

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
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

Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Συγκριτική ανάλυση Ελληνικού και
Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας.

Συγγραφέας
Γιαννουκάκος Λεωνίδας - Ανδρέας
ΑΜ: 21009

Επιβλέπουσα:
Τσάκνη Γεωργία

Αθήνα, Ιούνιος 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

Diploma Thesis

Evaluation of health systems. Comparative analysis of Greek and European health systems.

**Student name and surname:
Giannoukakos Leonidas - Andreas
Registration Number: 21009**

**Supervisor name and surname:
Tsakni Georgia**

Athens, June 2024

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ

ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Συγκριτική ανάλυση Ελληνικού και Ευρωπαϊκών
συστημάτων υγείας.**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική
Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Δρ. Γεωργία Τσάκνη	Επίκουρη Καθηγήτρια/Επιβλέπουσα	
2	Δρ. Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής/Μέλος	
3	Δρ. Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια/Μέλος	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Γιαννουκάκος Λεωνίδας – Ανδρέας του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 21009 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Σπουδών 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 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο Δηλών



Γιαννουκάκος Λεωνίδας - Ανδρέας

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Κεφάλαιο 1: Ελληνικό σύστημα υγείας	11
1.1. Ορισμοί.....	11
1.2. Μοντέλα Beveridge και Bismarck.....	13
1.2.1. Μοντέλο Beveridge	13
1.2.2. Μοντέλο Bismarck	15
1.2.3. Σύγκριση Μοντέλων Beveridge και Bismarck.....	17
1.3. Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	19
1.4. Ιστορική αναδρομή.....	21
1.5. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία	23
1.6. Στελέχωση και υποδομές.....	25
1.7. Οργανόγραμμα – δομή	27
1.8. Χρηματοδότηση	30
2.1.3. Χρηματοδότηση Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	31
1.9. Νομικό πλαίσιο.....	37
1.10. Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» - ΕΠΠΕ 37	
1.11. Προκλήσεις ΕΣΥ	39
1.12. Έρευνα GPO για τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.)	41
Κεφάλαιο 2: Συστήματα υγείας ευρωπαϊκών χωρών	45
2.1. Γαλλία.....	45
2.1.3. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία	45
2.1.3. Οικονομικό πλαίσιο.....	46
2.1.3. Γαλλικό σύστημα υγείας	47
2.2. Γερμανία.....	53
2.2.1. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία	53
2.2.2. Οικονομικό πλαίσιο.....	54
2.2.3. Γερμανικό σύστημα υγείας.....	54
2.3. Ιταλία.....	59
2.3.1. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία	59
2.3.2. Οικονομικό πλαίσιο.....	60
2.3.3. Ιταλικό σύστημα υγείας.....	61
2.4. Ισπανία	64

2.4.1.	Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία	64
2.4.2.	Οικονομικό πλαίσιο.....	65
2.4.3.	Ισπανικό σύστημα υγείας	66
2.5.	Σουηδία.....	70
2.6.3.	Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία	70
2.6.3.	Οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο	71
2.6.3.	Σουηδικό σύστημα υγείας	72
2.6.	Ηνωμένο Βασίλειο	80
2.6.3.	Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία	80
2.6.3.	Οικονομικό πλαίσιο.....	82
2.6.3.	Αγγλικό σύστημα υγείας – National Health System (NHS).....	84
Κεφάλαιο 3: Σύγκριση συστημάτων υγείας Ελλάδας και ευρωπαϊκών χωρών		87
Κεφάλαιο 4 : Συμπεράσματα – Προτάσεις.....		90
Βιβλιογραφία.....		95
Ελληνική Βιβλιογραφία.....		95
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....		96
Ιστοσελίδες.....		99
Παραρτήματα		100

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της διπλωματικής αυτής εργασίας δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη πολλών ανθρώπων. Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες προς όλους όσους συνέβαλαν στην προσπάθειά μου αυτή.

Πρώτα απ' όλα, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την αδιάκοπη υποστήριξη και αγάπη τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η υπομονή, οι θυσίες και η αμέριστη εμπιστοσύνη τους με ενθάρρυναν να συνεχίσω και να ολοκληρώσω αυτή την εργασία. Χωρίς την συναισθηματική και υλική τους υποστήριξη, αυτό το ταξίδι θα ήταν ακατόρθωτο.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους μου, οι οποίοι στάθηκαν δίπλα μου στις καλές και στις δύσκολες στιγμές. Η παρέα, η κατανόηση και η ενθάρρυνσή τους ήταν ανεκτίμητες και με βοήθησαν να διατηρήσω την ψυχραιμία και την αποφασιστικότητά μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους συναδέλφους μου, οι οποίοι με βοήθησαν με τις πολύτιμες συμβουλές και τις γνώσεις τους. Η συνεργασία και η αλληλεγγύη που μοιραστήκαμε ήταν καθοριστικές για την επιτυχία αυτής της προσπάθειας.

Τέλος, εκφράζω την βαθιά ευγνωμοσύνη μου στην καθηγήτριά μου, κ. Τσάκνη Γεωργία, η οποία με καθοδήγησε με τη σοφία και την εμπειρία της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Οι πολύτιμες συμβουλές και η συνεχής υποστήριξή της με βοήθησαν να εξελιχθώ και να ολοκληρώσω την εργασία αυτή με επιτυχία.

Σας ευχαριστώ όλους από καρδιάς.

Γιαννουκάκος Λεωνίδας - Ανδρέας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας, γνωστό ως Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), παρουσιάζει ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές σε σχέση με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Βασίζεται κυρίως στη δημόσια χρηματοδότηση και παρέχει καθολική κάλυψη στους πολίτες, με κύριο στόχο την εξασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, το ελληνικό σύστημα αντιμετωπίζει προκλήσεις που αφορούν τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, γεγονός που επηρεάζει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, έχουν παρατηρηθεί ελλείψεις τόσο στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού – προσωπικό (κυρίως ιατρικό και νοσηλευτικό), όσο και τις υποδομές, καθώς και μεγάλα ποσοστά ιδιωτικών πληρωμών από τους ασθενείς.

Αντίθετα, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γερμανία και η Σουηδία, τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται καλύτερα και είναι πιο αποδοτικά οργανωμένα. Αυτές οι χώρες επενδύουν σημαντικά σε τεχνολογίες υγείας και ανθρώπινο δυναμικό, ενώ διασφαλίζουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες μέσω αυστηρών ρυθμιστικών πλαισίων και συνεχούς αξιολόγησης.

Παρά τις δυσκολίες, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει καταφέρει να προσφέρει βασικές υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες. Για τη βελτίωση της κατάστασης είναι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις που θα στοχεύουν στην ενίσχυση της χρηματοδότησης, την αναβάθμιση των υποδομών και την βελτίωση της διαχείρισης των πόρων. Με τον τρόπο αυτό, η Ελλάδα θα μπορέσει να συγκλίνει περισσότερο με τα πρότυπα των προηγμένων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, εξασφαλίζοντας καλύτερη υγειονομική φροντίδα για όλους τους πολίτες.

ABSTRACT

The Greek health system, known as the National Health System (NHS), shows similarities but also significant differences compared to other European health systems. It is mainly based on public funding and provides universal coverage to citizens, with the main objective of ensuring equal access to health services.

Compared to the European health systems, the Greek system faces challenges regarding the financing, organization and quality of the services provided. Health expenditure in Greece is lower than the European average, which affects the efficiency and effectiveness of services. There are also shortages of staff and infrastructure, as well as high rates of private payment by patients.

In contrast, in many European countries, such as Germany and Sweden, health systems are better financed and more efficiently organized. These countries invest significantly in health technologies and human resources, while ensuring high-quality services through strict regulatory frameworks and continuous evaluation.

Despite the difficulties, the Greek health system has managed to offer basic health services to all citizens. To improve the situation, reforms aimed at strengthening financing, upgrading infrastructure and improving resource management are necessary. In this way, Greece will be able to converge more closely with the standards of advanced European health systems, ensuring better health care for all citizens.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση, μελέτη και σύγκριση του συστήματος υγείας της Ελλάδος με αντίστοιχα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Οι ευρωπαϊκές χώρες που θα συγκριθούν με την Ελλάδα είναι η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία και η Ισπανία. Η σύγκριση θα επικεντρωθεί στη δομή, τον τρόπο λειτουργίας αλλά και χρηματοδότησης των παραπάνω συστημάτων.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να αναδείξει ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των χωρών. Επιπλέον, θα επιχειρηθεί κατάταξη των συστημάτων αυτών αναφορικά με την επάρκεια και αποτελεσματικότητά τους.

Αναφορικά με τη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί, αξίζει να αναφέρουμε ότι είναι εκείνη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης συγγραμμάτων, μελετών – ερευνών, αλλά και της χρήση διαδικτυακών πηγών.

Η εργασία αυτή δομείται σε τέσσερα (4) βασικά κεφάλαια. Τα κεφάλαια αυτά είναι τα εξής:

Το πρώτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στο ελληνικό σύστημα υγείας. Θα γίνει αναφορά σε ορισμούς βασικών όρων, ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας από την σύστασή του και θα παρουσιαστούν δημογραφικά στοιχεία. Επιπροσθέτως, θα παρουσιαστεί το οργανόγραμμα – δομή του συστήματος, ο τρόπος χρηματοδότησής του και το νομικό πλαίσιο που το περιβάλλει.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι ευρωπαϊκές χώρες που έχουν επιλεγεί. Θα γίνει μια σύντομη αναφορά στα δημογραφικά στοιχεία της κάθε χώρας και την ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας. Εν συνεχεία, στο κεφάλαιο αυτό θα επικεντρωθούμε στη δομή και λειτουργία των εκάστοτε συστημάτων υγείας της κάθε χώρας που θα ασχοληθούμε.

Το τρίτο και βασικό κεφάλαιο της εργασίας αυτής είναι αυτό της σύγκρισης του ελληνικού συστήματος υγείας με τα αντίστοιχα των ευρωπαϊκών χωρών που θα ακολουθήσουν.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη σύγκριση που πραγματοποιήθηκε στο τρίτο κεφάλαιο, καθώς επίσης και οι προτάσεις βελτίωσης της εν γένει κατάστασης

Κεφάλαιο 1: Ελληνικό σύστημα υγείας

1.1. Ορισμοί

Τα συστήματα υγείας είναι οι οργανωμένες δομές και διαδικασίες που δημιουργούνται για την προώθηση, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού.

Τα συστήματα υγείας εμπεριέχουν τους παρακάτω τομείς:

Υποδομές: Νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα υγείας, και άλλες εγκαταστάσεις με σκοπό ύπαρξης την παροχή υγειονομικής φροντίδας.

Ανθρώπινο δυναμικό: Ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό.

Υπηρεσίες: Ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση.

Χρηματοδότηση: Οι τρόποι με τους οποίους χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας, όπως μέσω κρατικών πόρων, ασφαλιστικών ταμείων ή ιδιωτικών πληρωμών.

Πολιτικές και Διαχείριση: Οι κανονισμοί, νόμοι και πολιτικές που καθοδηγούν τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας: Η χρήση τεχνολογίας για τη συλλογή, διαχείριση και ανάλυση δεδομένων υγείας.

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας πρέπει να είναι προσβάσιμο, αποτελεσματικό, δίκαιο, βιώσιμο και να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα σε όλους τους πολίτες.

Παρακάτω παρατίθενται μερικοί ορισμοί των συστημάτων υγείας από διάφορους συγγραφείς και οργανισμούς:

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO):

Σύμφωνα με τον WHO, ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει "όλους τους οργανισμούς, τους ανθρώπους και τις δράσεις που αποσκοπούν στην προώθηση, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τις προσπάθειες που αποσκοπούν στον επηρεασμό των παραγόντων που καθορίζουν την υγεία καθώς και πιο άμεσες δραστηριότητες παροχής υγειονομικής φροντίδας" (WHO, 2000).

Murray και Frenk (2000):

Ο Murray και ο Frenk ορίζουν το σύστημα υγείας ως «τη συλλογή των δραστηριοτήτων των ανθρώπων, των οργανισμών και των πόρων που πρωταρχικά αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων» (Murray & Frenk, 2000).

Roemer (1991):

Ο Milton I. Roemer ορίζει το σύστημα υγείας ως «ένα σύνολο από οργανωμένες ρυθμίσεις και διαδικασίες, οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού» (Roemer, 1991).

Andersen και Davidson (2001):

Σύμφωνα με τους Andersen και Davidson, ένα σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός των πόρων, των οργανώσεων, των χρηματοδοτικών μηχανισμών και των διατάξεων που χρησιμοποιούνται για την παροχή υγειονομικής φροντίδας στον πληθυσμό» (Andersen & Davidson, 2001).

Καλογερόπουλου και Μουρδουκούτας:

«Το σύνολο των στοιχείων που είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους ορίζεται ως σύστημα» (Καλογερόπουλου και Μουρδουκούτας, 2007)

Χλέτσος :

Σαν σύστημα ορίζεται εκείνο το άθροισμα ανεξάρτητων τμημάτων που συνδέονται μεταξύ τους με σκοπό να πραγματοποιήσουν μια λειτουργία. (Χλέτσος Μ., 2012)

Λιαροπούλος :

Σαν σύστημα ορίζεται εκείνος ο συνδυασμός διαδικασιών και οντοτήτων όπου αλληλοσχετίζονται και εξαρτούνται μεταξύ τους, με στόχο έναν απώτερο σκοπό. (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Γεωργούσης και Κυριόπουλος (2002)

«Το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής τους»

Αυτοί οι ορισμοί αναδεικνύουν τις πολυδιάστατες και πολυεπίπεδες πτυχές των συστημάτων υγείας, από τις υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό μέχρι τις πολιτικές και τις διαδικασίες διαχείρισης. Το σύστημα επιβάλλεται να έχει κατά κύριο λόγο ανθρώπινη προσέγγιση και έπειτα να ακολουθεί το αξίωμα, κόστος-μέγιστη ωφελιμότητα/ αποδοτικότητα.

Σαν ορισμό του συστήματος που ασχολείται με την υγεία (υγειονομικό σύστημα), αναφερόμαστε στο σύνολο λειτουργιών και υποδομών που σαν στόχο τους έχουν την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα πάντα με τους νομοθετημένους οργανωτικούς και λειτουργικούς κανόνες που έχει επιβάλλει η πολιτεία. Απώτερος στόχος αποτελεί η υποστήριξη και προστασία της δημόσιας υγείας.

Κύριο νόημα ύπαρξής των συστημάτων αυτών είναι η βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού . Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, τα συστήματα υγείας αποτελούνται από υποσυστήματα συνδυασμένα αρμονικά σύμφωνα με το εκάστοτε οργανόγραμμα και προγραμματισμό.

Τα συστήματα υγείας χωρίζονται σε δύο στοιχειώδη κατηγορίες. Αυτές είναι (Robinson, T.N., Patrick, K., Eng, T.R., Gustafson, D., 1999):

- Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας
- Τα εθνικά συστήματα υγείας

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας βασίζονται στην αρχή της ελευθερίας, της ελεύθερης επιλογής, της ελεύθερης αγοράς, την ενδυνάμωση των ιδιωτικών ενεργειών και τον μετριασμό της κρατικής ανάμειξης. Από την άλλη, τα εθνικά συστήματα υγείας συναρτώνται στις αρχές της υποχρεωτικής συμμετοχής, της καθολικής κάλυψης και της κρατικής παρέμβασης , θεμελιώδης κανόνες που υπερισχύουν στα κράτη μέλη της Ευρώπης. Ωστόσο, υπάρχουν και συστήματα υγείας τα οποία είναι μία ανάμειξη των δύο παραπάνω και αυτά είναι τα μεικτά συστήματα.

1.2. Μοντέλα Beveridge και Bismarck

1.2.1. Μοντέλο Beveridge

Το μοντέλο Beveridge είναι ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που πήρε το όνομά του από τον Βρετανό οικονομολόγο William Beveridge. Σε αυτό το μοντέλο, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται και χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση μέσω της φορολογίας. Στοχεύει στη διασφάλιση καθολικής πρόσβασης

στην υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την ικανότητά τους να πληρώσουν. Το μοντέλο Beveridge χαρακτηρίζεται από ένα σύστημα μονοπληρωτή, όπου η κυβέρνηση ενεργεί ως ο μοναδικός πάροχος υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το μοντέλο συνδέεται συχνά με χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) προσφέρει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό. Το μοντέλο Beveridge έχει σχεδιαστεί για να προάγει την ισότητα και την προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη, διασφαλίζοντας ότι όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση στην απαραίτητη ιατρική περίθαλψη.

Οι χώρες που χρησιμοποιούν το μοντέλο Beveridge για το σύστημα υγείας τους είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία, η Ιταλία και η Σουηδία. Αυτές οι χώρες διαθέτουν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης όπου η κυβέρνηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες τους. Το μοντέλο Beveridge σαν στόχο έχει να εξασφαλίσει την καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως από το οικονομικό τους υπόβαθρο, μέσω των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται και παρέχονται από την εκάστοτε κυβέρνηση.

Βασικά χαρακτηριστικά του Μοντέλου Beveridge:

1. **Καθολική Κάλυψη:** Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη ανεξαρτήτως της οικονομικής τους κατάστασης.
2. **Κρατική Χρηματοδότηση:** Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία, καθιστώντας την υγειονομική περίθαλψη δωρεάν στο σημείο χρήσης.
3. **Κρατική Ιδιοκτησία και Διαχείριση:** Τα περισσότερα νοσοκομεία και κλινικές ανήκουν και διαχειρίζονται από το κράτος.
4. **Πρόληψη και Δημόσια Υγεία:** Δίνεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, καθώς και στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών.

Πλεονεκτήματα:

- **Ισότητα στην Πρόσβαση:** Η υγειονομική περίθαλψη είναι προσβάσιμη σε όλους τους πολίτες χωρίς οικονομικά εμπόδια.
- **Μείωση Δαπανών Υγείας:** Η κεντρική διαχείριση και η χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας μπορεί να μειώσει τα συνολικά κόστη.

- **Εστίαση στην Πρόληψη:** Η έμφαση στην πρόληψη μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα συνολικά αποτελέσματα υγείας.

Μειονεκτήματα:

- **Δημοσιονομικά Βάρη:** Η χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας μπορεί να είναι οικονομικά επιβαρυντική για το κράτος.
- **Αναμονή για Υπηρεσίες:** Σε κάποιες περιπτώσεις, οι ασθενείς μπορεί να περιμένουν περισσότερο για να λάβουν υπηρεσίες υγείας λόγω της μεγάλης ζήτησης.
- **Γραφειοκρατία:** Η κεντρική διαχείριση μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη γραφειοκρατία και λιγότερη ευελιξία στην παροχή υπηρεσιών.

Το Μοντέλο Beveridge έχει επηρεάσει πολλά άλλα συστήματα υγείας σε χώρες όπως η Σουηδία, η Ιταλία και η Ισπανία, αν και κάθε χώρα έχει προσαρμόσει το μοντέλο στις δικές της ανάγκες και προτεραιότητες.

1.2.2. Μοντέλο Bismarck

Το Μοντέλο Bismarck είναι ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που γεννήθηκε από τον Otto von Bismarck στη Γερμανία τον 19ο αιώνα. Είναι ένας από τους κύριους τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που χρησιμοποιούνται σε πολλές χώρες σήμερα, και έχει ως βασικό χαρακτηριστικό τη συμμετοχή των εργοδοτών και των εργαζομένων στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω ασφαλιστικών εισφορών.

Οι χώρες που χρησιμοποιούν το μοντέλο Bismarck για το σύστημα υγείας τους είναι η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο και η Ιαπωνία. Αυτές οι χώρες διαθέτουν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης όπου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται από έναν συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων και τα άτομα υποχρεούνται να κατέχουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας μέσω διαφόρων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

Το μοντέλο Bismarck βασίζεται στις αρχές της αλληλεγγύης και της κοινωνικής ασφάλισης, όπου τα άτομα συνεισφέρουν σε ένα ταμείο ασφάλισης υγείας με βάση το εισόδημά τους και σε αντάλλαγμα λαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης

όταν χρειάζεται, δίνοντας έμφαση στην κοινωνική αλληλεγγύη και την αρχή της υγειονομικής κάλυψης για όλους τους πολίτες.

Βασικά χαρακτηριστικά του Μοντέλου Bismarck:

1. **Κοινωνική Ασφάλιση:** Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται μέσω υποχρεωτικών ασφαλιστικών εισφορών από εργοδότες και εργαζόμενους.
2. **Πολλαπλοί Φορείς Ασφάλισης:** Υπάρχουν πολλοί μη κερδοσκοπικοί ασφαλιστικοί φορείς που παρέχουν ασφάλιση υγείας.
3. **Συνεχής Κάλυψη:** Το σύνολο των εργαζομένων και τα μέλη των οικογενειών τους είναι καλυμμένοι μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.
4. **Ιδιωτικοί Πάροχοι Υπηρεσιών:** Τα νοσοκομεία και οι ιατροί μπορούν να είναι είτε ιδιωτικοί είτε δημόσιοι, αλλά πληρώνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Πλεονεκτήματα:

- **Συνεχής Χρηματοδότηση:** Οι εισφορές από εργοδότες και εργαζόμενους παρέχουν σταθερή χρηματοδότηση για την υγειονομική περίθαλψη.
- **Επιλογή Ασφαλιστή:** Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν τον ασφαλιστικό φορέα που τους καλύπτει.
- **Ισχυρά Κοινωνικά Δίκτυα:** Η συμμετοχή της κοινωνίας στη χρηματοδότηση ενισχύει τα κοινωνικά δίκτυα και την αλληλεγγύη.

Μειονεκτήματα:

- **Σύνθετο Σύστημα:** Η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών φορέων μπορεί να καταστήσει το σύστημα πιο περίπλοκο και γραφειοκρατικό.
- **Διαφορετικά Επίπεδα Κάλυψης:** Η κάλυψη μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα, δημιουργώντας ανισότητες.
- **Κόστος για Επιχειρήσεις:** Οι εισφορές των εργοδοτών μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό οικονομικό βάρος για τις επιχειρήσεις.

Το Μοντέλο Bismarck χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης , όπως το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία και η Ελβετία. Κάθε χώρα έχει

προσαρμόσει το μοντέλο στις δικές της ανάγκες, αλλά το βασικό χαρακτηριστικό της χρηματοδότησης μέσω ασφαλιστικών εισφορών παραμένει σταθερό

1.2.3. Σύγκριση Μοντέλων Beveridge και Bismarck

Η σύγκριση των δύο κύριων μοντέλων υγειονομικής περίθαλψης, του Μοντέλου Beveridge και του Μοντέλου Bismarck, αναδεικνύει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε συστήματος, καθώς και τις διαφορές στη δομή και τη χρηματοδότησή τους.

Κατηγορία : Χρηματοδότηση και Δομή

Μοντέλο Beveridge:

Χρηματοδότηση:

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας πραγματοποιείται κατά βάση διά μέσου της γενικής φορολογίας. Η υγειονομική περίθαλψη είναι δωρεάν στο σημείο χρήσης.

Δομή:

Τα πλεονόητα των νοσοκομείων αλλά και των κλινικών ανήκουν και διαχειρίζονται από το κράτος, ενώ η κυβέρνηση είναι εκείνη η υπεύθυνη για τον έλεγχο της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Μοντέλο Bismarck:

Χρηματοδότηση:

Στο συγκεκριμένο μοντέλο η χρηματοδότηση πραγματοποιείται με τη χρήση υποχρεωτικών ασφαλιστικών εισφορών από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους. Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι κατά κύριο λόγο μη κερδοσκοπικές.

Δομή:

Πολλαπλοί ασφαλιστικοί φορείς (ασφαλιστικές εταιρείες) παρέχουν την κάλυψη υγείας. Τα νοσοκομεία και οι ιατροί μπορεί να είναι είτε ιδιωτικοί είτε δημόσιοι, ωστόσο πληρώνονται μέσω των ασφαλιστικών φορέων.

Κατηγορία : Πρόσβαση και Ισότητα

Μοντέλο Beveridge:

Πρόσβαση: Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς οικονομικά εμπόδια.

Ισότητα: Υψηλή ισότητα στην πρόσβαση λόγω της χρηματοδότησης μέσω της φορολογίας.

Μοντέλο Bismarck:

Πρόσβαση: Όλοι οι εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους καλύπτονται μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, αν και η πρόσβαση μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα.

Ισότητα: Η κάλυψη μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων, δημιουργώντας πιθανές ανισότητες στην πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα

Μοντέλο Beveridge:

Πλεονεκτήματα: Ισότητα στην πρόσβαση, εστίαση στην πρόληψη, πιθανή μείωση συνολικών δαπανών υγείας λόγω της κεντρικής διαχείρισης.

Μειονεκτήματα: Υψηλά δημοσιονομικά βάρη, πιθανές αναμονές για υπηρεσίες, αυξημένη γραφειοκρατία.

Μοντέλο Bismarck:

Πλεονεκτήματα: Συνεχής χρηματοδότηση μέσω εισφορών, δυνατότητα επιλογής ασφαλιστικού φορέα, ισχυρά κοινωνικά δίκτυα.

Μειονεκτήματα: Σύνθετο και γραφειοκρατικό σύστημα, διαφορετικά επίπεδα κάλυψης, πιθανή οικονομική επιβάρυνση για τις επιχειρήσεις.

Συμπεράσματα:

Το μοντέλο Beveridge αποτελεί ιδανικό μοντέλο για χώρες που επιθυμούν υψηλή ισότητα στην πρόσβαση και είναι διατεθειμένες να χρηματοδοτήσουν την υγειονομική

περίθαλψη μέσω της φορολογίας. Από την άλλη πλευρά το μοντέλο Bismarck είναι κατάλληλο μοντέλο για χώρες με ισχυρές δομές κοινωνικής ασφάλισης, όπου η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας μέσω ασφαλιστικών εισφορών αποτελεί βιώσιμη επιλογή σε συνδυασμό με την επιλογή ασφαλιστικού φορέα. Εν κατακλείδι, κάθε μοντέλο έχει τα δικά του προσόντα και ελαττώματα, και η καταλληλότητά τους εξαρτάται από τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες της κάθε χώρας.

Η διαφύλαξη και αναβάθμιση της υγείας του πληθυσμού αποτελεί απόλυτο σκοπό ύπαρξης των συστημάτων υγείας, έχοντας τις έννοιες πρόληψη, θεραπεία και περίθαλψη σαν οδηγό προς την επίτευξη αυτού του στόχου. Σύμφωνα με την Κωνσταντοπούλου Αικ. (2014), ένα σύστημα υγείας στο κομμάτι της πρόληψης βασίζεται σε οκτώ (8) τομείς. Αυτοί είναι :

- 1) Η εκπαίδευση όσον αφορά την πρόληψη ζητημάτων υγείας σε συνδυασμό με την μέθοδο ελέγχου και πρόωμης διάγνωσης.
- 2) Αναβάθμιση του τρόπου ζωής, αναφορικά με την ποιοτικότερη σίτιση του πληθυσμού.
- 3) Έμφαση στην ασφάλεια των παροχών ύδρευσης και διαχείρισης αποβλήτων.
- 4) Μελέτη των κοινωνικών συνόλων, ιδιαιτέρως τον περίγυρο της οικογενείας με έμφαση στη μητέρα και το παιδί.
- 5) Έγκαιρη εφαρμογή εμβολιαστικών προγραμμάτων.
- 6) Πρόληψη και έλεγχος τοπικών ενδημιών.
- 7) Χειρισμός κοινών νοσημάτων και τραυμάτων.
- 8) Προληπτική παροχή φαρμάκων.

1.3. Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Το ελληνικό σύστημα υγείας, γνωστό ως Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), είναι ένα καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που σαν σκοπό του έχει να παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους Έλληνες και τις Ελληνίδες, αλλά και κάθε νόμιμο κάτοικο της χώρας. Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού εισφορών από εργαζομένους, εργοδότες, αλλά και από την ίδια την κυβέρνηση. Το σύστημα χωρίζεται σε δύο βασικούς τομείς, τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Βασικό πυλώνα διαδραματίζουν οι δημόσιοι φορείς, δηλαδή νοσοκομεία, κέντρα

υγείας και διάφορες άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης να παρέχουν τις περισσότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Το ΕΣΥ προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσοκομειακής περίθαλψης, εξειδικευμένης φροντίδας και προληπτικών υπηρεσιών. Οι ασθενείς έχουν την ελευθερία να επιλέγουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης εντός του συστήματος και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στις ιατρικές ανάγκες και όχι στην ικανότητα πληρωμής.

Στο σύνολό του, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει σαν στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε κάθε κάτοικο της Ελλάδος, ανεξαρτήτως από την οικονομική τους κατάσταση.

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι δομημένο να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους Έλληνες πολίτες και νόμιμους κατοίκους. Ακολουθούν ορισμένες περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το σύστημα:

Πρωτοβάθμια Φροντίδα: Η ΕΣΥ τονίζει τη σημασία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται από γενικούς ιατρούς, παιδίατρος και άλλους επαγγελματίες υγείας σε κοινοτικά κέντρα υγείας και ιδιωτικά ιατρεία.

Νοσοκομειακή Φροντίδα: Η ΕΣΥ περιλαμβάνει ένα δίκτυο δημόσιων νοσοκομείων και εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρουν υπηρεσίες εσωτερικού και εξωτερικού. Αυτά τα νοσοκομεία είναι εξοπλισμένα για να παρέχουν ένα ευρύ φάσμα ιατρικών θεραπειών και διαδικασιών.

