



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ,
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ



ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Φοιτήτρια Σοφία Α. Κόλλια 19058

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος Γεώργιος Πιερράκος

Αθήνα 2020

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής	Καθηγητής	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Καθηγητής	ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένηΣΟΦΙΑ ΚΟΛΛΙΑ...του..ΑΓΗΣΙΛΑΟΥ., με αριθμό μητρώου19058...φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ του Τμήματος ...ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝτης Σχολής.....ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ .. του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ...01/01/2028..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη, η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας στο τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας , του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, αποσκοπεί στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Πρότυπων δημόσιων μοντέλων χρηματοδότησης και οργάνωσης Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη και τη σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα. Αρχικά, παρουσιάζονται οι εννοιολογικές προσεγγίσεις του συστήματος υγείας, των μοντέλων χρηματοδότησης και ο ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στη συνέχεια παρατίθεται τα πιο σημαντικά από συστήματα υγείας της Ευρώπης τα οποία είναι το σύστημα υγείας της Αγγλίας, Σουηδίας, Δανίας ,Γερμανίας ,Γαλλίας και Ελλάδας. Ακόμα, παρατίθενται η δομή του συστήματος υγείας των Η.Π.Α. και του Καναδά.

Λέξεις κλειδιά: υγεία , συστήματα υγείας , πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , συστήματα υγείας στην Ευρώπη, σύστημα υγείας Ελλάδας , σύστημα υγείας Η.Π.Α. , σύστημα υγείας Καναδά.

ABSTRACT

The present study, which was prepared in the framework of my dissertation in the Department of Business Administration, postgraduate program Health and Social Services Management, University of West Attica, aims at the literature review of the Standard models of public health care financing and organization in Europe and the comparison with private networks. First, the conceptual approaches to the health system, funding models and the definition of Primary Health Care are presented. Next, the most important health systems in Europe, which are the health systems of England, Sweden, Denmark, Germany, France and Greece are studied. Finally , it also discusses, the structure of the US health system and the Canada's .

Key words:health , health care systems , primary health care system, Europe health care systems , Greece health care system , U.S. health care system , Canada's health care system.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία με τίτλο *«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα»*, εκπονήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας στο τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας , του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής υπό την επίβλεψη του καθηγητή Γεώργιου Πιερράκου. Ολοκληρώνοντας τις σπουδές μου στο τμήμα αυτό, αποκόμισα βασικές γνώσεις και δεξιότητες πάνω σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης-διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ενώ αναπτύχθηκαν οι αναλυτικές ικανότητες και η μεθοδικότητά μου.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Γεώργιο Πιερράκο, ο οποίος με βοήθησε ώστε να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία, με την παρουσία του, το επιστημονικό υλικό που μου πρόσφερε, τις συμβουλές και τις ώρες που αφιέρωσε.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου και όσους βρίσκονταν γύρω μου για τη ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχαν, κατά το χρονικό διάστημα της φοίτησης μου, για την επίτευξη του στόχου μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	2
1.1. Το «ελεύθερο» σύστημα (φιλελεύθερο ή ιδιωτικό)	3
1.2. Το δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο)	3
1.2.1. Μοντέλο Beveridge	4
1.2.2. Μοντέλο Bismarck	4
1.3. Μικτά συστήματα.....	5
1.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	5
1.5. Τα οικονομικά οφείλει της ΠΦΥ.....	7
1.6. Το οικονομικό πλαίσιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	8
1.6.1. Το οικονομικό όφελος από την βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας.....	9
1.6.2. Το οικονομικό όφελος από τη βελτίωση της υγείας και της αποδοτικότητας του συστήματος.....	10
1.6.3. Το οικονομικό όφελος από τη βελτίωση της ισότητας της υγείας	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	12
2.1. Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας.....	12
2.1.1. Η λειτουργία του NHS.....	13
Από το 1991	13
Από το 1995 έως το 1997.....	14
Οι μεταρρυθμίσεις από το 1996 έως 2002	14
Από το 1999 έως το 2002.....	14
Το 1999.....	14
Από το 2002 έως το 2006.....	14
Το 2014-2015	15
2.1.2. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης (Clinical commissioning groups, CCGs)	15
2.1.3. Πλαίσιο βελτίωσης και αξιολόγησης του NHS England... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
2.1.4. Βασικές παράμετροι του συστήματος υγείας της Αγγλίας.....	18
2.1.5. Ψηφιακή πρωτοβάθμια φροντίδα	20
2.2. Το σύστημα υγείας της Σουηδίας.....	23

2.2.1.	Δαπάνες υγείας Σουηδίας σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	
	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
2.2.2.	Φροντίδα εξ νοσοκομειακών και μακροχρόνιων ασθενών.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.3.	Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας.....	29
2.3.1.	Αριθμός εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.4.	Το σύστημα υγείας της Δανίας.....	32
2.4.1.	Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	33
2.4.2.	Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.....	34
2.4.3.	Πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	34
2.4.4.	Εξειδικευμένη φροντίδα εξωτερικών ασθενών.....	35
2.4.5.	Φροντίδα μετά το ωράριο	36
2.5.	Το σύστημα υγείας της Γερμανίας.....	38
2.5.1.	Εξωνοσοκομειακή φροντίδα	40
2.5.2.	Η χρηματοδότηση των ταμείων υγείας.....	41
2.6.	Το σύστημα υγείας της Γαλλίας.....	43
2.6.1.	Δαπάνες υγείας τη Γαλλία -Φροντίδα εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών	43
2.6.2.	Ρυθμίσεις κατανομής κόστους.....	44
2.6.3.	Οι εισαγωγές στο νοσοκομείο σε σύγκριση με χώρες της Ε.Ε.	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.6.4.	Η Εθνική Στρατηγική Υγείας της Γαλλίας 2018-22	46
2.7.	Το σύστημα υγείας της Ελλάδας.....	48
2.7.1.	Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα του 2017....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.7.2.	Δαπάνες για την υγείας στην Ελλάδα του 2017.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.7.3.	Οικογενειακός ιατρός.....	50
2.7.4.	Τοπική ομάδα υγείας.....	51
2.7.5.	Ομάδες υγείας.....	52
2.7.6.	Κέντρα Υγείας	54
2.7.7.	Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία έτους 2019.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.7.8.	Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτους 2019	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ Η.Π.Α. ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ .57

3.1. Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.....	57
3.1.1. Τα κυριότερά προγράμματα υγειονομικής κάλυψης , κρατικά και ιδιωτικά.....	57
3.1.2. Ποσοστό ατόμων ανά τύπο κάλυψης κατά τη στιγμή της συνέντευξης 2018-2019 Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
3.1.3. Ποσοστό κάλυψης ανά πολιτεία	63
3.2. Το σύστημα υγείας του Καναδά	66
3.2.1. Οι πέντε αρχές του Canada Health Act αναλύονται ως εξής :	67
3.2.2. Βασικοί ορισμοί βάσει του Canada Health Act.....	68
3.2.3. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης	70
3.2.4. Τακτικός πάροχος	71
3.2.5. Ποσοστά περίθαλψης χωρίς τακτικό πάροχο ανά ηλικιακή ομάδα , φύλο , για ηλικιακό πληθυσμό 12 ετών και άνω – έτος 2017..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
3.2.6. Λόγοι μη απόκτησης τακτικού παρόχου περίθαλψης , ηλικιακή ομάδα 12 ετών και άνω – έτος 2017..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	78
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	78

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2-1 Δαπάνες υγείας Σουηδίας σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	26
Διάγραμμα 2-2 Φροντίδα εξ νοσοκομειακών και μακροχρόνιων ασθενών	27
Διάγραμμα 2-3 Αριθμός εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών	31
Διάγραμμα 2-4 Δαπάνες υγείας τη Γαλλία -Φροντίδα εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών	43
Διάγραμμα 2-5 Οι εισαγωγές στο νοσοκομείο σε σύγκριση με χώρες της Ε.Ε. ...	46
Διάγραμμα 2-6 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα του 2017	48
Διάγραμμα 3-1 Ποσοστό ατόμων ανά τύπο κάλυψης κατά τη στιγμή της συνέντευξης 2018-2019	62

Διάγραμμα 3-2 Ποσοστά περίθαλψης χωρίς τακτικό πάροχο ανά ηλικιακή ομάδα, φύλο, για ηλικιακό πληθυσμό 12 ετών και άνω – έτος 2017	72
Διάγραμμα 3-3 Λόγοι μη απόκτησης τακτικού παρόχου περίθαλψης , ηλικιακή ομάδα 12 ετών και άνω – έτος 2017	73

Κατάλογος Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών

- A.E.Π. Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
- A.H.Φ.Υ. Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας
- Δ.Υ.Πε. Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
- E.E. Ευρωπαϊκή Ένωση
- E.O.Π.Υ.Υ. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- O.O.Σ.Α. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας Ανάπτυξης
- Π.Φ.Υ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- T.OM.Υ. Τοπικές Ομάδες Υγείας
- C.C.Gs Clinical Commissioning Groups
- D.H.As District Health Authorities
- F.H.S.As Family Health Service Authorities
- H.M.Os Health Maintenance Organizations
- H.As Health Authorities
- M.P.C. Medical Practices Committee
- N.H.S. National Health Service
- P.C.Gs Primary Care Groups
- P.P.Os Preferred Provider Organizations
- P.C.Ts Primary Care Trusts
- R.H.As Regional Health Authorities
- S.H.As Strategic health authorities

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».
Σοφία Κόλλια

S.T.Ps Sustainability and Transformation Partnerships

V.H.I. Voluntary Health Insurance

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ευρέως γνωστό πως κάθε χώρα ανά τον κόσμο έχει την ευχέρεια να επιλέξει για το είδος του συστήματος υγείας που θέλει να ακολουθήσει, καθώς και την οργάνωση και την χρηματοδότηση του. Την τελευταία δεκαετία τα δεδομένα άλλαξαν και τα πρότυπα συστήματα υγείας στην Ευρώπη , τον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ως προς την πρωτοβάθμια απέκτησαν ένα πιο σταθερό χαρακτήρα.

Στο Πρώτο Κεφάλαιο με κινητήριο δύναμη την εξάλειψη ασθενειών, την έγκαιρη διάγνωση, πρόληψη και προαγωγή της υγείας κρίθηκε αναγκαίο να μελετηθούν η έννοια των συστημάτων υγείας και ο διαχωρισμός του σε ιδιωτικά, δημόσια και μικτά συστήματα. Επιπλέον, η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αποτελεί ως επί το πλείστο το πρώτο σημείο επαφής του χρήστη των υπηρεσιών υγείας με το εκάστοτε σύστημα , καθώς και τα οφέλη που αυτή παρέχει ως προς την αποτελεσματικότητα την αποδοτικότητα και την ισότητα .

Αν και αρκετές μελέτες αναφέρονταν στα συστήματα υγείας διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών , καμία δεν στρεφόταν εξολοκλήρου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Δεύτερο Κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται τα αντίστοιχα χρηματοοικονομικά και οργανωτικά δεδομένα των συστημάτων υγείας της Αγγλίας , Σουηδίας , Ολλανδίας, Δανίας , Γερμανίας, Γαλλίας και της Ελλάδας .

Η παρούσα βιβλιογραφική διπλωματική εργασία στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζει το οργανωτικό πλαίσιο και τη δομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Η.Π.Α. και του Καναδά και παραθέτει στατιστικά δεδομένα για την χρηματοδότηση. Κατά αυτό τον τρόπο κρίνεται αναγκαίος ο χωρισμός της διπλωματικής εργασίας σε τρία κεφάλια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας , ιδιαίτερα στις Δυτικοευρωπαϊκές χώρες αλλά και στις άλλες βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες θεμελιώθηκαν και αναπτύχθηκαν τα τελευταία εξήντα χρόνια. Παρά το γεγονός ότι έχουν διαφοροποιήσεις κοινωνικά και πολιτικά έχουν σε μεγάλο βαθμό κοινά βασικά χαρακτηριστικά ως προς το σύστημα υγείας , καθώς και η πορεία ανάπτυξης τους , επέκτασης και ωρίμανσης έχει την ίδια χρονική διάρκεια.

Η πορεία αυτή παρουσίασε παράλληλα σε όλες τις χώρες ταχύτατη αύξηση των διαθέσιμων πόρων για την υγεία , τη ραγδαία είσοδο της τεχνολογίας στο σύστημα και τις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις του κόσμου για υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικότητας υπηρεσίες υγείας που θα προσφέρονται σε όλους όσους τις έχουν ανάγκη δωρεάν .

Κάποια μορφής εξαίρεση από αυτή την πορεία – όσον αφορά το χρόνο συγκρότησης ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας – αποτέλεσε ο Ευρωπαϊκός νότος και κυρίως η Ελλάδα , η Ισπανία και η Πορτογαλία, όπου λόγω διδακτορικών καθεστώτων , η θεμελίωση και διερεύνηση του κράτους πρόνοιας και η εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος μπήκαν στη σωστή πορεία αμέσως μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας .

Παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις στον χρόνο και στον τρόπο ανάπτυξης των συστημάτων υγείας τα περισσότερα κράτη ξεκίνησαν κατά την δεκαετία του '80 να αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα . Τα προβλήματα αυτά διογκώνονται διαρκώς και αφορούν κυρίως το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας και τη χαμηλή αποδοτικότητα των πόρων . οι οικονομικές κρίσεις που εκδηλώνονται μέσα σε αυτή την τριακονταετία δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την λειτουργία των συστημάτων. Οι χώρες πλέον ακολουθούν μια μεταρρυθμιστική πορεία ως προς το κράτος , του χρήστες τα ασφαλιστικά ταμεία και τους προμηθευτές .

Παρά την διαφαινόμενη τάση σύγκλισης προς το κέντρο όλων των οργανωμένων συστημάτων υγείας , οι διαφορές στη δομή και στον χαρακτήρα αλλά και στον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης παραμένουν ακόμα ευδιάκριτες . Έτσι ενώ είναι αποδεκτό ότι συστήματα υγείας που θεωρούνται σήμερα αμιγώς ελεύθερα-

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

ιδιωτικά ή δημόσια- κρατικά δε λειτουργούν πουθενά . Αντί αυτού , υπάρχουν μερικά που προσομοιάζουν λιγότερο ή περισσότερο σε αυτές τις δύο ακραίες μορφές αν και τα περισσότερα πλέον κατατάσσονται στα μικτά συστήματα υγείας.

1.1. Το «ελεύθερο» σύστημα (φιλελεύθερο ή ιδιωτικό)

Το σύστημα αυτό βασίζεται στην ελευθερία των ιατρών και των ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς , με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Σημαντικό πλεονέκτημα του συστήματος αυτού είναι η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή να επιλέγει το γιατρό και το νοσοκομείο που επιθυμεί. Επιπλέον , το σύστημα αυτό παρέχει πλήρη ελευθερία στους γιατρούς , ως προς την εγκατάσταση , την οργάνωση και τη λειτουργία . ο γιατρός μπορεί να εγκατασταθεί όπου επιθυμεί , να εργαστεί σε όποιο ωράριο τον εξυπηρετεί και να λάβει το αντίτιμο που επιθυμεί. Στη σύγχρονη εποχή μόνο μια μικρή μειοψηφία διακεκριμένων ιατρών μπορεί να έχει τέτοιου είδους ελευθερίες . Οι υπόλοιποι είναι αναγκασμένοι να συμβληθούν με τις διάφορες ασφαλιστικές εταιρίες ή με οργανωμένες μορφές περίθαλψης όπως τα ΗΜΟs και τα ΡΡΟs(θα αναλυθούν στη συνέχεια) και καθορίζουν τέτοιου είδους θέματα όπως ο τόπος εγκατάστασης το ιατρείου , το ωράριο λειτουργίας και το ύψος και ο τρόπος της αμοιβής.

1.2.Το δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο)

Το δημόσιο σύστημα υγείας τοποθετείται στον αντίποδα του ιδιωτικού και βασίζεται περισσότερο στην έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης μέσα από την ισότιμη κάλυψη αναγκών όλων των πολιτών ανεξαρτήτως φύλου , ηλικίας , επαγγέλματος και κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης, που επιτυγχάνεται μέσα από αυξημένη κρατική παρέμβαση και δράση. Σε αυτού του είδους τα συστήματα , το κράτος εγγυάται ένα χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες , παρεμβαίνοντας καταλυτικά σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας τους συστήματος. Οι συντελεστές παραγωγής μπορεί να ανήκουν στο κράτος , στα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και σε ιδιώτες. Τα δημόσια συστήματα υγείας χωρίζονται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση και εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

1.2.1. Μοντέλο Beveridge

Το μοντέλο Beveridge (Εθνικό μοντέλο υγείας) χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης όλων των πολιτών από την κεντρική κυβέρνηση, ενώ χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία. Οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας είναι είτε κρατικοί είτε ελεγχόμενοι από το κράτος, τοπικά ή κεντρικά. Η κατανομή των υπηρεσιών υγείας και οι πληρωμές των παρόχων από τη διεθνή εμπειρία την ελληνική πραγματικότητα ελέγχονται από το κράτος. Παραδείγματα εθνικών συστημάτων υγείας αποτελεί της Μ. Βρετανίας, της Δανίας, της Ιρλανδίας και της Ν. Ζηλανδίας. (Θεοδώρου , Σαρρής και Σούλης 2001)

1.2.2. Μοντέλο Bismarck

Το μοντέλο Bismarck (Μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης) χαρακτηρίζεται από υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη που χρηματοδοτείται από τις εισφορές του εργοδότη και του εργαζόμενου. Οι συντελεστές παραγωγής υγείας ελέγχονται από το κράτος αλλά μπορεί να ανήκουν στο κράτος ή σε ιδιωτικούς φορείς. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους φόρους απασχόλησης και ανήκει σε ξεχωριστά κονδύλια, ειδικά για εθνικό πρόγραμμα υγείας. Παραδείγματα του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, το Λουξεμβούργο και οι Κάτω Χώρες.

Ιδιωτικό μοντέλο ασφάλισης χαρακτηρίζεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας που βασίζεται είτε σε εργαζόμενο είτε σε μεμονωμένα άτομα και χρηματοδοτείται από ατομικές και εργοδοτικές εισφορές. Η παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών ανήκει σε ιδιωτικούς φορείς που λειτουργούν στα πλαίσια μιας ελεύθερης αγοράς. Παραδείγματα του μοντέλου ιδιωτικής ασφάλισης αποτελούν η Ελβετία και οι Ηνωμένες Πολιτείες. Η ιδιωτική ασφάλιση υπάρχει στις περισσότερες χώρες, ωστόσο, η εφαρμογή της είναι κυρίως για συμπληρωματική κάλυψη, αφού τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας προσφέρουν πλήρη κάλυψη, χωρίς κόστος στο σημείο εισόδου, υπάρχει ελάχιστη ανάγκη για ιδιωτική ασφάλιση. Για παράδειγμα, στο

Σουηδικό σύστημα υγείας μόλις το 2,5% των πολιτών αγοράζει ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Υπάρχουν τέσσερις βασικές πηγές κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης: φορολογία, εισφορές σε ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, προαιρετική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης και πληρωμές εκτός τσέπης (out of pocket payments/co payment). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι λίγες χώρες χρησιμοποιούν ένα ενιαίο σύστημα χρηματοδότησης.

Ουσιαστικά, υπάρχουν δύο κύρια μοντέλα χρηματοδότησης συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, στην Ευρώπη, το Beveridge και το Bismarck. Στην Ευρώπη, τα εθνικά συστήματα υγείας κυριαρχούν στο Βορρά, Νότο και Δύση (Δανία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία και Ιρλανδία, Ισπανία και Πορτογαλία), ενώ τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης στο κέντρο (Γαλλία, Γερμανία και Αυστρία). Η Γαλλία, η Ιταλία, η Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν καθολική κάλυψη. Σε αυτές τις χώρες η κεντρική κυβέρνηση εισπράττει φόρους και διανέμει κεφάλαια στους παρόχους μέσω ενός κυβερνητικού δικτύου. Στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης η διαχείριση των οικονομικών πόρων γίνεται μέσω ενός δικτύου ταμείων ασφάλισης υγείας, τα οποία είναι ανεξάρτητα νομικά πρόσωπα και τα οποία λειτουργούν με τη δική τους διαχείριση, προϋπολογισμό και νομικό καθεστώς. Η ρύθμιση αυτή, εν μέρει διατηρεί ξεχωριστά τα κεφάλαια για την ασφάλιση υγείας από τον έλεγχο της γενικής κυβέρνησης και τα φορολογικά έσοδα. (Θεοδώρου , Σαρρής και Σούλης 2001)

1.3.Μικτά συστήματα

Τα συστήματα αυτού του είδους βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση , αλλά υπηρετούν εξίσου την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του χρήστη και όχι από τις ανάγκες υγείας που έχει.

1.4.Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την πρώτη επαφή του χρήστη με το σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας . Διαμέσου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

επιτρέπεται ο έλεγχος ροής των ασθενών (gate keeping) στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας , ο έλεγχος των δαπανών υγείας και ο ορθολογικός σχεδιασμός των νοσοκομειακών δομών. (Γ. Πιερράκος 2008)

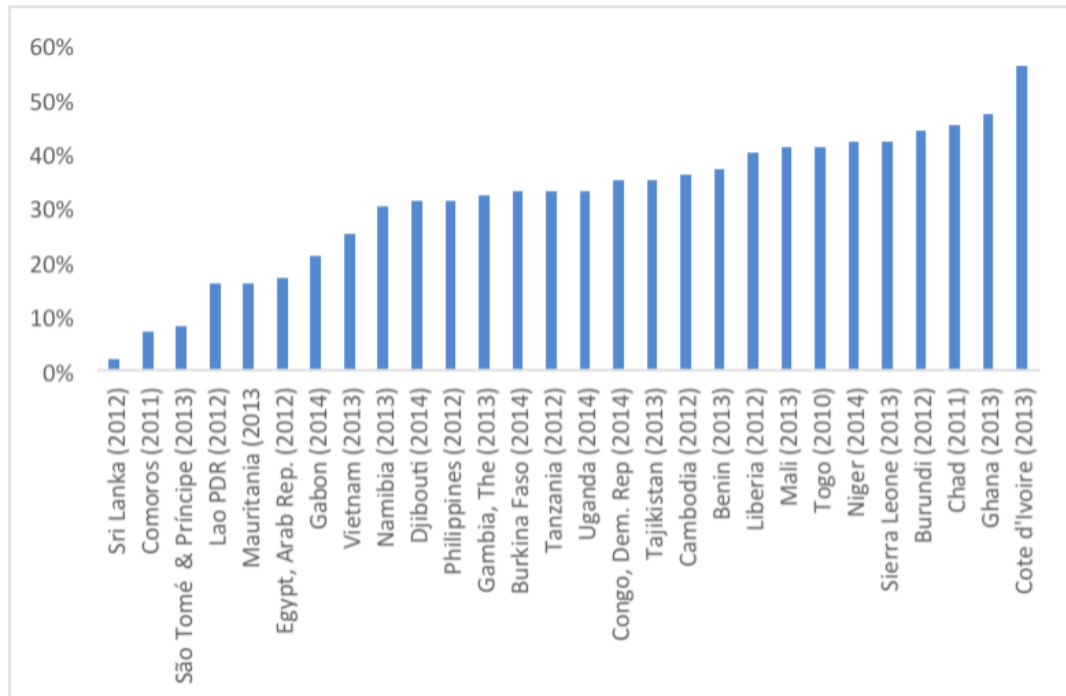
Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να γίνει κατανοητή διαμέσου πέντε βασικών εννοιών:

1. παροχή πρώτης επαφής φροντίδας για νέα προβλήματα υγείας,
2. ολοκληρωμένη φροντίδα για τα περισσότερα προβλήματα υγείας,
3. συνέχεια της φροντίδας,
4. μακροχρόνιος συντονισμός της φροντίδας και
5. φροντίδας με βάση τα άτομα .

Οι λειτουργίες δημόσιας υγείας που σχετίζονται ιδιαίτερα με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και συνδέονται στενά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η προώθηση της υγείας, η προστασία της υγείας, η πρόληψη ασθενειών (παροχή υπηρεσιών), η παρακολούθηση, η ανταπόκριση και η ετοιμότητα σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης .

Παρά τα σημαντικά στοιχεία που συνδέουν την ΠΦΥ με τα βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και την ισότητα στην υγεία, ο βαθμός στον οποίο τα συστήματα υγείας και οι κοινωνίες ευθυγραμμίζονται με την PHC ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα . Το ποσοστό των κρατικών δαπανών που αφιερώνονται στην PHC εκτιμάται ότι κυμαίνονται μεταξύ 2% και 56% σε ένα εύρος χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Διάγραμμα 1-1 Ποσοστό των τρεχουσών κρατικών δαπανών για την υγεία που προορίζονται για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας



Πηγή: Primary health care performance initiative methodology note. PHCPI 2015.

Πρόσβαση 10/12/2020

Παρατηρούμε ότι κατά το 2012 το Μπουρούντι κατανάλωνε περίπου το 45% των δαπανών για την υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα , το 2013 η Ακτή Ελεφαντοστού κατήχε το μεγαλύτερο ποσοστό με σχεδόν 60% και το 2014 η Νιγηρία όπου βρισκόταν περίπου στο 40%.

