1993). Τέλος, αν ο ρόλος του κράτους περιορίζεται κατά κύριο λόγο στο να ελέγχει και να παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες μόνο σε εκείνους τους πολίτες που δεν έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν τέτοιες υπηρεσίες από την αγορά, τότε γίνεται αναφορά σε ένα φιλελεύθερο σύστημα υγείας στο οποίο κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση κατά κύριο λόγο (Στεργίου Γ., 2005, ΧλέτσοςΜ., 2011).

1.8.1.Μοντέλο Bismarckή Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχτηκε στο μοντέλο του Πρώσου καγκελάρου Otto von Bismarck ο οποίος το 1880 θέσπισε στη Γερμανία το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Κύρια ιδέα του μοντέλου Bismarck ήταν η δημιουργία ενός συστήματος με το κράτος να μην παρέχει απευθείας τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας, επιβλέπει όμως την παροχή της ιατρικής περίθαλψης από ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς (Στεργίου Γ., 2005). Το μοντέλο Bismarck στηρίχτηκε στην αμειβόμενη εργασία και την αναδιανομή. Βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι η ευθύνη των ίδιων των εργαζομένων και εργοδοτών για την ασφαλιστική προστασία, και επομένως η αυτοχρηματοδότηση και ανεξαρτησία των ασφαλιστικών φορέων. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν προκύπτει μέσα από συλλογικές διαπραγματεύσεις στα πλαίσια της αγοράς, αλλά μέσα από την κρατική παρέμβαση, που υποχρεώνει τους εργοδότες να συμμετέχουν στην ασφαλιστική προστασία των εργαζομένων τους (Δικαίος Κ. και Χλέτσος Μ., 1999, Τούντας Ι., 2000, Kulesher R. & Forrestal E., 2014).

Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Σε καθεμία από αυτές τις δύο χώρες έλαβε διαφορετική μορφή. Πιο συγκεκριμένα στη Γαλλία η μορφή του ήταν αυτή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης της υγείας μέσω της δημιουργίας διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων με ισχυρό κεντρικό κρατικό έλεγχο, ενώ στη Γερμανία η μορφή του είναι αυτή της ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων (Τούντας Ι., 2000). Τα χαρακτηριστικά του συστήματος τύπου Bismarck είναι τα εξής (Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007, Λιαρόπουλος Λ., 2007) :

- Η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, όπου όλα τα άτομα μεταχειρίζονται ως ίσα, ανεξάρτητα οικονομικών κριτηρίων.
- Η χρηματοδότησή του εθνικού συστήματος υγείας προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.
- Η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού.
- Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο κράτος, είτε σε ιδιώτες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, κοινωφελών (μη κερδοσκοπικών) ή ιδιωτικών νοσοκομείων και ιδιωτών κατά κανόνα γιατρών.
- Υπάρχει έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με ερευνητές όπως ο Rice (2006), τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης χρησιμοποιούν πολλές φορές και τον κρατικό προϋπολογισμό ειδικά σε περιπτώσεις περιόδων οικονομικής κρίσης και όταν οι εργοδότες και εργαζόμενοι αδυνατούν να αυξήσουν τις εισφορές λόγω αυξημένου κόστους των προϊόντων και υπηρεσιών που παράγουν. Επομένως, τα συστήματα στα οποία η χρηματοδότηση βασίζεται στη φορολογία προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη και επηρεάζουν σε μικρότερο βαθμό την οικονομία σε αντίθεση με τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Το μοντέλο Bismarck χαρακτηρίζεται από την υποχρεωτική κάλυψη που χρηματοδοτείται από τον εργοδότη, ατομικά και ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία. Είναι

επίσης γνωστό και ως ασφάλεια με φορολογική βάση. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους φόρους απασχόλησης και διατηρείται σε ξεχωριστά κεφάλαια ειδικά για το εθνικό πρόγραμμα υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει τυπικά στοιχεία των συστημάτων χρηματοδότησης που βασίζονται στη φορολογία. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα κυριότερα παραδείγματα του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνουν την Γερμανία και τη Γαλλία (Kulesher R. & Forrestal E., 2014).

Το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck. Στα πλαίσια αυτού του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο τον έχει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. Υπεύθυνη για τις υπηρεσίες υγείας είναι σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε τοπικό επίπεδο οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων. Τους πυλώνες του συστήματος αποτελούν τα ασφαλιστικά ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Hurst W. J., 1991, Kulesher R. & Forrestal E., 2014).

Οι πολίτες έχουν τη ελεύθερη δυνατότητα επιλογής του γιατρού στον οποίο θα απευθυνθούν όσο και του νοσοκομείου. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος των εισφορών διαφέρει από ταμείο σε ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μία από αυτές είναι η προσπάθεια δημιουργίας ασφαλιστικών ταμείων για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Institute for Health System Research, 1994, Kulesher R. & Forrestal E., 2014).

Το γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας που συνδυάζει το δημόσιο με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στηρίζεται στη λογική της κοινωνικής

ασφάλισης και αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck. Το σύστημα υγείας στη Γαλλία στηρίζεται στην υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση η οποία υποστηρίζεται από την εθελοντική κερδοσκοπική ή μη κερδοσκοπική ασφάλιση. Ο ρόλος του κράτους στο σύστημα υγείας είναι σημαντικός. Το κράτος έχει την ευθύνη για την προστασία όλων των πολιτών, για τη δημόσια υγεία και την εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας, τον έλεγχο των σχέσεων μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης και τον έλεγχο της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων (Τούντας Γ., 2001, Στεργίου Γ., 2005). Το γαλλικό σύστημα υγείας θεωρείται διεθνώς ως ένα άριστο σύστημα υγείας με βάση την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της οργάνωσης και των δομών του, την συνεχή επιδίωξη για καινοτομία και την καθημερινή τριβή των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτό (Ministeredelasante, 2017).

Οι προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές. Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες αποτίμησης των ιατρικών πράξεων μέσω της υιοθέτησης μεθόδων όπως είναι οι διαγνωστικές συσχετιζόμενες ομάδες ασθενών όπου μετά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, ο ασθενής κατατάσσεται σε κάποια προσδιορισμένη και προ-κοστολογημένη διάγνωση και η δαπάνη καταβάλλεται στο νοσοκομείο από τον ασφαλιστικό οργανισμό. Οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με μισθούς, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία αμείβονται κατά πράξη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Οι ιδιώτες ιατροί είναι χωρισμένοι σε δύο ομάδες. Σε αυτούς που είναι συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας και αυτοί που δεν είναι συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας και καθορίζουν μόνοι τους τις τιμές τους. Κάθε ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει ελεύθερα το προσωπικό του γιατρό, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς (Στεργίου Γ., 2005, Ministeredelasante, 2017).

Η ίδρυση των Περιφερειακών Γραφείων Υγείας το 2010 αποτελεί το βασικό μέρος της σημερινής μεταρρύθμισης του γαλλικού συστήματος υγείας και ένα σημαντικό βήμα προς την αποκέντρωση του. Τα Περιφερειακά Γραφεία Υγείας αποτελούν μια αυτόνομη αρχή με ευθύνη για την διεύθυνση του συστήματος υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, για την καλύτερη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την αύξηση της αποτελεσματικότητας του γαλλικού συστήματος υγείας (AgencesRegionalesdeSante, 2017).

Το κύριο πλεονέκτημα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι αποτελεί ένα περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα από το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης επιτυγχάνει τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για το σύνολο του πληθυσμού μέσα από συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Το μειονέκτημα του συστήματος είναι ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων ασφαρίζει μόνο τους επαγγελματίες και ότι οι παροχές δεν είναι ισότιμες διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το ταμείο ασφάλισής του (Λιαρόπουλος Λ., 2007, Σιγάλας Ι., 2008).

1.8.2. Μοντέλο Beveridge Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το εθνικό σύστημα υγείας ή αλλιώς σύστημα τύπου Beveridge έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας ενώ επίσης εφαρμόζεται στον Καναδά και στις Σκανδιναβικές Χώρες. Το σύστημα πήρε το όνομά του από τον William Henry Beveridge, ο οποίος το 1942 παρουσίασε μια ολοκληρωμένη έκθεση στο Βρετανικό Κοινοβούλιο για την κοινωνική πολιτική. Η έκθεση περιείχε συγκεκριμένες προτάσεις για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που περιελάμβανε την ενσωμάτωση των μορφών κοινωνικής ασφάλισης, τη δημιουργία μιας γενικής υπηρεσίας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης ατυχημάτων στο χώρο εργασίας, την εισαγωγή της οικογενειακής βοήθειας, τη διατήρηση ενός υψηλού και σταθερού ποσοστού απασχόλησης καθώς και την προστασία κατά της μαζικής ανεργίας (Kulesher R. & Forrestal E., 2014). Το εθνικό σύστημα υγείας ορίζει ότι η κοινωνική ασφάλιση των πολιτών αποτελεί ευθύνη του κράτους και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από αυτό. Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης (Στεργίου Γ., 2005, Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007).

Γενικότερα σε χώρες υψηλού εισοδήματος, το συγκεκριμένο σύστημα αποτελεί μια μετατόπιση από την κάλυψη της υγείας ως δικαίωμα της εργασίας, στην κάλυψη της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα ή στην κάλυψη της υγείας ως συνταγματικό ή νόμιμο δικαίωμα (Kutzin J., 2011). Τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι (Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007) :

- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται ανάλογα με τις ανάγκες του.

- Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης αποτελεί συνταγματικό δικαίωμα.
- Υπάρχει κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας, είτε από ασφαλιστικές εισφορές.
- Η διοίκηση του συστήματος υγείας αποτελεί ευθύνη του κράτους και των εκάστοτε υγειονομικών περιφερειών του.

Όπως αναφέρθηκε, η κύρια πηγή χρηματοδότησης στο εθνικό σύστημα υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Τα πλεονεκτήματα αυτού του είδους χρηματοδότησης είναι ότι οι ιατρικές μέθοδοι που εφαρμόζονται δεν έχουν υπόψη τον περιορισμό του κόστους των ιατρικών πράξεων, παρά μόνο το αποτέλεσμα της θεραπείας ενώ παράλληλα δεν αποκλείεται κανένας από τις υπηρεσίες υγείας, αφού αποτελεί ένα σύστημα που εξυπηρετεί την παροχή ενός δημόσιου αγαθού. Τα μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος υγείας είναι η έλλειψη οικονομικής υπευθυνότητας και από τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας και από τους ασθενείς στη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (RiceT., 2006).

Το σύστημα υγείας στον Καναδά ανήκει στο μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας τύπου Beveridge. Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται με βάση δώδεκα περιφερειακές αρχές κάθε μία από τις οποίες έχει δικό της πρόγραμμα υγείας και δική της μέθοδο τιμολόγησης των υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος του Καναδά στηρίζεται κυρίως στη γενική φορολογία που αποτελεί περίπου το 90% της συνολικής χρηματοδότησης. Οι εναπομείναντες πόροι προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση και από εργοδότες για επιπλέον παροχές. Ο Καναδάς είναι από τις πρώτες χώρες που ανέπτυξε δίκτυα πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα νοσοκομεία, στην πλειονότητα τους, είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και χρηματοδοτούνται από τις τοπικές αρχές. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς και οικογενειακούς ιατρούς που το μεγαλύτερο ποσοστό εργάζονται στο δημόσιο. Οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη από τις τοπικές αρχές (KulesherR. &ForrestalE., 2014).

Η Σουηδία αποτελεί τον κυριότερο αντιπρόσωπο του σκανδιναβικού μοντέλου υγείας που διακρίνει τις χώρες της Σκανδιναβίας από τις χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης αλλά και του κόσμου γενικότερα. Αποτελεί την πρώτη χώρα που εφάρμοσε με μεγάλη διαφάνεια, εξαντλητικό διάλογο και ευρεία πολιτική συναίνεση, σύστημα

νοητής κεφαλαιοποίησης όπου κάθε ασφαλισμένος μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να ελέγξει το σύνολο των εισφορών στον ατομικό λογαριασμό του και να υπολογίσει τη προβλεπόμενη σύνταξή του (Huffingtonpost.gr, 2016, naftemporiki.gr, 2016).

Το σύστημα υγείας στη Σουηδία βασίζεται στο εθνικό σύστημα υγείας και έχει ως κύρια αρχή ότι όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση δικαιούνται ισότιμης κάλυψης των αναγκών τους. Το σουηδικό σύστημα υγείας είναι ένα δημόσιο σύστημα, στο οποίο η ευθύνη για την ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία του ανήκει στα εκλεγμένα περιφερειακά και νομαρχιακά όργανα. Κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι η φορολογία που καθορίζουν τα νομαρχιακά συμβούλια. Το σύστημα στηρίζεται κεντρικά από ένα εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιφερειακά από ένα δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε τρία ξεχωριστά επίπεδα, στο επίπεδο περιφέρειας, στο επίπεδο νομού και στο επίπεδο δήμου. Σύμφωνα τα προαναφερθέντα στοιχεία προκύπτει ότι το σουηδικό σύστημα υγείας είναι πλήρως αποκεντρωμένο και η διοίκηση του μοιρασμένη σε τομείς. Ουψηλός βαθμός αποκέντρωσης βοηθάτο κράτος να διαχειρίζεται καλύτερα τομέα της υγείας μέσα από τις υπηρεσίες του, να αντιμετωπίζει άμεσα και να δίνει λύσεις στα τυχόν προβλήματα και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Μεβάσητα παραπάνω το σουηδικό σύστημα υγείας θεωρείται ως ένα από τα πιο εξελιγμένα στην Ευρώπη (Ministry of Health and Social Affairs, 1994, Στεργίου Γ., 2005).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται μέσα από κέντρα υγείας, τα οποία είναι στελεχωμένα ως επί το πλείστον με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και μαίες και αναλαμβάνουν το έργο της παροχής υπηρεσιών σε πληθυσμό έως 50.000 κατοίκων περίπου. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέγει το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό γιατρό αλλά και το νοσοκομείο της προτίμησής του, καθώς δεν λειτουργεί σύστημα το οποίο να ελέγχει τη χρήση των υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, παρατηρείται περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς μεγάλο ποσοστό των πολιτών επισκέπτεται τα ιατρεία των νοσοκομείων (Ministry of Health and Social Affairs, 1994, Στεργίου Γ., 2005).

Το βασικό πλεονέκτημα του συστήματος Beveridge είναι η ενίσχυση του ατομικού δικαιώματος στη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Πέρα από τη

διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση και τον τόπο διαμονής, υπάρχουν και άλλα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του εθνικού συστήματος υγείας. Τα επιμέρους πλεονεκτήματα που επιφέρει η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας είναι (Στεργίου Γ., 2005, Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007) :

- Η κρατική ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείρισή του και στον έλεγχο των δαπανών του.
- Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής ενημέρωσης αποτελούν προτεραιότητα για το κράτος.
- Δεν υπάρχει διαστρέβλωση στην άσκηση της ιατρικής και υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των γιατρών εφόσον ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος.
- Αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση μεταξύ των ασθενών και των γιατρών χάρη στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού.

Τα μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος υγείας είναι (Στεργίου Γ., 2005, Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007) :

- Η ανάπτυξη γραφειοκρατίας λόγω της ενιαίας κεντρικής διοίκησης επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος.
- Ηπερίπτωση επαγγελματικής χαλαρότητας των γιατρών.
- Η εμφάνιση λίστας αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις.
- Η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την ικανή διαχείριση.

1.8.3. Μοντέλο Ιδιωτικής Υγείας ή Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Στα πλαίσια αυτού του συστήματος ο ρόλος του κράτους είναι ιδιαίτερα περιορισμένος. Το κράτος εστιάζει την δράση του στην διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου για την ομαλή λειτουργία της ελεύθερης αγοράς στις υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός συστήματος τιμών που καθορίζει την αγορά και παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση τη ζήτηση που εκδηλώνεται σε αυτές. Υπάρχει πλήρης ελευθερία του καταναλωτή, ο

οποίος ζητά τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρουν οι ιδιώτες παραγωγοί. Ο καταναλωτής για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχει την δυνατότητα να καταβάλλει το αντίτιμο τους που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Για αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν, το κράτος καταβάλλει χρήματα για την αγορά υπηρεσιών υγείας (Στεργίου Γ., 2005, Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007).

Στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας, το αγαθό της υγείας θεωρείται ως ένα καταναλωτικό αγαθό, που παρέχεται με βάση τους νόμους της αγοράς και η θεωρία της ανταγωνιστικότητας ρυθμίζει το κόστος του (Στεργίου Γ., 2005).

Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται είτε από τις εισφορές των πολιτών για την κάλυψη αναγκών υγείας στους ασφαλιστικούς φορείς είτε από άμεσες ιδιωτικές δαπάνες, προσωπικές και οικογενειακές. Το φιλελεύθερο μοντέλου υγείας χαρακτηρίζεται από την βασισμένη στην απασχόληση ή ιδιωτική ασφάλιση υγείας που χρηματοδοτείται από ατομικές και εργοδοτικές εισφορές. Η παροχή υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση ανήκει και ελέγχεται από τους ιδιωτικούς φορείς που δραστηριοποιούνται σε μια ελεύθερη αγορά. Κυριότερο παράδειγμα του μοντέλου της ιδιωτικής υγείας αποτελούν οι Ηνωμένες Πολιτείες (Σίσκου Ό., 2007, Kulesher R. και Forrester E., 2014).

Βέβαια, η ιδιωτική ασφάλιση υπάρχει στις περισσότερες χώρες, ωστόσο, εφαρμόζεται κυρίως για συμπληρωματική κάλυψη για τα άτομα που δεν καλύπτονται από το εθνικό σύστημα ή για συγκεκριμένες υπηρεσίες οι οποίες δεν περιέχονται στο εθνικό σύστημα. Δεδομένου ότι τα περισσότερα εθνικά συστήματα για την υγεία προσφέρουν ολοκληρωμένη κάλυψη χωρίς κόστος στο σημείο εισόδου, υπάρχει μικρή ανάγκη για ιδιωτική ασφάλιση. Για παράδειγμα, στη Σουηδία μόλις 2,5% των πολιτών της αγοράζει ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Kulesher R. & Forrester E., 2014).

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας επικεντρώνει την προσοχή του κυρίως στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης, δηλαδή στο σύστημα παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας και η ασφάλιση είναι εθελοντική, ενώ και τα δυο είναι ανάλογα της οικονομικής κατάστασης του ατόμου. Για το λόγο αυτό προκύπτουν έντονες ανισότητες και μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι χωρίς κάλυψη, κάτι που έχει οδηγήσει στην παρέμβαση του κράτους στις χώρες που το υιοθετούν. Η κρατική παρέμβαση περιλαμβάνει την υιοθέτηση προγραμμάτων υγείας τα οποία

απευθύνονται σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι ηλικιωμένοι ή οι μονογονεϊκές οικογένειες. Παραμένει πάντως το ερώτημα κατά πόσο το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τις αρχές της ισότητας και προσβασιμότητας για όλους (Μπουρσανίδης Χ., 2000, Θεοδώρου Μ., Σούλη Σ. και Σαρρή Μ., 2001).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι (Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007) :

- Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών με βάση τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών.
- Βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο.
- Το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της ελεύθερης αγοράς, χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών.
- Εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες μεταξύ του πληθυσμού.
- Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τις εισφορές των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς και τις ιδιωτικές δαπάνες.
- Εμφανίζεται το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση πλασματικής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Το αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του φιλελεύθερου μοντέλου ιδιωτικής ασφάλισης. Είναι ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας το οποίο λειτουργεί με βάση τους νόμους της ελεύθερης αγοράς. Η παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη και αφορά κυρίως τον καθορισμό των θεσμικών πλαισίων και κανόνων λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας που στην πλειοψηφία τους είναι ιδιωτικοί φορείς. Το σύστημα υγείας αποτελείται από υγειονομικά προγράμματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και από τις κυβερνήσεις των πολιτειών, από προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το προσωπικό εισόδημα των ατόμων και από προγράμματα που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από ανέρχεται περίπου στο 55% από ιδιωτικές πηγές και στο 45% από δημόσιες πηγές (Kulesher R. & Forrestal E., 2014).

Η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική και επειδή η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις Η.Π.Α. προκύπτει από το εισόδημα ενός ατόμου, περίπου το 15% του πληθυσμού είναι ανασφάλιστο. Όπως αναφέρθηκε, η κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας περιορίζεται κυρίως στην καταβολή χρημάτων που καλύπτουν την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς (Πρόγραμμα Medicare) και τους ηλικιωμένους (Πρόγραμμα Medicaid). Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ ένα 10% που είναι φτωχοί και ηλικιωμένοι είναι ασφαλισμένοι μέσω των προαναφερθέντων πολιτειακών προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή και την πολιτειακή κυβέρνηση. Το Medicare καλύπτει τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, χρηματοδοτείται μέσω ενός ειδικού φόρου για όλους τους εργαζόμενους και κατά ένα μικρό ποσοστό από τους ίδιους τους δικαιούχους. Παρέχει κυρίως νοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει ένα μέρος της δαπάνης για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Το Medicaid καλύπτει τους φτωχούς, τους άνεργους και τους αναπήρους. Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του προγράμματος προέρχεται από την εθνική φορολογία και ένα μέρος προέρχεται από την πολιτειακή χρηματοδότηση. Το πρόγραμμα αυτό καλύπτει όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας μέσα από συμβάσεις που συνάπτει το πρόγραμμα σε πολιτειακό επίπεδο με νοσοκομεία και ιατρούς (U.S. Department of Health and Human Services, 2013).

Οι ασφαλιστικές εταιρείες στον ιδιωτικό τομέα προσφέρουν προγράμματα υγείας γνωστά και ως κατευθυνόμενη φροντίδα υγείας (Directed Health Care). Τα πιο γνωστά μοντέλα είναι τα HMOs (Health Maintenance Organizations) και τα PPOs (Preferred Provider Organizations). Τα HMOs αποτελούν ομάδες απαρτιζόμενες από γιατρούς που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε ένα σύνολο εγγεγραμμένων μελών για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και αμείβονται βάση ετήσιας συνδρομής. Τα PPOs είναι μηχανισμοί διαμεσολάβησης μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών υπηρεσιών υγείας. Οι γιατροί αποτελούν είτε υπαλλήλους της ασφαλιστικής εταιρείας, είτε ελεύθεροι επαγγελματίες που συνεργάζονται με την εταιρεία. Οι γιατροί αυτοί έχουν κίνητρο να περιορίσουν το κόστος όπου είναι δυνατό των υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασφαλισμένους. Οι ασφαλισμένοι είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται στους γιατρούς της εταιρείας με την οποία έχουν συμφωνήσει σε πρόγραμμα, καθώς αν απευθυνθούν σε άλλο γιατρό η εταιρεία δεν τους αποζημιώνει πλήρως για τη δαπάνη που έκαναν. Υπάρχουν επίσης προγράμματα

από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες που απευθύνονται σε ομάδες ατόμων και οι τιμές τους καθορίζονται με κριτήρια όπως η ηλικία, το επάγγελμα κ.λπ.. Οι ασφαλιστικές εισφορές καταβάλλονται από τον εργοδότη του ασφαλισμένου. Οι παροχές προς τους ασφαλισμένους παρέχονται είτε από υπηρεσίες που ανήκουν στην ίδια την ασφαλιστική εταιρεία, είτε από νοσοκομεία που συνεργάζονται με αυτήν, είτε από νοσοκομεία της προτίμησης του ασφαλισμένου (Carlson G., 2007, Kulesher R. & Forrestal E., 2014).

Το 2010, με τον νόμο Patient Protection and Affordable Care Act, γνωστός και ως Obamacare, από τον τότε πρόεδρο Barack Obama που τον προώθησε και υπέγραψε στις 23 Μαρτίου 2010, έγινε προσπάθεια για την δημιουργία ενός αποτελεσματικότερου και οικονομικότερου συστήματος υγείας στις Η.Π.Α.. Ο νόμος P.P.A.C.A. ή A.C.A. αποτελεί την σημαντικότερη μεταρρύθμιση στο αμερικανικό σύστημα υγείας μετά τα προγράμματα Medicare και Medicaid το 1965, καθώς περιλαμβάνει μεγάλες αλλαγές σε όλα τα επίπεδα (Blumenthal D., et al., 2015). Ο νόμος επηρέασε κυρίως την αγορά ασφάλισης υγείας με τις περισσότερες ρυθμίσεις του να κατευθύνονται σε αυτήν (Oberlander J., 2010), ενώ διατήρησε την βασική δομή των Medicaid και Medicare (Blumenthal D., et al., 2015). Επίσης μεγάλες αλλαγές έγιναν στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, κάτι που επηρέασε το σύστημα υγείας στο σύνολο του (Blumenthal D., et al., 2015). Ο νόμος είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική μείωση του αριθμού και ποσοστού των ανασφάλιστων αμερικανών πολιτών, που σύμφωνα με το Κέντρο Αντιμετώπισης και Πρόληψης Ασθενειών μειώθηκαν από 16% το 2010 σε 8,9% στο πρώτο εξάμηνο του 2016 (Barry-Jester A.M. and Casselman B., 2016)⁴. Το υπουργείο υγείας και ανθρωπίνων υπηρεσιών ανέφερε ότι τον Φεβρουάριο του 2016 συνολικά 20 εκατομμύρια πολίτες απέκτησαν κάλυψη υγείας μέσω του προγράμματος, παρουσιάζοντας μια αύξηση 2,4 εκατομμυρίων σε σχέση με τον Φεβρουάριο του 2015, ενώ σύμφωνα με το κογκρέσο μέχρι τον Μάρτιο του 2016 παρέμεναν περίπου 27 εκατομμύρια πολίτες ανασφάλιστοι, ένας αριθμός που θα κυμαίνεται μεταξύ των 26 με 28 εκατομμυρίων μέχρι το 2026⁵. Το 2017 συμμετείχαν στο πρόγραμμα κάλυψης υγείας περίπου 9,2 εκατομμύρια πολίτες, ένας αριθμός μειωμένος κατά 400 χιλιάδες σε σχέση με τον αντίστοιχο του 2016, κάτι που οφείλεται στην εκλογή του προέδρου Ντόναλντ Τράμπ που προκάλεσε αβεβαιότητα

⁴https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease201611_01.pdf

⁵<https://www.cbo.gov/publication/51385>

για το μέλλον του προγράμματος. Με την εκλογή του ως προέδρου των Η.Π.Α., ο Ντόναλντ Τράμπ ξεκίνησε την διαδικασία απόσυρσης του A.C.A., κάτι που αποτελούσε μια από τις προεκλογικές του υποσχέσεις, με επιχειρήματα τις μεγάλες δαπάνες για τους πολίτες, τα αυξημένα κόστη του προγράμματος καθώς και την υψηλή φορολογία που προέκυπτε για την χρηματοδότηση του. Για τον σκοπό αυτό προωθεί το νομοσχέδιο AmericanHealthCareActof 2017 (A.H.C.A.) για την αντικατάσταση του A.C.A., που αν και αναμένεται να περιορίσει σε μεγάλο βαθμό τις τρέχουσες κρατικές δαπάνες, σύμφωνα με το κογκρέσο θα οδηγήσει και σε μια δραματική αύξηση των ανασφάλιστων πολιτών σε σχέση με τον A.C.A. (KaplanT. andPearR., 2017)⁶.

Το βασικό πλεονέκτημα του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι η περιορισμένη παρέμβαση του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας με απώτερο στόχο τη συνεχή βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα κυριότερα μειονεκτήματα του είναι η εμφάνιση υγειονομικών ανισοτήτων αφού η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από τις οικονομικές δυνατότητες του πολίτη, η πρόκληση πλασματικής ζήτησης από πλευράς γιατρών και η επικέντρωση στην θεραπεία και αποκατάσταση και όχι στην πρόληψη (Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007, KulesherR. &ForrestalE., 2014).

1.8.4. Μοντέλο Semashko ή Κομμουνιστικό (Σοβιετικό) Σύστημα Υγείας

Πέρα από τα τρία προαναφερθέντα συστήματα υγείας, θα πρέπει να γίνει και μια αναφορά στο κομμουνιστικό (σοβιετικό) σύστημα υγείας τύπου Semashko, το οποίο δεν εφαρμόζεται πλέον. Το συγκεκριμένο σύστημα υγείας εφαρμόστηκε στην Σοβιετική Ένωση και τις υπόλοιπες χώρες του Ανατολικού Μπλοκ.

Η Σοβιετική Ένωση είχε ένα πλήρως σοσιαλιστικό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης, το επονομαζόμενο σύστημα Semashko, κεντρικά ελεγχόμενο και οργανωμένο βάσει ιεραρχίας, με την κυβέρνηση να παρέχει κρατικά χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες. Το σύνολο του προσωπικού υγείας ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Ο έλεγχος και περιορισμός των μεταδοτικών ασθενειών είχε προτεραιότητα έναντι των μη μεταδοτικών. Συνολικά, το

⁶<https://www.cbo.gov/sites/default/files/115th-congress-2017-2018/costestimate/americanhealthcareact.pdf>

σοβιετικό σύστημα έτεινε προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη και έδινε μεγάλη έμφαση στην εξειδικευμένη και νοσοκομειακή περίθαλψη. Το μοντέλο Semashko θεωρείται ως ένα οικονομικά αποδοτικό σύστημα κατάλληλο για την αντιμετώπιση των ιατρικών προκλήσεων της περιόδου εκείνης.