Ειδική Φροντίδα: Οι ασθενείς στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες εξειδικευμένης φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων διαβουλεύσεων με ειδικούς ιατρούς, διαγνωστικών εξετάσεων και εξειδικευμένων θεραπειών.

Συνταγογραφούμενα φάρμακα: Η ΕΣΥ καλύπτει ένα μέρος του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων για τους ασθενείς, καθιστώντας τα βασικά φάρμακα πιο προσιτά και προσβάσιμα.

Επείγουσα Φροντίδα: Η ΕΣΥ παρέχει υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής βοήθειας μέσω τμημάτων επειγόντων περιστατικών νοσοκομείων και υπηρεσιών ασθενοφόρων. Η επείγουσα περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε όλους τους ασθενείς που έχουν ανάγκη, ανεξάρτητα από το ασφαλιστικό τους καθεστώς.

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: Το ΕΣΥ περιλαμβάνει υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως συμβουλευτική, θεραπεία και ψυχιατρική φροντίδα, για την υποστήριξη ατόμων με παθήσεις ψυχικής υγείας.

Προληπτική Φροντίδα: Το ελληνικό σύστημα υγείας δίνει μεγάλη έμφαση στην προληπτική φροντίδα και την προαγωγή της υγείας. Υπηρεσίες όπως εμβολιασμοί, προληπτικοί έλεγχοι και προγράμματα αγωγής υγείας είναι διαθέσιμες για να βοηθήσουν στην πρόληψη ασθενειών και στην προώθηση της συνολικής ευημερίας.

Συνολικά, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στοχεύει να διασφαλίσει ότι όλοι οι κάτοικοι έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όταν χρειάζεται.

1.4. Ιστορική αναδρομή

Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές σε όλη την ιστορία του. Στην αρχαία Ελλάδα, η υγειονομική περίθαλψη παρεχόταν κυρίως από ναούς και ιαματικά ιερά, όπου ιερείς και γιατροί πρόσφεραν ιατρικές θεραπείες και χειρουργικές επεμβάσεις. Ο όρκος του Ιπποκράτη, που αποδίδεται στον αρχαίο Έλληνα γιατρό Ιπποκράτη, έθεσε ηθικά πρότυπα για την ιατρική πρακτική που εξακολουθούν να ασκούν επιρροή σήμερα.

Ο όρκος του Ιπποκράτη είναι ένας ιστορικός ηθικός κώδικας που αποδίδεται στον αρχαίο Έλληνα γιατρό Ιπποκράτη, που συχνά αναφέρεται ως «Πατέρας της Ιατρικής». Ο όρκος πιστεύεται ότι γράφτηκε τον 5ο αιώνα π.Χ. και θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα έγγραφα στην ιστορία της ιατρικής. Ο όρκος του Ιπποκράτη περιγράφει τις ηθικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις που πρέπει να τηρούν οι γιατροί στην πρακτική τους. Δίνει έμφαση σε αρχές όπως η εμπιστευτικότητα του ασθενούς, η ευεργεσία (ενεργώντας προς το συμφέρον του ασθενούς), η μη κακοήθεια (μην βλάψετε) και τη σημασία της διατήρησης υψηλού επιπέδου ηθικής συμπεριφοράς. Ο όρκος περιλαμβάνει επίσης δεσμεύσεις για διδασκαλία της επόμενης γενιάς γιατρών, σεβασμό της αυτονομίας των ασθενών και αποφυγή συγκρούσεων συμφερόντων. Ενώ

το αρχικό κείμενο του όρκου του Ιπποκράτη έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου και δεν χρησιμοποιείται παγκοσμίως στο σύνολό του σήμερα, οι βασικές αρχές του εξακολουθούν να επηρεάζουν την ιατρική δεοντολογία και να καθοδηγούν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε όλο τον κόσμο.

Κατά τη διάρκεια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας ιδρύθηκαν νοσοκομεία γνωστά ως ξενώνες για τη φροντίδα ασθενών και τραυματιών. Αυτά τα ιδρύματα παρείχαν ιατρική περίθαλψη, τροφή και στέγη σε ασθενείς, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση ή την ικανότητά τους να πληρώσουν.

Στη σύγχρονη εποχή, η Ελλάδα έχει αναπτύξει ένα εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης γνωστό ως Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Το σύστημα παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους, με υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται μέσω ενός συνδυασμού κρατικών εισφορών, πληρωμών κοινωνικής ασφάλισης και πληρωμών από την τσέπη.

Με τα χρόνια, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει αντιμετωπίσει προκλήσεις όπως ελλείψεις χρηματοδότησης, ελλείψεις προσωπικού και αναποτελεσματικότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Παρά αυτές τις προκλήσεις, η Ελλάδα έχει κάνει βήματα για τη βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, με προόδους στην ιατρική τεχνολογία, την έρευνα και την εκπαίδευση. Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

Συνολικά, η ιστορική αναδρομή του ελληνικού συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει ένα ταξίδι προόδου και προκλήσεων, με συνεχείς προσπάθειες να διασφαλιστεί ότι όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Το σύγχρονο ελληνικό σύστημα υγείας έχει τις ρίζες του στην ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983. Στόχος του ΕΣΥ ήταν να παρέχει καθολική υγειονομική κάλυψη σε όλους τους Έλληνες πολίτες και νόμιμους κατοίκους, με υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από συνδυασμό κρατικών εισφορών, κοινωνικής ασφάλισης πληρωμές και πληρωμές από την τσέπη. Το σύστημα είναι οργανωμένο σε τρία κύρια επίπεδα περίθαλψης: πρωτοβάθμια περίθαλψη, δευτεροβάθμια περίθαλψη και τριτοβάθμια περίθαλψη. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται συνήθως από γενικούς ιατρούς και κοινοτικά κέντρα υγείας, ενώ υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας προσφέρονται από νοσοκομεία και εξειδικευμένες ιατρικές εγκαταστάσεις.

Με τα χρόνια, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει αντιμετωπίσει προκλήσεις όπως ελλείψεις χρηματοδότησης, ελλείψεις προσωπικού και αναποτελεσματικότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι προκλήσεις έχουν οδηγήσει σε ζητήματα όπως μεγάλος χρόνος αναμονής για ιατρικά ραντεβού, υπερπλήρη νοσοκομεία και ανισότητες στην πρόσβαση στην περίθαλψη μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Ως απάντηση σε αυτές τις προκλήσεις, η Ελλάδα έχει εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις περιλαμβάνουν μέτρα για τον εξορθολογισμό της διοίκησης της υγειονομικής περίθαλψης, τη βελτίωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την αύξηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για ευάλωτους πληθυσμούς. Επιπλέον, η Ελλάδα έχει πραγματοποιήσει επενδύσεις στην ιατρική τεχνολογία, την έρευνα και την εκπαίδευση για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που διατίθενται στον πληθυσμό της. Παρά τις προσπάθειες αυτές, το ελληνικό σύστημα υγείας συνεχίζει να αντιμετωπίζει συνεχείς προκλήσεις και υπάρχει ανάγκη για συνεχή καινοτομία και μεταρρύθμιση για να διασφαλιστεί ότι όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

1.5. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία

Η Ελλάδα, ή διαφορετικά όπως είναι η επίσημη συνταγματική ονομασία Ελληνική Δημοκρατία, πρόκειται για ένα ανεξάρτητο κράτος, το οποίο εντοπίζεται στη τοποθεσία της νοτιοανατολικής Ευρώπης στο νοτιότερο άκρο της Βαλκανικής χερσονήσου. Η Ελλάδα συνορεύει συνολικά με τέσσερις (4) χώρες. Πιο συγκεκριμένα, από τα βόρεια και δυτικά συνορεύει με την Αλβανία, ενώ στον βορρά γειτονεύει με δύο χώρες, την Βουλγαρία και τη Βόρειο Μακεδονία. Τέλος, στα βορειοανατολικά της χώρας βρίσκεται η Τουρκία. Η Ελλάδα περικλείεται από Ιόνιο, το Λιβυκό (νότια της Κρήτης) και το Αιγαίο πέλαγος. Η συνολική της έκταση είναι 131.957 τ. χλμ., κατατάσσοντάς την στην 97^η θέση με τις μεγαλύτερες χώρες παγκοσμίως, με ακτογραμμή 13.676 χλμ. («The World Factbook», CIA.). Η Αθήνα, η μεγαλύτερη πόλη της χώρας και πρωτεύουσα της, συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού, που εκτιμάται στα 10.482.487 (Απογραφή – ΕΛΣΤΑΤ, 2021), στην πλειονότητα τους Χριστιανοί Ορθόδοξοι, με επίσημη γλώσσα την Ελληνική.

Η Ελλάδα, εξαιτίας της γεωστρατηγικής της θέσης, έχει συμπράξει με θεσμούς, γίνοντας μόνιμος εταίρος τους. Ορισμένοι από αυτούς είναι η Ευρωπαϊκή Ένωση για αρχή και έπειτα η Ευρωζώνη. Επιπλέον είναι στρατηγικός εταίρος του ΝΑΤΟ και ένα από τα ιδρυτικά μέλη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ). Αποτελεί την ισχυρότερη οικονομία στη Βαλκανική χερσόνησο, με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες Βαλκανικές χώρες. Κύριες πηγές εσόδων της χώρας είναι οι υπηρεσίες στο μεγαλύτερο βαθμό, η βιομηχανία και τέλος η γεωργία. Κατατάσσεται 51^η στις μεγαλύτερες οικονομίες παγκοσμίως και 29^η σε επίπεδο ποιότητας ζωής για το έτος 2015.



Εικόνα 1: Χάρτης Ελλάδας Γεωφυσικός

Δημογραφικοί παράγοντες	Ελλάδα	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού	10.459.782	446.735.291
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	22,7	21,1
Δείκτης γονιμότητας (2019)	1,4	1,5
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες		
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΙΑΔ σε EUR)	23.934	35,219
Ποσοστό σχετικής φτώχειας (% , 2019)	18,8	16,5
Ποσοστό ανεργίας (%)	12,5	6,2

(OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Greece (2023))

1.6. Στελέχωση και υποδομές

Σαν κεντρικά ανώτατο εκτελεστικό όργανο αναφορικά με τον τομέα της υγείας είναι ο Υπουργός Υγείας , ο οποίος είναι ανώτερος ιεραρχικά στην οργανωτική δομή του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με τον Νόμο 1558/1985. Στο Υπουργείο Υγείας καθορίζονται οι αρμοδιότητες στα εκάστοτε τμήματα – γραφεία και διευθύνσεις έχοντας ως σκοπό λειτουργίας την παροχή υψηλών προδιαγραφών υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας , την κατόπτευση και έλεγχο όλων των υγειονομικών φορέων, δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.

Για την ορθότερη λειτουργία την υπηρεσιών αυτών , το Υπουργείο με δύο βασικά όργανα – θεσμούς. Αυτά είναι :

- Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)
- Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.)

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) (Ν 1278/1982) (105 Α')

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) είναι ο ανώτατος γνωμοδοτικός και συμβουλευτικός φορέας της Ελλάδας για θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Ιδρύθηκε με σκοπό να παρέχει συμβουλές και γνωμοδοτήσεις στην κυβέρνηση και σε άλλα αρμόδια όργανα για την ανάπτυξη και την εφαρμογή της εθνικής πολιτικής υγείας. Ο παραπάνω φορέας, σαν αρχικό πλάνο ήταν να έχουν άμεση συμμετοχή ομάδα του πληθυσμού με σκοπό τη λήψη αποφάσεων. Το ΚΕΣΥ αποτελεί σύνολο ομάδων, θεσμών, φορέων, μετά από συγχώνευση τους, όπως το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, το Συμβούλιο θεμάτων Υγείας και Ανάπτυξης. Το ΚΕΣΥ συνεργάζεται με άλλους εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς υγείας και παρέχει υποστήριξη στη διαμόρφωση και υλοποίηση πολιτικών που βελτιώνουν την υγεία και την ευημερία των πολιτών. Το συμβούλιο συγκροτήθηκε από είκοσι τέσσερα (24) μέλη - εκπροσώπους από διάφορους τομείς όπως επαγγελματίες υγείας, μέλη συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων φορέων υγείας , μέλη φορέων κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και μέλη από ενώσεις δήμων και κοινοτήτων της χώρας. Το ΚΕΣΥ αποτελείται από είκοσι εννέα (29) τακτικά και ισάριθμα μέλη, εκ των οποίων ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος οι οποίοι ανήκουν στην πενταμελή (5) Εκτελεστική Επιτροπή και εκλέγονται από την ολομέλεια του συμβουλίου, ενώ τα υπόλοιπα τρία (3) μέλη εκλέγονται μετά από μυστική ψηφοφορία.

Οι κύριες αρμοδιότητες - λειτουργίες του ΚΕΣΥ αναφέρονται παρακάτω:

1. Σχεδιασμός πολιτικής υγείας:

Το ΚΕΣΥ συμβάλλει στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την αξιολόγηση των εθνικών πολιτικών και στρατηγικών στον τομέα της υγείας.

2. Καθοδήγηση και γνωμοδότηση:

Ο φορέας είναι υπεύθυνος ως προς την παροχή συμβουλών και γνωμοδοτήσεων για ιατρικά, επιστημονικά και διοικητικά ζητήματα στον τομέα της υγείας.

3. Συντονισμός υπηρεσιών υγείας:

Βελτίωση της συνεργασίας και του συντονισμού μεταξύ των διαφόρων φορέων και υπηρεσιών υγείας.

Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) (Ν. 1397/1983)

Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠεΣΥ) είναι γνωμοδοτικά, θεσμοθετημένα όργανα (άρθρο 3 του Νόμου Ε.Σ.Υ.) που λειτουργούν σε περιφερειακό επίπεδο στην Ελλάδα και έχουν ως στόχο να συμβάλλουν στη διαμόρφωση και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας σε τοπικό επίπεδο. Τα ΠεΣΥ αποτελούνται από εκπροσώπους των τοπικών υγειονομικών αρχών, των τοπικών κυβερνήσεων, των ιατρικών και νοσηλευτικών συλλόγων, καθώς και άλλων σχετικών φορέων. Η δομή και η λειτουργία τους επιτρέπουν την ενίσχυση της τοπικής συμμετοχής και της αποκέντρωσης στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας.

Οι κύριες αρμοδιότητες και λειτουργίες των ΠεΣΥ αναφέρονται παρακάτω:

1. Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Υγειονομικών Υπηρεσιών:

Ο φορέας συμβάλλει στη διαμόρφωση των περιφερειακών πολιτικών υγείας. Επιπλέον, είναι υπεύθυνος ως προς τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών και προγραμμάτων που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της τοπικής κοινότητας.

2. Συντονισμός και Συνεργασία:

Τα Πε.Σ.Υ. είναι αρμόδια ως προς τον συντονισμό των δράσεων μεταξύ των διαφορετικών υγειονομικών φορέων και υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο και την ενίσχυση συνεργασιών – συμπράξεων μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας.

3. Παρακολούθηση και Αξιολόγηση:

Παρακολούθηση της λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας. Αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Υποβολή Προτάσεων:

Υποβολή προτάσεων και γνωμοδοτήσεων στο Υπουργείο Υγείας και σε άλλους αρμόδιους φορείς για τη βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών και υποδομών.

5. Διαχείριση Κρίσεων:

Συμμετοχή στη διαχείριση υγειονομικών κρίσεων και εκτάκτων αναγκών σε περιφερειακό επίπεδο.

Ορισμένες αρμοδιότητες του υπουργείου Υγείας είναι οι εξής (Τούντας Ι., Κυριόπουλος Ι., Λιόνης Χρ., Νεκτάριος Μιλ., Σουλιώτης Κυρ., Υφαντόπουλος Ι., και Φιλαλήθης Τ., 2020):

- ✓ Άσκηση επιτελικού – εποπτικού ρόλου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
- ✓ Υλοποίηση πολιτικών αναφορικά με καταμερισμό του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων (υλικών) στις Υγειονομικές Περιφέρειες και υποστήριξη εργασιών και λειτουργιών των ΥΠΕ.
- ✓ Καθορισμός αξιών που διέπουν το ΕΣΥ.
- ✓ Νομοθέτηση και διασφάλιση καθολικής προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.
- ✓ Ρύθμιση των σχέσεων ανάμεσα σε ιδιωτικό και δημόσιο κλάδο υγείας.
- ✓ Διαπραγματεύση ως προς τον ετήσιο προϋπολογισμό του ΕΣΥ, κατανομή των χρηματοδοτικών πακέτων στις ΥΠΕ και έλεγχο της εφαρμογής αυτών.
- ✓ Εφαρμογή στρατηγικών στόχων και έλεγχος υλοποίησης αυτών.
- ✓ Καθορισμός προδιαγραφών λειτουργίας, παρεχόμενων υπηρεσιών και διαλειτουργικότητας των Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας (ΟΠΣΥ) των νοσοκομείων
- ✓ Εκπόνηση απώτερων σχεδίων, αναφορικά με τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ.

1.7. Οργανόγραμμα – δομή

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) , όπως υφίσταται σήμερα, εμπεριέχει τα παρακάτω κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας.

- Νοσοκομεία: 128 μονάδες. Οι νοσοκομειακές μονάδες διοικούνται από διοικητές και Δ.Σ. που καθορίζονται από το υπουργείο Υγείας
- Κέντρα Υγείας (ΚΥ): 201 μονάδες. Τα Κέντρα Υγείας διοικούνται από Διευθυντές ΕΣΥ με επιλογή της διοικήσεως των ΥΠΕ
- Περιφερειακά Ιατρεία αγροτικών περιοχών : 1487 μονάδες
- Πολύ – ιατρεία του Ιδρύματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) , αστικών περιοχών : 200 μονάδες
- Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) : 127 μονάδες.

Το Σύστημα αποτελείται από επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Π.).Αυτές είναι οι παρακάτω (Ν. 3527/2007):

- Αττικής
- Πειραιώς και Αιγαίου
- Μακεδονίας
- Μακεδονίας και Θράκης
- Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος
- Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος
- Κρήτης

Οι προαναφερθείσες επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες σχηματίστηκαν με τον Ν. 3527/2007 μετά από συγχώνευση των αρχικών δέκα επτά (17) Υγειονομικών Περιφερειών που αναφέρονται στον Ν. 3329/2005. Συνολικά, από τις επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες λειτουργούν εκτατών είκοσι οκτώ (128) νοσοκομεία. Περιληπτικά, η κάθε Υγειονομική Περιφέρεια διαθέτει :



Εικόνα 2 Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδος

- 1η Υγειονομική Περιφέρεια ΑΤΤΙΚΗΣ : έξι (26) νοσοκομεία
- 2η Υγειονομική Περιφέρεια ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ : τέσσερα (23) νοσοκομεία
- 3η Υγειονομική Περιφέρεια ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ : δώδεκα (16) νοσοκομεία
- 4η Υγειονομική Περιφέρεια ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ : έντεκα (14) νοσοκομεία
- 5η Υγειονομική Περιφέρεια ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ : έξι (13) νοσοκομεία
- 6η Υγειονομική Περιφέρεια ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ : είκοσι ένα (28) νοσοκομεία
- 7η Υγειονομική Περιφέρεια ΚΡΗΤΗΣ : πέντε (8) νοσοκομεία

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας - ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) είναι ο οργανισμός που είναι υπεύθυνος για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους πολίτες της Ελλάδας. Ο ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνος για την κάλυψη των ιατρικών εξόδων των ασφαλισμένων, την παροχή φαρμάκων, την παροχή ιατρικών εξετάσεων και την

παροχή άλλων υπηρεσιών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ συνεργάζεται με ιδιωτικούς και δημόσιους παρόχους υπηρεσιών υγείας για την παροχή αυτών των υπηρεσιών.

Ορισμένες από τις κατηγορίες υπηρεσιών που διαχειρίζεται ο ΕΟΠΥΥ είναι (Επίσημη ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας, 2024):

- Αιμοκαθάρσεις
- Ακτινοθεραπείες
- Αποζημιώσεις ΕΟΠΥΥ
- Έλεγχος και εκκαθάριση συνταγών (ΚΜΕΣ)
- Ηλεκτρονικές Δηλώσεις Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (eΔΑΠΥ)
- Ηλεκτρονικό ραντεβού για εξυπηρέτηση με φυσική παρουσία
- Παροχές ΕΚΠΥ (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας) και συμβεβλημένοι πάροχοι
- Φάκελος ασφάλισης υγείας
- Φάρμακα υψηλού κόστους

1.8. Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι ένα κρίσιμο ζήτημα για όλες τις χώρες, καθώς συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την πρόσβαση των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη. Οι βασικότερες πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι δημόσια ή και ιδιωτική χρηματοδότηση, πηγές από φιλανθρωπίες και οργανισμούς. Παρακάτω, αναλύονται οι προαναφερόμενες πηγές χρηματοδότησης.

Δημόσια Χρηματοδότηση:

Η Δημόσια χρηματοδότηση έχει δύο κλάδους. Συγκεκριμένα, πρόκειται για φορολογικά έσοδα και εισφορές κοινωνικών ασφαλίσεων. Τα συστήματα υγείας μπορούν και χρηματοδοτούνται από τα κράτη μέσω γενικών φορολογικών εσόδων, σύνηθες διαδικασία σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και οι σκανδιναβικές χώρες. Επιπροσθέτως, πολλές είναι οι χώρες που σαν πηγή χρηματοδότησης χρησιμοποιούν τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, υπολογιζόμενο ως ποσοστό του εισοδήματος σε διάφορους μηχανισμούς συλλογικής κάλυψης (Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας

– Ταμεία).(Μπουρσανίδης Χρ. ,2020) Στην περίπτωση αυτή, οι εργοδότες, αλλά και οι εργαζόμενοι καταβάλλουν εισφορές μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων. Πρόκειται για σύνηθες πρακτική, όπως για τις χώρες Γερμανία και Γαλλία.

Ιδιωτική Χρηματοδότηση:

Κατά την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας , ένα σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Οι Ηνωμένες Πολιτείες αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του συστήματος αυτού. Από την άλλη, υπάρχει και η επιλογή των άμεσων πληρωμών, κατά την οποία οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα - επιλογή να πληρώνουν άμεσα για υπηρεσίες υγείας, είτε από την τσέπη τους είτε μέσω συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης.

Άλλες Πηγές Χρηματοδότησης:

Εκτός από τη Δημόσια και Ιδιωτική χρηματοδότηση , υπάρχουν δύο επιπλέον πηγές, με απουσία των κρατικών φορέων. Αρχικά σε αναπτυσσόμενες χώρες, η χρηματοδότηση μπορεί να προέρχεται από διεθνείς οργανισμούς όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Επιπροσθέτως, η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας πραγματοποιείται μέσω φιλανθρωπιών αλλά και μέσω μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Ιδιωτικά ιδρύματα και μη κυβερνητικοί οργανισμοί συμβάλουν στη χρηματοδότηση, ιδιαίτερα σε συγκεκριμένα προγράμματα ή περιοχές.

Παρατηρώντας τις παραπάνω μεθόδους χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας , αντιλαμβανόμαστε πως η κάθε χώρα χρησιμοποιεί μια βασική πηγή, παραδείγματος χάρη μέσω φορολογίας, από την άλλη γίνεται και χρήση κι άλλων εναλλακτικών πηγών όπως των απευθείας πληρωμών, δηλαδή μιλάμε για μεικτά συστήματα υγείας.

2.1.3. Χρηματοδότηση Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το μοντέλο στο οποίο αποτελεί μέρος η Ελλάδα είναι ένα νότιο – ευρωπαϊκού μικτού τύπου μοντέλο κράτους πρόνοιας. Το συγκεκριμένο μοντέλο χωρίζεται σε δύο βασικά υποσύνολα – στοιχεία. Το πρώτο είναι εκείνο του μοντέλου του Beveridge, το οποίο μοντέλο στρέφεται κυρίως στην είσπραξη φόρων με απώτερο σκοπό τη κρατική χρηματοδότηση. Το δεύτερο στοιχείο που ανήκει στο μικτό αυτό μοντέλο πρόνοιας είναι αυτό που στοχεύει στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας, βασιζόμενο στο μοντέλο Bismarck.

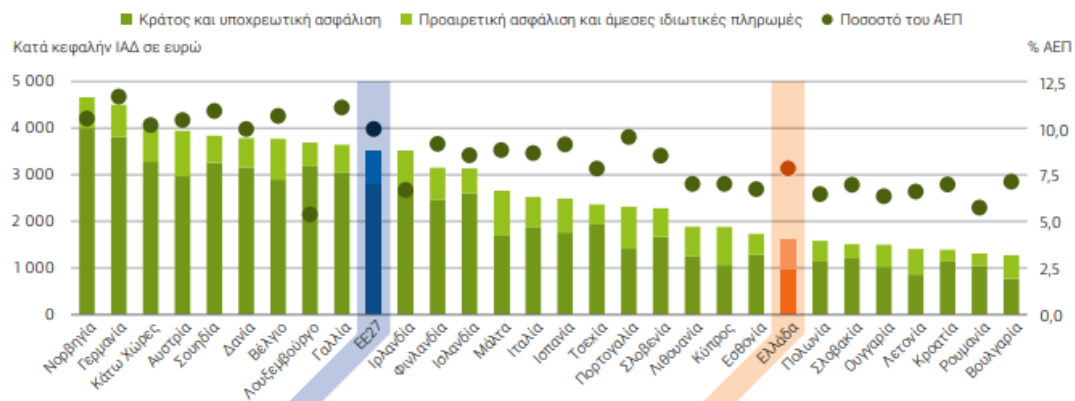
Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), είναι τρεις:

- Φορολογία
- Κοινωνική ασφάλιση, διαμέσου των ταμείων υγείας
- Ιδιωτικές πρωτοβουλίες

Μεικτό θεωρείται το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, διότι περιλαμβάνει όχι μόνο κρατική ενίσχυση αλλά και ιδιωτικές πρωτοβουλίες, σε ποσοστό 60% και 40%, αντίστοιχα. (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Από την κρατική ενίσχυση του συστήματος, εξασφαλίζονται τα έξοδα αναβάθμισης και συντήρησης των υποδομών, κάλυψη ερευνητικών προγραμμάτων, μισθολογικών απαιτήσεων του ενεργού ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και τυχόν έκτακτα ζητήματα που ενδέχεται να προκύψουν.

Το Υπουργείο Οικονομικών σε άμεση συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, συνθέτουν τον προϋπολογισμό, αναδιανέμουν τα έσοδα, προερχόμενα από τη φορολογία που επιβάλλεται, κυρίως στα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (κέντρα υγείας και τοπικές μονάδες υγείας). Οι εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων διανέμονται στον Εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.).

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην ΕΕ (2019)



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.
 Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021 (τα στοιχεία αφορούν το 2019, με εξαίρεση τη Μάλτα για την οποία αφορούν το 2018).

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο ήμισυ περίπου του μέσου όρου της ΕΕ.

Η Ελλάδα είναι από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που εξακολουθούν, παρά την αύξηση, να έχουν τις χαμηλότερες δαπάνες στον τομέα της υγείας. Για το έτος 2019, ο μέσος όρος δαπανών στην υγεία, για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν 9,9%, σε σύγκριση με της Ελλάδος στα 7,8%. Από ιστορικής άποψης, η Ελλάδα βρισκόταν πάντα σε χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο των Ευρωπαϊκών χωρών, ιδιαίτερα την περίοδο της οικονομικής κρίσης, κυρίως λόγω των επώδυνων μέτρων που

θεσπίστηκαν από την κυβέρνηση της χώρας, σύμφωνα με τις οδηγίες μείωσης του κόστους, από το 2009 και έπειτα. Ωστόσο, για το έτος 2015, παρατηρήθηκαν αυξήσεις στις δαπάνες στον τομέα της υγείας, με σταθερό και σε μικρό βαθμό, ενώ για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID – 19, το έτος 2020, αυξήθηκαν τα χρηματοδοτικά πακέτα ούτως ώστε να υποστηριχθούν οι δομές υγείας της χώρας. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Για το έτος 2021, οι δαπάνες της υγείας αντιστοιχούσαν σε ποσοστό του ΑΕΠ κατά 9,2 μονάδες, συγκριτικά με το ποσοστό 11% της μέσης τιμής των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρόλο που για τα έτη 2020 με 2021 υπήρξε αύξηση των δαπανών κατά 4,9 % του ΑΕΠ, η Ελλάδα εξακολουθεί να βρίσκεται χαμηλά στην κατάταξη των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όσον αφορά τη δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, το ποσοστό ανερχόταν στο 62,1%, για το έτος 2021. Το ποσοστό αυτό, εάν και ελάχιστα αυξημένο από προηγούμενα έτη, είναι χαμηλότερα μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και από το μέσο όρο της που αντιστοιχεί στο 81,1%. Σε ποσοστό 33% βρίσκονται οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών, σχετικά με τις δαπάνες υγείας. Το ποσοστό αυτό είναι κάτι παραπάνω από διπλάσιο σε σχέση με τη μέση τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης (15%), αλλά και δεύτερο υψηλότερο αμέσως μετά τη Βουλγαρία. Το ποσοστό αυτό αναφέρεται κυρίως σε φαρμακευτικά προϊόντα, αλλά και άμεσες πληρωμές σε άλλες υπηρεσίες που δεν ανήκουν στη δεσμη παροχών, δηλαδή εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη και διαγνωστικές εξετάσεις. (OECD/ Προφίλ Ελλάδας, 2023).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, το έτος 2022, έδειξε πως οι Έλληνες πολίτες, σε ποσοστό 13%, προσέφεραν σε δημόσια δομή (νοσοκομείο, κέντρο υγείας) ή και σε επαγγελματία υγείας (νοσηλεύτη, ιατρό) επιπλέον πληρωμή με τη μορφή δωρεάς και δώρου αντίστοιχα. Αυτό ορίζεται ως άτυπη πληρωμή και αποτελεί μέρος των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. (EU, 2022· Economou C et al., 2017).