1.5. Τα οικονομικά οφείλει της ΠΦΥ

Η μέτρηση της αντοχής και της ποιότητας της ΠΦΥ είναι δύσκολη λόγω της έλλειψης ενοποιημένων ορισμών και της μεγάλης απαίτησης σε δεδομένα. Επίσης, ο αντίκτυπος της ΠΦΥ είναι ευρύς και συνδέεται με άλλους τομείς, οι οποίοι οδηγούνται σε σημαντική αβεβαιότητα κατά την προσπάθεια ποσοτικοποίησης του οφέλους. Ωστόσο, ορισμένες διεθνείς μελέτες έχουν αναλύσει τη δύναμη του προσανατολισμού ΠΦΥ στα συστήματα υγείας, που οδήγησε σε μικτά συμπεράσματα. Τα περισσότερα από τα δεδομένα που έχουμε στον οικονομικό αντίκτυπο της ΠΦΥ αντικατοπτρίζουν τη συνιστώσα των υπηρεσιών υγείας. Μια διεθνής μελέτη που συγκρίνει τη δύναμη της

πρωτοβάθμιας φροντίδας σε 13 χώρες με υψηλό εισόδημα (HIC) διαπίστωσαν ότι η ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη οδήγησε σε βελτιωμένη υγεία του πληθυσμού και χαμηλότερες δαπάνες για την υγεία. Μια μεταγενέστερη μελέτη που συνέκρινε τη δύναμη της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε 31 ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποίησε έναν εναλλακτικό ορισμό και διαπίστωσε ότι η ισχυρότερη πρωτοβάθμια περίθαλψη συνδέεται με την καλύτερη υγεία του πληθυσμού, αλλά και τις υψηλότερες συνολικές δαπάνες για την υγεία.

Πέρα από αυτές τις μελέτες, τα περισσότερα από τα οποία μπορούμε να συμπεράνουμε για τα οικονομικά οφέλη της ΠΦΥ προέρχονται από μετρήσιμα αποτελέσματα όπως, η θνησιμότητα, οι εισαγωγές στο νοσοκομείο και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει απόδειξη ότι η αύξηση των επενδύσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να μειώσει τη χρήση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και να μειώσει συνολικά το κόστος υγείας. Επίσης, αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής, τη θνησιμότητα όλων των αιτιών και τη μητρική, βρεφική και νεογνική θνησιμότητα. Πιο συγκεκριμένα, τα στοιχεία δείχνουν ότι, σε σύγκριση με τους ειδικούς, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους από την άποψη νοσηλείας, συνταγών, κοινών εξετάσεων και διαδικασιών. Περαιτέρω, η απόδοση της επένδυσης από κοινοτικούς εργαζομένους στον τομέα της υγείας (CHW) εκτιμήθηκε ως 10 \$ για κάθε 1 \$ που ξοδεύεται στην υποσαχάρια Αφρική . Επιπλέον, υπάρχουν συναρπαστικά στοιχεία σημαντικών οικονομικό όφελος από την παροχή προληπτικών υπηρεσιών στην ΠΦΥ, για παράδειγμα, η απόδοση της επένδυσης από την παιδική ηλικία, υπολογίστηκαν ως \$ 44 για κάθε 1 \$ που ξοδεύτηκε.

1.6.Το οικονομικό πλαίσιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η βασική θεωρία για την ΠΦΥ βασίζεται σε τρία μακροοικονομικά οφέλη τα οποία είναι:

1. Τα βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, τα οποία αυξάνουν το προσδόκιμο ζωής, βοηθούν στη μείωση της θνησιμότητας όλων των επιπέδων, καθώς και την μητρική, βρεφική και νεογνική θνησιμότητα . Επιπλέον μέσω αυτού του αυξάνονται τα αποτελέσματα ψυχικής υγείας .

2. Η βελτιωμένη αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, η οποία έχει σαν στόχο την μείωση της χρήσης της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας , την μείωση του εισαγωγών και των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία , αλλά και την μειωμένη χρήση του τμήματος των επειγόντων που δημιουργεί αυξημένο κόστος.
3. Και η ισότητα ως προς την υγεία , αυτή η βελτιωμένη δικαιοσύνη ως προς την υγεία αυξάνει την ίδια και ίση αντιμετώπιση όλων των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας για ισότιμα αποτελέσματα.

Οι τρεις αυτοί παράγοντες αλληλοσυνδέονται και καταλήγουν σε ένα ολοκληρωμένο οικονομικό όφελος για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

1.6.1. Το οικονομικό όφελος από την βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας

Μια συστηματική ανασκόπηση 13 άρθρων εκτιμά ότι αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής κατά 5 χρόνια , εάν αυξηθεί το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) από 0,0% έως 0,58%. Ένα από τα άρθρα μόνο κατέληξε σε ουδέτερο αποτέλεσμα . Αυτό το αποτέλεσμα οφείλεται σε μια σειρά επιπτώσεων καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής. Η κακή προγεννητική, μεταγεννητική και παιδική υγεία αποτελούν πρόβλεψη για χαμηλό εισόδημα στη ζωή του ατόμου στο μέλλον καθώς και για προγνωστικά για το χαμηλό εισόδημα, καθώς και για καθυστερημένη γνωστική ανάπτυξη . Επιπλέον, μια ανάλυση της επίδρασης της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας στο ΑΕΠ διαπίστωσε ότι, το 86% (154/180) των χωρών, επηρεαστήκαν ως προς το ΑΕΠ για θνησιμότητα κάτω των 5 ετών. Ομοίως, στο 69% (119/170) των χωρών, οι αλλαγές στη μητρική θνησιμότητα επηρέασαν το ΑΕΠ . Οι ενήλικες σε ηλικία εργασίας, η ασθένεια και η αναπηρία αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα ανεργίας. Πρόσφατα δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι, το επίπεδο της ανεργίας διπλασιάζεται εάν υπάρχει αναπηρία ή ασθένεια . Ακόμη και για τους εργαζόμενους, η ασθένεια και η αναπηρία μειώνουν σημαντικά την παραγωγικότητα, και είναι υπεύθυνες για σημαντικά έξοδα παγκοσμίως. Επιπλέον, στην περίπτωση παρουσίας μη υγιή πληθυσμού, αποτρέπονται πολλά ενήλικα παιδιά από την είσοδο στην αγορά εργασίας, διότι πολλοί γίνονται φροντιστές αντί να μπουν στην αγορά εργασίας. Επίσης, η βελτιωμένη υγεία των ηλικιωμένων μπορεί να μειώσει την απομόνωση και να διευκολύνει τη μεγαλύτερη συμμετοχή στην κοινωνία.

Αυτή η ανασκόπηση διερευνά το βαθμό στον οποίο η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνδέεται με βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, η θνησιμότητα όλων των αιτιών και η θνησιμότητα από μητέρες, βρέφη και νεογνά, καθώς και καρδιαγγειακές παθήσεις και τα αποτελέσματα ψυχικής υγείας.

1.6.2. Το οικονομικό όφελος από τη βελτίωση της υγείας και της αποδοτικότητας του συστήματος

Από μακροοικονομική άποψη, η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας είναι ένα μέτρο στο οποίο οι εισροές σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επιτυγχάνουν τους καθορισμένους στόχους του συστήματος (π.χ. βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας και ισότητα της υγείας). Από μικροοικονομική προοπτική, η αυξημένη αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως μείωση της άσκοπης χρήσης των πόρων υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής νοσηλείας, επανεισαγωγής στο νοσοκομείο και περιττής χρήσης του τμήματος των επειγόντων), μειώνοντας έτσι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η αναποτελεσματική χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί επίσης να αρνηθεί τα οφέλη για την υγεία των ασθενών που μπορούν να επιτευχθούν με τον βέλτιστο συνδυασμό πόρων . Η άχρηστη χρήση των πόρων του συστήματος υγείας έχει οικονομικές συνέπειες, λόγω των οφελών που χάθηκαν από τη μείωση των επενδύσεων σε άλλες πτυχές της οικονομίας, όπως η εκπαίδευση, επίσης, μπορεί να μειώσει την προθυμία της κοινωνίας να συμβάλει στη μελλοντική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας . Αυτή η ανασκόπηση θα καθορίσει το βαθμό στον οποίο η ΠΦΥ βελτιώνει τη μακροοικονομική απόδοση του συστήματος υγείας (δηλαδή μεγιστοποιεί τα αποτελέσματα υγείας και τη δικαιοσύνη υγείας) και την μικροαποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας (δηλαδή μειωμένες αποδοχές που μπορούν να αποφευχθούν, επανεισαγωγές , χρήση του τμήματος επειγόντων και του κόστος υγειονομικής περίθαλψης). Ωστόσο, η σύνδεση με το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι εξαρτώμενη από το περιβάλλον. Σε πολλές χώρες, οι αυξημένες επενδύσεις στην ΠΦΥ μπορεί να αυξήσουν το συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά να εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν μια πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης.

1.6.3. Το οικονομικό όφελος από τη βελτίωση της ισότητας της υγείας

Μια μελέτη για το οικονομικό κόστος της υγείας και τις ανισότητες στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολόγισαν ότι οι απώλειες πρόνοιας που σχετίζονται με την ανισότητα στην υγεία ήταν σε ποσοστό 9,4% του ΑΕΠ. Μερικοί υποστηρίζουν ότι η δικαιοσύνη και η αποτελεσματικότητα είναι αντικρουόμενοι στόχοι, αν και μια πρόσφατη οικονομική ανάλυση αμφισβητεί αυτήν την ιδέα. Η κοινωνική πρόνοια μεγιστοποιείται συχνά από τον περιορισμό των ανισοτήτων που προκαλούνται από εξωτερικά αποτελέσματα που οδηγούν σε καταναμητικές αναποτελεσματικότητες στις δημόσιες δαπάνες. Η αποτελεσματικότητα και η ισότητα συχνά αλληλοενισχύονται για παράδειγμα, στην ανάπτυξη της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Αυτή η ανασκόπηση εξετάζει το βαθμό στον οποίο συνδέεται η ΠΦΥ με τη βελτιωμένη δικαιοσύνη για την υγεία, όσον αφορά και την μείωση των ανισοτήτων και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. (Το εύρος αυτής της έρευνας είναι ο αντίκτυπος της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σχετικά με τα αποτελέσματα της υγείας, την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και την ισότητα στην υγεία). (World Health Organization 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

2.1. Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας

Αρχικά , στη Μ.Βρετανία , μέχρι τον 20ο αιώνα δεν υπήρχε κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση. Η ασφάλιση με την έννοια της προστασίας του πληθυσμού παρέχόταν μέσω της εκκλησίας . Όμως , λίγο αργότερα , το 1911 δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας ο οποίος χρηματοδοτείται από εισφορές εργαζομένων , προκειμένου να επιτύχουν την ασφάλιση τους στο σύστημα υγείας (αυτή την περίοδο η κρατική χρηματοδότηση προς τον τομέα της υγείας ήταν ανύπαρκτη). Ταυτόχρονα το 1911 η National Insurance Act καθιέρωσε τα επιδόματα ασθενείας (sickness benefit) και την περιορισμένη ιατρική φροντίδα (limited medical care) , η οποία παρέχόταν από τους γενικούς γιατρούς. Το 1920 η έκθεση Dawson αναφέρθηκε για πρώτη φορά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας το οποίο θα βασιζόταν στη δημιουργία και λειτουργία των κέντρων υγείας .

Το βρετανικό σύστημα υγείας ή το NHS , όπως επικράτησε να ονομάζεται (National Health Service) αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημόσιου εθνικού συστήματος , από το οποίο απουσιάζουν σχεδόν εντελώς τα ασφαλιστικά ταμεία , ενώ η κρατική παρέμβαση είναι έντονη σε όλους τους τομείς του . Λειτουργήσε το 1948 με τον νόμο που βασίστηκε στην αρχική σύλληψη του Λόρδου Beveridge το 1942 και ψηφίστηκε από την κυβέρνηση των εργατικών το 1946 , οι οποίοι αργότερα το χαρακτήρισαν δικαίως ως το «μεγαλύτερο σοσιαλιστικό επίτευγμα τους» (food 1973)

Η ιδέα του NHS ήταν αρκετά επαναστατική για την περίοδο. Αποτέλεσε το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη , χωρίς γενική φορολογία . Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο σκοπός του ήταν « η βελτίωση της φυσικής και ψυχικής υγείας των πολιτών της Αγγλίας και της Ουαλίας και η πρόληψη , η διάγνωση και η θεραπεία της αρρώστιας μέσα από την παροχή αποτελεσματικών και εντελώς δωρεάν υπηρεσιών υγείας» .

Πριν τη δημιουργία αυτού του συστήματος υγείας η υπηρεσίες υγείας παρέχονταν από τους ιδιώτες ιατρούς , από οικογενειακούς ιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και από τα νοσοκομεία που ανήκουν σε φιλανθρωπικά ιδρύματα και στην τοπική αυτοδιοίκηση. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχόταν δωρεάν μόνο στους

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

εργαζόμενους που ήταν ασφαλισμένοι σε ταμεία , ενώ οι υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης παρέχονταν από δημοτικά νοσοκομεία και φιλανθρωπικά ιδρύματα, στα οποία πλήρωναν μόνο όσοι είχαν την οικονομική δυνατότητα , ενώ οι υπόλοιποι νοσηλεύονταν εντελώς δωρεάν. (Κονδύλης,Αντωνοπούλου,Μπένος 2008)

2.1.1. Η λειτουργία του NHS , 1991 έως 2012

Το NHS διοικείται από το Υπουργείο Υγείας , πολιτική έκφραση του οποίου είναι ο εκάστοτε υπουργός , ο οποίος με τη βοήθεια ενός ή περισσότερων υφυπουργών καθορίζουν την πολιτική που πρέπει να εφαρμοστεί. Ο ρόλος του υπουργείου υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό στρατηγικός , αφού θέτει τις πολιτικές υγείας , τις κατευθύνσεις και προτεραιότητες και χρηματοδοτεί και συνδέει το υπουργείο με το κοινοβούλιο . Πιο συγκεκριμένα το υπουργείο έχει την νομοθετική ευθύνη , την ευθύνη της κατανομής των πόρων στις υγειονομικές περιφέρειές (Regional Health Authorities , RHAs) , τη διαπραγμάτευση των μισθών των απασχολούμενων στο σύστημα , την τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων την έγκριση των κονδυλίων για επενδύσεις και τις αποφάσεις για την αύξηση ή μείωση των νοσοκομειακών κλινών .

Το 1991 διαχωρίστηκε διοικητικά η ευθύνη για τις διάφορες βαθμίδες. Έτσι, στην επόμενη βαθμίδα από το υπουργείο υγείας είναι οι 8 υγειονομικές περιφέρειες (RHAs) . Οι RHAs αποτελούν την επέκταση του Υπουργείου σε περιφερειακό επίπεδο και είναι υπεύθυνες για τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities , DHAs), οι οποίες αποτελούν την δεύτερη στη σειρά οργανωτική βαθμίδα του συστήματος . Σε κάθε μια από το RHA υπάρχει ένα τουλάχιστον Πανεπιστημιακό νοσοκομείο και σε κάθε DHA υπάρχει τουλάχιστον ένα Νομαρχιακό.

Σε επίπεδο υγειονομικής επαρχίας λειτουργούν ακόμα οι Διευθύνσεις Οικογενειακής Ιατρικής (Family Health Service Authorities , FHSAs), οι οποίες ευθύνονται για την χρηματοδότηση τον έλεγχο και τη λειτουργία των οικογενειακών γιατρών και αποτελούν τη βάση της πυραμίδας του συστήματος . Στη συνέχεια όμως με την νέα αντίληψη για την βελτίωση της συνοχής στο σύστημα που επικράτησε το 1996 , οι DHAs και οι FHSAs ενοποιήθηκαν.

Από το 1991 έως το 1997 η χρηματοδότηση κατανεμήθηκε σε πρακτικές εθελοντών GP για την αγορά ενός περιορισμένου εύρους των υπηρεσιών, κυρίως για

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

προαιρετικές νοσοκομειακές διαδικασίες, κοινοτικές υπηρεσίες υγείας και τη συνταγογράφηση.

Από το 1995 έως το 1997 επεκτάθηκε το εύρος των υπηρεσιών που αγοράστηκαν από τους κατόχους κεφαλαίων σε πιλοτικές περιοχές.

Οι μεταρρυθμίσεις από το 1996 έως 2002

Το 1999 πραγματοποιήθηκαν πάλι νέες μεταρρυθμίσεις στη δομή του συστήματος. Οι DHAs ονομάζονται πλέον απλά Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities . HAs). Σχηματίστηκαν 95 αρχές από τη συγχώνευση της περιφερειακής υγείας (District Health Authorities) και τις αρχές οικογενειακής υγειονομικής υπηρεσίας (Authorities Family Health service). Μετά την ενσωμάτωση υπήρξε η έναρξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, με μέση κάλυψη περίπου 520.000 άτομα του γενικού πληθυσμού.

Από το 1999 έως το 2002 ένας νέος διοικητικός σχηματισμός εισέρχεται στο σύστημα, οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs), οι οποίες ήταν 481 στο σύνολο τους. Σταδιακά οι αρμοδιότητες των Has περιορίστηκαν στο στρατηγικό σχεδιασμό , ενώ αυξήθηκαν οι αρμοδιότητες των PCGs για τη πρωτοβάθμια φροντίδα των πολιτών της περιφέρειας , με μέση κάλυψη περίπου 100.000 άτομα του πληθυσμού. Ευθύνη των HAs ήταν η εκπόνηση προγραμμάτων για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού , σε συνεργασία με τις PCGs τους προμηθευτές (NHS Trusts) και τις τοπικές αρχές .

Το 1999 οι περιφερειακοί σχηματισμοί εισήλθαν στο νέο μοντέλο που επέβαλε η νομοθεσία του 1999 , σταδιακά προσδιορίστηκαν τέσσερα στάδια για την ανάπτυξη των PCGs προκειμένου να γίνει ομαλά η μετάβαση στο βελτιωμένο οργανωτικό μοντέλο και να απεμπλακούν οι HAs από λειτουργικές αρμοδιότητες , παραμένοντας προσηλωμένες στο κομμάτι του στρατηγικού σχεδιασμού .

Από το 2002 έως το 2006 δημιουργούνται και υπάρχουν οι Στρατηγικές υγειονομικές αρχές (Strategic health authorities, SHAs), οι οποίες είναι υπεύθυνες για τον σχεδιασμό και την διαχείριση των επιδόσεων, έχοντας ευθύνη για την ανάθεση εξειδικευμένων υπηρεσιών. Αρχικά ήταν 28 παρέχοντας κάλυψη σε περίπου το 1.8 εκατομμύριο περίπου άτομα του πληθυσμού. Από το 2006 έως το 2010 ο αριθμός τους μειώθηκε σε 10 αλλά ο πληθυσμός αναφοράς ανήλθε στα 5.3 εκατομμύρια χρήστες. Το έτος 2011-12 αποτέλεσε μια μεταβατική περίοδο για την ομαδοποίηση των

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

στρατηγικών υγειονομικών αρχών. Κατά την ίδια δεκαετία(2002-2012) υπήρχαν και οι Primary Care Trusts, PCTs , οι οποίοι είχαν την ευθύνη ώστε να λειτουργούν όλες οι υπηρεσίες υγείας εκτός από κάποιες εξειδικευμένες . Από το 2002-2006 υπήρχαν 303 PCT για να εξυπηρετούν περίπου 170.000 άτομα. Από το 2006 έως το 2010 μειώθηκαν , αλλά εξυπηρετούσαν 350.000 χρήστες . Το 2011-12 υπήρξε πάλι μια μεταβατική περίοδος σχηματίζοντας σύμπλεγμα PCTs.

Είναι γνωστό ότι από το 2005 έως 2012 υπήρξαν πρακτικές βασισμένες στη λειτουργία . Ο στόχος ήταν να καταστούν δυνατές οι ιατρικές πρακτικές, μαζί με άλλες πρακτικές απο επαγγελματίες υγείας, και να τελέσει ισχυρότερο ρόλο στο σχεδιασμό και την ανάθεση υπηρεσιών υγείας. Οι ιατρικές πρακτικές κατά αυτή την περίοδο έλαβαν ένα ενδεικτικό μερίδιο του προϋπολογισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και ενθαρρύνθηκαν να βοηθήσουν στο σχεδιασμό υπηρεσιών που έκανε πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων.

Το 2014-2015 το εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας κάλεσε τους CCG να αναλάβουν μεγαλύτερη ευθύνη στην ανάθεση υπηρεσιών GP, ένας ρόλος που είχε αναλάβει προηγουμένως το NHS . Τον Απρίλιο του 2018, οι 178 CCGs (91%) είχαν αναλάβει την πλήρη ευθύνη για τη λειτουργία των υπηρεσιών GP, με το υπόλοιπο είτε να αναλάβει κοινή ανάθεση με το NHS England ή να συνεργαστεί πιο στενά με τις ομάδες της NHS . Η Εργασία για τη βελτίωση της ενσωμάτωσης και της συνεργασίας του συστήματος με τα CCG διαδραμάτισαν πρωταγωνιστικό ρόλο στην ανάπτυξη και υλοποίηση των σχεδίων στις 44 sustainability and transformation partnerships (STPs) που δημιουργήθηκαν το 2016 μετά την Πενταετή Προώθηση. Ο αριθμός των STP μειώθηκε σε 42 τον Απρίλιο του 2018 μετά από συγχώνευση τριών STP.

2.1.2. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης (Clinical commissioning groups, CCGs)

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης (Clinical commissioning groups, CCGs) είναι κλινικά καθοδηγούμενες νομικές αρχές που έχουν καθήκον να σχεδιάζουν και να θέτουν σε λειτουργία τις περισσότερες υπηρεσίες νοσοκομείου και κοινότητας NHS στις τοπικές περιοχές για τις οποίες είναι υπεύθυνες. Οι CCG καθοδηγούνται από ένα

Διοικητικό Όργανο (GP) που έχει δημιουργηθεί από ιατρούς, άλλους κλινικούς ιατρούς, συμπεριλαμβανομένης μιας νοσοκόμας και ενός συμβούλου δευτεροβάθμιας περίθαλψης, και μέλη. Ιδρύθηκαν ως μέρος του νόμου για την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη το 2012 και αντικατέστησε τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας την 1η Απριλίου 2013. Από τη σύστασή τους, υπήρξαν οκτώ επίσημες συγχωνεύσεις CCG, οι οποίες έχουν μειώσει τον αριθμό τους από 211 σε 195 τον Απρίλιο του 2018. Το μικρότερο CCG (Corby) καλύπτει πληθυσμό 78.000, ενώ το μεγαλύτερο (Birmingham and Solihull) καλύπτει πληθυσμό 1,3 εκατομμυρίων χρηστών.

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης (CCGs) έχουν καθήκον:

Να θέτουν

1. σε λειτουργία καθορισμένες υπηρεσίες υγείας,
2. τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και μείωση των ανισοτήτων στην υγεία
3. να προωθήσουν τη συμμετοχή των ασθενών σε αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους
4. την επιλογή των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται
5. την προώθηση της ολοκλήρωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας
6. τη συμμετοχή του κοινού στον προγραμματισμό των ρυθμίσεων ανάθεσης και τον χρόνο που οι υπηρεσίες αλλάζουν
7. προετοιμασία και δημοσίευση προγράμματος έναρξης λειτουργίας για το προσεχές οικονομικό έτος

Οι ομάδες αυτές ασκούν τις λειτουργίες τους εντός των πόρων που τους διατίθενται από το NHS England και συμμορφώνονται με τους περιορισμούς που αυτό τους επιβάλλει . Επιπλέον , προετοιμάζουν και δημοσιεύουν την ετήσια έκθεση και τους λογαριασμούς. Όσο αφορά την διακυβέρνηση , δημοσιεύονται στο σύνταγμα, έχουν ένα διοικητικό όργανο και έναν υπεύθυνο. Οι ομάδες αυτές συνεργάζονται με τις τοπικές αρχές και δημιουργούν κοινές ανάγκες για την υγεία και την ευεξία του πληθυσμού.

Από τότε που τέθηκε σε λειτουργία το NHS στις αρχές της δεκαετίας του 1990, υπήρξαν συχνές αλλαγές στη δομή των οργανισμών ανάθεσης. Αυτό φαίνεται πως πρόκειται να συνεχιστεί, με το ρόλο των CCG οι οποίες εξελίσσονται, καθώς το NHS επιδιώκει να γίνει ένα πιο ολοκληρωμένο σύστημα μεταξύ επιτρόπων και παρόχων. Κατά συνέπεια, είναι πιθανό να υπάρχουν περισσότερες συγχωνεύσεις CCG και

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

αυξημένη συνεργασία μεταξύ CCG και των ενδιαφερόμενων χρηστών, όπως είναι οι παρόχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι τοπικές αρχές.

Αυτή η κριτική ορίζει:

- αλλαγές στο τοπίο θέσης σε λειτουργία πριν από τη δημιουργία CCGs.
- ο ρόλος, το λειτουργικό κόστος και η απόδοση των CCG. και
- το μεταβαλλόμενο τοπίο λειτουργίας και ο μελλοντικός ρόλος των CCG.

Το NHS έχει υποχρεωτικό καθήκον να πραγματοποιεί ετήσια αξιολόγηση των CCGs . Για να γίνει αυτό, εισήγαγε ένα πλαίσιο βελτίωσης και αξιολόγησης το 2016-17. Το πλαίσιο αποτελείται από 51 δείκτες ομαδοποιημένους σε τέσσερις κατηγορίες (Σχήμα). Αυτά συνδυάζονται για να παρέχουν μια συνολική βαθμολογία για κάθε CCG, με δύο από αυτά δίδονται οι 51 δείκτες («οικονομική απόδοση του έτους» και «ποιότητα της ηγεσίας του CCG») ποσοστό 25% το καθένα στη συνολική βαθμολογία.