Το κομμουνιστικό σύστημα υγείας είχε σημαντική επιτυχία στην αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών όπως η φυματίωση, ο τυφοειδής πυρετός και ο τύφος. Το σοβιετικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατάφερε την παροχή στους πολίτες της Σοβιετικής Ένωσης επαρκούς, δωρεάν ιατρικής περίθαλψης και συνέβαλε στη βελτίωση της συνολικής υγείας της χώρας (Leichter H.M., 1979). Μέχρι τη δεκαετία του 1960, τα προσδόκιμα ζωής και υγείας στη Σοβιετική Ένωση προσέγγιζαν εκείνα των Η.Π.Α. και άλλων χωρών της Ευρώπης. Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου μειώθηκε λόγω ανεπαρκών επενδύσεων και χρηματοδότησης, με τη ποιότητα της φροντίδας να μειώνεται στις αρχές της δεκαετίας του 1980, αν και το 1985 η Σοβιετική Ένωση είχε τέσσερις φορές μεγαλύτερο αριθμό ιατρών και νοσοκομειακών κλινών ανά κεφαλή σε σύγκριση με τις Η.Π.Α. (Britnell M., 2015). Η ποιότητα της σοβιετικής ιατρικής περίθαλψης μειώθηκε σε σχέση με τα αντίστοιχα πρότυπα του ανεπτυγμένου κόσμου. Πολλές ιατρικές θεραπείες και διαγνώσεις ήταν απλές και υποβαθμισμένες (με τους γιατρούς να κάνουν συχνά διαγνώσεις παίρνοντας συνεντεύξεις από τους ασθενείς χωρίς να κάνουν ιατρικές εξετάσεις), το επίπεδο φροντίδας που παρεχόταν από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ήταν χαμηλό και υπήρχε υψηλός κίνδυνος μόλυνσης από μια χειρουργική επέμβαση. Το σοβιετικό σύστημα υγείας μαστιζόταν από την έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού, φαρμάκων και διαγνωστικών χημικών ουσιών, και δεν είχε πολλά από τα φάρμακα και τις ιατρικές τεχνολογίες που ήταν διαθέσιμες στον δυτικό κόσμο. Οι εγκαταστάσεις του είχαν χαμηλές τεχνικές προδιαγραφές και το ιατρικό προσωπικό είχε μέτρια εκπαίδευση. Τα σοβιετικά νοσοκομεία προσέφεραν επίσης κακές παροχές φαγητού και ρουχισμού. Ειδικά νοσοκομεία και κλινικές υπήρξαν για τα στελέχη του κόμματος που προσέφεραν υψηλότερο επίπεδο φροντίδας, που εξακολουθούσε όμως να βρίσκεται κάτω από τα δυτικά πρότυπα (Eaton K., 2004).

Παρά το διπλασιασμό του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών και των ιατρών κατά κεφαλήν μεταξύ 1950 και 1980, οι περιορισμένες δαπάνες για την υγεία ήταν προφανείς. Ορισμένα από τα μικρότερα νοσοκομεία δεν είχαν υπηρεσίες ακτινολογίας και κάποια είχαν ανεπαρκή θέρμανση ή νερό. Μια έρευνα το 1989

διαπίστωσε ότι το 20% των νοσοκομείων δεν διέθετε ζεστό νερό και το 3% δεν διέθετε καν κρύο νερό. Το 7% δεν είχε τηλέφωνο. Το 17% δεν διέθετε επαρκείς εγκαταστάσεις υγιεινής. Κάθε έβδομο νοσοκομείο και πολυκλινική χρειάζονταν βασική ανακατασκευή. Τα τελευταία χρόνια της Σοβιετικής Ένωσης έγιναν προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις με πενιχρά όμως αποτελέσματα με τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη να εξακολουθούν να είναι ελάχιστες απέναντι στα αντίστοιχα μεγέθη των Η.Π.Α. και των άλλων δυτικών κρατών. Με την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης, κατέρρευσε και το κομμουνιστικό σύστημα υγείας, με την Ρωσία να υιοθετεί πλέον ένα μικτό σύστημα με ταυτόχρονη κρατική χρηματοδότηση και ιδιωτική συμμετοχή (EatonK., 2004, BritnellM., 2015).

Το κύριο πλεονέκτημα του κομμουνιστικού (σοβιετικού) συστήματος υγείας ήταν η δωρεάν παροχή ιατρικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως. Τα μειονεκτήματα του ήταν ο ενιαίος κεντρικός έλεγχος που δεν άφηνε πολλά περιθώρια για αυτόνομη δράση, η διαφθορά, οι ελλείψεις σε υποδομές, εξοπλισμό και φάρμακα, η περιορισμένη εκπαίδευση και χρηματοδότηση και η ανισότητα στην αντιμετώπιση των απλών πολιτών καθώς τα στελέχη του κόμματος είχαν πρόσβαση σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας (EatonK., 2004).

1.9. Σύγκριση Μοντέλων Υγείας

Η προηγηθείσα ανάλυση των τεσσάρων συστημάτων υγείας (φιλελεύθερου συστήματος, συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, κομμουνιστικού συστήματος υγείας και εθνικού συστήματος υγείας) οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα παραπάνω συστήματα έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά όπου παρουσιάζουν ομοιότητες και διαφορές. Πιο συγκεκριμένα :

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ή Μοντέλο Beveridge :

- Προσανατολισμός στην κάλυψη των αναγκών.
- Ενιαίο, δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας.
- Ενιαία διοίκηση με υγειονομικές περιφέρειες.
- Χρηματοδότηση κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Δημόσια νοσοκομεία & λίγα ιδιωτικά.
- Ιατροί (κατά κανόνα) δημόσιοι υπάλληλοι.
- Το εφαρμόζουν Αγγλία, Σουηδία, Καναδάς κ.λπ..

Το Κομμουνιστικό (Σοβιετικό) Σύστημα Υγείας ή Μοντέλο Semashko:

- Προσανατολισμός στην κάλυψη των αναγκών.
- Ενιαίο (γραφειοκρατικό) ασφάλισης υγείας (με εξαιρέσεις).
- Ενιαία κεντρική διοίκηση με υγειονομικές περιφέρειες.
- Χρηματοδότηση «αποκλειστικά» από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Δημόσια νοσοκομεία αποκλειστικά.
- Ιατροί αποκλειστικά δημόσιοι υπάλληλοι.
- Εφαρμοζόταν στην Σοβιετική Ένωση και στις υπόλοιπες χώρες του Ανατολικού Μπλοκ.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ή Μοντέλο Bismarck:

- Προσανατολισμός στην κάλυψη της ζήτησης.
- Πολλαπλά ταμεία ασφάλισης υγείας.
- Παράλληλη διοίκηση υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών ταμείων.
- Χρηματοδότηση κυρίως από τις εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία.
- Νοσοκομεία κυρίως κοινωφελή (μη κερδοσκοπικά) ή ιδιωτικά.
- Ιατροί (κατά κανόνα) ιδιώτες.
- Το εφαρμόζουν Γερμανία, Γαλλία κ.λπ..

Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας ή Ιδιωτικό Μοντέλο Υγείας :

- Προσανατολισμός στην κάλυψη της ζήτησης.
- Πολλαπλοί ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς.
- Περιορισμένος ρόλος του κράτους.
- Χρηματοδότηση κυρίως από ιδιωτικές πληρωμές και ιδιωτική ασφάλιση.
- Ιδιωτικά νοσοκομεία και λίγα δημόσια.
- Ιατροί (κατά κανόνα) ιδιώτες.
- Το εφαρμόζουν οι Η.Π.Α. κ.λπ..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

2.1. Ιστορική Αναδρομή Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Η ιστορική αναδρομή της εξέλιξης του ελληνικού συστήματος υγείας ακολουθεί την ιστορία ανάπτυξης του νέου ελληνικού κράτους και ξεκινά στις αρχές του 19^{ου} αιώνα με την Ελλάδα να διανύει μια περίοδο πολιτικής, κοινωνικής και οικονομικής αστάθειας μετά την απελευθέρωση της. Ο πρώτος κυβερνήτης της χώρας, Ιωάννης Καποδίστριας δεν πρόλαβε να εφαρμόσει αξιοσημείωτες αλλαγές στον τομέα της υγείας. Έτσι, λόγω των δυσχερών συνθηκών που επικρατούσαν, και την ανυπαρξία υποδομών και οργάνωσης, περιορίστηκε στην ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες για την υγειονομική οργάνωση της χώρας έγιναν επί τον βασιλιά Όθωνα. Το 1833 ιδρύθηκε η πρώτη υγειονομική υπηρεσία της χώρας, και αποτέλεσε τμήμα του νεοσύστατου Υπουργείου Εσωτερικών, με αρμοδιότητα του τομέα της δημόσιας υγείας (Μαστρογιάννης Ι., 1960). Παράλληλα με τις υπηρεσίες υγείας του Υπουργείου Εσωτερικών, ιδρύθηκε το 1834, το λεγόμενο Ιατροσυνέδριο με συμβουλευτικές κυρίως αρμοδιότητες (Μαστρογιάννης Ι., 1960).

Το 1922, ψηφίζεται ο Ν. 2868/1922 περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων, ο οποίος συνιστά τομή στην ιστορική εξέλιξη του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς είναι ο πρώτος γενικός ασφαλιστικός νόμος της Ελλάδας (Προβόπουλος Γ., 1987). Επίσης, στις 27 Αυγούστου 1922, ψηφίστηκε ο Ν. 2882/1922, περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου Περίθαλψης, που μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Σύμφωνα με το νόμο, η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ προβλεπόταν η σύσταση υγειονομικού συμβουλίου για κάθε νομό και το Ιατροσυνέδριο μετονομάστηκε σε Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο. Οι περιορισμένες όμως οικονομικές δυνατότητες του κράτους δεν επέτρεψαν σημαντικές αλλαγές (Τριχόπουλος Δ., 1982).

Η σημαντική αυτή μεταρρύθμιση, που αποτελεί ορόσημο στην ιστορία του ελληνικού κράτους και αφορά την ίδρυση του πρώτου Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα, δεν εφαρμόστηκε λόγω της Μικρασιατικής καταστροφής και των γεγονότων που ακολούθησαν. Στις 14 Δεκεμβρίου 1922 η τότε κυβέρνηση ανακοίνωσε διάταγμα περί ιδρύσεως Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, στο οποίο ενσωματώθηκε

το προηγούμενο Υπουργείο Περίθαλψης. Ακολούθησε η έκδοση σειράς νόμων, που ρύθμιζαν τη λειτουργία του υπουργείου (Μακρίδης Ν., 1933).

Η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος προκάλεσαν μεγάλες καταστροφές στην χώρα, με τις υπηρεσίες παροχής υγείας να βρίσκονται σε αποδιοργάνωση. Το 1953 ψηφίζεται ο Ν. 2592/53 περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως και γίνεται προσπάθεια για τη θέσπιση για πρώτη φορά ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Ανάμεσα στα μέτρα προβλεπόταν η αποκέντρωση του συστήματος με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία υγειονομικών κέντρων (Karokis A. και Sissouras A., 1994).

Το 1961 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) με στόχο την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Η περίοδος της δικτατορίας ακολούθησε χωρίς σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας πέραν της καθιέρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου. Αξίζει να αναφερθεί ότι το σχέδιο κοινωνικής πολιτικής του υπουργού υγείας της δικτατορίας στόχευε στην ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας βασιζόμενο στον οικογενειακό γιατρό, το οποίο όμως δεν προχώρησε (Κουσνέρ Μ., 1996).

Το επόμενο ορόσημο στην ιστορία του τομέα της υγείας, ο Ν. 1397/1983 για το Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) το 1983, που προσδιόριζε την ανάγκη για ριζική βελτίωση της υγείας (Μάρδας Γ., 1993), αποτελεί την μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο, στο πλαίσιο ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι στόχοι του ήταν η βελτίωση του επιπέδου υγείας και η προαγωγή της, η αποκέντρωση, ο ενιαίος προγραμματισμός, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο κοινωνικός έλεγχος, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η εξάλειψη των ανισοτήτων στην πρόσβαση, η βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας, η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ., 1993). Τα επόμενα χρόνια ακολουθούν μεταρρυθμιστικές προτάσεις, ο Ν. 2519/1997 και ο Ν. 2889/2001, όπου προτείνονται νέες αποκεντρωμένες δομές οργάνωσης και θεσμοί για την δημόσια υγεία και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάπτυξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης (Τσαλίκης Γ., 2008).

Σήμερα, το σύστημα υγείας στη χώρα μας έχει υποστεί αρκετές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις ως αποτέλεσμα της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης, της συμφωνίας της χώρας με την τρόικα και της εφαρμογής του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής. Για το σχέδιο διάσωσης και τη λήψη της οικονομικής βοήθειας απαιτήθηκε η Ελλάδα να εφαρμόσει μνημόνια κατανόησης και να προχωρήσει στην υλοποίηση μέτρων λιτότητας και περικοπών προς αποφυγή της χρεωκοπίας, αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης και εξορθολογισμό των δημόσιων οικονομικών μεγεθών (Pisani-Ferry et al., 2013, Economou C., et al., 2015). Τα μέτρα αυτά είχαν σοβαρές συνέπειες στους τομείς της εργασίας, υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Έρευνες έδειξαν ότι το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο επιβάλλει στις κυβερνήσεις των χωρών, που δέχονται τη βοήθειά του, τη μείωση των δημοσίων κοινωνικών δαπανών και τη χρέωση της υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς (Γιωτάκος Ο., 2012, Economou C., et al., 2015).

Ένα ακόμα σημαντικό σημείο στην εξέλιξη της υγείας και κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, αποτέλεσε η ίδρυση με τον Ν. 2456/2011, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), ενός νέου Νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου το οποίο δημιουργήθηκε με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα, ενοποιώντας τους τομείς υγείας των επιμέρους ταμείων (Κωνσταντοπούλου Α., 2006, Θεοδωρουλάκης Μ. και Κουμαριανός Β., 2012).

Με τον νέο Ν. 4238/2014 για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το νέο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αλλάζει πλήρως η διαδικασία με την οποία θα πρέπει να απευθύνονται οι πολίτες στους γιατρούς. Ακόμη, αλλάζει ο τρόπος που εισάγονται οι ασθενείς στα νοσοκομεία, ενώ προβλέπονται ορισμένες υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις που θα γίνονται σε συγκεκριμένες ηλικίες ασφαλισμένων. Ο νέος φορέας με την ονομασία Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) θα έχει μαζί του όλες τις μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Οικονόμου Χ., 2014, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2017). Τέλος, με τον Ν. 4368/2016, αποφασίστηκε η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και η πρόσβαση τους στο δημόσιο σύστημα και τις παροχές υγείας. Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους εκσυγχρονισμού του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Συνδυάστηκε με εκτεταμένες παρεμβάσεις και στα άλλα συστήματα κοινωνικής κάλυψης στη χώρα, οι οποίες

επιδιώκουν την αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση ενός σύγχρονου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας (Θεοδωρουλάκης Μ. και Κουμαριανός Β., 2012, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2017).

2.2. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Π.Υ.), που αποτελεί τον σημαντικότερο φορέα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, προέκυψε από την συνένωση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων της χώρας (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ.) και έχει ως στόχο να εξασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των δικαιούχων, όπου και όποτε τις έχουν ανάγκη. Αρχικός πρόεδρος του Ε.Ο.Π.Π.Υ. διορίστηκε ο γιατρός Γεράσιμος Βουδούρης, αλλά το Νοέμβριο του 2012 αντικαταστάθηκε από τον Ελευθέριο Παπαγεωργόπουλο. Μέχρι το 2015, καθήκοντα του διοικητή του Ε.Ο.Π.Π.Υ. ασκούσε ο πρώην διοικητής του Ο.Γ.Α., Δημήτρης Κοντός, οπότε και ανέλαβε ο λέκτορας Σωτήρης Μπερσίμης (Newpost.gr, 2013, Protothema.gr, 2015).

Οι δικαιούχοι του ΕΟΠΠΥ εξυπηρετούνται από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς που πληρώνονται κατά πράξη, από μη συμβεβλημένους αλλά πιστοποιημένους ιατρούς αποκλειστικά για τη συνταγογράφηση, ιατρεία του οργανισμού, κέντρα υγείας, περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας (Κωνσταντοπούλου Α., 2006, Θεοδωρουλάκης Μ. και Κουμαριανός Β., 2012).

Ο Ε.Ο.Π.Π.Υ. έχει δικά του φαρμακεία τα οποία παρέχουν φάρμακα υψηλού κόστους στους πολίτες. Οι γιατροί γνωρίζουν τα παρεχόμενα φάρμακα και τα κατευθύνουν τους ασφαλισμένους. Οι γιατροί, είτε εκδίδουν ηλεκτρονικές συνταγές ή εάν είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. συνταγογραφούν στο συνταγολόγιο ενιαίου τύπου, εφόσον δεν είναι δυνατόν να συνταγογραφήσουν ηλεκτρονικά. Κάθε φάρμακο θα συνταγογραφείται από ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας. Η συνταγή των φαρμάκων μπορεί να εκτελεστεί εντός πέντε ημερών, αφού προηγουμένως έχει θεωρηθεί από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό, όπου αυτό προβλέπεται (ΕΟΠΠΥ, 2017).

Με τον Ν. 4238/2014, μετά από απαίτηση της τρόικας, αλλάζει ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος θα είναι μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή στον ρόλο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αποτελεί και αλλαγή του τρόπου λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και σημαντική επέκταση για τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος προσπαθεί να υποκαταστήσει σε πολλές περιπτώσεις το δημόσιο τομέα. Σύμφωνα με ερευνητές (Niakas D., 2013), η αλλαγή της λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αποτελεί μία προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και ο περιορισμός του ρόλου του μόνο σε αγοραστή των υπηρεσιών υγείας στοχεύει στο να γίνει συγκέντρωση των πόρων σε ένα αποκλειστικά φορέα, να επιτευχθεί βέλτιστη και ορθολογικότερη διαχείριση των χρημάτων και των δαπανών και να επιτευχθεί αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων. Γενικότερα, ο στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι ο έλεγχος των δαπανών υγείας και η ορθολογικότερη κατανομή τους (Οικονόμου Χ., 2014)

2.3. Διακρίσεις Μονάδων Συστήματος Υγείας Ελλάδας

Οι μονάδες υγείας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αποτελούν τον κύριο φορέα παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας και διακρίνονται σε διάφορα επίπεδα φροντίδας τα οποία διαμορφώνονται ως εξής (Γεωργούση Ε. και Κυριόπουλος Γ., 1991, Κυριόπουλος Γ. και Σουλιώτης Κ., 2002, Σιγάλας Ι., 2008) :

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας : Η κατηγορία αυτή ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και αναφέρεται σε υπηρεσίες σχετικές με την πρόληψη, διάγνωση και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας, χωρίς να είναι απαραίτητη η παραμονή του ατόμου για νοσηλεία σε νοσοκομείο. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας λειτουργούν τα εξωτερικά ιατρεία της χώρας που παρέχουν άμεση διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα, ενώ παράλληλα τα εξωτερικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων παρέχουν έκτακτη ιατρική παρέμβαση. Τα εξωτερικά ιατρεία με πλήρη οργάνωση και λειτουργική αυτονομία είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς που απευθύνονται σε αυτά και έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης. Αυτή η μορφή περίθαλψης μπορεί να καλυφθεί τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Στον δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία

νοσοκομείων και τιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τους εξής τομείς α) ιδιωτικά ιατρεία, β) μικροβιολογικά εργαστήρια, γ) διαγνωστικά κέντρα και δ) εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που παρέχεται στις μη αστικές περιοχές καλύπτεται από 190 κέντρα υγείας και 1.351 περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία του εθνικού συστήματος υγείας. Σε αυτά τα κέντρα πραγματοποιείται το 12,5% του συνόλου των επισκέψεων σε μονάδες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όσον αφορά τις υπόλοιπες περιοχές η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, είτε από ιδιώτες ιατρούς, είτε από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα καθώς επίσης και από εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του συστήματος υγείας (Λιόνης Χ. και Μερκούρης Μ., 2000, Σιγάλας Ι., 2008).

- Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας: Στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης παρέχεται ολοκληρωμένη νοσηλεία εντός των τμημάτων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών και διεξάγονται εργαστηριακοί έλεγχοι, ενώ γίνονται και γενικές επεμβάσεις όπως για παράδειγμα γενικές εγχειρίσεις, γαστροσκοπήσεις κ.α.. Στα πλαίσια της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται, βασίζεται σε ειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί την συνεργασία μεταξύ γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Στην κατηγορία αυτή παρέχονται υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχονται από 144 δημόσια νοσοκομεία του συστήματος υγείας και εκτός αυτούόπως από στρατιωτικά νοσοκομεία και 216 ιδιωτικές κλινικές. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη εκτεταμένων ιδιωτικών κλινικών στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη με σύγχρονες υποδομές και διαδικασίες οργάνωσης και λειτουργίας. Η ίδρυση των ιδιωτικών κλινικών, έχει συμβάλει σημαντικά στην αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας και την καλύτερη οργάνωση των ιδιωτικών υπηρεσιών (Πολύζος Ν., 2005). Επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική φροντίδα: Στην προκειμένη περίπτωση η κατηγορία αυτή καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας. Το ΕΚΑΒ ιδρύθηκε το 1976 και μέσω αυτού πραγματοποιείται η μεταφορά των ασθενών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, σε έκτακτες

ανάγκες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ανάγκης φροντίδας
(Σιγάλας Ι., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ

3.1. Εισαγωγή

Το Αγγλικό Σύστημα Υγείας (National Health Service England), είναι από τα σημαντικότερα συστήματα και ο κυριότερος αντιπρόσωπος του εθνικού συστήματος υγείας τύπου Beveridge. Το αγγλικό σύστημα υγείας έχει ως χαρακτηριστικά τον αυξημένο κρατικό παρεμβατισμό, την κοινωνική αλληλεγγύη, την πλήρη και καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, την ισότιμη πρόσβαση για όλους τους πολίτες στις υπηρεσίες υγείας, την δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και την κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για όλο το πληθυσμό και όλα τα παραπάνω μέσω ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας με αποδοτικό και αποτελεσματικό χαρακτήρα (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος που όπως αναφέρθηκε αποτελεί τον βασικότερο εκπρόσωπο του εθνικού συστήματος υγείας τύπου Beveridge. Η ανάλυση θα εστιάσει στην ιστορική αναδρομή των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα στον τομέα της υγείας της Αγγλίας με αφορμή την έκθεση του Beveridge το 1942, στην σημερινή μορφή και δομή του αγγλικού συστήματος υγείας, στις πηγές χρηματοδότησης του, στις προσπάθειες αποκέντρωσης του και στην κριτική που του έχει ασκηθεί (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

3.2. Ιστορική Αναδρομή Συστήματος Υγείας στην Αγγλία

Ως το 1900 στην Μεγάλη Βρετανία δεν υπήρχε κάποιο οργανωμένο σύστημα υγείας. Μόνο η εκκλησία παρείχε κάποιες βασικές υπηρεσίες υγείας προς τον πληθυσμό. Ο Α' Παγκόσμιος Πόλεμος είχε σοβαρά αποτελέσματα στον σχεδιασμό της πολιτικής υγείας της Αγγλίας. Ο μεγάλος αριθμός θυμάτων και τραυματισμένων ανέδειξε την ανάγκη για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας άμεσα. Έτσι, το 1918, ιδρύθηκε Υπουργείο Υγείας και αυξήθηκε η παρέμβαση του κράτους στα θέματα υγείας. Το 1920, η έκθεση του υπουργού υγείας Dawson αναφέρθηκε για πρώτη φορά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, το οποίο θα είχε τα θεμέλια του στη δημιουργία και την λειτουργία κέντρων υγείας. Παρά τις προσπάθειες αυτές όμως ο πληθυσμός συνέχισε να μαστίζεται από λοιμώδεις ασθένειες (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου υπήρξε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, το Emergency Medical Service με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Το 1942, η έκθεση του Beveridge είχε ιδιαίτερη σημασία για τη δημιουργία ενός συστήματος όπου η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει να προστατέψει τον πληθυσμό από τους κινδύνους της ασθενείας, της ανεργίας και του γήρατος. Επομένως, με την έκθεση του Beveridge σχεδιάστηκε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με το οποίο όλοι οι πολίτες θα ήταν καλυμμένοι. Έτσι, το 1948 δημιουργήθηκε το εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας εφαρμόζοντας τον νόμο National Health Service Act του 1946 (Μπούντα, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, εγκαθιδρύθηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας όπου όλες οι υπηρεσίες παρέχονταν δωρεάν με βάση την αρχή της ισότητας όσον αφορά την καθολική πρόσβαση και την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα κέντρα υγείας θα απασχολούσαν γενικούς γιατρούς που οι τοπικές αρχές θα τους έδιναν αμοιβή. Έτσι έγινε πιο σημαντικός ο ρόλος των γενικών ιατρών (General Practitioners), οι οποίοι συμμετέχουν στο σύστημα και έχουν πλέον ρόλο υποδοχής του σε αυτό, κατευθύνοντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης που υπάρχουν (Γαρδίκας, 2000). Το 1962 εφαρμόστηκε το Νοσοκομειακό Πρόγραμμα, που αφορούσε καινοτομίες στον τομέα των υποδομών, διέκρινε την ανάγκη για ανάπτυξη ενός αποκεντρωμένου δικτύου δευτεροβάθμιων υπηρεσιών και εισήγαγε το θεσμό του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου (District General Hospital). Με βάση το πρόγραμμα παρέχονται μέχρι 800 κλίνες σε πληθυσμό έως και 150.000 πολίτες, ένα περιφερειακό μοντέλο που ισχύει έως και σήμερα (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

Το 1973 μέσα από το νέο νόμο National Health Service Act θεσμοθετήθηκαν καινούριες περιφερειακές διοικήσεις με εκτεταμένες αρμοδιότητες. Με βάση την οργανωτική τους δομή, που επιβλέπεται από τον υπουργό υγείας, σχηματίζονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities), οι οποίες αναλαμβάνουν πλήρως την ευθύνη του σχεδιασμού. Με τη σειρά τους, διαιρούνται σε 90 περιοχές που χωρίζονται σε επαρχίες που διοικούν τοπικά διοικητικά συμβούλια. Τα τοπικά διοικητικά συμβούλια ευθύνονται κυρίως για τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

Στις εκλογές του 1979 αναδείχθηκε η Margaret Thatcher που επιδίωκε την ενίσχυση της ιδιωτικής υγείας και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι ενισχύθηκε η πολιτική των ιδιωτικών ασφαλίσεων. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας από την κυβέρνηση Thatcher ήταν η εισαγωγή στοιχείων ελεύθερης αγοράς και συνθηκών ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων και η δημιουργία των Trusts, την μεταβολή ουσιαστικά των νοσοκομείων σε ιδιωτικές επιχειρήσεις. Τα Trusts μπορούσαν να χρησιμοποιούν προσωπικό, να διαπραγματεύονται τους όρους και συνθήκες εργασίας και να προχωρούν σε δανεισμό από το δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα (Γαρδίκας, 2000).

Το 1982, μετά από εισήγηση της επιτροπής Merrison, εφαρμόστηκε ένα διαφορετικό πρότυπο οργάνωσης με στόχο την αποκέντρωση στο οποίο 192 υγειονομικές επαρχίες (District Health Authorities) αντικατέστησαν τις περιοχές και τις τοπικές αρχές. Το 1989 με στόχο να εισαχθούν νέες μέθοδοι ελεγχόμενου ανταγωνισμού, το εθνικό σύστημα υγείας αναθεωρήθηκε ώστε να είναι πιο αποτελεσματικό. Το 1991 η διοικητική ευθύνη μοιράστηκε στις υγειονομικές επαρχίες για τις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης. Έτσι, οι υγειονομικές επαρχίες είχαν τον έλεγχο της περίθαλψης των νοσοκομείων στην περιοχή ενώ η Αρχές Οικογενειακής Περίθαλψης (Health Service Authorities) είχαν τον έλεγχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονταν από το εθνικό σύστημα υγείας άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities) και έμμεσα, μέσω αυτών, στους fundholders των γενικών γιατρών (General Practitioners fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities). Οι τοπικές υγειονομικές αρχές και οι fundholders αγοράζουν ουσιαστικά υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό που συμμετέχει σε αυτές από τα νοσοκομεία του δημοσίου ή ακόμη και από τα ιδιωτικά. Ο διαχωρισμός σε αγοραστές και σε προμηθευτές, ο οποίος έγινε στη δεκαετία του 1990, είχε σκοπό να φτιάξει τις βάσεις για έναν ελεγχόμενο ανταγωνισμό ώστε να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας και του κόστους. Πέντε χρόνια αργότερα τα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας μπήκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς, με αποτέλεσμα να δημιουργήσουν 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, αποτελούμενα από 1.600 νοσοκομεία με σημαντική διοικητική αυτονομία (Jakubowski E., Busse R., 1998). Η πληρωμή για τα νοσοκομεία άλλαξε σε

σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και τοπικών υγειονομικών αρχών και fundholders γενικών ιατρών. Ενώ παλαιότερα βασιζόταν σε σφαιρικούς προϋπολογισμούς, πλέον βασίζεται περισσότερο σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές αναλόγως με διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών (Wolper L.f., 2001).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που παρέχεται από το εθνικό σύστημα υγείας, στηρίζεται όπως αναφέρθηκε στον θεσμό των γενικών γιατρών (General Practitioners). Οι γενικοί γιατροί, καλύπτουν το 97% των αναγκών των πολιτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας και είναι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση. Ελέγχουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και επίσης έχουν το έργο της διαχείρισης των πόρων για την απόκτηση νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό που είναι υπ' ευθύνη τους, είτε μέσω των fundholders, είτε μέσω των πρωτοβάθμιων ομάδων υγείας. Η αμοιβή των γενικών γιατρών προκύπτει κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, αντίθετα αυτοί που εργάζονται στα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας αμείβονται με μισθό ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο (Satman Rb., Figueras J., 1997, Wiener W., 2001).

