



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

# Εκπαιδευτικό Υλικό

## Θεματική Ενότητα

Βασικές αντιλήψεις μοντέλα  
και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας  
με έμφαση στα συστήματα υγείας

Κ. ΔΗΜΟΥΛΑΣ  
Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

# Περιεχόμενα

Γενική Εισαγωγική Παρατήρηση.....	4
-----------------------------------	---

## **Α' ΜΕΡΟΣ:**

<b>Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας .....</b>	<b>5</b>
---	----------

Εισαγωγικές παρατηρήσεις.....	6
-------------------------------	---

Σκοπός.....	6
-------------	---

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι.....	6
---	---

Λέξεις/έννοιες κλειδιά.....	7
-----------------------------	---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:**

<b>Αντιλήψεις και περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής .....</b>	<b>8</b>
--	----------

<b>1.1. Κοινωνική πολιτική και παρεμφερείς κοινωνικές επιστήμες.....</b>	<b>9</b>
--	----------

<b>1.2. Οι δυνάμεις που οδήγησαν στην ανάπτυξη της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής .....</b>	<b>12</b>
---	-----------

<b>1.3. Επιδιώξεις και στόχοι της κοινωνικής πολιτικής. ....</b>	<b>14</b>
--	-----------

1.3.1. Η κοινωνική πολιτική ως μέσο επίτευξης της ευημερίας.....	15
--	----

1.3.2. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική του κινδύνου.....	20
--	----

1.3.3. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική της κοινωνικής αλλαγής.....	25
--	----

1.3.4. Η κοινωνική πολιτική ως παρέμβαση στην κοινωνική αναπαραγωγή.....	26
--	----

1.3.5. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική των σχέσεων εξουσίας και του κυρίαρχου λόγου .....	28
1.3.6. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική της ανάπτυξης.....	29

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.**

<b>Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική: ατομοκεντρικές και συλλογικές αντιλήψεις .....</b>	<b>33</b>
--	-----------

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.**

<b>Μοντέλα και καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής.....</b>	<b>38</b>
--	-----------

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.**

<b>Παγκοσμιοποίηση και κοινωνική πολιτική.....</b>	<b>47</b>
--	-----------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Συνοδευτικά κείμενα.....</b>	<b>55</b>
--	-----------

Κείμενο 1: I. Gough, (2008), Η Πολιτική Οικονομία του Κοινωνικού Κράτους, Σαββάλας, σελ. 95-99 (πρώτη αγγλική έκδοση 1979).....	55
---	----

6

Κείμενο 2: Ν. Μουζέλη, ομότιμου καθηγητή Κοινωνιολογίας στην LSE, «Παγκοσμιοποίηση, μύθοι και πραγματικότητες» (απόσπασμα).....	58
---	----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Απαντήσεις στις ασκήσεις και τις δραστηριότητες του Α' Μέρους.....</b>	<b>61</b>
--	-----------

<b>Βιβλιογραφικές αναφορές Α' μέρους.....</b>	<b>65</b>
---	-----------

**Β' ΜΕΡΟΣ:**

**Συστήματα κοινωνικής περίθαλψης και υγείας..... 67**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Συστήματα Κοινωνικής  
Περίθαλψης και Υγείας..... 68**

**1.1. Η οργάνωση των συστημάτων υγείας ..... 70**

*1.1.1. Η έννοια και οι στόχοι του συστήματος υγείας..... 71*

*1.1.2. Οι λειτουργίες του συστήματος υγείας..... 73*

**1.2. Μοντέλα συστημάτων υγείας..... 84**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.  
Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ..... 90**

**2.1. Η αρμοδιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης  
στον τομέα της υγείας ..... 91**

**2.2. Οι πολιτικές και τα προγράμματα δημόσιας υγείας..... 94**

**2.3. Η Ενιαία Εσωτερική Αγορά και οι  
επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας..... 97**

*2.3.1. Η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας..... 99*

*2.3.2. Η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών ..... 100*

*2.3.3. Η ελεύθερη διακίνηση προϊόντων:  
φάρμακα και ιατρικές συσκευές..... 103*

*2.3.4. Η ελεύθερη διακίνηση υπηρεσιών:  
η εθελοντική ασφάλιση υγείας ..... 105*

*2.2.5. Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης  
ως πολυεπίπεδο σύστημα διακυβέρνησης  
σε ένα περιβάλλον θεσμικής ασυμμετρίας..... 109*

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Το ελληνικό σύστημα υγείας..... 112**

**3.1. Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) ...113**

<b>3.2. Η δομή του συστήματος υγείας</b> .....	115
<i>3.2.1. Η οργάνωση</i> .....	116
<i>3.2.3. Η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης</i> .....	121
<i>3.2.4. Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας</i> .....	124
<b>3.3. Οι μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ</b> .....	130
<b>Βασικές βιβλιογραφικές αναφορές Β' Μέρους</b> .....	140
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1:</b>	
<b>Κείμενα Κεφαλαίου 2</b> .....	142
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:</b>	
<b>Ενδεικτικές απαντήσεις ασκήσεων</b>	
<b>και δραστηριοτήτων Β' Μέρους</b> .....	146

## Γενική Εισαγωγική Παρατήρηση

Το παρόν εκπαιδευτικό υλικό αποτελείται από δύο μέρη:

- Στο **πρώτο μέρος** παρουσιάζεται συνοπτικά το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής και οι βασικές οπτικές αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων, τα βασικά χαρακτηριστικά, οι λειτουργίες και οι στόχοι που επιδιώκονται με την κοινωνική πολιτική, τα βασικά μοντέλα και καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής και οι κύριοι προβληματισμοί για την παγκοσμιοποίηση και τις επιπτώσεις της στην κοινωνική πολιτική.
- Στο **δεύτερο μέρος** παρουσιάζεται η έννοια του συστήματος υγείας ως βασικού πυλώνα άσκησης της κοινωνικής πολιτικής, αναλύονται ο ρόλος και οι λειτουργίες του. Επίσης παρουσιάζονται οι κοινοτικοί και οι εθνικοί θεσμοί που επιδρούν και προσδιορίζουν τις εθνικές πολιτικές υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Ευελπιστούμε ότι με την ολοκλήρωση των δύο μερών του εκπαιδευτικού υλικού θα αποκτήσετε μία σφαιρική άποψη για τους σύγχρονους προβληματισμούς αναφορικά με τη κοινωνική πολιτική και τον τρόπο που αυτοί εκδηλώνονται στα συστήματα υγείας, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο.