Παρακάτω παρουσιάζονται, κατά φθίνουσα σειρά, οι κατηγορίες δαπανών της Ελλάδας στον τομέα της υγείας. (Παράρτημα 3). Μεγαλύτερες δαπάνες στην υγεία παρατηρούνται στον τομέα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, φθάνοντας στα 2/5 των συνολικών δαπανών στην Ελλάδα, για το έτος 2021, τρίτη στη σειρά κατάταξης χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τα υψηλότερα ποσοστά με πρώτη την Κύπρο και αμέσως μετά, στη δεύτερη θέση τη Ρουμανία. Το ποσοστό των δαπανών αναφορικά με την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχεται στα 42%, σε σύγκριση με το μέσο όρο

της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο 28%. Αμέσως μετά βρίσκονται οι δαπάνες φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών βοηθημάτων, με ποσοστό στα 30% και η μέση τιμή Ευρωπαϊκών χωρών να ανέρχεται στο 18%, παρουσιάζοντας μεγάλη διαφορά, εάν αναλογιστούμε το γεγονός πως η Ελλάδα κατέχει τις χαμηλότερες δαπάνες στην υγεία και συνυπολογίζοντας τις τιμές των παραπάνω να συγκλίνουν στον τιμοκατάλογο της ενιαίας αγοράς. Αντιστρόφως, παρά τον αγώνα της χώρας για διεύρυνση και την παγίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι δαπάνες των εξωνοσοκομειακών περιθάλψεων παραμένει χαμηλή, με ποσοστό στα 21%. Τέλος, το υπόλοιπο 7% επί των συνολικών δαπανών της Ελλάδας μοιράζονται οι τομείς της πρόληψης (4%) χαμηλότερες από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (6%), η μακροχρόνια φροντίδα (2%) και με ποσοστό μόλις 1% η διοίκηση και άλλες δαπάνες. (OECD/ Προφίλ Ελλάδας, 2023).

Σχέδιο ανάκαμψης του ΕΣΥ

Η Ελλάδα, λόγω των πολυετών παθογενειών του εθνικού συστήματος υγείας, σε συνάρτηση με τις προκλήσεις που έφερε η πανδημία COVID-19, εντείνοντας το πρόβλημα, επιδιώκει την τόνωση των επενδύσεων, στον τομέα της υγείας, με τη δημιουργία ενός σχεδίου ανάκαμψης και ανθεκτικότητας (“Next Generation EU” - Ελλάδα 2.0), συνολικού ύψους 35,95 δις ευρώ (δηλαδή περίπου το 17% του ΑΕΠ της χώρας). Πρώτο μέλημα της χώρας είναι η αναβάθμιση της ανθεκτικότητας, επίτευξη ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ισχυροποίηση αειφορίας στο σύνολο του συστήματος. (Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας)

Τα βασικά τμήματα του σχεδίου ανάκαμψης, στον τομέα της υγείας είναι («Ελλάδα 2.0», 2021):

- A. Οργανωτικές αναδιαμορφώσεις όσον αφορά τον εξορθολογισμό της επιστροφής των εξόδων των νοσοκομειακών ιατρικών διαδικασιών, αλλά και το σχηματισμό ενός φερέγγυου αποδοτικού πλαισίου σχετικά με την παροχή παροχών υπηρεσιών φροντίδας, την κάλυψη των αναγκών της υγείας και την καθολική φροντίδα των ασθενών.
- B. Μετασχηματισμό του συνόλου του συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας.
- Γ. Ανανέωση και αναβάθμιση των υποδομών (κέντρα υγείας, νοσοκομεία, κ.α.) του ΕΣΥ.
- Δ. Εισαγωγή και εμβάθυνση των υγειονομικών υπηρεσιών στον ψηφιακό κόσμο.

Ε. Βελτίωση της εθνικής στρατηγικής στον τομέα της προληπτικής υγείας, σύσταση μοντέλου φροντίδας ασθενών στο σπίτι και επέμβαση στα επίπεδα ψυχικής υγείας και εθισμού.

ΣΤ. Αναμόρφωση του συστήματος clawback. Ως clawback εννοούμε τη διαδικασία κατά την οποία το δημόσιο λαμβάνει επιστροφή χρηματικού ποσού, από τις συνεργαζόμενες φαρμακευτικές εταιρίες προς τον ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας. Η επιστροφή πραγματοποιείται σε ετήσια βάση και καθορίζεται σε συνάρτηση με τον προϋπολογισμό της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής δαπάνης. Σκοπός της μεταρρύθμισης αυτής είναι η μείωση των παρακρατήσεων και αντιστάθμιση αυτών με κονδύλια σε τομείς ανάπτυξης και

Από το σύνολο της επένδυσης του σχεδίου ανάκαμψης, η Ελλάδα θα διανέμει το ποσό των 1,5 δις ευρώ σε επενδύσεις ανακαίνισης υποδομών παροχής υπηρεσιών υγείας του δημοσίου (317 εκατ. ευρώ), σε ψηφιακές μεταρρυθμίσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών ύψους 278 εκατ. ευρώ. Χρηματοδότηση της τάξεως των 254 εκατ. ευρώ θα διατεθεί στο εθνικό πρόγραμμα πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» (βλ. ενότητα 1.10), ενώ για τον εκσυγχρονισμό των υποδομών του πρωτοβάθμιου τομέα θα διατεθούν 272 εκατ. ευρώ. Τέλος, για τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών θα δοθούν 250 εκατ. ευρώ και στο επίπεδο της ψυχικής υγείας ποσό ίσο με 54,5 εκατ. ευρώ, με σκοπό την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Ταυτόχρονα με την υλοποίηση του παραπάνω σχεδίου, αναπτύσσονται και δρομολογούνται προγράμματα, για τη χρονική περίοδο 2021 – 2027, ύψους 739 εκατ. ευρώ τα οποία προορίζονται για το σύστημα υγείας, συγχρηματοδοτούμενο κατά 77% από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα 416 εκατ. ευρώ θα διατεθούν, μέσω του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και στις δεκατρείς (13) περιφέρειες της χώρας σε τομείς όπως ανακαίνισης εγκαταστάσεων, αναβάθμισης εξοπλισμών και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας (π.χ. ηλεκτρονικός φάκελος υγείας) του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δίνοντας βαρύτητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+), όντας το βασικό μέσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με επενδύσεις σε ανθρώπινο δυναμικό, θα διαθέσει, από τον προϋπολογισμό των 99,3 δις ευρώ, το ποσό των 323 εκατ. ευρώ. Οι τομείς όπου θα αξιοποιηθεί το παραπάνω κονδύλι θα είναι εκείνοι της προσβασιμότητας και

αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δίνοντας προσοχή σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως τα παιδιά, αλλά και σε περιθωριοποιημένες κοινότητες. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Μεταρρυθμίσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Το πρόγραμμα αναμόρφωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης εμπεριέχει ένα νέο μοντέλο παραπομπής περιστατικών από επαγγελματίες υγείας, γενικής ιατρικής (οικογενειακός ιατρός), σε ιατρούς με ειδικότητα, ψηφιακό μετασχηματισμό και καθιέρωση διαδικασιών ως προς την ολιστική περίθαλψη. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Το 2022, θεσμοθετήθηκε ένας καινούργιος νόμος, με απώτερο σκοπό την ισάξια πρόσβαση των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, δημόσιας παροχής, ανώτερης ποιότητας, καθορίζει την υποχρεωτική εγγραφή των πολιτών (ενηλίκων), στον θεσμό του οικογενειακού – προσωπικού ιατρού (4,9 εκατ. εγγραφές – 55% του πληθυσμού, έως τα τέλη Ιουνίου 2023). Ο λόγος ύπαρξης του θεσμού αυτού είναι η πρώτη καταγραφή του περιστατικού και έπειτα η παραπομπή του σε ειδικούς ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, παρουσιάζεται αποσυμφόρηση των επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων από περιστατικά που δεν χρήζουν άμεσης ιατρικής επέμβασης. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Στις περιπτώσεις που κάποιος πολίτης δεν πραγματοποιούσε εγγραφή στην παραπάνω υπηρεσία, μέχρι την καταληκτική ημερομηνία (01/10/2022), το κράτος επιβάλλει την πληρωμή επιπλέον 10% σε κάθε συνταγογράφηση παραπεμπτικού (αιματολογικές ή και απεικονιστικές εξετάσεις), σε κάθε συνταγογράφηση συνταγών φαρμακευτικών σκευασμάτων, αλλά γενικά σε κάθε παρεχόμενη υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ. Παρόλα αυτά, η ποσότητα των ενεργών δημοσίων ιατρών δεν είναι ικανή ως προς την εξασφάλιση των αναγκών για τη λειτουργία του θεσμού του προσωπικού ιατρού, δίχως να επαρκούν και οι ιδιώτες ιατροί. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Εν κατακλείδι, η υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων συντελούν στην παροχή ποιοτικότερων και αποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζοντας την καθολικότητα της πρόσβασης και την αειφορία του συστήματος.

1.9. Νομικό πλαίσιο

Οι νόμοι, οι οποίοι ψηφίζονται από την Ολομέλεια της Βουλής, έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν εξουσιοδότηση έκδοσης κανονιστικών διαταγμάτων για τη ρύθμιση των θεμάτων που καθορίζονται σ' αυτούς σε γενικό πλαίσιο. Με τους νόμους χαράζονται οι γενικές αρχές και οι κατευθύνσεις της ρύθμισης που πρέπει να ακολουθηθεί και τίθενται χρονικά όρια για τη χρήση της εξουσιοδότησης.(Άρθρο 43, Σύνταγμα Ελλάδος)

Βασικό νομικό πλαίσιο

N. 4600/2019 (Α'43), Άρθρο 164	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)
N. 1278/1982 (ΦΕΚ 105 Α')	Σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας
Υπουργική Απόφαση (ΥΑ) 865/1983(ΦΕΚ 158 Β')	Έγκριση Εσωτερικού Κανονισμού λειτουργίας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)
N. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') άρθρο 4, παρ. 9 & 13	Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Στον Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') αναφέρονται οι βασικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδος (ΕΣΥ), συνοπτικά αναφέρονται ορισμένα άρθρα του Νόμου.

- Την υποχρέωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, για κάθε έναν πολίτη ισοδύναμα, κατέχει το κράτος.
- Η χώρα χωρίζεται σε Υγειονομικές Μονάδες, για κάθε μια να κατέχει ΠΕΣΥ.
- Υφίσταται πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

1.10. Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» - ΕΠΠΕ

Το Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ) ενέχει ενέργειες πρόληψης της υγείας. Κυριότερος ρόλος του προγράμματος είναι η θέσπιση προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων στο σύνολο των πολιτών της χώρας, με στόχο τον έγκαιρο εντοπισμό κύριων χρόνιων νοσημάτων, υπεύθυνα πρόωρων θανάτους. Το πρόγραμμα αυτό εντάσσεται στο πρόγραμμα «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ», σχεδιασμένο εξ ολοκλήρου από το Υπουργείο Υγείας. Οι χρόνιες παθήσεις που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα αυτό είναι τα παρακάτω.(Υπουργείο Υγείας, 2024)

1. Καρκίνος του μαστού.
2. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.
3. Καρκίνος του παχέος εντέρου.
4. Καρδιαγγειακά νοσήματα.

Καρκίνος του μαστού « Φώφη Γεννηματά »

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι σχεδιασμένο να παρέχει δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις, σχετικές με την πάθηση, όπως οι ψηφιακές μαστογραφίες (digital mammograms), υπερηχογραφήματα μαστών (breast ultrasound), αλλά και δωρεάν επισκέψεις σε ειδικότητες ιατρών (γυναικολόγοι – μαστολόγοι), σε περίπτωση εντοπισμού ύποπτων ευρημάτων. Πρόκειται για πρόγραμμα το οποίο προσφέρεται σε 1,4 εκατομμύρια γυναίκες ηλικιακής ομάδας 45-74 ετών. Έχουν πραγματοποιηθεί 300 χιλιάδες μαστογραφίες με πάνω από 20.000 περιπτώσεις να έχουν εντοπιστεί ύποπτα ευρήματα. Σε περίπτωση έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού , το 99% αυτών έχουν περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης , σε σχέση με τη μη έγκαιρη διάγνωση. (Υπουργείο Υγείας, 2024)

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Η Ελλάδα ασπάζεται τις επιδιώξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως προς την καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαιτίας του ιού του HPV.

Το πρόγραμμα προσφέρεται σε 2,5 εκατομμύρια γυναίκες από 21 έως και 65 ετών και παρέχει δωρεάν τις παρακάτω προληπτικές εξετάσεις (Υπουργείο Υγείας, 2024):

- ✓ μοριακό τεστ HPV DNA (πρόκειται για γυναίκες 30-65 ετών),
- ✓ εξέταση “test pap”(πρόκειται για γυναίκες 21-29 ετών),
- ✓ κολποσκόπηση & βιοψία, για γυναίκες με κλινικά ευρήματα, με τη συνδρομή εξειδικευμένου ιατρού.
- ✓ δωρεάν **εμβολιασμό κατά του ιού HPV** (έχει επεκταθεί ο εμβολιασμός και στα αγόρια). Άξιο παρατήρησης είναι η αύξηση του ποσοστού εμβολιασμού κατά του ιού HPV κατά 147%, από το έτος 2019 και κατά 239% από το έτος 2017.

Το πρόγραμμα έχει βλέψεις, έως το 2030, να κατακτήσει τους παρακάτω στόχους. Πρώτον, το ποσοστό των εμβολιασμών, των κοριτσιών έως 15 ετών, να φτάσει στο 90%, αλλά και των αγοριών. Επιπροσθέτως, επιδιώκει τη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο, σε ποσοστό 70%. Τέλος, αποσκοπεί την έγκαιρη

πρόσβαση στο πρόγραμμα, με αποτέλεσμα την βέλτιστη θεραπευτική οδό για ποσοστό τουλάχιστον 90%.(Υπουργείο Υγείας, 2024)

Καρκίνος παχέος εντέρου.

Με το πρόγραμμα αυτό η Ελλάδα προσπαθεί με διάφορα μέσα, όπως τη δωρεάν διανομή ειδικών τεστ μέσω φαρμακείων και δωρεάν παροχής ιατρικών μικροεπεμβατικών πράξεων (κολονοσκόπηση), την ευαισθητοποίηση των πολιτών, την αύξηση προληπτικών εξετάσεων και εν τέλει, σε περίπτωση ευρημάτων, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Στο πρόγραμμα αυτό έχουν τη δυνατότητα συμμετοχής πολίτες ανεξαρτήτου φύλου (περίπου 3,8 εκατ.), οι οποίοι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50 με 65 ετών. (Υπουργείο Υγείας, 2024)

Πρόγραμμα πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στο πρόγραμμα αυτό, εστιάζει σε πολίτες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 30 με 70 ετών, ανεξαρτήτου φύλου, εμπεριέχοντας δωρεάν ιατρικές επισκέψεις, δωρεάν εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις ως προς την αξιολόγηση ύπαρξης καρδιαγγειακών παθήσεων. (Υπουργείο Υγείας, 2024)

Για την υλοποίηση του παραπάνω προγράμματος , το κράτος, μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, αλλά και από κοινοτικά κονδύλια του ΕΣΠΑ, θα διαθέσει το ποσό των 200 εκατ. ευρώ έως το έτος 2025.(Υπουργείο Υγείας, 2024)

1.11. Προκλήσεις ΕΣΥ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας αντιμετωπίζει προκλήσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα των κλινών αλλά και την αναλογία ιατρών και νοσηλευτών, σε σύγκριση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αναφορικά με τη διαθεσιμότητα των νοσοκομειακών κλινών, είτε νοσηλείας θεραπείας ορόφου είτε και κλίνες μονάδων εντατικής θεραπείας, η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο των Ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα, από το 2000, η Ελλάδα καταγράφει πτωτική κάθοδο στον αριθμό των κλινών, καταλήγοντας στις 4,3 κλίνες ανά 1000 κατοίκους, για το έτος 2021, ενώ ο μέσος όρος κλινών στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχεται στις 4,8 ανά 1000 κατοίκους. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας της COVID-19, εξανάγκασε τα συστήματα υγείας να φτάσουν στα όριά τους.

Παραδείγματος χάριν, ασκήθηκαν πιέσεις στα συστήματα υγείας στον τομέα των νοσοκομειακών κλινών, ειδικά σε χώρες όπως η Ελλάδα, για αύξηση αυτών, αλλά και την επίταξη ιδιωτικών κλινικών για συνεισφορά στην αντιμετώπιση του προβλήματος, κάνοντας χρήση κλινών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Από την άλλη, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, εκτός από το πρόβλημα των νοσοκομειακών κλινών, αντιμετωπίζει και δυσκολίες όσον αφορά την αναλογία ιατρών και νοσηλευτών, σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας, αλλά και αναλογία ειδικευομένων και γενικών ιατρών. Το ποσοστό των ειδικευομένων ιατρών είναι αρκετά μεγαλύτερο αναλογικά με εκείνο των γενικών ιατρών, μόλις το 6% των ιατρών, αναλογία χαμηλή σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, αν και από το 2000 εντοπίζεται άνοδος της κοινότητας των ιατρών στον Ελλαδικό χώρο, 6,3 ανά 1000 κατοίκους, πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ωστόσο η αναλογία αυτή δεν είναι αληθής, διότι στη καταμέτρηση συμπεριλαμβάνονται ιατροί που κατέχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και όχι μόνο οι ενεργοί ιατροί. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Παρά τις μεταβολές στον αριθμό των ιατρών, ο νοσηλευτικός πληθυσμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας παραμένει σταθερός, σε χαμηλά επίπεδα, με αναλογία 3,8 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, για το έτος 2021.(Παράρτημα 4). (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Αναμονές χειρουργικών επεμβάσεων.

Άλλο ένα αγκάθι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι η όλο και αυξανόμενη λίστα τακτικών χειρουργείων σε νοσοκομεία σε όλη τη χώρα. Σύμφωνα με τη λίστα που αναρτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας (15/09/2023), οι ασθενείς που περιμένουν στη λίστα να χειρουργηθούν ανέρχονται στους 17.026. Πολλά από τα χειρουργεία αυτά βρίσκονται στη λίστα άνω των τριών ετών. Τα νοσοκομεία που συμπεριλαμβάνονται στη λίστα είναι τα παρακάτω:

- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»:4.976 χειρουργεία σε αναμονή
- Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ: 6.847 χειρουργεία σε αναμονή
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»: 1.143 χειρουργεία σε αναμονή
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό : 2.610 χειρουργεία σε αναμονή

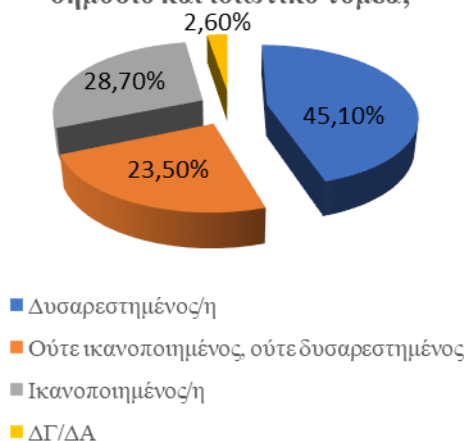
- Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας – Γ. Γεννηματάς : 1.450 χειρουργεία σε αναμονή

Βασική αιτία της λίστας αναμονής συνάγεται από την μεγάλη έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού στα παραπάνω νοσοκομεία. Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), αναφέρει πως σχεδόν οι μισές χειρουργικές αίθουσες δεν λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού, από πολλές ειδικότητες (νοσηλεύτές, αναισθησιολόγοι, κ.α.). Ένα ποσοστό αυτών που βρίσκονται στη λίστα, καταφεύγουν σε ιδιωτικές δομές για την αποκατάσταση της υγείας τους. (Μπουλούτζα Π., 2023)

1.12. Έρευνα GPO για τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.)

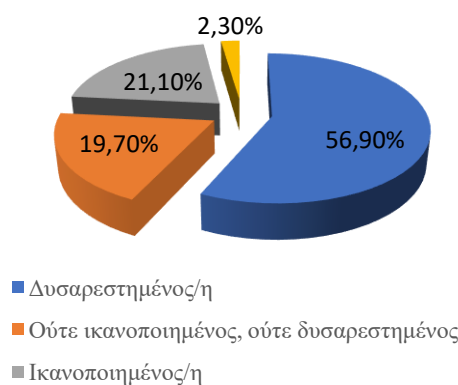
Το διάστημα 7 - 12 Μαρτίου το έτος 2024 η εταιρεία δημοσκοπήσεων GPO, για λογαριασμό του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), πραγματοποίησε ποσοτική τηλεφωνική έρευνα, με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου και υποστήριξη Η/Υ, με θέμα την ικανοποίηση των πολιτών αναφορικά με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ). Το δειγματοληπτικό μέγεθος της παραπάνω έρευνας ήταν 1108 άτομα (51,1% γυναίκες και 48,9% άνδρες), από όλες τις περιφέρειες (ενδεικτικά 37% από την Αττική) εκ των οποίων το 62,3% έγγαμοι και το 34,5% σε ηλικία άνω των εξήντα πέντε (65) ετών. Ενδεικτικά, παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες από τις ερωτήσεις που πραγματοποιήθηκαν από το δημοσκοπικό μέσο, με στόχο την ανεύρεση του ποσοστού ικανοποίησης των πολιτών σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Είσαστε γενικά ικανοποιημένος/η ή δυσαρεστημένος/η από τις προσφερόμενες υπηρεσίες Υγείας στη χώρα μας, σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα;



Από το παραπάνω γράφημα αναδεικνύεται η αρνητική εντύπωση που έχουν οι πολίτες για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, με ποσοστό 45,10% ενώ σε αντίστοιχη έρευνα (Απρίλιος 2023) το ποσοστό δυσαρεστημένων πολιτών ήταν 31,20%, βλέποντας αύξηση κατά 13,90 μονάδες. Από τους δυσαρεστημένους , το 48,1% πρόκειται για άνδρες ενώ το 41,9% γυναίκες με κυρίαρχη ηλικιακή ομάδα εκείνη των 35 – 44 ετών, με ποσοστό 51,8%. Το ποσοστό των ικανοποιημένων πολιτών είναι 28,70%.

Αν εστιάσουμε ειδικότερα στον τομέα της Δημόσιας Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κλπ) θα λέγατε ότι είσαστε γενικά ικανοποιημένος/η ή δυσαρεστημένος/η από τις προσφερόμενες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας;



Από το παραπάνω γράφημα αντιλαμβανόμαστε την επαναλαμβανόμενη δυσαρέσκεια των πολιτών με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, με εστίαση τις εγκαταστάσεις υπηρεσιών υγείας, όπως νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Το ποσοστό των δυσαρεστημένων ανέρχεται στο 56,90%, σε σύγκριση με το ποσοστό του Απριλίου 2023 να είναι 34,70% , αύξηση κατά 22,20%. Από τους δυσαρεστημένους , το 59% πρόκειται για άνδρες ενώ το 54,5% γυναίκες με κυρίαρχη ηλικιακή ομάδα εκείνη των 17 - 24 ετών, με ποσοστό 65,10%. Το ποσοστό των ικανοποιημένων πολιτών είναι 21,10%.

Στο παρακάτω διάγραμμα αναλύονται οι τομείς στους οποίους οφείλεται η ικανοποίηση των πολιτών, δηλαδή του 28,70% του δείγματος που ανταποκρίθηκαν θετικά στο πρώτο ερώτημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό οφείλεται στο επίπεδο του ιατρικού προσωπικού και στη συνέχεια το επίπεδο νοσηλευτικού προσωπικού, με ποσοστά 91,10% και 51,70% αντίστοιχα.



Αντίστοιχη ερώτηση πραγματοποιήθηκε και στο δείγμα πολιτών που ανταποκρίθηκαν αρνητικά ως προς την ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο πρώτο ερώτημα (ποσοστό 45,10%). Το υψηλότερο ποσοστό οφείλεται στην κακή οργάνωση, στην κακή αναλογία προσωπικού και ασθενών, αλλά και στις κακές κτηριακές εγκαταστάσεις. Τα ποσοστά ανέρχονται στα 75,40%, 69,40% και 51,30% αντίστοιχα.



ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

Κεφάλαιο 2: Συστήματα υγείας ευρωπαϊκών χωρών

2.1. Γαλλία



2.1.3. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία

Η Γαλλική Δημοκρατία βρίσκεται στη Δυτική Ευρώπη. Είναι ένα ενιαίο κράτος με διοικητικές υποδιαιρέσεις, που περιλαμβάνουν πέντε υπερπόντια διαμερίσματα (départements) και επτά υπερπόντιες εδαφικές αρχές.

Η Γαλλία είναι η δεύτερη σε πληθυσμό χώρα στην ΕΕ και έχει την πέμπτη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο.

Η μητροπολιτική Γαλλία καλύπτει μια έκταση περίπου 552.000 χλμ., και με μέση πυκνότητα πληθυσμού 119/χλμ., ενώ κατέχει τη 12η θέση στην Ε.Ε. Ωστόσο, η μέση πυκνότητα έχει σημαντικές διακυμάνσεις, ο μισός πληθυσμός ζει σε λίγο περισσότερο από το 10% αυτής της επικράτειας, ενώ μεγάλες περιοχές παραμένουν αραιοκατοικημένες. Μέχρι το έτος του 2012, το 86% του πληθυσμού ζούσε σε αστικές περιοχές, με τη μεγαλύτερη ανάπτυξη στα εξωτερικά προάστια και τις αγροτικές περιοχές γύρω από τις πόλεις, παρά στα κέντρα των πόλεων. Ωστόσο, ο πληθυσμός των αγροτικών περιοχών έχει αυξηθεί 1,5 φορές ταχύτερα απ' ό,τι οι αστικές περιοχές τα τελευταία δέκα χρόνια.

Η συνολική εικόνα της κατάστασης της υγείας στη Γαλλία περιέχει προφανείς αντιφάσεις. Από τη μία πλευρά, δείκτες όπως το προσδόκιμο ζωής, το προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία και το προσδόκιμο υγιούς ζωής δείχνουν ότι η υγεία του πληθυσμού είναι καλή. Το μέσο προσδόκιμο ζωής στη Γαλλία είναι πλέον πάνω από 80 χρόνια και είναι το δεύτερο υψηλότερο στον κόσμο για τον γυναικείο πληθυσμό. Ο γαλλικός πληθυσμός γερνάει, αλλά όχι ως αποτέλεσμα της μείωσης της γονιμότητας όπως σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, διότι η Γαλλία είναι η χώρα που κατέχει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό γονιμότητας στην ΕΕ.

Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι παραμένουν σε καλύτερη υγεία από ό,τι σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Οι κύριες αιτίες θανάτου στη Γαλλία είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα και οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Ωστόσο, η Γαλλία έχει την τάση αύξησης όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ η σχετική της θέση όσον αφορά τη θνησιμότητα που προκαλείται από αλκοολισμό, κίρρωση και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας βελτιώνεται. Από την άλλη πλευρά, η Γαλλία υποφέρει από υψηλό ποσοστό πρόωρων θανάτων ανδρών από ατυχήματα και ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα και η επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ, που είναι οι πιο κοινές αιτίες θνησιμότητας.

Επιπλέον, η Γαλλία έχει εδώ και καιρό αναφερόμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας μεταξύ κοινωνικοοικονομικών και γεωγραφικών ομάδων που είναι ευρύτερες από ό,τι στις περισσότερες άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτές οι ανισότητες δεν προκύπτουν μόνο από παράγοντες κινδύνου αλλά και από ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

2.1.3. Οικονομικό πλαίσιο

Η Γαλλία, ως μία από τις μεγαλύτερες οικονομίες στην Ευρωπαϊκή Ένωση και παγκοσμίως, έχει ένα περίπλοκο και δυναμικό οικονομικό πλαίσιο. Χάρη στα υπερπόντια διαμερίσματα και εδάφη της, η Γαλλία έχει τη δεύτερη μεγαλύτερη αποκλειστική οικονομική ζώνη στον κόσμο από άποψη έκτασης, δεύτερη μόνο μετά από αυτή των Ηνωμένων Πολιτειών.

Η Γαλλία είναι η έβδομη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο βάσει ΑΕΠ και η τρίτη στην Ευρώπη, μετά τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Το ΑΕΠ της κυμαίνεται γύρω στα 2,8 τρισεκατομμύρια δολάρια (2023). Η οικονομία της Γαλλίας βασίζεται κυρίως στις υπηρεσίες, που αντιπροσωπεύουν περίπου το 70% του ΑΕΠ. Η βιομηχανία συμβάλλει επίσης σημαντικά, με ισχυρούς τομείς όπως η αεροναυπηγική, η αυτοκινητοβιομηχανία, και η παραγωγή τροφίμων και ποτών. Αναφορικά για τον τομέα της ανεργίας το ποσοστό ανεργίας στη Γαλλία παραμένει σχετικά υψηλό σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με την ανεργία να κυμαίνεται γύρω στο 8-9% τα τελευταία χρόνια. Η ανεργία των νέων είναι ακόμη υψηλότερη. Στον τομέα της Δημοσιονομική Πολιτική θεωρείται προβληματική. Το δημόσιο χρέος της Γαλλίας είναι υψηλό, υπερβαίνοντας το 100% του ΑΕΠ. Αυτό αποτελεί έναν από τους κύριους προβληματισμούς για την οικονομική της σταθερότητα και ανάπτυξη.