Πίνακας 2-1 Πλαίσιο βελτίωσης και αξιολόγησης του NHS England

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ
Καλύτερη υγεία	9	Ποσοστό παιδιών ηλικίας 10 έως 11 που ταξινομούνται ως υπέρβαρα ή παχύσαρκα

Καλύτερη φροντίδα	34	Διάγνωση καρκίνου σε πρώιμο στάδιο
Βιωσιμότητα	2	Οικονομικές επιδόσεις έτους
Ηγεσία	6	Η ποιότητα της ηγεσίας των CCG

Πηγή: NHS England, *CCG Improvement and Assessment Framework 2017/18*, πρόσβαση 10/12/2020

2.1.4. Βασικές παράμετροι του συστήματος υγείας της Αγγλίας

Βασικές παράμετροι του βρετανικού συστήματος υγείας είναι η κεντρική κυβέρνηση , η τοπική αυτοδιοίκηση , οι προμηθευτές του συστήματος και οι φορολογούμενοι – ασθενείς. Οι τοπικές αρχές συνάπτουν συμβάσεις με τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, απορροφώντας τους απαραίτητους πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό. Εν συνεχεία οι προμηθευτές παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας προς τους πολίτες , οι οποίοι ως αντίτιμο καταβάλουν φόρους. Μελετώντας τη λειτουργία του βρετανικού συστήματος παρατηρούμε ότι συνθέτει ένα κύκλωμα , του οποίου οι βασικοί δρώντες διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας.

Όσο αφορά στις ομάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups), αυτές συνεργάζονται με τις υγειονομικές αρχές και με τις τοπικές αρχές , προκειμένου να θέσουν σε εφαρμογή προγράμματα που αφορούν στη βελτίωση της υγείας ή ασκούν συμβουλευτικό ρόλο σε διάφορα ζητήματα που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας.

Με βάση τη ροή της αναπτυξιακής διαδικασίας , κρίνεται σκόπιμο να επισημανθούν τρία βασικά σημεία για τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Βρετανία:

1. Συνεργάζονται με τις αρχές υγείας σε συμβουλευτικό επίπεδο

2. Έχουν δυνατότητα διαχείρισης προϋπολογισμού των υπηρεσιών υγείας στη περιφέρειά τους
3. Λειτουργούν ως φορείς υπεύθυνοι και υπόλογοι, αφού πρώτα έχουν ενσωματωθεί στις αρχές υγείας ως αυτόνομα σώματα για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της περιφέρειας και την πρόληψη της υγείας. Από την μελέτη των αρμοδιοτήτων των ομάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης , αλλά και από την μελέτη των παραπάνω στοιχείων , προκύπτουν τα ακόλουθα πορίσματα:

Γίνεται κατανοητό ότι της ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της απαρτίζουν γενικοί ιατροί . Θεσμικό ρόλο για την απονομή της ειδικότητας της γενικής ιατρικής , έχει η Επιτροπή Ιατρικών Ειδικοτήτων (Medical Practices Committee) η οποία πιστοποιεί στην ουσία τους γενικούς ιατρούς μετά από τριετή συμπληρωματική εκπαίδευση και πρακτική. Η MPC επίσης έχει λόγο στον σχεδιασμό και στην κατανομή των γενικών ιατρών στην Μεγάλη Βρετανία και στην Ουαλία. Οι γενικοί ιατροί λειτουργούν στο σύστημα ΠΦΥ ως το μέσο για την καθοδήγηση των ασθενών στο σύστημα υγείας. Περισσότερο από το 99% του πληθυσμού της χώρας είναι εγγεγραμμένοι στις λίστες των Γενικών Ιατρών , οι οποίοι παρέχουν 24ωρη πρόσβαση σε ένα εύρος προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας . Το μοναδικό μέρος του πληθυσμού που δεν έχει πρόσβαση στους γενικούς ιατρούς είναι οι άστεγοι και όσοι διαμένουν προσωρινά κάπου. Λιγότερο από το 10% των ασθενών που έρχονται σε επαφή με το σύστημα υγείας δεν έχουν επισκεφθεί πρώτα κάποιον γενικό ιατρό. Ακόμα, οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τον δικό τους γενικό ιατρό , αν και αυτό το δικαίωμα περιορίζεται στα γεωγραφικά όρια. Το φαινόμενο να αλλάζει κάποιος ιατρό για λόγο εκτός της αλλαγής κατοικίας θεωρείται σπάνιο. Οι περισσότεροι πολίτες έχουν μακροχρόνιες σχέσεις και συνεργασίες με τον γενικό ιατρό.

Η αμοιβή των γενικών ιατρών βασίζεται σε ένα καθορισμένο ποσό ανά ασθενή, το οποίο παίρνουν από τις ομάδες πρωτοβάθμιας για τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τους . αυτές οι πληρωμές πρέπει να καλύπτουν το κόστος πρωτοβάθμιας φροντίδας . Επιπλέον, υπάρχουν και οι αποζημιώσεις που τους δίνονται για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας κι εξετάσεις από τους ασθενείς . ειδικές αμοιβές παίρνουν για την ανίχνευση νεοπλασμάτων άλλες για εμβολισμούς και ούτω κάθε εξής. Οι γενικοί ιατροί χρηματοδοτούνται για τον εξοπλισμό των ιατρείων τους , ιδιαίτερα

όταν πρόκειται για την συγκρότηση ομάδας παροχής. Επιπροσθέτως, θεωρούνται αυτό απασχολούμενοι επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες στο NHS βάσει συμβολαίου. Αυτό το καθεστώς, δίνει στους ιατρούς σημαντική ανεξαρτησία. Οι όροι και οι συνθήκες των συμβολαίων διαπραγματεύονται σε εθνικό επίπεδο μεταξύ των αντιπροσώπων των γιατρών και της κυβέρνησης.

Στην πρωτοβάθμια, πέραν των ιατρών υπάρχουν και άλλα ιατρικά επαγγέλματα τα οποία είναι πολύς σημαντικά για την προαγωγή της υγείας των ασθενών. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι νοσηλευτές, οι μαίες και οι επισκέπτες υγείας. Οι νοσηλευτές προσλαμβάνονται από τους γενικούς ιατρούς για να παρέχουν στους μακροχρόνιους και στους υπερήλικες ασθενείς δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας, καθώς και σε πολλές περιπτώσεις των εμβολιασμό των βρεφών. Ακόμα υπάρχουν και οι νοσηλευτές που εργάζονται στις εκάστοτε περιοχές και παρέχουν εξειδικευμένη νοσηλευτική κατ'οικον. φροντίδα.

Οι μαίες όντας γενικές νοσηλεύτριες έχουν εκπαιδευτεί στην φροντίδα των εγκύων και των μητέρων καθώς και στην διαδικασία της γέννας. Εργάζονται στην κοινότητα και παρέχουν υπηρεσίες για τις έγκυες γυναίκες και είναι υπεύθυνες για τη μητέρα και το παιδί για 28 ημέρας μετά την γέννηση.

Οι επισκέπτες υγείας είναι επίσης γενικοί νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν κάνει εκπαίδευση και εξειδικεύονται στην κατ'οίκον παρακολούθηση οικογενειών με μικρά παιδιά και βρέφη. Προσφέρουν συμβουλές και ασχολούνται με την πρόληψη καθώς και την προαγωγή της υγείας.

2.1.5. Ψηφιακή πρωτοβάθμια φροντίδα

Στο πλαίσιο του μακροπρόθεσμου σχεδίου για το NHS το 2007 στην Αγγλία, η ψηφιακή πρωτοβάθμια φροντίδα (digital-first) επιθυμούν να γίνει μια νέα επιλογή για κάθε ασθενή, η οποία θα ενεργοποιεί γρήγορα και εύκολα την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα έως το 2021. Αυτό αποσκοπεί στο ότι παρόμοιες απομακρυσμένες υπηρεσίες ασθενών που θα μειώσουν τον αριθμό των επισκέψεων έως και το ένα τρίτο (αποφεύγοντας την αύξηση σε 30 εκατομμύρια επισκέψεις (εξωτερικών) ασθενών ετησίως). Υπάρχουν ανησυχίες για την παρακολούθηση και τη ρύθμιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται χρησιμοποιώντας αυτά τα ψηφιακά εργαλεία (όπως εφαρμογές), όπως βλέπουν οι γιατροί, οι ασθενείς θα

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

μπορούσαν να βασίζονται οπουδήποτε - οι πρακτικές μπορούν να αναθέσουν την σύμβαση σε έναν διαδικτυακό πάροχο. Αυτό έχει ήδη συμβεί ως πιλοτικό έργο σε ορισμένους περιοχές του Λονδίνου, όπου τις ώρες μη λειτουργίας της πρωτοβάθμιας λειτουργεί αυτό το πιλοτικό πρόγραμμα με τη βοήθεια εφαρμογών. Τα δεδομένα συλλέγονται μέσω αυτών των εφαρμογών για την δημιουργία αλγορίθμων που βελτιώνουν την διάγνωση και τις προτάσεις σχετικά με το πρόβλημα του εκάστοτε ασθενή. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό ότι η αποθήκευση και χρήση δεδομένων από αυτές οι ιδιωτικές εταιρείες είναι επαρκώς ρυθμισμένη για να διασφαλίσει μεγάλα δεδομένα που δημιουργούνται για να εξυπηρετούν το δημόσιο αγαθό (Castle-Clarke & Imison, 2016). Όπως εξετάζονται τα νέα μοντέλα ψηφιακών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, έτσι εξετάζονται και διάφορα ζητήματα που προκύπτουν προκειμένου να επιτευχθεί η υποστήριξη της καινοτομίας, η προστασία των ασθενών και ευρύτερα το σύστημα .

Οι ψηφιακές τεχνολογίες καταλαμβάνουν ολοένα και περισσότερο χώρο στην υγειονομική περίθαλψη. Στην εποχή μας υπάρχουν πολλές διαθέσιμες εφαρμογές για γρήγορη πρόσβαση σε GP ή γενικές υπηρεσίες παρακολούθησης της υγείας των ασθενών που προσφέρονται από ιδιωτικές εταιρείες υγειονομικής περίθαλψης. Όμως η άφιξη των εφαρμογών GP έχει δημιουργήσει αμφιβολίες στο κατά πόσο παρέχεται σωστή παροχή φροντίδας στους χρήστες, μέσα από αυτό το νέο αυτό ευέλικτο μοντέλο εργασίας των ιατρών. Υπάρχουν επίσης πιλοτικές συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα για την διερεύνηση των δυνατοτήτων των ψηφιακών τεχνολογιών και κατά πόσο μπορούν να δώσουν πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία ή περίθαλψη εκτός ωρών εργασίας . Η χρήση του mHealth (mobile health) για την πρόληψη είναι ήδη ευρέως αποδεκτή. Το πιο καθιερωμένο είναι NHS Smokefree, η οποία είναι μια δωρεάν εφαρμογή που παρέχει ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος 28 ημερών το οποίο έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα . (Report by Comptroller , Auditor General 2018)

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».
Σοφία Κόλλια

2.2. Το σύστημα υγείας της Σουηδίας

Το Σουηδικό σύστημα υγείας αποτελείται σήμερα από σημαντικό κομμάτι του περιφέρειου κράτους πρόνοιας και διέπεται από την αρχή ότι όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης δικαιούνται ισότιμης και δωρεάν κάλυψης των αναγκών υγείας τους. Σύμφωνα με τον νόμο του 1982 οι βασικοί στόχοι του συστήματος είναι «καλή υγεία και καλές υπηρεσίες υγείας που θα παρέχονται ισότιμα σε ολόκληρο τον πληθυσμό». Το σουηδικό σύστημα υγείας εντάσσεται στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας , αφού την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος και οι κατά τόπος εκλεγμένες νομαρχιακές και δημοτικές αρχές. Αυτό το μοντέλο διαφοροποιείται από άλλα δημόσια-εθνικά συστήματα υγείας λόγω κυρίως αυξημένων εξουσιών που έχει η νομαρχιακή και δημοτική αρχή στα θέματα οργάνωσης , παραγωγής , διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος υγείας είναι :

1. Κατ' εξοχήν δημόσιο σύστημα υγείας
2. Η ευθύνη για ανάπτυξη , οργάνωση και λειτουργία ανήκει στα εκλεγμένα περιφερειακά και νομαρχιακά όργανα
3. Κύρια πηγή χρηματοδότηση είναι οι φόροι που επιβάλλουν τα νομαρχιακά συμβούλια
4. Το σύστημα υγείας υποστηρίζεται κεντρικά από ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιφερειακά από ένα δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.

Τα νομαρχιακά συμβούλια έχουν την ευθύνη της νοσοκομειακής , εξωνοσοκομειακής, οδοντιατρικής και ψυχιατρικής περίθαλψης , ενώ για τις υπηρεσίες πρόνοιας ιδιαίτερα για τους χρόνιους πάσχοντες , τους ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες , υπεύθυνοι είναι οι 286 δήμοι που διοικούνται επίσης από ένα εκλεγμένο σώμα.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε τρία επίπεδα. Στο επίπεδο της περιφέρειας, του νομού και του δήμου. Στο πρώτο επίπεδο αυτό των περιφερειών λειτουργεί πάντα ένα περιφερειακό νοσοκομείο για τα σοβαρά ή εξεζητημένα περιστατικά . Σε κάθε νομό λειτουργεί τουλάχιστον ένα νομαρχιακό νοσοκομείο και

σε τοπικό επίπεδο, δηλαδή στον δήμο υπάρχουν τα κέντρα υγείας και οι υπόλοιπες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια παρέχεται μέσα από κέντρα υγείας , τα οποία είναι κυρίως στελεχωμένα με γενικούς ιατρούς , αλλά σε πολλές περιπτώσεις και με γυναικολόγο , παιδίατρο , ορθοπεδικό και ψυχίατρο. Επιπλέον είναι στελεχωμένα και από παραϊατρικό προσωπικό όπως μαίες, νοσηλεύτες και φυσικοθεραπευτές και παρέχεται όλο το φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει ακόμα και ειδικά κέντρα για την μητέρα και το παιδί στα οποία γίνονται οι εμβολιασμοί , περιοδικά τσεκ απ και προληπτικοί ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι.

Όταν κριθεί αναγκαίο ότι ο ασθενής χρειάζεται εξειδικευμένες υπηρεσίες τότε παραπέμπεται στο νομαρχιακό ή περιφερειακό νοσοκομείο. Τα νομαρχιακά νοσοκομεία ανάλογα με το μέγεθος και τον βαθμό εξειδίκευσης ταξινομούνται σε κεντρικά νομαρχιακά με δεκαπέντε έως είκοσι ειδικότητες και σε απλά νομαρχιακά νοσοκομεία με τέσσερα ή περισσότερα τμήματα τα οποία συνήθως είναι παθολογικό , χειρουργικό , ακτινολογικό και το αναισθησιολογικό.

Σε περιφερειακό επίπεδο το σύστημα είναι υπεύθυνο για σοβαρές περιπτώσεις που αποτελείται η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων , για το σκοπό αυτό η Σουηδία είναι χωρισμένη σε έξι υγειονομικές περιφέρειες. Οι περιφερειακές δραστηριότητες καθορίζονται ύστερα από συμφωνία των νομαρχιακών συμβουλίων που προέρχονται από τους νομούς κάθε περιφέρειας.

Η Γενική τάση που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στο νοσοκομειακό τομέα είναι αυτή της μείωσης του και η αντικατάσταση των κλινών που κλείνουν με οίκους ευγηρίας και με επέκταση της υποδομής της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης . Εξοικονόμηση νοσοκομειακών κλινών έγινε τα τελευταία χρόνια και λόγω της σημαντικής μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας , ως αποτέλεσμα της καλύτερης οργάνωσης και της τεχνολογίας.

Το σύστημα υγείας στη Σουηδία στηρίζεται στην ύπαρξη εθνικού συστήματος υγείας , κατά το μοντέλο Beveridge με περιφερειακή οργάνωση , το οποίο χρηματοδοτείται κατά 9,3% του ΑΕΠ από την γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και κατά κυβέρνηση και κατά 1,5% από ιδιωτικές δαπάνες .

Η αποκεντρωμένη υπηρεσία υγείας παρέχει καθολική κάλυψη. Οι 21 κομητείες στη Σουηδία έχουν την ευθύνη χρηματοδότησης, αγοράς και παροχής υπηρεσιών υγείας. Η εθνική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη ρύθμιση και εποπτεία. Οι περιοχές είναι υπεύθυνες για την πρωτοβάθμια, την ειδική και την ψυχιατρική υγειονομική περίθαλψη, ενώ οι 290 δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του γενικού πληθυσμού, καθώς και τη φροντίδα των ηλικιωμένων, των ατόμων με σωματική και ψυχική αναπηρία, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, την φροντίδα υγείας στο σχολείο, την φροντίδα στο σπίτι και την κοινωνική μέριμνα. Οι δαπάνες υγείας καταβάλλονται κυρίως μέσω τοπικών φόρων, μαζί με εισφορές από την εθνική κυβέρνηση μέσω των γενικών επιχορηγήσεων, των επιδοτήσεων στις περιοχές για φάρμακα εξωτερικών ασθενών και ειδικά εθνικά προγράμματα.

Το 2018, η κυβέρνηση επένδυσε 1 δισεκατομμύριο κορώνες (100 εκατομμύρια ευρώ) για τη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα, με δύο κύριους στόχους

1. Την παροχή της μεγαλύτερων εγγυήσεων θεραπείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα και
2. ανάπτυξη «συμβάσεων ασθενών», τα οποία περιγράφονται ως έναν συνεκτικό χάρτη της προγραμματισμένης φροντίδας που θα συμβάλλει σε:
 - a. Αύξηση του συντονισμού, της θεραπείας και την προσπάθεια πρόληψης για ασθενείς με πολλαπλές υγειονομικές επαφές
 - b. Διασφάλιση ότι όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν την περίθαλψη που έχουν ανάγκη εντός εύλογου χρονικού διαστήματος
 - c. Διασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν μια σφαιρική ενημέρωση για την προγραμματισμένη φροντίδα, έτσι ώστε να μπορούν να ακολουθήσουν τη φροντίδα βήμα προς βήμα και να παραθέσουν σχετικές ερωτήσεις
 - d. Αύξηση της συνεργασίας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των κομητειακών συμβουλίων και των δήμοι στο συντονισμό της φροντίδας και τις μεταβάσεις.

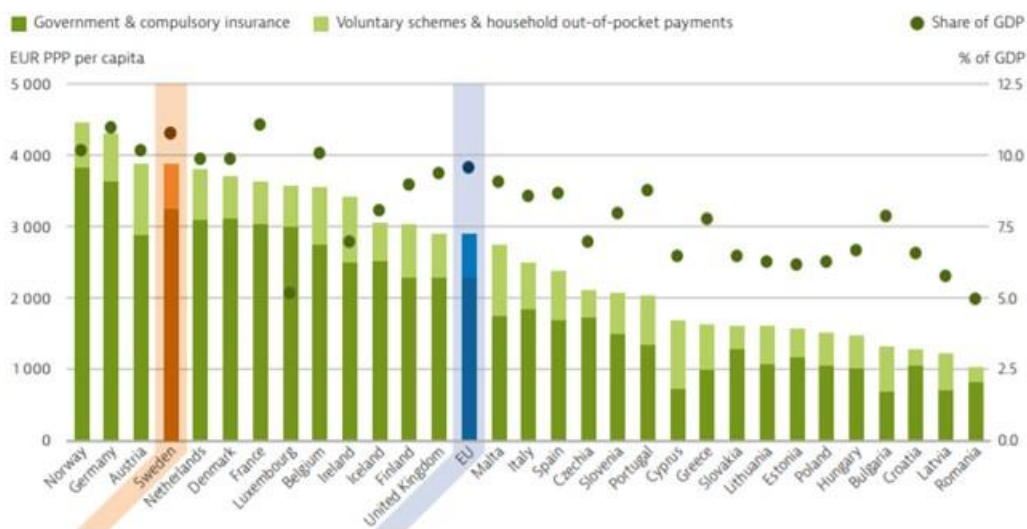
Η νέα κυβέρνηση ανακοίνωσε τον Ιανουάριο του 2019 ότι ένα σχέδιο μείωσης των χρόνων αναμονής για εκλεκτική χειρουργική επέμβαση θα προετοιμαζόταν σε συνεργασία με τα περιφερειακά κομητειακά συμβούλια. Η κυβέρνηση θα εφαρμόσει επίσης μια μεταρρύθμιση για την πρωτοβάθμια περίθαλψη ώστε να ενίσχυσει την

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας για παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με ειδική προτεραιότητα που δίνεται σε αγροτικές περιοχές. Άλλες προτεραιότητες περιλαμβάνουν την ενίσχυση φροντίδας έκτακτης ανάγκης, τη φροντίδα καρκίνου, τη φροντίδα μητρότητας, την ψυχιατρική περίθαλψη και την πρόληψη αυτοκτονιών. Η κυβέρνηση θα εισαγάγει επίσης έναν οργανισμό συντονισμού, υπεύθυνο για τον μακροπρόθεσμο προγραμματισμό υγειονομικού προσωπικού και προσφοράς δεξιοτήτων . Οι δαπάνες για την υγεία στη Σουηδία είναι υψηλές. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως από δημόσιες πηγές. Η Σουηδία διέθεσε το 11,0% του GDP της στις δαπάνες για την υγεία το 2017, το τρίτο υψηλότερο μερίδιο μεταξύ των χωρών της ΕΕ το οποίο είναι και πολύ πιο πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ στο 9,8% .

Διάγραμμα 2-1 Δαπάνες υγείας Σουηδίας σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πηγή: OECD Health Statistics 2019 πρόσβαση 20/12/2020

Η Σουηδία έχει επίσης την τρίτη υψηλότερη δαπάνη για την υγεία ανά άτομο μεταξύ των χωρών της ΕΕ, σε 3.872 ευρώ το 2017 (προσαρμοσμένο για διαφορές στην αγοραστική δύναμη). Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσωπεύουν το 84%, δηλαδή πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ (79%). Οι περισσότερες από τις υπόλοιπες δαπάνες για την υγεία (15%) καταβάλλονται άμεσα από τα νοικοκυριά, ενώ η εθελοντική υγεία αντιπροσωπεύει μόνο το 1% στις δαπάνες υγείας .(βλ. Ενότητα 5.2). Ωστόσο, ο αριθμός ατόμων με ιδιωτική ασφάλιση υγείας αυξάνεται ραγδαία, καθώς αυτό

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

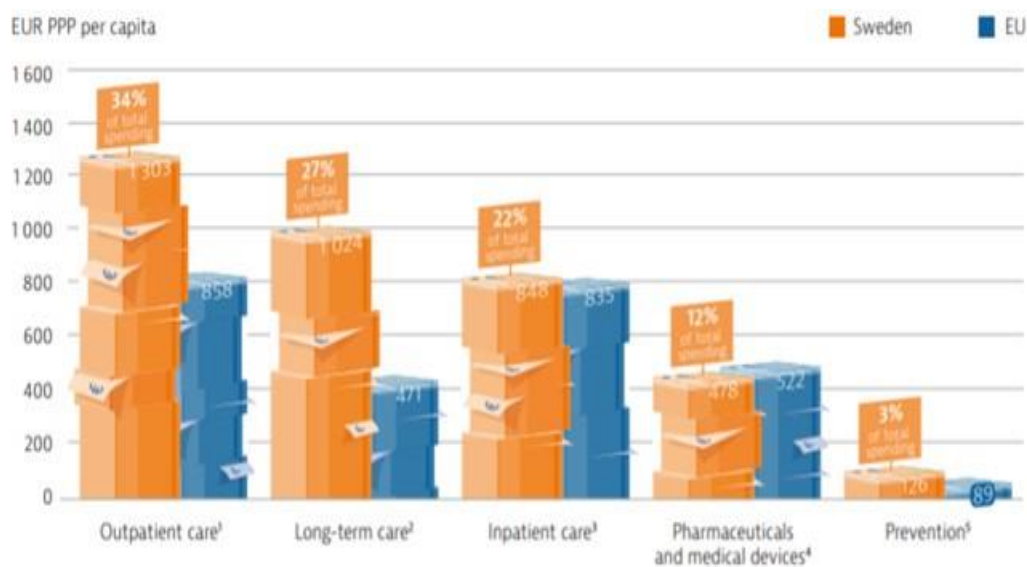
Σοφία Κόλλια

διευκολύνει στη γρηγορότερη πρόσβαση σε συμβουλές και φροντίδα παρά στη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών.

Η φροντίδα εξωτερικών ασθενών είναι η κύρια κατηγορία δαπανών υγείας , ακολουθούμενη από μακροχρόνια περίθαλψη.

Η μεγαλύτερη κατηγορία δαπανών υγείας στη Σουηδία είναι φροντίδα εξωτερικών ασθενών (συμπεριλαμβανομένης της κατ' οικον φροντίδας), η οποία αντιπροσωπεύει λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο (34%) της υγείας δαπάνες το 2017.

Διάγραμμα 2-2 Φροντίδα εξ νοσοκομειακών και μακροχρόνιων ασθενών



Πηγή:OECD Health Statistics 2019; Eurostat Database πρόσβαση 20/12/2020

Αυτό αντικατοπτρίζει τις προσπάθειες τις τελευταίες δύο δεκαετίες για συγκράτηση των δαπανών στο νοσοκομείο , ενώ αναπτύσσετε η φροντίδα εξωτερικών ασθενών (εξωνοσοκομειακών). Η μακροχρόνια περίθαλψη αντιπροσώπευε λίγο περισσότερο από το ένα τέταρτο (27%) όλων των δαπανών για την υγεία, δηλαδή υπερδιπλάσιο από το μέσο όρο της ΕΕ. Φροντίδα ασθενών (συνήθως παρέχεται σε νοσοκομεία) αντιπροσώπευαν το 22% των συνολικών δαπανών για την υγεία,

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

χαμηλότερο μερίδιο από πριν από μια δεκαετία πριν και χαμηλότερο από τον τρέχοντα μέσο όρο της ΕΕ (σχεδόν 30%).

Δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα και ιατροτεχνολογικά προϊόντα καταλαμβάνουν μικρότερο ποσοστό των δαπανών για την υγεία (12%) από τον μέσο όρο της ΕΕ (18%). Στη Σουηδία, όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, αυτό περιλαμβάνει μόνο εκείνες που έχουν χορηγηθεί εκτός νοσοκομείου, όχι εκείνων που αγοράστηκαν στο νοσοκομείο, που αναφέρονται για την φροντίδα εσωτερικών ασθενών (ή εξωτερικοί ασθενείς στο νοσοκομείο). Οι σχετικά χαμηλές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα που διανέμονται εκτός νοσοκομείου στη Σουηδία οφείλονται εν μέρει στις χαμηλές τιμές των φαρμάκων, καθώς και στη σχετικά υψηλή χρήση γενόσημων φαρμάκων.

2.2. Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας ανήκει στην κατηγορία της κοινωνικής ασφάλισης δηλαδή λειτουργεί κατά το μοντέλο Bismarck , έχοντας παράλληλα ισχυρή παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης . το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στηρίζεται από φιλανθρωπικά ιδρύματα ,από δημόσιες υπηρεσίες , ιδιωτικούς οργανισμούς κερδοσκοπικούς ή μη . η οικονομική συμμετοχή των ατόμων στο σύστημα περίθαλψης γίνεται έμμεσα από τη φορολογία του κράτους και εγγυάται την σχεδόν πλήρη κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας.

Η ολλανδική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για το ρύθμιση και διακυβέρνηση τριών συστημάτων που από κοινού παρέχουν ευρεία κάλυψη του Ολλανδικού πληθυσμού. ο Η κυβέρνηση καθορίζει επίσης το πακέτο παροχών και τους διαθέσιμους πόρους και διαθέτει εργαλεία για επέμβαση στο περίπτωση υπερβολικής δαπάνης. Το πρώτο σχέδιο είναι ένα κοινωνικό ασφαλιστικό σύστημα θεραπείας που παρέχεται από ανταγωνιστικούς ιδιωτικούς ασφαλιστές υγείας. Εισήχθη το 2006 και ενημερώνει όλους τους πολίτες να αγοράσουν ασφαλιστικά συμβόλαια για την κάλυψη των αναγκών τους από ένα καθορισμένο πακέτο παροχών. Οι ασφαλιστές πρέπει να δέχονται όλους τους αιτούντες και αναμένεται να συνάψουν συμβάσεις με παρόχους βάσει της ποιότητας και της τιμής. Είναι το μεγαλύτερο σχέδιο, που καλύπτει όλες τις εξειδικευμένες υπηρεσίες, την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα φαρμακευτικά προϊόντα και ιατρικά βοηθήματα, την ψυχική υγεία, ορισμένες συναφείς υπηρεσίες φροντίδας, και την κοινοτική νοσηλευτική. Το δεύτερο σχέδιο είναι μια κοινωνική ασφάλιση ενός πληρωμένου συστήματος μακροχρόνιας περίθαλψης, το οποίο πραγματοποιείται από ένα περιφερειακό σύστημα ασφάλισης. Το τρίτο είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής μέριμνας που χρηματοδοτείται από φόρους και εφαρμόζονται από τους δήμους . Εκεί υπάρχει επίσης μια μεγάλη εθελοντική ασφάλιση υγείας (Voluntary Health Insurance VHI), όπου μπορούν να προσφέρουν οι ασφαλιστικοί ιατροί πολιτικές για την κάλυψη υπηρεσιών εκτός του συμφωνημένου πακέτου.

Οι ιδιώτες γενικοί ιατροί (οικογενειακοί) παίζουν κεντρικό ρόλο στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας . Αυτοί διαχειρίζονται την πλειοψηφία των περιστατικών ασθενειών και λειτουργούν ως “gatekeepers” δηλαδή ως το μέσω συγκράτησης των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , για τους εξειδικευμένους γιατρούς και

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

τα νοσοκομεία. Χρηματοδοτούνται με καθορισμένες αμοιβές ανά ασθενή που έχει θεσμική ασφάλισης , και με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένα κίνητρο για αποδοτική προσφορά υπηρεσιών . οι ασθενείς που έχουν ιδιωτική ασφάλισης υγείας χρεώνονται ανά προσφερόμενη υπηρεσία.

Οι εξειδικευμένοι ιατροί , εργάζονται στην Ολλανδία σχεδόν αποκλειστικά σε νοσοκομεία. Οι περισσότεροι είναι ιδιώτες γιατροί οι οποίοι κάνουν συμβάσεις με τα νοσοκομεία για να χρησιμοποιούν το προσωπικό τους και τις δυνατότητες τους , γενικά για τους δικούς τους ασθενείς .

Ο αριθμός των γιατρών αυξήθηκε με αργούς ρυθμούς τα τελευταία χρόνια σε 3,6 γιατρούς ανά 1000 άτομα του πληθυσμού το 2017 ήταν ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ ο αριθμός νοσοκόμων σε 10,9 ανά 1.000) είναι πολύ πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ.(8.5). Με σχεδόν το 80% των εργαζομένων με μόνιμη σύμβαση , ο τομέας της υγείας παρέχει σταθερή, ασφαλή και σχετικά καλά αμειβόμενες θέσεις εργασίας (van de Berg και Jettinghoff, 2018).

Ο τομέας βρίσκεται επίσης στην πρώτη γραμμή αλλαγής εργασιών και προηγμένων νοσηλευτικών πρακτικών, δημιουργώντας ένα πιο ελκυστικό περιβάλλον εργασίας. Λιγότερο ευνοϊκά, παρά τις προβλέψεις εργατικού δυναμικού και τον προσεκτικό σχεδιασμό της εκπαιδευτικής ικανότητας, ελλείψεις παρουσιάζονται στην οδοντιατρική περίθαλψη, την εξειδικευμένη νοσηλευτική, την μακροχρόνια και τη νεανική φροντίδα, καθώς και πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η καλά οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα του ολλανδικού συστήματος υγείας κρατά τους χρήστες υπηρεσιών υγείας μακριά από την εισαγωγή σε νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται συντριπτικά από ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς παρόχους υγείας και οι περισσότεροι εκ των οποίων είναι αυτοαπασχολούμενοι ιατροί. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας είναι κυρίως υπό την ευθύνη της τοπικής κοινωνίας (δήμοι) και παρέχουν υπηρεσίες για την προώθηση της υγείας , τη διαλογή των περιστατικών , τον εμβολιασμό και την φροντίδα των νέων. Η Ολλανδία λειτουργεί αυστηρά για την συγκράτηση των ασθενών μακριά από την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ασθενείς χρειάζονται παραπομπή από το Ιατρός για επίσκεψη στο νοσοκομείο και στην εξειδικευμένη φροντίδα (εξειδικευμένους ιατρούς). Αυτό οδήγησε σε συγκριτικά υψηλό αριθμό επαφών εξωτερικών ασθενών, αλλά και σε σχετικά χαμηλό αριθμό νοσοκομείων εισαγωγών , υποδηλώνοντας ότι όταν υπάρχει

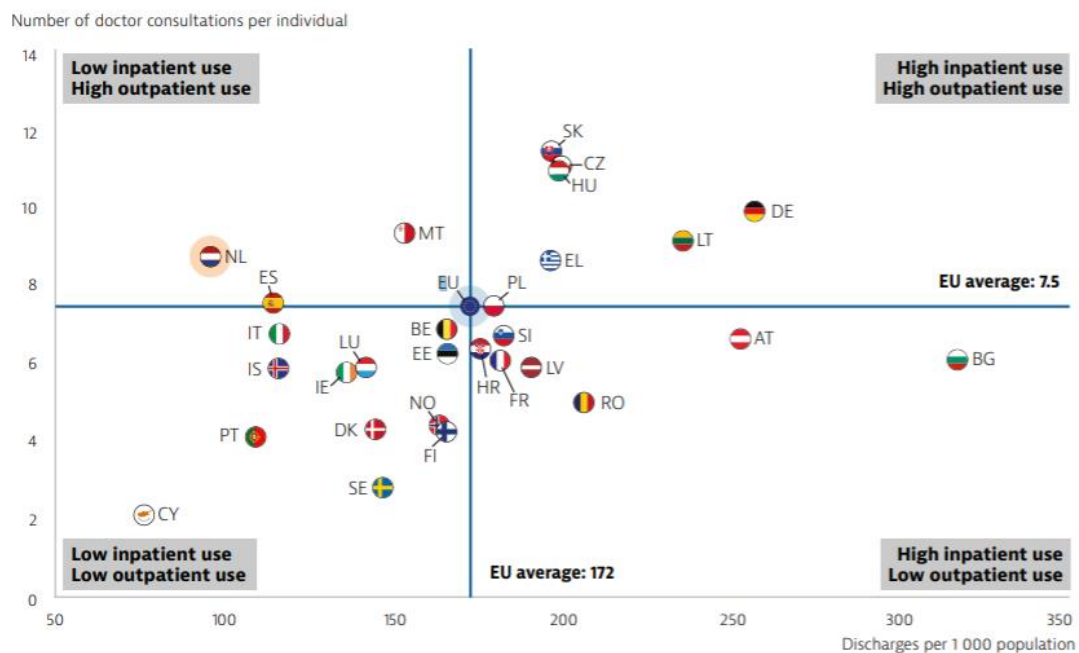
«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα καταφέρνει να κρατήσει τους ανθρώπους εκτός νοσοκομείων. Υπάρχουν επί του παρόντος αρκετά πιλοτικά έργα ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες (π.χ. για αδύναμα ηλικιωμένα άτομα), καθώς δύο μακροπρόθεσμα: οι υπηρεσίες φροντίδας και οι υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας.

Η Ολλανδία είναι μία από τις λίγες χώρες που συνδυάζει σχετικά υψηλό αριθμό εξωτερικών χρηστών (ασθενών) , με χαμηλό αριθμό εσωτερικών ασθενών.

Διάγραμμα 2-3 Αριθμός εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών



Note: Data for doctor consultations are estimated for Greece and Malta.
Source: Eurostat Database; OECD Health Statistics (data refer to 2016 or the nearest year).

Πηγη: OECD Πρόσβαση στις 29/11/2020

(<https://www.oecdilibrary.org/docserver/9ac45ee0en.pdf?expires=1606663111&id=id&accname=guest&checksum=0628314B1A7524D306562B693F459C56>)

Το σύστημα αποζημίωσης για τους ειδικούς γιατρούς είναι σε φάση μεταρρύθμισης αυτή τη στιγμή. Το παραδοσιακό σύστημα αμοιβής ανά υπηρεσία το οποίο ελέγχεται , μέσω του προϋπολογισμού πρόκειται να αντικατασταθεί από κάποια μοντέλα που βασίζονται περισσότερο σε κίνητρα. Οι υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας ελέγχονται στενά από την κυβέρνηση, αν και τα νοσοκομεία λειτουργούν ως ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί.

2.4. Το σύστημα υγείας της Δανίας

Το σύστημα υγείας της Δανίας είναι ένα από εκείνα τα συστήματα που παρέχουν δημόσια υγειονομική περίθαλψη δωρεάν σε μεγάλο βαθμό προς όλους τους εγγεγραμμένους πολίτες της χώρας, ακόμα και στους μετανάστες και στους αιτούντες άσυλο. Οι μετανάστες χωρίς έγγραφα έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες απαραίτητης περίθαλψης μέσω μιας εθελοντικής, ιδιωτικά χρηματοδοτούμενης πρωτοβουλίας που υποστηρίζεται από τον Danish Medical Association, τον Danish Red Cross, και την Danish Refugee Council. Οι Δανοί μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο επιλογές δημόσιας ασφάλισης. Στην πρώτη περίπτωση σύμφωνα με την οποία οι γενικοί ιατροί (GP) λειτουργούν ως “gate keepers” οι ασθενείς χρειάζονται παραπομπή για να επισκεφθούν εξειδικευμένους γιατρούς (με εξαίρεση ορισμένες ειδικότητες). Σε αυτή την πρώτη κατηγορία ανήκει το 98% των Δανών πολιτών, ενώ το υπόλοιπο 2% των Δανών επιλέγει κάλυψη, η οποία επιτρέπει την πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς, χωρίς παραπομπή από γενικό ιατρό. Και στις δύο ασφαλιστικές επιλογές, η πρόσβαση στα νοσοκομεία απαιτεί την παραπομπή από τους γενικούς ή τους εξειδικευμένους ιατρούς.

Η καθολική κάλυψη αναπτύχθηκε σταδιακά, ξεκινώντας από το τελευταίο μέρος της δεκαετίας του 1800 με μη κυβερνητική ασφάλιση, γνωστή ως ταμεία ασθενείας, καλύπτοντας την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τα έξοδα χρηστών για νοσοκομειακή περίθαλψη. Μετά από μεταρρύθμιση το 1973 ιδρύθηκε το ισχύον σύστημα καθολικής δημόσιας κάλυψης.

Η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη βασίζεται στον Δανικό Νόμο για την Υγεία (Denmark’s Health Law), ο οποίος καθορίζει την υποχρέωση της κυβέρνησης να προωθεί την υγεία του πληθυσμού, να προλαμβάνει και να θεραπεύει ασθένειες, να εξασφαλίσει υψηλής ποιότητας φροντίδα με εύκολη και ίση πρόσβαση σε όλους, να προωθήσει την ενοποίηση υπηρεσιών, την επιλογή, τη διαφάνεια, την πρόσβαση σε πληροφορίες και το μειωμένο χρόνο αναμονής. (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, and Wharton 2020)

2.4.1. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η εθνική κυβέρνηση καθορίζει το κανονιστικό πλαίσιο για τις υπηρεσίες υγείας και είναι υπεύθυνη για τον γενικό σχεδιασμό, την παρακολούθηση της ποιότητας της περίθαλψης και την αδειοδότηση των επαγγελματιών υγείας. Αρχικά η κυβέρνηση εισπράττει φόρους και χορηγεί χρηματοδότηση στις περιφέρειες και τους δήμους με βάση κοινωνικοδημογραφικά κριτήρια και δραστηριότητα τους. Το κράτος δεν έχει άμεσο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Στη συνέχεια πέντε περιφέρειες και τα δημοκρατικά εκλεγμένα συμβούλια τους είναι υπεύθυνα για τον σχεδιασμό και την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και έχουν σημαντικό ρόλο στην εξειδικευμένη κοινωνική περίθαλψη και τον συντονισμό. Κάθε μια από της περιφέρειες διαθέτει ένα νοσοκομείο για το οποίο είναι αρμόδια για την διαχείριση του και την ορθή και επαρκή χρηματοδότηση του. Επιπλέον, χρηματοδοτούν την πλειονότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από ιδιώτες ιατρούς γενικής ιατρικής, φυσιοθεραπευτές, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, καθώς και προγράμματα εξειδικευμένης αποκατάστασης. Το 80% της χρηματοδότησης για τις περιφέρειες προέρχεται από το κράτος και το υπόλοιπο από τους δήμους.

Οι 98 δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη πρωτοβάθμια πρόληψη, τη χρηματοδότηση και την παροχή φροντίδας σε οίκους ευγηρίας, νοσηλευτές κατ 'οίκον, επισκέπτες υγείας, ορισμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες σχολικής υγείας, βοήθεια στο σπίτι, θεραπεία για την αποκατάσταση απο χρήση ουσιών, προώθηση της δημόσιας υγείας και την αποκατάσταση κάθε είδους.

Ο γενικός κανονισμός, ο σχεδιασμός και η επίβλεψη των υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των συνολικών μηχανισμών ελέγχου του κόστους, λαμβάνουν χώρα σε εθνικό επίπεδο μέσω του Κοινοβουλίου, του Υπουργείου Υγείας και τεσσάρων κυβερνητικών υπηρεσιών:

1. Η Αρχή Υγείας, η οποία παρέχει γενική παρακολούθηση και ρύθμιση της ποιότητας μέσω μέτρων όπως, οι κλινικές οδηγίες και αδειοδότηση προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, συνήθως σε στενή συνεργασία με εκπροσώπους ιατρικών εταιρειών
2. Ο Οργανισμός Φαρμάκων, ο οποίος ρυθμίζει την πρόσβαση στην αγορά και τη φαρμακοεπαγρύπνηση, μεταξύ άλλων λειτουργιών

3. Η Αρχή Ασφάλειας Ασθενών, η οποία χειρίζεται τις καταγγελίες των ασθενών και τις αποζημιώσεις, καθώς επίσης συλλέγει πληροφορίες σχετικά με σφάλματα για την προώθηση της συστηματικής μάθησης και παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία στο εξωτερικό
4. Η Αρχή Δεδομένων Υγείας, η οποία χειρίζεται τη συλλογή δεδομένων και την υποδομή

2.4.2. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καλύπτει κυρίως φαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη και υπηρεσίες που δεν καλύπτονται πλήρως από το κράτος, όπως η φυσιοθεραπεία. Περίπου 2,45 εκατομμύρια Δανοί (42%) έχουν τέτοια κάλυψη, η οποία παρέχεται σχεδόν αποκλειστικά από τον μη κερδοσκοπικό οργανισμό Denmark. Επιπλέον, σχεδόν 1,69 εκατομμύρια Δανοί (30%) κατέχουν συμπληρωματική ασφάλιση για να αποκτήσουν διευρυμένη πρόσβαση σε ιδιωτικούς παρόχους, κυρίως για φυσιοθεραπεία και δευτερεύουσες εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Επτά ασφαλιστικοί ασφαλιστές πωλούν συμβόλαια, τα οποία παρέχονται κυρίως από ιδιώτες εργοδότες , αν και καλύπτονται και ορισμένοι υπάλληλοι του δημόσιου τομέα. Οι μαθητές, οι συνταξιούχοι, οι άνεργοι και άλλοι εκτός της αγοράς εργασίας γενικά δεν καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση.

2.4.3. Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Περίπου το 22% των γιατρών εργάζονται στη γενική πρακτική. Σχεδόν όλοι οι γιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι και πληρώνονται από τις περιφέρειες μέσω συνθηκών (περίπου 30% του εισοδήματος) και αμοιβής για υπηρεσία (70% του εισοδήματος). Οι τιμές καθορίζονται μέσω εθνικών συμφωνιών με ενώσεις ιατρών.

Το μέσο εισόδημα για έναν γιατρό ήταν 1,1 εκατομμύρια DKK (149.500 USD) το 2012, το οποίο είναι περίπου το ίδιο με το μέσο μισθό για τους ηλικιωμένους γιατρούς (ειδικούς) .

Η δομή της πρακτικής αλλάζει σταδιακά από ατομικές σε ομαδικές πρακτικές, αποτελούμενες συνήθως από δύο έως τέσσερις ιατρούς και δύο έως τρεις νοσοκόμες, καθώς και δειγματοληψία και εξετάσεις αίματος. Οι κλινικές πολλαπλών ειδικοτήτων

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

- με ιατρούς, φυσιοθεραπευτές και ειδικούς με βάση το γραφείο που λειτουργούν εκτός των ιδίων εγκαταστάσεων αλλά υπό ξεχωριστή διαχείριση - έχουν επίσης αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.

Όπως εξηγήθηκε προηγουμένως, οι Δανοί έχουν τη δυνατότητα επιλογής δύο επιλογών ασφάλισης δημόσιας υγείας. Οι ασθενείς που επιλέγουν την κάλυψη της πρώτης Ομάδας πρέπει να εγγραφούν σε ιατρό και έχουν σαν προνόμιο τη δωρεάν επιλογή οποιουδήποτε διαθέσιμου τοπικού γενικού ιατρού (GP). Οι γιατροί δεν μπορούν να χρεώσουν πάνω από το πρόγραμμα αμοιβών για ασθενείς που χρηματοδοτούνται από το κοινό στην πρώτη περίπτωση.

2.4.4. Εξειδικευμένη φροντίδα εξωτερικών ασθενών

Η εξειδικευμένη φροντίδα εξωτερικών ασθενών παρέχεται σε περιπατητικές κλινικές που βασίζονται σε νοσοκομεία από γιατρούς που απασχολούνται στο νοσοκομείο ή από αυτοαπασχολούμενους ειδικούς σε ιδιόκτητες εγκαταστάσεις. Οι ιδιώτες αυτοαπασχολούμενοι ειδικοί μπορούν να εργάζονται με πλήρη ή μερική απασχόληση. Οι μερικός απασχολούμενοι μπορούν επίσης να εργάζονται στον νοσοκομειακό τομέα, υπό την επιφύλαξη κωδίκων δεοντολογίας, με το επίπεδο δραστηριότητάς τους να παρακολουθείται και τα κέρδη στις ιδιωτικές κλινικές εξωτερικών ασθενών να περιορίζονται από τις περιφέρειες.

Οι αυτοαπασχολούμενοι ιδιωτικοί πάροχοι πληρώνονται από τις περιφέρειες βάσει αμοιβής για εξυπηρέτηση των δημόσιων ασθενών. Οι αμοιβές σε ιδιωτικούς παρόχους καθορίζονται μέσω εθνικών διαπραγματεύσεων μεταξύ περιφερειακών εκπροσώπων και ενώσεων ιατρών, βάσει περιφερειακών προτεραιοτήτων και αξιολογήσεων πόρων.

Οι ιδιωτικοί ειδικοί και τα νοσοκομεία λαμβάνουν επίσης πληρωμές εκτός ασθενείας από ασθενείς και αποζημιώσεις από ιδιωτικούς εθελοντικούς ασφαλιστές. Οι χρεώσεις για ιδιωτικούς ασθενείς (και για την ομάδα 2) καθορίζονται από τους ειδικούς και ενδέχεται να υπερβαίνουν το πρόγραμμα αμοιβών. Οι ιδιωτικοί επαγγελματίες και τα ιδιωτικά νοσοκομεία μπορούν επίσης να δέχονται ασθενείς που παραπέμπονται από παρόχους δημόσιου τομέα, πληρώνονται για αυτές τις υπηρεσίες μέσω συγκεκριμένων συμφωνιών με τις περιφέρειες.

Δεν υπάρχει πληρωμή εκτός τσέπης για συμβουλές πρωτοβάθμιας ή εξειδικευμένης περίθαλψης και θεραπείες για ασθενείς στην πρώτη ομάδα , ενώ τα φάρμακα που συνταγογραφούνται σε κλινικές εκτός νοσοκομείων υφίστανται αποπληρωμή όταν είναι κάτω από το ετήσιο όριο του DKK 4.030 (548 USD). Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οι ειδικοί πληρώνονται απευθείας από τις περιφέρειες κατά την ηλεκτρονική εγγραφή παροχής υπηρεσιών τους. Οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας κάνουν μια πληρωμή για να συμπληρώσουν την αυτόματη πληρωμή ανά περιφέρεια.

2.4.5. Φροντίδα μετά το ωράριο

Η παροχή υπηρεσιών μετά το ωράριο λειτουργίας οργανώνεται από την εκάστοτε περιφέρεια. Η πρώτη γραμμή επαφής είναι μια περιφερειακή τηλεφωνική υπηρεσία μετά το ωράριο με έναν ιατρό (ή μια εξειδικευμένη νοσοκόμα στην περιοχή της Κοπεγχάγης) που οδηγεί σε επισκέψεις στο σπίτι ή στο τμήμα επειγόντων κάποιου νοσοκομείου. Πληροφορίες σχετικά με τις επισκέψεις ασθενών μετά τις ώρες αποστέλλονται τακτικά ηλεκτρονικά σε ιατρούς και εκείνου συνάπτουν συλλογικές συμβάσεις με τις περιφέρειες για την παροχή φροντίδας μετά το ωράριο. Ωστόσο, οι μεμονωμένοι γιατροί έχουν ευελιξία στην ανάληψη περισσότερης ή λιγότερης ευθύνης στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος και λαμβάνουν υψηλότερη αμοιβή για την εξυπηρέτηση μετά την ώρα της φροντίδας από ό, τι για την κανονική φροντίδα.

Η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί μείζονα τομέα προτεραιότητας στην πολιτική για την υγεία, όπως αντικατοπτρίζεται στον δανικό νόμο για την υγεία.

Το Δανικό Ινστιτούτο Ποιότητας και Διαπίστευσης στην Υγειονομική Περίθαλψη (The Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare IKAS) είχε καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή της διαπίστευσης σε νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια και δημοτική υγειονομική περίθαλψη μέσω του Δανικού Προγράμματος Ποιότητας Υγειονομικής Υγείας. Το πρόγραμμα, σε λειτουργία μεταξύ 2004 και 2015, καταργήθηκε σταδιακά για νοσοκομεία και αντικαθίσταται από ένα νέο σύστημα στο οποίο οι περιφέρειες είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη συστημάτων που τους επιτρέπουν να επιτύχουν οκτώ εθνικούς στόχους ποιότητας και σχετικούς δείκτες. Αυτοί οι στόχοι έχουν αποφασιστεί σε συμφωνίες με διαπραγμάτευση μεταξύ του κράτους, των Δανικών Περιφερειών και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της Δανίας. Η

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

περιφερειακή απόδοση επί των στόχων παρακολουθείται και δημοσιεύεται κάθε χρόνο. Η παροχή επίσημης αναγνώρισης, έπειτα από αξιολόγηση για την πρωτοβάθμια φροντίδα αντικαθίσταται σταδιακά από ένα σύστημα συλλογικής συνεργασίας που βασίζεται σε ποιοτικά δεδομένα.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Δανίας χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό δημοσίως αλλά και με αυτοαπασχολούμενους ιατρούς. Το γεγονός αυτό μας βοηθά να κατανοήσουμε ότι είναι ένα ευέλικτο σύστημα που μπορεί να προσαρμοστεί σε νέες προκλήσεις. Ο οικογενειακός ιατρός είναι η πρώτη επαφή συνήθως για τους ασθενείς. Το σύστημα αποδοχών επιτυγχάνει μια καλή ισορροπία μεταξύ των αντιτιθέμενων κινήτρων παρόλο που η ισορροπία μεταξύ του εισοδήματος από τον περιορισμό και την αμοιβή για υπηρεσίες συζητείται συνεχώς. Το “gate keeping” είναι ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος που βοηθά στη θεραπεία παρά μόνο όταν είναι πραγματική ανάγκη. Δίνει στους γενικούς ιατρούς την ευθύνη να φροντίσουν και να παραπέμψετε τους ασθενείς σε εξειδικευμένη θεραπεία όταν χρειάζεται και ταυτόχρονα τους δίνει τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσουν ότι ενδεχομένως και να μπορούν οι ίδιοι να παρέχουν επαρκή θεραπεία σε πιο πολύπλοκα προβλήματα (χωρίς να κινδυνέψει ο ασθενής).