# **Β' ΜΕΡΟΣ:** **Συστήματα κοινωνικής περίθαλψης και υγείας**

Του Χ. Οικονόμου

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

# Συστήματα Κοινωνικής Περίθαλψης και Υγείας

### ■ Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

Επιδίωξη της παρούσας υποενότητας είναι να σας βοηθήσει να κατανοήσετε την έννοια του συστήματος υγείας, του ρόλου και των λειτουργιών του, ως βασικού πυλώνα άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Η κατανόηση αυτή θα ενταχθεί μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο που θέτει το θεσμικό οικοδόμημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο σημείο αυτό καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση της έκτασης στην οποία οι κοινοτικοί θεσμοί επιδρούν και προσδιορίζουν τις εθνικές πολιτικές υγείας και την οργάνωση των συστημάτων υγείας των χωρών μελών. Κάτω από αυτό το πρίσμα, ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στο ελληνικό σύστημα υγείας, στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητάς του.

### ■ Σκοπός

Η υποενότητα αυτή αποσκοπεί στο να προσδιορίσει την έννοια του συστήματος υγείας, να αναλύσει τους στόχους του, να περιγράψει τις λειτουργίες που επιτελεί και να παρουσιάσει τα βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας, όπως έχουν αναπτυχθεί στις σύγχρονες κοινωνίες, με ιδιαίτερη αναφορά στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του ελληνικού συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, αποσκοπεί στο να εξετάσει την πολιτική υγείας στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



## ■ Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι

Με την ολοκλήρωση της παρουσίασης της θεματικής υποενότητας θα είστε σε θέση:

- να εξηγείτε την έννοια του συστήματος υγείας, το ρόλο που διαδραματίζει στις σύγχρονες κοινωνίες και τις λειτουργίες που επιτελεί για την επίτευξη των κοινωνικών του σκοπών,
- να διακρίνετε τις διαφορές που υπάρχουν ως προς την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των επιμέρους συστημάτων υγείας,
- να εκτιμάτε τις προκλήσεις και τους περιορισμούς που θέτει το θεσμικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας τόσο σε υπερεθνικό όσο και σε εθνικό επίπεδο,
- να έχετε μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη δομή και οργάνωση του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και να μπορείτε να αξιολογήτε το εύρος των προβλημάτων που αυτό αντιμετωπίζει, τις αιτίες τους καθώς και τις πιθανές λύσεις που υπάρχουν.

## ■ Λέξεις / Έννοιες Κλειδιά

- Σύστημα υγείας
- Στόχοι συστήματος υγείας
- Λειτουργίες συστήματος υγείας
- Μοντέλα συστημάτων υγείας
- Πολιτική υγείας Ευρωπαϊκής Ένωσης
- ΕΣΥ
- Μεταρρυθμίσεις ΕΣΥ
- Ενιαία Εσωτερική Αγορά
- Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού

## 1.1. Η οργάνωση των συστημάτων υγείας

### ■ Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Στο κεφάλαιο αυτό, θα γίνει προσπάθεια να κατανοήσετε την έννοια του συστήματος υγείας, τους στόχους που επιδιώκει και τις λειτουργίες που επιτελεί για να πετύχει τους στόχους αυτούς. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στα ζητήματα της διαχείρισης, της χρηματοδότησης και της παροχής των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η αποδοτικότερη, αποτελεσματικότερη, ισότιμη και ποιοτική λειτουργία τους. Επιπροσθέτως, θα παρουσιαστούν τα κυριότερα οργανωτικά μοντέλα συστημάτων υγείας που έχουν αναπτυχθεί στις σύγχρονες κοινωνίες, με έμφαση στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Μπέβεριτζ (Beveridge), στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Βίσμαρκ (Bismarck) και στα ιδιωτικά φιλελεύθερα συστήματα.

### ■ Σκοπός

Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να προσδιορίσει την έννοια του συστήματος υγείας, να αναλύσει τους στόχους του, να περιγράψει τις λειτουργίες που επιτελεί και να παρουσιάσει τα βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας όπως έχουν αναπτυχθεί στις σύγχρονες κοινωνίες.

### ■ Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι

Με την ολοκλήρωση του κεφαλαίου, θα είστε σε θέση:

- να εξηγείτε την έννοια του συστήματος υγείας, το ρόλο που διαδραματίζει στις σύγχρονες κοινωνίες και τις λειτουργίες που επιτελεί για την επίτευξη των κοινωνικών του σκοπών,
- να διακρίνετε τις διαφορές που υπάρχουν ως προς την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των επιμέρους συστημάτων υγείας.

## ■ Λέξεις / Έννοιες Κλειδιά

- Σύστημα υγείας
- Στόχοι συστήματος υγείας
- Λειτουργίες συστήματος υγείας
- Διαχείριση συστήματος υγείας
- Μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων υγείας
- Μέθοδοι αποζημίωσης προμηθευτών υπηρεσιών υγείας
- Παροχή υπηρεσιών υγείας
- Μοντέλα συστημάτων υγείας
- Μπέμπεριτζ
- Βίσμαρκ

### 1.1.1. Η έννοια και οι στόχοι του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας είναι η οργανωμένη απάντηση μιας κοινωνίας στα προβλήματα υγείας των μελών της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων, οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό τους σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας.

### Δραστηριότητα 1

*Πριν προχωρήσετε στη μελέτη αυτής της ενότητας προσπαθήστε να περιγράψετε το ρόλο, τα χαρακτηριστικά και τους στόχους που, κατά τη γνώμη σας, έχει ή οφείλει να έχει, ένα σύστημα υγείας. Κρατήστε σύντομες σημειώσεις τις οποίες θα μπορείτε να συγκρίνετε στη συνέχεια με τις δικές μας σκέψεις, που ακολουθούν.*

Ο ρόλος του συστήματος υγείας είναι όχι μόνο η βελτίωση της υγείας των πολιτών, αλλά επίσης η προστασία αυτών από το οικονομικό κό-

στος της ασθένειας και η αντιμετώπιση εκ μέρους του των ασθενών με αξιοπρέπεια. Με βάση αυτό το σκεπτικό, οι στόχοι ενός συστήματος υγείας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στους ακόλουθους τρεις:

- (α) Ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.
- (β) Ο δεύτερος στόχος είναι η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Ειδικότερα, περιλαμβάνει το σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και την ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ο στόχος αυτός διακρίνεται σε δύο μέρη: το πρώτο αφορά τη βελτίωση του μέσου επίπεδου ανταποκρισιμότητας του συστήματος και το δεύτερο την προαγωγή της ισότητας στην κατανομή της ανταποκρισιμότητας μεταξύ των πολιτών, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές τις οποίες ενδεχομένως εμφανίζουν.
- (γ) Ο τρίτος στόχος είναι η δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω κάποιας ασθένειας.