Το 1999 ακολούθησαν νέες μεταρρυθμίσεις στη δομή του συστήματος. Οι υγειονομικές επαρχίες μετονομάστηκαν σε Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities) ενώ υπήρχαν και αλλαγές στην διοίκηση με την κατάργηση των fundholders και την δημιουργία των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups). Οι αρμοδιότητες των υγειονομικών αρχών περιορίστηκαν στην στρατηγική σχεδίαση ενώ αυξήθηκαν οι ευθύνες για τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα των πολιτών της περιφέρειας. Οι υγειονομικές αρχές ευθύνονταν για την πραγματοποίηση προγραμμάτων με σκοπό να βελτιωθούν το επίπεδο υγείας των πολιτών με την βοήθεια των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (N.H.S.Trusts) και των τοπικών αρχών (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001).

Η μεταρρύθμιση που έγινε είχε ως στόχο να περιοριστεί ο εσωτερικός ανταγωνισμός στην αγορά και να ωθήσει την συνεργασία των μετόχων του συστήματος υγείας δηλαδή των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, των προμηθευτών και των υγειονομικών αρχών. Η δομή του νέου εθνικού συστήματος υγείας της Αγγλίας

χωρίζεται σε Περιφερειακά γραφεία Εθνικού Συστήματος Υγείας (N.H.S.executiveregionaloffices), Υγειονομικές Αρχές (health authorities), Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (primary care groups), Τοπικές Αρχές (localauthorities) και Εσωτερική αγορά (NHS trusts)(Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

Το 2002 καταργούνται τα Περιφερειακά Γραφεία, οι 96 Υγειονομικές Αρχές μειώνονται και μετατρέπονται σε 28 Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (Strategic Health Authorities) και θεσπίστηκε η συμμετοχή του κοινού στην υγεία. Η πληρωμή ανάλογα με το αποτέλεσμα, δηλαδή η πληρωμή αντίστοιχη με τη παροχή υπηρεσιών, εισάγεται ως τρόπος πληρωμής για τα N.H.S.Trusts και τους υπόλοιπους παρόχους υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004).

Το 2004 θεσπίζεται ένα νέο είδος οργάνωσης για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, οι Foundation Trusts, που αποτελεί μια μορφή κοινωνικής επιχείρησης και έχει μεγαλύτερη αυτονομία από τα N.H.S.Trusts.Το 2006 οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχέςμειώθηκαν σε 10 και οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας από 303 σε 152 (Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007).

Το 2009 δημοσιεύεται το Καταστατικό του N.H.S. (N.H.S.Constitution) που καθορίζει τις αρχές και τις αξίες του εθνικού συστήματος υγείας και τα δικαιώματα και τις ευθύνες των ασθενών, των πολιτών και του προσωπικού του. Γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην δίκαιη και ίση αντιμετώπιση των ασθενών και τη παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Οι πέντε αρχές του N.H.S.είναι (N.H.S. Constitution, 2013, National Health Service, 2017):

- Το εθνικό σύστημα υγείας παρέχει πλήρεις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για όλους.
- Η πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας εξαρτάται από την ιατρική ανάγκη του ατόμου και όχι από την δυνατότητα του να πληρώνει.
- Το εθνικό σύστημα υγείας αποσκοπεί σε υψηλά επίπεδα επαγγελματισμού.
- Το εθνικό σύστημα υγείας αποσκοπεί να έχει ως προτεραιότητα πάντα τον ασθενή.

- Το εθνικό σύστημα υγείας λειτουργεί εκτός των οργανωτικών του ορίων και συνεργάζεται με άλλους οργανισμούς προς το συμφέρον των ασθενών, των τοπικών κοινοτήτων και του συνόλου του πληθυσμού.
- Το εθνικό σύστημα υγείας δεσμεύεται να παρέχει τη μέγιστη αξία για τα χρήματα των φορολογούμενων και την πιο αποτελεσματική και δίκαιη χρήση των περιορισμένων πόρων.
- Το εθνικό σύστημα υγείας είναι υπόλογο στο κοινό και τους ασθενείς που εξυπηρετεί.

Το 2010 η τωρινή κυβέρνηση ανακοίνωσε την Λευκή Βίβλο Equity and excellence: Liberating the N.H.S., που διατηρεί τις βασικές αρχές του εθνικού συστήματος υγείας και αποσκοπεί στην βελτίωση και εκσυγχρονισμό του. Βασικά σημεία της είναι (Equity and excellence: Liberating the N.H.S., 2010) :

- Οι ασθενείς και οι πολίτες είναι προτεραιότητα του συστήματος υγείας και θα έχουν άνετη πρόσβαση στις πληροφορίες που χρειάζονται από τους καλύτερους γενικούς γιατρούς και τα καλύτερα νοσοκομεία. Οι ασθενείς θα έχουν περισσότερες επιλογές και θα μπορούν να αποφασίζουν για την υγεία τους.
- Θα δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στα κλινικά αποτελέσματα. Η επιτυχία θα μετριέται σύμφωνα με τα αποτελέσματα στους ασθενείς.
- Ενδυνάμωση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες θα μπορούν να χρησιμοποιούν την κρίση τους σχετικά με την εφαρμογή της πιο κατάλληλης θεραπείας για τον κάθε ασθενή. Η λήψη αποφάσεων θα γίνεται από τους επαγγελματίες υγείας και των ασθενείς.

Το 2011 δημοσιεύτηκε το νομοσχέδιο περί Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας που πρότεινε σημαντικές μεταρρυθμίσεις για την μεγέθυνση του ρόλου των γενικών γιατρών και την επέκταση του ανταγωνισμού. Επίσης, περιλαμβάνει την αναδιοργάνωση των Primary Care Trusts σε ομάδες. Οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (Strategic Health Authorities) ομαδοποιούνται σε εθνικές οργανώσεις. Το 2012, σε συνέχεια των παραπάνω, θεσπίστηκε ο νόμος Health and Social Care που αποτέλεσε τη μεγαλύτερη αναδιοργάνωση στην ιστορία του εθνικού συστήματος υγείας. Στο επίκεντρο της αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας είναι η αυξημένη δυνατότητα επιλογής στους ασθενείς, αυξημένες ευθύνες στους γιατρούς και η

μεγαλύτερη αυτονομία των οργανισμών από τον κεντρικό έλεγχο και τις πολιτικές παρεμβάσεις (U.K.Parliament, 2011).

3.3. Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας Αγγλίας

Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος υγείας γίνεται κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού αλλά και των ιδιωτικών δαπανών. Ο κρατικός προϋπολογισμός περιλαμβάνει τη γενική φορολογία, τα National Insurance Contributions και την τοπική φορολογία. Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν την ιδιωτική ασφάλιση αλλά και την ιδιωτικές πληρωμές (Boyle Sean, 2011).

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του εθνικού συστήματος υγείας είναι η γενική φορολογία, δηλαδή ο φόρος εισοδήματος, ο Φ.Π.Α., οι εταιρικοί φόροι και οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης σε προϊόντα όπως τα καύσιμα, το αλκοόλ και τα τσιγάρα. Με βάση τον φόρο εισοδήματος, φορολογείται τόσο το δεδουλευμένο όσο και το μη δεδουλευμένο εισόδημα και δεν υπάρχει ανώτατο όριο στο εισόδημα που φορολογείται. Ο Φ.Π.Α., αποτελεί ένα φόρο επί των πωλήσεων που επιβάλλεται στις περισσότερες εμπορικές συναλλαγές. Περιλαμβάνει τα περισσότερα έξοδα κατανάλωσης, εισαγωγής και εξαγωγής και μεταφοράς αγαθών και υπηρεσιών μεταξύ επιχειρήσεων. Ο συνηθισμένος Φ.Π.Α. είναι 17,5% την πλειονότητα των αγαθών και υπηρεσιών. Οι εταιρικοί φόροι επιβάλλονται στα κέρδη των εταιρειών (McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T., 2017, National Health Service, 2017).

Τα National Insurance Contributions είναι υποχρεωτικές εισφορές που πληρώνονται από τους εργοδότες, τους υπαλλήλους και τους ελεύθερους επαγγελματίες μόνο επί των δεδουλευμένων εισοδημάτων. Περίπου το 10% του συνόλου των National Insurance Contributions χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας, αν και η πρόσβαση σε υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας δεν εξαρτάται στο εάν κάποιος έχει πληρώσει το National Insurance Contribution (McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T., 2017).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν τη φροντίδα κατ' οίκον και σε ιδρύματα, χρηματοδοτούνται κατά ένα ποσοστό από την τοπική φορολογία (δημοτικά τέλη και φόροι τοπικών επιχειρήσεων). Οι τοπικοί φόροι δεν χρηματοδοτούν την υγειονομική φροντίδα. Τα δημοτικά τέλη διαφέρουν ανάλογα με την περιοχή και υπολογίζονται αναλογικά με βάση την αξία της περιουσίας. Επίσης και οι φόροι των

τοπικών επιχειρήσεων διαφέρουν μεταξύ των τοπικών αρχών (McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T., 2017).

Στην Αγγλία, η ιδιωτική ασφάλιση (Private Medical Insurance) έχει κυρίως συμπληρωματικό ρόλο. Καλύπτει υπηρεσίες που δεν παρέχονται ή δεν καλύπτονται πλήρως από το κράτος ή για την παροχή καλύτερων υπηρεσιών με βάση της ταχύτερης πρόσβασης και της αύξησης των επιλογών των ασθενών. Η κάλυψη που προσφέρεται βασίζεται σε ένα ιδιωτικό συμβόλαιο που υπογράφεται ανάμεσα στον ασφαλισμένο και τον ασφαλιστή. Με την παροχή της θεραπείας, υπάρχει ένα συμβόλαιο ανάμεσα στον ασφαλιστή και στον πάροχο της υπηρεσίας και ένα ανάμεσα στον ασφαλισμένο και τον ειδικευμένο γιατρό ή χειρουργό.

Η συνηθισμένη ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει τα κόστη της ιδιωτικής ιατρικής θεραπείας σε περιπτώσεις οξέων περιστατικών. Αρκετές ασφαλιστικές εταιρείες δεν προσφέρουν μόνο τη βασική κάλυψη των οξέων περιστατικών αλλά επεκτείνουν την κάλυψη χρεώνοντας συγχρόνως μεγαλύτερα κόστη. Άλλες ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν μόνο τη βασική κάλυψη με αποτέλεσμα να περιορίζουν σημαντικά την πρόσβαση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα όσον αφορά τη βασική κάλυψη. Ανάλογα με την ασφάλεια, μπορεί να υπάρχουν περιορισμοί στην επιλογή του νοσοκομείου ή να παρέχεται κάλυψη μόνο σε περιπτώσεις που η λίστα αναμονής είναι πάνω από έξι εβδομάδες. Σε τέτοιες περιπτώσεις το κόστος ασφάλισης είναι μειωμένο (McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T., 2017).

Οι πληρωμές στα ιδιωτικά νοσοκομεία υπολογίζονται με βάση τη χρέωση για τις εγκαταστάσεις που πληρώνεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον ασφαλιστή και την αμοιβή των ειδικών γιατρών που πληρώνεται από τους ασθενείς και στη συνέχεια αποζημιώνονται από τον ασφαλιστή. Αν ο ειδικευμένος γιατρός χρεώσει τον ασθενή παραπάνω από την προβλεπόμενη αμοιβή για τη συγκεκριμένη διαδικασία, ο ασφαλιστής θα πρέπει να καλύψει τη διαφορά (Boyle Sean, 2011).

Στην Αγγλία προσφέρονται μόνιμα συμβόλαια υγείας (Permanent Health Insurance), που είναι ατομικά και παρέχουν εβδομαδιαίο ή μηνιαίο εισόδημα σε εκείνους που υποφέρουν από νόσους ή αναπηρίες. Τα μόνιμα συμβόλαια υγείας παρέχουν προστασία και στην περίπτωση αδυναμίας εργασίας. Από την στιγμή που η ασφαλιστική εταιρεία προσφέρει ένα μόνιμο συμβόλαιο υγείας και καταβληθεί το

πρώτο ασφάλιστρο, η εταιρεία δεν έχει την δυνατότητα ακύρωσης του εφόσον ο κάτοχος του συμβολαίου εκπληρώνει όλες του τις υποχρεώσεις (Χατζόπουλος, 2007).

Γενικότερα το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας του εθνικού συστήματος υγείας είναι δωρεάν. Για όσες όμως υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το εθνικό σύστημα υγείας είτε θα πρέπει τα ίδια τα άτομα να καταβάλουν το αντίτιμο (άμεσες πληρωμές), είτε καλύπτονται από το εθνικό σύστημα υγείας αλλά ως κατανομή του κόστους, συνήθως με τη συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος. Οι άτυπες πληρωμές αποτελούν σπάνιο φαινόμενο στο αγγλικό σύστημα υγείας (BoyleSean, 2011).

Οι άμεσες πληρωμές καλύπτουν την ιδιωτική θεραπεία, τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και την κοινωνική φροντίδα. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών είναι άμεσες, με ποσοστό 41% να αποτελεί δαπάνες σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ακολουθούν οι δαπάνες για ιδιωτική θεραπεία, που αφορά κυρίως εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Οι πληρωμές αυτές το 2006 έφτασαν στο 18% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών. Αυτό οφείλεται στην άποψη για τη χαμηλή σχετικά ποιότητα φροντίδας του εθνικού συστήματος υγείας καθώς παρατηρούνταν ελλείψεις και μεγάλες λίστες αναμονής. Άποψη αυτή άλλαξε χάρη στην ενημέρωση του πληθυσμού για τις ουσιαστικές βελτιώσεις του εθνικού συστήματος υγείας σε χρόνους αναμονής (HarkerR., 2012, BoyleSean, 2011).

Σήμερα οι ιδιωτικές κλινικές έχουν κάνει πιο προσβάσιμες τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση, μέσω των πακέτων σταθερής τιμής, στα οποία το συνολικό κόστος της θεραπείας έχει προσυμφωνηθεί, ακόμη και στις περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα μη αναμενόμενων επιπλοκών. Έτσι περιορίζεται η αβεβαιότητα του ασθενή όσον αφορά το ποσό που θα κληθεί να πληρώσει. Όμως τα πακέτα σταθερής τιμής ισχύουν συχνά μόνο σε χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας, και συνήθως δεν παρέχονται για παθήσεις όπως ο καρκίνος (BoyleSean, 2011).

3.4. Η διαδικασία αποκέντρωσης του συστήματος υγείας της Αγγλίας

Η πολιτική αποκέντρωσης του συστήματος υγείας, που εφαρμόστηκε στην Αγγλία, έγινε κυρίως για πολιτικούς χρηματοδοτικούς και τεχνικούς λόγους. Οι πολιτικοί λόγοι είχαν σκοπό να επιτρέψουν την συμμετοχή περισσότερων πολιτών στο σύστημα υγείας, να κάνουν το σύστημα περισσότερο αυτόνομο σε τοπικό επίπεδο και να γίνει ανακατανομή της εξουσίας. Όσον αφορά τους χρηματοδοτικούς λόγους, η

αποκέντρωση είχε σκοπό να βελτιώσει την απόδοση του συστήματος υγείας και να δώσει μεγαλύτερο έλεγχο των υγειονομικών πόρων και των εσόδων στις τοπικές μονάδες υγείας (Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007).

Τέσσερις είναι οι τρόποι που μπορεί να γίνει διάχυση της εξουσίας, ο πρώτος τρόπος είναι η αποκέντρωση, δηλαδή όταν διαχειριστικές λειτουργίες μεταβιβάζονται σε πιο χαμηλά επίπεδα και εντός της ίδιας διοικητικής δομής από τις κεντρικές υπηρεσίες χωρίς να αποκεντρώνεται προς τις υπηρεσίες αυτές η εξουσία της λήψης αποφάσεων. Δεύτερος τρόπος είναι η εξουσιοδότηση, δηλαδή όταν η ευθύνη διαχείρισης δίνεται σε φορείς που δεν ελέγχονται από τη κεντρική εξουσία, όπως είναι οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και οι περιφερειακές ή τοπικές αρχές. Τρίτος τρόπος διάχυσης εξουσίας είναι η ανάθεση, δηλαδή όταν η εξουσία μεταφέρεται σε φορείς αυτόνομους από τη κεντρική εξουσία στο διοικητικό επίπεδο της περιφέρειας, της νομαρχίας ή του δήμου και τέταρτος τρόπος είναι μέσω της ιδιωτικοποίησης όταν δηλαδή παραχωρούνται σε ιδιωτικούς φορείς διοικητικές λειτουργίες, που τελούσαν υπό την ευθύνη της κεντρικής εξουσίας (Rondinelli D., 1990, Mossialos E., Allin S., Thomson S., 2007).

Με την αποκέντρωση στο σύστημα υγείας, γίνεται μεταβίβαση λειτουργιών και εργασιών από την κεντρική υπηρεσία σε περιφερειακές ή τοπικές υπηρεσίες του όμως δεν αποκεντρώνεται προς τις υπηρεσίες αυτές η εξουσία της λήψης αποφάσεων. Έτσι το υπουργείο υγείας ενισχύει τη τοπική διαχείριση με διοικητικές αρμοδιότητες για και με ένα βαθμό ελευθερίας, που επιτρέπουν στους τοπικούς αξιωματούχους να διοικούν χωρίς συνεχή αναφορά στη κεντρική υπηρεσία του υπουργείου (Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007).

Η αποκέντρωση έχει τα εξής πλεονεκτήματα (Lyll S., 2010, Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007):

- Αυξημένη ανταπόκριση στις τοπικές προτεραιότητες και ανάγκες.
- Βελτίωση της ανταπόκρισης των αποκεντρωμένων δομών υγείας στις τοπικές υγειονομικές ανάγκες διότι το προσωπικό τους επωμίζεται τη σχετική ευθύνη.
- Μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών και επακόλουθη αύξηση της τοπικής χρηματοδότησης και του ελέγχου των δαπανών.
- Οι αποφάσεις σε αποκεντρωμένο επίπεδο λαμβάνονται γρηγορότερα.

- Αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών και προσέγγιση των οικονομικά αδύναμων πολιτών.
- Μείωση της συμφόρησης σε κεντρικό επίπεδο, ώστε οι κεντρικές υπηρεσίες να εστιάζουν στη διαμόρφωση πολιτικής, στη καθοδήγηση και σε εθνικές δραστηριότητες.

Όμως έχει και μειονεκτήματα(Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007, Lyall S., 2010):

- Όταν υπάρξει αντίφαση μεταξύ τοπικών και εθνικών προτεραιοτήτων, οι τοπικές αρχές απορροφούν πόρους από εθνικούς στόχους.
- Τοπικοί πολιτικοί παράγοντες και ομάδες συμφερόντων ασκούν μεγαλύτερη επιρροή στη διαμόρφωση αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο.
- Το προσωπικό μπορεί να μην διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες για τη βελτίωση της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος.
- Η αποκέντρωση απαιτεί αυξημένες δαπάνες σε εκπαίδευση και νέα συστήματα πληροφόρησης και μηχανογράφησης, ενώ η παραγωγικότητα κατά τη μεταβατική περίοδο κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, επομένως καθίσταται δαπανηρή και μπορεί τελικά να κοστίσει περισσότερο από τα αναμενόμενα οφέλη.
- Αν η διαδικασία της αποκέντρωσης σχεδιαστεί ελλιπώς, μπορεί να οδηγήσει σε κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας.
- Αποκέντρωση των λειτουργιών που είναι κρίσιμες για την σχεδίαση των εθνικών πολιτικών υγείας, θέτει σε κίνδυνο την επιτυχή έκβασή τους.

Οι διαφορετικοί τύποι αποκέντρωσης λοιπόν εφαρμόζονται ταυτόχρονα για διαφορετικές λειτουργίες ενώ δεν είναι αναγκαίο να εφαρμόζονται στη καθαρή τους μορφή. Διοικητικά συστήματα συνδυάζουν συγκεντρωτικά και αποκεντρωμένα τμήματα, όπως για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες τα υπουργεία υγείας έχουν εξουσιοδοτήσει για ορισμένες βασικές λειτουργίες κεντρικά συμβούλια με διάφορα επίπεδα εξουσίας, ενώ παράλληλα έχουν αναθέσει και ευθύνες σε περιφερειακές οντότητες. Έτσι, η ευθύνη για την εθνική πολιτική δημόσιας υγείας και η εξουσία ρύθμισης του υγειονομικού συστήματος, παραμένει στα υπουργεία υγείας. Προκύπτει ότι η κεντρική αρχή χρειάζεται ακριβέστερη πληροφόρηση για το τι ακριβώς

διαδραματίζεται σε τοπικό επίπεδο, που θα τους επιτρέψει να αναπτύξουν συστήματα ελέγχου, με σκοπό την προσαρμογή του συνόλου των αποκεντρωμένων αρμοδιοτήτων και την κατάλληλη χρήση της κεντρικής χρηματοδότησης, προς την επίτευξη των εθνικών υγειονομικών στόχων (Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007).

Οι πρόσφατες προσπάθειες για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας του αγγλικού συστήματος αντιπροσωπεύουν την τάση για κατάργηση της αυστηρής ιεραρχίας του υπουργείου υγείας, ενώ αντίθετα προβάλλει πρότυπα βασισμένα στο μοντέλο προμηθευτή-αγοραστή, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Παρόλα αυτά, ο βαθμός αυτονομίας των δομών υγείας είναι αρκετά περιορισμένος καθώς το σύνολο τους θα πρέπει να λογοδοτεί στο Γραμματέα του κράτους, στο National Health Service Commissioning Board και στον νεοϊδρυθέντα οργανισμό National Health Service Improvement. Παρόλα αυτά, το αγγλικό σύστημα υγείας διαθέτει αρκετές δομές αποκέντρωσης, όπως είναι οι Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης, τα περιφερειακά και τοπικά γραφεία, τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας και οι τοπικές αρχές. Καθεμιά από αυτές τις δομές έχει έναν ιδιαίτερο και συγκεκριμένο ρόλο στο σύστημα υγείας της χώρας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, προβλέπεται η συνεργασία μεταξύ τους, προκειμένου να επιτευχθούν συγκεκριμένοι στόχοι στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία. Τέλος, από τις δομές αποκέντρωσης στο αγγλικό σύστημα υγείας, εκείνες οι οποίες παρουσιάζουν δομικά χαρακτηριστικά ανάλογα με αυτά των περιφερειακών συστημάτων υγείας είναι οι Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης (Mossialos E., Allin S., Thomson S., 2007, Boyle Sean, 2011, Peckham S., 2014).

Σήμερα, προκύπτει το συμπέρασμα, ότι ενώ οι πτυχές του εθνικού συστήματος υγείας έχουν αποκεντρωθεί, υπάρχουν συνεχιζόμενες δομές κεντρικής λογοδοσίας, οι οποίες, σε ένα διαφοροποιημένο και κατακερματισμένο σύστημα, δημιουργούν ένα πλαίσιο που τελικά ευνοεί την ισχυρότερη κεντρική λογοδοσία. Παράλληλα με τις παραπάνω τάσεις, εντείνονται και οι τάσεις για περισσότερο ανταγωνισμό και όρους αγοράς στην παροχή υπηρεσιών υγείας και πολιτικές που τονίζουν την μεγαλύτερη ολοκλήρωση και την επιθυμία σε πολλές τοπικές περιοχές να αναπτύξουν και να διαχειριστούν υπηρεσίες. Παραδοσιακά, στα πλαίσια του αγγλικού συστήματος υγείας, η κεντρική λογοδοσία έχει παραμείνει κυρίαρχη και δεν υπάρχουν στοιχεία

που να υποδηλώνουν ότι η κατάσταση αυτή θα αλλάξει στο μέλλον (PeckhamS., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Εισαγωγή

Εξετάζοντας τα συστήματα υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ασφαλιστική κάλυψη, στη διοίκηση και στον τρόπο χρηματοδότησης τους. Αν και οι βασικοί στόχοι των κρατών είναι κοινοί, σκοπεύουν δηλαδή στη βελτίωση της υγείας των πολιτών τους, οι πολιτικές που έχουν αναπτυχθεί για την επίτευξη των στόχων αυτών, παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές από κράτος σε κράτος.

Στις χώρες της Ευρώπης έχουν αναπτυχθεί διαφορετικά συστήματα υγείας, με το καθένα να ακολουθεί τις αρχές πάνω στις οποίες βασίστηκε. Εκτός από αυτό, τα χαρακτηριστικά των βασικών συστημάτων υγείας αντικατοπτρίζουν τόσο τις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας όσο και την ιεράρχηση που υπάρχει στην πολιτική πρωτοβουλία για τη δημιουργία κρατών ευνομίας και ευζωίας.

Με τη λήξη του 2^{ου} Παγκόσμιου Πολέμου, οι ευρωπαϊκές χώρες στα πλαίσια της ανασυγκρότησής τους στόχευσαν στη δημιουργία συστημάτων υγείας ικανών να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών τους. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1960 μόνο η Αγγλία, η Γαλλία και η Γερμανία είχαν αναπτύξει προγράμματα νοσοκομειακού προγραμματισμού. Στο τέλος της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές του 1980, οι περισσότερες χώρες της δυτικής και της ανατολικής Ευρώπης είχαν διαμορφώσει αναλυτικά προγράμματα που απέβλεπαν στο συντονισμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Η Ελλάδα αρκετά καθυστερημένα σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, εξαιτίας κυρίως ιστορικών γεγονότων, αρχίζει να διαμορφώνει σιγά σιγά τα πρώτα δικά της προγράμματα υγείας. Το 1983 με το Ν. 1397/1983 γίνεται το πρώτο ουσιαστικό και σοβαρότερο βήμα στον τομέα της υγείας (Γεωργακόπουλος, 2014, Χλέτσος Μ., 2016).

4.2. Υλικό και μέθοδος σύγκρισης

Η δευτερογενή έρευνα έγινε με βάση την υπάρχουσα ξένη και ελληνική βιβλιογραφία, επιστημονικά περιοδικά και πηγές μέσω του διαδικτύου για την συγκέντρωση των πληροφοριών ώστε να πραγματοποιηθεί η απαραίτητη θεωρητική προσέγγιση της θεωρίας των συστημάτων υγείας με παρουσίαση των ορισμών που υπάρχουν, μιας σύντομης και περιεκτικής ιστορικής αναδρομής, των κυριότερων σκοπών των συστημάτων υγείας, των πηγών χρηματοδότησης τους, των βασικών μοντέλων συστημάτων υγείας που υπάρχουν, καθώς και τη παρουσίαση των δυο συστημάτων υγείας της Αγγλίας και της Ελλάδας όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους, την ιστορία τους, τη δομή τους και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

Για την εκτενέστερη σύγκριση των δυο συστημάτων υγείας αντλήθηκαν πληροφορίες από τον Ο.Ο.Σ.Α., την ΕΛ.ΣΤΑΤ. και την Παγκόσμια Τράπεζα. Για την σύγκριση των δυο συστημάτων χρησιμοποιήθηκαν πέντε διακριτά στοιχεία, οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (είδη χρηματοδότησης της υγείας για το έτος 2015 και οι ποσοστιαίες μεταβολές των ιδιωτικών πληρωμών για την περίοδο 2009 έως 2015), οι δαπάνες για την υγεία στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (δαπάνη υγείας ανά κάτοικο για το έτος 2016, μέση ετήσια αύξηση δαπανών υγείας ανά άτομο για τα έτη από 2003 έως 2016, δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για το έτος 2016 και εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τα έτη 2003 έως 2016), οι υποδομές και το προσωπικό υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (αριθμός των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 και 2015, εξέλιξη του αριθμού των γιατρών για τα έτη 2000 με 2015, αριθμός των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 και 2015, νοσηλευτές ανά γιατρό για το έτος 2015 και αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 έως 2015), οι τρόποι αμοιβής των γιατρών στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (αμοιβή των γιατρών σε σχέση με τον μέσο μισθό για το έτος 2015, αμοιβή των νοσοκόμων σε σχέση με τον μέσο μισθό για το 2015 και η μεταβολή των μισθών των νοσοκόμων για τα έτη από 2005 έως 2015) και το βαθμό κάλυψης του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών που παρέχει το κάθε σύστημα υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015.