2.5. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας

Το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται ως το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα εθνικού συστήματος , όπου κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση , μέσω των ταμείων υγείας . Σε αυτό το σύστημα συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος , η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους , η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας . Υπάρχουν δηλαδή , ένας ιδιωτικός τομέας που εδραιώνεται με ιατρούς και νοσοκομεία , ένα μοντέλου εθνικού συστήματος υγείας και ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργεί περιφερειακά . Υπεύθυνοι για τις υπηρεσίες υγείας στο γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται η ομοσπονδιακή κυβέρνηση σε κεντρικό επίπεδο και οι κυβερνήσεις των ομοσπονδιακών κρατιδίων σε τοπικό επίπεδο.

Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας ("*Bundesministerium für Gesundheit* ") είναι υπεύθυνο για τη χάραξη πολιτικής σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Το Υπουργείο Υγείας διευθύνει ορισμένα ιδρύματα και οργανισμούς που είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση θεμάτων δημόσιας υγείας υψηλότερου επιπέδου, όπως το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Ναρκωτικών και Ιατρικών Συσκευών ("*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* ") και το Ινστιτούτο Paul Ehrlich. Το **Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Ναρκωτικών και Ιατρικών Συσκευών** λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την έγκριση φαρμακευτικών προϊόντων. Το Ινστιτούτο Paul Ehrlich είναι υπεύθυνο για την έγκριση εμβολίων. Για τη νόμιμη ασφάλιση υγείας αρμόδια είναι η **Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή** (G-BA). Αποτελεί το υψηλότερο όργανο λήψης αποφάσεων εντός του αυτοδιοικούμενου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει μέλη που εκπροσωπούν γιατρούς, οδοντίατροι, ψυχοθεραπευτές, τους νόμιμους ασφαλιστές, νοσοκομεία και ασθενείς. Επιπροσθέτως, λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με το ποιες ιατρικές υπηρεσίες θα καλυφθούν από τους νόμιμους ασφαλιστές και ποια μορφή θα λάβει αυτή η κάλυψη.

Μέσω συμβάσεων με πολλά διαφορετικά ιδρύματα και οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων των ενώσεων νόμιμων ιατρών και οδοντιάτρων, καθώς και ενώσεων ιατρών, νοσοκομείων και φαρμακείων, οι νόμιμοι ασφαλιστές υγείας υποχρεούνται να παρέχουν ασφάλιση υγείας και ιατρική περίθαλψη. Η κάλυψη που

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

προσφέρεται από τους ιδιωτικούς ασφαλιστές υγείας στα μέλη τους είναι πλήρη, μερική ή πρόσθετη.

Αυτή οι ομάδα ασφαλιστών εκπροσωπείται από την **Ένωση Ιδιωτικών Ασφαλιστών** ("Verband"). Επιπλέον υπάρχουν σύλλογοι νόμιμων ιατρών και οδοντιάτρων. Οι γιατροί και οι ψυχολογικοί (μη ιατρικοί) ψυχοθεραπευτές που χρεώνουν υπηρεσίες σε νόμιμους ασφαλιστές ανήκουν σε ενώσεις νόμιμων ιατρών ασφάλισης ("Kassenärztliche Vereinigungen"), ενώ οι οδοντίατροι εκπροσωπούνται από τις ενώσεις νόμιμης ασφάλισης οδοντίατροι("Kassenzahnärztliche Vereinigungen"). Οι αντίστοιχοι οργανισμοί σε ομοσπονδιακό επίπεδο είναι η **Ομοσπονδιακή Ένωση Νομικών Ιατρών ασφάλισης** ("Kassenärztliche Bundesvereinigung") και η Ομοσπονδιακή Ένωση Οδοντιατρικών Ασφαλίσεων ("Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung"). Το πεδίο των δραστηριοτήτων αυτών των ενώσεων καθορίζεται από το νόμο.

Ενας ακόμα πάροχος υγειονομικής περίθαλψης είναι η **Ομοσπονδία νοσοκομείων**. Η Γερμανική Ομοσπονδία Νοσοκομείων ("Deutsche Krankenhausgesellschaft") εκπροσωπεί τις κεντρικές και περιφερειακές ενώσεις των διαφόρων φορέων που λειτουργούν τα νοσοκομεία, όπως πόλεις και δήμοι, θρησκευτικές οργανώσεις, μη κερδοσκοπικές ενώσεις και άλλους ιδιωτικούς χορηγούς.

Μια ακόμη κατηγορία παρόχων είναι τα **Επιμελητήρια ιατρού, οδοντίατρου, ψυχοθεραπευτή και φαρμακοποιού**. Σε επίπεδο επιμέρους ομοσπονδιακής πολιτείας (Bundesland), όλοι οι γιατροί, οι οδοντίατροι, οι ψυχοθεραπευτές και οι φαρμακοποιοί πρέπει να είναι μέλη του αντίστοιχου κρατικού επιμελητηρίου τους. Αυτά τα επιμελητήρια είναι υπεύθυνα για την εποπτεία των επαγγελματικών υποχρεώσεων των μελών, τη διασφάλιση της συμμόρφωσης με το Διάταγμα για την Ακτινοπροστασία, την επαγγελματική πιστοποίηση και τις εξετάσεις του ιατρικού συμβουλίου, και τέλος αξιολογούν και επιλύουν ισχυρισμούς αθέμιτων πρακτικών. Τα κρατικά επιμελητήρια έχουν επίσης αντίστοιχα τμήματα σε ομοσπονδιακό επίπεδο.

Η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας ("Öffentlicher Gesundheitsdienst") Η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας έχει την ευθύνη να προστατεύει τους ανθρώπους από κινδύνους για την υγεία. Οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας ρυθμίζουν την υγιεινή σε κοινόχρηστα κτίρια, την προστασία από λοιμώξεις και γενικά προωθούν την καλή

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

υγεία. Προσφέρουν επίσης συμβουλευτική και βοήθεια, για παράδειγμα σε άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Οι **Φαρμακευτικές ενώσεις**, με άλλα λόγια τα φαρμακεία είναι υπεύθυνα για την παροχή φαρμάκων, καθώς και για την παροχή πληροφοριών και συμβουλών σχετικά με το φάρμακο. Για να εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητα των φαρμάκων, οι φαρμακευτικοί σύλλογοι υπογράφουν συμφωνίες με την Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας ("*Spitzenverband* ") και τους ασφαλιστές.

Άλλοι επαγγελματίες υγείας όπου περιλαμβάνονται οι φυσιοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι νοσοκόμοι και οι μαιές.

Και τέλος οι **Οργανώσεις ασθενών και οι ομάδες αυτοβοήθειας** όπου πολλοί άνθρωποι έχουν ενωθεί για να σχηματίσουν οργανώσεις ασθενών και ομάδες αυτοβοήθειας που παρέχουν στους ασθενείς υποστήριξη και συμβουλές. Επιπλέον, διάφορες οργανώσεις ασθενών αντιπροσωπεύουν τα συμφέροντα των ασθενών όσον αφορά ζητήματα που σχετίζονται με την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης.

2.5.1. Εξωνοσοκομειακή φροντίδα

Στη Γερμανία, η περίθαλψη εξωτερικών ασθενών (*ambulante Versorgung*) παρέχεται κυρίως από αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, οδοντίατρους, ψυχοθεραπευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι περισσότεροι γιατροί και οδοντίατροι έχουν μια νόμιμη διαπίστευση ασφάλισης υγείας («*Kassenzulassung*»), επιτρέποντάς τους να θεραπεύουν οποιονδήποτε έχει νόμιμη ασφάλιση υγείας.

Όπως και σε άλλες χώρες ανά τον πλανήτη, έτσι και στη Γερμανία, οι γενικοί ιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι θεωρούνται οικογενειακοί γιατροί. Λειτουργούν ως gatekeepers και είναι εκείνοι που έχουν την αρμοδιότητα να παραπέμπουν το άτομο στο σωστό είδος ειδικού ιατρού για συγκεκριμένα- εξειδικευμένα ιατρικά προβλήματα. Χωρίς την παραπομπή από τον γενικό ιατρό η πρόσβαση και επικοινωνία με τον εξειδικευμένο ιατρό καθίσταται αδύνατη.

Εκτός από τις ατομικές τους πρακτικές, υπάρχουν πολλές κοινές πρακτικές και κέντρα ιατρικής περίθαλψης στη Γερμανία με δύο ή περισσότερους γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται- συστεγάζονται. Οι μεγαλύτερες πρακτικές κοινής χρήσης μπορούν συχνά να προσφέρουν υπηρεσίες που συνήθως διατίθενται

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

μόνο σε νοσοκομεία, όπως ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις ή χειρουργικές επεμβάσεις. Εξαιτίας αυτού, αυτές οι πρακτικές αναφέρονται μερικές φορές ως "πρακτικά νοσοκομεία" ("Praxiskliniken"). Οι εξωτερικοί ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση για ιατρική περίθαλψη σε νοσοκομείο ή σε ψυχιατρικό ίδρυμα εάν δεν περιλαμβάνεται διανυκτέρευση.

2.5.2. Η χρηματοδότηση των ταμείων υγείας

Η χρηματοδότηση των ταμείων υγείας πραγματοποιείται μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών και βασίζεται στο εισόδημα, ενώ ένα ποσό δίνεται και από την κυβέρνηση του κρατιδίου. Τα διάφορα ταμεία υγείας που υπάρχουν, αγοράζουν για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους υπηρεσίες υγείας και πληρώνουν τους προμηθευτές από τα έσοδα που υπάρχουν από τις εισφορές. Οι εισφορές των ανέργων στα ταμεία υγείας καλύπτονται από τα κρατίδια. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση συλλέγει τις εισφορές και τις διανέμει στα ταμεία υγείας ανάλογα με τη νοσηρότητα των ασφαλισμένων τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα ταμεία υγείας να μην κάνουν διάκριση στην επιλογή των ασφαλισμένων με βάση κάποια προϋπάρχουσα ασθένεια. (Rice, 2006)

Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε μια δέσμη υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται δωρεάν και έχουν ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου. Οι γιατροί αντίστοιχα απολαμβάνουν κλινική και επαγγελματική αυτονομία.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από τον ΟΟΣΑ το 2013 το γερμανικό σύστημα υγείας ανήκει στην κατηγορία της κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck), με τη δημόσια καθολική κάλυψη να αγγίζει το 88,8% το 2013. Σε όλα τα επίπεδα υπάρχουν αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί και δομές, στους οποίους εκχωρούνται όλες εκείνες οι αρμοδιότητες για την οργάνωση, παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Τα 136 ασφαλιστικά ταμεία έχουν θεσμικό ρόλο στην πλευρά της ασφάλισης και της αποζημίωσης των προμηθευτών, ενώ οι 17 περιφερειακές ενώσεις των συμβαλλόμενων ιατρών με τα ασφαλιστικά ταμεία στην πλευρά της ζήτησης. Από το 2009, το Κεντρικό Ταμείο Υγείας μαζί με το προϋπάρχον πλαίσιο είναι οι αποκλειστικοί υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Μέσα από διαβουλεύσεις αποφασίζουν τόσο για το μείγμα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο τις τιμές και τα συμβόλαια αποζημίωσης των παροχών. Η Π.Φ.Υ παρέχεται κατά 75%

από ιδιώτες ιατρούς (solo practice) και κατά 25% από συνεργασία και συστέγαση με άλλους (group practice), χωρίς κάποιο αυστηρό σύστημα «πυλωρού». Από το 2004 επιτρέπεται η λειτουργία πολυκλινικών με αντικείμενο την Π.Φ.Υ. Επίσης, εισάγονται κάποια κίνητρα στους ασφαλισμένους για την εγγραφή τους σε σχήματα οικογενειακής ιατρικής, εφόσον ακολουθήσουν ένα πιο αποτελεσματικό gatekeeping. Κάθε ασφαλισμένος είναι ελεύθερος στην επιλογή γενικού ιατρού ή και ειδικού από τη λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο τους, ενώ η επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων απαιτεί συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Η Π.Φ.Υ περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, οδοντιατρική φροντίδα, φυσικοθεραπείες, φάρμακα, νοσηλεία κατ' οίκον και διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Η χρηματοδότηση του συστήματος συνίσταται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών (70%), από την γενική κυβέρνηση (7%) και ιδιωτική συμμετοχή των ασφαλιζόμενων στο κόστος (13%). Η συμμετοχή είναι 10€ ανά επίσκεψη σε οικογενειακό ιατρό και οδοντίατρο. Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας συλλέγει τις εισφορές από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ανακατανέμει με βάση τον αριθμό, δημογραφικών και νοσολογικών στοιχείων των ασφαλισμένων, ύστερα από διαπραγματεύση μέσω τμηματικών προϋπολογισμών. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποζημιώνουν τις περιφερειακές ενώσεις των ιατρών με κατά κεφαλήν συνολική αμοιβή, και στη συνέχεια αυτές αμείβουν τους τα μέλη τους σύμφωνα με την «Ενιαία Κλίμακα Αξιών» (Uniform Value Scale) για 150 υπηρεσιών (πακέτων) ΠΦΥ.

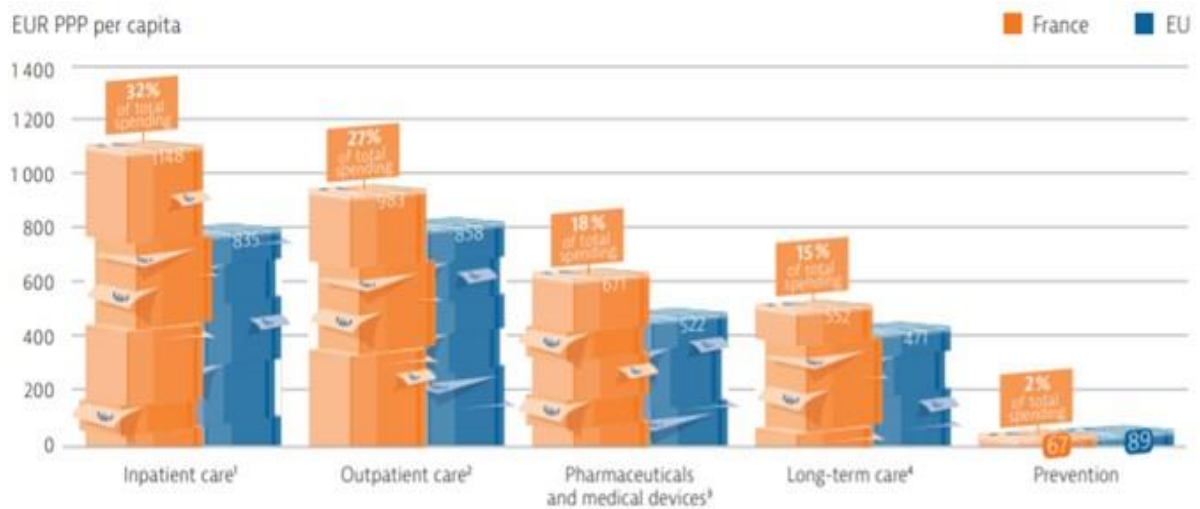
Η πρόοδος στην ολοκληρωμένη περίθαλψη είναι περιορισμένη. Η παροχή υπηρεσιών στη Γερμανία είναι εξαιρετικά κατακερματισμένη και μη συντονισμένη. Υπάρχει κατακερματισμός μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της εξειδικευμένης φροντίδας λόγω της απουσίας ενός συστήματος φύλαξης πυλών . Οι πληροφορίες για τον ασθενή συχνά χάνονται, λόγω του ότι δεν υπάρχει σύστημα ηλεκτρονικής υγείας. Επιπλέον, διαφορετική οργάνωση και οι διαφορετικοί κανόνες χρηματοδότησης σημαίνουν ότι υπάρχει ένας ισχυρός διαχωρισμός μεταξύ νοσοκομείων και περιπατητικής περίθαλψης. Τα κίνητρα λοιπόν για την ενίσχυση της διατομεακής συνεργασίας παραμένουν ανύπαρκτα. (State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2019)

2.6. Το σύστημα υγείας της Γαλλίας

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismarck , στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης , με ισχυρό όμως κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Τα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με προοπτικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς με βάση το ποσοστό χρηματοδότησης τους από την κοινωνική ασφάλιση . Κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει κατόπιν διαπραγματεύσεων , ανάλογα με τις ασθενοήμερες νοσηλείας των ασφαλισμένων του κατά την αμέσως προηγούμενη ετήσια χρήση.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό του ιατρό , ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς. (Τούντας)

Διάγραμμα 2-4 Δαπάνες υγείας τη Γαλλία -Φροντίδα εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών



Πηγή: OECD Πρόσβαση στις 29/11/2020 (OECD Health Statistics 2019, Eurostat Database (data refer to 2017))

Η μεγαλύτερη κατηγορία δαπανών υγείας στη Γαλλία προέρχεται από την ιατρική περίθαλψη σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, τα οποία αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2017, ποσοστό αρκετά υψηλότερο από το 29% του μέσου όρου της ΕΕ.

Οι περισσότερες δαπάνες για την υγεία προορίζονται για εξω-εσω-νοσοκομειακή περίθαλψη και μικρό ποσοστό για την πρόληψη. Πάνω από το ένα τέταρτο των δαπανών υγείας διατέθηκαν για τη φροντίδα εξωνοσοκομειακών ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της εξειδικευμένης φροντίδας και της οδοντιατρικής περίθαλψης. Τα φαρμακευτικά προϊόντα και ιατροτεχνολογικά προϊόντα καταλαμβάνουν το ένα πέμπτο των δαπανών για την υγεία και η μακροχρόνια περίθαλψη πάνω από το ένα έβδομο. Οι δαπάνες για την πρόληψη της υγείας υπολογίζονται λιγότερο από το 2% όλων των δαπανών για την υγεία, ποσοστό χαμηλότερο από το μέσο όρο 3,1% της ΕΕ.

Η καθολική κάλυψη υγείας είναι υψηλή προτεραιότητα του γαλλικού συστήματος υγείας, αυτό διαφαίνεται εφόσον το σύστημα SHI καλύπτει σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού μέσω διαφόρων υποχρεωτικών προγραμμάτων.

Το κύριο ταμείο (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) des Travailleurs Salariés, CNAM) καλύπτει το 92% του πληθυσμού και το γεωργικό ταμείο το 7% του πληθυσμού. Άλλα μικρά κεφάλαια καλύπτουν το υπόλοιπο 1%. Ο νόμος του 2000 για την καθολική κάλυψη υγείας (Couverture Maladie Universelle) άλλαξε τα κριτήρια επιλεξιμότητας . Το 2016, το PUMa (Protection Universelle Maladie) αντικατέστησε τον νόμο του 2000 για να εξαλείψει τα κενά στην κάλυψη λόγω αλλαγής κατάστασης και διευκόλυνσης της διοικητικής εγγραφής. Υπάρχει επίσης ένα ολοκληρωμένο σύστημα που χρηματοδοτείται από το κράτος και παρέχει πρόσβαση σε ένα πρότυπο πακέτο παροχών για παράτυπους μετανάστες.

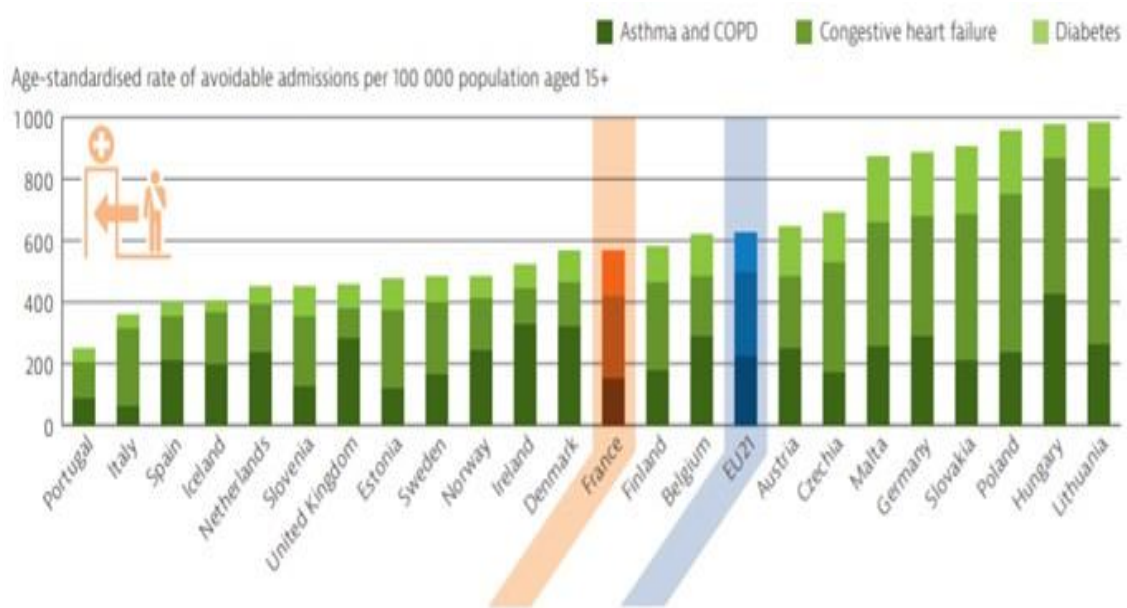
2.6.2. Ρυθμίσεις κατανομής κόστους

Το γαλλικό πακέτο παροχών υγειονομικής περίθαλψης είναι ευρύ σε σχέση με τους όρους των καλυπτόμενων αγαθών και υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης όχι μόνο της περίθαλψης νοσοκομείων και εξωτερικών ασθενών, αλλά και των φαρμακευτικών προϊόντων, των ιατρικών συσκευών, των ιατρικών μεταφορών, την ψυχική φροντίδα και την οδοντιατρική περίθαλψη. Ωστόσο, το βάθος κάλυψης ποικίλλει ανάλογα με τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Οι συν-πληρωμές ορίζονται ως το ποσοστό των ρυθμιζόμενων τιμών και κυμαίνονται από 10% για νοσοκομειακή περίθαλψη , έως 30% για επισκέψεις σε γιατρό και 35-85% για (εγκεκριμένα) συνταγογράφηση φαρμάκων. Οι ασθενείς πρέπει να πληρώνουν μικρές συμμετοχές για

κάθε ιατρική πράξη, συνταγογραφηση φαρμάκων και ιατρική μεταφορά, έως ένα ετήσιο όριο. Ο βαθμός της κάλυψης είναι επίσης αρκετά περιορισμένος για οφθαλμολογικά και οδοντιατρικά πακέτα , αν και υπάρχουν σχέδια για αύξηση της κάλυψης της οδοντιατρικής περίθαλψης από το 2020. Άτομα με χρόνιες ασθένειες, έγκυες γυναίκες, θύματα εργατικών ατυχημάτων και άτομα με πολύ χαμηλά εισοδήματα εξαιρούνται από το σύνολο ή το μεγαλύτερο μέρος της οικονομικής συμμετοχής .Η πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη περίθαλψη εκτός νοσοκομείων παρέχεται κυρίως από αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, οδοντίατρους και βοηθούς ιατρών (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκόμων και των φυσιοθεραπευτών) που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι συνήθως μισθωτοί. Από τον νόμο ασφάλισης υγείας του 2004, στους γενικούς ιατρούς έχει δοθεί ισχυρότερος ρόλος στο συντονισμό φροντίδας μέσω ενός συστήματος ημι συγκράτησης των ασθενών στις δομές της πρωτοβάθμιας . Αυτό παρέχει οικονομικά κίνητρα για τους ανθρώπους να επισκεφθούν τον πρωτοβάθμιο γιατρό τους , πριν συμβουλευτούν έναν ειδικό ή μεταβούν στην δευτεροβάθμια δομή υγείας. (Dumontet et al. 2017)

Για πολλές μεταδοτικές ή χρόνιες ασθένειες οι εισαγωγές στο νοσοκομείο μπορούν να αποφευχθούν, καθώς υπάρχει καλά οργανωμένη πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις αποφεύγεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο για μερικές χρόνιες ασθένειες, όπως το άσθμα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) .

Διάγραμμα 2-5 Οι εισαγωγές στο νοσοκομείο σε σύγκριση με χώρες της Ε.Ε.



Πηγή: OECD Health Statistics 2019 (data refer to 2017 or the nearest year, except for France 2015).

Η Γαλλία κατέχει την χαμηλότερη θέση από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το πρόγραμμα Asalée ξεκίνησε το 2004 και παρατάθηκε το 2012 για τη βελτίωση της διαχείρισης του διαβήτη και μερικές άλλες χρόνιες ασθένειες. Βασίζεται σχετικά με τη συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των εκπαιδευμένων νοσοκόμων για τη καλύτερη διάγνωση και διαχείριση ασθενών από αυτούς με χρόνιες ασθένειες. Το 2017, 1.959 γιατροί και 533 νοσοκόμες συμμετείχαν στο πρόγραμμα.