Για να πετύχει ένα σύστημα υγείας τους παραπάνω βασικούς του στόχους, θα πρέπει να εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των πόρων του. Δηλαδή θα πρέπει να ικανοποιούνται τα κριτήρια της αποδοτικής λειτουργίας του συστήματος, της αποτελεσματικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, της ισότητας στη φροντίδα υγείας και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα:

- Η αποδοτικότητα αναφέρεται στο συσχετισμό των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν από μια υπηρεσία ή ένα πρόγραμμα υγείας και των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν από ανθρώπινους, οικονομικούς και υλικούς πόρους.

- Η αποτελεσματικότητα εκφράζει τη συσχέτιση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων ενός προγράμματος ή μιας υπηρεσίας υγείας με τους επιθυμητούς στόχους που είχαν τεθεί.
- Η ισότητα στη φροντίδα υγείας ορίζεται ως ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίδιες ανάγκες, ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες και ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους.
- Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει δύο διαστάσεις. Πρώτον, την επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Δεύτερον, το περιβάλλον των μονάδων υγείας και τη συμπεριφορά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες.

### *1.1.2. Οι λειτουργίες του συστήματος υγείας*

Κάθε σύστημα υγείας επιτελεί τέσσερις βασικές λειτουργίες: τη διαχείριση, τη χρηματοδότηση, τη δημιουργία πόρων και την παροχή υπηρεσιών. Ειδικότερα:

#### *1.1.2.1. Διαχείριση*

Η διαχείριση ως μια βασική λειτουργία του συστήματος υγείας περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

- Τον καθορισμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των κανόνων λειτουργίας του συστήματος υγείας.
- Την οριοθέτηση των σχέσεων αγοραστών, προμηθευτών και ασθενών.
- Τον προσδιορισμό των στρατηγικών κατευθύνσεων του συστήματος υγείας ως όλου.

Προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω, η διαχείριση πρέπει να επιτελέσει έξι επιμέρους υπολειτουργίες:

- *Συνολικός σχεδιασμός του συστήματος:* Αφορά τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας με την ευρύτερη έννοια. Εμπεριέχει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και συνδυάζονται οι υπόλοιπες τρεις λειτουργίες του συστήματος υγείας, δηλαδή η χρηματοδότηση, η δημιουργία πόρων, και η παροχή υπηρεσιών.

- *Αποτίμηση της απόδοσης του συστήματος:* Αναφέρεται στην αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο επιτυγχάνονται τα τέσσερα κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω και ειδικότερα η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ποιότητα και η ισότητα.
- *Καθορισμός προτεραιοτήτων:* Η επιλογή των κριτηρίων με βάση τα οποία θα προσδιοριστεί το ποιες υπηρεσίες και ποια προγράμματα υγείας θα αναπτυχθούν πρώτα σε σχέση με άλλα. Τα κριτήρια αυτά μπορεί να είναι οικονομικά (μέτρηση κόστους και αποτελεσματικότητας), επιδημιολογικά (κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας), πολιτικά (οι επιδιώξεις αυτών που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων) και αξιολογικά (κοινωνική δικαιοσύνη).
- *Διατομεακή συνεργασία:* Είναι η προώθηση πολιτικών σε άλλους τομείς που όμως έχουν θετικές επιπτώσεις στην υγεία. Για παράδειγμα, η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης δεν αποτελεί μέρος της πολιτικής υγείας, δεδομένου ότι ο πρωταρχικός σκοπός του εκπαιδευτικού συστήματος είναι άλλος. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού.
- *Ρύθμιση:* Ρύθμιση σημαίνει κανόνες. Στο σύστημα υγείας οι κανόνες που τίθενται είναι δύο ειδών. Πρώτον, αφορούν τη δημόσια υγεία και τη ρύθμιση που αποσκοπεί στον περιορισμό των κινδύνων για την υγεία που προέρχονται από την κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών. Δεύτερον, ρυθμίζουν τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας.
- *Προστασία του πολίτη:* Εδώ το ζητούμενο είναι να αντιμετωπιστούν οι κίνδυνοι που προκύπτουν για τους πολίτες από τις ανεπάρκειες που υπάρχουν στην αγορά υπηρεσιών και την ασφάλιση υγείας και σχετίζονται με ασυμμετρίες στην πληροφόρηση μεταξύ χρηστών και προμηθευτών.

## Άσκηση 1

Ένα από τα βασικά ζητήματα στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας είναι ο καθορισμός των προτεραιοτήτων αναφορικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα υγείας στα οποία θα πρέπει να δοθεί έμφαση και να προτιμηθούν σε σχέση με άλλα. Υπάρχει μια έντονη συζήτηση ως προς τα προαπαιτούμενα για την τεκμηριωμένη λήψη τέτοιου είδους αποφάσεων. Μια άποψη υποστηρίζει ότι το βασικό είναι η ύπαρξη επαρκών πληροφοριών και στατιστικών δεδομένων. Μια άλλη άποψη δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στις πολιτικές δομές και τις διαδικασίες διαβούλευσης για τη λήψη των αποφάσεων.

Υπό το πρίσμα αυτό, σε ένα κείμενο μισής σελίδας:

Διατυπώστε την πιθανή επιχειρηματολογία την οποία θα μπορούσαν να αναπτύξουν οι υποστηρικτές καθεμίας από αυτές τις δύο προσεγγίσεις. Διατυπώστε τη δική σας άποψη.

### 1.1.2.2. Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι η διαδικασία με την οποία συλλέγονται τα έσοδα, συγκεντρώνονται σε ένα ταμείο για την κοινή διαχείριση των κινδύνων υγείας και αγοράζονται υπηρεσίες από τους προμηθευτές.