Για το φορολογικό τομέα, η Γαλλία έχει ένα από τα πιο προοδευτικά φορολογικά συστήματα στην Ευρώπη, με υψηλούς φορολογικούς συντελεστές για τις υψηλές εισοδηματικές τάξεις και επιχειρήσεις. Επιπροσθέτως, η Γαλλία διαθέτει ένα εκτεταμένο κοινωνικό κράτος, με σημαντικές δημόσιες δαπάνες σε τομείς όπως η υγεία, η παιδεία, και οι κοινωνικές παροχές. Αυτό αποτελεί έναν βασικό παράγοντα για τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής αλλά και για τη δημοσιονομική πίεση. Η οικονομία της Γαλλίας έχει να αντιμετωπίσει και προκλήσεις. Η γαλλική κυβέρνηση έχει εφαρμόσει διάφορες μεταρρυθμίσεις για να καταστήσει την αγορά εργασίας πιο ευέλικτη και να μειώσει την ανεργία, αλλά η εφαρμογή τους συναντά συχνά αντιδράσεις.

Τέλος, στον τομέα της κλιματικής αλλαγής και βιώσιμης ανάπτυξης, η Γαλλία είναι δεσμευμένη στη μείωση των εκπομπών άνθρακα και στην προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης, συμμετέχοντας ενεργά στις διεθνείς προσπάθειες για την αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής. Ως ιδρυτικό μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Γαλλία διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, αντιμετωπίζοντας προκλήσεις όπως το Brexit και οι οικονομικές ανισότητες μεταξύ των κρατών-μελών.

2.1.3. Γαλλικό σύστημα υγείας

Το γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει εδώ και καιρό τη φήμη ότι είναι ένα από τα καλύτερα στον κόσμο. Συνδυάζει την καθολική κάλυψη υγείας με μια γενναιόδωρη παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτή η φήμη προέρχεται σε μεγάλο βαθμό από την επιτυχία στην επίτευξη των στόχων της για πλήρη κάλυψη, πρόσβαση χωρίς λίστες αναμονής, επιλογή ασθενών και ικανοποίηση. (Health Systems in Transition - France, 2023).

Ο συνδυασμός ενός βασικού καθολικού συστήματος δημόσιας ασφάλισης υγείας και της εθελοντικής συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία παρέχει αποζημίωση για τις συμπληρωματικές πληρωμές που απαιτούνται από το δημόσιο σύστημα καθώς και κάλυψη για ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες που καλύπτονται ελάχιστα από το δημόσιο σύστημα, έχει ως αποτέλεσμα χαμηλό κόστος σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και υψηλή χρήση ιατρικής περίθαλψης. . (Health Systems in Transition - France, 2023).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γαλλίας θεωρείται μικτού τύπου, δομημένο σε στοιχεία μιας Bismarckian προσέγγισης με τους στόχους Beveridge να αντικατοπτρίζονται στο μοντέλο του ενιαίου δημόσιου πληρωτή, την τρέχουσα αυξανόμενη σημασία των εσόδων με βάση τη φορολογία για τη αρωγή της υγειονομικής περίθαλψης και την σθεναρή δημόσια παρεμβολή. Η θεσπισμένη ασφάλιση υγείας, βάσει διαφόρων συστημάτων, καλύπτει το σύνολο των κατοίκων της χώρας. Η χορήγηση υπηρεσιών φροντίδας παρέχεται μεταξύ ιδιωτικών ιατρών, κρατικών μονάδων υγείας, ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων και κερδοσκοπικών νοσοκομείων ιδιωτών. Εκτός από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και τον κοινωνικό τομέα, υπάρχει ένας τομέας υγείας και κοινωνικής περίθαλψης, γνωστός ως «τρίτος» τομέας (le secteur médico-social), ο οποίος παρέχει φροντίδα και υπηρεσίες σε ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες. . (Health Systems in Transition - France, 2023).

Το εθνικό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης της Γαλλίας είναι δομημένο σε μια προσέγγιση Bismarck, με στόχους καθολικότητας και αλληλεγγύης που έχουν οδηγήσει σε ένα σύστημα συστήματος που ολοένα και περισσότερο Beveridge. Η θεσπισμένη ασφάλιση υγείας καλύπτει σήμερα σχεδόν το 100% του μόνιμου πληθυσμού. . (Health Systems in Transition - France, 2023).

Η δικαιοδοσία για την πολιτική υγείας και τη ρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης χωρίζεται μεταξύ:

- του κράτους: το κοινοβούλιο και η κυβέρνηση και συγκεκριμένα το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας
- θεσπισμένη ασφάλιση υγείας και
- τοπικές κοινωνίες σε μικρότερο βαθμό, ιδιαίτερα σε περιφερειακό επίπεδο

Η σημερινή θεσμική οργάνωση του συστήματος υγείας είναι αποτέλεσμα της βούλησης των ιδρυτών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης να δημιουργήσουν ένα ενιαίο σύστημα μπλοκ, διασφαλίζοντας ενιαία δικαιώματα για όλους. Η ασφάλιση υγείας στη Γαλλία, επομένως, ήταν πάντα πιο συγκεντρωμένη και ομοιόμορφη από ό,τι σε άλλα συστήματα Bismarck. Μια άλλη βασική διαφορά είναι ότι το γαλλικό σύστημα υγείας - SHI (Statutory Health Insurance) δεν είχε ποτέ πραγματικά τις διαχειριστικές ευθύνες που ανατίθενται σε καθεστώα και κεφάλαια SHI όπως αυτά του γερμανικού

συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το κράτος ανέλαβε γρήγορα την ευθύνη για την οικονομική και λειτουργική διαχείριση της SHI (π.χ. καθορισμός των επιπέδων πρωμοδότησης και των τιμών των αγαθών και των υπηρεσιών), και σήμερα τις ευθύνες διαχείρισης μοιράζονται μεταξύ τους το κράτος και το SHI.

Υπόχρεοι φορείς/οργανισμοί εσωτερικών χώρων είναι το Υπουργείο Υγείας που είναι αρμόδιο για την υγεία, το οποίο βασίζεται σε έναν αριθμό υγειονομικών φορέων που βρίσκονται υπό την εποπτεία του και σε άλλους δημόσιους φορείς για την ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών για τις οποίες είναι αρμόδιο. Ορισμένοι από αυτούς τους φορείς αποτελούν μέρος του δικτύου επιτήρησης πρόληψης και ασφάλειας της δημόσιας υγείας. Αυτοί είναι οι κάτωθι (Health Systems in Transition - France, 2023):

- Γαλλικός Οργανισμός Βιοϊατρικής (Agence de la biomédecine).
- Γαλλικός Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων και Ασφάλειας Προϊόντων Υγείας (Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; ANSM).
- Γαλλικό Πρακτορείο Αίματος (Etablissement français du sang).
- Ινστιτούτο Επιτήρησης Δημόσιας Υγείας (Institut de veille sanitaire - InVS).
- INPES
- Οργανισμός Ετοιμότητας και Αντιμετώπισης Έκτακτης Ανάγκης Υγείας (L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires; EPRUS).
- Γαλλικός Οργανισμός για την Ασφάλεια των Τροφίμων, του Περιβάλλοντος και της Υγείας στην Εργασία (Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; ANSES).
- Ινστιτούτο Ραδιοπροστασίας και Πυρηνικής Ασφάλειας (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire; IRSN)
- Οργανισμός Πληροφοριών για Νοσοκομειακή Περίθαλψη (Agence technology de l'information sur l'hospitalisation).
- Εθνική Υπηρεσία για την Υποστήριξη της Απόδοσης της Υγείας και της Υγείας και
- Ιδρύματα Κοινωνικής Φροντίδας (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux;).
- Εθνικός Οργανισμός για την Αξιολόγηση Ποιότητας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας Οργανισμοί και υπηρεσίες (Agence Nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

- Εθνικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο (Institut National du Cancer; INCa).

Στη Γαλλία, η κατάσταση της υγείας των κατοίκων της βρίσκεται σε καλό επίπεδο καθώς και ο επίπεδο οικονομικής κάλυψης που παρέχεται από το σύστημα υγείας. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο και οι ηλικιωμένοι έχουν βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη και οι δαπάνες της μία από τις χαμηλότερες.

Αν και το Γαλλικό Σύστημα Υγείας έχει επιτύχει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εντούτοις λογίζεται ως από τα πιο πολυδάπανα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ενωσης. Όπως και στην Περίπτωση της Ελλάδος, έτσι και στην Γαλλία, υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών υγείας θεωρείται το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Η αρωγή του συστήματος καλύπτεται κατά βάση από εισφορές των εργαζομένων – εργοδοτών, σε ποσοστό 74%, σε ποσοστό 13% από ιδιωτική συμμετοχή, 6% από εθελοντικές – μη κυβερνητικές οργανώσεις, 5% από ασφαλιστικούς ιδιωτικούς οργανισμούς και τέλος <3% από το φορολογικό σύστημα της χώρας. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007)

Δαπάνες υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Γαλλίας.

Η Γαλλία θεωρείται από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατέχουν τις υψηλότερες δημόσιες δαπάνες στον τομέα της υγείας, αρκετά πάνω από το μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών. Συνολικά, η Γαλλία διέθεσε το 12,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), στις ανάγκες του συστήματος υγείας της, κατατάσσοντάς την δεύτερη στην λίστα με τα υψηλότερα μερίδια στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία κατέχει το 11% σαν μέση τιμή, με τη Γερμανία να κατέχει την κορυφή. Στο ποσοστό αυτό οδηγήθηκε το κράτος της Γαλλίας προς ενδυνάμωση του συστήματος υγείας μετά την εμφάνιση της πανδημίας COVID – 19. (DREES,2020). Οι κατά κεφαλήν δαπάνες της Γαλλίας, για το έτος 2021, κατατάσσονται στην πέμπτη θέση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Παράρτημα 5) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - France (2023))

Η Γαλλία δαπανά περίπου τα ίδια ποσά τόσο στην εξωτερική περίθαλψη (πρωτοβάθμια περίθαλψη), όσο και για εσωτερική – ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, με ποσοστά 28%

και 27% αντίστοιχα για το έτος 2021. Οι δαπάνες, όσον αφορά τα φαρμακευτικά προϊόντα, ανέρχονται στο 19% των συνολικών δαπανών, οι δαπάνες των μακροχρόνιων υπηρεσιών περίθαλψης αντιπροσωπεύουν το 16% των συνολικών δαπανών και οι δαπάνες στον τομέα της πρόληψης στο 5,5%, αυξανόμενο ποσοστό κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με μείωση να παρατηρείται από το 2022. (DREES, 2023a). (Παράρτημα 6)

Η Γαλλία, από το 1996, ελέγχει τις δαπάνες, και τυχόν αυξήσεις αυτών, του Γαλλικού Εθνικού Συστήματος μέσω των εθνικών της στόχων, ωστόσο, εν μέσω της πανδημίας COVID-19, παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα σημαντικές αυξήσεις στον προϋπολογισμό που προορίζεται για τον τομέα της υγείας. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - France (2023))

Η γαλλική κυβέρνηση, για την αντιμετώπιση της πανδημίας, αύξησε τους πόρους για την στήριξη του συστήματος υγείας, με πρόσθετη χρηματοδότηση, για το 2020, να ανέρχεται στα 18 δις ευρώ. (Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, 2022). Η πρόσθετη αυτή χρηματοδότηση περιέχει απευθείας δαπάνες όπως το κόστος των προστατευτικών масκών, προσωπικές προστατευτικές εξοπλισμός (στολές), αλλά και για την πρόσληψη προσωπικού σε νοσοκομεία και γηροκομεία για την εύρυθμη λειτουργία τους. Επιπλέον, εμπεριέχει και έμμεσες δαπάνες όπως για παράδειγμα επιδόματα ασθενείας, σε περιπτώσεις που δεν υπήρχε η δυνατότητα εργασίας (λόγω lockdown) και για υποστήριξη των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας που έχασαν εισόδημα λόγω μειωμένης δραστηριότητας. Τέλος, η συνεχής ανάπτυξη των μέτρων κατά του COVID-19 (συμπεριλαμβανομένων των μαζικών εμβολιασμών). Τα επόμενα δύο χρόνια, η υποστηρικτική χρηματοδότηση αυτή ανήλθε στα 17,4 δισεκατομμύρια ευρώ, για το 2021 και 11,7 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2022 (Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, 2023).

Οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα της υγείας παρουσίασαν αύξηση κατά 2,3 % τον πρώτο χρόνο της πανδημίας, 2020, και κατά 8,9 % στη δεύτερη φάση της πανδημίας, 2021, μέχρι το 2022 που ο ρυθμός ανάπτυξης να ανέρχεται μόνο 2% (DREES, 2023a).

Η Γαλλία έχει το χαμηλότερο μερίδιο ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ.

Η Γαλλία είναι η χώρα που εμφανίζει το χαμηλότερο μερίδιο, μαζί με το Λουξεμβούργο, όσον αφορά τις ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία συγκριτικά με τη μέση τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9 % έναντι 15 %). Κύριος λόγος του χαμηλού ποσοστού αυτού είναι η μεγάλη κάλυψη του γαλλικού πληθυσμού μέσω ιδιωτικών ασφαλειών, αλλά και εξαιτίας της κάλυψης του επιμερισμού του κόστους που επιβάλλεται από το δημόσιο καθεστώς (Παράρτημα 7). Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών προέρχεται από τη δαπάνη σε τομείς μακροχρόνιας φροντίδας (41 %). Σύμφωνα με τους ασφαλιστές, περίπου 7,4 εκατομμύρια Γάλλοι εγγράφονται σε ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα για τους ίδιους ή συγγενείς τους. (France Assureurs, 2022), αλλά αυτό δεν εμποδίζει σημαντικές ιδιωτικές δαπάνες για μεγάλο πλήθος.

Ο αριθμός των κλινών εσωτερικών νοσοκομείων στη Γαλλία μειώνεται σταθερά από τη δεκαετία του 2000

Το 2021, η Γαλλία είχε 5,7 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 πληθυσμό, ποσοστό χαμηλότερο από το ποσοστό στη Γερμανία (7,8 ανά 1.000) αλλά υψηλότερο από την ΕΕ μέσος όρος (4,8 ανά 1 000). Η επίμονη μείωση του συνολικού αριθμού κλινών στα νοσοκομεία από τη δεκαετία του 2000 σχετίζεται με διάφορες τάσεις: μείωση του αριθμού κλινών εσωτερικών ασθενών, μείωση της διάρκειας παραμονής μετά από χειρουργική επέμβαση στα νοσοκομεία, αύξηση της νοσηλείας στο σπίτι, κυρίως στην ανακουφιστική φροντίδα και μείωση του αριθμού των κλινών μακροχρόνιας φροντίδας στα νοσοκομεία, που συνδέεται με την ανάπτυξη γηροκομείων για ηλικιωμένους.(OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - France (2023))

2.2. Γερμανία

2.2.1. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία



Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας βρίσκεται στην κεντρική Ευρώπη και καλύπτει έκταση περίπου 357 000 km². Συνορεύει με τη Δανία, την Πολωνία, Τσεχική Δημοκρατία, Αυστρία, Ελβετία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Βέλγιο και Ολλανδία. Η Γερμανία είχε περίπου 83 εκατομμύρια κατοίκους από τους οποίους τα 42 εκατομμύρια

γυναίκες και 41 εκατομμύρια άνδρες (Δεκέμβριος 2018). Η πυκνότητα του πληθυσμού στο ανατολικό τμήμα της χώρας είναι χαμηλότερη από ό,τι στο δυτικό τμήμα και επίσης ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των 16 πολιτειών, που κυμαίνονται από 69 κατοίκους ανά km² στο Mecklenburg - Δυτική Πομερανία έως 3948 κατοίκους ανά km² στο Βερολίνο. Το Βερολίνο είναι η πρωτεύουσα της χώρας με 3,7 εκατομμύρια κατοίκους, η μεγαλύτερη πόλη της Γερμανίας.

Ο αριθμός των κατοίκων είχε αρχίσει να μειώνεται από το 2005 και έφτασε στο χαμηλότερο σημείο του το 2011 αλλά έκτοτε αυξάνεται σταθερά, με απότομη αύξηση

από το 2015 . Δεδομένου ότι το ποσοστό γονιμότητας παρέμεινε σχετικά σταθερό, η αύξηση του πληθυσμού οφείλεται κυρίως στο θετικό μεταναστευτικό ισοζύγιο τα τελευταία χρόνια (Statistisches Bundesamt, 2019). Η μετανάστευση κορυφώθηκε το 2015 με 2,1 εκατομμύρια μετανάστες και καθαρή μετανάστευση 1,1 εκατομμυρίων ανθρώπων. Η καθαρή μετανάστευση στη Γερμανία μειώθηκε ξανά τα τρία επόμενα χρόνια (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2019).

Όπως και στην υπόλοιπη Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), ο γερμανικός πληθυσμός γερνάει και οι τάσεις στην ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού αναμένεται να γίνουν πιο έντονες στο μέλλον. Το μερίδιο του πληθυσμού κάτω των 15 ετών, για παράδειγμα, ήταν 13,1% τόσο το 1995 όσο και το 2018, ενώ το μερίδιο των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω υπερβαίνει αυτό των νεότερων ατόμων και αυξήθηκε από 15,5% σε 21,7%.

2.2.2. Οικονομικό πλαίσιο

Η Γερμανία είναι μέλος της ομάδας G7 των κορυφαίων βιομηχανικών χωρών και έχει τη μεγαλύτερη εθνική οικονομία στην ΕΕ από άποψη ΑΕΠ. Το 2018 το ΑΕΠ της Γερμανίας ανήλθε σε περισσότερα από 3,3 τρισεκατομμύρια ευρώ ή περίπου 40 329 ευρώ κατά κεφαλήν. Η γερμανική οικονομία αναπτύχθηκε περισσότερο από 2% ετησίως μεταξύ 2014 και 2018. Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 από 54,7% το 1995 σε 44,6% το 2018 (ο μέσος όρος της Γερμανίας στην ΕΕ ήταν 45,7% πάνω από αυτό περίοδος). Μερικοί από τους λόγους αυτής της τάσης περιλαμβάνουν μείωση του αριθμού των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και των επιδομάτων κοινωνικής ασφάλισης. Η προσωρινή αύξηση μετά το 2008 μπορεί να εξηγηθεί από τη μαζική χρήση κρατικών κεφαλαίων για τον περιορισμό της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης. Από το 2011 η αναλογία παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό σταθερό γύρω στο 44%. Η χώρα έχει τη μεγαλύτερη και αναπτυσσόμενη οικονομία στην ΕΕ. Ανέκαμψε γρήγορα από την ύφεση κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης το 2009. Παρά τον πλούτο και το καλά ανεπτυγμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, υπάρχουν αυξανόμενες ανισότητες μεταξύ του πληθυσμού.

2.2.3. Γερμανικό σύστημα υγείας

Η Γερμανία ήταν η πρώτη χώρα που εισήγαγε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας κατά τη διάρκεια της καγκελαρίας του Ότο φον Μπίσμαρκ (Otto von Bismarck)

το 1883. Από τότε έχουν πραγματοποιηθεί συνεχείς εξελίξεις και αμέτρητες μεταρρυθμίσεις, αλλά οι κατευθυντήριες αρχές της αρχικής νομοθεσίας, όπως π.χ. ως ισχυρή αρχή αλληλεγγύης, παραμένουν άθικτες.

Η διοίκηση του συστήματος υγείας είναι αποκεντρωμένη και κατανεμημένη μεταξύ ομοσπονδιακού και πολιτειακού πλαισίου, καθώς και εταιρικών οργάνων αυτοδιοίκησης. Ενώ το ομοσπονδιακό επίπεδο βάζει το συνολικό νομικό πλαίσιο, οι διοικήσεις των περιφερειών βρίσκονται υπεύθυνες για τον μελέτη των νοσοκομείων και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος της εξουσίας λήψης αποφάσεων εντός του συστήματος ανατίθεται σε εταιρικά όργανα. Αυτοί οι εταιρικοί φορείς είναι «νομιμοποιημένες οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών», όπως ενώσεις ταμείων ασθένειας και παρόχων, που συνεδριάζουν στην Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή (Federal Joint Committee) για να καθορίσει λεπτομερώς τους κανονισμούς

Ένα μοναδικό χαρακτηριστικό στο γερμανικό σύστημα υγείας είναι η συνύπαρξη δημοσίων ασφαλίσεων SHI (Statutory health insurance) και υποκατάστατων ιδιωτικών ασφαλίσεων PHI (Private health insurance), τα οποία μαζί παρέχουν de facto καθολική κάλυψη υγείας. Μόνο ένα μικρό μέρος του πληθυσμού, με βάση το εισόδημά του, μπορεί πραγματικά να επιλέξει να έχει κάλυψη είτε μέσω SHI ή μέσω υποκατάστατων PHI. Η νόμιμη ασφάλιση υγείας είναι ένα σύστημα πολλαπλών πληρωτών που αποτελείται από 105 ταμεία ασθένειας που καλύπτουν το 87% του πληθυσμού, ενώ ένα άλλο 11% είναι ασφαλισμένο σε μία από τις 42 ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας.

Το γερμανικό σύστημα υγείας και η διακυβέρνησή του είναι εξαιρετικά περίπλοκα. Είναι η μόνη χώρα στην Ευρώπη με συνυπάρχοντα SHI και υποκατάστατα PHI. Και τα δύο συστήματα χωρίζονται σε διαφορετικές οργανωτικές, ρυθμιστικές και οικονομικές γραμμές. Οι τομείς περίθαλψης διαχωρίζονται επίσης ως προς την οργάνωση, τη διακυβέρνηση και τη χρηματοδότηση. Λόγω της χωριστής νομοθεσίας για μεμονωμένους τομείς στη δημόσια υγεία, περιπατητική και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και στη μακροχρόνια περίθαλψη, υπάρχει ισχυρός κατακερματισμός της παροχής υπηρεσιών

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες και τους μόνιμους κατοίκους, με την SHI να αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Το ασφαλιστικό σύστημα SHI πολλαπλών πληρωτών κάλυψε 72,8 εκατομμύρια άτομα ή 87,7% του πληθυσμού το 2018. Εργαζόμενοι άνω του ορίου

εισοδήματος εξαίρεσης, 62.550 € το 2020, και ορισμένες επαγγελματικές ομάδες, π.χ. αυτοαπασχολούμενοι ή δημόσιοι υπάλληλοι, μπορούν να επιλέξουν να εγγραφούν σε υποκατάστατο ΡΗΙ. Ετσι, 8,7 εκατομμύρια άνθρωποι (ή το 10,5% του πληθυσμού) καλύπτονταν από υποκατάστατο ΡΗΙ . Ένα άλλο μοναδικό χαρακτηριστικό του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παροχών εξυπηρετεί και τα δύο ασφαλισμένους πληθυσμούς. Οι λίγες εξαιρέσεις που είναι προσβάσιμες μόνο σε ασφαλισμένους με υποκατάστατο ΡΗΙ αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 1% του συνόλου των νοσοκομείων το 2018

Η Γερμανία έχει το υψηλότερο μερίδιο στις δαπάνες της υγείας σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση

Η χώρα δαπάνησε το 12,9 % του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος της (ΑΕΠ) της στον τομέα της υγείας, για το έτος 2021, περίπου δύο ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερο από την μέση τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης (11,0 %). Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία έχουν ανοδική πορεία από το 2005, με ρυθμό ανάπτυξης κατά χρονικές περιόδους, όπως το 2008-09 (4,8 %) λόγω της παγκόσμιας ύφεσης, 2019-20 (5,2 %) και 2020-21 (4,7 %) λόγω της αναγκαίας αύξησης δημοσίων δαπανών για τη χρηματοδότηση της πανδημίας COVID - 19. Το 2021, η χώρα αφιέρωσε το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν στην υγεία, κατέχοντας το υψηλότερο ποσό μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Παράρτημα 8). Το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη στη Γερμανία ήταν 85,5 % το 2021, που είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (81,1 %). (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Germany (2023))

Η ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί τον μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών για την υγεία.

Συνολικά, πάνω από το ήμισυ των συνολικών δαπανών για την υγεία στη Γερμανία ήταν σε εσωτερικούς ασθενείς (26 %) και σε εξωτερικούς ασθενείς περίθαλψης (25 %) το 2021 (Παράρτημα 9). Αυτές οι τιμές είναι ελαφρώς κάτω από τους αντίστοιχους μέσους όρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δαπάνες σχετικά με τη μακροχρόνια φροντίδα (LTC) έχουν αυξηθεί πιο έντονα σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες δαπανών: μεταξύ 2010 και 2021, οι τιμές αυξήθηκαν από 15 % σε 19 %. Πρόκειται για υψηλότερη

αύξηση από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία αυξήθηκε από 14 % σε 16 % την ίδια περίοδο. Οι δαπάνες για την πρόληψη έχουν διπλασιαστεί σε σχέση με το τελευταίο δεκαετία με ποσοστό 6,4 % να είναι ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (6,0 %). (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Germany (2023))

Οι νοσοκομειακές κλίνες του γερμανικού συστήματος υγείας.

Η Γερμανία είναι μία χώρα με υψηλό ποσοστό αναλογίας νοσοκομειακών κλινών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με 7,8 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, για το 2021, καταλαμβάνοντας τη δεύτερη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με πρώτη τη Βουλγαρία, και σημαντικά υψηλότερα από την μέση τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης (4,8 κλίνες ανά 1 000 κατοίκους). Η αναλογία των νοσοκομειακών κλινών έχει μειωθεί μόνο κατά 13 % από το 2000, ενώ χώρες όπως η Φινλανδία και η Δανία να έχουν μειώσει τον αριθμό των κλινών τους περισσότερο από 40 % κατά την ίδια περίοδο. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών θέτει ερωτήματα σχετικά αποδοτικότητα και πλεονάζουσα παραγωγική ικανότητα. Για να μειωθεί ο αριθμός περιπτώσεων νοσηλευόμενων ασθενών και προς ενθάρρυνση των εξωτερικών ασθενών, σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, καθώς και εγγύηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η Κυβερνητική Επιτροπή πρότεινε την ανάπτυξη ενός νέου εργαλείου ως προς τον νοσοκομειακό σχεδιασμό (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Germany (2023))

Αναλογία ιατρών γερμανικού συστήματος υγείας

Σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Γερμανία έχει σχετικά υψηλός αριθμός γιατρών κατά κεφαλήν. Η πυκνότητα των γιατρών αυξήθηκε σταθερά από 3,3 ανά 1 000 κατοίκους το 2000, σε 4,5 ανά 1 000 το 2021. Ειδικότερα, ο αριθμός των νοσοκομειακών ιατρών αυξήθηκε κυρίως με την εισαγωγή του συστήματος νοσοκομειακών πληρωμών που βασίζεται σε ομάδες που σχετίζονται με τη διάγνωση (DRG) το 2004. Ο αριθμός των γιατρών στα νοσοκομεία αυξήθηκε κατά 54 % μεταξύ 2004 και 2021. Αντίθετα, ο αριθμός των γενικών ιατρών αυξήθηκε μόνο κατά 2% μεταξύ 2004 και 2021. Σχετικά με την αναλογία των νοσηλευτών του γερμανικού συστήματος υγείας, ανέρχεται στους 12,0 ανά 1.000 κατοίκους, υψηλότερος από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (8,5 ανά 1.000 κατοίκους) και έχει επίσης αυξηθεί με υψηλότερο ρυθμό. Παρόλα αυτά, η αναλογία νοσοκόμων-κλινών είναι ένα από τα

χαμηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι ανησυχίες σχετικά με τα επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία, ιδιαίτερα μετά την εισαγωγή του συστήματος DRG, οδήγησαν σε μια μεταρρύθμιση για τον αποκλεισμό του νοσηλευτικού κόστους από τις αμοιβές DRG από το 2020 και μετά και ενεργοποίησε νομοθεσία για την επιβολή ελάχιστων επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού στους θαλάμους νοσοκομείων, που θα τεθούν σταδιακά μεταξύ 2023 και 2025 (Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, 2022).

2.3. Ιταλία

2.3.1. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία



Με πληθυσμό 58,94 εκατομμύρια (2022) η Ιταλία είναι η έκτη πιο πυκνοκατοικημένη χώρα στην Ευρώπη. Η χώρα αποτελείται από 20 περιφέρειες, οι οποίες είναι εξαιρετικά ποικίλες, διαφέρουν ως προς το μέγεθος, τον πληθυσμό και τα επίπεδα οικονομικής ανάπτυξης. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, σημαντικές εξουσίες, ιδίως στη χρηματοδότηση και την παροχή υγειονομικής

περίθαλψης, έχουν ανατεθεί σε αυτό το επίπεδο διακυβέρνησης. Οι περιφέρειες υποδιαιρούνται σε επαρχίες που αποτελούνται από δήμους (comuni). Η Ιταλία έχει περίπου 8100 δήμους, οι οποίοι κυμαίνονται σε μέγεθος από μικρά χωριά έως μεγάλες πόλεις όπως η Ρώμη.