4.3. Σύγκριση των χαρακτηριστικών των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας

Όπως αναφέρθηκε, η σύγκριση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας θα γίνει με βάση πέντε διακριτά στοιχεία, τις πηγές χρηματοδότησης, τις δαπάνες για την υγεία, τις υποδομές και το προσωπικό υγείας, τους τρόπους αμοιβής των γιατρών και την κάλυψη του πληθυσμού όσον αφορά ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω. Τα συστήματα υγείας της Αγγλίας και της Ελλάδας διαφέρουν στην πλειονότητα των σημείων τους.

Η διάρθρωση του συστήματος υγείας στην Αγγλία έχει ως επικεφαλής τον εκάστοτε υπουργό υγείας, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας στον τομέα της υγείας. Ο ρόλος του είναι στρατηγικός, καθορίζει τη χρηματοδότηση και συνδέει το κοινοβούλιο με τον τομέα της υγείας. Άλλες ανώτατες δομές είναι οι Γραμματέες του κράτους, το National Health Service Commissioning Board και ο νεοϊδρυθέντας οργανισμός National Health Service Improvement. Το αγγλικό σύστημα υγείας διαθέτει αρκετές περιφερειακές και τοπικές δομές υγείας, όπως είναι οι 202 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης, τα 4 περιφερειακά και 27 τοπικά γραφεία, τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας και οι τοπικές αρχές. Θεμέλιο του παραπάνω συστήματος αποτελεί ο οικογενειακός γιατρός (BBC News, 2013, Collins Ben, 2016, National Health Service, 2017).

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει και κάποιες ομοιότητες με την Αγγλία. Και στην Ελλάδα υπεύθυνος για την εφαρμοζόμενη πολιτική είναι ο εκάστοτε υπουργός υγείας, που όμως εξαρτάται απόλυτα από τον υπουργό οικονομικών για την έγκριση και διάθεση των οικονομικών κονδυλίων. Η χώρα είναι χωρισμένη σε υγειονομικές περιφέρειες, με τη συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις μέσω της σύστασης και λειτουργίας των περιφερειακών συμβουλίων υγείας και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών αρμοδιοτήτων στα νομαρχιακά συμβούλια. Βάση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ακολουθούν τα ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των υπολοίπων ασφαλιστικών οργανισμών, η τοπική αυτοδιοίκηση με τις υπηρεσίες πρόνοιας και τα δημοτικά ιατρεία. Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας, με τους ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία, άλλοι που δεν

είναι συμβεβλημένοι με κανένα ταμείο και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια (Πολύζος, 2014, Γεωργακόπουλος, 2014, Αντωνοπούλου Λ., 2002).

Κύρια παρατήρηση από τα παραπάνω είναι η σπουδαιότητα του θεσμού του οικογενειακού γιατρού που αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας της Αγγλίας. Σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου έχει διασαφηνιστεί η αναγκαιότητα ανάδειξης του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, χωρίς όμως να έχει καθιερωθεί ακόμα στο σύστημα υγείας της χώρας μας (Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., 2004). Στην Ελλάδα, η δραστικότερη απόφαση για την υγεία λήφθηκε με τον Ν. 1397/1983, με τον οποίο άρχισε ουσιαστικά να δημιουργείται το σύστημα υγείας. Μισό αιώναδηλαδή αργότερα από την Αγγλία (Γεωργακόπουλος, 2014). Το Αγγλικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Εμφανίζει χαμηλό κόστος, καλή οργάνωση, αποτελεσματικότητα και έχει την εμπιστοσύνη του μεγαλύτερου μέρους του αγγλικού λαού (Χλέτσος Μ., 2011, BoyleSean, 2011). Παρόλα αυτά χαρακτηρίζεται και αυτό από τις μεγάλες λίστες αναμονής για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, για εισαγωγές στα νοσοκομεία και για χειρουργικές επεμβάσεις (Dalrymple T., 2017).

4.3.1. Σύγκριση των πηγών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας

Όπως αναφέρθηκε, τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από τον δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και την εξωτερική βοήθεια. Ο τρόπος χρηματοδότησης όμως διαφέρει από χώρα σε χώρα.

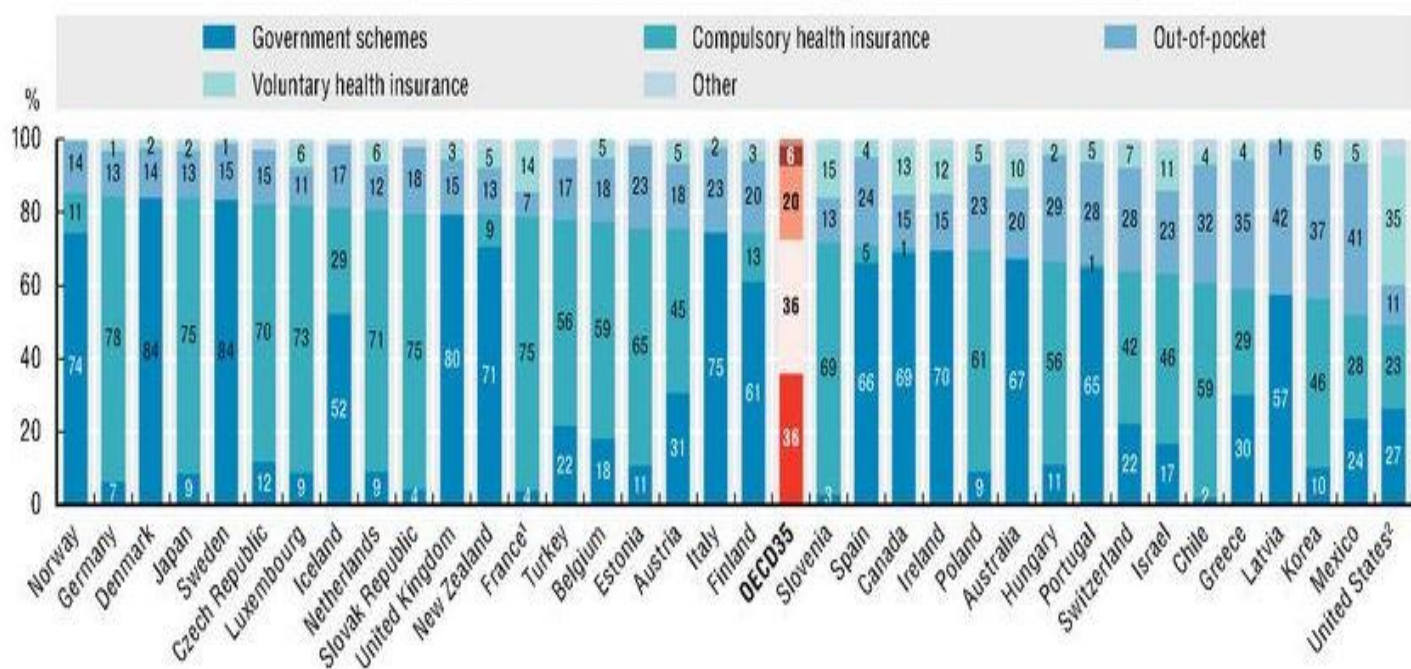
Στην Αγγλία έχουμε το μοντέλο Beveridge, που παρέχει καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από το κρατικό προϋπολογισμό με σχεδόν πλήρη την απουσία των ασφαλιστικών ταμείων. Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος υγείας γίνεται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας αλλά και των ιδιωτικών δαπανών. Η εθνική υπηρεσία υγείας της Αγγλίας έχει επιτύχει κυρίως σε οικονομικό επίπεδο, μέσα από την ολοκλήρωση των βασικών στόχων ενός συστήματος υγείας το οποίο χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους, της επαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείας ανεξάρτητα του εισοδήματος, της εξασφάλισης της ισότητας στην θεραπεία και την παροχή ιατρικών

υπηρεσιών σχεδόν εξολοκλήρου χωρίς χρέωση (BoyleSean, 2011, BBC News, 2013, National Health Service, 2017).

Στην Ελλάδα, με την ψήφιση του νόμου 1397/1983 θεσμοθετείται το εθνικό σύστημα υγείας, γεγονός που διακηρύσσει τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγεία και μεταφέρει όλη την ευθύνη παροχής υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες στο κράτος. Αποτελεί δηλαδή ένα εθνικό σύστημα που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση σχεδόν εξίσου και σε μικρότερο βαθμό από τις ιδιωτικές δαπάνες (Οικονόμου X., 2012).

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2017), η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να πληρωθεί μέσω ποικίλων χρηματοδοτικών μεθόδων. Σε ορισμένες χώρες, η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να καλύπτεται κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό βάσει του οποίου τα άτομα έχουν αυτόματα δικαίωμα στην φροντίδα. Σε άλλες περιπτώσεις, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (είτε μέσω δημόσιων είτε ιδιωτικών φορέων) χρηματοδοτεί το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία. Εκτός των παραπάνω, ένα ποσοστό των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη αποτελείται από πληρωμές από τα νοικοκυριά καθώς και διάφορες μορφές εθελοντικής ασφάλισης υγείας που προορίζονται να αντικαταστήσουν ή να συμπληρώσουν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Παρακάτω παρουσιάζονται τα είδη της χρηματοδότησης της υγείας για το έτος 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017) :

7.6. Health expenditure by type of financing, 2015 (or nearest year)



1. France does not include out-of-pocket payments for inpatient LTC thus resulting in an underestimation of the out-of-pocket share.

2. Spending by private health insurance companies in the United States is reported under voluntary health insurance.

Σχεδιάγραμμα 1: Είδη χρηματοδότησης της υγείας για το έτος 2015(O.E.C.D., 2017)

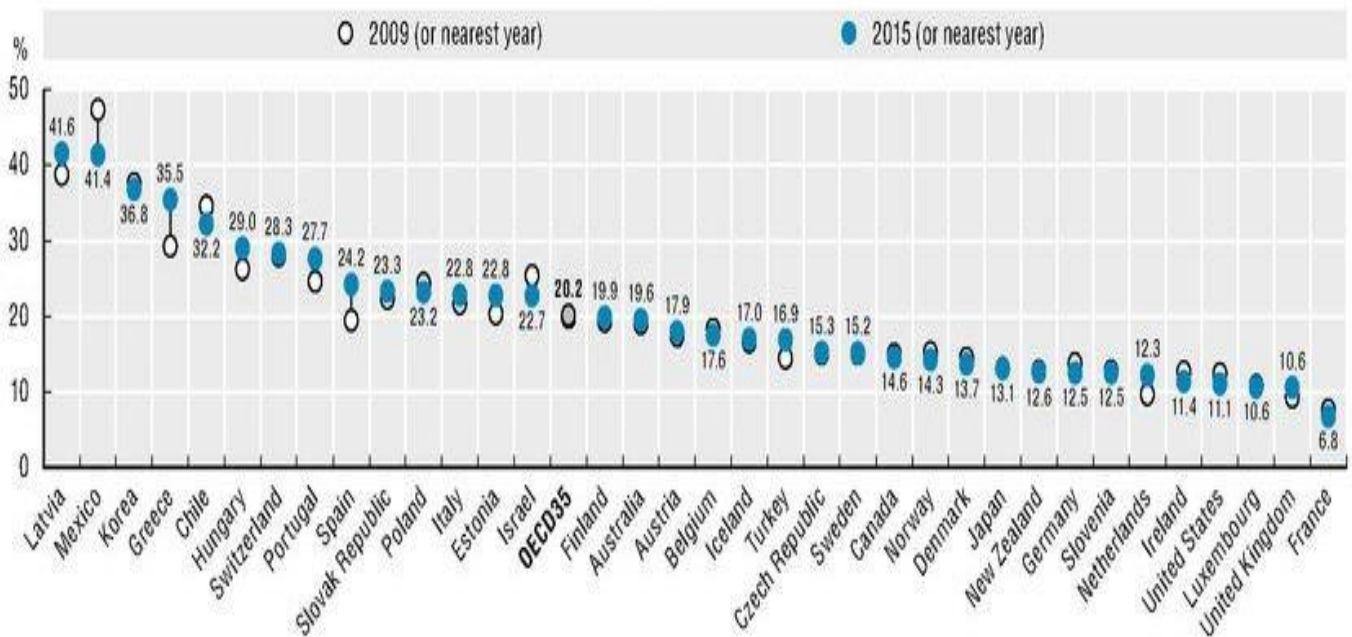
Αρχικά, σύμφωνα με τον μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α., για το έτος 2015 οι χώρες χρηματοδοτούν τα συστήματα υγείας τους κατά ένα ποσοστό 36% μέσω κρατικού προϋπολογισμού, κατά 36% μέσω υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, κατά 20% μέσω ιδιωτικών πληρωμών, κατά 6% μέσω εθελοντικής ασφάλισης υγείας και το υπόλοιπο 2% με άλλες μεθόδους (O.E.C.D., 2017).

Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος υγείας για το έτος 2015 από τον κρατικό προϋπολογισμό ανέρχεται περίπου στο 80% της συνολικής χρηματοδότησής του, ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές συμβάλλουν στη συνολική χρηματοδότηση κατά 15% και οι διάφορες μορφές εθελοντικής ασφάλισης υγείας κατά 3%.(McKennaH, DunnP., NorthernE., BuckleyT., 2017, NationalHealthService, 2017, O.E.C.D., 2017).

Εξετάζοντας τη διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας για το έτος 2015 διαπιστώνεται το μερίδιο συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού φτάνει το ποσοστό του 30%, με το ποσοστό της κοινωνικής ασφάλισης να είναι 29%, ενώ το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών είναι 35% και της εθελοντικής ασφάλισης υγείας 4%. Αυτό οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα ότι το ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει τα χαρακτηριστικά ενός μικτού συστήματος όπου υπάρχει περίπου η ίδια ποσοστιαία συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού και των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (O.E.C.D., 2017, ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

Μετά από τον κρατικό προϋπολογισμό και την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, τρίτη κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας τείνουν να είναι οι ιδιωτικές πληρωμές. Σε ορισμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, υπήρξαν σημαντικές μειώσεις του ποσοστού των ιδιωτικών πληρωμών. Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών ήταν γενικά σταθερό με εξαίρεση ορισμένων αξιοσημείωτων αυξήσεων όπως στην Ελλάδα (συν 6,2 ποσοστιαίες μονάδες). Το ποσοστό των πληρωμών που καταβάλλουν τα νοικοκυριά αυξήθηκε από το 2009 λόγω της εφαρμογής μεταρρυθμίσεων για την εξισορρόπηση των δημόσιων προϋπολογισμών με αποτέλεσμα να μετατοπιστούν κάποια χρηματοδοτικά βάρη προς τους ασθενείς. Από την άλλη, στην Αγγλία η αύξηση είναι ελάχιστη. Στο διάγραμμα βλέπουμε τις ποσοστιαίες μεταβολές των ιδιωτικών πληρωμών για την περίοδο 2009 έως 2015 (O.E.C.D., 2017) :

7.8. Change in out-of-pocket expenditure as a share of expenditure on health, 2009 to 2015 (or nearest years)



Source: OECD Health Statistics 2017.

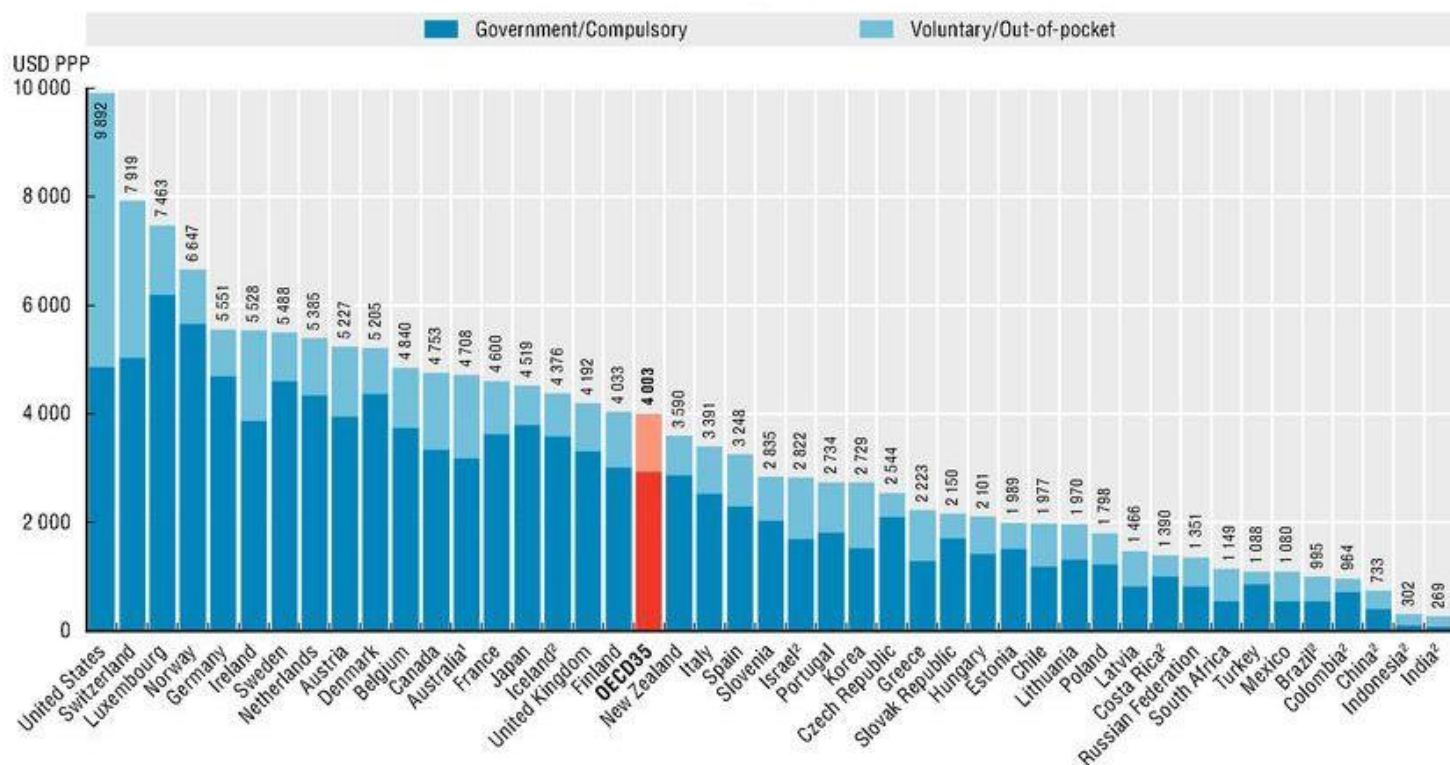
Σχεδιάγραμμα 2: Ποσοστιαίες μεταβολές των ιδιωτικών πληρωμών για την περίοδο 2009 έως 2015 (O.E.C.D., 2017)

4.3.2. Σύγκριση των δαπανών υγείας των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας

Οι οικονομικοί πόροι που μια χώρα αφιερώνει στην υγειονομική περίθαλψη, τόσο για τα άτομα όσο και για το σύνολο του πληθυσμού, και πώς αυτό μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, καθώς και της χρηματοδότησης και των οργανωτικών δόμων του συστήματος υγείας μιας χώρας (O.E.C.D., 2017).

Αρχικά, σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., για το έτος 2016 οι χώρες είχαν μέσο όρο δαπάνης υγείας ανά κάτοικο 4.003 δολάρια. Η δαπάνη υγείας ανά κάτοικο για την Αγγλία το έτος 2016 ήταν 4.192 δολάρια ενώ η αντίστοιχη δαπάνη στην Ελλάδα ήταν 2.223 δολάρια (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η δαπάνη υγείας ανά κάτοικο για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2016 (O.E.C.D., 2017) :

7.1. Health expenditure per capita, 2016 (or nearest year)



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

¹ Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.

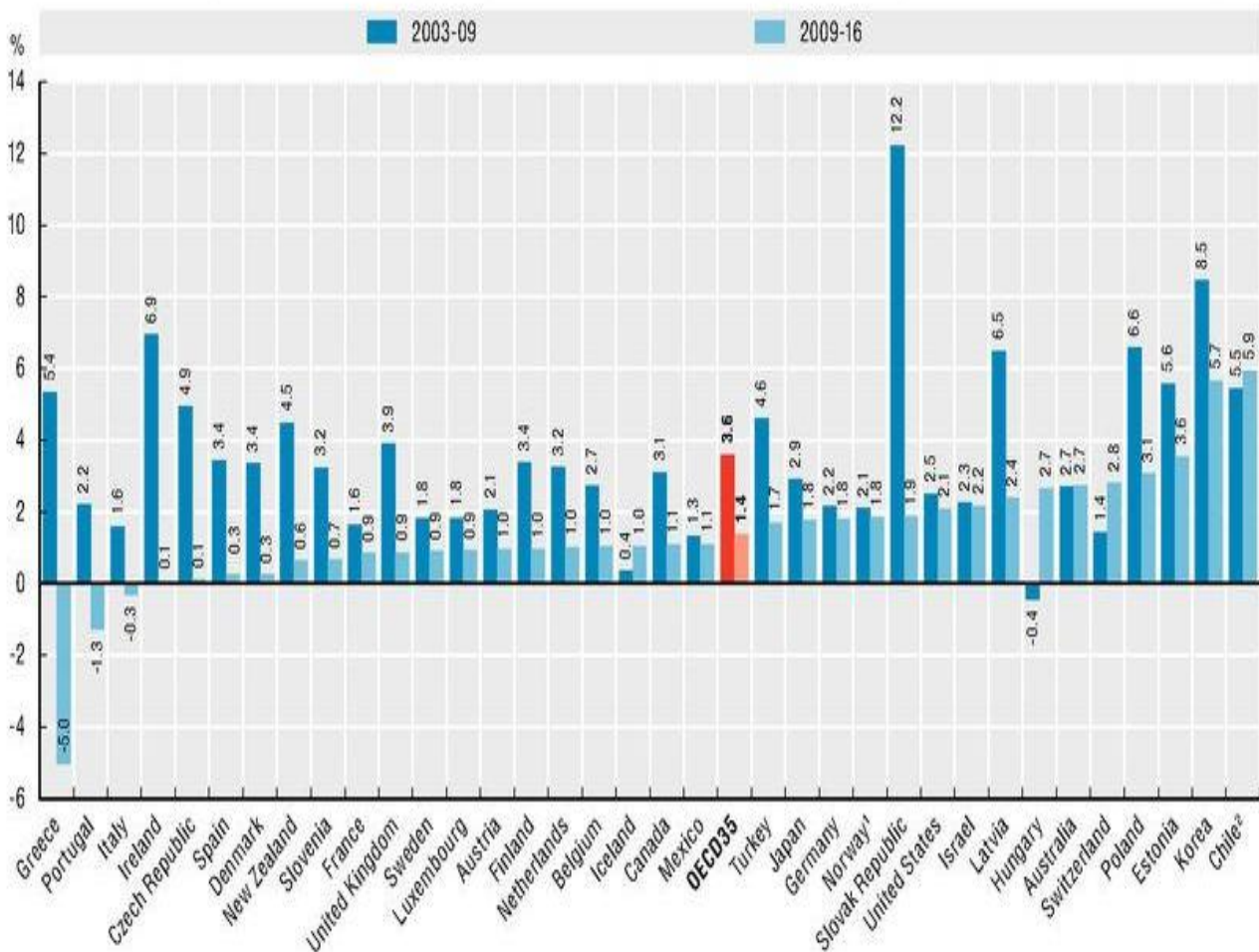
² Includes investments.

Source: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

Σχεδιάγραμμα 3: Δαπάνη υγείας ανά κάτοικο για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2016(O.E.C.D., 2017)

Κατά μέσο όρο, η ετήσια αύξηση στις δαπάνες υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη μετά το 2009 ήταν 1,4% σε σύγκριση με 3,6% για την εξαετία από το 2003 μέχρι το 2009. Σε ορισμένες χώρες υπήρξαν σημαντικές ανατροπές στους ετήσιους ρυθμούς αύξησης των δαπανών για την υγεία από τα προηγούμενα έτη, σε σύγκριση με μετά τη παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση. Στην Ελλάδα, οι ισχυρές ετήσιες αυξήσεις στις δαπάνες υγείας από 5,4% για την εξαετία 2003 έως 2009 αντιστράφηκαν μετά το 2009 σε -5,0% (ΕΛΣΤΑΤ, 2017, Ο.Ε.Ο.Σ., 2017). Αντίστοιχα, στην Αγγλία μέχρι το έτος 2009 ήταν 3,9%, ενώ μετά το 2009 μειώθηκε σε 0,9%. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η μέση ετήσια αύξηση δαπανών υγείας ανά άτομο στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη από 2003 έως 2016(O.E.C.D., 2017) :

7.2. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2003 to 2016 (or nearest year)



1. Mainland Norway GDP price index used as deflator.

2. CPI used as deflator.

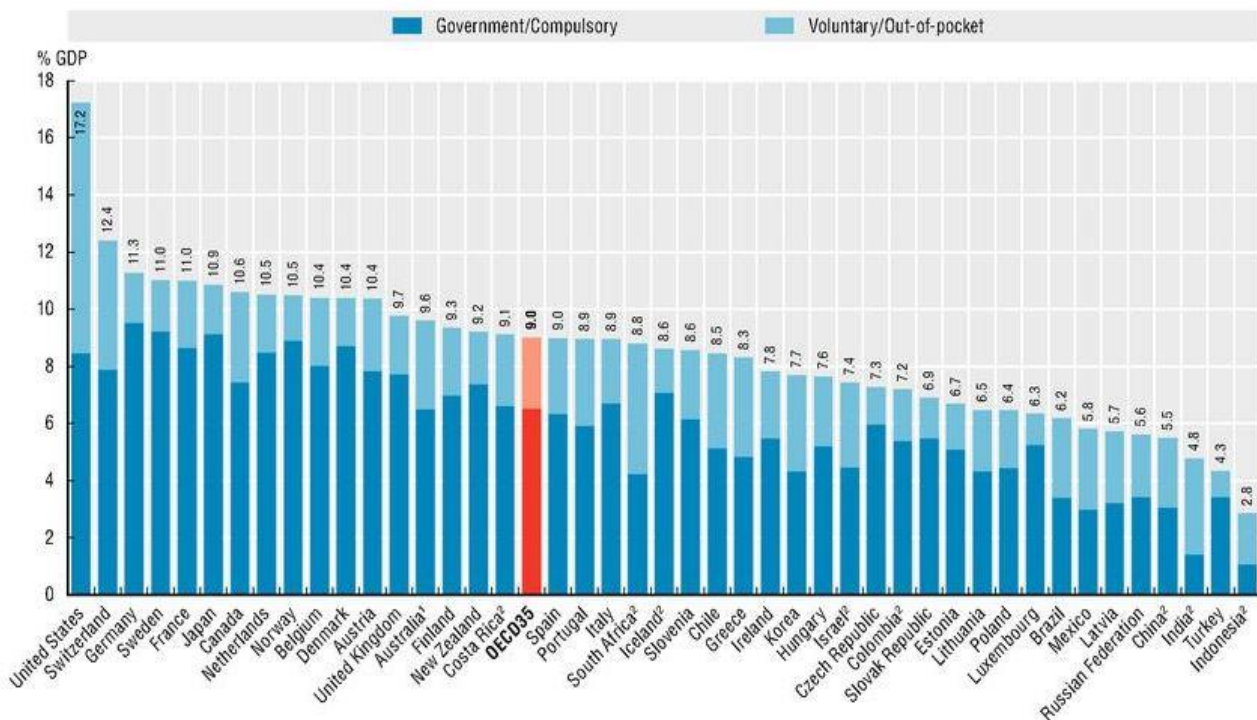
Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 4: Μέση ετήσια αύξηση δαπανών υγείας ανά άτομο στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη από 2003 έως 2016 (Ο.Ε.Σ.Α., 2017)

Το πόσο μια χώρα δαπανά για την υγειονομική περίθαλψη με την πάροδο του χρόνου σε σχέση με τις δαπάνες για όλα τα άλλα αγαθά και υπηρεσίες στην οικονομία της εξαρτάται τόσο από την ίδια την αύξηση των δαπανών υγείας όσο και από το πόσο καλά η οικονομία λειτουργεί ως σύνολο. Για το 2016, εκτιμάται ότι οι δαπάνες για την υγεία υπολογίστηκαν ως 9,0% του Α.Ε.Π. κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και στα τελευταία χρόνια έχουν παραμείνει σχετικά αμετάβλητες. Αυτό ακολουθεί ύστερα από μια περίοδο αύξησης των δαπανών για την υγεία κατά τις δεκαετίες του 1990 και του 2000, όπου οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. αυξήθηκαν απότομα σε πολλές χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (Ο.Ε.Σ.Α., 2017).