#### A) Συλλογή εσόδων

Οι βασικές μέθοδοι είσπραξης των χρηματικών πόρων για τη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι τέσσερις: η φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές από τους χρήστες των υπηρεσιών. Ειδικότερα:

- **Φορολογία:** Η φορολογία μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Ο φόρος εισοδήματος είναι ένας άμεσος φόρος και συνήθως είναι προοδευτικός, δηλαδή στα υψηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια αντιστοιχεί υψηλότερος φορολογικός συντελεστής. Από την άλλη, ο ΦΠΑ είναι ένας έμμεσος φόρος που επιβάλλεται στην κατανάλωση και είναι αναλογικός, δηλαδή ο φορολογικός συντελεστής είναι ο ίδιος για όλους. Επίσης, ένας φόρος μπορεί να είναι γενικός ή να επιβάλλεται για συγκεκριμένο σκοπό. Για παράδειγμα, οι φόροι

στα ποτά και τα τσιγάρα μπορεί να είναι ειδικοί φόροι για το σύστημα υγείας, προκειμένου να καλυφθούν οι δαπάνες θεραπείας των νοσημάτων που προκαλούνται από το αλκοόλ ή τον καπνό.

- *Κοινωνική ασφάλιση:* Οι εισφορές για την κοινωνική ασφάλιση επιβάλλονται από ένα θεσμικά κατοχυρωμένο νομικό πρόσωπο (ασφαλιστικό ταμείο) και είναι υποχρεωτικές. Συνδέονται μόνο με το ύψος των αμοιβών και όχι με τον ασφαλιστικό κίνδυνο ή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου. Καθορίζονται ως ποσοστό της αμοιβής και ένα μέρος τους πληρώνεται από τον εργοδότη, ενώ το υπόλοιπο από τον εργαζόμενο. Το ποσοστό της εισφοράς μπορεί να είναι ενιαίο για όλους ή να διαφοροποιείται ανά ταμείο. Πολλές φορές τίθενται και ανώτερα όρια αμοιβών επί των οποίων υπολογίζονται οι εισφορές.
- *Ιδιωτική ασφάλιση:* Εδώ η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική, αλλά εθελοντική. Τα ασφάλιστρα διαμορφώνονται με βάση τον ασφαλιστικό κίνδυνο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου.
- *Άμεσες πληρωμές:* Οι άμεσες πληρωμές γίνονται από τα ίδια τα άτομα τη στιγμή της χρήσης μιας υπηρεσίας υγείας. Μπορεί να είναι επίσημες, με την έννοια της θεσμοθετημένης συμμετοχής του πολίτη στο κόστος της υπηρεσίας προκειμένου να αποφευχθεί η άσκοπη χρήση της. Μπορεί όμως να είναι και άτυπες με τη μορφή «δώρου» (φακελάκι), συμβάλλοντας στην εμφάνιση παραοικονομίας. Επιπροσθέτως, οι άμεσες πληρωμές μπορεί να λάβουν τη μορφή συμπληρωμών (κατ' αποκοπή πληρωμές για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία, π.χ. τα 3 ευρώ για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων), συνασφάλισης (ποσοστό επί του συνολικού κόστους μιας υπηρεσίας, π.χ. συμμετοχή στα φάρμακα) ή αφαιρετέων πληρωμών (ένα συγκεκριμένο πρώτο ποσό το οποίο καλύπτει ο ασθενής και τα υπόλοιπα καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση).
- *Άλλες πηγές:* Εκτός των παραπάνω κύριων πηγών, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να γίνει και μέσα από δωρεές και επιχορηγήσεις (π.χ. δημιουργία μιας πτέρυγας ενός δημόσιου νοσοκομείου με δωρεά από κάποιο μη κερδοσκοπικό ίδρυμα ή ιδιώτη) ή διεθνείς πόρους (π.χ. Ευρωπαϊκή Ένωση).



Η πρόκληση που τίθεται είναι η διαμόρφωση ενός στρατηγικού μίγματος των παραπάνω πηγών που να επιτρέπει την εξασφάλιση επαρκών πόρων για την υγεία και την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Για παράδειγμα, όταν ένα σύστημα υγείας βασίζεται στη χρηματοδότηση από άμεση φορολογία και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης είναι περισσότερο προοδευτικό και αναδιανεμητικό και συνεπώς περισσότερο ισότιμο από ότι εάν βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και τις άμεσες πληρωμές.

### *Β) Συγκέντρωση πόρων σε κοινό ταμείο*

Η συγκέντρωση των πόρων σε ένα κοινό ταμείο σημαίνει ότι πλέον δεν συνδέονται με το κάθε συγκεκριμένο άτομο που τους κατέβαλε, αλλά όλοι από κοινού μοιράζονται τον οποιονδήποτε κίνδυνο προκύψει για κάθε συμμετοχο. Μια βασική στρατηγική επιλογή για τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας είναι το εάν η δεξαμενή συγκέντρωσης των πόρων θα είναι κοινή για όλο τον πληθυσμό, δηλαδή αν θα υπάρχει ένα ασφαλιστικό ταμείο ή εάν για κάθε κοινωνική ομάδα θα υπάρχει και διαφορετικό ασφαλιστικό ταμείο. Μια δεύτερη στρατηγική επιλογή είναι το εάν θα υπάρχει ή όχι σταυροειδής μεταφορά πόρων από δεξαμενές που καλύπτουν ομάδες χαμηλού κινδύνου και συνεπώς έχουν πλεόνασμα, προς δεξαμενές που καλύπτουν υψηλού κινδύνου ομάδες και οι οποίες εμφανίζουν ελλείμματα. Μια τρίτη επιλογή συνδέεται με το βαθμό στον οποίο το κάθε άτομο έχει το δικαίωμα επιλογής του ταμείου που θα ασφαλιστεί ή είναι υποχρεωτική η υπαγωγή σε συγκεκριμένο ταμείο (ύπαρξη ανταγωνισμού ή όχι μεταξύ των ταμείων για προσέλκυση ασφαλισμένων).