Μια σειρά δεικτών δείχνει ότι η υγεία του πληθυσμού έχει βελτιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Το μέσο προσδόκιμο ζωής έφτασε τα 79,4 χρόνια για τους άνδρες και 84,5 έτη για τις γυναίκες το 2011, το δεύτερο υψηλότερο στην Ευρώπη (σε σύγκριση με 77,4 έτη για τους άνδρες και 83,1 έτη για τις γυναίκες για την ΕΕ συνολικά). Η Ιταλία έχει ένα από τα χαμηλότερα συνολικά ποσοστά γονιμότητας στον κόσμο, το 2011 ήταν 1,4 γεννήσεις ανά γυναίκα, πολύ κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης του 2,1. Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι πολύ χαμηλός (0,3% το 2012), ένα από τα χαμηλότερα στην ΕΕ, και η μετανάστευση είναι η πηγή της μεγαλύτερης αυτής ανάπτυξης.

Η χώρα καλύπτει 301.340 km² και εκτείνεται από τα βόρεια όπου συνορεύει με τη Γαλλία, την Ελβετία, την Αυστρία και τη Σλοβενία στα νότια, όπου περιλαμβάνει τα μεσογειακά νησιά Σαρδηνία και Σικελία και ένα σύμπλεγμα άλλων μικρότερων νησιών. Η χώρα έχει 20 περιφέρειες (η περιοχή Trentino-Alto Adige χωρίζεται στην Αυτόνομη επαρχία του Trento και στην Αυτόνομη επαρχία του Bolzano). Επιπλέον, οι θύλακες στην ηπειρωτική Ιταλία περιλαμβάνουν τις χώρες του Αγίου Μαρίνου και της Αγίας Έδρας (Βατικανό), ένα παπικό κράτος που περικλείεται κυρίως από τη Ρώμη, την πρωτεύουσα της Ιταλίας. Σε πέντε από τις 20 περιφέρειες (δηλαδή η Valle d'Aosta, η Friuli-Venezia Giulia, η επαρχία του Trento, η επαρχία του Bolzano, η Σικελία και η Σαρδηνία) τυγχάνουν εθνικής κυριαρχίας. το Σύνταγμα (άρθρο 116) αναγνωρίζει τις αρμοδιότητές τους σε σχέση με τη νομοθεσία, τη διοίκηση και τα οικονομικά. Σε αντάλλαγμα, αυτές οι περιφέρειες πρέπει να χρηματοδοτήσουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης τους, και οι περισσότερες δημόσιες υποδομές με δικά τους μέσα. Αυτές οι συγκεκριμένες θεσμικές ρυθμίσεις σχεδιάστηκαν για να λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές και να προστατεύουν τις γλωσσικές μειονότητες. Στην πραγματικότητα, τα ιταλικά είναι η κύρια γλώσσα σε όλη τη χώρα, αν και υπάρχουν μικρές περιοχές στις οποίες είναι τα γερμανικά (σε μέρη του Trentino-Alto-Adige), τα γαλλικά (στη Valle d'Aosta) και τα σλοβενικά (στην περιοχή της Τεργέστης Gorizia). ομιλούμενος. Η κυρίαρχη θρησκεία είναι ο Ρωμαιοκαθολικισμός, αλλά το Σύνταγμα εγγυάται την ελευθερία λατρείας στις θρησκευτικές μειονότητες, οι οποίες κυρίως Προτεστάντες, Μουσουλμάνοι και Εβραίοι

2.3.2. Οικονομικό πλαίσιο

Η Ιταλία έχει ανοιχτή οικονομία και είναι ιδρυτικό μέλος της Ε.Ε. Είναι επίσης μέλος μεγάλων πολυμερών οικονομικών οργανισμών όπως η Ομάδα των Επτά Βιομηχανικών Χωρών (G-7), η Ομάδα των Οκτώ (G-8), ο ΟΟΣΑ, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Το 2012, Σύμφωνα με στοιχεία του ΔΝΤ, η Ιταλία ήταν η ένατη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο και η πέμπτη μεγαλύτερη στην Ευρώπη ως προς το ονομαστικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ). Το ετήσιο ΑΕΠ της (σε τρέχουσες τιμές) αντιστοιχεί στο 12,1% του συνολικού ΑΕΠ της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, το κατά κεφαλήν εισόδημα είναι 33,8%

χαμηλότερο από ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες και σχεδόν 20% χαμηλότερο από το μέσο όρο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

2.3.3. Ιταλικό σύστημα υγείας

Το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ιταλίας είναι μια μεθοδική Εθνική Υπηρεσία Υγείας βασισμένη σε περιφέρειες (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) που προσφέρει κάλυψη σε μεγάλο βαθμό δωρεάν στο σημείο παράδοσης. Σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας (υποστηριζόμενο από αρκετούς εξειδικευμένους φορείς) θέτει τις ουσιαστικές αρχές και επιδιώξεις του συστήματος υγείας, προσδιορίζει το βασικό πακέτο παροχών των εγγυημένων υπηρεσιών υγείας σε όλη τη χώρα και επιδοτεί εθνικούς πόρους στις περιφέρειες. Οι περιφέρειες είναι υπόλογοι για την οργάνωση και την παροχή υγείας φροντίδα. Σε τοπικό επίπεδο, οι τοπικές υγειονομικές αρχές με γεωγραφική βάση (Aziende Sanitarie Locali) εφοδιάζουν δημόσια υγεία, κοινοτικές υπηρεσίες υγείας και πρωτοβάθμια περίθαλψη άμεσα, και δευτεροβάθμια και ειδική περίθαλψη άμεσα ή διά μέσου των κρατικών θεραπευτηρίων ή διαπιστευμένων ιδιωτικών παρόχων. (Health Systems in Transition - Italy, 2022)

Η ενδυνάμωση των ασθενών και τα δικαιώματα των ασθενών δεν προσδιορίζονται από έναν ενιαίο νόμο, αλλά υπάρχουν σε πολλά νομοθετήματα, ξεκινώντας από το ιταλικό Σύνταγμα και τον ιδρυτικό νόμο του εθνικού συστήματος υγείας. Τα τελευταία 20 χρόνια, έχουν εισαχθεί αρκετά εργαλεία για τη συμμετοχή του κοινού σε όλα τα επίπεδα, υπάρχει συστηματική στρατηγική και η εφαρμογή ποικίλλει ανά χώρα, όπως και η ικανοποίηση των πολιτών από την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια, έχουν ληφθεί μέτρα για την αντιμετώπιση της υπερβολικής προσφυγής σε νομικές ενέργειες κατά γιατρών και για την αποτροπή πρακτικών αμυντικής ιατρικής. (Health Systems in Transition - Italy, 2022)

Το SSN της Ιταλίας βασίζεται σε περιφερειακό επίπεδο και οργανώνεται σε τρία επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό και τοπικό. Το εθνικό επίπεδο κατευθύνει το σύστημα υγείας, θέτοντας γενικούς στόχους, το εθνικό πακέτο παροχών, η κατά κεφαλήν χρηματοδότηση και οι θεμελιώδεις αρχές. Μέσω των ετήσιων λογαριασμών προϋπολογισμού, η εθνική κυβέρνηση και το κοινοβούλιο συμφωνούν για τις δαπάνες, τα προβλεπόμενα έσοδα και τους τομείς προτεραιότητας. Το Υπουργείο της υγείας ηγείται του σχεδιασμού υγειονομικής περίθαλψης ορίζοντας το εθνικό πακέτο

παροχών, θέτοντας μακροπρόθεσμους στόχους, παρακολουθώντας το SSN, εξισώνοντας κατανομή των κονδυλίων και η συγκυβέρνηση με τις περιφέρειες και τα Ινστιτούτα Φροντίδας και Επιστημονικής Έρευνας (IRCCSs). (Health Systems in Transition - Italy, 2022)

Σε τοπικό επίπεδο, οι τοπικές υγειονομικές αρχές προσφέρουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας ,συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας, προσωπικής ιατρικής και κοινοτικών υπηρεσιών και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Η επικράτεια κάθε τοπικής υγειονομικής αρχής χωρίζεται περαιτέρω σε υγειονομικές περιφέρειες που ελέγχουν άμεσα την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαχειρίζονται την ανάθεση και προωθούν την ενσωμάτωση στις κοινωνικές υπηρεσίες. (Health Systems in Transition - Italy, 2022)

Οι δαπάνες του Ιταλικού συστήματος υγείας είναι χαμηλότερες από τη μέση τιμή των Ευρωπαϊκών χωρών

Το 2021, οι δαπάνες για την υγεία της Ιταλίας αντιστοιχούσαν στο 9,4 % του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο από την μέση τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης , στο 11 %. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, είναι σχεδόν κατά ένα τρίτο χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Παράρτημα 10). Μεταξύ του 2019 και 2021, οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 8,3% σε πραγματικούς όρους, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας υπέστησαν μείωση άνω του 1 %, Ως αποτέλεσμα, το ποσοστό των δαπανών υγείας που χρηματοδοτούνται από ιδιωτικές πηγές, εκ των οποίων το 90 % αποτελούνταν από ιδιωτικές δαπάνες από τα νοικοκυριά, μειώθηκαν από 26,3 % το 2019 σε 24,5 % το 2021. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 18,9 %.(OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Italy (2023))

Η εξωνοσοκομειακή και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύουν συλλογικά πάνω από το 60 % των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Το 2021, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούσε σχεδόν το ένα τρίτο των δαπανών για την υγεία της Ιταλίας – ένα οριακά υψηλότερο ποσοστό τόσο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και από την εσωτερική περίθαλψη (29 %), που επίσης απορρόφησαν ποσοστό ελαφρώς άνω του μέσου όρου του προϋπολογισμού της Ιταλίας για την υγεία. Δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα και ιατροτεχνολογικά προϊόντα αντιπροσώπευαν το ένα πέμπτο του συνόλου των δαπανών της Ιταλίας για την

υγεία, μεγαλύτερο ποσοστό από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά εξακολουθεί να είναι 20 % κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε κατά κεφαλήν όρους. Περίπου τα δύο τρίτα όλων των φαρμακευτικών δαπανών το 2021 απορροφήθηκαν με κατανάλωση σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, ένα από τα τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (AIFA, 2022).

2.4. Ισπανία

2.4.1. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία



Η Ισπανία είναι η τρίτη μεγαλύτερη χώρα στη δυτική Ευρώπη με έκταση 505 955 km² και πληθυσμό 47,78 εκατομμύρια (2022). Η ισπανική επικράτεια περιλαμβάνει επίσης τα Κανάρια Νησιά, που βρίσκονται στον Ατλαντικό Ωκεανός μπροστά από τη νοτιοανατολική ακτή του Μαρόκου, οι Βαlearίδες Νήσοι, στη Μεσόγειο Θάλασσα και δύο αυτόνομες πόλεις, η Θέουτα και η Μελίγια, που βρίσκονται στο βόρειο τμήμα των

συνόρων με το Μαρόκο. Από διοικητική άποψη, η ισπανική επικράτεια είναι οργανωμένη σε 17 αυτόνομες κοινότητες (Comunidades Autónomas, ACs) (Ανδαλουσία, Αραγονία, Αστουρία, Βαlearίδες Νήσοι, Χώρα των Βάσκων, Κανάρια Νησιά, Κανταβρία, Καστίλλη-Λα Μάντσα, Καστίλλη-Λεόν, Καταλονία, Εξτρεμαδούρα, Γαλικία, Λα Ριόχα, Μαδρίτη, Μούρθια, Ναβάρρα, Βαλένθια) και δύο αυτόνομες πόλεις (Θέουτα και Μελίγια). Ο ισπανικός πληθυσμός τείνει να συγκεντρώνεται σε αστικές και παράκτιες περιοχές.

Η επίσημη γλώσσα είναι η ισπανική, που ονομάζεται επίσης καστιλιάνικη, η οποία συνυπάρχει με άλλες επίσημες γλώσσες σε περιφερειακό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων των Βάσκων, της Καταλανικής και της Γαλικίας.

Ο ισπανικός πληθυσμός αυξήθηκε κατά 12% μεταξύ 1995 και 2005, κυρίως λόγω της έντονης μεταναστευτικής ροής, που παρέμεινε στάσιμη μεταξύ 2005 και 2010, σημειώνοντας ελαφρά μείωση μέχρι το 2016. Τα ποσοστά γονιμότητας παρέμειναν χαμηλά καθ' όλη την περίοδο, με ελαφρά αύξηση μεταξύ 2000 και 2005, ακόμη πολύ χαμηλότερα από το ποσοστό αναπλήρωσης του πληθυσμού. Επιπλέον, ο πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται σταθερά με την πάροδο του χρόνου, φθάνοντας το 19,2% το 2016. Συγκεκριμένα, το 2015 υπήρξαν περισσότεροι θάνατοι παρά γεννήσεις,

ένα φαινόμενο που παρατηρήθηκε μόνο πριν κατά τη διάρκεια της πανδημίας γρίπης του 1918 και της ισπανικής περιόδου 1936–39 Εμφύλιος πόλεμος.

Η οικονομική και χρηματοπιστωτική ύφεση είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του ξένου πληθυσμού, ενεργοποιώντας μια μεταναστευτική εκροή Ισπανών, η οποία οδήγησε σε αρνητικό μεταναστευτικό ισοζύγιο από το 2011 έως το 2015. Η μεγαλύτερη μεταναστευτική ροή σημειώθηκε το 2009, με σχετική μείωση 34,4%. σε μια χρονιά που σχεδόν 200.000 άνθρωποι εγκατέλειψαν τη χώρα. Ταυτόχρονα, η μετανάστευση η ροή αυξήθηκε μέχρι το 2013, με 532.303 άτομα να εγκαταλείπουν τη χώρα το 2013. Συγκεκριμένα, η ροή Ισπανών που εγκατέλειψαν τη χώρα αυξήθηκε σταθερά μέχρι το 2016, με περισσότερα από 556.000 άτομα να εγκαταλείπουν από το 2009. Το έτος 2016 σημειώθηκε καθαρή μείωση 2354 Ισπανοί, ενώ ο αλλοδαπός πληθυσμός αυξήθηκε κατά 112.666 άτομα .

2.4.2. Οικονομικό πλαίσιο

Η οικονομική κρίση κυριαρχεί ως το πιο αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό στην περιγραφή του τρέχοντος ισπανικού οικονομικού πλαισίου. Η Ισπανία άντεξε μια διαρκή επιπτώσεις της ύφεσης, με μια άνευ προηγουμένου ανάκαμψη του δημόσιου χρέους και συνεχές δημοσιονομικό έλλειμμα, υψηλά ποσοστά ανεργίας και απότομη μείωση των εσόδων των νοικοκυριών. Σε μακροοικονομικούς όρους, τα τελευταία 20 χρόνια παρουσιάζουν σαφή αντίθεση μεταξύ ενός επεκτατικού κύκλου έως το 2007 και μιας βαθιάς ύφεσης το 2009, η οποία έχει ανακάμψει από το 2014. Το 2009, ο ρυθμός αύξησης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) μειώθηκε δραματικά στο -3,5%, με αρνητικά στοιχεία μέχρι το 2014. Συγκεκριμένα, τα κρατικά έσοδα μειώθηκαν κατακόρυφα μεταξύ 2007 και 2009 (έως 6 μονάδες του ΑΕΠ), ενώ οι δημόσιες δαπάνες εξακολουθούσαν να αυξάνονται από 38,9% του ΑΕΠ το 2007 σε 45,8% το 2009, για την αντιμετώπιση των επιδοτήσεων ανεργίας και άλλες κοινωνικές δαπάνες. Ως συνέπεια αυτής της δυναμικής, το έλλειμμα το 2009 έφτασε το 11% του ΑΕΠ. Από το 2011, το δημόσιο έλλειμμα έχει μειωθεί ως συνέπεια των περιορισμών των δημοσίων δαπανών και, σε μικρότερο βαθμό, της αύξησης των κρατικών εσόδων (Υπουργείο Οικονομικών Ισπανίας, 2014). Παρόλα αυτά, αυτή η νέα δυναμική δεν έχει τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει στο σωρευτικό κρατικό χρέος, το οποίο το 2016 ήταν σχεδόν ισότιμο με το ισπανικό ΑΕΠ (Eurostat, 2017a). Η ανεργία έχει γίνει μείζον οικονομικό και κοινωνικό πρόβλημα από την αρχή της κρίσης. Η Έρευνα Εργατικού

Δυναμικού (Encuesta de Población Activa) επέδειξε απότομη άνοδο του ποσοστού της ανεργίας, από 1,8 εκατ. ανέργους το 2007 (σχεδόν 8% των κατοίκων) σε κάτι παραπάνω από 6 εκατ. ανέργους (26,09% συνολικό ποσοστό ανεργίας) για το έτος 2013. Στη συνέχεια, τα στοιχεία μειώνονται αργά με τις τιμές ανέργων να φτάνουν το 18,9% (4,32 εκατ. κάτοικοι) το 3^ο τρίμηνο του 2016 (INE, 2017c). Παρόλο που έλλειψη εργασίας έχει επηρεάσει όλες τις εργατικές ομάδες, οι νέοι εμφάνισαν τα χειρότερα νούμερα. Έτσι, από το '07 οι τιμές τους αυξάνονται μέχρι το 2015 κατά 26,3 ποσοστιαίες μονάδες, από 21,7% σε 48,0%. Τα τελευταία στοιχεία του 2016 δείχνουν αμυδρά μια μείωση με ποσοστό ανεργίας 44,9%. Αναφορικά με το φύλο, η ανεργία είναι ελαφρώς αυξημένη για τις γυναίκες και η διαφορά έχει διευρυνθεί ελαφρώς τα έτη, το 2009 η διαφορά ήταν 17,9% για τους άνδρες έναντι 18,1% για τις γυναίκες και το 2016 η διαφορά ήταν 19,6% έναντι 21,4%, αντίστοιχα (Eurostat, 2017β).

2.4.3. Ισπανικό σύστημα υγείας

Το Ισπανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (SNS) βασίζεται στις αρχές της καθολικότητας, της ελεύθερης πρόσβασης, της ισότητας και της δικαιοσύνης στη χρηματοδότηση, και χρηματοδοτείται κυρίως από φόρους.

Οι αρμοδιότητες υγείας μεταβιβάζονται στις 17 Αυτόνομες Κοινότητες, με το εθνικό επίπεδο να είναι υπεύθυνο, υπό τη διακυβέρνηση του Διαπεριφερειακού Συμβουλίου για το SNS, για ορισμένους στρατηγικούς τομείς καθώς και για τον συνολικό συντονισμό του συστήματος υγείας και την εθνική παρακολούθηση του συστήματος υγείας εκτέλεση.

Οι μηχανισμοί καθορισμού προτεραιοτήτων έχουν υποταχθεί σε μακροοικονομικές συνθήκες την τελευταία δεκαετία και οι συνήθεις μηχανισμοί λήψης αποφάσεων ανταποκρίθηκαν στις απαιτήσεις του Προγράμματος Σταθερότητας του 2010 (δηλαδή μείωση του ελλείμματος και του χρέους).

Η νέα νομοθεσία έχει επικεντρωθεί στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας από το 2010. Επιπλέον, άλλα σημαντικά νομοθετικά κείμενα περιλαμβάνουν: Νόμος 42/2010, που διευρύνει τις διατάξεις του «αντικαπνικού» Νόμου του 2005 (Νόμος 28/2005). Νόμος 33/2011 περί Δημόσιας Υγείας, στρατηγός διάταξη που δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί πλήρως· και, τη μεταφορά της Οδηγίας για τη διασυνοριακή περίθαλψη, με περιορισμένο αντίκτυπο στους Ισπανούς πολίτες από το 2009.

Το SNS βελτιώνει τις πληροφορίες σε όλα τα επίπεδα. συγκεκριμένα, η επέκταση Συνοπτικού Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου με σχετικές κλινικές πληροφορίες μεταξύ των Αυτόνομων Κοινοτήτων, μαζί με την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής συνταγής, του μητρώου επαγγελματιών (που δεν έχουν ακόμη πλήρως λειτουργήσει) και η βελτίωση του πληροφοριακού συστήματος υγείας (εξειδικευμένη περίθαλψη, πρωτοβάθμια περίθαλψη).

Το σύστημα χρηματοδοτείται κυρίως μέσω φόρων και προσφέρει δωρεάν πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους της Ισπανίας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί το θεμέλιο του ισπανικού συστήματος υγείας. Κάθε πολίτης έχει έναν προσωπικό γιατρό γενικής ιατρικής, ο οποίος αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής για ιατρικά θέματα και συντονίζει την περαιτέρω φροντίδα. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από δημόσια νοσοκομεία που είναι εξοπλισμένα με σύγχρονη τεχνολογία και εξειδικευμένο προσωπικό. Τα νοσοκομεία προσφέρουν μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών, από επείγουσα φροντίδα μέχρι εξειδικευμένες ιατρικές θεραπείες. Υπάρχει πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και θεραπείες, όπως καρδιολογία, ογκολογία, νευρολογία και άλλες. Παράλληλα με το δημόσιο σύστημα, υπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας υγείας, ο οποίος προσφέρει εναλλακτικές επιλογές για όσους προτιμούν ιδιωτική ασφάλιση υγείας ή θέλουν πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ισπανία θεωρείται υψηλή και το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών είναι γενικά πολύ καλό. Η χώρα κατατάσσεται συχνά ψηλά σε διεθνείς αξιολογήσεις για το σύστημα υγείας της.

Ένας από τους βασικούς στόχους του ισπανικού συστήματος υγείας είναι η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση ή την κοινωνική θέση, όλοι οι κάτοικοι έχουν δικαίωμα στη δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. Το ισπανικό σύστημα υγείας αποτελεί πρότυπο για πολλές χώρες λόγω της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας των υπηρεσιών και της δέσμευσης στην καθολική πρόσβαση

Η εξωνοσοκομειακή και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία

Σύμφωνα με στοιχεία του 2021, σχεδόν τα δύο τρίτα των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη της Ισπανίας αφιερώνονται σε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (35%) και νοσηλεία σε εσωτερικούς ασθενείς (28%), ενώ τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα καταλαμβάνουν το 22 %. Το μεγάλο μερίδιο των δαπανών για την περίθαλψη εξωτερικών ασθενών υποστηρίζει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης της Ισπανίας. Αυτό μπορεί να αυξάνεται περαιτέρω καθώς μπαίνει σε εφαρμογή το Σχεδίο Δράσης Πρωτοβάθμιας και Κοινωνικής Φροντίδας της Ισπανίας 2022-23. Αντίθετα, καθώς τα ποσοστά των τρεχουσών δαπανών υγείας των ισπανικών δαπανών για μακροχρόνια περίθαλψη (9 %) και πρόληψη (3 %) είναι χαμηλά σε σύγκριση με τους μέσους όρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 16 % και 6 % αντίστοιχα. Δεδομένων των χαμηλότερων δαπανών για την υγεία συνολικά, η Ισπανία ξοδεύει λιγότερα κατά κεφαλήν από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε όλες τις κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης (Παράρτημα 12). (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Spain (2023))

Η αναλογία των νοσοκομειακών κλινών στην Ισπανία παρέμεινε σχετικά σταθερή

Για σχεδόν μια δεκαετία (μεταξύ 2012 και 2021), ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 1 000 κατοίκους στην Ισπανία παρέμεινε στάσιμος στις 3,0 κλινες. Αν και πρόκειται για μείωση από το 3,7 ανά 1.000 κατοίκους το 2000, είναι πολύ μικρότερη μείωση από αυτή που σημείωσαν άλλες χώρες. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο ότι οι τιμές το 2000 ήταν ήδη χαμηλότερες από ότι στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (σε σύγκριση με 4,7 ανά 1 000 στην Ιταλία, 8,0 ανά 1 000 στη Γαλλία και 9,1 ανά 1 000 στη Γερμανία). Αυτή η συνολική συνέπεια περίπου 3-4 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, αντικατοπτρίζει ένα μείγμα αυξήσεων (κλίνες για ηλικιωμένους), μειώσεις (ιατρικές, χειρουργικές και ψυχιατρικές κλίνες) και σταθερότητα στους αριθμούς νοσοκομειακών κλινών (θεραπευτικά κρεβάτια) εντός συγκεκριμένων ρυθμίσεων. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Spain (2023))

Οι δαπάνες για την υγεία έφτασαν σε νέα υψηλά στην Ισπανία κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Οι δαπάνες της Ισπανίας για την υγεία ήταν 10,7 % του ΑΕΠ το 2021, κοντά στον μέσο όρο της ΕΕ (11,0 %). Ακόμη και πριν από τον COVID-19, οι κατά κεφαλήν δαπάνες

της Ισπανίας για την υγεία είχαν αυξηθεί σταθερά. Το 2021, σε κατά κεφαλήν όρους έφτασε 2.771 ευρώ, που ήταν σχεδόν ένα τρίτο κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 4.028 ευρώ (Παράρτημα 11). Το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία ανέρχεται σε 71,6 %, πολύ κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 81,1 %. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν πάνω από το ένα πέμπτο των συνολικών δαπανών για την υγεία (21,0 %), που είναι πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 14,5 % το 2021. Η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία προέρχεται από γενικούς φόρους και διαχειρίζονται από τις περιφέρειες (γνωστές ως αυτόνομες κοινότητες (AC)). Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τις ιδιωτικές πληρωμές, κυρίως για οδοντιατρική περίθαλψη, οφθαλμολογική περίθαλψη, φάρμακα, αν και υπάρχουν εξαιρέσεις και ανώτατα όρια για τα φάρμακα και ιατρικές συσκευές εκτός νοσοκομείων. Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μια σταθερή αύξηση τόσο της επικουρικής εθελοντικής ασφάλισης υγείας (VHI), που παρέχει ταχύτερη πρόσβαση στη θεραπεία και συμπληρωματικό VHI, το οποίο παρέχει κάλυψη υπηρεσιών που δεν περιλαμβάνονται στο εθνικό πακέτο παροχών (όπως η οδοντιατρική περίθαλψη). Ωστόσο, το μερίδιο των ο πληθυσμός με VHI ποικίλλει ευρέως μεταξύ των περιφερειών AC. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies - Spain (2023))

2.5. Σουηδία

2.6.3. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία



Η Σουηδία βρίσκεται στη βόρεια Ευρώπη και έχει πληθυσμό περίπου 10,4 εκατομμύρια (2021). Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ζει σε νότιες, παράκτιες και αστικές περιοχές, ενώ ο βορράς είναι αραιοκατοικημένος. Η Σουηδία βρίσκεται στη βόρεια Ευρώπη, συνορεύει με τη Φινλανδία και τη Νορβηγία και καλύπτει έκταση 449 964 km², καθιστώντας την μια από τις μεγαλύτερες χώρες ανά περιοχή στην Ευρώπη. Η Σουηδική ηπειρωτική ακτή (2 400 km) είναι μια από τις μεγαλύτερες στην Ευρώπη. Περισσότερο από το 57% της χώρας καλύπτεται από δάση και τα βουνά κυριαρχούν στο αραιοκατοικημένο βορειοδυτικό τμήμα. Εξαιτίας της ύπαρξης του Ρεύματος του Κόλπου, το

κλίμα είναι ήπιο σε σύγκριση με άλλες γεωγραφικές περιοχές τόσο βόρεια.

Από το 1995, ο σουηδικός πληθυσμός αυξήθηκε κατά περίπου 20% (από περίπου 8,8 εκατομμύρια το 1995 σε πάνω από 10,4 εκατομμύρια το 2021) ως αποτέλεσμα της υψηλής καθαρής μετανάστευσης, των αυξημένων ποσοστών γονιμότητας και του προσδόκιμου ζωής. Η μετανάστευση ήταν ο κύριος λόγος πίσω από την αύξηση του πληθυσμού, ειδικά μεταξύ 2010 και 2020. Το 2016, η μετανάστευση ήταν σε υψηλό επίπεδο ρεκόρ, ανερχόμενη σε 163.000 άτομα, ως αποτέλεσμα της προσφυγικής κρίσης στην Ευρώπη το 2015, όπου η Σουηδία ήταν μία από τις χώρες της ΕΕ που δέχτηκαν τους περισσότερους πρόσφυγες, ιδίως από τη Συρία (Eurostat, 2016, Statistics Sweden, 2022b)

Η Σουηδία χωρίζεται σε 290 δήμους και 21 περιφέρειες (συμπεριλαμβανομένου του νησιού Gotland, το οποίο είναι ταυτόχρονα δήμος και περιφέρεια). Ο πληθυσμός στους δήμους ποικίλλει ευρέως από περίπου 2 400 στο Bjurholm έως σχεδόν 1 εκατομμύριο στον μεγαλύτερο δήμο, τη Στοκχόλμη. Μόνο τρεις περιφέρειες έχουν πληθυσμό άνω των 500.000 κατοίκων. Η περιοχή της Στοκχόλμης είναι η μεγαλύτερη με περίπου 2,4 εκατομμύρια κατοίκους. υπάρχουν 26 δήμοι στην κομητεία της Στοκχόλμης και περίπου το 40% του πληθυσμού είναι κάτοικοι στον δήμο της Στοκχόλμης. Αντίθετα, η μικρότερη περιοχή (εκτός Γκότλαντ) είναι η Περιφέρεια Jämtland Härjedalen με περίπου 132.000 κατοίκους (Στατιστική Σουηδία, 2022d)

Το προσδόκιμο ζωής στη Σουηδία είναι από τα υψηλότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Παρά την πτώση το 2020 κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται σταθερά ως αποτέλεσμα της βελτίωσης της δημόσιας υγείας και των μεθόδων θεραπείας. Οι προκλήσεις στη σουηδική υγειονομική περίθαλψη σχετίζονται με μεγάλους χρόνους αναμονής για προαιρετικές, εξειδικευμένες υπηρεσίες και την έλλειψη συνέχειας της περίθαλψης, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Παρόλο που έχει σχετικά υψηλή ισότητα στην υγεία σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες της ΕΕ, υπάρχουν κενά υγείας και διαφορές στην κατάσταση υγείας σε διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

Η Σουηδία έχει έναν μεγάλο δημόσιο τομέα, με τις συνολικές δημόσιες δαπάνες να αντιστοιχούν στο μισό περίπου του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) της Σουηδίας το 2020. Το μερίδιο των δημοσίων δαπανών για την κοινωνική προστασία και την υγειονομική περίθαλψη είναι αρκετά σταθερό από το 2011 σε λίγο περισσότερο από το ένα τέταρτο του ΑΕΠ.