Για το έτος 2016, οι δαπάνες υγείας της Αγγλίας αντιστοιχούσαν στο 9,7% του Α.Ε.Π., από το οποίο το 7,9% ήταν δημόσιες και το 1,8% ήταν ιδιωτικές δαπάνες υγείας. (McKennaH, DunnP., NorthernE., BuckleyT., 2017, NationalHealthServiceU.K., 2017, O.E.C.D., 2017).Όσον αφορά την Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας της αντιστοιχούσαν στο 8,3% του Α.Ε.Π., από τις οποίες οι δημόσιες αποτελούσαν το 4,4%, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονταν περίπου στο 3,9% των συνολικών δαπανών υγείας για το έτος 2016 (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Παρακάτω παρουσιάζεται το διάγραμμα που απεικονίζει τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για το έτος 2016 στα κράτη του Ο.Ο.Σ.Α. (O.E.C.D., 2017) :

7.3. Health expenditure as a share of GDP, 2016 (or nearest year)



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.

2. Includes investments.

Source: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

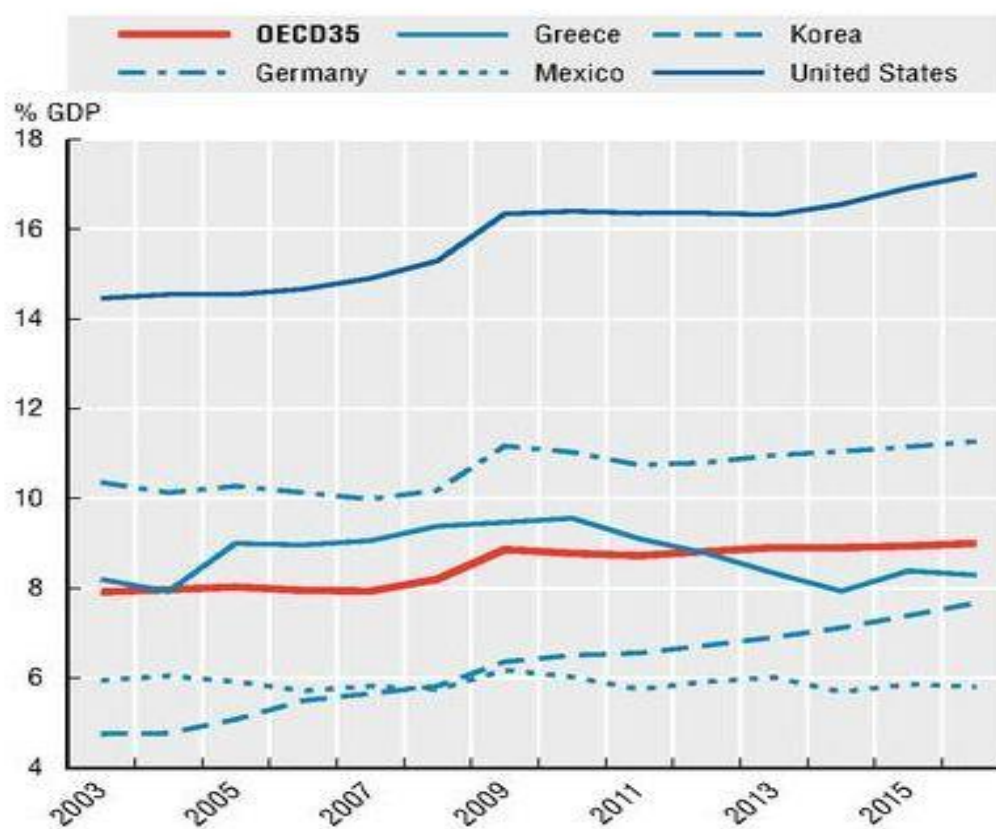
Σχεδιάγραμμα 5: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για το έτος 2016 στα κράτη του Ο.Ο.Σ.Α.(O.E.C.D., 2017)

Από τα παραπάνω επιβεβαιώνεται, ότι το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα, όπως ισχύει σήμερα με τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο όσον αφορά τις υποδομές, την διοίκηση και την χρηματοδότηση, η πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο

εκτεταμένος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας (Χλέτσος Μ., 2016).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα, όπου σημειώθηκαν σημαντικές περικοπές στις δαπάνες για την υγεία από το 2009, οι δαπάνες υγείας έφτασαν σχεδόν το ποσοστό 10% του Α.Ε.Π. το 2010 προτού επιστρέψουν σε επίπεδο παρόμοιο με εκείνο στις αρχές της δεκαετίας του 2000, περίπου στο 8% του Α.Ε.Π.. Παρακάτω παρουσιάζεται το διάγραμμα εξέλιξης των δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τα έτη 2003 έως 2016 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017) :

7.5. Health expenditure as a share of GDP, selected OECD countries, 2003-16



Source: OECD Health Statistics 2017.

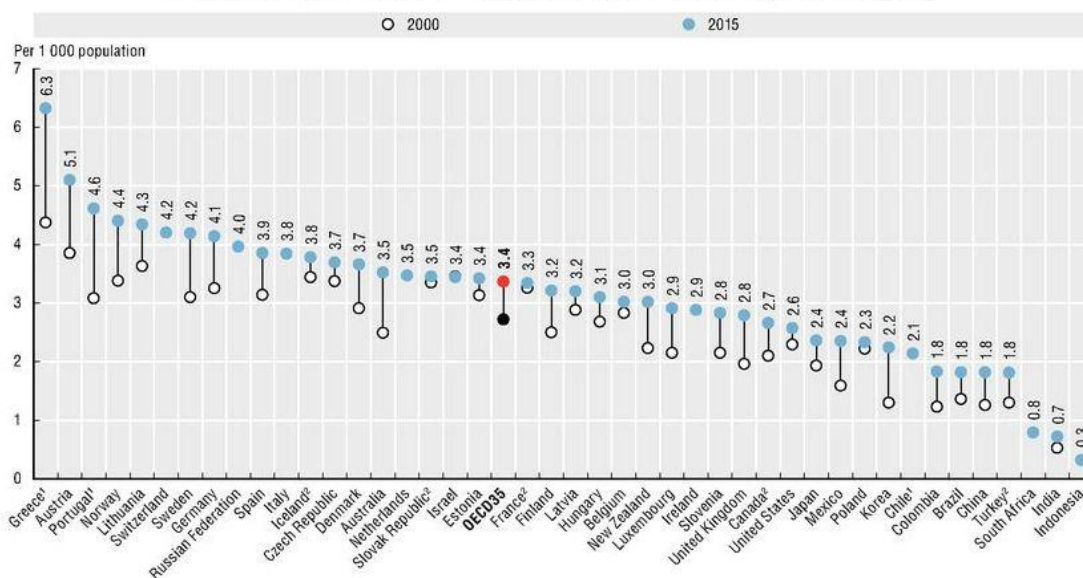
Σχεδιάγραμμα 6: Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τα έτη 2003 έως 2016(Ο.Ε.Κ.Δ., 2017)

4.3.3. Σύγκριση των υγειονομικών υποδομών και προσωπικού των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας

Ο τομέας της υγείας αποτελεί διεθνώς έναν από τους βασικούς τομείς της οικονομίας και έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες. Με βάση τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. παρατηρούμε ότι η χώρα μας παρουσιάζει μεγάλες διαφορές στους δείκτες του υγειονομικού προσωπικού και της νοσοκομειακής υποδομής σε σχέση με την Αγγλία.

Ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο ποικίλλει ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.. Το 2015, η Ελλάδα είχε τον υψηλότερο αριθμό με 6,3 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, αλλά αυτός ο αριθμός αποτελεί υπερβολική εκτίμηση, καθώς περιλαμβάνει όλους τους γιατρούς στους οποίους έχει χορηγηθεί άδεια άσκησης, αλλά δεν ασκούν πλέον το επάγγελμα για διάφορες αιτίες. Πρέπει να αναφερθεί ότι η υπερπροσφορά ιατρικού προσωπικού δημιουργεί σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα όπως υπερβολική αύξηση των ιατρικών απόψεων και υπερβολική χρήση της ιατρικής τεχνολογίας. Ο μέσος όρος του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 3,4 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους ενώ για την Αγγλία ήταν 2,8 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους. Ακολουθεί το διάγραμμα για τον αριθμό των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017) :

8.3. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2015 (or nearest year)

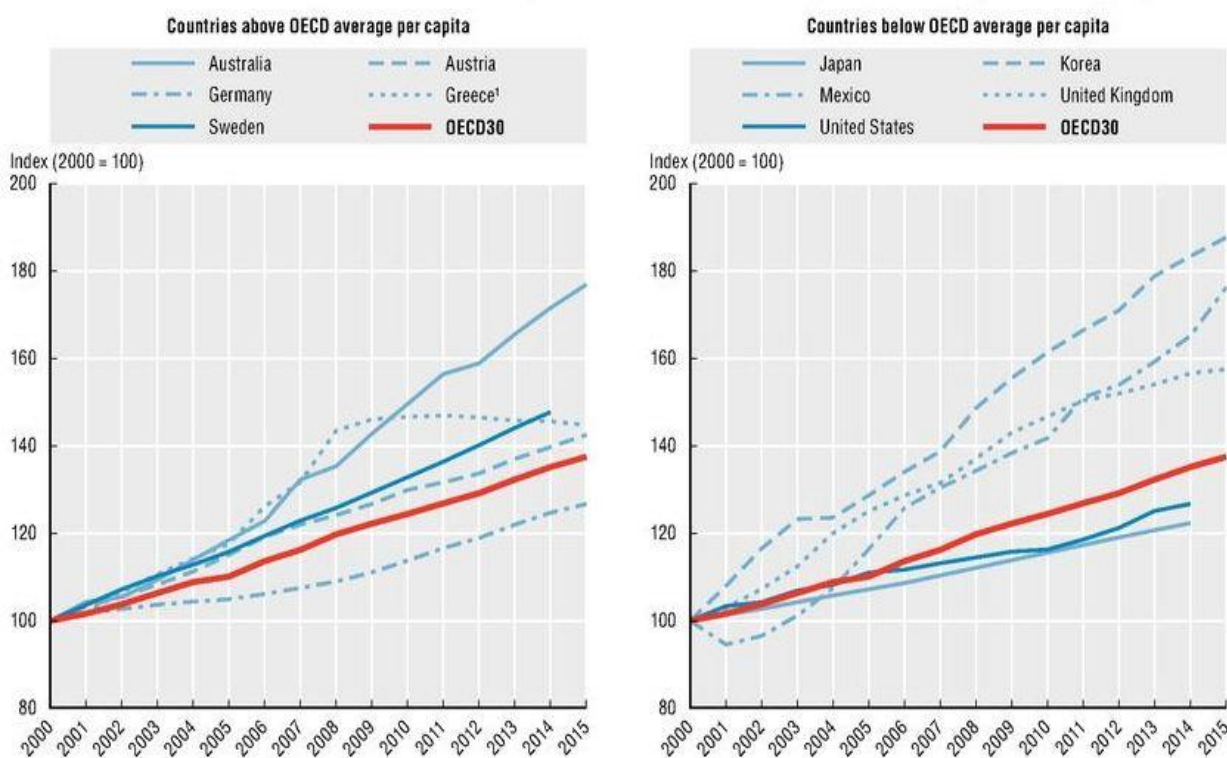


1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal)
 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc (adding another 5-10% of doctors).
 Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 7: Αριθμός των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015(Ο.Ε.Κ.Δ., 2017)

Συνολικά, οι περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. παρουσίασαν σταθερή αύξηση στον αριθμό των γιατρών, και δεν φάνηκε να επηρεάζονται από την παγκόσμια ύφεση. Εξαιρέση αποτελεί η Ελλάδα, όπου ο αριθμός των γιατρών αυξήθηκε μεταξύ του 2000 και του 2008, αλλά σταμάτησε να αναπτύσσεται στη συνέχεια και έχει δείξει και κάποια μείωση από το 2012. Η Αγγλία σε αντίθεση παρουσίασε σταδιακή αύξηση τα έτη 2000 με 2015. Ακολουθεί το διάγραμμα για την εξέλιξη του αριθμού των γιατρών σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 με 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017) :

8.4. Evolution in the number of doctors, selected OECD countries, 2000 to 2015 (or nearest year)



1. The data for Greece refer to all doctors licensed to practice.

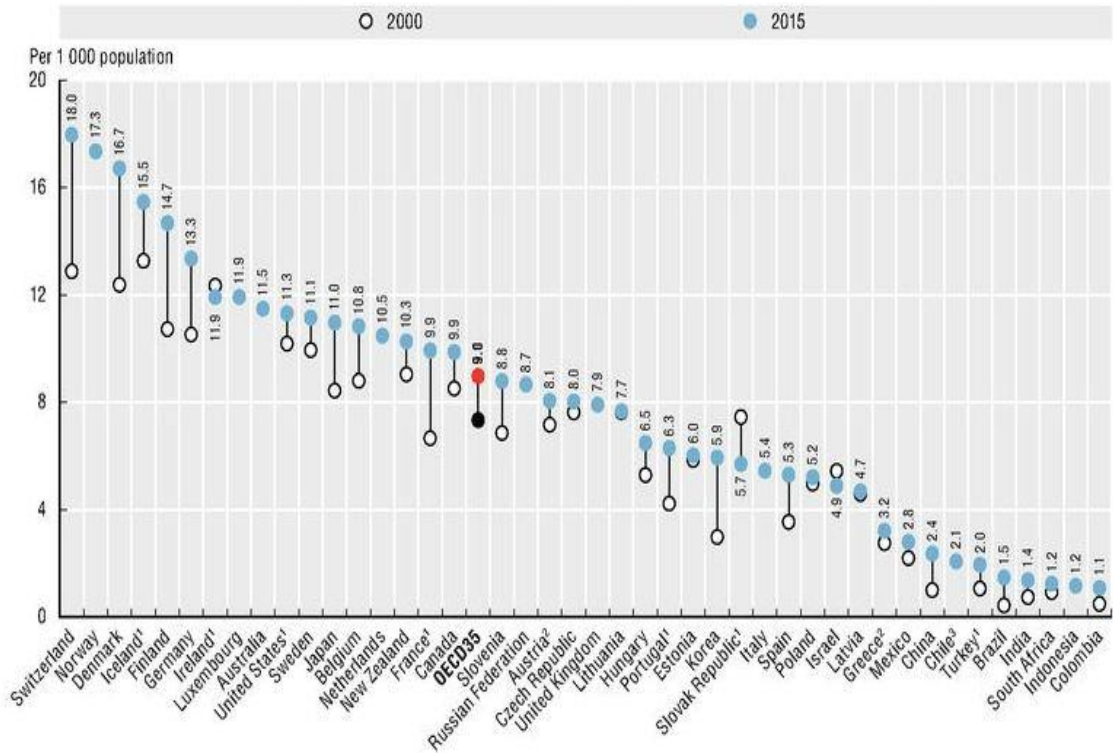
Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 8: Εξέλιξη του αριθμού των γιατρών σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 με 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017)

Το νοσηλευτικό προσωπικό ξεπερνά τους γιατρούς στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., και διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας όχι μόνο σε νοσοκομεία αλλά όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στις περιστάσεις οικιακής φροντίδας. Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., ο αριθμός των νοσοκόμων ανά κάτοικο αυξήθηκε από 7,3 ανά 1.000 κατοίκους το 2000 σε 9,0 ανά 1.000 κατοίκους το 2015. Η Ελλάδα είχε 3,2 νοσοκόμους ανά 1.000 κατοίκους το 2015, ενώ η Αγγλία είχε 7,9 νοσοκόμους ανά 1.000 κατοίκους.

Γενικότερα, ο αριθμός των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους αυξήθηκε σχεδόν σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. από το 2000. Παρακάτω παρουσιάζεται το διάγραμμα για τον αριθμό των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015 (Ο.Ε.С.Д., 2017) :

8.12. Practising nurses per 1 000 population, 2000 and 2015 (or nearest year)

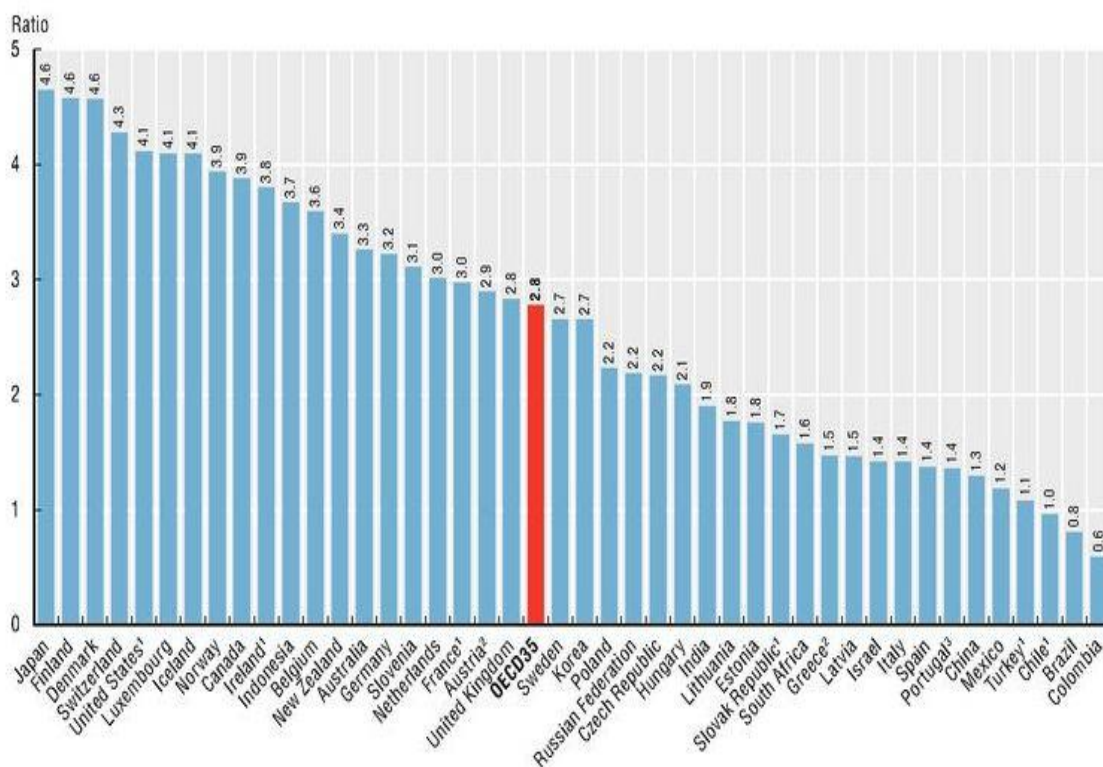


1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.
 2. Austria and Greece report only nurses employed in hospital.
 3. Data in Chile refer to all nurses who are licensed to practice.
- Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 9: Αριθμός των νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 και 2015(Ο.Ε.С.Д., 2017)

Το 2015, υπήρχαν περίπου 2,8 νοσηλευτές ανά γιατρό κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., με περίπου τριμισέςχώρες να έχουν μεταξύ 2 έως 4 νοσηλευτών ανά ιατρό. Στην Ελλάδα υπήρχαν 1,5 νοσηλευτές ανά γιατρό το έτος 2015, ενώ στην Αγγλία υπήρχαν 2,8 νοσηλευτές ανά γιατρό το ίδιο με τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει τους νοσηλευτές ανά γιατρό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015 (O.E.C.D., 2017) :

8.13. Ratio of nurses to doctors, 2015 (or nearest year)



1. For those countries which have not provided data for practising nurses and/or practising doctors, the numbers relate to the “professionally active” concept for both nurses and doctors (except for Chile where numbers include all nurses and doctors licensed to practice).

2. For Austria and Greece, the data refer to nurses and doctors employed in hospital.

3. The ratio for Portugal is underestimated because the numerator refers to professionally active nurses while the denominator includes all doctors licensed to practice.

Source: OECD Health Statistics 2017.

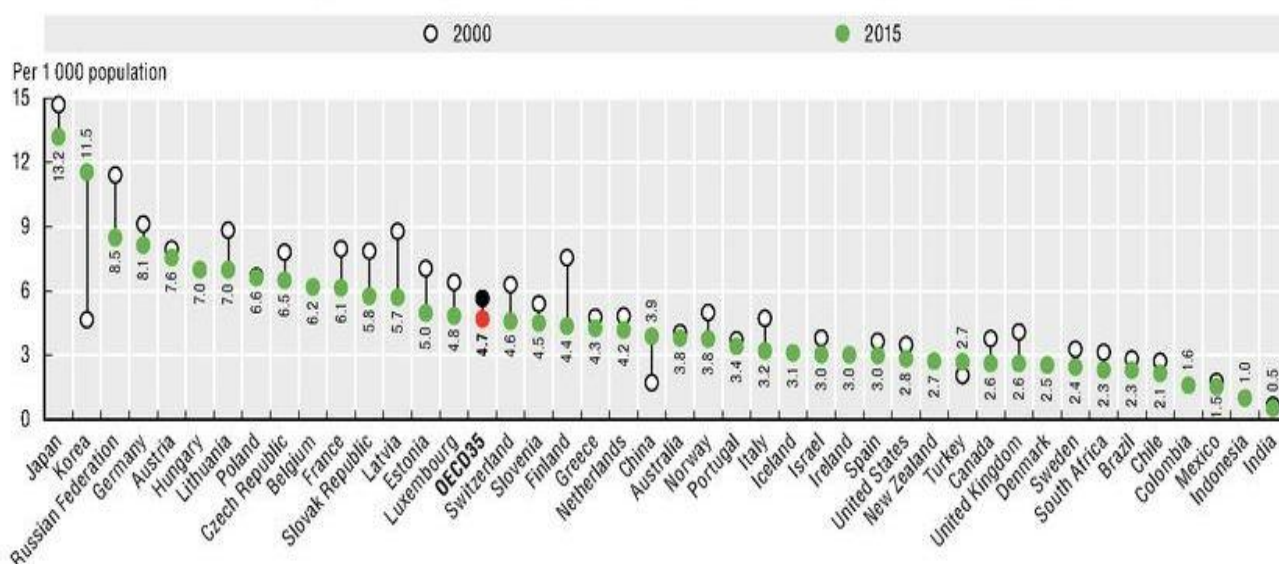
Σχεδιάγραμμα 10: Νοσηλευτές ανά γιατρό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015

Σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα παρουσιάζει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.. Η σύγκριση του ιατρικού προσωπικού με το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα αποδεικνύει την δυσαναλογία των επαγγελματιών υγείας καθώς και την προφανή υπό-στελέχωση και έλλειψη νοσηλευτικών υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού. Η υγειονομική πολιτική θα πρέπει να δώσει

ιδιαίτερη έμφαση στον προσδιορισμό των κατάλληλων κινήτρων για την εκπαίδευση και επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ θα πρέπει επίσης να παρέχει πληροφορίες στους υποψήφιους γιατρούς για τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες της χώρας ώστε να δίνονται λύσεις στις σύγχρονες απαιτήσεις (Οικονόμου Χ., 2012).

Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών παρέχει την δυνατότητα μέτρησιτων διαθέσιμων πόρων για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους εσωτερικούς ασθενείς στα νοσοκομεία. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά κάτοικο έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., κατά μέσο όρο από 5,6 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους το 2000 σε 4,7 το 2015. Αυτή η μείωση είναι μέρος μιας εθελοντικής προσπάθειας στις περισσότερες χώρες, εν μέρει λόγω της προόδου στην ιατρική τεχνολογία, η οποία έχει επιτρέψει τη στροφή στην ημερήσια χειρουργική επέμβαση και μια μειωμένη ανάγκη για νοσηλεία. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η οικονομική κρίση, παρείχε ένα πρόσθετο κίνητρο για τη μείωση της χωρητικότητας των νοσοκομείων σύμφωνα με τις πολιτικές για τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών στην υγεία. Ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα για το έτος 2015 είναι 4,3 ενώ για την Αγγλία είναι 2,6. Στο επόμενο διάγραμμα απεικονίζεται ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 έως 2015 (Ο.Ε.С.Д., 2017) :

9.7. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 11: Αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη 2000 έως 2015(Ο.Ε.С.Д., 2017)

4.3.4. Σύγκριση των τρόπων αμοιβής των γιατρών των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας

Στην Ελλάδα η συνηθέστερη μέθοδος αμοιβής του ιατρικού προσωπικού είναι η αμοιβή με μισθό. Στο σύστημα αυτό, ο γιατρός αμείβεται με πάγια αντιμισθία για τις ιατρικές φροντίδες που παρέχει στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας. Είναι βέβαιο ότι το σύστημα αυτό, προφυλάσσει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς από πιθανή υπερπροσφορά υπηρεσιών υγείας και καταχρήσεις, εφόσον ο γιατρός δεν έχει κίνητρο να επαυξήσει τη ζήτηση. Το γεγονός αυτό να μην σημαίνει απουσία του φαινομένου της πλασματικής ζήτησης αλλά παράλληλα δίνει την ευκαιρία στους γιατρούς να προσφύγουν σε παραοικονομικές δραστηριότητες (Οικονόμου Χ., 2012, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2017).

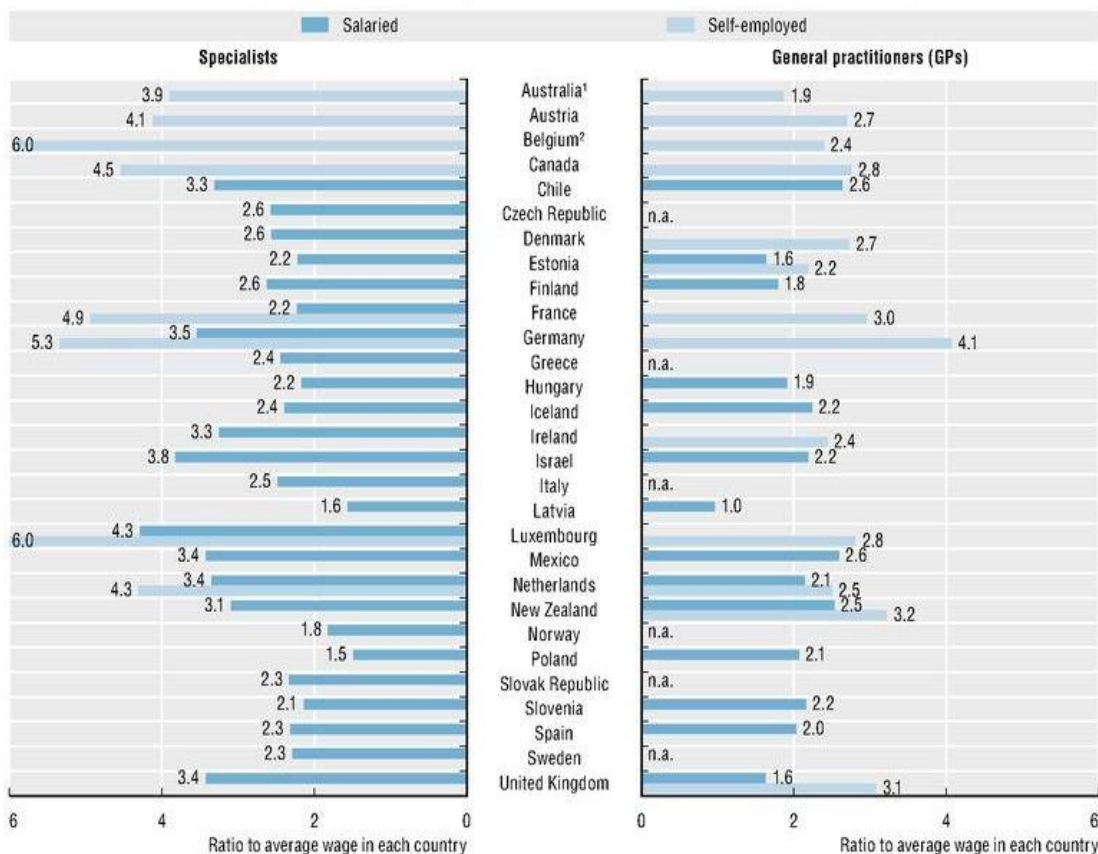
Αντίθετα, στην Αγγλία εφαρμόζεται η κατά κεφαλή αμοιβή. Το σύστημα αυτό αμοιβής των γιατρών συναντάται σήμερα στα συστήματα υγείας των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών και ενσωματώνεται σχεδόν σε όλες τις οργανωτικές μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, οι οποίες αποβλέπουν στην εισαγωγή μηχανισμών ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή των πόρων. Έτσι η αμοιβή των γενικών γιατρών προκύπτει κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, αντίθετα όμως αυτοί που εργάζονται στα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας αμείβονται με μισθό που καθορίζεται από τα ίδια τα νοσοκομεία που αποτελούν αυτόνομους και αυτοδιοίκητους οργανισμούς ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο (Boyle Sean, 2011, BBC News, 2013, National Health Service, 2017).

Το επίπεδο αμοιβής για τις διάφορες κατηγορίες γιατρών έχει επιπτώσεις στην οικονομική ελκυστικότητα των διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων. Σε πολλές χώρες, οι κυβερνήσεις επηρεάζουν το επίπεδο της αμοιβής των γιατρών αφού αποτελούν είτε τον κύριο εργοδότη των γιατρών είτε αγοραστή των υπηρεσιών τους. Οι κυβερνήσεις καθορίζουν τις αμοιβές τους. Με την αύξηση της διεθνούς κινητικότητας των γιατρών πέραν των εθνικών συνόρων, τα σχετικά επίπεδα αμοιβής μεταξύ των χωρών μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην επίδραση των κινήσεων αυτών (O.E.C.D., 2017).

Τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. για τις αμοιβές των γιατρών διακρίνονται μεταξύ μισθωτών και αυτοαπασχολούμενων γιατρών. Σε ορισμένες χώρες αυτή η διάκριση είναι όλο και πιο δύσκολη, καθώς μερικοί μισθωτοί γιατροί μπορούν να έχουν και ιδιωτικόιατρείο και ορισμένοι αυτοαπασχολούμενοι γιατροί ενδέχεται να λαμβάνουν μέρος των αποδοχών τους στη μορφή μισθού. Μια διάκριση γίνεται επίσης μεταξύ των γενικών γιατρών και όλων των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων σε συνδυασμό, αν και οι διαφορές μπορεί να είναι μεγάλες στα εισοδήματα των διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων(Ο.Ε.С.Д., 2017).

Στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, το επίπεδο της αμοιβής των γιατρών (τόσο για τους γενικούς ιατρούς όσο και για τιςειδικότητες) είναι πολύ υψηλότερο από αυτό του μέσου εργαζόμενου. Στις περισσότερες χώρες, οι εξειδικευμένοι γιατροί κέρδισαν σημαντικάμεγαλύτερες αμοιβές από τον μέσο εργαζόμενο και περισσότερα από τους γενικούς γιατρούς. Στην Ελλάδα η αμοιβή των μισθωτών ειδικοτήτων για το 2015 ήταν 2,4 φορές το ποσό του βασικού μισθού στην χώρα. Στοιχεία για τους γενικούς γιατρούς στην Ελλάδα δεν είναι γνωστά. Στην Αγγλία για το 2015,η αμοιβή των μισθωτών ειδικοτήτων ήταν 3,4 φορές το ποσό του βασικού μισθού στην χώρα, ενώ για τους γενικούς ιατρούς, ήταν 1,6 και 3,1 φορές μεγαλύτερη του βασικού μισθού στην χώρα για τους μισθωτούς και αυτό-απασχολούμενους αντίστοιχα. Παρακάτω ακολουθεί το διάγραμμα για την αμοιβή των γιατρών σε σχέση με τον μέσο μισθό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015(Ο.Ε.С.Д., 2017):

8.10. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2015 (or nearest year)



1. Physicians in training included (resulting in an under-estimation).

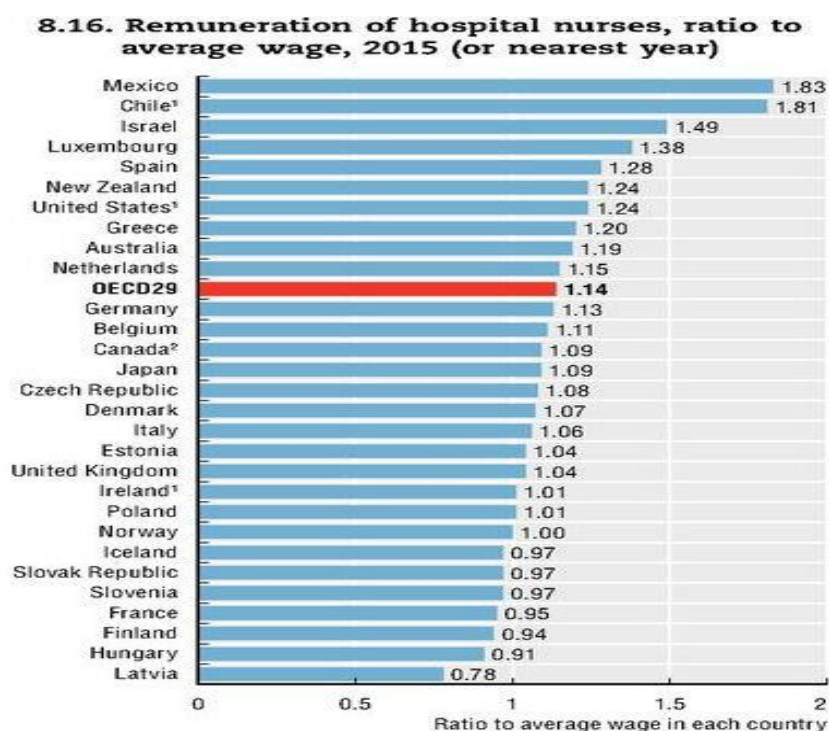
2. Practice expenses included (resulting in an over-estimation).

Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 12: Αμοιβή των γιατρών σε σχέση με τον μέσο μισθό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015(Ο.Ε.Κ.Δ., 2017)

Το επίπεδο αμοιβής των νοσοκόμων αποτελεί έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία και την ελκυστικότητα του επαγγέλματος τους. Έχει επίσης σημαντική επίπτωση στο κόστος, δεδομένου ότι οι μισθοί των νοσοκόμων αντιπροσωπεύουν μία από τις μεγαλύτερες δαπάνες στα συστήματα υγείας. Τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. που παρουσιάζονται γενικά επικεντρώνονται στην αμοιβή των νοσοκόμων που εργάζονται σε νοσοκομεία και συγκρίνεται με το μέσο μισθό των εργαζομένων σε κάθε χώρα, παρέχοντας κάποιες ενδείξεις για τη σχετική οικονομική ελκυστικότητα της νοσηλευτικής σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα. Στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., η αμοιβή των νοσοκόμων ήταν λίγο πιο πάνω από το μέσο μισθό των εργαζομένων το 2015. Στην Ελλάδα η αμοιβή των νοσοκόμων ήταν περίπου 20% μεγαλύτερη από τον μέσο μισθό για το 2015, ενώ στην Αγγλία ήταν ελάχιστα μεγαλύτερος, κατά 0,4% από τον μέσο

μισθό. Παρακάτω παρουσιάζεται το διάγραμμα για την αμοιβή των νοσοκόμων σε σχέση με τον μέσο μισθό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017):

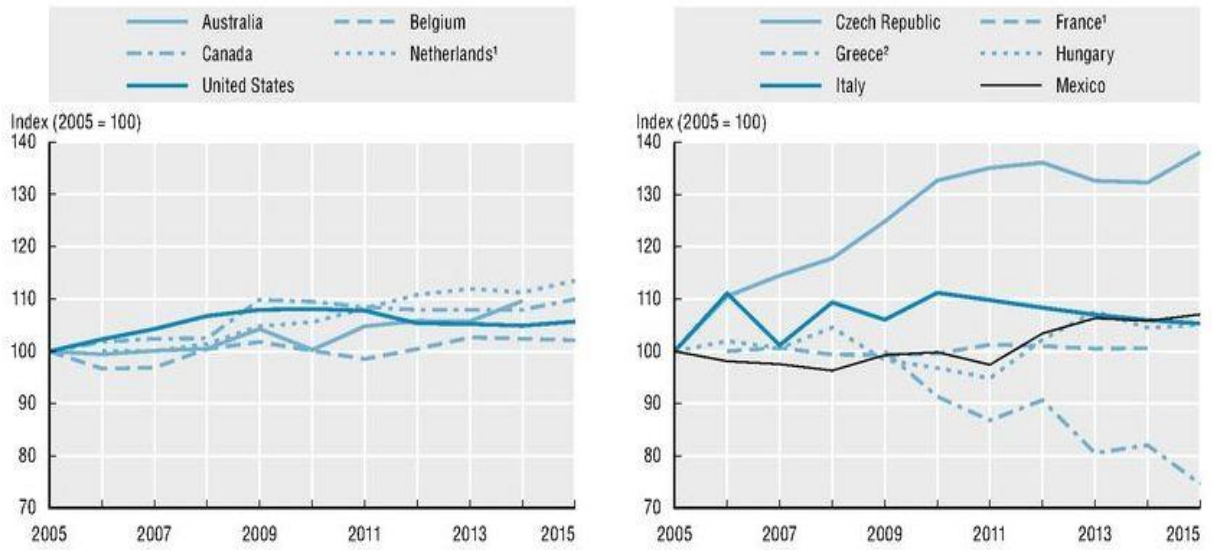


1. Data refer to registered ("professional") nurses in Chile, the United States and Ireland (resulting in an over-estimation).
 2. Data refer to registered ("professional") nurses and unregistered nursing graduates.
 Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 13: Αμοιβή των νοσοκόμων σε σχέση με τον μέσο μισθό στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017)

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η παγκόσμια οικονομική κρίση είχε ποικίλες επιπτώσεις στην αμοιβή των νοσοκόμων. Μετά την ύφεση, η αμοιβή των νοσοκόμων μειώθηκε σε ορισμένες χώρες, ενώ άλλες χώρες έχουν παγώσει την αύξηση μισθών τα τελευταία χρόνια. Στην Ελλάδα, η αμοιβή των νοσοκόμων μειώθηκε σημαντικά, έως και 25% σε πραγματικούς όρους μεταξύ 2009 και 2015. Ακολουθεί το διάγραμμα για την μεταβολή των μισθών των νοσοκόμων σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη από 2005 έως 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017):

8.18. Trend in the remuneration of hospital nurses in real terms, selected OECD countries, 2005-15



1. Index for France and the Netherlands, 2006 = 100.

2. Index for Greece, 2009 = 100.

Source: OECD Health Statistics 2017.

Σχεδιάγραμμα 14: Μεταβολή των μισθών των νοσοκόμων σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για τα έτη από 2005 έως 2015 (Ο.Ε.Σ.Δ., 2017)

4.3.5. Σύγκριση του βαθμού κάλυψης του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών των συστημάτων υγείας Ελλάδας και Αγγλίας

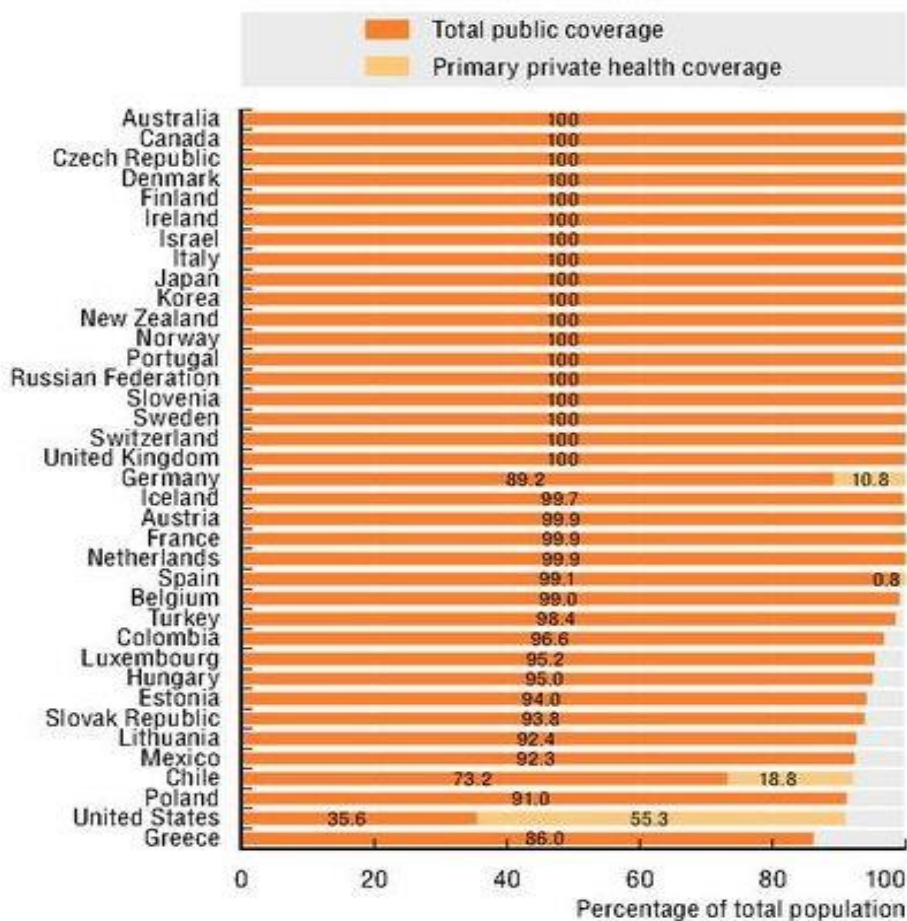
Η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης, μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, παρέχει χρηματοοικονομική ασφάλεια στην περίπτωση απροσδόκητης ή σοβαρής ασθένειας. Ωστόσο, το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται από τέτοια συστήματα δεν παρέχει μια πλήρης ένδειξη της προσβασιμότητας, καθώς το εύρος των υπηρεσιών που καλύπτονται και ο βαθμός κατανομής του κόστους που εφαρμόζεται σε αυτές επηρεάζει και την πρόσβαση στην περίθαλψη.

Οι περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. έχουν επιτύχει καθολική (ή σχεδόν καθολική) κάλυψη των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, οι οποίες συνήθως περιλαμβάνουν διαβουλεύσεις με γιατρούς και ειδικούς, τέστ και εξετάσεις, καθώς και χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπευτικές διαδικασίες. Γενικά η οδοντιατρική περίθαλψη και τα φάρμακα καλύπτονται εν μέρει, αν και υπάρχουν ορισμένες χώρες στις οποίες πρέπει αυτές οι υπηρεσίες αγοράζονται χωριστά (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017). Καθολική κάλυψη έχει επιτευχθεί κατά κανόνα μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων (εθνικά συστήματα υγείας ή συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας), αν και μερικές χώρες (η Ολλανδία και η Ελβετία) χρησιμοποιούν υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση υγείας για να καλύψουν ένα μέρος ή ολόκληρο τον πληθυσμό.


Η κάλυψη του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών είναι κάτω του 95% σε επτά χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., με την Ελλάδα να έχει το χαμηλότερο ποσοστό μαζί με τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Πολωνία. Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση εξακολουθεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις, μειώνοντας την ασφαλιστική κάλυψη των μακροχρόνια ανέργων. Επίσης πολλοί αυτοαπασχολούμενοι έχουν αποφασίσει να μην ανανεώσουν την ασφάλιση υγείας τους λόγω μειωμένου εισοδήματος. Ωστόσο, από το 2014 οι ανασφάλιστοι πολίτες καλύπτονται για συνταγογραφούμενα φάρμακα, υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης σε δημόσια νοσοκομεία και σε περιπτώσεις μη έκτακτης ανάγκης νοσοκομειακή περίθαλψη υπό ορισμένους όρους (Eurofound, 2014). Επιπλέον, από το 2016 νέα νομοθεσία επιδιώκει να κλείσει τα υπόλοιπα κενά κάλυψης. Ακολουθεί το διάγραμμα για τον βαθμό κάλυψης του πληθυσμού για ένα

βασικό σύνολο υπηρεσιών στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017) :

5.1. Population coverage for a core set of services, 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933603108>

Σχεδιάγραμμα 15: Βαθμός κάλυψης του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2015(Ο.Ε.Κ.Δ., 2017)

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα ένα μεγάλο μέρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.,μεταξύ των οποίων και η Αγγλία, καλύπτει τον πληθυσμό σε ποσοστό 100% για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών υγείας. Σε αντίθεση η Ελλάδα παρουσιάζει μαζί με τις Η.Π.Α. και την Πολωνία το μικρότερο ποσοστό, 86%, που σημαίνει ότι ένα ποσοστό του πληθυσμού περίπου 14% δεν καλύπτεται για τις βασικές υπηρεσίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ

5.1. Μορφή Συστήματος Υγείας Ελλάδας

Αν ληφθεί υπόψη η ταξινόμηση των συστημάτων υγείας, σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας ουσιαστικά δεν ανήκει σε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο συστήματος υγείας. Αντίθετα αποτελεί ένα μείγμα στο οποίο ενσωματώνονται αρχές από διαφορετικά πρότυπα και συνδυάζονται στοιχεία και χαρακτηριστικά τόσο από τα ολοκληρωμένα εθνικά συστήματα υγείας όσο και από τα ασφαλιστικά συστήματα συμβολαίων αλλά και τα ασφαλιστικά συστήματα αποζημίωσης (Οικονόμου Χ., 2012). Το γεγονός ότι υπάρχουν διαφορετικά υποσυστήματα και οργανωτικά μοντέλα σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμών συντονισμού, συμβάλει στο να παρατηρείται κατακερματισμός αλλά και η αλληλοεπικάλυψη της φροντίδας υγείας. Επιπλέον, οδηγεί στη δημιουργία σημαντικών δυσχερειών στη διαχείριση του συστήματος υγείας αλλά και στην προσπάθεια σχεδιασμού και εφαρμογής μία εθνικής πολιτικής υγείας (Mossialos E., Allin S., Davaki K., 2005, Οικονόμου Χ., 2012).

Το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στο μοντέλο Bismarck, μέχρι και το 1983 οπότε και θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Αντωνοπούλου Λ., 2002). Βασικός σκοπός του είναι η καθολική ιατρική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και η παροχή υπηρεσιών υγείας άριστης ποιότητας. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας το ελληνικό σύστημα ακολουθεί το μοντέλο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας από τα δημόσια νοσοκομεία και της εξωνοσοκομειακής από τα κέντρα υγείας. Από την πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας το ελληνικό σύστημα ακολουθεί το μοντέλο Bismarck με την ύπαρξη ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (Σίσκου, κ.α., 2008). Σήμερα το ελληνικό σύστημα υγείας οδηγείται σταδιακά προς μια μορφή που από άποψη χρηματοδότησης εξαρτάται στο μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας τείνει να εξασθενήσει, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητό στόχο ούτε της κυβέρνησης ούτε των ασφαλιστικών φορέων (Οικονόμου Χ., 2012).

Με βάση το περιεχόμενο του Ν. 1397/83 η παροχή φροντίδας υγείας αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους και βασίζεται στο ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και η περίθαλψη εγγυάται για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση, όπως και η ενεργή συμβολή του στον σχεδιασμό και προγραμματισμό των πολιτικών υγείας (Γεωργακόπουλος, 2014). Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την κύρια ευθύνη για την σχεδίαση των πολιτικών υγείας στην χώρα (Χλέτσος Μ., 2016). Η παροχή υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση τους είναι αντικείμενο του υπουργείου, προσδίδοντας έτσι στο ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηριστικά υψηλού συγκεντρωτισμού και έντονης κρατικής παρέμβασης (Κυριόπουλος, κ.α., 2003).

Κύριες αρμοδιότητες του υπουργείου υγείας είναι η σχεδίαση της στρατηγικής για την υγεία με βάση προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο και η εισήγηση θεσμικών αλλαγών μέσω θέσπισης νόμων και μεταρρυθμίσεων. Με την ίδρυση των Υγειονομικών Περιφερειών το 2001 κάποιες αρμοδιότητες μεταβιβάστηκαν σε αυτές, παραμένουν όμως στην ευθύνη του υπουργείου υγείας οι κύριες αρμοδιότητες που σχετίζονται με τον σχεδιασμό, την ρύθμιση και τη διαχείριση του εθνικού συστήματος υγείας (Πολύζος, 2014).

Η ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών είχε ως αφορμή αντίστοιχες προσπάθειες αποκέντρωσης των συστημάτων υγείας στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες όπως στην Αγγλία και την Γαλλία. Σύμφωνα όμως με το σχετικό θεσμικό πλαίσιο της ίδρυσης τους, στις αρμοδιότητες τους δεν περιλαμβάνονται ο καθορισμός στόχων και πολιτικών υγείας για τις περιοχές ευθύνης τους, η αξιολόγηση του έργου τους και η λήψη διορθωτικών μέτρων όταν κριθεί αναγκαίο, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να θεωρηθούν αυτόνομες περιφερειακές διοικήσεις του εθνικού συστήματος υγείας (Αντωνοπούλου Λ., 2008).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό καθώς ένα μέρος της χρηματοδότησης του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος, κυρίως όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Με βάση τα παραπάνω, η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω άμεσης αλλά και έμμεσης φορολογίας, την κοινωνική

ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές. Όλα αυτά συνθέτουν μια πολύπλοκη διαδικασία χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας (Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., 2002).

Όπως αναφέρθηκε, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα, όπως ισχύει σήμερα με τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο όσον αφορά τις υποδομές, την διοίκηση και την χρηματοδότηση, η πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο εκτεταμένος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας. Ειδικότερα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται περίπου στο 39,1% των συνολικών δαπανών υγείας για το έτος 2015 (ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

Το εθνικό σύστημα υγείας παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτά αμείβονται με μισθό, ενώ οι εργαζόμενοι στους ασφαλιστικούς φορείς, πληρώνονται από τον ίδιο τον φορέα (Οικονόμου Χ., 2012, 2014, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2017).

Σύμφωνα με τον Ματσαγγάνη (2002), πολλοί έλληνες πολίτες που έχουν την οικονομική δυνατότητα, συχνά απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα για να έχουν μία αξιοπρεπή περίθαλψη. Όπως αναφέρθηκε, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας πλαισιώνεται από έναν εξαιρετικά ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα, που δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Σουλιώτης Κ., 2000). Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των ιδιωτικών γιατρών και διαγνωστικών κέντρων έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αυτό οφείλεται κυρίως στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας χαμηλής ποιότητας, με μεγάλο μέρος του πληθυσμού να είναι δυσαρεστημένο από την γενικότερη κατάσταση στον τομέα της υγείας (Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., Souliotis K., 2005).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι (Οικονόμου Χ., 2012) :

- Μεικτό σύστημα.

- Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
- Οι υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες.
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα υγείας.
- Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία.
- Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία.
- Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι (Οικονόμου Χ., 2012):

- Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.
- Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.
- Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι (EconomouC., etal., 2015) :

- Υψηλές δαπάνες υγείας.
- Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς.
- Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού.
- Άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών.

Σημαντικό ρόλο στην παροχή αλλά και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας παίζουν σήμερα τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην φροντίδα υγείας και τα υποδείγματα που ακολουθούσαν μέχρι πριν μία πενταετία περίπου ήταν τα εξής(Οικονόμου Χ., 2012):

- Ταμεία με ιδιόκτητες ιατρικές δομές, τα οποία κάλυπταν όλες τις ανάγκες που είχαν οι ασφαλισμένοι σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, και τα οποία απασχολούσαν δικό τους ιατρικό προσωπικό, το οποίο αμειβόταν με μισθό.
- Ταμεία χωρίς ιδιόκτητες ιατρικές δομές, τα οποία έκαναν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας τους οποίους αποζημιώναν αναδρομικά, κατά πράξη και κατά περίπτωση, σε τιμές που είχαν καθοριστεί και συμφωνηθεί εκ των προτέρων. Το ύψος της αποζημίωσης αυτής εγκρινόταν πρώτα από το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Εργασίας και το Υπουργείο Οικονομικών.
- Ως παραλλαγή του δεύτερου υποδείγματος λειτουργούσε το υπόδειγμα που περιελάμβανε τη δυνατότητα στον ασφαλισμένο να επισκεφτεί οποιονδήποτε γιατρό είχε επιλέξει και να τον πληρώσει με βάση της τιμές της αγοράς. Στη συνέχεια, του επιστρεφόταν ένα ποσό από το ταμείο του, που είχε προβλεφτεί εκ των προτέρων, από το ποσό που είχε καταβάλλει. Το ποσό που καταβαλλόταν από το ταμείο στον ασφαλισμένο αποτελούσε προϊόν συμφωνίας ανάμεσα στα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών.

Με τις μεταρρυθμίσεις που ξεκίνησαν από το 2012 επιχειρήθηκε η κατάργηση των υποδειγμάτων αυτών και η αντικατάστασή τους από τη μέθοδο που αποζημιώνει τους ιατρούς κατά κεφαλήν με βάση κλιμάκια δικαιούχων φροντίδας (Οικονόμου Χ., 2012).

5.2. Παθογένειες Συστήματος Ελλάδας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύστημα υγείας το οποίο τοποθετείται ανάμεσα στους θεσμούς της ελεύθερης αγοράς και της κρατικής παρέμβασης και σχεδιασμού, δρώντας όμως χωρίς συγκεκριμένους κανόνες. Αποτέλεσμα αυτού του τρόπου λειτουργίας είναι η παρουσία μιας σειράς προβλημάτων, μερικά από τα οποία είναι, ελλείψεις στον δημόσιο τομέα, στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, μη σωστή κατανομή των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, εμφάνιση έντονης

παραοικονομικής δραστηριότητας, δημιουργία πλασματικής ζήτησης και υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών(Οικονόμου Χ., 2012).

Πριν την κρίση ακόμα το ελληνικό σύστημα υγείας μαστιζόταν από πολλές ελλείψεις και αδυναμίες,όπως υψηλό συγκεντρωτισμό στη λήψη αποφάσεων, έλλειψη προγραμματισμού και οργάνωσης και άνιση κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (EconomidouC., 2010). Η κρίση επιδείνωσε τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα στην διάρθρωση και λειτουργία του συστήματος και πολλά από τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκανδυσχέραιναν την κατάσταση. Η μείωση των δαπανών υγείας έχει ως αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να πρέπει να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με περιορισμένους πόρους (Greer, etal, 2016). Επιπλέον, η αυξημένη ανεργία, η μερική απασχόληση, η μαύρη εργασία και τα μέτρα λιτότητας οδήγησαν στη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών με αποτέλεσμα να μην έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν για τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολίτεςμε ανεπαρκή εισοδήματα να μην μπορούν να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας να και να πρέπει να καλύψουν τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας μέσω ενόςκατακερματισμένου καισυνωστισμένου δημόσιου συστήματος (EconomidouC., etal., 2015).

Λόγω των προαναφερθέντων, το ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα τα οποία απειλούν την ίδια την υπόσταση του και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει να αντιμετωπίσει τρία κύρια προβλήματα. Το πρώτο πρόβλημα σχετίζεται με τα οικονομικά θέματα του συστήματος υγείας. Το δεύτερο πρόβλημα σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα στη λειτουργία του και το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του μέσου Έλληνα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας(Χλέτσος Μ., 2011).

Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών,ο οποίος είναι χαμηλότερος του πραγματικού κόστους, οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου ιατρικού υλικού εξοπλισμού, οι σημαντικές σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της μαύρης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο τομέα της υγείας. Είναι βασικό το σύστημα να επιτύχει την οικονομική του βιωσιμότητα και τον περιορισμό

των δαπανών, διαφορετικά απειλείται η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος Μ., 2011).

Το δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα είναι η έλλειψη αποτελεσματικότητας στην λειτουργία του. Η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας δεν είναι πάντα δυνατή και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από ότι θα έπρεπε εξαιτίας της ολοένα και διογκωμένης γραφειοκρατίας (Χλέτσος Μ., 2011).

Το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του μέσου έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το συγκεκριμένο πρόβλημα συνδέεται άμεσα με τα προηγούμενα με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η δυσαρέσκεια των πολιτών. Αν ληφθούν υπόψη φαινόμενα όπως παράνομες αμοιβές ως χρηματισμό του ιατρικού προσωπικού, αλλά και το ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο πολίτης αναγκάζεται να απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα για την εξυπηρέτησή του, το πρόβλημα της περιορισμένης ικανοποίησης του μέσου έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας γίνεται προφανές (Χλέτσος Μ., 2011).

Πέρα από τα παραπάνω βασικά προβλήματα το ελληνικό σύστημα υγείας μαστίζεται και από κάποια επιμέρους προβλήματα όπως (Economou C., et al., 2015, Χλέτσος Μ., 2016) :

- Λόγω του κατακερματισμού της ασφάλισης υγείας δημιουργούνται πολλές ανισότητες στην πρόσβαση και στην επιβάρυνση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον η συνύπαρξη πολλών υπηρεσιών υγείας όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ασφαλιστικοί φορείς και τοπική αυτοδιοίκηση που έχουν διακριτή οργανωτική και διοικητική δομή έχει ως συνέπεια την παροχή μη συντονισμένων υπηρεσιών.
- Η λάθος κατανομή του ανθρώπινου προσωπικού σε όλα τα επίπεδα υγείας έχει δημιουργήσει ένα νοσοκομειακό-κεντρικό σύστημα υγείας.
- Η απουσία οικογενειακού γιατρού έχει δημιουργήσει μια ανεξέλεγκτη εισροή των πολιτών χωρίς περιορισμούς στο σύστημα υγείας για νοσοκομειακή περίθαλψη.