## **Δραστηριότητα 2**

*Μπορείτε τώρα να σχολιάσετε, σε ένα σύντομο κείμενο, τις τρεις επιλογές που αναφέρονται παραπάνω και τα διλήμματα που θέτουν.*

### *Γ) Αγορά υπηρεσιών*

Από τη στιγμή που θα συγκεντρωθούν οι πόροι υγείας σε κάποιο ταμείο, τίθενται τρία ερωτήματα:

- Πρώτον, τι υπηρεσίες υγείας θα αγοραστούν προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασφαλισμένων. Δεδομένης της στενότη-

τας των πόρων και ανάλογα με τους στόχους που επιδιώκει κάθε σύστημα υγείας, το ζήτημα εδώ είναι να προσδιοριστεί το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού και η δέσμη των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

- Δεύτερον, από ποιους προμηθευτές θα αγοραστούν οι υπηρεσίες. Από δημόσιους ή ιδιωτικούς; Από κέντρα υγείας ή νοσοκομεία;
- Τρίτον, με ποιο τρόπο θα πληρωθούν οι προμηθευτές των υπηρεσιών. Το τρίτο αυτό ερώτημα είναι πολύ σημαντικό γιατί η μέθοδος αμοιβής των γιατρών και των νοσοκομείων επηρεάζει τον τρόπο συμπεριφοράς τους και έχει επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών και τις δαπάνες υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

#### *ι) Μέθοδοι αποζημίωσης των γιατρών:*

- **Αμοιβή κατά πράξη:** Περιλαμβάνει δύο τεχνικές, είτε την αμοιβή σύμφωνα με τις τρέχουσες τιμές της αγοράς, την οποία καλείται να καταβάλει ο ασθενής είτε την αμοιβή σε προκαθορισμένες τιμές που έχουν προσδιοριστεί μετά από διαπραγμάτευση των ασφαλιστικών ταμείων με τους γιατρούς.

### **Δραστηριότητα 3**

*Πριν προχωρήσετε παρακάτω, σκεφτείτε ένα πλεονέκτημα και ένα μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αποζημίωσης των γιατρών. Κρατήστε σύντομες σημειώσεις τις οποίες θα μπορείτε να συγκρίνετε στη συνέχεια με τις δικές μας σκέψεις, που ακολουθούν.*

Αν και έχει το θετικό της ελεύθερης επιλογής του γιατρού από τον ασθενή, το αρνητικό αυτού του τρόπου αμοιβής είναι ότι συντελεί στην εμφάνιση προκλητής ζήτησης και την αύξηση των δαπανών υγείας και συνδέεται με την εισοδηματική δυνατότητα του ασθενή.

- **Αμοιβή με μισθό:** Ο γιατρός αμείβεται με πάγιο μισθό και απασχολείται σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας με καθορισμένο ωράριο. Αν και βοηθά στη συγκράτηση του κόστους, μπορεί να οδηγήσει σε παραοικονομία και χαμηλή παραγωγικότητα λόγω χαμηλών μισθών.

- **Αμοιβή κατά κεφαλή:** Για κάθε εγγεγραμμένο στη λίστα του ασθενή ο συμβεβλημένος με κάποιο δημόσιο φορέα γιατρός αμείβεται με ένα συγκεκριμένο ετήσιο ποσό, ανεξάρτητα από το πόσες φορές θα τον επισκεφτεί ο ασθενής. Έχει το θετικό ότι καθιστά προβλέψιμο το κόστος και ο ασθενής απολαμβάνει καλής ποιότητας υπηρεσίες χωρίς επιπλέον επιβάρυνση.
- **Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας:** Αποτελούν κοινοπραξίες γιατρών που αναλαμβάνουν την παροχή μιας πλήρους δέσμης υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένο χρόνο και αμείβονται με συνδρομή κατά κεφαλή, ανεξάρτητα από την ποσότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Ουσιαστικά ενσωματώνεται σε μια ενιαία δομή η ασφαλιστική λειτουργία και η παροχή υπηρεσιών.
- **Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών:** Πρόκειται για παραλλαγή της προηγούμενης μεθόδου όπου οι ασφαλιστικοί οργανισμοί συμβάλλονται για ένα χρόνο με προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι αναλαμβάνουν να προσφέρουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους σε μια εκ των προτέρων καθορισμένη τιμή.

#### Δραστηριότητα 4

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μέθοδοι αποζημίωσης των γιατρών, καθώς επίσης και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθεμιάς από αυτές. Στην τρίτη στήλη του πίνακα σημειώστε δίπλα από κάθε μέθοδο εάν εφαρμόζεται ή όχι στην Ελλάδα.

**Πίνακας 1.: Μέθοδοι αποζημίωσης γιατρών**

	Μέθοδοι αποζημίωσης γιατρών	Εφαρμογή στην Ελλάδα
Κλασικές μέθοδοι	1. Αμοιβή κατά πράξη + Ελεύθερη επιλογή γιατρού - Προκλητή ζήτηση	
	2. Αμοιβή με πάγιο μισθό + Συγκράτηση δαπανών - Χαμηλή παραγωγικότητα γιατρών - Κατάργηση ελεύθερης επιλογής	
Σύγχρονες μέθοδοι	3. Αμοιβή κατά κεφαλή + Προβλέψιμο κόστος + Ικανοποίηση χρηστών	
	4. Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών + Συγκράτηση δαπανών λόγω διαπραγμάτευσης του ύψους της κατά κεφαλήν αμοιβής + Βελτίωση υπηρεσιών λόγω ανταγωνισμού	

ii) Μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων

- Ημερήσιο νοσήλιο:** Διακρίνεται σε: (α) κλειστό νοσήλιο, όπου για κάθε ημέρα νοσηλείας καταβάλλεται ένα συγκεκριμένο πάγιο ποσό ανεξάρτητα από το είδος της περιθαλψης, (β) ευλύγιστο νοσήλιο, που βασίζεται σε πάγια ημερήσια αμοιβή, η οποία όμως διαφέρει για κάθε ιατρική ειδικότητα και (γ) ανοικτό νοσήλιο που αποτελείται από ένα σταθερό μέρος για όλους τους νοσηλευόμενους και από ένα μεταβλητό μέρος που εξαρτάται από το είδος της παρεχόμενης φροντίδας. Το αρνητικό του σημείο είναι η πιθανή προκλητή αύξηση των ημερών νοσηλείας και η ύπαρξη ελλειμμάτων στην περίπτωση που το νοσήλιο οριστεί κάτω από το πραγματικό κόστος νοσηλείας.
- Αμοιβή κατά πράξη:** Εφαρμόζεται κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία όπου οι ασθενείς πληρώνουν με ένα σύστημα λογιστικής καταγραφής με βάση το οποίο κοστολογείται ξεχωριστά κάθε προσφερόμενη υπηρεσία. Μπορεί να οδηγήσει σε προκλητή ζήτηση.