2.6.3. Οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο

Η σουηδική οικονομία βασίζεται στις υπηρεσίες, τις βαριές βιομηχανίες και το διεθνές εμπόριο. Η ξυλεία, η υδροηλεκτρική ενέργεια και το σιδηρομέταλλευμα αποτελούν τη βάση των πόρων της οικονομία, η οποία είναι σε μεγάλο βαθμό προσανατολισμένη στο εξωτερικό εμπόριο. Το 2020, περίπου το 80% του ΑΕΠ που μετρήθηκε ως προστιθέμενη αξία παρήχθη στον ιδιωτικό τομέα όπου οι υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος (Στατιστική Σουηδία, 2022e).

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της σουηδικής πολιτικής πρόνοιας είναι ότι είναι σε μεγάλο βαθμό οικουμενική, δηλαδή, οι δημόσιες υπηρεσίες και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις έχουν σχεδιαστεί ως κοινωνικά δικαιώματα που καλύπτουν ολόκληρο τον πληθυσμό σε διαφορετικές καταστάσεις ζωής, όχι μόνο ευάλωτες ομάδες (Υπουργείο Οικονομικών Σουηδίας, 2017). Κατά συνέπεια, η Σουηδία έχει μια ολοκληρωμένη του δημόσιου τομέα, με τις συνολικές δημόσιες δαπάνες να αντιστοιχούν στο μισό περίπου του ΑΕΠ της Σουηδίας (μετρούμενο σε όρους κατανάλωσης). Το μεγαλύτερο μερίδιο (38%) περιλαμβάνει μεταβιβάσεις για την κάλυψη της κοινωνικής προστασίας (όπως συντάξεις γήρατος αλλά και δαπάνες για τη φροντίδα ηλικιωμένων, όπως υπηρεσίες κατ' οίκον και ειδικές κατάλυμα). Η υγειονομική περίθαλψη είναι το δεύτερο μεγαλύτερο μέρος και ακολουθούν η εκπαίδευση, οι γενικές δημόσιες υπηρεσίες και οι οικονομικές υποθέσεις. Το μερίδιο της δημόσιας δαπάνης

Το ΑΕΠ για την κοινωνική προστασία και την υγειονομική περίθαλψη είναι αρκετά σταθερό από το 2011 και κυμάνθηκε μεταξύ 27,9% και 25,9% (Eurostat, 2022a).

2.6.3. Σουηδικό σύστημα υγείας

Το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Σουηδίας αναπτύχθηκε τον 19ο αιώνα και επεκτάθηκε κατά τη διάρκεια της εκβιομηχάνισης. Περιφέρειες (πρώην ονομαζόμενα νομαρχιακά συμβούλια) έγιναν νομικά υπεύθυνοι για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης στους κατοίκους τους το 1928 λόγω της εφαρμογής του νόμου περί νοσοκομείων (Sjukhuslagen 1928:303). Στη δεκαετία του 1950, οι επιδοτήσεις για εξωτερικές υπηρεσίες και φάρμακα αυξήθηκαν μέσω της εισαγωγής εθνικών συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Η επέκταση του κράτους πρόνοιας και του τομέα της υγείας επιταχύνθηκε κατά τη δεκαετία του 1960, αλλά η κύρια εστίαση αφορούσε τα νοσοκομεία. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 ως μέρος μιας μεταρρύθμισης που εισήγαγε ομοιόμορφες και χαμηλές αμοιβές ασθενών (η λεγόμενη «μεταρρύθμιση επτά κορώνων»). Παράλληλα, οι περιφέρειες έγιναν υπεύθυνες για την παροχή εξωτερικών νοσοκομειακών υπηρεσιών σε ασθενείς και η ευθύνη για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ψυχικής υγείας, που προηγουμένως ήταν εθνική αρμοδιότητα, μεταβιβάστηκε στις περιφέρειες. Ταυτόχρονα, το εθνικό κοινοβούλιο αποφάσισε να κοινωνικοποιήσει τα ιδιωτικά φαρμακεία και η Εθνική Εταιρεία

Σουηδικών Φαρμακείων (ApoTEksbolaget) ιδρύθηκε το 1971. Και οι δύο αυτές μεταρρυθμίσεις αντανakλούσαν την κυρίαρχη πεποιθήση εκείνη την εποχή ότι οι υπηρεσίες θα μπορούσαν να βελτιωθούν υπό δημόσια ιδιοκτησία. (Health Systems in Transition - Sweeden, 2023)

Συνολικά, η σουηδική υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία και (όσον αφορά τις δαπάνες) το 83% της παραγωγής υπηρεσιών πραγματοποιείται από δημόσιους παρόχους το 2020 (SALAR, 2023a). Ένας λόγος που συμβάλλει είναι ότι η ενδονοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή εξειδικευμένη φροντίδα απορροφά περίπου τα δύο τρίτα της χρηματοδότησης, όπου σχεδόν όλα τα νοσοκομεία είναι δημόσιας ιδιοκτησίας. Ένας άλλος λόγος είναι ότι η παροχή ιδιωτικής περίθαλψης περιορίζεται σε αστικές περιοχές, κυρίως στις μεγάλες πόλεις. Αν και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ως επί το πλείστον αποκεντρωμένο και διαχειρίζεται ανεξάρτητα από τις 21 περιφέρειες και τους 290 δήμους της Σουηδίας, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων είναι υπεύθυνο για τις συνολικές πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης και την εθνική διακυβέρνηση. (Health Systems in Transition - Sweeden, 2023)

Σε εθνικό επίπεδο, ο σουηδικός λαός εκπροσωπείται από το Riksdag (σουηδικό κοινοβούλιο) το οποίο έχει νομοθετικές εξουσίες. Προτάσεις για νέους νόμους είναι παρουσίασε η κυβέρνηση, η οποία εφαρμόζει επίσης αποφάσεις που έλαβε το Riksdag. Η κυβέρνηση επικουρείται στο έργο της από τις κυβερνητικές υπηρεσίες, που περιλαμβάνει έναν αριθμό υπουργείων και περίπου 400 κεντρικούς κυβερνητικούς φορείς και δημόσιες διοικήσεις. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων είναι αρμόδιο για θέματα που αφορούν την κοινωνική πρόνοια, όπως η δημόσια υγεία, η υγειονομική περίθαλψη και η φροντίδα των ηλικιωμένων. Ο τομέας ευθύνης του υπουργείου περιλαμβάνει επίσης την κοινωνική ασφάλιση, η οποία παρέχει οικονομική ασφάλεια σε άτομα όταν είναι άρρωστα ή ηλικιωμένα ή όταν τα παιδιά είναι μικρά. Θέματα που αφορούν ατομικά και Περιλαμβάνεται επίσης η οικογενειακή φροντίδα, η υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες και η φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων. Το Υπουργείο εργάζεται επίσης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία και για θέματα που σχετίζονται με το ασφαλιστικό συνταξιοδοτικό σύστημα. Είναι επίσης αρμόδιο για θέματα που αφορούν τον αθλητισμό, την πολιτική για τη νεολαία, την κοινωνία των πολιτών, τις θρησκευτικές κοινότητες και τις υπηρεσίες ταφής και εξυγίανσης. (Health Systems in Transition - Sweeden, 2023)

Υπάρχουν αρκετοί κρατικοί φορείς που εμπλέκονται άμεσα στον τομέα της υγείας, της ιατρικής περίθαλψης και της δημόσιας υγείας. (Health Systems in Transition - Sweeden, 2023)

1. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας (NBHW – Socialstyrelsen) είναι η κεντρική συμβουλευτική και ρυθμιστική υπηρεσία της κυβέρνησης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών. Ασχολείται με ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Η NBHW αναπτύσσει πρότυπα, πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές σε διάφορους τομείς. Επιπλέον, παρακολουθεί τις εξελίξεις, πραγματοποιεί συλλογή δεδομένων και αναλύει. Η NBHW διατηρεί επίσης μητρώα δεδομένων υγείας και επίσημες στατιστικές και διευθύνει πολλά συμβουλευτικά όργανα και φορείς λήψης αποφάσεων, όπως το Νομικό Συμβουλευτικό Συμβούλιο (Rättsliga rådet), το Συμβούλιο Δεοντολογίας (Etiska rådet) και το Συμβούλιο Εθνικής Εξειδικευμένης Ιατρικής Περίθαλψης (Nämnden för nationalellt högp specialiserad vård).
2. Η Επιθεώρηση Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (IVO – Inspektionen för vård och omsorg) είναι υπεύθυνη για την εποπτεία της υγειονομικής περίθαλψης, του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, των κοινωνικών υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων για άτομα με λειτουργική βλάβες. Η αρχή αξιολογεί επίσης τις άδειες για οργανισμούς ιδιωτικής περίθαλψης.
3. Ο Σουηδικός Οργανισμός για την Αξιολόγηση και την Αξιολόγηση Κοινωνικών Υπηρεσιών Τεχνολογίας Υγείας (SBU – Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering), διενεργεί ανεξάρτητες αξιολογήσεις των διαθέσιμων στοιχείων μέσω συστηματικών βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων σχετικά με τις μεθόδους και τις ενέργειες που λαμβάνονται στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης και της οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και των κοινωνικών υπηρεσιών.
4. Ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας της Σουηδίας (PHA – Folkhälsomyndigheten) προωθεί την καλή και ισότιμη υγεία και προλαμβάνει τις ασθένειες παρέχοντας στην κυβέρνηση, τις κυβερνητικές υπηρεσίες, τους δήμους και τις περιφέρειες γνώσεις βασισμένες σε επιστημονικά στοιχεία .

5. Ο Οργανισμός Ιατρικών Προϊόντων (MPA – Läkemedelsverket), είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση και την επιτήρηση της ανάπτυξης, παραγωγή και πώληση φαρμακευτικών προϊόντων και άλλων φαρμακευτικών προϊόντων. Όλα τα φάρμακα που πωλούνται στη Σουηδία πρέπει να είναι εγκεκριμένα και καταχωρισμένα στο MPA .
6. Το πρωταρχικό καθήκον του Οργανισμού Οδοντιατρικών και Φαρμακευτικών Παροχών (TLV – Tandvårds-och Läkemedelsförmånsverket) είναι να αποφασίσει εάν ένα φάρμακο ή φαρμακευτικό προϊόν πρέπει να επιδοτηθεί και να συμπεριληφθεί στο πρόγραμμα φαρμακευτικών παροχών. Το TLV έχει επίσης την εντολή να αποφασίζει ποιες οδοντιατρικές υπηρεσίες θα πρέπει να επιδοτηθούν και την αποστολή παρακολούθησης των δραστηριοτήτων στην αγορά φαρμακείων σύμφωνα με τους ισχύοντες κανονισμούς.
7. Το Σουηδικό Συμβούλιο Έρευνας για την Υγεία, την Εργατική Ζωή και την Πρόνοια (FORTE – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) προωθεί και υποστηρίζει την έρευνα στον τομέα της υγείας, της επαγγελματικής ζωής και της ευημερίας. Ο οργανισμός χρηματοδοτεί την έρευνα, αναλύει τομείς που χρειάζονται περαιτέρω έρευνα και κοινοποιεί τα ερευνητικά αποτελέσματα.
8. Ο Σουηδικός Οργανισμός Ηλεκτρονικής Υγείας (EHA – e-hälsomyndigheten) συντονίζει τις πρωτοβουλίες της κυβέρνησης στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής υγείας και προσφέρει προϊόντα και υπηρεσίες σε άτομα και επαγγέλματα. Ο οργανισμός στοχεύει στη βελτίωση της ανταλλαγής πληροφοριών στο πλαίσιο της υγείας και της περίθαλψης.
9. Ο Σουηδικός Οργανισμός Συμμετοχής (MFD – Myndigheten för delaktighet) είναι ένας ειδικός οργανισμός που προωθεί την εφαρμογή της πολιτικής αναπηρίας. Ο οργανισμός αναπτύσσει και διαδίδει πληροφορίες σχετικά με τα εμπόδια στη συμμετοχή και υποστηρίζει φορείς του δημόσιου τομέα.
10. Η Αρχή Οικογενειακού Δικαίου και Γονικής Υποστήριξης (MFoF) είναι υπεύθυνη για διεθνείς υιοθεσίες και είναι η αρμόδια αρχή για γονική υποστήριξη,

οικογενειακές συμβουλές και ερωτήσεις σχετικά με το οικογενειακό δίκαιο θέματα που χειρίζονται δημοτικές επιτροπές κοινωνικής πρόνοιας.

11. Ο Σουηδικός Οργανισμός Ανάλυσης Υπηρεσιών Υγείας και Φροντίδας (AHCSA – Myndigheten för vård-och omsorgsanalys) είναι ανεξάρτητος οργανισμός που αξιολογεί και αναλύει τη λειτουργία του συστήματος περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής περίθαλψης, της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών από την προοπτική ασθενών και πολιτών.
12. Το συμβούλιο ιατρικής ευθύνης (HSAN – Hälso-och Sjukvårdens Ansvarsnämnd) αποφασίζει για πειθαρχικά μέτρα σε περίπτωση καταγγελιών ή πιθανής κακής πρακτικής. Το HSAN αποφασίζει για ερωτήσεις που κοινοποιούνται από το IVO και τους επαγγελματίες.
13. Ο Σουηδικός Οργανισμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων (SIA – Försäkringskassan), είναι η αρχή που διαχειρίζεται τα διάφορα είδη ασφάλισης και παροχές που αποτελούν την κοινωνική ασφάλιση στη Σουηδία. Η κύρια λειτουργία σε σχέση με την υγεία είναι η αποζημίωση για απώλεια εισοδήματος λόγω ασθένειας. Ο Οργανισμός ασχολείται επίσης με εργασίες που αποσκοπούν στην πρόληψη και τη μείωση της κακής υγείας μέσω θετικής, προληπτικής δράσης για την επιστροφή του ατόμου στο εργατικό δυναμικό.

Οι φορείς 1–10 που αναφέρονται παραπάνω είναι οργανωμένοι στην Επιτροπή για καθοδήγηση βασισμένη στη γνώση (Rådet för styrning med kunskap), μια συνεργασία που δημιουργήθηκε το 2015, με σκοπό να οδηγήσει την ανάπτυξη στον τομέα της υγείας και κοινωνική φροντίδα. Η επιτροπή διευθύνεται και προεδρεύεται από τον γενικό διευθυντή και ασχολείται με στρατηγικά σημαντικά ζητήματα που συμβάλλουν στη γνώση βασισμένη σε στοιχεία που φθάνει σε εντολές και επαγγέλματα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών.

Υπάρχουν επίσης πρόσθετοι συμβουλευτικοί φορείς και ομάδες εμπειρογνομόνων που λειτουργούν σε εθνικό επίπεδο. (Health Systems in Transition - Sweeden, 2023)

- Το Σουηδικό Συμβούλιο Ιατρικής Δεοντολογίας (Smer – Statens medicinsketiska råd) είναι ένα συμβουλευτικό όργανο που διορίζεται από την κυβέρνηση της οποίας στόχος είναι να ρίξει φως σε ζητήματα ιατρικής δεοντολογίας από μια συνολική κοινωνική προοπτική.
- Το Συμβούλιο Νέων Θεραπειών (το συμβούλιο NT - NT-rådet) είναι μια ομάδα εμπειρογνομόνων που αποτελείται από εκπροσώπους από τις περιφέρειες της Σουηδίας με εντολή να διατυπώνει συστάσεις προς τις περιφέρειες σχετικά με την εισαγωγή και χρήση νέων και ακριβών φαρμακευτικών προϊόντων.
- Το Εθνικό Σύστημα Διαχείρισης με γνώμονα τη γνώση είναι μια κοινή περιφερειακή συνεργασία με ειδικούς ιατρούς σε διάφορους τομείς που στοχεύει στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στη γνώση. Βασίζεται σε 26 τομείς εθνικού προγράμματος, με ευθύνη για διάφορους τομείς όπως η ψυχική υγεία, ο καρκίνος και η επείγουσα περίθαλψη. Στο πλαίσιο αυτών, εμπειρογνώμονες που εκπροσωπούν καθεμία από τις συνεργαζόμενες περιοχές υγειονομικής περίθαλψης εμπλέκονται με το έργο της καθοδήγησης, του συντονισμού και της παρακολούθησης της διαχείρισης της γνώσης σε κάθε τομέα.

Οι δαπάνες για την υγεία της Σουηδίας είναι ελαφρώς υψηλότερες από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το 2021, οι δαπάνες για την υγεία της Σουηδίας ανήλθαν στο 11,2 % του ΑΕΠ, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι στο 11,0 %. Σε κατά κεφαλήν βάση, προσαρμοσμένες στην αγοραστική δύναμη, οι δαπάνες για την υγεία ήταν επίσης ελαφρώς υψηλότερες στη Σουηδία από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2021 (4.200 ευρώ έναντι 4.028 ευρώ) (Παράρτημα 13). Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσώπευαν το 86 % των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι 81 %. Το μεγαλύτερο μέρος της υπολοίπων δαπανών (13 %) καταβλήθηκαν απευθείας από ιδιωτικές πρωτοβουλίες. Μικρές αμοιβές ασθενών χρεώνονται για σχεδόν όλους τους τύπους υπηρεσιών, με αξιοσημείωτες εξαιρέσεις που ισχύουν για ευάλωτες ομάδες. Η εθελοντική ασφάλιση υγείας αντιπροσώπευε μόνο το 1% περίπου των δαπανών υγείας, αλλά η απορρόφηση έχει επεκταθεί καθώς μπορεί να προσφέρει ταχύτερη πρόσβαση στη περίθαλψη. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023))

Το ένα τρίτο των δαπανών για την υγεία αφιερώνεται στην περίθαλψη εξωτερικών ασθενών.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύει το ένα τρίτο των δαπανών για την υγεία (33%), το 2021, κατέχοντας τη μεγαλύτερη κατηγορία δαπανών στη Σουηδία (Παράρτημα 14). Το ένα τέταρτο (25 %) του συνόλου των δαπανών για την υγεία αφιερώθηκε στη μακροχρόνια περίθαλψη, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (16 %). Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσώπευε το 23 % του συνόλου των δαπανών για την υγεία, που είναι χαμηλότερο ποσοστό από ό,τι πριν από μια δεκαετία και πολύ χαμηλότερο από τον τρέχοντα μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (28 %). Η μείωση την τελευταία δεκαετία αντικατοπτρίζει μια κίνηση προς τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών και την απομάκρυνση από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Οι δαπάνες για φάρμακα εξωτερικών ασθενών είναι συγκριτικά χαμηλές, λόγω των χαμηλών τιμών και της υψηλής υποκατάστασης γενόσημων φαρμάκων. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία και την πρόληψη αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας στη Σουηδία, όπως και σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν το 5% των δαπανών για την υγεία, μεγαλύτερο μερίδιο από το περίπου 3 % που συνήθως χορηγούνταν στο παρελθόν για την πρόληψη της πανδημίας. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023))

Τα περισσότερα νοσοκομεία είναι δημόσιας ιδιοκτησίας ενώ αρκετοί ιδιωτικοί πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρουν υπηρεσίες υγείας.

Στη Σουηδία υπάρχουν δημόσιες εγκαταστάσεις, οι οποίες χρηματοδοτούνται από το κράτος της Σουηδίας. Τα δημόσια νοσοκομεία σε περιφερειακό επίπεδο παρέχουν οξεία φροντίδα, ενώ τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία παρέχουν υψηλή - εξειδικευμένη φροντίδα. Ωστόσο, μαζί με τους δημόσιους φορείς συνυπάρχουν ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ασθενείς καλύπτονται από τους ίδιους κανονισμούς και αμοιβές και στους δύο τύπους εγκαταστάσεων. Μετά τον νόμο για την υποχρεωτική επιλογή ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη το 2010, ο αριθμός των ασθενών που αναζητούσαν περίθαλψη από ιδιωτικούς παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης διευρύνθηκε, μεταξύ άλλων και για διαδικτυακές διαβουλεύσεις. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023))

Ο αριθμός των ατόμων με ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει αυξηθεί τα τελευταία 15 χρόνια. Το 2021, περίπου το 7% των Σουηδών είχαν εθελοντική ασφάλιση υγείας. Αυτό βασίζεται κυρίως στην απασχόληση και κυρίως παρέχει στους ανθρώπους ταχύτερη πρόσβαση σε επισκέψεις εξωτερικών ασθενών και προαιρετικές χειρουργικές επεμβάσεις, υγειονομικούς ελέγχους και άλλες υπηρεσίες υγείας στην εργασία. Αν και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι χαμηλή, εγείρει ανησυχίες σχετικά με την ισότητα στην πρόσβαση. Η υγειονομική περίθαλψη που καλύπτεται από επικουρική ασφάλιση υγείας παρέχεται από ιδιωτικούς παρόχους φροντίδας που συχνά προσφέρουν επίσης δημόσια χρηματοδοτούμενη φροντίδα. Στις συμφωνίες μεταξύ των παρόχων περίθαλψης και των ασφαλιστικών εταιρειών, ο χρόνος αναμονής για επίσκεψη ειδικού συχνά περιορίζεται σε 7 ημέρες και για χειρουργική επέμβαση στις 21 ημέρες. Αντίθετα, οι συμφωνίες με περιφέρειες για δημόσια χρηματοδοτούμενη περίθαλψη βασίζονται συχνά σε 90 ημέρες κατ' ανώτατο όριο (η εθνική εγγύηση χρόνου αναμονής). Οι πάροχοι περίθαλψης μπορεί να δίνουν προτεραιότητα σε ασθενείς με συμπληρωματική ασφάλιση για την εκπλήρωση των συμφωνιών με τις ασφαλιστικές εταιρείες, εγείροντας ανησυχίες σχετικά με τη δικαιοσύνη ότι η προτεραιότητα μπορεί να μην βασίζεται στις ανάγκες. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023).

2.6. Ηνωμένο Βασίλειο

2.6.3. Δημογραφικά και Γεωγραφικά στοιχεία



Τα δημογραφικά στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου περιλαμβάνουν μια ποικιλία πληροφοριών για τον πληθυσμό του, όπως την πληθυσμιακή πυκνότητα, την ηλικιακή κατανομή, τις εθνικές και γλωσσικές διαφοροποιήσεις, καθώς και τα ποσοστά μετανάστευσης. Ο πληθυσμός του Ηνωμένου Βασιλείου σύμφωνα με την εκτίμηση του 2023, ανέρχεται περίπου στα 67 εκατομμύρια άνθρωποι, με πληθυσμιακή πυκνότητα να είναι περίπου

στα 275 άτομα ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού, αυτή διαμορφώνεται ως εξής. Για ηλικίες έως δεκατεσσάρων (14) ετών το ποσοστό είναι στα 17.6%. Υψηλότερο ποσοστό βρίσκουμε στην ηλικιακή ομάδα των δεκαπέντε (15) έως εξήντα τεσσάρων (64) ετών με ποσοστό 63.5%. Τέλος, με ποσοστό 18.9% βρίσκουμε πληθυσμό με ηλικία άνω των εξήντα πέντε (65) ετών. Η πλειοψηφία του πληθυσμού συγκεντρώνεται σε αστικές περιοχές, αν και υπάρχουν προκλήσεις στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες αραιοκατοικημένες αγροτικές περιοχές, συμπεριλαμβανομένης της Σκωτίας Highlands και Mid and Northwest Ουαλία. Το προσδόκιμο ζωής στο Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκε μεταξύ του 1995 και το 2020 από 76,8 σε 81,2 έτη, με σημαντικές μειώσεις στη θνησιμότητα ποσοστά από παθήσεις του κυκλοφορικού, αναπνευστικού και κακοήθους νεοπλασμάτων. Ωστόσο, οι αυξήσεις στο προσδόκιμο ζωής έχουν σταματήσει και το Ηνωμένο Βασίλειο υστερεί πλέον σε σχέση με πολλά άλλα παρόμοια

χώρες υψηλού εισοδήματος. Αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου σχηματίζεται ως εξής: για τον ανδρικό πληθυσμό είναι στα εβδομήντα εννέα (79) έτη, ενώ για τον γυναικείο πληθυσμό αυξάνεται κατά πέντε (5) έτη, δηλαδή ογδόντα τρία (83) χρόνια. Σαν επίσημη γλώσσα της χώρας θεωρούνται τα Αγγλικά, ωστόσο υπάρχουν και οι γλώσσες Ουαλικά, Σκωτικά Γαελικά και τα Ιρλανδικά Γαελικά, καθώς και πολλές άλλες γλώσσες λόγω της μετανάστευσης.

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι μια χώρα που έχει υψηλά ποσοστά μετανάστευσης, με σημαντικό αριθμό μεταναστών από την Ευρώπη, την Ασία και την Αφρική. Η θρησκευτική σύνθεση της χώρας σχηματίζεται ως εξής : Χριστιανοί σε ποσοστό 59.5%, Άθεοι ή χωρίς θρησκευτική πίστη με ποσοστό 25.7%, Μουσουλμάνοι στο 4.8%, ενώ οι υπόλοιπες θρησκείες βρίσκονται στο 10%.

Αυτά τα στοιχεία δίνουν μια γενική εικόνα του δημογραφικού προφίλ του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα δεδομένα αυτά υπόκεινται σε αλλαγές λόγω των δημογραφικών τάσεων και της μετανάστευσης.

Στα γεωγραφικά χαρακτηριστικά του Ηνωμένου Βασιλείου (ΗΒ), είναι ένα νησιωτικό κράτος που βρίσκεται στα βορειοδυτικά της ηπειρωτικής Ευρώπης. Συνίσταται από τέσσερις χώρες. Αυτές είναι η Αγγλία, η Σκωτία, η Ουαλία και η Βόρεια Ιρλανδία. Η συνολική έκταση του ΗΒ είναι περίπου 243.610 τετραγωνικά χιλιόμετρα. Τα σύνορα του Ηνωμένου Βασιλείου περιβάλλονται από τον Ατλαντικό Ωκεανό, τη Βόρεια Θάλασσα, τη Μάγχι και την Ιρλανδική Θάλασσα, ενώ στα χερσαία σύνορα μόνο με την Ιρλανδία, στην περιοχή της Βόρειας Ιρλανδίας. Η πρωτεύουσα του ΗΒ είναι το Λονδίνο, που βρίσκεται στην Αγγλία, μια πόλη με πληθυσμό 9.002.488 κατοίκους (σύμφωνα με την επίσημη εκτίμηση για το έτος 2021). Τοπογραφικά είναι μια χώρα κυρίως με πεδινές εκτάσεις, με χαμηλούς λόφους και εύφορες κοιλάδες. Τα Πέννινα Όρη (αγγλικά: Pennines) και οι Λίμνες της Βόρειας Αγγλίας είναι από τις πιο γνωστές ορεινές περιοχές. Η Σκωτία έχει περισσότερες ορεινές περιοχές, όπως τα Χάιλαντς (αγγλικά: Highlands), και τις οροσειρές Γκράμπιαν, όπως και η Ουαλία είναι επίσης ορεινή, με την οροσειρά του Σνόουντον στο βορρά. Ωστόσο, η Βόρεια Ιρλανδία έχει λοφώδες τοπίο με χαμηλότερα βουνά, όπως το Σλίβ Ντόναρντ.

Το κλίμα του ΗΒ είναι εύκρατο θαλάσσιο, με ήπιους χειμώνες και δροσερά καλοκαίρια. Οι βροχοπτώσεις είναι συχνές καθ' όλη τη διάρκεια του έτους.

Το ΗΒ έχει κοιτάσματα άνθρακα και φυσικού αερίου, ενώ είναι πλούσια σε θαλάσσια αλιεία, αλλά και γεωργικές εκτάσεις για καλλιέργεια και κτηνοτροφία. Τα μεγαλύτερα ποτάμια είναι ο Τάμεσης, ο Σέβερν και ο Τρεντ, ενώ οι μεγαλύτερες λίμνες περιλαμβάνουν τη Λοχ Νες και τη Λοχ Λόμοντ στη Σκωτία, και τη Λόχ Νεϊ στη Βόρεια Ιρλανδία.

Το ΗΒ περιλαμβάνει πολλά νησιά και νησίδες, μερικά από τα οποία είναι τα Σέτλαντ, τα Όρκνεϊ (Orkney) και οι Εβρίδες (Hebrides) στη Σκωτία. Αυτά τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά προσδίδουν στο ΗΒ την ιδιαίτερη φυσική ομορφιά και την ποικιλομορφία του τοπίου του.