Η βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη επεκτάθηκε με την παράλληλη εργασία διαφόρων επαγγελματιών υγείας πέραν των ιατρών .Για πάνω από μια δεκαετία, νοσοκόμες εμβολιάζουν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας κατά της γρίπης, και αυτό το δικαίωμα επεκτάθηκε στους φαρμακοποιούς από το 2017 . Από τον Φεβρουάριο 2019, οι φαρμακοποιοί μπορούν επίσης να ανανεώσουν φαρμακευτικά προϊόντα να συνταγογραφήσουν για τουλάχιστον τρεις μήνες, ακόμη και όταν η συνταγή έχει λήξει (π.χ. θεραπείες για υπέρταση και διαβήτη ή αντισύλληψη).

2.6.4. Η Εθνική Στρατηγική Υγείας της Γαλλίας 2018-22

Η Εθνική Στρατηγική Υγείας της Γαλλίας 2018-22 εμπεριέχει πιο προχωρημένες υπηρεσίες από τους νοσηλευτές , ιδίως σε περιοχές όπου υπάρχουν σχετικά λίγοι γιατροί. Αυτού του είδους οι νοσηλευτές είναι σε θέση να παρέχουν μεγαλύτερη υποστήριξη στη φροντίδα ασθενών με χρόνια προβλήματα και με περίπλοκες νοσηρότητες, εργάζονται σε συνεργασία με ιατρούς και ειδικούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης.

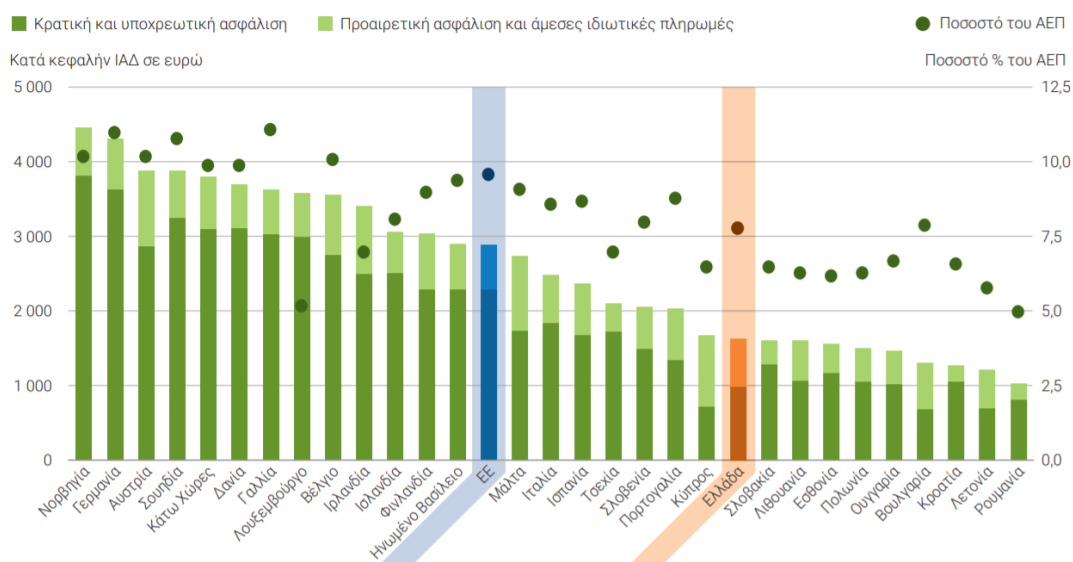
Τα καθήκοντά τους θα περιλαμβάνουν την πρόληψη και τον έλεγχο σε δραστηριότητες, συνταγογράφηση συμπληρωματικών εξετάσεων και ανανέωση ή προσαρμογή ιατρικών συνταγών. Η στρατηγική προτείνει περαιτέρω τη δημιουργία μιας νέας θέσης ιατρικού βοηθού για να αναλάβει την ευθύνη για μη ιατρικές εργασίες που εκτελούνται παραδοσιακά από τους γενικούς γιατρούς (όπως δημιουργία ιατρικών φακέλων, επαλήθευση του εμβολιασμού, διαλογές και καθαρισμός ιατρικών συσκευών). Ο στόχος είναι να ελευθερώσουν το χρόνο των γενικών ιατρών για να εστιάσουν περισσότερο στις κλινικές εργασίες. Αυτή η νέα θέση αντικατοπτρίζει αυτή που υπάρχει στις οδοντιατρικές ή οφθαλμολογικές πρακτικές στη Γαλλία, καθώς και σε άλλες χώρες. Ο στόχος είναι να έχουμε 4.000 ιατρικούς βοηθούς έως το 2022. Στο όραμά αυτό, το γαλλικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να βασίζεται κυρίως σε πληρωμές βάσει δραστηριότητας (αμοιβή για υπηρεσίες γιατρού και ομαδικές πληρωμές που σχετίζονται με τη διάγνωση για νοσοκομειακές υπηρεσίες). Ενώ αυτοί οι τρόποι πληρωμής δημιουργούν κίνητρα για αύξηση της ποσότητας φροντίδας υπό προϋποθέσεις, δεν προωθούν απαραίτητα τη φροντίδα, τον συντονισμό ή την ανταμοιβή ποιότητας και ακαταλληλότητας. Πρόσφατες κυβερνητικές προτάσεις έχουν σχεδιαστεί για πειραματιστούν σε νέους τρόπους πληρωμής στην κύρια φροντίδα και το νοσοκομείο για καλύτερη ανταπόκριση του συνεχούς αυξανόμενου όγκου των χρόνιων ασθενειών παρέχοντας μεγαλύτερα οικονομικά κίνητρα για συντονισμό και ποιότητα φροντίδας και δίνοντας λιγότερο βάρος στις πληρωμές βάσει δραστηριότητας.

2.7. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι ένα μικτό σύστημα με το ιδιωτικό και το δημόσιο μοντέλο να συνυπάρχουν. Ακολουθείται και το μοντέλο του Beveridge και το μοντέλο του Bismarck. Στο σύστημα αυτό εντοπίζονται τρεις πηγές χρηματοδότησης: ο κρατικός προϋπολογισμός διαμέσου της γενικής φορολογίας του πληθυσμού, η κοινωνική ασφάλιση διαμέσου των ταμείων υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές με το διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή την ιδιωτική ασφάλιση.

Με τον νόμο 3918/2011 θεσμοθετήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) για να διαχειρίζεται ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας και να ενεργεί ως μοναδικός αγοραστής των χρηματοδοτούμενων από το κράτος υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας . Το υπουργείο υγείας είναι υπεύθυνο για την ρύθμιση του συστήματος . Για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και διαγνωστικών εξετάσεων είναι συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διάφορα ιδιωτικά εξετάστρια κλινικές και διαγνωστικά κέντρα. Σύμφωνα με το Ο.Ο.Σ.Α. το 2008 τα χρήματα που διέθετε η Ελλάδα ανά άτομο στην υγεία ανέρχονταν στα 2.267 ευρώ , το 2011 οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν στα 1.623 ευρώ .

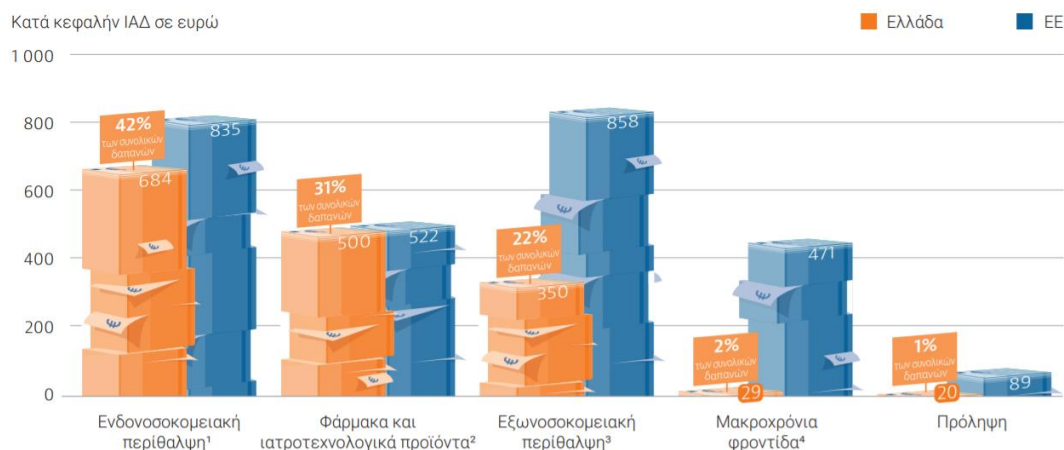
Διάγραμμα 2-6 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα του 2017



Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017)(πρόσβαση 20/01/2021).

Συνολικά, στην Ελλάδα μόνο το 61 % των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δημόσιες πηγές , ενώ το 35 % χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά (το τέταρτο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ). Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε ανάμεσα στο 28 % το 2010 και στο 37 % το 2014, που ήταν το υψηλότερο σημείο.

Διάγραμμα 2-7 Δαπάνες για την υγείας στην Ελλάδα του 2017



Σημειώσεις: Δεν περιλαμβάνονται οι διοικητικές δαπάνες. 1 Περιλαμβάνονται η θεραπευτική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης σε νοσοκομεία και άλλες δομές. 2 Περιλαμβάνεται μόνο η αγορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. 3 Περιλαμβάνεται η κατ' οίκον περίθαλψη. 4 Περιλαμβάνεται μόνο το σκέλος που αφορά την υγεία.

Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2017) Πρόσβαση στις 06/02/2021

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών στην Ελλάδα με ποσοστό 42% δηλαδή 684 ευρώ έναντι των 835 ευρώ που δαπανά η Ε.Ε. Στην περίπτωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης δαπανώνται 350 ευρώ ανά ασθενή έναντι του ποσού των 858 ευρώ που δαπανώνται από την Ε.Ε. Είναι φανερό πως την ίδια στιγμή που οι Ευρωπαίοι δαπανούν το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

τους στην εξονοσοκομειακή περίθαλψη οι Έλληνες πολίτες το δαπανούν στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Η κάλυψη υγείας του πληθυσμού έως το 2012 ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με το καθεστώς απασχόλησης μέσω της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Ο ασφαλισμένος έχει πρόσβαση σε ενοποιημένη δέσμη παροχών, η οποία περιλαμβάνει πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικές εξετάσεις, εξειδικευμένη εξονοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η προκλητή ζήτηση (με επανεξέταση των ασθενών από τους ιατρούς και αύξηση του κέρδους τους) , επιβλήθηκαν στους ιατρούς όρια στον αριθμό των αποζημιωμένων από τον ΕΟΠΥΥ καθημερινών, εβδομαδιαίων και μηνιαίων επισκέψεων. Με την επιβολή όμως αυτών των μέτρων εκείνη που χρειάζονταν πραγματικά τον ιατρό βρίσκονταν πολλές φορές σε λίστες αναμονής μεγάλου χρονικού διαστήματος μέχρι την ημέρα εξέτασης τους από τον ιατρό , έτσι ξεκίνησαν να στρέφονται σε εναλλακτικό πάροχο ή να πληρώνουν απευθείας την επίσκεψη με άμεση πληρωμή στον ιατρό (ακόμα και αν ήταν συνεργαζόμενος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Όλη αυτή η νέα κατάσταση οδήγησε τους ανέργους, τους εγγεγραμμένους μετανάστες και τα εξαρτώμενα μέλη αυτών σε δυσκολία απόκτηση υγειονομικής κάλυψης . Το 2014 με τον νόμο 4238 αλλάζει ο σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και πλέον σύμφωνα με τον νόμο *«το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία»*, επιπλέον, *«οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)»*. μέσω των διατάξεων του νόμου τα περίπου 2 εκατομμύρια πολίτες που δεν είχαν πρόσβαση στην περίθαλψη αποκτούν. Επιπρόσθετα , κατά αυτόν τον νόμο δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας , νομοθετείται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ρόλος του οικογενειακού ιατρού.

2.7.3. Οικογενειακός ιατρός

«Ως οικογενειακοί ιατροί ορίζονται ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατροι για τον παιδικό πληθυσμό»(ν.4486/2017) Οι Οικογενειακοί Ιατροί είναι το πρώτο σημείο επαφής του

ασθενή με το σύστημα υγείας της χώρας. Μέσω αυτών γίνεται η διαχείριση και η διαλογή των ασθενών, την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και την εφαρμογή και παρακολούθηση των προγραμμάτων εμβολιασμού.. Αρμοδιότητα τους είναι η παροχή υπηρεσιών για την διαχείριση συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα Επιπλέον, παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας και αποκατάστασης. Διασφαλίζουν επίσης το συντονισμό και τη διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου κατά περίπτωση, καθώς και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς και παραπέμπουν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων, όπως ορίζουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, τα οποία ορίζονται είτε από το Υπουργείο Υγείας είτε από την οικεία Δ.Υ.Π.Ε. στη βάση των διεθνών προτύπων. Τέλος μια από τις σημαντικότερες αρμοδιότητες τους είναι η επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλόγο του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της μέσα στο σύστημα υγείας .

Με τον νόμο 4486/2017 ο οικογενειακός ιατρός με ειδικότητα παθολογίας ή γενικής ιατρικής πλέον έχει ανώτατο πληθυσμό ευθύνης τους 2.250 εγγεγραμμένους ενήλικες πολίτες , ενώ οι παιδίατροι με αρμοδιότητα οικογενειακού ιατρού μπορούν να έχουν εγγεγραμμένα 1.500 παιδιά. Με τον νόμο αυτό δύναται αναγκάιος ο καθορισμός αριθμού οικογενειακών ιατρών ανά Τοπικό Δίκτυο Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. , του Το.Π.Φ.Υ. και της οικείας Δ.Υ.Πε. τα οποοί ακαθορίζονται από τον αρμόδιο υπουργό Υγείας.

2.7.4. Τοπική ομάδα υγείας

Κατά τον νόμο 4461/2017 στελεχώνονται οι Τοπικές Ομάδες Υγείας με σκοπό την υποστήριξη του έργου που παρέχουν οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους. «Οι Τ.ΟΜ.Υ. αποτελούνται από προσωπικό με ανώτερο αριθμό τα δώδεκα άτομα. Έργο τους είναι η παροχή υπηρεσιών που αφορούν την προαγωγή, την πρόληψη , την διάγνωση και την θεραπεία του πληθυσμού. Με την απόφαση συγκρότησης κάθε Τ.ΟΜ.Υ. καθορίζεται η περιοχή ευθύνης της, ο πληθυσμός της οποίας κυμαίνεται από 10.000 έως 12.000 κατοίκους. Σε ειδικές περιπτώσεις, ιδίως σε περιοχές με πληθυσμιακές, ηλικιακές,

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (νησιά, ορεινοί πληθυσμοί) ή/και πολλαπλή νοσηρότητα, ο πληθυσμός ευθύνης των Τ.ΟΜ.Υ. μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10.000 έως 12.000 κατοίκους.

Οι Τ.ΟΜ.Υ. στελεχώνονται από επαγγελματίες υγείας και λοιπό προσωπικό, των παρακάτω ειδικοτήτων και κλάδων, με συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου:

- α) Ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής
- β) ΠΕ Νοσηλευτικής
- γ) ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργιών
- δ) ΠΕ Διοικητικού/ Οικονομικού
- ε) ΤΕ Νοσηλευτικής
- στ) ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών
- ζ) ΤΕ Επισκεπτών/τριών Υγείας
- η) ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας
- θ) ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών
- ι) ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων.

Κάθε Τ.ΟΜ.Υ. αποτελείται κατ' ελάχιστον από έναν (1) ιατρό Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής, έναν (1) Νοσηλευτή ή Επισκέπτη Υγείας και έναν απασχολούμενο ως διοικητικό προσωπικό». (ν. 4461/2017).

2.7.5. Ομάδες υγείας

Η Ομάδα Υγείας (ν.4486/2017) στελεχώνεται με ανθρώπινο δυναμικό όπως η Τοπική Ομάδα Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 106 του ν.4461/2017. Κάθε μια από αυτές τις ομάδες μπορεί να συνεργάζεται και μια κάποια άλλη με σκοπό τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους και την αξιολόγηση και βελτίωση των υπηρεσιών τους. Παρακολουθεί τα σχετιζόμενα προβλήματα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ενημερώνει σχετικά τον περιφερειακό Συντονιστή. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε., ύστερα από πρόταση της Ομάδας Υγείας και σύμφωνη γνώμη του περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ. η Ομάδα αναλαμβάνει την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας, σε συνεργασία με το εξειδικευμένο κατά περίπτωση ιατρικό και άλλο προσωπικό, με κριτήρια ιδίως τις τοπικές ανάγκες και τον αριθμό των ληπτών υπηρεσιών υγείας που εξυπηρετεί. Οι επαγγελματίες υγείας της Ομάδας Υγείας είναι ο οικογενειακός ιατρός ενηλίκων ,ο οικογενειακός ιατρός παιδιών , ο νοσηλευτής, ο

επισκέπτης υγείας και ο κοινωνικός λειτουργός. «Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο νοσηλευτής οφείλει ιδίως:

1. να προάγει την υγεία του πληθυσμού,
2. να αξιολογεί και παρέχει υπηρεσίες φροντίδα υγείας όπως θεραπεία, υποστήριξη, πρόληψη και αποκατάσταση στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα,
3. να αποβλέπει στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων,
4. να συμμετέχει ενεργά στο συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας, καθώς και να συμβάλει στη διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας,
5. να συντείνει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,
6. να εκτιμά τις ανάγκες, σχεδιάζει και παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και να εκπαιδεύει τους φροντιστές των ασθενών,
7. να παρακολουθεί περιοδικά χρόνιους πάσχοντες ασθενείς,
8. να συμμετέχει στη διατήρηση και ανανέωση του ατομικού ιστορικού υγείας και καταχωρεί στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) πληροφορίες που αφορούν τις δραστηριότητες ευθύνης του,
9. να αναλαμβάνει την εκπαίδευση ασθενών με στόχο την αυτοφροντίδα και τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή.

Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο επισκέπτης υγείας οφείλει ιδίως:

1. να στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία,
2. να βελτιώνει τους όρους και τις συνθήκες στην ποιότητα ζωής στην κοινότητα,
3. να υλοποιεί παρεμβάσεις και δράσεις προαγωγής της υγείας,
4. να αξιολογεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
5. να συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων και παρεμβάσεων για την υγεία του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο εξειδικεύοντας την εφαρμογή των πολιτικών υγείας,
6. να συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας,
7. να συμμετέχει στην υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού στην κοινότητα,
8. να διενεργεί προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test) με σκοπό την έγκαιρη αντίχενυση παθογένειας, σε πρώιμο στάδιο, στο σχολικό περιβάλλον, στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς και σε ομάδες πληθυσμού με

ιδιαιτερότητες όπως οι καταυλισμοί των προσφύγων, μεταναστών ή των Ρομά,

9. να έχει ουσιαστικό διασυνδεδετικό ρόλο μεταξύ των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των μονάδων του Ε.Σ.Υ. για τη διαχείριση των παραπομπών έπειτα από εκτίμηση των αναγκών του ατόμου ή της οικογένειας.

Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει ιδίως:

1. να συμβάλει στη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου ζωής για την άρση των ανισοτήτων στην υγεία,
2. να προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και τη διαχείριση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών,
3. να εκτιμά, καταγράφει και παρεμβαίνει στους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού ευθύνης,
4. να συμβάλει στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων αγωγής και προαγωγής υγείας,
5. να σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα παιδικής προστασίας, προστασίας υπερηλίκων, αναπήρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων,
6. να φροντίζει για τη διασύνδεση των δομών και των φορέων μεταξύ τους με σκοπό τη διευκόλυνση της κινητικότητας των ληπτών υπηρεσιών υγείας στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες τους».

2.7.6. Κέντρα Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας είναι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών και έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών ιδίως:

- a) ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ.,
- b) εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών,
- c) εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου,
- d) οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών,
- e) φροντίδας μητέρας και παιδιού,
- f) φροντίδας παιδιών και εφήβων,
- g) εξειδικευμένης πρόληψης,
- h) φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας,
- i) ιατρικής της εργασίας,
- j) κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας,

κ) προαγωγής υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., μπορεί να προστίθενται και άλλες συναφείς αρμοδιότητες στα Κέντρα Υγείας, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και υγειονομικές ανάγκες.

«5. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Εντός του Το.Π.Φ.Υ. οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ., τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ.. Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι, τα δημοτικά ιατρεία, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, μπορεί να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης, υπό την εποπτεία της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ.. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ.. Ο αριθμός των Το.Π.Φ.Υ. και των αντίστοιχων Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κάθε Δ.Υ.Πε. μπορεί να ανακαθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ..»
(ν.4486/2017)

Πίνακας 2-2 Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία έτους 2019

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες* Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1425	93	49	221	6
2018	204	101	1425	94	49	221	7
2019	204	101	1425	93	50	221	10

*Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014) οι οποίες βάσει του Ν. 4486/2017 μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ πρόσβαση στις 05/02/2021

Επιπλέον στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες εμφανίζονται με τρεις διαφορετικούς τύπους

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».
Σοφία Κόλλια

Πίνακας 2-3 Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτους 2019

Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων	33
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*	14
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	12
Σύνολο	59

*Υβριδικός τύπος δομής που απευθύνεται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά και εφήβους

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ πρόσβαση στις 05/02/2021

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ Η.Π.Α. ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ

3.1. Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής

Το αμερικάνικο σύστημα υγείας θεωρείται το πιο αντιπροσωπευτικό ελεύθερο ιδιωτικό μοντέλο , καθώς στις ΗΠΑ κυριαρχεί η φιλοσοφία της ανεξαρτησίας και της απόλυτης ιδιωτικής πρωτοβουλίας όσον αφορά στο σύστημα υγείας . Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ είναι ως επι το πλείστο ένα σύστημα βασισμένο σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και λιγότερο στον κρατικό παρεμβατισμό , κάτι που ταιριάζει με τον φιλελεύθερο χαρακτήρα της αμερικανικής κοινωνίας . Ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός να πληρώσει την ασφάλιση του παρέχετε και η κάλυψη στα θέματα υγείας που προκύπτουν.

3.1.1. Τα κυριότερά προγράμματα υγειονομικής κάλυψης , κρατικά και ιδιωτικά που προσφέρονται στου Αμερικανούς πολίτες είναι

1. το Medicare το οποίο είναι η ασφάλιση υγείας για ανθρώπους 65 ετών και άνω. Ορισμένα άτομα κάτω των 65 μπορεί επίσης να επιλεγθούν για το πρόγραμμα Medicare, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με αναπηρίες, μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια ή πλάγια μυατροφική σκλήρυνση (ασθένεια του Lou Gehrig). Το πρόγραμμα βοηθά με το κόστος της υγείας, αλλά δεν καλύπτει όλες τις ιατρικές αμοιβές ή το κόστος πολλών υπηρεσιών φροντίδας. Το Medicare χρηματοδοτείται από την μια πλευρά από τους μισθολογικούς φόρους αυτών που εργάζονται και τους εργοδότες τους. Επίσης χρηματοδοτείται εν μέρει από μηνιαία ασφάλιστρα που αφαιρούνται από τα επιδόματα της Κοινωνικής Ασφάλειας. Το Medicare έχει τέσσερα μέρη.
 - Νοσοκομειακή ασφάλιση (Μερος Α) το οποίο πληρώνει για την νοσηλιακή φροντίδα ή τις υπηρεσίες σε κέντρα μετά από την νοσοκομειακή φροντίδα.
 - Ιατρική Ασφάλεια (Μέρος Β) η οποία βοηθά να πληρωθούν οι ιατρικές υπηρεσίες και άλλου είδους ιατρικές υπηρεσίες και προμήθειες οι οποίες δεν καλύπτονται από την νοσοκομειακή ασφάλεια
 - Medicare (Μέρος C) είναι διαθέσιμη σε πολλά μέρη των ΗΠΑ. Άνθρωποι που έχουν Medicare Α και Β μπορούν να διαλέξουν να λαμβάνουν όλες τις ιατρικές υπηρεσίες από μια παρέχουσα υπηρεσία υπό το πρόγραμμα C.

- Κάλυψη φαρμάκων από συνταγές ιατρών (Μερος D) βοηθά με τις πληρωμές φαρμάκων που συνιστούν οι ιατροί.
- 2. Το πρόγραμμα Medicaid είναι πρόγραμμα που διευθύνεται από κάθε Πολιτεία και παρέχει νοσοκομειακή και ιατρική κάλυψη για άτομα με χαμηλό εισόδημα και πόρους, ή και καθόλου πόρους. Κάθε Πολιτεία έχει τους δικούς της κανονισμούς για το ποια άτομα δικαιούνται κάλυψη και για το τι καλύπτεται από το πρόγραμμα Medicaid. Κάποια άτομα έχουν δικαίωμα για αμφότερα τα προγράμματα Medicare και Medicaid.
- 3. Μια ακόμα κατηγορία προγραμμάτων είναι τα προγράμματα που προσφέρονται μέσα από παραδοσιακού τύπου ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες .

Οι πρώτες ασφαλιστικές εταιρείες εμφανίστηκαν αμέσως μετά την μεγάλη οικονομική κρίση στις αρχές της δεκαετίας του '30 και αναπτύχθηκαν ραγδαία στο βάθος των χρόνων. Οι εταιρείες αυτές ετοιμάζουν και προσφέρουν στην αγορά μια σειρά από ασφαλιστικές καλύψεις που απευθύνονται σε ομάδες ή άτομα και των οποίων οι τιμές καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία , το επάγγελμα , την κατάσταση της υγείας τους και άλλους παράγοντες . Εάν ο ασφαλισμένος είναι εργαζόμενος τότε τα ασφάλιστρα συνηθίζεται να καταβάλλονται από τον εργοδότη του . Το μεγάλο πρόβλημα με αυτού του είδους τα προγράμματα είναι ότι τα άτομα υψηλού κινδύνου ή αυτά που έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας δυσκολεύονται να βρουν εταιρεία να τους ασφαλίσει ή ακόμα και αν βρουν καταβάλουν υπέρογκα ποσά για την ασφάλιση τους . Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται σε συγκεκριμένα συμβεβλημένα νοσοκομεία και γιατρούς , είτε σε νοσοκομεία της ίδιας της ασφαλιστικής εταιρείας , είτε ανάλογα με την αρέσκειά του χρήστη της υπηρεσίας.