## Δραστηριότητα 5

*Αναπτύξτε σε μισή σελίδα γιατί το ημερήσιο νοσήλιο και η αμοιβή κατά πράξη θεωρούνται μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων, οι οποίες οδηγούν σε αύξηση των δαπανών υγείας.*

- **Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες:** Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο κατατάσσεται σε μια προσδιορισμένη προκοστολογημένη διαγνωστική κατηγορία. Με αυτή τη μέθοδο μπορεί να επιτευχθεί η μείωση της διάρκειας νοσηλείας και η μείωση του κόστους λόγω μη πραγματοποίησης περιττών εξετάσεων.
- **Σφαιρικός Προϋπολογισμός:** Κάθε νοσοκομείο καταρτίζει έναν ετήσιο προϋπολογισμό λαμβάνοντας υπόψη τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους, το επίπεδο αύξησης των τιμών και τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

## Δραστηριότητα 6

*Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων, καθώς επίσης και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθεμιάς από αυτές. Στην τρίτη στήλη του πίνακα σημειώστε δίπλα από κάθε μέθοδο εάν εφαρμόζεται ή όχι στην Ελλάδα.*

**Πίνακας 2.: Μέθοδοι αποζημίωσης νοσοκομείων**

	Μέθοδοι αποζημίωσης Νοσοκομείων	Εφαρμογή στην Ελλάδα
<b>Κλασικές Αναδρομικές μέθοδοι</b>	1. Πληρωμή κατά πράξη - Προκλητή ζήτηση	
	2. Ημερήσιο (κλειστό) νοσήλιο - Προκλητή αύξηση ημερών νοσηλείας	
<b>Σύγχρονες Προοπτικές μέθοδοι</b>	3. Σφαιρικός προϋπολογισμός + Έλεγχος του κόστους + Ενίσχυση του εσωτερικού μάνατζμεντ - Πιθανή μείωση της ποιότητας ώστε το νοσοκομείο να καλύψει τις ανάγκες του με βάση τους συγκεκριμένους πόρους	
	4. Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες + Έλεγχος του κόστους - Πιθανή εσπευσμένη εξαγωγή	

**2.1.2.3. Δημιουργία πόρων**

Η λειτουργία των συστημάτων υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αλλά περιλαμβάνει και δραστηριότητες που σχετίζονται με την παραγωγή των αναγκαίων πόρων που θα στηρίξουν τις υπηρεσίες αυτές. Αναφερόμαστε κυρίως στους ανθρώπινους πόρους, δηλαδή την εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού δυναμικού, στους υλικούς πόρους, δηλαδή τις κτιριακές εγκαταστάσεις και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς επίσης και στην παραγωγή της γνώσης. Εδώ αναδεικνύεται η σημασία των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των ερευνητικών κέντρων και των μονάδων που παράγουν τεχνολογικά προϊόντα όπως ιατρικά μηχανήματα, εξοπλισμό και φαρμακευτικά σκευάσματα.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός, η οργάνωση και ο τρόπος διαχείρισης της διαδικασίας παραγωγής των υγειονομικών πόρων ποικίλουν ανάλογα με τους φορείς που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία και το ιδιοκτησιακό καθεστώς υπό το οποίο λειτουργούν. Για παράδειγμα, στην περίπτωση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, όπως οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές σχολές, ένα βασικό ζήτημα αφορά στο εάν αυτές θα ανήκουν στο υπουργείο υγείας ή στο υπουργείο παιδείας. Ένα άλλο παράδειγμα είναι τα ερευνητικά κέντρα και ο βαθμός αυτονομίας

τους ως προς τον προσδιορισμό των ερευνητικών τους προτεραιοτήτων και την αντικειμενικότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Ή, στην περίπτωση της φαρμακευτικής και ιατροτεχνολογικής βιομηχανίας, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα ο βαθμός συγκέντρωσής της και η έκταση του ανταγωνισμού μεταξύ των εταιριών.

#### 1.1.2.4. Παροχή

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις προσωπικές και τις μη προσωπικές υπηρεσίες. Οι προσωπικές υπηρεσίες είναι αυτές που λαμβάνει άμεσα ένα άτομο από κάποιον προμηθευτή όπως ένα γιατρό, έναν οδοντίατρο, κάποιο νοσοκομείο, κάποιο κέντρο υγείας κ.λπ. Οι μη προσωπικές υπηρεσίες αναφέρονται σε γενικότερες διαδικασίες προαγωγής και πρόληψης, όπως τα προγράμματα δημόσιας υγείας, τα οποία στοχεύουν στην αντιμετώπιση μειζόνων κινδύνων υγείας που αφορούν το σύνολο ή μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Τέτοια προγράμματα μπορεί να αφορούν στην προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής, στην προστασία του περιβάλλοντος, στα μέτρα πρόληψης επιδημιών κ.λπ.

Η παροχή προσωπικών υπηρεσιών υγείας χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα.

102

- Η *πρωτοβάθμια φροντίδα* είναι το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας. Βασικός σκοπός της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι να φέρει τις βασικές υπηρεσίες υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στο μέρος όπου οι πολίτες εργάζονται και διαβιούν. Μπορεί να παρασχεθεί μέσα από διάφορα οργανωτικά σχήματα όπως πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, δημοτικά ιατρεία, γενικούς οικογενειακούς γιατρούς κ.λπ. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτει κυμαίνεται μεταξύ 500 και 50.000 ατόμων.
- Η *δευτεροβάθμια φροντίδα* αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων οι οποίοι απασχολούνται σε τοπικά και νομαρχιακά νοσοκομεία αντιμετώπισης και θεραπείας οξέων περιστατικών. Σε πολλά συστήματα υγείας, η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι δυνατή μόνο μετά από παραπομπή του γενικού γιατρού. Ο πληθυσμός αναφο-

ράς κυμαίνεται μεταξύ 50.000 και 500.000 κατοίκων.

- Η *τριτοβάθμια φροντίδα* λαμβάνει τη μορφή παροχής από περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία υψηλά εξειδικευμένων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του πανεπιστημιακού νοσοκομείου, το οποίο καλύπτει 500.000 με 1.500.000 πολίτες.
- Πέρα όμως από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το επίσημο σύστημα υγείας, ένα τέταρτο επίπεδο είναι η *αυτοφροντίδα*, δηλαδή η φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της οικογένειας και του συγγενικού περιβάλλοντος. Έχει διαπιστωθεί από έρευνες ότι περίπου το 75% των προβλημάτων υγείας αντιμετωπίζεται σε αυτό το επίπεδο, ενώ το 20% αντιμετωπίζεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μόνο το 5% από τη νοσοκομειακή φροντίδα.