2.6.3. Οικονομικό πλαίσιο

Από το 2020, το Ηνωμένο Βασίλειο έχει την πέμπτη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο, πίσω από τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Κίνα, την Ιαπωνία και τη Γερμανία (Aldrick, 2020). Το ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές αυξήθηκε από 1341,6 δισεκατομμύρια δολάρια το 1995 σε 2,7 τρισεκατομμύρια δολάρια το 2020.. Το ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές μειώθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, με πτώση 9,7% το 2020, τη μεγαλύτερη μείωση όλων των χωρών της G7 (ONS, 2021). Αυτό σημαίνει ότι το ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές ήταν στην πραγματικότητα μεγαλύτερο το 2015, στα 2,9 τρισεκατομμύρια δολάρια. Το ΑΕΠ άρχισε να ανακάμπτει μετά την άρση των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης. Ωστόσο, από το πρώτο τρίμηνο του 2021, το ΑΕΠ παραμένει κάτω από τα προ πανδημίας επίπεδα και δεν αναμένεται να επιστρέψει σε αυτά τα επίπεδα τουλάχιστον μέχρι το 2022 (OBR, 2021). Ο κρατικός δανεισμός έφτασε επίσης τα 355 δισεκατομμύρια λίρες το 2020, επίπεδα που δεν έχουν παρατηρηθεί από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο (OBR, 2021). Δημόσιος δανεισμός ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2021 ήταν 13,1% πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ-27, αλλά 32% κάτω από τον μέσο όρο των χωρών της G7 (ONS, 2021h). Αυτή η πίεση στα δημόσια οικονομικά, σε συνδυασμό με την επιτακτική ανάγκη να αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας για να αντιμετωπιστούν οι καθυστερήσεις εκλεκτικής περίθαλψης που δημιουργήθηκαν από την πανδημία του COVID19, είχε ως αποτέλεσμα η κατεστημένη κυβέρνηση να ανακοινώνει αυξήσεις φόρων τόσο για τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές και τα μερίσματα των εργαζομένων όσο και των εργοδοτών. μετοχές και μετοχές (BBC, 2021).

Το οικονομικό πλαίσιο του Ηνωμένου Βασιλείου (ΗΒ) χαρακτηρίζεται από μια ανεπτυγμένη και διαφοροποιημένη οικονομία με ισχυρούς τομείς υπηρεσιών, ιδιαίτερα στις χρηματοοικονομικές υπηρεσίες, την εκπαίδευση, την υγεία και τον τουρισμό. Η οικονομία του Ηνωμένου Βασιλείου βασίζεται σε ορισμένους κλάδους. Παρακάτω αναφέρονται ορισμένοι από αυτούς.

Ο τομέας των υπηρεσιών αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της οικονομίας του ΗΒ, συμβάλλοντας περίπου στο 80% του ΑΕΠ. Το Λονδίνο αποτελεί το παγκόσμιο χρηματοοικονομικό κέντρο, στον τομέα παροχής υπηρεσιών. Αναφορικά, το Εδιμβούργο βρίσκεται στη 17^η θέση παγκοσμίως και 6^η στην Ευρώπη στον κλάδο των χρηματοοικονομικών υπηρεσιών για το έτος 2021 (GFCI 27 Rank). Στην 3^η θέση βρίσκεται ο τεχνολογικός τομέας της χώρας, με αποτίμηση στα 1 τρις δολάρια.

Η βιομηχανία παραμένει σημαντική, με ισχυρή παρουσία στους τομείς της αεροναυπηγικής, της αυτοκινητοβιομηχανίας, της φαρμακευτικής και της χημικής βιομηχανίας. Η αεροδιαστημική βιομηχανία της Βρετανίας κατατάσσεται στη δεύτερη θέση, όσον αφορά τις μεγαλύτερες εθνικές βιομηχανίες του είδους, ενώ η φαρμακοβιομηχανία της καταλαμβάνει τη 10^η παγκοσμίως. Στο Ηνωμένο Βασίλειο εδρεύουν δεκαοκτώ (18) από τις πεντακόσιες (500) κορυφαίες – μεγαλύτερες εταιρίες παγκοσμίως. Από τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε το μέγεθος της βιομηχανίας της και κατ' επέκτασίν της οικονομίας γενικότερα.

Η Γεωργία του Ηνωμένου Βασιλείου παρά τα υψηλά επίπεδα παραγωγής και τον εκσυγχρονισμό των τελευταίων ετών, συμβάλει ελάχιστα στο ΑΕΠ της χώρας. Στον κλάδο του Εμπορίου, το Ηνωμένο Βασίλειο έχει σημαντικές εμπορικές σχέσεις με θεσμούς και χώρες, όπως την Ευρωπαϊκή Ένωση, τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, την Κίνα και άλλες χώρες. Ωστόσο, οι παραπάνω εμπορικές σχέσεις έχουν επηρεαστεί από την έξοδο της χώρας από την Ευρωπαϊκή Ένωση, γνωστό ως (Brexit).

Αναφορικά με την Αγορά εργασίας της χώρας, παραμένει σε σχετικά χαμηλά επίπεδα ανεργίας, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, θεωρείται ευέλικτη με μισθολογικές ανισότητες. Ενώ στα δημόσια οικονομικά, στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται, κυρίως κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, το έτος 2008, και κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID – 19, αυξημένο δημόσιο χρέος. Τέλος, η Τράπεζα της Αγγλίας διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διαχείριση της νομισματικής πολιτικής, με

στόχο τον έλεγχο του πληθωρισμού και τη διασφάλιση της σταθερότητας του χρηματοοικονομικού συστήματος.

Αυτά τα χαρακτηριστικά και οι παράγοντες καθορίζουν το οικονομικό πλαίσιο του Ηνωμένου Βασιλείου και επηρεάζουν τις στρατηγικές που ακολουθεί η κυβέρνηση και οι επιχειρήσεις για την ανάπτυξη και τη σταθερότητα της οικονομίας.

2.6.3. Αγγλικό σύστημα υγείας – National Health System (NHS)

Το NHS του Ηνωμένου Βασιλείου ιδρύθηκε το 1948 με τις βασικές αρχές ότι το NHS θα πρέπει να χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας, ότι η περίθαλψη πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και ότι η πρόσβαση βασίζεται στην κλινική ανάγκη και όχι στην ικανότητα πληρωμής. Το NHS είχε προηγηθεί από τον Νόμο Εθνικής Ασφάλισης του 1911, ο οποίος παρείχε ασφάλιση υγείας στους βιομηχανικούς εργαζόμενους, επιτρέποντάς τους πρόσβαση σε μια αναπτυσσόμενη υπηρεσία οικογενειακού γιατρού (AbelSmith, 1988). Ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος είχε επίσης δει κάποια εθνικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς τα νοσοκομεία ήταν εγγεγραμμένα και λειτουργούσαν κεντρικά από το 1938 (Abel-Smith, 1964, Greengross, Grant & Collini, 1999). Στη Σκωτία, η Ιατρική Υπηρεσία Highlands and Islands παρείχε κρατική χρηματοδότηση και διαχείριση σε μια περιοχή που ισοδυναμεί με το ήμισυ της γης της Σκωτίας από το 1913 (Wellings et al., 2020). Στην Ουαλία, προγράμματα όπως το Tredegar Workmen's Medical Aid Society, που παρείχαν υγειονομική περίθαλψη με βάση την εβδομαδιαία συνεισφορά, είχαν αυξηθεί σε κάλυψη από τις αρχές του 1900 έως την ίδρυση του NHS (Thompson, 2018). Το NHS βασίστηκε σε αυτά τα υπάρχοντα συστήματα για να παρέχει ένα εθνικό σύστημα που παραδόθηκε τοπικά. Από το 1948, το NHS εξυπηρετούσε την Αγγλία, τη Σκωτία και την Ουαλία με παρόμοιο τρόπο, ενώ το σύστημα υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας λειτουργούσε ημιαυτόνομα. Υπήρχαν διαφορές στο NHS στις συνιστώσες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της νομοθεσίας και της κοινοβουλευτικής λογοδοσίας, αλλά από την οπτική γωνία ενός ασθενούς, ελάχιστες διαφορές ήταν εμφανείς μέχρι την ανάθεση το 1999 (Greer, 2016). Οι Cylus et al. (2015) παρέχουν έναν απολογισμό σημαντικών αλλαγών που συνέβησαν από τη δεκαετία του 1970 έως τη δεκαετία του 1990. Πριν από την αποκέντρωση, η τότε Συντηρητική Κυβέρνηση ψήφισε τον Νόμο για την Εθνική Υπηρεσία Υγείας και την Κοινοτική Περίθαλψη του 1990, ο οποίος εισήγαγε την «εσωτερική αγορά», διαχωρίζοντας την αγορά και την παροχή

περίθαλψης. Εισήχθη επίσης η απόκτηση κεφαλαίων για γενικούς ιατρούς, η οποία επέτρεψε σε μεγαλύτερες ιατρικές υπηρεσίες να διατηρούν τους δικούς τους προϋπολογισμούς του NHS για να καλύψουν μια σειρά δαπανών, συμπεριλαμβανομένου του προσωπικού, της συνταγογράφησης και ενός περιορισμένου φάσματος νοσοκομειακών υπηρεσιών. στην ουσία, γίνονται αγοραστές υπηρεσιών για τους ασθενείς τους. Τα νοσοκομεία και οι κοινοτικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οργανώθηκαν σε ημι-ανεξάρτητα καταπιστεύματα του NHS.

Το Υπουργείο Οικονομικών της Αυτής Μεγαλειότητας (HM) του Ηνωμένου Βασιλείου κατανέμει μια δέσμη επιχορήγησης, η οποία υπολογίζεται χρησιμοποιώντας τον τύπο Barnett σε αποκεντρωμένες διοικήσεις. Ο τύπος Barnett είναι ένας μηχανισμός που χρησιμοποιείται από το Υπουργείο Οικονομικών στο Ηνωμένο Βασίλειο για να προσαρμόζει αυτόματα τα ποσά των δημοσίων δαπανών που κατανέμονται στη Βόρεια Ιρλανδία, τη Σκωτία και την Ουαλία ώστε να αντικατοπτρίζουν τις αλλαγές στα επίπεδα δαπανών που κατανέμονται στις δημόσιες υπηρεσίες στην Αγγλία, τη Σκωτία και την Ουαλία, ανάλογα με την περίπτωση. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (DHSC) είναι υπουργικό τμήμα της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου. Είναι αρμόδιο για την κυβερνητική πολιτική σε θέματα υγείας και κοινωνικής περίθαλψης ενηλίκων στην Αγγλία, μαζί με ορισμένα στοιχεία των ίδιων θεμάτων τα οποία διαφορετικά δεν ανατίθενται στην κυβέρνηση της Σκωτίας, στην Κυβέρνηση της Ουαλίας ή στην Εκτελεστική Επιτροπή της Βόρειας Ιρλανδίας. Στην Αγγλία, το DHSC είναι υπόλογο στο Υπουργείο Οικονομικών της HM για τις οικονομικές επιδόσεις. Ενώ στη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία, το Υπουργείο Υγείας είναι υπόλογο στις σχετικές συνελεύσεις (Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία) ή στο κοινοβούλιο (Σκωτία) (Bevan, 2010).

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΕΙΣ

Κεφάλαιο 3: Σύγκριση συστημάτων υγείας Ελλάδας και ευρωπαϊκών χωρών

Κάθε μία από τις χώρες, που αναφέρθηκαν στο δεύτερο μέρος της εργασίας, έχει αναπτύξει το δικό της μοναδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η κάθε μία με διαφορετικές δομές, μηχανισμούς χρηματοδότησης και επίπεδα πρόσβασης, ανάλογα με τις ανάγκες και ικανότητες – δυνατότητες της κάθε χώρας. Κάθε ένα από αυτά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και αδυναμίες και το επίπεδο περίθαλψης και πρόσβασης μπορεί να ποικίλλει μεταξύ των χωρών. Παρακάτω θα γίνει προσπάθεια σύγκρισης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία, την Ισπανία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση των ασθενών η χρηματοδότηση, η οργάνωση, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η ποιότητα των υπηρεσιών και τα αποτελέσματα υγείας. και οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης κατά τη σύγκριση αυτών των συστημάτων.

Ελλάδα:

Η Ελλάδα διαθέτει ένα μικτό εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υγείας, γνωστό ως Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), που παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους. Το σύστημα χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού κρατικών εισφορών και πληρωμών κοινωνικής ασφάλισης. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο, με τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές υπεύθυνες για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω ενός συνδυασμού κρατικών εισφορών και πληρωμών κοινωνικής ασφάλισης . Το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προβλήματα όπως υποχρηματοδότηση, ελλείψεις προσωπικού και υλικών, και μεγάλη γραφειοκρατία. Οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας, αλλά οι υπηρεσίες στον δημόσιο τομέα συχνά υποφέρουν από καθυστερήσεις και χαμηλότερη ποιότητα.

Γαλλία:

Η Γαλλία διαθέτει μικτό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ένα από τα καλύτερα στον κόσμο, με δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους, γνωστό για την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών του και την καθολική πρόσβαση. Το σύστημα χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού κρατικών εισφορών, κοινωνικής ασφάλισης. Οι κάτοικοι της Γαλλίας έχουν την ελευθερία να επιλέξουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ενώ το κράτος καλύπτει μεγάλο μέρος των εξόδων. Η χώρα έχει υψηλή αναλογία γιατρού προς ασθενή και είναι γνωστή για την ποιότητα της περίθαλψής της.

Γερμανία:

Η Γερμανία διαθέτει ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, πολύ υψηλής ποιότητας βασισμένο σε ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης με υποχρεωτικές εισφορές που παρέχει κάλυψη στην πλειοψηφία του πληθυσμού, προσφέροντας υψηλού επιπέδου φροντίδα και ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών. Το σύστημα είναι γνωστό για την αποτελεσματικότητά του και την εκτεταμένη χρήση της τεχνολογίας. Το σύστημα χρηματοδοτείται από εισφορές τόσο των εργοδοτών όσο και των εργαζομένων. Υπάρχει συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υγείας, με τους ιδιωτικούς ασθενείς να έχουν συχνά ταχύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Ιταλία:

Η Ιταλία έχει μια εθνική υπηρεσία υγείας, γνωστή ως Servizio Sanitario Nazionale (SSN), που παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους. Το σύστημα χρηματοδοτείται μέσω γενικής φορολογίας από το κράτος. Παρόλο που οι υπηρεσίες υγείας είναι γενικά υψηλής ποιότητας, υπάρχει μεγάλη ανισότητα μεταξύ των περιφερειών, με τις βόρειες περιοχές να έχουν καλύτερες υπηρεσίες σε σύγκριση με τις νότιες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ισχυρή, αλλά υπάρχουν προκλήσεις στη διαχείριση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Ισπανία:

Η Ισπανία διαθέτει ένα δημόσιο εθνικό σύστημα υγείας γνωστό ως Sistema Nacional de Salud (SNS). Το σύστημα παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω της γενικής φορολογίας. Η Ισπανία διαθέτει ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με περιφερειακές υγειονομικές αρχές αρμόδιες για την παροχή υπηρεσιών. Παρά τις γενικές βελτιώσεις, το σύστημα αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής και οι διαφορές στην ποιότητα των υπηρεσιών μεταξύ των περιφερειών.

Σουηδία:

Η Σουηδία διαθέτει ένα καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτείται κυρίως μέσω φόρων. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο, με κοινή ευθύνη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ της κεντρικής κυβέρνησης και των περιφερειακών αρχών. Οι ασθενείς έχουν την ελευθερία να επιλέγουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες είναι γενικά δωρεάν, με μικρές χρεώσεις για ορισμένες υπηρεσίες. Η Σουηδία είναι γνωστή για τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τους χαμηλούς χρόνους αναμονής.

Ηνωμένο Βασίλειο (HB):

Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει μια δημόσια χρηματοδοτούμενη Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) που παρέχει δωρεάν υγειονομική περίθαλψη σε όλους τους κατοίκους και είναι γνωστό για την ισότητα και την πρόσβαση. Το σύστημα χρηματοδοτείται μέσω γενικής φορολογίας. Το NHS παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της νοσοκομειακής περίθαλψης και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το HB έχει υψηλό επίπεδο ικανοποίησης ασθενών με το NHS. Παρόλα αυτά, το σύστημα αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής και η πίεση στον προϋπολογισμό.

Κεφάλαιο 4 : Συμπεράσματα – Προτάσεις

Κάθε ένα από αυτά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχει τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του και το επίπεδο περίθαλψης και πρόσβασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ των χωρών. Είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες, όπως η ποιότητα της περίθαλψης, οι χρόνοι αναμονής και τα συνολικά αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη σύγκριση αυτών των συστημάτων.

Συμπεράσματα :

Για τη εξαγωγή συμπερασμάτων, θα επικεντρωθούμε σε τέσσερις βασικούς πυλώνες, οι οποίοι είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας, οι πηγές χρηματοδότησης και τέλος οι προκλήσεις των συστημάτων υγείας.

Αρχικά, από τις χώρες που αναλύθηκαν παραπάνω, οι χώρες που φημίζονται για τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας τους είναι η Γαλλία και η Γερμανία, ενώ όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει συστήματα υγείας σαν κύριο μέλημά τους είναι η καθολική κάλυψη παροχών υπηρεσιών υγείας, ωστόσο με διαφορετικά επίπεδα αποδοτικότητας και ποιότητας η κάθε μία χώρα. Στον τομέα της χρηματοδότησης των συστημάτων, οι περισσότερες χώρες επιλέγουν την οδό της φορολογίας και κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος, όλα τα συστήματα δοκιμάζονται από κοινές προκλήσεις, όπως είναι οι μεγάλες και μακροχρόνιες λίστες αναμονής, είτε για ραντεβού ή ακόμα και για προγραμματισμένα χειρουργεία, η ανισότητα στην πρόσβαση και η οικονομική βιωσιμότητα.

Προτάσεις βελτίωσης:

Εάν και η κάθε χώρα είναι διαφορετική, υπάρχουν ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές που θα μπορούσαν να υιοθετήσουν όλες, με σκοπό την περαιτέρω βελτίωσή τους. Οι προτεινόμενες βελτιώσεις για τα ανώτερα συστήματα υγείας θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν τομείς, όπως η ενίσχυση χρηματοδότησης, η εμβάθυνση στην προληπτική μέριμνα και η εφαρμογή νέων τεχνολογιών. Στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να επικεντρωθούμε στις εξής προτάσεις:

✓ **Αυξημένες επενδύσεις στην προληπτική φροντίδα**

Τα συστήματα υγείας θα πρέπει να εστιάσουν βαθύτερα σε προληπτικά μέτρα, όπως εμβολιασμοί, προληπτικοί έλεγχοι και παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής. Οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν το βάρος των χρόνιων ασθενειών και να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού.

✓ **Βελτιωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας**

Η βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, της συμβουλευτικής και της ψυχιατρικής φροντίδας, μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αυξανόμενης κρίσης ψυχικής υγείας και στη μείωση του στίγματος που περιβάλλει τις ψυχικές ασθένειες, κυρίως χώρες με αυξημένους δείκτες ψυχικών ασθενειών.

✓ **Ενοποίηση τεχνολογίας**

Η εξέλιξη των τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια μπορεί να συντελέσει στην βελτίωση των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή τηλεϊατρικής, ηλεκτρονικών αρχείων υγείας και άλλων ψηφιακών λύσεων υγείας μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα, την επικοινωνία και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας των ασθενών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, εμβαθύνοντας κυρίως σε απομακρυσμένες – ακριτικές περιοχές , που η πρόσβαση είναι δύσκολη.

✓ **Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η επένδυση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της έγκαιρης παρέμβασης, της συνέχειας της περίθαλψης και του συντονισμού των υπηρεσιών, οδηγώντας σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας και μειωμένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

✓ **Αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας**

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εργάζονται για τη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην περίθαλψη, την ποιότητα της περίθαλψης και τα αποτελέσματα υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων των

φυλετικών και εθνοτικών μειονοτήτων, των ατόμων χαμηλού εισοδήματος και των αγροτικών κοινοτήτων.

✓ **Προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας**

Η ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ερευνητών, φορέων χάραξης πολιτικής και κοινοτικών οργανισμών μπορεί να οδηγήσει σε καινοτόμες λύσεις και πιο ολιστικές προσεγγίσεις για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

✓ **Εφαρμογή μοντέλων περίθαλψης με βάση την αξία**

Η στροφή προς μοντέλα περίθαλψης με βάση την αξία που δίνουν προτεραιότητα στην ποιότητα της περίθαλψης, τα αποτελέσματα των ασθενών και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας μπορεί να βοηθήσει τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα και να βελτιώσουν τη συνολική παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Χρήση Τεχνητής Νοημοσύνης στον Τομέα της Υγείας

Η τεχνητή νοημοσύνη (TN) είναι ένας τομέας της πληροφορικής που ασχολείται με τη δημιουργία συστημάτων και εφαρμογών που μπορούν να εκτελούν εργασίες που συνήθως απαιτούν ανθρώπινη νοημοσύνη. Η TN περιλαμβάνει την αναγνώριση φωνής, την κατανόηση φυσικής γλώσσας, τη λήψη αποφάσεων, τη μετάφραση γλωσσών, τη μάθηση από δεδομένα και την ανάλυση εικόνων.

Επιγραμματικά αναφέρονται οι βασικές υποκατηγορίες της τεχνητής νοημοσύνης:

- Μηχανική μάθηση (Machine Learning)
- Νευρωνικά δίκτυα (Neural Networks)
- Επεξεργασία φυσικής γλώσσας (Natural Language Processing – NLP)
- Ρομποτική

Η τεχνητή νοημοσύνη έχει ευρύτατη εφαρμογή σε πολλούς τομείς, όπως η υγεία, η αυτοκινητοβιομηχανία, τα χρηματοοικονομικά, η ψυχαγωγία και η εκπαίδευση. Στόχος της είναι η βελτίωση της αποδοτικότητας, η λήψη καλύτερων αποφάσεων και η παροχή νέων δυνατοτήτων στους χρήστες και στις επιχειρήσεις.

Η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης (TN) στον τομέα της υγείας αναπτύσσεται ραγδαία και έχει πολλές εφαρμογές που μπορούν να βελτιώσουν τη διάγνωση, τη θεραπεία, την έρευνα και τη διαχείριση ασθενειών. Παρακάτω ακολουθούν ορισμένες από τις πιο σημαντικές χρήσεις της Τεχνητής Νοημοσύνης στην υγεία:

Διάγνωση και ανίχνευση ασθενειών: Η TN μπορεί να αναλύει ιατρικές εικόνες, όπως ακτινογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες και αξονικές τομογραφίες, για να ανιχνεύει ανωμαλίες ή ασθένειες, όπως καρκίνο, με μεγαλύτερη ακρίβεια και ταχύτητα από τους ανθρώπους. Παράδειγμα, το βρετανικό εθνικό σύστημα εφαρμόζει πιλοτικά το πρόγραμμα MIA, από το οποίο εντόπισε ασθένειες έντεκα (11) γυναικών σε αρκετά πρώιμο στάδιο.

Προσωποποιημένη Ιατρική: Μέσω ανάλυσης μεγάλων δεδομένων από γενετικά προφίλ, ιατρικά αρχεία και άλλες πηγές, η TN μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία εξατομικευμένων πλάνων θεραπείας που είναι προσαρμοσμένα στις ατομικές ανάγκες και χαρακτηριστικά του ασθενούς.

Ανακάλυψη φαρμάκων: Η TN μπορεί να επιταχύνει τη διαδικασία της ανακάλυψης νέων φαρμάκων, αναλύοντας τεράστιους όγκους δεδομένων για να βρει νέες ενώσεις και να προβλέψει την αποτελεσματικότητά τους.

Ρομποτική χειρουργική: Τα ρομπότ που καθοδηγούνται από TN μπορούν να εκτελούν χειρουργικές επεμβάσεις με υψηλότερη ακρίβεια και μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών, παρέχοντας έτσι καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Διαχείριση ιατρικών αρχείων: Η TN μπορεί να αυτοματοποιεί την καταγραφή και την ανάλυση ιατρικών δεδομένων, διευκολύνοντας την πρόσβαση σε σημαντικές πληροφορίες και τη λήψη αποφάσεων από τους επαγγελματίες υγείας.

Υποστήριξη κλινικών αποφάσεων: Οι αλγόριθμοι TN μπορούν να παρέχουν προτάσεις στους ιατρούς για τη βέλτιστη θεραπεία με βάση τα συμπτώματα του ασθενούς και τα ιστορικά δεδομένα.

Ψυχική υγεία: Η ΤΝ χρησιμοποιείται σε εφαρμογές και συστήματα που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και παρακολούθηση της ψυχικής κατάστασης των ασθενών, συμβάλλοντας στην πρόωμη ανίχνευση και θεραπεία ψυχικών διαταραχών.

Η ΤΝ στον τομέα της υγείας μπορεί να προσφέρει σημαντικά οφέλη, αλλά ταυτόχρονα εγείρει και προκλήσεις, όπως θέματα ηθικής, προστασίας δεδομένων και διασφάλισης ακρίβειας των αποτελεσμάτων.

Εφαρμόζοντας αυτές τις προτεινόμενες βελτιώσεις και αναζητώντας συνεχώς τρόπους για καινοτομία και προσαρμογή, τα ανώτερα συστήματα υγείας μπορούν να προσπαθήσουν να παρέχουν πιο αποτελεσματική, αποδοτική και δίκαιη φροντίδα για όλα τα άτομα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γαρδίκας, Κωνσταντίνος Δ., (2000) «Εθνικά συστήματα υγείας διαφόρων χωρών», Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.

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

Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας «Ελλάδα 2.0» - Συμβούλιο Οικονομικών Δημοσιονομικών Θεμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ecofin) , 2021

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007). Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά. Τόμος Α ,Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Κωνσταντοπούλου, Αικ. (2014),« Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα», Archive 2014; 10: 56-61.

Μάμας Θ. (1995) «Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα», Εκδόσεις Παπαζήση

Μάμας Θ. (2001) «Συστήματα υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση

Μπουρσανίδης Χρ. (2020), «Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, ΕΣΔΔΑ - ΑΘΗΝΑ 2020

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.

Σαρρής Σ., Σούλης Μ., Θεοδώρου Μ. (2001). «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση

Σουλώτης Κ. (2000) «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση

Τούντας Ι., Κυριόπουλος Ι., Λιόνης Χρ., Νεκτάριος Μιλ., Σουλιώτης Κυρ.,
Υφαντόπουλος Ι., και Φιλαλήθης Τ., (2020), «Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του
Εθνικού Συστήματος Υγείας», Εκδόσεις διαΝΕΟσις

Τσάκνη Γ. (2023) «Συστήματα υγείας. Συγκριτική ανάλυση Ελλάδας – Μ. Βρετανίας»,
Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη

Χλέτσος Μ. (2012) « Οικονομικά της Υγείας», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Abel-Smith B (1964). *The Hospitals 1800–1948*. London, United Kingdom,
Heinemann.

Abel-Smith B (1988). The rise and decline of the early HMOs: some international
experiences. *The Milbank Quarterly*, 66(4):694–719.

AIFA (2022), *L'uso dei Farmaci in Italia – Rapporto OsMed 2021*. [The use of drugs
in Italy – OsMed Report 2021.]

Andersen, R.M., & Davidson, P.L. (2001). Improving Access to Care in America:
Individual and Contextual Indicators. In R.M. Andersen, T.H. Rice, & E.F. Kominski
(Eds.), *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy,
and Management*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Avila, R.M., &
Bramlett, M.D. (2013). Language and Immigrant Status Effects on Disparities in
Hispanic Children's Health Status and Access to Health Care. *Maternal and Child
Health Journal*, 17, 415-423.

Appleby, J., & Galea, A. (2021). «The NHS: From Marketisation to Austerity»

Athanasiadis, A., Kostopoulou, S., & Philalithis, A. (2015). Regional decentralization
in the Greek health care system: Rhetoric and reality. *Global Journal of Health
Science*, 7(6):55-67.

Bevan A (2010). *In Place of Fear*. Whitefish, Montana, Kessinger Publishing.

Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, Anna Maresso,
(2017), «Health Systems in Transition – Greece », European Observatory on Health
Systems and Policies

Christopher J.L. Murray & Julio Frenk (2000) «A framework for assessing the performance of health systems», Bulletin of the World Health Organization

Comité d’alerte sur l’évolution des dépenses d’assurance maladie (2022), Opinion of the Alert Committee, n° 2022-3

Comité d’alerte sur l’évolution des dépenses d’assurance maladie (2023), Opinion of the Alert Committee, n°2023-1

DREES (2020), In 2018, territories with a shortage of GPs cover almost 6% of the population, Études et Résultats n. 1144

DREES (2021), Addressing the shortage of doctors in certain geographical areas, Les dossiers de la DREES n° 89

DREES (2022a), Health expenditure in 2021. Results from health accounts.

DREES (2022b), Seven out of ten GP teleconsultations are for patients in major urban centres in 2021, Études et Résultats, 1249

DREES (2023a), Health spending in 2022

DREES (2023b), In 2021, the number of hospital stays excluding Covid-19 has not returned to its pre-epidemic level, Études et Résultats, 1259

Enrique Bernal-Delgado, Sandra García-Armesto, Juan Oliva, Fernando Ignacio Sánchez Martínez, José Ramón Repullo, Luz María Peña-Longobardo, Manuel Ridaolópez, Cristina Hernández-Quevedo, (2018), «Health Systems in Transition – Spain», European Observatory on Health Systems and Policies

Francesca Ferré, Antonio Giulio de Belvis, Luca Valerio, Silvia Longhi, Agnese Lazzari, Giovanni Fattore, Walter Ricciardi, Anna Maresso, (2014), «Health Systems in Transition – Italy» European Observatory on Health Systems and Policies

Greengross P, Grant K, Collini E (1999). The history and development of the UK National Health Service 1948–1999.