- Η λάθος κατανομή του υγειονομικού δυναμικού και γενικότερα η απουσία προγραμματισμού έχουν επιφέρει υπερπροσφορά των γιατρών, σε έλλειψη ορισμένων ειδικοτήτων και ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ο μη διορισμός κατάλληλα εκπαιδευμένων ατόμων στις διοικητικές θέσεις με αποτέλεσμα να μην επιτρέπεται ο εκσυγχρονισμός της διοίκησης και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων του συστήματος υγείας.
- Η μη αναγνώριση των ικανοτήτων αξιόλογων εργαζομένων καθώς υπάρχει έλλειψη μισθολογικών και επιστημονικών κινήτρων προκαλεί αρνητική επίπτωση στο βαθμό ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού.
- Η απουσία συστήματος πιστοποίησης διαδικασιών και λειτουργιών, η έλλειψη διασφάλισης της ποιότητας, η απουσία μηχανισμού εφαρμογής κλινικών διαδικασιών, η έλλειψη προγραμμάτων κλινικού ελέγχου, η απουσία σχεδίου ανάλυσης των παραμέτρων ικανοποίησης των πολιτών, η καταστρατήγηση λίστας αναμονής, η απουσία μηχανισμού ελέγχου και αντιμετώπισης των αντιδεοντολογικών συμπεριφορών και τέλος η απουσία προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού για τα δικαιώματα των ασθενών και το σεβασμό προς αυτούς.
- Όσον αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες παρατηρείται πως αγγίζουν το 39% των συνολικών δαπανών και είναι διπλάσιες του μέσου όρου των Ευρωπαϊκών χωρών (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Αυτό το ποσοστό απεικονίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, όπως την ανισότητα στις παροχές υγείας και στην πρόσβαση σε αυτές, την απουσία οικογενειακού γιατρού και την περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Μεγάλη παραοικονομική δραστηριότητα και ανάπτυξη παράνομων οικονομικών συναλλαγών και αντιδεοντολογικών συμπεριφορών από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας που επιβαρύνουν οικονομικά τον ασθενή.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει αρκετά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα. Επιπλέον προβλήματα προκύπτουν από την συγκέντρωση στα αστικά κέντρα πολιτών και επαγγελματιών υγείας και την

ιδιαίτερη γεωμορφολογία της χώρας (Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007, Μητρόπουλος Α., 2008, Economou C., et al., 2015).

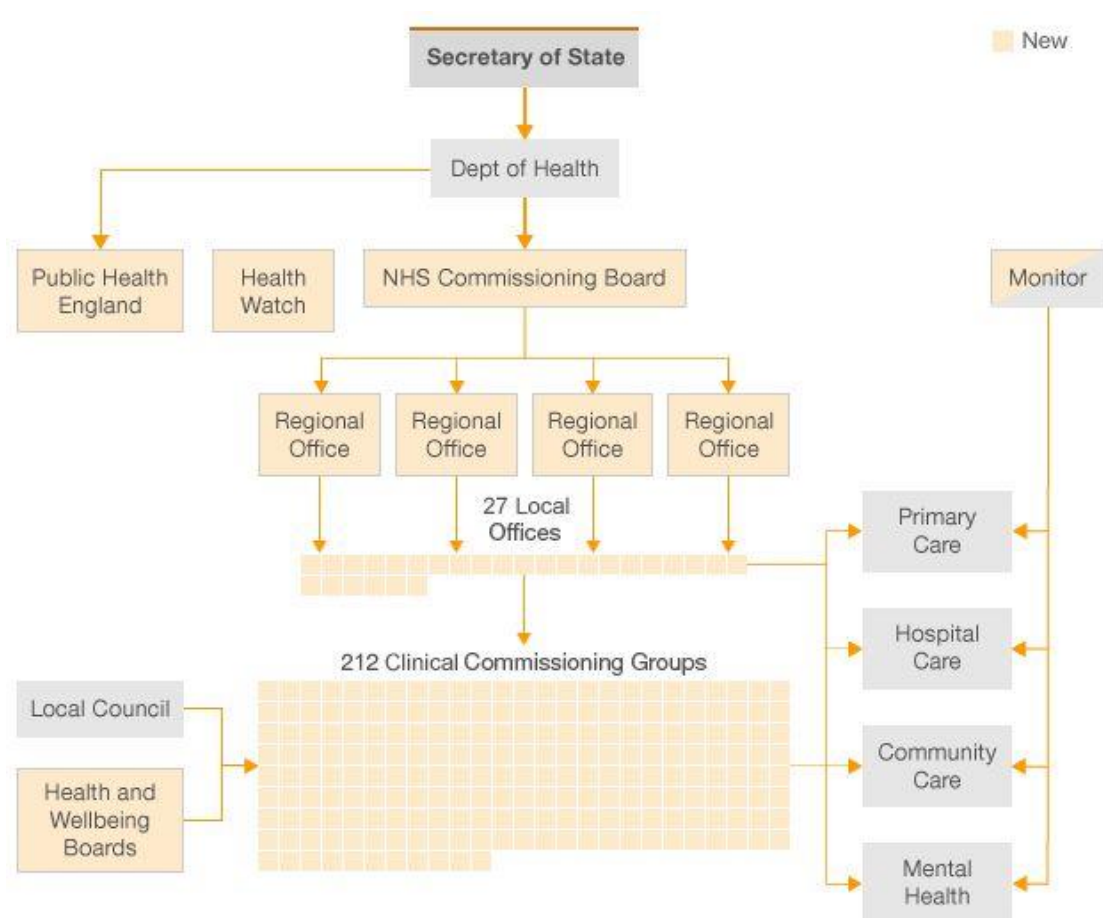
5.3. Δομή και Λειτουργία Συστήματος Υγείας Αγγλίας Σήμερα

Η κεντρική κυβέρνηση, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας και οι φορολογούμενοι ασθενείς αποτελούν τα βασικά μέρη του συστήματος υγείας της Αγγλίας. Πιο συγκεκριμένα, οι τοπικές αρχές συγκεντρώνουν τους απαιτούμενους πόρους από τον προϋπολογισμό του κράτους και υπογράφουν συμβάσεις με τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες πληρώνουν τους φόρους ώστε οι προμηθευτές με την σειρά τους να προσφέρουν τις υπηρεσίες υγειονομικού χαρακτήρα. Το αγγλικό σύστημα υγείας δημιουργεί ένα κύκλωμα στο οποίο τα μέλη του καθορίζουν το πόσο αποτελεσματικό και βιώσιμο μπορεί να είναι το σύστημα υγείας. Η χρηματοδότησή από τον κρατικό προϋπολογισμό και η δωρεάν περίθαλψη για όλους ακόμα και για τους επισκέπτες στην χώρα αποτελούν βασικές παράμετροι του βρετανικού συστήματος υγείας (Χλέτσος Μ., 2011, Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007).

Το σύστημα υγείας της Αγγλίας χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας και διοικείται από το κράτος. Σκοπός του είναι η παροχή πλήρους και καθολικής κάλυψης υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας ανεξάρτητα του εισοδήματος και εθνικότητας. Η συμμετοχή στο εθνικό σύστημα υγείας είναι υποχρεωτική σε αντίθεση με την ιδιωτική ασφάλεια που είναι προαιρετική. Το σύστημα υγείας παρέχει όλες τις υπηρεσίες που απαιτούνται από τους γενικούς γιατρούς και τους ειδικευμένους. Παράλληλα προσφέρεται το σύνολο των πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και η μακροχρόνια περίθαλψη με φροντίδα κατ οίκον (National Health Service, 2017).

Το 2013, πραγματοποιήθηκε μια ακόμα μεγάλη αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας. Το υπουργείο υγείας καθόρισε πέντε βασικές προτεραιότητες, τη βελτίωση του επιπέδου φροντίδας, τη περίθαλψη των ηλικιωμένων, την άνοια, τις μακροχρόνιες ασθένειες και την πρόληψη και καταπολέμηση των κύριων αιτιών θανάτου. Οι Primary Care Trusts και οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές αντικαταστάθηκαν από το N.H.S.Commissioning Board και 212 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups), που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και ευθύνονται για τη δημόσια υγεία (BBC News, 2013).

Με βάση την παραπάνω αναδιοργάνωση, η σημερινή μορφή του εθνικού συστήματος της Αγγλίας είναι η εξής (BBCNews, 2013) :



Το N.H.S.Commissioning Board αποτελεί ανεξάρτητο σώμα και αναλαμβάνει πολλές από τις δραστηριότητες του υπουργείου υγείας και των στρατηγικών υγειονομικών αρχών που αντικατέστησε, ενώ είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση του προϋπολογισμού του εθνικού συστήματος υγείας (N.H.S. History, 2015). Ακόμα είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση των Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, οι οποίες λογοδοτούν σε αυτό για τις αποφάσεις που λαμβάνουν αν και ο βασικός ρόλος του είναι κυρίως συμβουλευτικός (BBCNews, 2013).

Οι Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης που αντικαθιστούν τα Primary Care Trusts, απαρτίζονται από γενικούς γιατρούς και αναλαμβάνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Συνεργάζονται με το N.H.S.Commissioning Board και την Δημόσια Υγεία της Αγγλίας (Public Health England). Ο Γραμματέας του κράτους (Secretary of State) έχει την ευθύνη της εφαρμογής της πολιτικής που θα ορίσει το εθνικό σύστημα υγείας για

την αξιολόγηση της απόδοσης των Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης. Στο N.H.S. Commissioning Board υπάρχουν τέσσερα Περιφερειακά Γραφεία (Regional Offices) και επιπλέον σε αυτά 27 Τοπικά Γραφεία (Local Offices) (BBC News, 2013, National Health Service, 2017).

Βασικός ρυθμιστής του συστήματος είναι το Monitor και η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission). Η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας είναι υπεύθυνη για την εξασφάλιση των απαιτούμενων κριτηρίων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ενώ το Monitor είναι υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση και τον ανταγωνισμό (BBC News, 2013). Το Monitor επιβλέπει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και την ομαλή εκτέλεση των καθηκόντων τους και την διασφάλιση συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ τους. Το Monitor είναι υπεύθυνο για την προστασία των συμφερόντων των ασθενών και πρέπει να διασφαλίζει ότι οι συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων είναι θεμιτές και προς το συμφέρον των ασθενών. Επιπλέον καθορίζει τις τιμές των υπηρεσιών υγείας του εθνικού συστήματος και τα National Health Service Trusts να έχουν επαρκή χρηματοδότηση και σωστή οργάνωση (BBC News, 2013).

Η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας εξασφαλίζει την ποιότητα στην υγεία και ελέγχει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας για την τήρηση των απαιτούμενων κριτηρίων ασφάλειας και ποιότητας, σύμφωνα με πληροφορίες από τις Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης. Όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας χρειάζονται άδεια για την επίτευξη των απαιτούμενων κριτηρίων ασφάλειας και ποιότητας από το Monitor και την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας, ενώ αν δεν εκπληρώνουν αυτές τις υποχρεώσεις υπάρχουν ποινές, όπως η επιβολή προστίμων και αναστολής των υπηρεσιών (BBC News, 2013).

Η Δημόσια Υγεία της Αγγλίας (Public Health England), έχει ως σκοπό την προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας και τον περιορισμό των ανισοτήτων. Έχει εποπτικά καθήκοντα και συμβουλεύει το εθνικό σύστημα υγείας για προγράμματα που πρέπει να γίνουν αναφορικά με θέματα υγείας (N.H.S. History, 2015, National Health Service, 2017).

Επίσης ιδρύθηκε η Health Watch αποτελεί σημείο επαφής για άτομα και κοινοτικές και εθελοντικές οργανώσεις με αντικείμενο την υγεία και την κοινωνική φροντίδα των ενηλίκων. Δραστηριοποιείται σε τοπικό επίπεδο ως Health Watch και σε εθνικό

επίπεδο ως HealthWatchEngland. Επιπλέον παρέχει συμβουλές στο NHS Commissioning Board, το Monitor, τον Γραμματέα του κράτους για τις πληροφορίες που χρειάζονται οι ασθενείς σχετικές με τη φροντίδα υγείας (BBCNews, 2013).

Όσον αφορά τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας (Health and Wellbeing Boards), σκοπός τους είναι η επίβλεψη της ποιότητας των τοπικών υπηρεσιών, η σχεδίαση προγραμμάτων αξιολόγησης των αναγκών και μιας ενιαίας στρατηγικής για την υγεία. Τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας πρέπει να επιτρέπουν στα HealthWatch να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων ώστε να διασφαλίζεται το δικαίωμα του λόγου των ασθενών στο εθνικό σύστημα υγείας. Τα τοπικά συμβούλια έχουν το καθήκον της αντιμετώπισης των προβλημάτων δημόσιας υγείας στην περιοχή ευθύνης τους. Τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας συνδέουν το έργο των τοπικών συμβουλίων με αυτό των Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης (BBCNews, 2013, NationalHealthService, 2017).

Όπως αναφέρθηκε, τα National Health Service Trusts έχουν την ευθύνη να παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε μια συγκεκριμένη περιοχή, με τα Foundation Trusts να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία από αυτά (Bourn J., 2007). Το Υπουργείο Υγείας είχε θέσει ως στόχο η πλειοψηφία των National Health Service Trusts να μετατραπεί σε Foundation Trusts μέσα στο 2014, με τον Γραμματέα του κράτους να έχει το δικαίωμα κατάργησης των υπολοίπων National Health Service Trusts στο μέλλον. Παρά τα διαδοχικά χρονοδιαγράμματα που έχουν τεθεί από τις διάφορες κυβερνήσεις για την ολοκλήρωση της παραπάνω διαδικασίας, ο στόχος δεν έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, ενώ

πολλά από τα National Health Service Trusts δεν έχουν την δυνατότητα να μετατραπούν σε Foundation Trusts. Για το λόγο αυτό, ιδρύθηκε ένας νέος οργανισμός, το NHS Trust Development Authority για να έχει υπό την εποπτεία του τα Trusts που δεν έχουν μετατραπεί ακόμα σε Foundation (NationalHealthService, 2017).

Το 2016, η διάκριση μεταξύ Foundation Trusts και National Health Service Trusts άρχισε να διαβρώνεται. Η προσπάθεια κάθε Trust να μετατραπεί σε Foundation Trust εγκαταλείφθηκε, επειδή η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση υπονόμει την υποτιθέμενη αυτονομία των Foundation Trusts, καθώς σχεδόν όλοι οι οργανισμοί έπρεπε να βασίζονται σε χρήματα που δανείζονταν από το Υπουργείο

Υγείας με συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις. Έτσι το 2016 ιδρύθηκε το National Health

Service Improvement που αποτελεί έναν γενικό οργανισμό που βρίσκονται υπό την αιγίδα του Monitor, το NHS Trust Development Authority, το Patient Safety, το National Reporting and Learning System, η Advancing Change Team, και οι Intensive Support Teams. Το National Health Service Improvement έχει ως αρμοδιότητα την εποπτεία και υποστήριξη των Foundation Trusts,

National Health Service Trusts και των ανεξάρτητων παρόχων υπηρεσιών φροντίδας χρηματοδοτούμενα από το εθνικό σύστημα υγείας (Collins Ben, 2016).

5.4. Κριτική του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας

Το αγγλικό εθνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα εθνικό σύστημα που στηρίζεται στην κρατική παρέμβαση και τον κρατικό προϋπολογισμό, παρέχοντας υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας για το σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, για την επίτευξη των στόχων της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ίσης πρόσβασης και της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιήθηκαν πολλές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, οι οποίες είχαν αφετηρία την έκθεση του Beveridge (Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτα Π., 2007, Χλέτσος Μ., 2011).

Η εθνική υπηρεσία υγείας έχει επιτύχει κυρίως σε οικονομικό επίπεδο μέσα από την ολοκλήρωση των βασικών στόχων ενός συστήματος υγείας το οποίο χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους: της επαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, της καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείας ανεξάρτητα του εισοδήματος, έναν ενιαίο κατάλογο υπηρεσιών που εξασφαλίζει την ισότητα στην θεραπεία και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σχεδόν χωρίς χρέωση (Boyle Sean, 2011). Ο σφαιρικός προϋπολογισμός, ο οποίος αποφασίζεται από την κυβέρνηση, αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τον έλεγχο του κόστους, αλλά περιορίζει σε ένα οικονομικό πλαίσιο το σύστημα υγείας μέσα στο οποίο δεν υπάρχουν πόροι ούτε για την βελτίωση των υποδομών υγείας, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, ούτε για την κάλυψη των ελλείψεων προσωπικού, παρά τις άμεσες και επείγουσες ανάγκες (McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T., 2017).

Καθώς γίνεται η παροχή των κρατικών υπηρεσιών υγείας στους κοινωνικούς παράγοντες και τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών, εισάγονται ορισμένες έννοιες αγοράς και στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού μέσα στο εθνικό σύστημα

υγείας. Παραμένει όμως αμφίβολο εάν μετά την κατάργηση του καθεστώτος της κρατικής χρηματοδότησης στις δομές υγείας, την αυτονομία στον σχεδιασμό των υποδομών σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες από τις Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης, τη διαχείριση του προϋπολογισμού από αυτές, και τις ελεύθερες διαπραγματεύσεις για συμφωνίες, θα δημιουργηθεί μια πιο αποτελεσματική δομή του συστήματος υγείας σε σχέση με την κεντρικά διοικούμενη. Οι μεγάλες αυξήσεις των διοικητικών και των διαπραγματευτικών εξόδων που πρόέκυψαν από την αποκέντρωση των δομών του συστήματος υγείας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να κινηθεί προς την αντίθετη κατεύθυνση, αλλά είναι ακόμη πολύ νωρίς για συμπεράσματα (Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007, Peckham S., 2014).

Οι οικονομικές πιέσεις λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας το οδηγούν στη βελτίωση της αποδοτικότητας. Οι προσπάθειες για την επίτευξη του στόχου αυτού υποστηρίζονται από την ευρύτερη ανάπτυξη και εφαρμογή της θέσπισης προδιαγραφών για την ιατρική φροντίδα και την οργάνωση του συστήματος υγείας. Οι δομές που δημιουργήθηκαν για αυτό το σκοπό έχουν αποδειχθεί πολύ πιο προηγμένες σε σχέση με αυτές άλλων χωρών. Το ίδιο ισχύει και για την εξισορρόπηση του εξωνοσοκομειακού και του νοσοκομειακού τομέα (BoyleSean, 2011)

Από την άλλη πλευρά, η ελευθερία στη λήψη αποφάσεων και η νομική κάλυψη των ασθενών στην Αγγλία φαίνονται παραμελημένες. Οι ασθενείς δεν έχουν νομικά μέσα για να έχουν ουσιαστική άποψη στη διαδικασία θεραπείας τους ή να ζητήσουν αποζημίωση για βλάβες. Το δικαίωμα επιλογής γιατρού ισχύει μόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υποτίθεται ότι οι ασθενείς έχουν γνώμη για ειδικά θέματα αλλά αυτό το δικαίωμά αυτό ακυρώνεται λόγω του χρόνου αναμονής που απαιτείται για τη θεραπεία τους. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί έμφαση στην δημιουργία Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης, οι οποίες αποτελούνται από γενικούς γιατρούς και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε ορισμένες περιοχές έχουν λειτουργήσει με επιτυχία αλλά σε άλλες έχουν σημειωθεί προβλήματα συνεργασίας και διαχωρισμού των αρμοδιοτήτων μεταξύ των γενικών γιατρών (BoyleSean, 2011).

Όσον αφορά την ανεξάρτητη αξιολόγηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, αντίθετα με πολλές άλλες αναπτυγμένες χώρες όπου ο θεσμός του ανεξάρτητου αξιολογητή νοσοκομείων της κυβέρνησης

εφαρμόζεται, η αγγλική κυβέρνηση παίρνει και το ρόλο των προμηθευτών της υγειονομικής περίθαλψης και της αξιολόγησης της ποιότητας της παροχής της μέσω των δομών που οργανώνονται μέσα από το εθνικό σύστημα υγείας (Peckham S., 2014).

Σκάνδαλα και άλλα προβλήματα στον τομέα της υγείας γίνονται συχνά πολιτικά θέματα ως αποτέλεσμα της ευρείας κάλυψης των μέσων ενημέρωσης, και η απάντηση καθορίζεται συχνά από πολιτικές αποφάσεις και όχι από την επιστήμη και την ιατρική. Επιπλέον, οι δυσχέρειες στην ποιότητα και στη βελτίωση στον εκτεταμένο ιδιωτικό τομέα στο αγγλικό σύστημα υγείας δεν έχουν ξεπεραστεί ακόμα. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι το αγγλικό εθνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα σχετικά με τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της αντιμετώπισης της μεγάλης ζήτησης τους, αφού παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, στις εισαγωγές των νοσοκομείων και στις χειρουργικές επεμβάσεις (Dalrymple T., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εξετάζοντας τα συστήματα υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας, διαπιστώνουμε ότι κάθε χώρα έχει τη δική της ιδιαιτερότητα είτε στον τρόπο χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είτε στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας. Από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, όσον αφορά τη σύγκριση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- Το Αγγλικό σύστημα υγείας, συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge. Μιλάμε δηλαδή για ένα εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού (BoyleSean, 2011, Harker R., 2012). Στην Ελλάδα εκτός από την ύπαρξη του εθνικού συστήματος υγείας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει τόσο ο ιδιωτικός τομέας όσο και η κοινωνική ασφάλιση δηλαδή αποτελεί ουσιαστικά ένα μικτό σύστημα (Οικονόμου Χ., 2012).
- Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος υγείας για το έτος 2015 από τον κρατικό προϋπολογισμό ανέρχεται περίπου στο 80% της συνολικής χρηματοδότησής του με τις ιδιωτικές δαπάνες στο 18%. Το μερίδιο συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού στο ελληνικό σύστημα υγείας για το έτος 2015 φτάνει το ποσοστό του 30%, με το ποσοστό της κοινωνικής ασφάλισης να είναι 29%, ενώ το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών είναι 39% (Ο.Ε.С.Д., 2017, ΕΛΣΤΑΤ, 2017).
- Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα το έτος 2016, το σύνολο των δαπανών υγείας αντιστοιχούσε στο 8,3% του Α.Ε.Π.. Στην Αγγλία, οι δαπάνες υγείας το ίδιο έτος αντιστοιχούσαν στο 9,7% του Α.Ε.Π. (Ο.Ε.С.Д., 2017, ΕΛΣΤΑΤ, 2017).
- Από τα στοιχεία που έχουμε συγκεντρώσει για το ανθρώπινο δυναμικό και των δυο χωρών, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι στην Ελλάδα υπάρχει υπερέπάρκεια γιατρών και ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού. Το 2015 αντιστοιχούσαν στη χώρα μας 6,3 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους και 2,8 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Αντίθετα στην Αγγλία το έτος 2015 υπήρχαν

περίπου 3,2 γιατροί και 7,9 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017, ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

- Στην Ελλάδα υπήρχαν 1,5 νοσηλευτές ανά γιατρό το έτος 2015, ενώ στην Αγγλία υπήρχαν 2,8 νοσηλευτές ανά γιατρό το ίδιο με τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017).
- Ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα για το έτος 2015 είναι 4,3 ενώ για την Αγγλία ο αντίστοιχος αριθμός είναι 2,6 (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017, ΕΛΣΤΑΤ, 2017).
- Όσον αφορά τον τρόπο αμοιβής των γιατρών, στην Ελλάδα οι γιατροί του εθνικού συστήματος υγείας είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με δυνατότητα επιπλέον αμοιβών κατά πράξη από την άσκηση απογευματινών ιατρείων εντός των νοσοκομείων. Οι δε ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι και μη με την κοινωνική ασφάλιση αμείβονται κατά πράξη (Οικονόμου Χ., 2012, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2017). Στην Αγγλία, οι περισσότεροι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, όμως αυτοί που εργάζονται στα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας αμείβονται με μισθό που καθορίζεται από τα ίδια τα νοσοκομεία που αποτελούν αυτόνομους και αυτοδιοίκητους οργανισμούς ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο. Μπορεί με τον τρόπο αμοιβής των γιατρών στην Ελλάδα, να μειώνεται το φαινόμενο της πλασματικής ζήτησης αλλά αυξάνεται το φαινόμενο της παραοικονομίας. Από την άλλη μεριά στην Αγγλία ναι μεν υπάρχει σε μεγάλο βαθμό η ελευθερία επιλογής αλλά προκαλείται έντονα η πλασματική ζήτηση και η ηθική βλάβη του ασφαλιστικού φορέα (Boyle Sean, 2011).
- Ως προς τις νοσοκομειακές υποδομές κάθε χώρας, τα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι κυρίως δημόσια νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας και ιδιωτικές κλινικές. Το 2017 λειτουργούσαν 147 νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας και 166 ιδιωτικές κλινικές και 24 δημόσια νοσοκομεία εκτός συστήματος υγείας (στρατιωτικά και πανεπιστημιακά) (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Στην Αγγλία, το 2017 υπήρχαν 207 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης και 233 trusts που διαχειρίζονταν νοσοκομεία με σύνολο περίπου 137.000 κλίνες ενώ υπάρχει και μεγάλος αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων. Τα περισσότερα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από τις υψηλές επενδύσεις στην

ακριβή τεχνολογία και από την ύπαρξη αυστηρών κριτηρίων ποιότητας (NationalHealthServiceConfederation, 2017).

- Τέλος, όσον αφορά τον βαθμό κάλυψης του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, για το έτος 2015 η Αγγλία έχει ποσοστό 100%, σε αντίθεση με την Ελλάδα που παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό 86% ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α..

Συμπερασματικά το ελληνικό σύστημα υγείας, εμφανίζει τα χαρακτηριστικά ενός μικτού συστήματος, όπου υπάρχει ίδια περίπου ποσοστιαία συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού, της κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα (Οικονόμου Χ., 2012, Χλέτσος Μ., 2016). Το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι χαμηλότερο της Αγγλίας (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017). Σε ότι αφορά τώρα τους ανθρώπινους πόρους η Ελλάδα παρουσιάζει υπερδιπλάσιο αριθμό στο ιατρικό σώμα σε σχέση με αυτούς που έχει πραγματικά ανάγκη. Ταυτόχρονα, υστερεί σε νοσηλευτικό προσωπικό τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017, ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Οι γιατροί στην Ελλάδα πληρώνονται κατά κανόνα με μισθό, γεγονός που να μεν σημαίνει απουσία του φαινομένου της πλασματικής ζήτησης αλλά οδηγεί σε πράξεις που σχετίζονται με παραοικονομικές δραστηριότητες (Οικονόμου Χ., 2012, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2017). Επιπλέον η Ελλάδα είναι από τις λίγες χώρες στον Ο.Ο.Σ.Α. που δεν καλύπτει τον πληθυσμό αποτελεσματικά με ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα ένα ποσοστό περίπου 14% του πληθυσμού να καλύπτεται σε βασικές υπηρεσίες υγείας (Ο.Ε.Κ.Δ., 2017).

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι ότι το ελληνικό σύστημα υγείας σε αντίθεση με το σύστημα υγείας της Αγγλίας δεν έχει άμεσο χαρακτηριστικό την αποδοτικότητα και την ισότητα μεταξύ των πολιτών. Το αγγλικό σύστημα λαμβάνει χρηματοδότηση από δημόσιους πόρους και έτσι όλοι οι πολίτες έχουν ίσα δικαιώματα στις διάφορες υπηρεσίες υγείας χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο (Boyle Sean, 2011, Harker R., 2012). Στην Ελλάδα αντιθέτως το σύστημα λαμβάνει χρηματοδότηση από τα ασφαλιστικά ταμεία και από κρατικούς φορείς, αλλά η χρηματοδότηση του γίνεται και από ιδιωτικούς φορείς όπου παίζει σημαντικό ρόλο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του κάθε πολίτη, με συνέπεια να υπάρχει ανισότητα ως προς την πρόσβαση στις διάφορες υπηρεσίες υγείας (Οικονόμου Χ., 2012). Για παράδειγμα, όσοι πολίτες έχουν υψηλά εισοδήματα εμφανίζουν μειωμένη θνησιμότητα ενώ οι πολίτες με χαμηλό εισοδήματα σημειώνουν υψηλά επίπεδα

θνησιμότητας. Η Αγγλία ολοένα αυξάνει τις δαπάνες της για το υγειονομικό σύστημα ενώ η Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης δαπανά όλο και λιγότερο, σε σημείο όπου οι πολίτες αναγκάζονται να καλύπτουν τις ανάγκες τους με δικά τους έξοδα, ένα συμπέρασμα που προκύπτει και από το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών (Economou, C., et al., 2015, O.E.C.D., 2017).

Η Αγγλία μέσω διαφόρων μεταρρυθμίσεων που εφάρμοσε έκανε το σύστημα υγείας κοινωνικά ισότιμο και δίκαιο αποφεύγοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η εξέλιξη μέσα στα χρόνια των δεικτών υγείας του αγγλικού συστήματος έδειξαν πως τα επίπεδα θνησιμότητας έχουν μειωθεί αρκετά, όμως υπάρχει το δημογραφικό πρόβλημα νέων και ηλικιωμένων (BoyleSeán, 2011). Επίσης έχει παρατηρηθεί πως ο αριθμός ιατρών και νοσηλευτών αυξάνεται, ενώ μειώνεται ο αριθμός κλινών με αποτέλεσμα να δημιουργείται ιατρική υπερπροσφορά. Η χρηματοδότηση του αγγλικού συστήματος χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αυτό είναι μεγάλο πλεονέκτημα καθώς οι δαπάνες υγείας παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα διατηρώντας την καλή ποιότητα των υπηρεσιών (O.E.C.D., 2017). Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί πως το αγγλικό σύστημα υγείας έχει να αντιμετωπίσει σημαντικά προβλήματα όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία και στα νοσοκομεία (Dalrymple T., 2017).