- 4. Σε αυτή την τελευταία κατηγορία βρίσκονται προγράμματα ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών που προσφέρουν την λεγόμενη ελεγχόμενη φροντίδα (managed care). Αυτού του είδους η φροντίδα παρέχεται από προγράμματα ασφαλιστικών εταιρειών τα οποία από της αρχές της δεκαετίας του '90 εμφανίζουν ραγδαία άνοδο . Σκοπό έχουν να περιορίσουν το κόστος προσφέροντας ελεγχόμενη φροντίδα με χαμηλά ετήσια και κατακεφαλή ασφάλιστρα . αυτό μπορούν και το πετυχαίνουν με τον περιορισμό των γιατρών καθώς και των ασφαλισμένων στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι γιατροί

σε αυτή την κατηγορία μπορούν να είναι υπάλληλοι της ασφαλιστικής εταιρείας , καθώς και συμβεβλημένοι ελεύθεροι επαγγελματίες οι οποίοι επιβραβεύονται κάθε φορά που καταφέρνουν να επιτύχουν μικρό κόστος αλλά και να δεχτούν πειθαρχικές κυρώσεις σε περίπτωση που υπερβούν το προκαθορισμένο κόστος . Δίνεται, επομένως, το κίνητρο στους επαγγελματίες υγείας για αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των πόρων και την εξάλειψη της προκλητής ζήτησης, με αποτέλεσμα την επίτευξη της μείωσης των δαπανών για την υγεία. (Greenwald, 2010) (Ξένος 2014)

Ταυτόχρονα με τη μείωση του κόστους, οι οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας, οφείλουν να βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών τους, να συνάψουν επιπλέον συμβάσεις με εργοδότες και ιδιώτες και να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα τους. (Getzen, 2010) .

Ανά τα χρόνια έχουν εμφανιστεί διάφορα είδη οργανισμών διαχειριζόμενης φροντίδας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα HMOs (**Health Maintenance Organizations**) τα οποία είναι υπηρεσίες υγείας σε ένα σύνολο εγγεγραμμένων σε εθελοντική βάση ατόμων , για συγκεκριμένη χρονική περίοδο , συνήθως, διαθέτουν εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και επαγγελματίες υγείας τους οποίους πληρώνουν ετήσια. Συνάπτουν συμβάσεις με εργοδότες και για ένα προκαθορισμένο ποσό το οποίο λαμβάνεται προκαταβολικά, είναι υπεύθυνα για το σύνολο των υγειονομικών αναγκών των εργαζομένων τους. Τα κύρια χαρακτηριστικά των HMOs θα μπορούσαν να αναφερθούν

- a) Η προσφορά συγκεκριμένου πακέτου υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένη τιμή και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα
- b) Η τιμή προκαθορίζεται και προκαταβάλλεται ανεξάρτητα από την ποσότητα που ο ασθενής κατανάλωσε . Η τιμή αυτή είναι συνάρτηση κάποιων χαρακτηριστικών του υπό κάλυψη πληθυσμού , όπως το φύλλο , η ηλικία και η κατάσταση υγείας.
- c) Ο κάθε εν δυνάμει αγοραστής έχει την δυνατότητα να επιλέξει εκείνο το πακέτο που κρίνει ότι ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας του και βέβαιά μέσα στα πλαίσια των οικονομικών τους δυνατοτήτων. Τα

πακέτα αυτά προσφέρουν συνήθως ολοκληρωμένη ιατρική κάλυψη μέσω των ίδιων των γιατρών του HMO.

- d) Έχουν προϋπολογισμό συγκεκριμένου ύψους και υπ αυτή την έννοια αναλαμβάνουν έναν οικονομικό κίνδυνο.

Ένα άλλο σύνηθες είδος οργανισμού διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας είναι τα PPOs (Preferred Provider Organizations). Πρόκειται για οργανισμούς, που σε αντίθεση με τα HMOs, δε διαθέτουν εγκαταστάσεις αλλά συνάπτουν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται στα ιατρεία τους και προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε μια προκαθορισμένη μειωμένη τιμή. Ένας επαγγελματίας υγείας έχει τη δυνατότητα να είναι συμβεβλημένος σε περισσότερα από ένα PPO. (Greenwald, 2010)

Τα χαρακτηριστικά αυτών των μηχανισμών είναι τα εξής :

1. Η ύπαρξη ενός συνόλου γιατρών και νοσοκομείων που ύστερα από συμφωνία με μια ασφαλιστική εταιρεία ή την πολιτειακή κυβέρνηση , προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε κάποιους συνδρομητές και σε τιμές που είναι κατόπιν συμφωνίας συνήθως χαμηλότερες των κανονικών.
2. Οι γιατροί δεν αναλαμβάνουν κανένα μερίδιο οικονομικού κίνδυνο σε σχέση με τον όγκο και το κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών , άνταυτού γίνονται συχνοί έλεγχοι για την χρήση των πόρων που παρέχονται.
3. Ο συνδρομητής έχει την δυνατότητα να επιλέξει ή όχι για τις ανάγκες του , τους συμβεβλημένους γιατρούς και νοσοκομεία. Εάν το επιλέξει κάποιος συνδρομητής του παρέχονται κάποια οικονομικά κίνητρα.

Εκτός από τα παραπάνω, υπάρχουν και άλλα προγράμματα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής που προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως το Department of Veteran Affairs που παρέχει κάλυψη για σοβαρές ασθένειες σε πρώην στρατιωτικούς, το Indian Health Service που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ιθαγενείς Αμερικάνους και σε ιθαγενείς της Αλάσκας και το Tricare που προσφέρει κάλυψη σε εξαρτώμενα μέλη στρατιωτικών και σε μη ένστολους υπαλλήλους των ενόπλων δυνάμεων. (Greenwald, 2010)

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

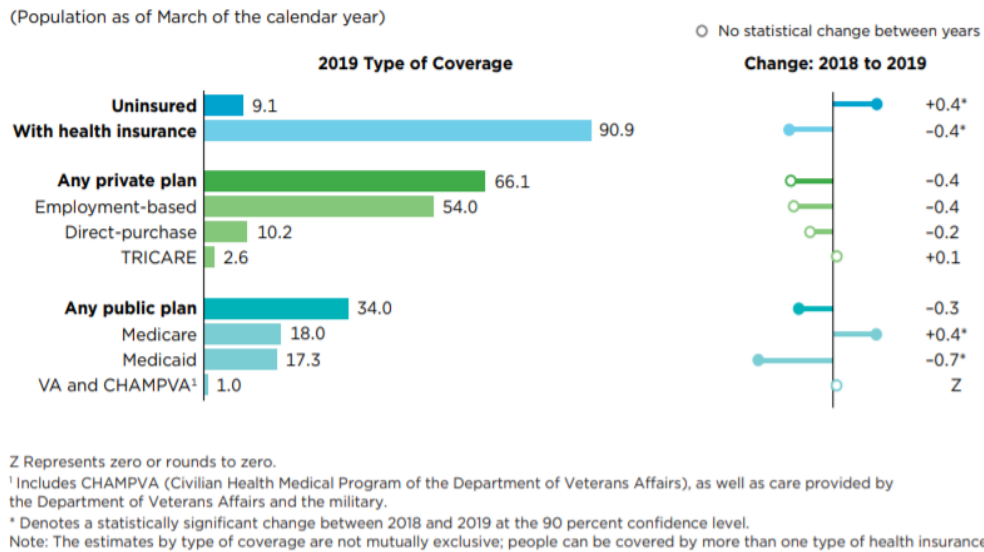
Σοφία Κόλλια

Παρότι υπάρχουν πολλά προγράμματα ασφάλισης δεν μπορούν ή κατ' επιλογή να χρησιμοποιηθούν από όλους τους Αμερικανούς πολίτες. Ένα μεγάλο ποσοστό των πολιτών που δεν του παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον εργοδότη, δεν αγοράζει ατομική ασφάλιση υγείας και δεν πληρεί τις προϋποθέσεις ένταξης σε κάποιο από τα προγράμματα δημόσιας ασφάλισης υγείας παραμένει ανασφάλιστο.

Στην κατηγορία των ανασφάλιστων ανήκουν, επίσης, άτομα που έχουν την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν ασφάλιση υγείας, αλλά δεν το επιθυμούν. Πρόκειται για άτομα μικρότερης ηλικίας, που βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας, δεν πιστεύουν πως θα καταναλώσουν υπηρεσίες υγείας μέσα στο έτος και θεωρούν άσκοπη την ασφάλιση. Σε αυτήν την κατηγορία, ανήκουν και όσοι δεν αποστρέφονται τον κίνδυνο, και επιθυμούν να ρισκάρουν από το ξοδέψουν ένα σταθερό μηνιαίο ποσό για την αγορά ασφάλισης υγείας. Στην κατηγορία των ανασφάλιστων ανήκουν επίσης τα άτομα που επιθυμούν να αγοράσουν ασφάλιση υγείας και έχουν την οικονομική δυνατότητα, αλλά είτε έχουν αποκλεισθεί από την αγορά ασφάλισης, είτε τους προσφέρεται ασφάλιση με πολύ υψηλά ασφάλιστρα εξαιτίας κάποιας προϋπάρχουσας ασθένειας. Τέλος, υπάρχουν και τα άτομα που είναι προσωρινά ανασφάλιστα, είτε επειδή είναι σε διαδικασία εύρεσης κάποιας νέας εργασίας, είτε επειδή εργάζονται εποχιακά.(Greenwald, 2010) (Santerre and Neun, 2013)

Σύμφωνα με στοιχεία του Γραφείου Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (United States Census Bureau), τα οποία παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε τον τρόπο ασφαλιστικής κάλυψης ως προς την υγεία και τι ποσοστό αναλογεί σε κάθε μια κατηγορία και στη συνέχεια την σύγκρισή των δεδομένων του 2018 και του 2019.

Διάγραμμα 3-1 Ποσοστό ατόμων ανά τύπο κάλυψης κατά τη στιγμή της συνέντευξης 2018-2019



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2018 Annual Social and Economic Supplement Bridge File and 2019 Annual Social and Economic Supplement.

Στο παραπάνω διάγραμμα μελετώνται οι δύο κατηγορίες κάλυψης υγείας , αυτή για το περασμένο ημερολογιακό έτος και αυτή, για την στιγμή κατά την οποία γίνεται η έρευνα. Η πρώτη κατηγορία κάλυψης ασφάλισης υγείας κατά τη διάρκεια του προηγούμενου ημερολογιακού έτους, χρησιμοποιείται για αυτή την έρευνα . Το δεύτερο μέτρο καταγράφει την κάλυψη που πραγματοποιήθηκε κατά την έρευνα (δηλαδή μεταξύ Φεβρουαρίου και Απρίλιου). Αυτές οι πληροφορίες περιγράφουν την ασφαλιστική κάλυψη υγείας στις αρχές 2019, όχι για ολόκληρο το ημερολόγιο έτος. Αρχικά , το 2019 το 90.9% του πληθυσμού των Η.Π.Α. κατά τη στιγμή της συνέντευξης είχαν κάλυψη υγείας ενώ το 9,1% δηλαδή τα ~30.083εκατομμύρια, από τα ~330.584 εκατομμύρια Αμερικανούς πολίτες δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη. Παρατηρείται δηλαδή μια μείωση 0,4 εκατοστιαίων μονάδων από τις αρχές του 2018. Ιδιωτική ασφάλιση είχαν το 66,1% του πληθυσμού και συγκεκριμένα το 54% διέθεταν ασφάλιση υγείας παρεχόμενη από τον εργοδότη τους, το 10.2% αγόρασαν μόνοι τους ασφάλιση υγείας και το 2.6% από το πρόγραμμα Tricare. Δημόσια ασφάλιση είχαν το 34% του πληθυσμού . Το 18% είχαν ασφάλιση υγείας από το πρόγραμμα Medicare και το 17.3% από το πρόγραμμα Medicaid , ενώ μόλις το 1% είχε ασφαλιστική κάλυψη παρεχόμενη από τον Αμερικανικό στρατό. Από τις αρχές του 2018 έως τις αρχές 2019, κάλυψη Medicaid στο ο χρόνο συνέντευξης μειώθηκε κατά 0,7 ποσοστιαίες μονάδες και Medicare κάλυψη κατά τη στιγμή της συνέντευξης

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

αυξήθηκε. Καμία άλλη στατιστικά σημαντική αλλαγή δεν σημειώθηκε κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Στον παρακάτω πίνακα εντοπίζεται ανά πολιτεία της Αμερικής το ποσοστό του πληθυσμού που δεν έχει κάλυψη υγείας .Το 2018, το 91,1% των ανθρώπων στις Ηνωμένες Πολιτείες είχαν ασφάλιση υγείας για να καλύψουν τα ιατρικά τους έξοδα, αλλά η κάλυψη διέφερε ανάλογα με την πολιτεία. Στην πολιτεία του Τέξας το 17.4% του πληθυσμού δεν είχε καθόλου κάλυψη υγείας . Στη συνέχεια με μείωση 3% από το Τέξας ακολουθεί η πολιτεία της Αλάσκας και περίπου στο ίδιο μήκος κύματος βρίσκεται και η Οκλαχόμα με 14.2% ανασφάλιστους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Πίνακας 3-1 Ποσοστό κάλυψης ανά πολιτεία

Health Insurance Coverage: Percent uninsured by State			
STATES	TOTAL HEALTH INSURANCE COVERAGE UNINSURED, PERCENT	MARGIN OF ERROR	
Texas	17.4%	+/- 0.1%	
Alaska	14.4%	+/- 0.4%	
Oklahoma	14.2%	+/- 0.1%	
Georgia	13.7%	+/- 0.2%	
Florida	13.5%	+/- 0.1%	
Mississippi	12.7%	+/- 0.2%	
Nevada	11.9%	+/- 0.2%	
Wyoming	11.3%	+/- 0.4%	
North Carolina	11.1%	+/- 0.1%	
Idaho	11%	+/- 0.3%	
South Carolina	11%	+/- 0.2%	
Arizona	10.9%	+/- 0.2%	
Louisiana	10.7%	+/- 0.2%	
New Mexico	10.7%	+/- 0.2%	
Montana	10.2%	+/- 0.3%	

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

Tennessee	10.1%	+/- 0.2%
Alabama	10%	+/- 0.2%
Utah	10%	+/- 0.2%
Missouri	9.7%	+/- 0.2%
South Dakota	9.4%	+/- 0.2%
Virginia	9.2%	+/- 0.2%
Indiana	9.1%	+/- 0.1%
Arkansas	9%	+/- 0.2%
Kansas	9%	+/- 0.2%
California	8.5%	+/- 0.1%
New Jersey	8.5%	+/- 0.1%
Nebraska	8.4%	+/- 0.2%
Maine	8.3%	+/- 0.2%
Colorado	8.1%	+/- 0.1%
North Dakota	7.4%	+/- 0.3%
Illinois	7.3%	+/- 0.1%
Oregon	7.3%	+/- 0.1%
Washington	6.8%	+/- 0.1%
Maryland	6.5%	+/- 0.1%

Περίπου 10% του πληθυσμού τους έχουν ανασφάλιστους ως προς την υγεία οι πολιτείες Μοντάνα (10.2%) , Τενεσί (10.1%), καθώς και η Αλαμπάμα και Γιούτα (10%). Επιπλέον το Ντέλαγουερ με ποσοστό ανασφάλιστων 6% και τέλος οι πολιτείες με μικρότερο του 5% ποσοστό ανασφάλιστων σε θέματα υγείας που είναι η Αϊόβα 4.9% , η Μινεσότα 4.7%, Χαβάη και το Βερμόντ 4.1% , η Ουάσιγκτον με 4% και τέλος η πολιτεία της Μασαχουσέτης με ποσοστό ανασφάλιστων 2.8% .

New Hampshire	6.5%	+/- 0.2%
New York	6.5%	+/- 0.1%
Ohio	6.5%	+/- 0.1%
West Virginia	6.5%	+/- 0.2%
Pennsylvania	6.2%	+/- 0.1%
Puerto Rico	6.2%	+/- 0.1%
Kentucky	6.1%	+/- 0.1%
Michigan	6.1%	+/- 0.1%
Delaware	6%	+/- 0.2%
Wisconsin	5.8%	+/- 0.1%
Connecticut	5.6%	+/- 0.1%
Rhode Island	5.2%	+/- 0.2%
Iowa	4.9%	+/- 0.1%
Minnesota	4.7%	+/- 0.1%
Hawaii	4.1%	+/- 0.2%
Vermont	4.1%	+/- 0.2%
District of Columbia	4%	+/- 0.3%
Massachusetts	2.8%	+/- 0.1%

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».
Σοφία Κόλλια

3.2. Το σύστημα υγείας του Καναδά

Το Καναδικό Σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα βασισμένο στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού , παρά στην ικανότητα πληρωμής των παρεχόμενων υπηρεσιών του χρήστη. Είναι ένα σύστημα δημόσια χρηματοδοτούμενο , το οποίο συνεχώς μεταρρυθμίζεται τα τελευταία σαράντα χρόνια έχοντας πάντα ως στόχο του τις βασικές αξίες της ισότητας και της δικαιοσύνης .

Το σύνταγμα του Καναδά έχει καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η ευθύνη για τη δημόσια υγεία, η οποία περιλαμβάνει την υγιεινή, τις μολυσματικές ασθένειες και τη σχετική εκπαίδευση, μοιράζεται μεταξύ των τριών κυβερνητικών διατάξεων: ομοσπονδιακή, επαρχιακή / εδαφική και τοπική ή δημοτική. Ωστόσο, αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται γενικά σε επαρχιακό / εδαφικό και τοπικό επίπεδο. Οι 10 επαρχιακές και οι 3 εδαφικές κυβερνήσεις έχουν το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για την παροχή υγείας και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών. Το οποίο είναι γνωστό στους Καναδούς ως "Medicare", το σύστημα παρέχει πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι επίσης υπεύθυνη για κάποια παροχή υπηρεσιών για ορισμένες ομάδες ανθρώπων. Η δημόσια υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται μέσω της επαρχιακής και εδαφικής φορολογίας , υπό την μορφή διάφορων προσωπικών και εταιρικών φόρων, φόροι πωλήσεων εισφορές μισθοδοσίας και άλλα έσοδα. Οι επαρχίες κάποιες φορές χρεώνουν με ασφάλιστρα υγείας στους κάτοικους τους για να βοηθήσουν στην πληρωμή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Σε περίπτωση όμως που δεν καταβάλλουν τα ασφάλιστρα αυτά δεν περιορίζεται η πρόσβαση σε απαραίτητες υπηρεσίες υγείας.

Το 1984, η ομοσπονδιακή νομοθεσία ενέκρινε, **το νόμο για την υγεία του Καναδά . Canada Health Act.**

Το Canada Health Act είναι η ομοσπονδιακή νομοθεσία για την ασφάλιση υγείας του Καναδά. Ο νόμος ορίζει τον πρωταρχικό στόχο της καναδικής πολιτικής υγειονομικής περίθαλψης, που είναι *“η προστασία, η προώθηση και αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής ευημερίας των κατοίκων του Καναδά και για τη διευκόλυνση της εύλογης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας χωρίς οικονομικά ή άλλα εμπόδια”*. Η νομοθεσία αυτή, καθορίζει τις εθνικές αρχές που διέπουν το καναδικό σύστημα ασφάλισης υγείας,

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

δηλαδή, τη δημόσια διοίκηση, τη πληρότητα, τη καθολικότητα, τη φορητότητα και προσβασιμότητα . Αυτή η νομοθεσία αντικατέστησε τις ομοσπονδιακές νοσοκομειακές και ιατρικές ασφαλιστικές πράξεις και ενοποίησε τις αρχές τους θεσπίζοντας κριτήρια σχετικά με τη φορητότητα , την προσβασιμότητα, την καθολικότητα, την πληρότητα και τη δημόσια διοίκηση.

3.2.1.Οι πέντε αρχές του Canada Health Act αναλύονται ως εξής :

Δημόσια διοίκηση : Τα επαρχιακά και εδαφικά σχέδια πρέπει να διαχειρίζονται και να λειτουργούν σε μη κερδοσκοπική βάση από δημόσια αρχή η οποία είναι υπόλογη στην επαρχιακή ή εδαφική κυβέρνηση.

Περιεκτικότητα : Τα επαρχιακά και εδαφικά σχέδια πρέπει να διασφαλίζουν όλες τις ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες που παρέχονται από νοσοκομεία, ιατρούς και οδοντίατροι που εργάζονται σε νοσοκομείο.

Καθολικότητα : Τα επαρχιακά και εδαφικά σχέδια πρέπει να παρέχουν σε όλους τους ασφαλισμένους κάλυψη ασφάλισης υγείας με ομοιόμορφους όρους και προϋποθέσεις.

Προσβασιμότητα: Τα επαρχιακά και εδαφικά σχέδια πρέπει να παρέχουν σε όλους τους ασφαλισμένους εύλογη πρόσβαση σε ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες νοσοκομείου και ιατρού χωρίς οικονομικά ή άλλα εμπόδια.

Φορητότητα : Τα επαρχιακά και εδαφικά σχέδια πρέπει να καλύπτουν όλα τα ασφαλισμένα άτομα όταν μετακινούνται σε άλλη επαρχία ή έδαφος εντός του Καναδά και όταν ταξιδεύουν στο εξωτερικό. Οι επαρχίες και οι περιοχές έχουν ορισμένα όρια κάλυψης για υπηρεσίες που παρέχονται εκτός Καναδά και ενδέχεται να απαιτούν προηγούμενη έγκριση για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης που παρέχονται εκτός της δικαιοδοσίας τους.

Ο νόμος πρόσθεσε επίσης διατάξεις που απαγόρευαν την επιπλέον χρέωση και τα τέλη χρήστη για ασφαλισμένες υπηρεσίες. Περιλάμβανε επίσης, την οικονομική στήριξη στις επαρχίες και τα εδάφη και πολλές άλλες λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης ή / και της παροχής πρωτογενών και συμπληρωματικών υπηρεσιών σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού. Αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν: Άτομα των First Nations (αυτόχθονες πληθυσμοί στον Καναδά νότια του Αρκτικού Κύκλου) που ζουν με αποθεματικά, των Εσκιμών , μέλη των Καναδών

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

Ένοπλων Δυνάμεων , επιλέξιμοι βετεράνοι, τρόφιμοι σε ομοσπονδιακούς σωφρονιστικούς χώρους και ορισμένες ομάδες αιτητών προσφύγων.

3.2.2. Βασικοί ορισμοί βάσει του Canada Health Act

Οι ασφαλισμένες υπηρεσίες υγείας είναι ιατρικά απαραίτητες νοσοκομειακές, ιατρικές και χειρουργικές-οδοντιατρικές υπηρεσίες (εκτελούνται από οδοντίατρο σε νοσοκομείο, όπου απαιτείται νοσοκομείο για την ορθή εκτέλεση των διαδικασιών) που παρέχονται σε ασφαλισμένους.

Οι εκτεταμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι ορισμένες πτυχές της μακροχρόνιας φροντίδας κατοικιών (υπηρεσίες ενδιάμεσης περίθαλψης γηροκομείων και υπηρεσίες οικιακής περίθαλψης ενηλίκων) και οι πτυχές υγείας της φροντίδας στο σπίτι και των περιπατητικών υπηρεσιών φροντίδας.

Οι ασφαλισμένοι είναι επιλέξιμοι κάτοικοι μιας επαρχίας ή περιοχής. Ένας κάτοικος μιας επαρχίας ορίζεται στην Πράξη ως "... ένα πρόσωπο που δικαιούται νόμιμα να είναι ή να παραμείνει στον Καναδά που κάνει το σπίτι του και είναι συνήθως παρόν στην επαρχία, αλλά δεν περιλαμβάνει έναν τουρίστα, έναν παροδικό ή έναν επισκέπτη στην επαρχία. "

Οι ασφαλισμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες περιλαμβάνουν ιατρικώς απαραίτητες υπηρεσίες εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, όπως διαμονή και γεύματα στο τυπικό ή δημόσιο επίπεδο θαλάμου και προτιμώμενη στέγαση, εάν απαιτείται ιατρικά, νοσηλευτική υπηρεσία, εργαστηριακές, ακτινολογικές και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, φάρμακα, βιολογικά και συναφή παρασκευάσματα όταν χορηγούνται στο νοσοκομείο, η χρήση του χειρουργείου, και των αναισθητικών εγκαταστάσεων, συμπεριλαμβανομένου του απαραίτητου εξοπλισμού και προμηθειών, ο χειρουργικός εξοπλισμός, η χρήση εγκαταστάσεων ακτινοθεραπείας, η χρήση εγκαταστάσεων φυσικοθεραπείας και τέλος οι υπηρεσίες που παρέχονται από άτομα που λαμβάνουν αποζημίωση από το νοσοκομείο.

Οι υπηρεσίες ασφαλισμένου ιατρού είναι ιατρικά απαιτούμενες υπηρεσίες που παρέχονται από ιατρούς. Οι ιατρικώς απαιτούμενες υπηρεσίες καθορίζονται γενικά

από το επαρχιακό ή εδαφικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας, σε συνεννόηση με το ιατρικό επάγγελμα.

Οι ασφαλισμένες χειρουργικές-οδοντιατρικές υπηρεσίες είναι υπηρεσίες που παρέχονται από έναν οδοντίατρο σε νοσοκομείο, όπου απαιτείται νοσοκομειακή ρύθμιση για την ορθή εκτέλεση της διαδικασίας.