Karine Chevreul, Karen Berg Brigham, Isabelle Durand-Zaleski, Cristina Hernández-Quevedo (2015), «Health Systems in Transition – France », European Observatory on Health Systems and Policies

Karokis A., Sissouras A(1994)., The Greek Health Care System, στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris

Klein, R. (2013). «The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention». Radcliffe Publishing.

Miriam Blümel, Anne Spranger, Katharina Achstetter, Anna Maresso, Reinhard Busse , (2020),«Health Systems in Transition – Germany» , European Observatory on Health Systems and Policies

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Spain: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), France: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Sweden: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Germany: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Italy: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–241.

Robinson, T.N., Patrick, K., Eng, T.R., Gustafson, D. (1999) An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication. JAMA, 280(14).

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

Ιστοσελίδες

«GFCI 27 Rank - Long Finance». www.longfinance.net. (Ανακτήθηκε 31/05/2024)

Aldrick P (2020, 26 December 2020). Britain is fifth-largest economy in world again after leapfrogging India. The Times. (<https://www.thetimes.co.uk/article/britain-is-fifth-largest-economy-in-world-again-after-leapfrogging-india-wccxxxxcqr>, accessed 10 March 2022). (Ανακτήθηκε 31/05/2024)

Johansson, Eric (29 Μαρτίου 2022). «'Brexit delayed UK tech scene's \$1tn valuation,' industry leaders say». Verdict. (Ανακτήθηκε 31/05/2024)

Monaghan, Angela (22 April 2014). «Pharmaceutical industry drives British research and innovation». The Guardian. (Ανακτήθηκε 31/05/2024)

The World Factbook , <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/greece/> (Ανακτήθηκε 12/06/2024)

Wipfer, Laura (12 Ιουνίου 2017). «Facts and Figures 2017». ADS Group. (Ανακτήθηκε 31/05/2024)

World Health Organization. (2020). «Health system in the United Kingdom», (<https://www.who.int/health-topics/health-systems>) (Ανακτήθηκε 31/05/2024)

Υπουργείο Υγείας, (2024), «Παρουσίαση του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ » (<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases>). (Ανακτήθηκε 08/06/2024)

Μπουλούτζα Πέννυ (2023, 21/09/2023), «Νοσοκομεία: Έως και τρία χρόνια αναμονή για χειρουργείο – Ετοιμάζεται ενιαία λίστα», <https://www.kathimerini.gr/society/562627870/nosokomeia-eos-kai-tria-chronia-anamoni-gia-cheiroyrgeio-etoimazetai-eniaia-lista/>, (Ανακτήθηκε 12/06/2024)

Παραρτήματα

Παράρτημα 1 : Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α΄) - Βασικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδος (ΕΣΥ)

Άρθρο 1 - Γενικές αρχές	<p>Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.</p> <p>Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.</p>
Άρθρο 2 - Υγειονομικές περιφέρειες	<p>Η Χώρα διαιρείται σε Υγειονομικές περιφέρειες.</p> <p>Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κεντρικού συμβουλίου υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους.</p>
Άρθρο 3 Περιφερειακά συμβούλια υγείας	<p>Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).</p> <p>Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.</p> <p>Τα ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.</p> <p>Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.</p> <p>Τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ. για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νόμο τους.</p>
Άρθρο 4 - Συγκρότηση - λειτουργία - όργανα - εκπροσώπηση ΠΕ.Σ.Υ.	<p>Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:</p> <p>α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας</p> <p>β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική ομοσπονδία, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.</p> <p>γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από τον πανελλήνιο</p>

-
- φαρμακευτικό σύλλογο μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.
- δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο του αντίστοιχου τμήματος.
- ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. από υποψήφιους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.
- στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.
- ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από τη Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.
- η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την οικεία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.
- θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχειώδους και μέσης εκπαίδευσης που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπροσώπων, που ορίζονται από τη ΔΟΕ, την ΟΛΜΕ και την ΟΛΤΕ, μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων οργανώσεων της περιφέρειας.
- ι) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ή Ν.Π.Δ.Δ., που εποπτεύεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- ια) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Ν.Π.Δ.Δ. που εποπτεύεται απ' αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- ιβ) Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
-

Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίζεται εμπρόθεσμα τον εκπρόσωπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία ο αναπληρωτής του.

Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στα ΠΕ.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφο οι πρόεδροι των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

Η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. είναι ζετής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. είναι ζετής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. λήγει με τη λήξη της θητείας των μελών του ΚΕ.Σ.Υ. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους ΠΕ.Σ.Υ. για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του ΠΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των γιατρών-μελών του ΠΕ.Σ.Υ.

Το ΠΕ.Σ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο και σε περίπτωση κωλύματος από τον αντιπρόεδρο.

Όργανα του ΠΕ.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.

Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του ΠΕ.Σ.Υ. για όλα τα θέματα της αρμοδιότητάς της και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των μελών που βρίσκονται στη συνεδρίαση. Για τη συγκρότηση απαρτίας απαιτείται η παρουσία των τριών πέμπτων (3/5) τουλάχιστον των μελών του ΠΕ.Σ.Υ. Μέλος του ΠΕ.Σ.Υ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από δύο συνεχείς συνεδριάσεις αντικαθίσταται.

Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και ένα (1) μέλος του που εκλέγεται από την ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική ψηφοφορία. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα για συζήτηση, συντάσσοντας ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εισαγωγή των θεμάτων για συζήτηση στην ολομέλεια γίνεται με πρωτοβουλία της ή ύστερα από ανάθεση της ολομέλειας ή ύστερα από παραπομπή του ΚΕ.Σ.Υ. Η εκτελεστική επιτροπή έχει την ευθύνη για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας. Η εκτελεστική επιτροπή μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου στα πλαίσια των σκοπών του ΠΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών και ομάδων εργασίας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της εκτελεστικής επιτροπής, του ΚΕ.Σ.Υ. Με την απόφαση συγκρότησης κάθε επιτροπής, ή ομάδας εργασίας, καθορίζονται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, η καταβολή ή μη αποζημίωσης στα μέλη κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Τα μέλη της εκτελεστικής επιτροπής του ΠΕ.Σ.Υ. ασκούν το έργο τους με πλήρη απασχόληση. Με επιφύλαξη των διατάξεων των άρθρων 1,3,4 και 6 του ν.1256/1982 (ΦΕΚ Α 65) , όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 33 του ν.1326/1983 (ΦΕΚ Α 19), τους καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που το ύψος της καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και

Πρόνοιας.

Για τα λοιπά μέλη του ΠΕ.Σ.Υ. και τα μέλη των επιτροπών και ομάδων εργασίας της προηγούμενης παραγράφου, η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εφόπαξ ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την επιφύλαξη των παραπάνω διατάξεων του ν.1256/1982. Η αποζημίωση αυτή καταβάλλεται και στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο εφόσον δεν δικαιούνται να παίρνουν τη μηνιαία αμοιβή της παραγράφου αυτής.

Στη νομαρχία της έδρας κάθε ΠΕ.Σ.Υ. λειτουργεί γραμματεία αυτού. Η γραμματεία στελεχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ. που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Οι υπάλληλοι αυτοί τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν συναρμόδιου Υπουργού. Η γραμματεία συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, και να προσθέτονται στον οργανισμό του θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου των ΠΕ.Σ.Υ. Οι θέσεις αυτές αποτελούν ιδιαίτερο κλάδο και ο αριθμός τους δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από πέντε (5) για κάθε ΠΕ.Σ.Υ. Με το π.δ/γμα σύστασης ορίζονται τα προσόντα για την κατάληψη των θέσεων αυτών και η αμοιβή των προσλαμβανομένων. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν.993/1979 (ΦΕΚ 281). Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν στις έδρες των ΠΕ.Σ.Υ.

Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας γράφονται κάθε χρόνο σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του ΚΕ.Σ.Υ. και των ΠΕ.Σ.Υ.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας των ΠΕ.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών τους και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής τους, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της γραμματείας των ΠΕ.Σ.Υ. και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Σημ.: όπως **ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ** με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευσή του Ν.2071/1992

Άρθρο 5 -

Μονάδες

Περίθαλψης

Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Η περίθαλψη γενικά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών

οργανισμών και ταμείων του δημοσίου από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης ή ιδιώτες ιατρούς, γίνεται με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε συναρμόδιου Υπουργού. Από τον ΕΟΠΥΥ η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται μόνο στους συμβεβλημένους με αυτόν παρόχους υγείας στη βάση ειδικών συμβάσεων, οι οποίες συνάπτονται στα πλαίσια της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας και η σύναψη και η ανανέωση αυτών υλοποιείται με Απόφαση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ, έπειτα από έγκριση του σχεδίου αυτών από τον Υπουργό Υγείας.

Σημ.: όπως τροποποιήθηκε με τη παρ. 3 άρθρου 90 Ν.4368/2016,ΦΕΚ Α 21/21.2.2016.

Στις διατάξεις του παρόντος νόμου, δεν υπάγονται μονάδες περίθαλψης που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο ή στις Ένοπλες Δυνάμεις.

Παράρτημα 2 : Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105 Α΄) - Σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)

Άρθρο 1 Σύσταση Διάρθρωση

Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας, συμβουλευτικό όργανο σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος Υγείας, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.).

Το ΚΕ.Σ.Υ. αποτελείται από:

- α) τη Διοικούσα Επιτροπή του άρθρου 4,
- β) το Συμβούλιο Εμπειρογνομόνων του άρθρου 2 και
- γ) τις επιτροπές της παρ. 6 του άρθρου 4.

Για την εκπλήρωση των σκοπών του ΚΕ.Σ.Υ. δύναται να συστήνονται και να συγκροτούνται, επιπλέον, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ειδικές επιτροπές και ομάδες εργασίας.

Σημ.: Όπως τροποποιήθηκε με το Άρθρο 25 Νόμος 4999/2022 με ισχύ την 7/12/2022

Άρθρο 3 Αρμοδιότητες.

Το ΚΕ.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- α) Έχει ουσιαστική ευθύνη για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, τον προσδιορισμό των γενικών στόχων και κατευθύνσεων και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα υγείας και την υποβολή των σχετικών προτάσεων στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
 - β) Γνωμοδοτεί σε κάθε θέμα τρέχουσας πολιτικής, όσον αφορά την υγεία, που παραπέμπεται σ' αυτό και εισηγείται μέτρα για την υλοποίηση των πραγματικών στόχων.
 - γ) Παρακολουθεί τη διαδικασία προγραμματισμού, ελέγχει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και εισηγείται διορθωτικά μέτρα.
-

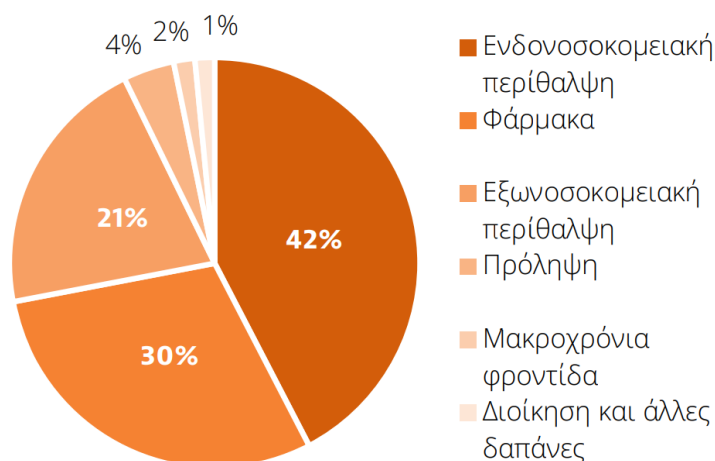
δ) Έχει την ευθύνη συντονισμού και ελέγχου των περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (όταν με την προώθηση της διοικητικής αποκέντρωσης δια νόμου δημιουργηθούν τα περιφερειακά Συμβούλια Υγείας) και γνωμοδοτεί για την κατανομή των πιστώσεων μεταξύ των Υγειονομικών Περιφερειών της Χώρας.

Στο ΚΕ.Σ.Υ. περιέρχονται όλες οι αρμοδιότητες που είχαν το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, οι Επιτροπές Οπτικών, το Ειδικό Γνωμοδοτικό Συμβούλιο για την άσκηση του επαγγέλματος Ψυχολόγων, η Επιτροπή Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και Αναπτύξεως Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, τα Περιφερειακά Επιστημονικά Συμβούλια Κρίσεως Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού και το Κεντρικό Επιστημονικό Συμβούλιο Κρίσεως Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού, που ασκούνται από Ειδικές Επιστημονικές Επιτροπές, που συγκροτούνται σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρ. 4 του παρόντος.

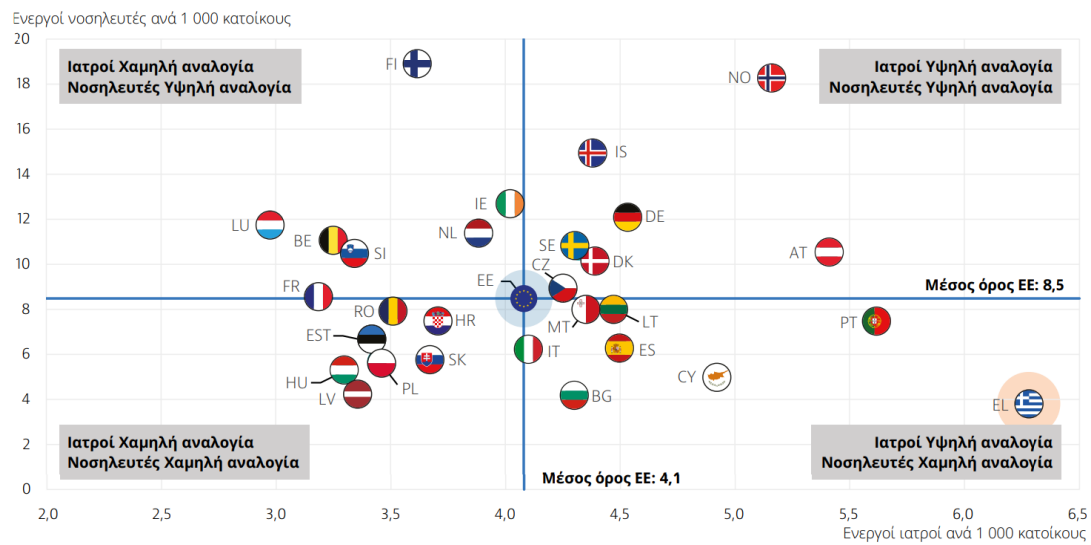
Με Π.Δ/τα, που εκδίδονται μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορούν να προσδίδονται στο ΚΕ.Σ.Υ. και άλλες αρμοδιότητες.

Σημ.: όπως το άρθρο 3 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.α' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992

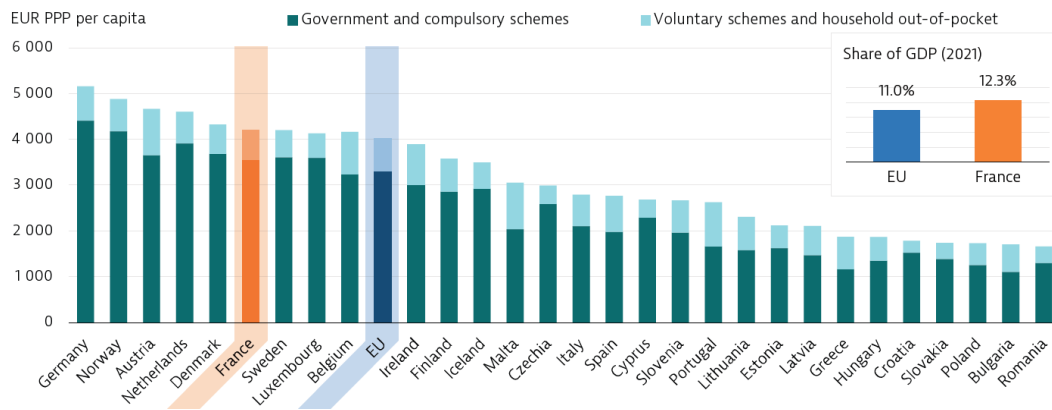
Παράρτημα 3 : Ποσοστά διανομής δαπανών υγείας Ελλάδας, για το έτος 2021. (ΟΟΣΑ, 2023)



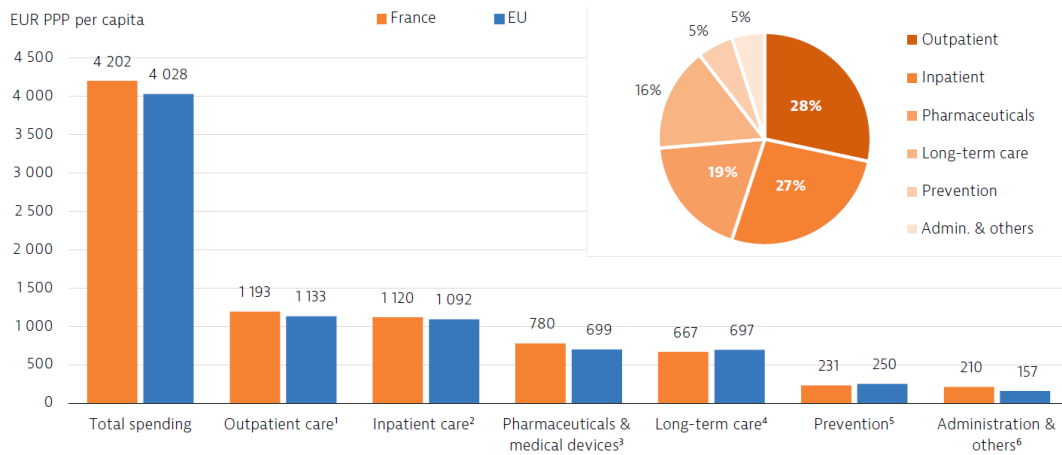
Παράρτημα 4 : Σύγκριση αναλογίας Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού, ανά 1000 κατοίκους, Ευρωπαϊκών χωρών. (ΟΟΣΑ, 2023)



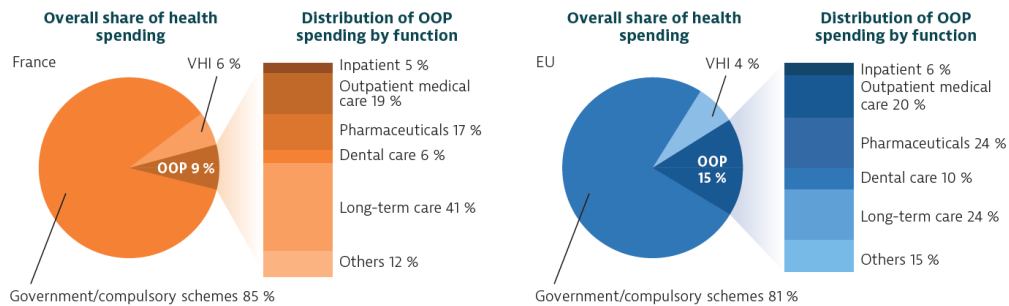
Παράρτημα 5 : Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία της Γαλλίας είναι υψηλότερες από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ. (OECD Health Statistics (data refer to 2021, except Malta (2020))).



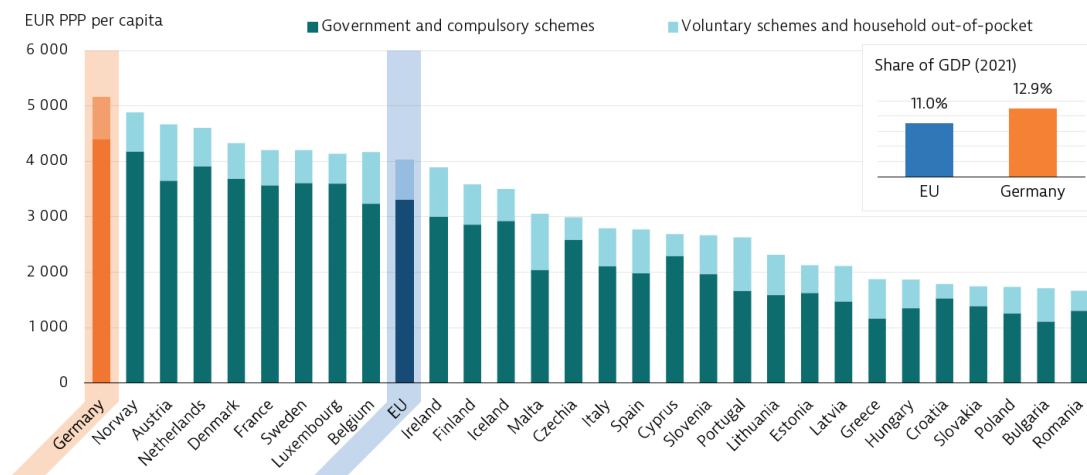
Παράρτημα 6 : Ποσοστά διανομής δαπανών υγείας Γαλλίας, για το έτος 2021. (OECD Health Statistics)



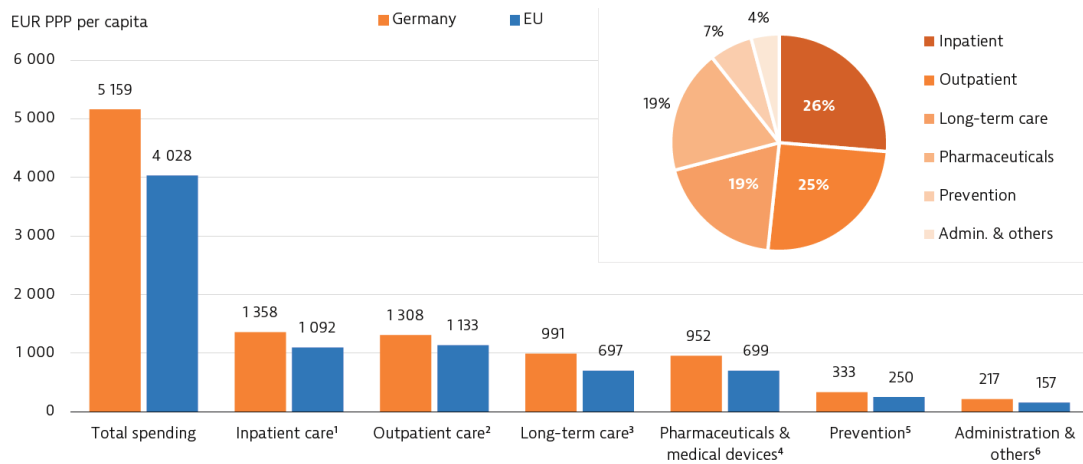
Παράρτημα 7 : Υψηλά όρια δημόσιας και ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. (OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database (data refer to 2021)).



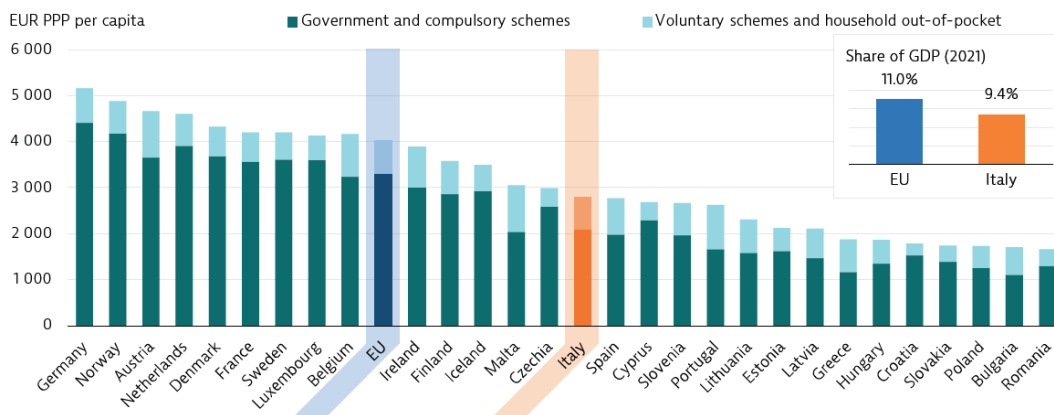
Παράρτημα 8 : Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία της Γερμανίας είναι υψηλότερες από όλες τις χώρες της ΕΕ (OECD Health Statistics 2023 (data refer to 2021, except Malta (2020))).



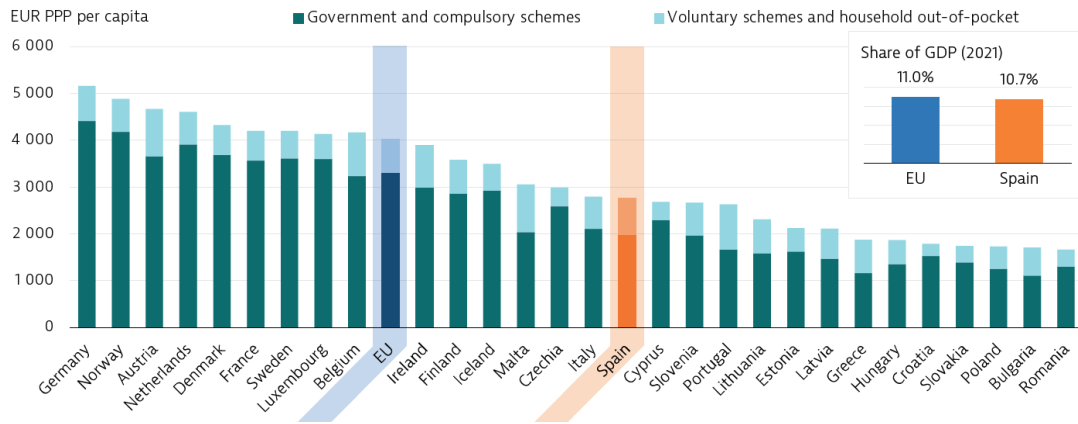
**Παράρτημα 9 : Ποσοστά διανομής δαπανών υγείας Γερμανίας, για το έτος 2021.
(OECD Health Statistics)**



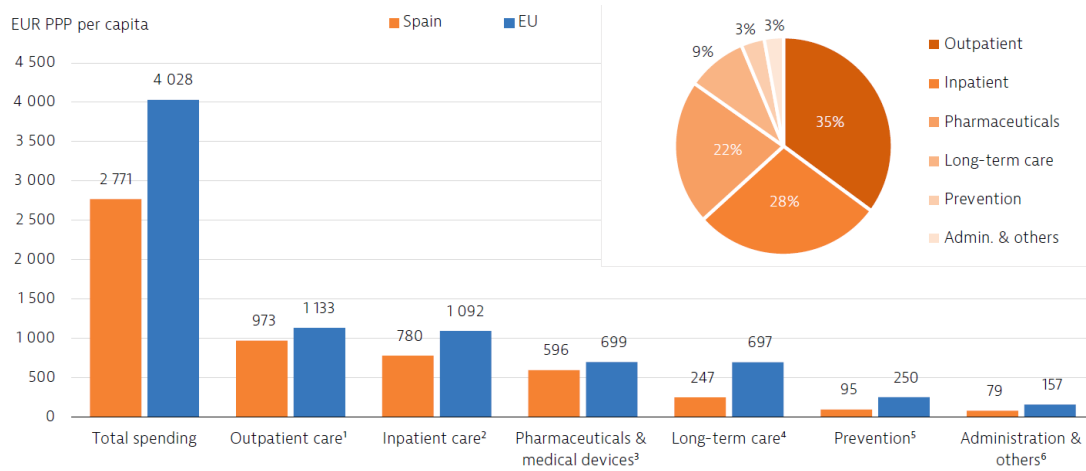
Παράρτημα 10 : Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία της Ιταλίας (OECD Health Statistics 2023 (data refer to 2021, except Malta (2020))).



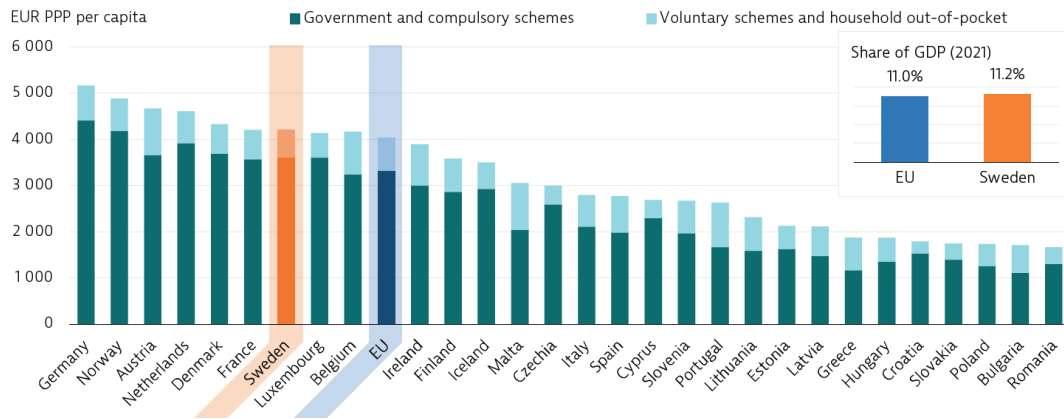
Παράρτημα 11 : Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία της Ισπανίας. (OECD Health Statistics (data refer to 2021, except Malta (2020))).



Παράρτημα 12 : Ποσοστά διανομής δαπανών υγείας Ισπανίας, για το έτος 2021. (OECD Health Statistics, 2023)



Παράρτημα 13 : Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία της Σουηδίας. (OECD Health Statistics (data refer to 2021, except Malta (2020))).



Παράρτημα 14 : Ποσοστά διανομής δαπανών υγείας Σουηδίας, για το έτος 2021. (OECD Health Statistics, 2023)