Τα τελευταία χρόνια σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη νέων νοσοκομειακών μορφών περίθαλψης, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ιδιαίτερα στην πρόληψη. Όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδας, η έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξασφάλισης ειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού και ύπαρξης επαρκών πόρων, δεν επέτρεψε την ανάπτυξη της οικογενειακής ιατρικής και πρόληψης, με την απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στο ελληνικό σύστημα υγείας να είναι πολύ σημαντική αφού δεν διασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα και βελτίωση της υγείας του ασθενούς (Σουλιώτης Κ. και Μαριόλης Α., 2004, Μπουντούρη Χ., 2014).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα χρειάζεται αναδιοργάνωση και το κράτος πρέπει να εγγυάται μια ολοκληρωμένη σειρά υπηρεσιών υγείας, και να εξασφαλίζει τη συνέχειά τους. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να διαμορφωθεί σε τέτοιο επίπεδο, ώστε να αποτελεί δυναμικά την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, δηλαδή

την πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας, να παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας άμεσα και σε εύλογο χρόνο και να εξασφαλίζει και να συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για το κάθε χρήστη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας(Σουλιώτης Κ. και Μαριόλης Α., 2004, Οικονόμου Χ., 2012, Πολύζος Ν., 2014).

Κάποια από αυτά σημεία τα οποία επιδέχονται βελτίωσης και πιθανές προτάσεις για τη πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα θα μπορούσαν να είναι οι εξής (Κουρής Γ., 2003, Niakas D., 2013, Οικονόμου, Χ., 2014, Economou, C., et al., 2015) :

- Η ενιαία οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των υπηρεσιών και η ενοποίηση του κατακερματισμένου χρηματοδοτικού μηχανισμού.
- Ο οργανωτικός, διοικητικός, λειτουργικός και διαχειριστικός εκσυγχρονισμός των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας και η εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου.
- Η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού για τους δικαιούχους όλων των ασφαλιστικών ταμείων με την αξιοποίηση των γενικών γιατρών και των γιατρών συναφών ειδικοτήτων (παθολόγοι και παιδίατροι) του δημόσιου και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα (Μπουντούρη Χ., 2014).
- Η δημιουργία του υγειονομικού χάρτη της χώρας, στον οποίο θα καταγράφονται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού ανά περιφέρεια, τα αναγκαία ποσά και η δύναμη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Η παραχώρηση κινήτρων στο προσωπικό για τη στελέχωση των απομακρυσμένων περιοχών με ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την επίλυση του προβλήματος ορθολογικής κατανομής και την επίτευξη καλύτερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους καθώς και η εφαρμογή νέου μισθολογίου γιατρών, όπου οι αμοιβές θα καθορίζονται από τη θέση ευθύνης και την απόδοση των μονάδων τους
- Η εφαρμογή προγραμμάτων διαρκούς εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την αντιμετώπιση των συνεχώς εξελισσόμενων επιστημονικών, υγειονομικών και δημογραφικών δεδομένων.
- Η βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ του υπουργείου υγείας και του υπουργείου παιδείας για τη διασύνδεση των αποφοίτων των σχολών επιστημών υγείας με την αγορά εργασίας.

- Η ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας.
- Επανασχεδιασμός των νοσοκομειακών κλινικών και εργαστηρίων προκειμένου να γίνουν οι αναγκαίες αναδιαρθρώσεις, με συγχωνεύσεις και ενοποιήσεις μονάδων και ορθολογική ανακατανομή τους και με τη δημιουργία νοσοκομείων και κλινικών αναφοράς για εξειδικευμένα νοσήματα, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας.
- Ένταξη του ιδιωτικού τομέα στον ευρύτερο σχεδιασμό για την υγεία στο πλαίσιο κοινών κανόνων με τις δημόσιες δομές και συγκεκριμένων θεσμικών ρυθμίσεων, που θα προάγουν τη συμπληρωματικότητα και τη συνεργασία, ιδιαίτερα σε περιοχές ή τομείς όπου δεν επαρκεί ο δημόσιος τομέας.

Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα είναι γενικός ιατρός, παθολόγος ή παιδίατρος (για τον παιδικό πληθυσμό), και θα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το δημόσιο σύστημα υγείας. Ο οικογενειακός ιατρός, που αποτελεί ήδη θεμέλιο των συστημάτων υγείας πολλών ξένων χωρών, θα παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα υγείας στον πολίτη με σκοπό την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας. Θα έχει έναν συγκεκριμένο αριθμό πληθυσμού υπό την ευθύνη του ενώ θα διαθέτει και φάκελο για το κάθε άτομο με πληροφορίες σχετικά με την υγεία και τις τυχόν παθήσεις του. Ως οικογενειακοί γιατροί θα μπορούν να λειτουργούν και οι ιδιώτες γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Ο οικογενειακός γιατρός θα έχει υπό την συνεχή επίβλεψη τον πολίτη και θα λειτουργεί ως σύμβουλος του καλλιεργώντας μια προσωπική σχέση μαζί του. Τέλος θα έχει την αρμοδιότητα παραπομπής του ασθενή σε νοσοκομείο ή ειδικό γιατρό, εφόσον το κρίνει αναγκαίο με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά στα οποία δεν απαιτείται η έγκριση του (aftodioikisi.gr, 2018).

Όσον αφορά τους περιορισμούς της παραπάνω εργασίας, αυτοί είναι ότι η σύγκριση γίνεται με βάση πέντε στοιχεία, τις πηγές χρηματοδότησης, τις δαπάνες για την υγεία, τις υποδομές και το προσωπικό υγείας, τους τρόπους αμοιβής του ιατρικού προσωπικού και τον βαθμό κάλυψης που παρέχει το κάθε σύστημα υγείας για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών υγείας ενώ δεν περιλαμβάνονται στοιχεία όπως προσδόκιμα ζωής, βασικές αιτίες θανάτων, οι επιπτώσεις από βλαβερές συνήθειες όπως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η παχυσαρκία, οι δαπάνες για φάρμακα, τα ποσοστά κατανάλωσης φαρμάκων και το ποσοστό χρήσης

γενοσήμων(Αξίζει να αναφερθεί ότι παρά την σημαντική εξοικονόμηση κόστους η χρήση γενόσημων φαρμάκων βρίσκεται στη χώρα μας κάτω του 25% μαζί με την Ιταλία, Ελβετία και Λουξεμβούργο) (Ο.Ε.С.Д., 2017).

Συνοψίζοντας η Ελλάδα αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση από την Αγγλία και τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Ο σημαντικότερος έως σήμερα Ν. 1397/1983 αποτελεί την μεγαλύτερη προσπάθεια για την ανάπτυξη ενός άρτια δομημένου εθνικού συστήματος υγείας. Η καθυστέρηση αυτή, η οποία ήταν κυρίως το αποτέλεσμα των οικονομικών δυσχερειών που αντιμετωπίζει το ελληνικό κράτος από τις αρχές του, έχει ως συνέπεια η δημόσια υγεία στην Ελλάδα να υπολείπεται σε σχέση με τις ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες. Η κρατική παρέμβαση παίζει σημαντικό ρόλο στην ελληνική πραγματικότητα με τους Έλληνες πολίτες να δίνουν μεγάλη βαρύτητα σε αυτή. Το ελληνικό κράτος έχει αρκετό δρόμο να διανύσει μέχρι να δημιουργήσει ένα εθνικό σύστημα υγείας ανάλογο των υπολοίπων ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών και σύμφωνα με τις κοινωνικές απαιτήσεις (Χλέτσος Μ., 2011, Niakas D., 2013, Economou, C., etal., 2015).

Κοινός στόχος σε διεθνές επίπεδο για την ανάπτυξη σύγχρονης πολιτικής υγείας είναι η ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα μέσα από την προσπάθεια σύνδεσης της αποδοτικής και αποτελεσματικής αξιοποίησης των πόρων με την ισότιμη κατανομή αυτών. Συμπερασματικά, σκοπός είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ωφελιμότητας και η άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (Niakas D., 2013, Economou, C., etal., 2015).

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να διακρίνονται από διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, συνέχεια στη φροντίδα που παρέχουν και αποδοχή από τους χρήστες ως προς την ποιότητα, την επιστημονική και την επαγγελματική επάρκεια και την αρτιότητά τους. Η μεταρρύθμιση για τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και να διατηρεί τα παραπάνω χαρακτηριστικά καθώς επίσης θα πρέπει να στοχεύει στην αποκατάσταση της ισονομίας και τον περιορισμό των ανισοτήτων (Οικονόμου Χ., 2012, Πολύζος Ν., 2014).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία:

Artundo C., Sakellarides C., Vuori H., (Eds). (1993). *Health Care Reforms in Europe*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

Baeza C. and Packard T., (2006). *Beyond Survival: Protecting Households against the Impoverishing Effects of Health Shocks*. World Bank. Stanford University Press.

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

Carlson G., (2007). *What is a Health Maintenance Organization?* State Health Education Specialist, University of Missouri Extension.

Coulter A., Ham C., (2000). *The global challenge of health care rationing*. Buckingham Open University Press.

Clinitz D., Preker A., Wasem J., (1998), Balancing competition and solidarity in health care financing, in: Saltman R., Figueras J., Sakellarides C., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham, Open University Press.

Darby C., Valentine N., Murray C., de Silva A., (2000), *Strategy on measuring responsiveness*, Geneva, World Health Organization.

Donaldson C., Gerard K., (1993), *Economics of health care financing, The visible hand*, London, MacMillan.

Eaton K., (2004), *Daily life in the Soviet Union*.

Economou, C., (2010), *Greece Health System Review*, Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A., (2015), The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece, In: Thomson S., Jowett M., Evetovitis T., Mladovsky P., Maresso A., Figueras J. (eds.), *The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

Eurofound, (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin.

Frenk J, Ruelas E, Donabedian A., (1989), Staffing and training aspects of hospital management: some issues for research, *Medical Care Review*.

Gakidou E., Murray C., Frenk J.,(2000)*Measuring Preferences on Health System Performance Assessment*, Geneva,World Health Organization.

GilliesA., (2003), *What makes a good Healthcare System? Comparisons, values, drivers*, Lancashire, Radcliffe Medical Press.

Gorsky M., (2008), The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography,*Social History of Medicine*, Vol. 21 Issue 3.

Ham C., Honigsbaum F., (1998), Priority setting and rationing health services, in :Saltman R., Figueras J., Sakellarides C., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham , Open University Press.

HordenP.,(2005),*The Earliest Hospitals in Byzantium, Western Europe and Islam*, MIT Press.

Hurst W. J., (1991), Reform Of Health Care in Germany, *Health Care Financing Review*, vol. 12, No 3.

Institute for Health System Research, (1994), *Health Care in Germany: The Health Care System in the Federal Republic of Germany*, Bonn, The Ministry of Health.

Karokis A. και Sissouras A.,(1994), The Greek Health Care System, in *Health care systems in Seventeen Countries*, Paris, O.E.C.D.

Kawabata K., (2001), A framework for health systems performance assessment, in: Kyriopoulos J., Beazoglou T., Heffley D., *Health economics in the new era*, Athens,Exandas.

KulesherR. and Forrestal E.,(2014),International models of health systems financing, *Journal of Hospital Administration*, vol.3, No.4.

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

Kutzin J.,(2011),Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?,*1st annual meeting of SBO network on health expenditure*, Paris, OECD.

Kyriopoulos J., Niakas D., (1993), Economic and Health Policy Issues in Biomedical Technology: The Case of Greece, in: Malek M. et al. (eds), *Strategic Issues in Health Care Management*, London,Wiley Publication. 57-64.

Leichter, H.M., (1979), *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nations*, Cambridge University Press.

Londono J.L., Frenk J., (1997), Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America,*Health Policy*.

McPake B., Kumaranayake L., Normand C.,(2002),*Health Economics: An International Perspective*,London, Routledge.

Miller S.T., (1997), *The birth of the hospital in the Byzantine Empire*, Johns Hopkins University Press.

Mills A.,Ranson K., (2001), The design of health systems in :Merson M., Black R., Mills A, (eds.) *International Public Health, Diseases, Programs, Systems and Policies*,Gaithersburg, Aspen Publications.

Ministry of Health and Social Affairs, (1994), Three Models for Health Care Reform in Sweden, *A Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care*.

Mossialos E., Allin S., Davaki K., (2005), Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia, *Health Economics*.

Mossialos E., Allin S., Thomson S., (2007), *Health systems in transition: template for analysis*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Murray C., Evans D., (eds.), (2003), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, Geneva, World Health Organization.

Murray C., Frenk J., (2000), A WHO Framework for Health System Performance Assessment, *Bulletin of the World Health Organization*.

Niakas D., (2013), Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription, *International Journal of Health Services*, vol 43, No 4.

Nolte E., McKee M. and Wait S., (2005), Chapter 2, Describing and evaluating health systems, in Bowling A., Ebrahim S., eds, *Handbook of health research methods: investigation, measurements and analysis*, Open University Press.

Ozanne L., (1996), *How will medical savings accounts affect medical spending?*, Inquiry.

Jakubowski E., Busse R., (1998), *Health care systems in the EU: A comparative study*, Luxembourg, European Parliament, Directorate General for Research.

Risse G.B., (1999), *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*, Oxford University Press.

Robinson et al., (1999), *Health Care Systems in Transition*, United Kingdom, European Observatory on Health Systems.

Roemer Milton, (1991), *National Health Systems of the World, Vol. 1: The Countries*, New York, Oxford University Press.

Rice T., (2006), *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*, Επιμέλεια : Ματσαγγάνης Μ., 1η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.

Rondinelli D., (1990), *Decentralization, Territorial Power and the State: A Critical Response*, Institute of Social Studies.

Sadana R., Mathers C., Lopez A., Murray C., Iburg K., (2000), *Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status*, Geneva, World Health Organization.

Satman R.b., Figueras J., (1997), *European Health Care Reform. Analysis of current strategies* (eds.), Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72.

Scott W.R., (1966), *Some implications of organization theory for research on health services*, Milbank Memorial Fund Quarterly.

Souliotis K. and Kyriopoulos J., (2003), The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues, *Applied Health Economics and Health Policy*.

Silva de A., (2000), *A framework for measuring responsiveness*, Geneva, World Health Organization.

Spiegel J.M. and Yassi A., (2004), *Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox*, Liu Institute for Global Issues, Canada, Vancouver, University of British Columbia.

Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., Souliotis K., (2005), The unexpected growth of the private health sector in Greece, *Health Policy*.

Ustun T.B., Chatterji S., Lillanueva M., Bendib L., Celik C., Sadana R., Valentine N., Ortiz J., Tandon A., Salomon J., Cao Y., Jun X.W., Ozaltin E., Mathers C., Murray C., (2001), *WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000-2001*, Geneva, World Health Organization.

Van der Zee J. and Kroneman W.M., (2007), *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*, BMC Health Services Research.

Von Bertalanffy L., (1968), *General System Theory, Foundations, Development, Applications*, University of Alberta, Edmonton, Canada, George Braziller Inc., New York.

Pisani-Ferry J., Sapir A., Wolff G.B., (2013), *EU-IMF Assistance to Euro-area Countries: An Early Assessment*, Bruegel Blueprint Series, Volume XIX.

Plesk P., (2001), Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems, in Institute of Medicine (eds.), *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, Washington, National Academy Press.

Wagstaff A., Doorslaer van E., Burg van der H., Calogne S., Christiansen T., Citoni G., Gerdtham U. G., Gerfin M., Gross L., Hakinnen U., Johnson P., John J., Klavus J., Lachaud C., Lauritsen R., Leu R., Nolan B., Peran E., Pereira J., Propper C., Puffer

F., Rochaix L., Rodriguez M., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O., (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*.

West P.A.,(1981), *Theoretical and Practical Equity in the National Health Service in England*.

Wieners W., (2001), *Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena*, San Francisco, Jossey-Bass Inc.

Wolper L.f., (2001), *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας*, Αθήνα, Mediforce.

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αβραμίδης Δ.,(1990), *Βασικά στοιχεία Δημόσιας Υγιεινής*, Αθήνα.

Αντωνοπούλου Λ.,(2002), *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη*, Θεσσαλονίκη Εκδόσεις Ζυγός.

Βενιέρης, Δ., (1996), Η εναρμόνιση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας: ένα κοινωνικοπολιτικό αδιέξοδο, σε Κρεμαλή Κ. (επιμ.), *Απλοποίηση & συστηματοποίηση των κανόνων κοινωνικής προστασίας*, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα.

Γαρδίκας, Κ.Δ.,(2000), *Εθνικά Συστήματα Υγείας Διαφόρων Χωρών*, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., (1991), *Σχεδιασμός - Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Γιωτάκος, (2010), *Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία*, Αθήνα, Ψυχιατρική.

Δανιηλίδου Α., (2009), *Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*, διδακτορική διατριβή.

Δικαίος Κ., και Χλέτσος Μ.,(1999), *Υπηρεσίες υγείας : Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, Τόμος Β, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Δαρδαβέσης Θ, Ιωαννίδης Α.,(1999), Η σύσταση του Υπουργείου Υγείας στο ελληνικό κράτος. Θεσσαλονίκη, *Πρακτικά ΙΘ' Πανελληνίου Ιστορικού Συνεδρίου*.

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

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007), *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Λιαρόπουλος Λ., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Λιόνης Χ. και Μερκούρης Μ., (2000), *Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας και προτάσεις για την βελτίωση της*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Κουρής Γ., (2003), Πέντε Προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος. 15, τεύχος 88.

Κουσνέρ Μ., (1996), *Η Δικτατορία των γιατρών*, Αθήνα, Εξάντας.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999), *Τα Οικονομικά της Υγείας Από Το Α ως το Ω*, Αθήνα, Εξάντας/Πολιτικές Υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., (2002), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Κυριόπουλος Γ., κ.α., (2003), *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Κωνσταντοπούλου Α., (2006), *Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα*.

Μακρίδης Ν., (1993), *Οι Υπηρεσίες Υγιεινής στην Ελλάδα*, Αθήνα.

Μάρδας Γ., (1993), *Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης*, Αθήνα, Εκδόσεις Το οικονομικό.

Μαστρογιάννης Ι., (1960), *Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεωτέρας Ελλάδος*, Αθήνα.

Ματσαγγάνης Μ.,(2002), *Δημόσια παρέμβαση στον τομέα υγείας,Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας*, Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρας.

Μητρόπουλος Α., (2008), *Το τέλος του κοινωνικού κράτους; Αριστερά και συνδικάτα μπροστά στην απορρύθμιση*, Αθήνα,Εκδόσεις Λιβάνη.

Μπούντα, Ε., (2007), *Συγκριτική Ανάλυση Συστημάτων Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Μπουρσανίδης Χ., (2000), Αποκεντρωμένο υπόδειγμα διαχείρισης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σκέψεις για μια νέα αρχιτεκτονική και διοικητική κουλτούρα στο σύστημα υγείας στο Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α., *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο.

Οικονόμου Χ., (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας*, Αθήνα, Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.

Οικονόμου, Χ., (2014), *Η πολιτική και το Σύστημα Υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και κοινωνικού αποκλεισμού*, Αθήνα, πανεπιστημιακές σημειώσεις.

Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ., (1993), *Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Η περίπτωση του Ι.Κ.Α.*, Αθήνα, ΙΝΕ-ΓΕΣΣΕΕ.

Πολύζος Ν., (2014), *Διοίκηση και Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.

Πολύζος Ν.,(2005), *Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη,στο: Μελέτη για το Σχεδιάσμά και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας*,Αθήνα, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Προβόπουλος Γ., (1987), *Κοινωνική Ασφάλιση*,Αθήνα, ΙΟΒΕ.

ΠροβόπουλοςΓ., Υφαντόπουλος Ι., (1990), *Ειδικά θέματα κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα.

Ρομπόλης Σ., (2007), *Η μετανάστευση από και προς την Ελλάδα*, Αθήνα, Εκδόσεις Επίκεντρο.

Ρομπόλης Σ., Ρωμανιάς Γ., Μαργιός Β., (2009), *Αναλογιστική Μελέτη Βιωσιμότητας Ελληνικού Συστήματος Κύριας Ασφάλισης*, Αθήνα, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

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

Σίσκου Ό., (2007), *Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Σουλιώτης Κ., (2000), *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ., (2002), *Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Σουλιώτης Κ. και Μαριόλης Α., (2004), *Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 16, Τεύχος 2.

Στεργίου Γ., (2005), *Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη*, Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής.

Τούντας Ι., (2001), *Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα*, Ιατρική.

Τούντας Ι., (2003), *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Τριχόπουλος Δ., (1982), *Επιδημιολογία*, Αθήνα.

Τσαλίκης Γ., (2008), *Η θεμελίωση της Κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Τζιοβάρης Γ., (1996), *Τα Υπουργεία μας*, Αθήνα, Εκδόσεις Ποντίκι.

Υφαντόπουλος Γ., (1998), *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα, Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*.

Χατζόπουλος, Φ.Π., (2007), *Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Συμμετρία.

Χλέτσος Μ., (2011), *Οικονομικά της Υγείας*, Εκδόσεις Πατάκη.

Πηγές από το διαδίκτυο:

Αντωνοπούλου Λ., (2008), *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα, Συγκρίσεις με την Ευρωπαϊκή εμπειρία*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017 από http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_2.Antonopoulou.pdf

Γεωργακόπουλος Ν., (2014), *Ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Ε.Σ.Υ. : Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017 από <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1>

Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (2017), *Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.ggka.gr/asfalistiko_main.htm

ΕΛΣΤΑΤ (2017), *Δελτίο Τύπου, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (Σ.Λ.Υ.) για το έτος 2015*, Ανακτήθηκε στις 31-3-2017, από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->

ΕΟΠΥΥ (2017), Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.eopyy.gov.gr/Home/StartPage?a_HomePage=Index

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2014), *«Ανακοίνωση της επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας»*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_el.pdf

Θεοδωρουλάκης Μ. και Κουμαριανός Β., (2012), *Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης, Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης*, Ινστιτούτο Έρευνας ΓΣΕΕ, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/ekp_yliko_krat_pron2.pdf

Μπουντούρη Χ., (2014), *Οικογενειακός γιατρός: Αυτός ο άγνωστος!*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.iatropedia.gr>

Ναυτεμπορική.gr, (2016), *Ο χάρτης του ασφαλιστικού σε Ελλάδα και Ευρώπη, Τι πληρώνουν, τι εισπράττουν οι ασφαλισμένοι στην Ευρώπη*, Ανακτήθηκε στις 20-8-

2017, από <http://www.naftemporiki.gr/finance/story/1056865/o-xartis-tou-asfalistikou-se-ellada-kai-europi>

Σίσκου Ο., κ.α., (2008), *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό παράδοξο*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>

ΣΚΑΙ, (2014), *Δωρεάν οικογενειακός γιατρός για όλους τους ασφαλισμένους*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.skai.gr>

Τα Νέα, (2014), *Τι αλλάζει για τους ασφαλισμένους με τον νέο ΕΟΠΥΥ*, αναρτήθηκε Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.tanea.gr>

Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., (2004), *Οικονομικά της Υγείας, HealthEconomics*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

Χλέτσος Μ., (2016), *Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, Διαφαινόμενες τάσεις και προοπτικές, Κύκλος διαλέξεων Οικονομία και Κοινωνία*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf

Aftodioikisi.gr, (2018), *Έρχεται από τον Μάρτιο ο οικογενειακός γιατρός*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.aftodioikisi.gr/ygeia/erchete-apo-ton-martio-o-ikogeniakos-giatros/>

BBCNews, (2013), *the changing health service*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.bbc.com/news/health-21850820>

BBC News, (2013), *the changing NHS*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.bbc.com/news/health-19674838>

Boyle S., (2011), United Kingdom (England), *Health Systems in Transition*, Vol 13 No. 1, European Observatory on Health Systems and Policies, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

Blumenthal D., Abrams M., Nuzum R., (2015), *The Affordable Care Act at 5 Years*, The New England Journal of Medicine, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr1503614>

Collins B., (2016), *the foundation trust model: death by a thousand cuts*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2016/02/foundation-trust-model>

Dalrymple T., (2017), *The British National Health Service Is in Crisis: What Else Is New?*, Law and Liberty, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.libertylawsite.org/2017/01/13/the-british-national-health-service-is-in-crisis-what-else-is-new/#comments>

FiveThirtyEight.com, (2016), *Obamacare Has Increased Insurance Coverage Everywhere*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <https://fivethirtyeight.com/features/obamacare-has-increased-insurance-coverage-everywhere/>

Greer S., (2016), introduction : strengthening governance amidst changing governance, in Greer S., et al., eds. *Strengthening Health System Governance : Better policies, stronger performance*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1

Harker R., (2012), *NHS funding and expenditure*, House of Commons Library, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.nhshistory.net/parlymoney.pdf>

Huffingtonpost.gr, (2016), *Το Ασφαλιστικό στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Ποιες οι διαφορές, ποια τα λάθη και οι παθόγενειες*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.huffingtonpost.gr/2016/01/31/politiki-oikonomia-koinwnia-afalistiko-n_9120668.html

Bourn J., (2007), *Report on the NHS, Summarised Accounts 2006-07: Achieving Financial Balance*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2007/12/0708129_I.pdf

Kaplan T., Pear R., (2017), *Health Bill Would Add 24 Million Uninsured but Save \$337 Billion, Report Says*, The New York Times, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017,

από <https://www.nytimes.com/2017/03/13/us/politics/affordable-care-act-health-congressional-budget-office.html>

Lyll S., (2010), *Britain Plans to Decentralize Health Care*, *The New York Times*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017,

από <http://www.nytimes.com/2010/07/25/world/europe/25britain.html>

McKenna H, Dunn P., Northern E., Buckley T., (2017), *How Health care is funded*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded>

National Health Service Confederation, (2017), *NHS statistics, facts and figures*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.nhsconfed.org/resources/key-statistics-on-the-nhs>

National Health Service, (2017), *The NHS in England*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <https://www.nhs.uk/pages/home.aspx>

News247, (2014), *Το ΠΕΔΥ κάνει τα πρώτα του βήματα. Πώς θα λειτουργούν τα πολυιατρεία*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.news247.gr>

Newpost.gr, (2013), *Ποιος είναι ο νέος διοικητής του ΕΟΠΥΥ Δημήτρης Κοντός*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://newpost.gr/ellada/228051/poios-einai-o-neos-proedros-toy-eopyy-dhmhtrhs-kontos>

Oberlander J., (2010), *Long Time Coming: Why Health Reform Finally Passed*, *Health Affairs*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <https://web.archive.org/web/20161205105530/http://content.healthaffairs.org/content/29/6/1112.full>

Organization for Economic Cooperation and Development, (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Rivett G., (2015), *National Health Service History*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.nhshistory.net/>

Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., (2007), *Decentralization in health care, Strategies and outcomes*, European Observatory on Health Systems and Policies

Series, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017,

από http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf

Peckham S., (2014), *Accountability in the UK Healthcare System: An Overview*

Centre for Health Services Studies, University of Kent, Canterbury, U.K.,

Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.longwoods.com/content/23914>

Protothema.gr, (2015), *Ποιος είναι ο νέος πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ που θέλει να σώσει τον Οργανισμό από την χρεοκοπία*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από

<http://www.protothema.gr/greece/article/525537/poios-einai-o-neos-proedros-tou-eopuu-pou-thelei-na-sosei-ton-organismo-apo-tin-hreokopia/>

U.K. Parliament, (2011), *Bill stages - Health and Social Care Act 2012*,

Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από [https://services.parliament.uk/bills/2010-](https://services.parliament.uk/bills/2010-11/healthandsocialcare/stages.html)

[11/healthandsocialcare/stages.html](https://services.parliament.uk/bills/2010-11/healthandsocialcare/stages.html)

U.K. Parliament, (2013), *N.H.S. Constitution*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017,

από <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england>

U.K. Parliament, (2010), *Equity and excellence: Liberating the NHS*, Ανακτήθηκε στις

20-8-2017, από [https://www.gov.uk/government/news/equity-and-excellence-](https://www.gov.uk/government/news/equity-and-excellence-liberating-the-nhs)

[liberating-the-nhs](https://www.gov.uk/government/news/equity-and-excellence-liberating-the-nhs)

U.S. Department of Health and Human Services, (2013), *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017,

από <https://www.doi.gov/sites/doi.gov/files/migrated/flert/training/upload/Medicare-Guide-to-Who-Pays-First.pdf>

World Health Organization, (2000), *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017,

από <http://www.who.int/whr/2000/en/>

World Health Organization, (1948), *Constitution of the World Health Organization*,

Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <http://www.who.int/about/mission/en/>

Zakus D. and Bhattacharyya O., (2007), *Health systems, management, and*

organization in low-and middle-income countries, Understanding global health,

Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/114/2012/10/RP248.pdf>

Zakus D. and Cortinois A., (2002), Primary Healthcare and Community Participation: Origins, implementation, and the Future, *World Health Systems, Challenges and Perspectives*, Chapter 3, Ανακτήθηκε στις 20-8-2017, από http://www.dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/Zakus_Cortinois_primary_healthcare_community_part.pdf

Πηγές από το διαδίκτυο (εξαιρέσεις):

<https://www.ars.sante.fr/>

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)

<http://www.businessdictionary.com/definition/system.html>

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)

<https://www.medicalnewstoday.com/info/medicine/ancient-egyptian-medicine.php>

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)

<http://www.cyprushighlights.com/en/2014/08/15/the-idalion-bronze-tablet/>

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)

<https://www.cbo.gov/sites/default/files/115th-congress-2017-2018/costestimate/americanhealthcareact.pdf>

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)

https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease201611_01.pdf

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)

<https://www.cbo.gov/sites/default/files/114th-congress-2015-2016/reports/51385-healthinsurancebaselineonecol.pdf>

(ανακτήθηκε στις 5-8-2017)