Τα άτομα που εξαιρούνται βάσει του νόμου είναι μέλη της υπηρεσίας των Καναδικών Δυνάμεων και των κρατούμενων των ομοσπονδιακών σωφρονιστηρίων.

Η ομοσπονδιακή νομοθεσία που ψηφίστηκε το 1995 ενοποίησε τις ομοσπονδιακές μεταφορές μετρητών και φόρων για την υποστήριξη της υγειονομικής περίθαλψης και της μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ομοσπονδιακές μεταβιβάσεις για την υποστήριξη κοινωνικών υπηρεσιών και κοινωνικής πρόνοιας σε έναν μηχανισμό χρηματοδότησης ενός μπλοκ, τον Καναδά Health and Social Transfer (CHST), ξεκινώντας στη χρήση 1996-1997. .

Το 2003, οι υπουργοί εδαφικής και επαρχιακής κυβέρνησης υπέγραψαν **για τη συμφωνία για την ανανέωση της υγειονομικής περίθαλψης**, η οποία προέβλεπε διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την υποστήριξη της πρόσβασης, της ποιότητας και της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας. Οι κυβερνήσεις συμφώνησαν να εργαστούν για στοχευμένες μεταρρυθμίσεις σε τομείς όπως:

1. η ταχεία ανανέωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης,
2. η υποστήριξη της τεχνολογίας πληροφοριών (π.χ. ηλεκτρονικά αρχεία υγείας, telehealth),
3. η κάλυψη για ορισμένες υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι και τα ναρκωτικά,
4. η βελτιωμένη πρόσβαση σε διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό
5. και στην καλύτερη λογοδοσία από τις κυβερνήσεις.

Το 2004 έγιναν περαιτέρω μεταρρυθμίσεις μέσα από ένα **δεκαετές σχέδιο για την ενίσχυση της υγειονομικής περίθαλψης**. Επιπρόσθετα, οι κυβερνήσεις δεσμεύτηκαν για ένα σχέδιο ανανέωσης της υγειονομικής περίθαλψης που περιλάμβανε εργασίες για μεταρρυθμίσεις σε βασικούς τομείς όπως:

1. η διαχείριση του χρόνου αναμονής
2. οι ανθρώπινοι πόροι για την υγεία
3. η Υγεία των αυτοχθόνων

4. η κατ'οίκον φροντίδα
5. η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη
6. η εθνική φαρμακευτική στρατηγική
7. οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο Βορρά
8. ο ιατρικός εξοπλισμός
9. η πρόληψη, προώθηση και δημόσια υγεία
10. και τέλος η βελτιωμένη αναφορά για την πρόοδο που σημειώθηκε σε αυτές τις μεταρρυθμίσεις.

Για να υποστηρίξει το Σχέδιο, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αύξησε τις μεταφορές μετρητών για την υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων ετήσιων αυξήσεων στην υπηρεσία μεταφοράς υγείας του Καναδά από το 2006-07 έως το 2013-14 για να παρέχει προβλέψιμη αύξηση της ομοσπονδιακής χρηματοδότησης.

3.2.3. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης

Στο Καναδικό σύστημα υγείας το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Γενικά, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη εξυπηρετεί μια διπλή λειτουργία. Πρώτον, παρέχει άμεση παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πρώτης επαφής. Δεύτερον, συντονίζει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών για να εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας και την ευκολία της κίνησης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης όταν απαιτούνται πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες από ειδικούς ιατρούς ή την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν

1. πρόληψη και θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών,
2. παρέχουν πρώτες βοήθειες,
3. παραπέμπουν και συντονίζουν τους ασθενείς ως προς την δευτεροβάθμια και του εξειδικευμένους ιατρούς,
4. παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας,
5. υγιής ανάπτυξη παιδιών,
6. φροντίδα μητρότητας,
7. υπηρεσίες αποκατάστασης,
8. παρηγορητική φροντίδα και στο τέλος της ζωής
9. προαγωγή της υγείας.

Οι ιδιώτες ιατροί πληρώνονται γενικά μέσω προγραμμάτων αμοιβής για κάθε υπηρεσία που αναφέρουν και οι χρήστες πληρώνουν αμοιβή στον γιατρό για κάθε υπηρεσία που παρέχεται. Αυτά διαπραγματεύονται μεταξύ κάθε επαρχιακής και εδαφικής κυβέρνησης και των ιατρικών επαγγελματιών στις αντίστοιχες δικαιοδοσίες τους. Όσοι βρίσκονται σε άλλες ρυθμίσεις πρακτικής, όπως κλινικές, κέντρα υγείας της κοινότητας και ομαδικές πρακτικές, είναι πιο πιθανό να πληρώνονται μέσω ενός εναλλακτικού συστήματος πληρωμών, όπως μισθοί ή συνδυασμένη πληρωμή (π.χ. πληρωμές αμοιβών για υπηρεσίες συν κίνητρα για παροχή ορισμένων υπηρεσιών όπως η βελτιωμένη διαχείριση χρόνιων παθήσεων). Οι νοσοκόμες και άλλοι επαγγελματίες υγείας πληρώνονται γενικά μισθοί που διαπραγματεύονται μεταξύ των συνδικάτων τους και των εργοδοτών τους.

Όταν είναι απαραίτητο, οι ασθενείς που χρειάζονται περαιτέρω διάγνωση ή θεραπεία παραπέμπονται σε άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως διαγνωστικές εξετάσεις και επαγγελματίες υγείας, όπως ειδικοί γιατρούς, νοσηλευτές και συναφείς επαγγελματίες υγείας (επαγγελματίες υγείας εκτός από γιατρούς και νοσοκόμες) .

3.2.4. Τακτικός πάροχος

Για πολλούς Καναδούς, το πρώτο σημείο επαφής για ιατρική περίθαλψη είναι ο τακτικός πάροχος υγειονομικής περίθαλψης. Η απουσία τακτικού παρόχου υγειονομικής περίθαλψης σχετίζεται με λιγότερες επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς ή ειδικούς, οι οποίοι μπορούν να παίξουν ρόλο στην έγκαιρη εξέταση και θεραπεία ιατρικών παθήσεων. Ένας τακτικός πάροχος υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται ως επαγγελματίας υγείας στον οποίο ένα άτομο βλέπει ή μιλάει όταν χρειάζεται φροντίδα ή συμβουλές σχετικά με την υγεία του. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει έναν οικογενειακό γιατρό ή γενικό ιατρό, ειδικό ιατρό ή νοσοκόμο.

Το 2017 το ποσοστό των κατοίκων που δεν είχαν πρωτοβάθμια πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ήταν χαμηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο (15,3%) σε:

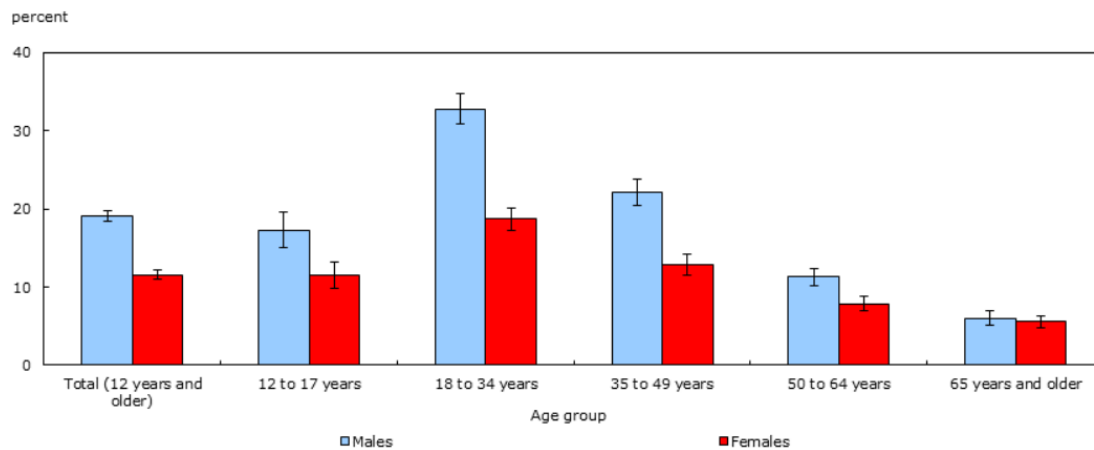
Νιουφάουντλαντ και Λαμπραντόρ (12,4%)

Νέα Σκωτία (13,1%)

Νιού Μπράνσγουικ (6,4%)

Οντάριο (10,2%)

Διάγραμμα 3-2 Ποσοστά περίθαλψης χωρίς τακτικό πάροχο ανά ηλικιακή ομάδα , φύλο , για ηλικιακό πληθυσμό 12 ετών και άνω – έτος 2017



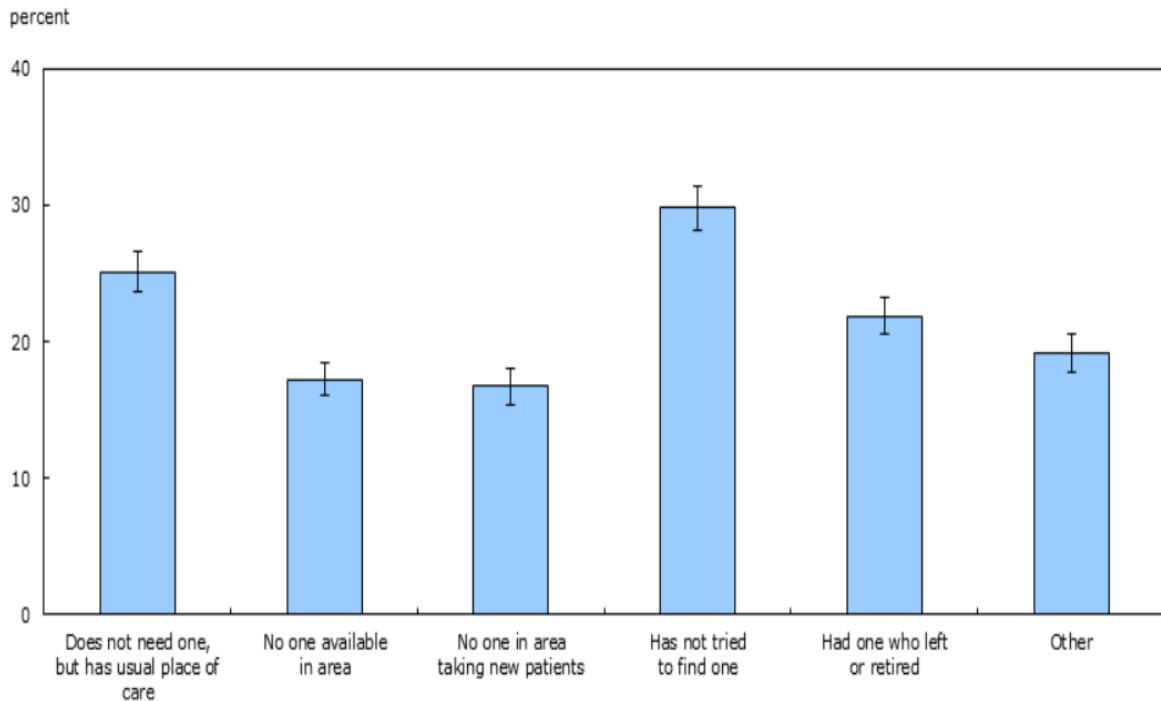
Πηγή: Canadian Community Health Survey 2017 πρόσβαση 30/01/2021

Το ποσοστό όμως των κατοίκων που δεν είχαν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη ήταν υψηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο σε:

- Κεμπέκ (22,3%)
- Σασκάτσουαν (19,4%)
- Βρετανική Κολομβία (18,2%)

Το ποσοστό των κατοίκων που δεν ήταν τακτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ήταν παρόμοιο με τον εθνικό μέσο όρο στο Prince Edward Island, Manitoba και Alberta. Οι Καναδοί που ζουν σε αστικές περιοχές ήταν πιο πιθανό να είναι χωρίς τακτικό πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (15,9%) σε σύγκριση με εκείνους στις αγροτικές περιοχές (12,6%).

Διάγραμμα 3-3 Λόγοι μη απόκτησης τακτικού παρόχου περίθαλψης , ηλικιακή ομάδα 12 ετών και άνω – έτος 2017



Πηγή: Canadian Community Health Survey 2017 πρόσβαση 30/01/2021

Από τα 4,7 εκατομμύρια άτομα χωρίς πρωτοβάθμιο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, οι πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι ήταν ότι δεν είχαν προσπαθήσει να βρουν ένα (29,8%) ακολουθούμενο από το ότι δεν χρειάζονταν ένα, αλλά είχαν ένα συνηθισμένο μέρος περίθαλψης (25,1%). Οι Καναδοί που δεν έχουν επαγγελματία υγείας που βλέπουν ή μιλάνε τακτικά ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε προληπτικά μέτρα υγείας, όπως η ανοσοποίηση της γρίπης ή να συναντήσουν τις οδηγίες για τον έλεγχο του καρκίνου του Καναδικού Task Force on Preventative Health Care (CTFPHC).

Το 2017, το 35,9% των Καναδών ηλικίας 12 ετών και άνω με έναν τακτικό πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ανέφεραν ότι έλαβαν την εποχική γρίπη κατά τους τελευταίους 12 μήνες, σε σύγκριση με το 14,7% εκείνων που δεν είχαν τακτικό πάροχο. Μεταξύ των Καναδών ηλικίας 50 έως 74 ετών, όσοι δεν είχαν πρωτοβάθμια πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ήταν λιγότερο πιθανό να συμμορφωθούν με τις οδηγίες για

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

τον έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου (19,2%) σε σύγκριση με εκείνους που είχαν ένα (45,6%). Οι γυναίκες ηλικίας 50 έως 74 ετών που δεν είχαν πάροχο ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν μαστογραφία τα τελευταία 3 χρόνια (49,1%) σε σύγκριση με εκείνες που ανέφεραν ότι είχαν τακτικό πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (80,7%). Το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 25 έως 69 ετών που έλαβαν τεστ Παπανικολάου τα τελευταία 3 χρόνια ήταν χαμηλότερο μεταξύ εκείνων που ανέφεραν ότι δεν είχαν τακτικό πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (57,8%) από εκείνες που ανέφεραν ότι έκαναν (76,2%).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο μέρος των συστημάτων υγείας που μελετήθηκαν χρηματοδοτούνται από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Υπάρχουν όμως και εκείνα που συνδυάζουν αυτά τα δύο και ονομάζονται μικτά συστήματα υγείας. Σύμφωνα με αυτόν τον διαχωρισμό προκύπτει άλλος ένας επιπλέον διαχωρισμός. Έτσι λοιπόν , το δημόσιο σύστημα υγείας χωρίζεται στο μοντέλο Beveridge και το μοντέλο Bismarck. Κατά το πρώτο μοντέλο η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας του πληθυσμού , ενώ κατά το μοντέλο Bismarck η χρηματοδότηση προέρχεται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους μέσω της κοινωνικής ασφάλισης.

Στην παρούσα εργασία ασχοληθήκαμε κυρίως με τα πρωτοβάθμια συστήματα υγείας χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης , καθώς και με τις Η.Π.Α. και τον Καναδά . Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί και το πρώτο σημείο επαφής του χρήστη ενός συστήματος υγείας με τις υπηρεσίες υγείας. Οι χρήστες και οι ανάγκες τους σε όλες τις χώρες που μελετήσαμε είναι το επίκεντρο γύρω από το οποίο δομείται το σύστημα .

Η βασική θεωρία για την ΠΦΥ βασίζεται σε τρία μακροοικονομικά οφέλη τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας η οποία βοηθάει στην αύξηση του προσδόκιμου της ζωής και στη μείωση της θνησιμότητας όλων των επιπέδων, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας η οποία έχει σαν στόχο την μείωση της χρήσης της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας για την αποτελεσματική μείωση του κόστους και της ισότητας των υπηρεσιών υγείας με την αύξηση της ίσης αντιμετώπισης όλων των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας για ισότιμα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά των παραπάνω διαπιστώνεται ότι τα περισσότερα από τα συστήματα υγείας που μελετήσαμε ανήκουν σε εκείνα τα δημόσια – εθνικά συστήματα φροντίδας υγείας. Η Μεγάλη Βρετανία, η Δανία και η Σουηδία είναι από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι οποίες λειτουργούν κατά το πρότυπο μοντέλο Beveridge . Η ΠΦΥ στις χώρες αυτές είναι ενταγμένη στο εθνικό σύστημα υγείας με τα Κέντρα Υγείας και τους οικογενειακούς ιατρούς (γενικούς ιατρούς και παιδίατρούς) να έχουν πρωταρχικό ρόλο στην διάγνωση και καθοδήγηση του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας. Οι ιατροί κατά τον κανόνα είναι δημόσιοι υπάλληλοι των εκάστοτε Υγειονομικών Περιφερειών ή των Ο.Τ.Α. . Στην κατηγορία αυτή συναντάμε κυρίως

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

δημόσιες δομές υγείας και την υποστήριξη τους μερικές φορές από τον ιδιωτικό τομέα. Επιπροσθέτως , η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχεται καθολική κάλυψη στον γενικό πληθυσμό. Στην κατηγορία αυτή μπορεί να ενταχθεί και ο Καναδάς , καθώς παρέχει δημόσια καθολική κάλυψη στο σύνολο του γενικού πληθυσμού του.

Στην κατηγορία των συστημάτων υγείας κατά Bismarck ανήκουν η Γαλλία , η Γερμανία και η Ολλανδία . Στο μοντέλο αυτό συναντάμε πολλά ταμεία ασφάλισης υγείας , καθώς και η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από εισφορές στα ταμεία αυτά. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλύπτεται από οικογενειακούς ιατρούς (γενικούς και παιδίατρους) και από συμβεβλημένους ιδιώτες. Επιπλέον, ο αριθμός των ιδιωτικών μονάδων και ιατρών είναι ιδιαίτερα αυξημένος και πολλοί χρήστες στρέφονται και εκεί.

Το πιο αντιπροσωπευτικό ελεύθερο ιδιωτικό μοντέλο είναι εκείνο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Στις Η.Π.Α. κυριαρχεί η φιλοσοφία της ανεξαρτησίας και της απόλυτης ιδιωτικής πρωτοβουλίας όσον αφορά στο σύστημα υγείας . Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ είναι ως επι το πλείστο ένα σύστημα βασισμένο σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και λιγότερο στον κρατικό παρεμβατισμό , κάτι που ταιριάζει με τον φιλελεύθερο χαρακτήρα της αμερικανικής κοινωνίας . Ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός να πληρώσει την ασφάλιση του, παρέχετε και η κάλυψη στα θέματα υγείας που προκύπτουν. Η παροχή φροντίδας υγείας γίνεται από τα δημόσια προγράμματα, γνωστά ως Medicare και Medicaid, τα οποία έχουν σχεδιαστεί ειδικά για ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, για οικογένειες και άτομα με χαμηλό εισόδημα. Ο υπόλοιπος πληθυσμός θα πρέπει να αποκτήσει ιδιωτικά προγράμματα, είτε μέσω του εργοδότη τους, είτε ατομικά. Παρόλα αυτά σε κατάσταση ανάγκης όλοι οι πολίτες μπορούν να κάνουν χρήση των επειγόντων, αλλά είναι υπεύθυνοι για όλα τα ιατρικά έξοδα.

Τέλος , μια μορφή μικτού συστήματος υγείας εμφανίζεται στο σύστημα της Ελλάδας, με το ιδιωτικό και το δημόσιο μοντέλο να συνυπάρχουν. Στο σύστημα αυτό, ακολουθείται και το μοντέλο του Beveridge και το μοντέλο του Bismarck. Η χρηματοδότηση γίνεται με τρεις πηγές, τον κρατικό προϋπολογισμό διαμέσου της γενικής φορολογίας του πληθυσμού, τη κοινωνική ασφάλιση διαμέσου των ταμείων υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές με το διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή την ιδιωτική

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

ασφάλιση. Ο οικογενειακός ιατρός ενώ θα έπρεπε να είναι το πρώτο σημείο επαφής του χρήστη με το σύστημα υγείας , πολλές φορές , λόγω της αυξημένης ελευθερίας των επιλογών των ασθενών και με κριτήριο την οικονομική δυνατότητα παρακάμπτεται . Τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού αναλαμβάνουν διάφοροι ιδιώτες ιατροί με «πληρωμές εκτός τσέπης». Έτσι , η Π.Φ.Υ. πολλές φορές παρέχεται από ιδιώτες εξειδικευμένους ιατρούς –στους οποίους στρέφονται οι ασθενείς με δική τους βούληση , ορισμένες φορές από τα Κέντρα Υγείας , υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. και σε μεγάλο βαθμό από τα δημόσια δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια, εξειδικευμένα και μη νοσοκομεία. Τέλος, δεν υπάρχει καθοδήγηση και συγκράτηση των ασθενών στην χρήση των υπηρεσιών υγείας –εξαιτίας της ελεύθερης βούλησης και μεταπήδησης από βαθμίδα σε βαθμίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. και Σούλης. Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
2. Κονδύλης Η. ,Αντωνοπούλου Λ. ,Μπένος Α. (2008), *Συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία : Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;* , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 25(4): 496-508.
3. Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν. και Υφαντόπουλος, Ι. (2014), *Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 31(2): 172-185.
4. ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην Ε.Ε.*, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.
5. Πιερράκος, Γ. (2008), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Τοπική Κοινωνία*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
6. Rice, T. (2006) *Τα Οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση*. Μτφρ: Ν. Ρούσος. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα.
7. Σούλης, Σ. (1999), *Οικονομική της Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
8. Υφαντόπουλος Γ. , Πολυγένη Δ. , Τακουμάκης Ι. , (2005) *Το βρετανικό σύστημα υγείας* , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 22(1): 73-96.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

9. Alders P, Schut FT (2019), *The 2015 long-term care reform in the Netherlands: getting the financial incentives right? Health Policy*, 123(3): 312–16.
10. Burström B. (2017), *Equity Aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – A Scoping Review*, *International Journal for Equity in Health*, 16:29.
11. Busse R. and Blümel M. (2014), *Germany: Health system review*, PubMed 2014;16(2):1-296, xxi.

12. Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of France*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10163-2019-INIT/en/pdf>
13. Chevreul K. (2015), *France: Health System Review, Health Systems in Transition*, 17(3):1-218, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf.
14. Commonwealth Fund (2017), *International profiles of health care systems: Denmark*.
15. Cylus J et al. (2015), United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(5): 1–125
16. Dumontet (2017), *Gatekeeping and the utilization of physician services in France: evidence on the Médecin traitant reform*, *Health Policy*, 121(6):675-82.
17. Danish Health Authority (2017), *Danes' health: the National Health Profile*, 2017, Copenhagen.
18. Economou C. (2017), *Greece: Health system review. Health Systems in Transition*, 19(5):1–192.
19. European Commission (2019b), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability. Country documents 2019 update*. Institutional Paper 105. European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf
20. European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Sweden, Health Systems and Policy Monitor*, <https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/countrypage.aspx>.
21. European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Health Systems and Policy Monitor: Denmark*, <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>.
22. Government of Canada ,*Canada Health Act Annual Report 2018-2019*
23. Greenwald, H.P. (2010), *Health Care in the United States. Organization, Management, and Policy*. Jossey-Bass. San Francisco.
24. Getzen, T. (2010), *Health Economics and Financing, 4th Edition*. John Wiley & Sons, United States of America.
25. Goldman, A.L., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., Bor, D.H. and McCormick, D. (2018) , *Out-of-Pocket Spending and Premium Contributions After*

«Πρότυπα δημόσια μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωση Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την Ευρώπη . Η σύγκριση με ιδιωτικά δίκτυα».

Σοφία Κόλλια

Implementation of the Affordable Care Act. JAMA Internal Medicine. 178(3): 347-355.

26. Kelley K. ,(2019), Health Insurance Coverage in the United States: 2018. U.S. Department of Commerce Wilbur Ross .
27. Kroneman M. (2016), *The Netherlands: Health System Review. Health Systems in Transition*, 18(2): 1–239.
28. Landers S. , Madigan E., Leff B., Rosati R. , McCann B., Hornbake R., MacMillan R. , Jones K., Bowles K. , Dowding D. , Lee T. , Moorhead T.,Rodriguez S. and Breese E. ,(2016), *The Future of Home Health Care:A Strategic Framework for Optimizing Value*, Home Health Care Management & Practice 2016, 28(4) 262–278
29. Lionis C. , Symvoulakis E. , Markaki A. , Petelos E. , Papadakis S. , Sifaki-Pistolla D., Papadakakis M. , Souliotis K., and Tziraki C. (2019), *Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne’s thread*, PubMed Central 2019
30. Morse A. (2018), *A review of the role and costs of clinical commissioning groups*, National Audit Office, England.
31. N.C.B.I. (2015), *Health care in Germany: The German health care system*, Last Update: February 8, 2018.
32. OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glanceeurope-23056088.htm>
33. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
34. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *France: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
35. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *The Netherlands: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

36. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
37. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
38. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Sweden: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
39. OECD (2017), *Primary Care in Denmark*, OECD Publishing, Paris.
40. Pedersen K. , Andersen J. and Sondergaard J., (2012) General Practice and Primary Health Care in Denmark , *The Journal of the American Board of Family Medicine*, PubMed, 25 :S34-8
41. Primary health care performance initiative methodology note. PHCPI 2015.
42. Public Health England (2018b), *Health profile for England: 2018*, Public Health England, London.
43. Social Security Administration (2012) ,*Medicare* (Greek) SSA Publication 05-10043-GR July 2012.
44. Tikkanen R. , Osborn R., Mossialos E., Djordjevic A., Wharton G. (2020), *International Health Care System Profiles:Denmark*, University of Copenhagen .
45. Volksgezondheidszorg (2019), *Public health and health care information*, www.volksgezondheidszorg.info
46. World Health Organization (2018), *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, England.