## Άσκηση 2

*Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω διαπίστωση, ότι δηλαδή το 75% των προβλημάτων υγείας αντιμετωπίζεται σε επίπεδο οικογένειας και συγγενικού περιβάλλοντος, το 20% αντιμετωπίζεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μόνο το 5% από τη νοσοκομειακή φροντίδα, διατυπώστε σε μια σελίδα, την άποψή σας για τα ακόλουθα ερωτήματα:*

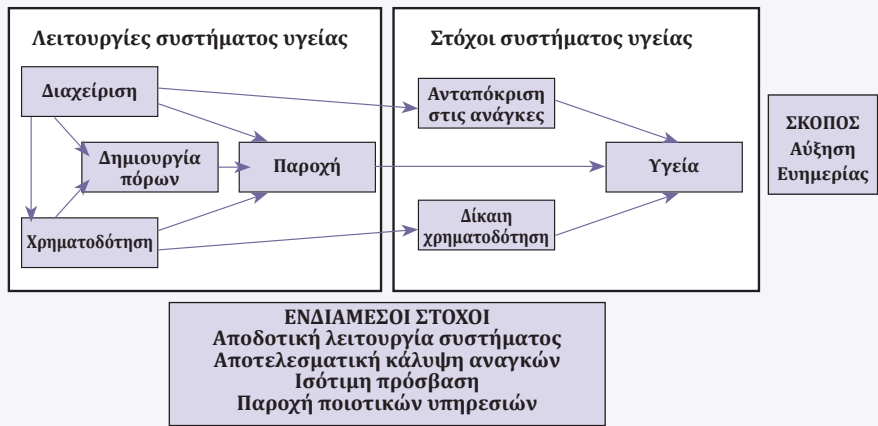
- *Μεταβολές στη δομή και στο επίπεδο ευημερίας της οικογένειας: τι επιπτώσεις έχουν για τη λειτουργία του συστήματος υγείας;*
- *Ποιος ο ρόλος των συστημάτων υγείας στη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού;*
- *Η διαμόρφωση ενός νοσοκομειοκεντρικού συστήματος υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού;*

Εκτός των παραδοσιακών μορφών περίθαλψης όπως τα κέντρα υγείας ή τα νοσοκομεία, έχουν εμφανιστεί νέες μορφές, ως συνέπεια της επιδίωξης για αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη χρησιμοποίηση των πόρων και ανταπόκριση στις νέες ανάγκες των πολιτών που πηγάζουν από τις σύγχρονες κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις. Στο πλαίσιο αυτό, εμφανίστηκαν μορφές περίθαλψης, όπως το νοσο-



κομείο ημέρας και η νοσηλεία στο σπίτι. Το νοσοκομείο ημέρας επιτρέπει τον εκ των προτέρων προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση εξετάσεων, θεραπειών και μικρών χειρουργικών επεμβάσεων μέσα σε μια ημέρα, τη στιγμή που σε ένα παραδοσιακό νοσοκομείο αντίστοιχες διαδικασίες θα απαιτούσαν την εισαγωγή και τη νοσηλεία του ατόμου. Η νοσηλεία στο σπίτι αφορά στην κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης, σε περιπτώσεις που το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς να είναι αναγκαία η εισαγωγή σε νοσοκομείο.

**Διάγραμμα 1: Η σχέση στόχων και λειτουργιών του συστήματος υγείας**



## 1.2. Μοντέλα συστημάτων υγείας

Ανάλογα με τον τρόπο παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και το βαθμό κρατικής παρέμβασης, τα συστήματα υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρία βασικά μοντέλα. Αυτά τα μοντέλα είναι δυνατό να τοποθετηθούν σε ένα συνεχές, το οποίο εκτείνεται από την πρόσληψη της υγείας ως εμπορεύματος, το οποίο αποκτάται στην αγορά, μέχρι την πρόσληψη της υγείας ως κοινωνικού αγαθού ή δικαιώματος.

*Το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς*

Στο μοντέλο αυτό, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία

και το κράτος δεν παρεμβαίνει παρά μόνο για την εξασφάλιση των απολύτως αναγκαίων υπηρεσιών προς τους άπορους και τους ηλικιωμένους. Η χρηματοδότηση προέρχεται πρωτίστως από την ιδιωτική ασφάλιση και δευτερευόντως από τις άμεσες πληρωμές. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ιδιώτες ιατρούς, κερδοσκοπικές εταιρίες παροχής υπηρεσιών και εθελοντικά φιλανθρωπικά ιδρύματα. Οι τιμές καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση.

## Δραστηριότητα 7

*Μπορείτε τώρα να σημειώσετε ένα τουλάχιστον πλεονέκτημα και ένα τουλάχιστον μειονέκτημα που μπορεί να έχει το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς. Ορισμένες δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.*

Κλασικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου αποτελεί το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, όπου η κρατική παρέμβαση περιορίζεται σε δύο μόνο κρατικά προγράμματα, το Medicaid για τους άπορους και το Medicare για τους ηλικιωμένους. Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχουν στις ΗΠΑ περίπου 50 εκατομμύρια άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας.

Θεωρητικά, το ιδιωτικό σύστημα υγείας εξασφαλίζει στο χρήστη το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του παρόχου υπηρεσιών υγείας και στο γιατρό το δικαίωμα της επιλογής της περιοχής εγκατάστασής του και του ύψους της αμοιβής του. Επιπροσθέτως, ο ανταγωνισμός μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες. Ωστόσο, εμφανίζονται ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις. Πρώτον, το σύστημα δεν ευνοεί την ανάπτυξη κινήτρων περιορισμού της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών, με συνέπεια τη διόγκωση των δαπανών υγείας. Δεύτερον, δεν ευνοεί την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης της υγείας, δεδομένου ότι ο προσανατολισμός του είναι στην εκ των υστέρων θεραπευτική παρέμβαση που είναι και η πιο κερδοφόρα. Τρίτον, δημιουργεί κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες, δεδομένου ότι η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες βασίζεται στην εισοδηματική τους ικανότητα.

*Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (Βίσμαρκ)*

Το μοντέλο αυτό θεμελιώθηκε στη Γερμανία τη δεκαετία του 1880. Οι εργαζόμενοι, ανάλογα με τον κλάδο απασχόλησης και το επάγγελ-

μά τους εντάσσονται υποχρεωτικά στο αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο, στο οποίο πληρώνουν εισφορές τόσο αυτοί όσο και οι εργοδότες τους. Τα ταμεία έχουν μια σχετική αυτονομία ως προς το κράτος και οι παροχές τους διαφοροποιούνται ως προς το εύρος και το είδος της κάλυψης. Ο ρόλος του κράτους έγκειται στο να θέτει και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων που ρυθμίζουν τις συμβάσεις μεταξύ των ασφαλισμένων, των ταμείων και των προμηθευτών των υπηρεσιών.

## Δραστηριότητα 8

*Μπορείτε τώρα να σημειώσετε ένα τουλάχιστον πλεονέκτημα και ένα τουλάχιστον μειονέκτημα που μπορεί να έχει το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης. Ορισμένες δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.*

Διακρίνονται δύο τύποι συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας: α) Τα «συμβολαιακά συστήματα» (contractual), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις (π.χ. Γερμανία, Αυστρία, Ολλανδία), β) Τα «συστήματα αποζημίωσης» (reimbursement), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιων ασφαλιστικών φορέων, ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (π.χ. Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο).

*Το μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας (Μπέβεριτζ)*

Κύριος εκπρόσωπος του μοντέλου αυτού είναι το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η Εθνική Υπηρεσία Υγείας θεσμοθετήθηκε το 1948, καθώς και οι σκανδιναβικές χώρες. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας. Το κράτος είναι επίσης υπεύθυνο για την παροχή δωρεάν τη στιγμή της χρήσης υπηρεσιών υγείας, μέσω δημόσιων προμηθευτών. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η ύπαρξη των γενικών γιατρών που έχουν ρυθμιστικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η επίσκεψη στους γιατρούς ειδικοτήτων προϋποθέ-

τει υποχρεωτικά την παραπομπή από γενικό γιατρό.

### Δραστηριότητα 9

*Μπορείτε τώρα να σημειώσετε ένα τουλάχιστον πλεονέκτημα και ένα τουλάχιστον μειονέκτημα που μπορεί να έχει το μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας. Ορισμένες δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.*

Πρωταρχική αξία στην οποία βασίζεται η λειτουργία των συστημάτων αυτών είναι η ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Εκτός της ισότιμης και καθολικής κάλυψης, ένα άλλο πλεονέκτημα των συστημάτων αυτών είναι η καλύτερη περιφερειακή κατανομή των πόρων λόγω του κεντρικού σχεδιασμού. Επιπροσθέτως, λόγω της κεντρικής χρηματοδότησης επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος των δαπανών και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και τα προγράμματα δημόσιας υγείας. Ωστόσο, εμφανίζονται και ορισμένες δυσλειτουργίες που αφορούν στην ανάπτυξη γραφειοκρατικών δομών, την ύπαρξη λίστας αναμονής στα νοσοκομεία, τη μειωμένη παραγωγικότητα, την υποβαθμισμένη σχέση γιατρού και ασθενή και τη χαμηλή σε ορισμένες περιπτώσεις ποιότητα των υπηρεσιών.

**Πίνακας 3.: Μοντέλα υγείας, δυνατά σημεία, αδυναμίες, καινοτομίες**

	Μπέβεριτζ	Μπίσμαρκ	Αγοράς
<b>Η φροντίδα υγείας ως...</b>	Εγγυημένη, κρατικά υποστηριζόμενη υπηρεσία προς τον καταναλωτή	Εγγυημένο ασφαλιστικό αγαθό	Εμπόρευμα
<b>Ρόλος κράτους</b>	Ισχυρός, έλεγχος παροχής χρηματοδότησης	Ενδιάμεσος: ρύθμιση συστήματος	Ελάχιστος
<b>Χρηματοδότηση</b>	Φορολογία	Εισφορές	Ιδιωτική
<b>Έλεγχος Προϋπολογισμού</b>	Υπουργείο Υγείας	Εργοδότες, εργαζόμενοι	Κερδοσκοπικοί ασφαλιστικοί φορείς

<b>Δυνατά σημεία</b>	Ισότητα, χαμηλό κόστος	Φιλικότητα στον πελάτη, επαγγελματική αυτονομία	Επαγγελματισμός, αυτονομία, ευελιξία
<b>Αδυναμίες</b>	Γραφειοκρατία, υποχρηματοδότηση ακαμψία	Υψηλό κόστος	Καταναλωτισμός, υψηλό κόστος, ανισότητα
<b>Καινοτομίες</b>	Διάκριση προσφοράς-ζήτησης	Εισαγωγή αγοραίων τεχνικών	Οργανισμοί Διαχείρισης Υγείας, Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών

### Άσκηση 3

*Εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά των τριών μοντέλων συστημάτων υγείας, καθώς και τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους (Πίνακας 3) και λαμβάνοντας υπόψη τις λειτουργίες και τους στόχους που πρέπει να επιτυγχάνει κάθε σύστημα υγείας (Διάγραμμα 1), διατυπώστε σε μισή σελίδα την άποψή σας ως προς το ποια στοιχεία θα πρέπει να συγκεντρώνει το «ιδανικό» για εσάς σύστημα υγείας ώστε να επιτυγχάνεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας για τον πληθυσμό.*

Σήμερα, ωστόσο, μετά τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις της δεκαετίας του 1980 στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες καθώς και της δεκαετίας του 1990 στα πρώην ανατολικά κράτη, τα συστήματα υγείας τείνουν προς μεικτές μορφές οργάνωσης, όπου δημόσιος και ιδιωτικός τομέας συνυπάρχουν, σε μια προσπάθεια συγκερασμού των πλεονεκτημάτων και αποφυγής των μειονεκτημάτων κάθε μοντέλου.

### ■ Σύνοψη

Τα συστήματα υγείας αποσκοπούν στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, στην ανταπόκριση στις ανάγκες των πολιτών και στην ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας. Προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω, είναι αναγκαίο να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των υγειονομικών πόρων με βάση τα κριτήρια της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της ποιότητας. Στο πλαίσιο αυτό, κάθε σύστημα υγείας επιτελεί τις βασικές λειτουργίες της διαχείρισης, της χρηματοδότησης, της δημιουργίας πόρων και της παροχής

υπηρεσιών. Η διαχείριση περιλαμβάνει το συνολικό σχεδιασμό του συστήματος υγείας, την αποτίμηση της απόδοσής του, τον καθορισμό προτεραιοτήτων, τη διατομεακή συνεργασία, τη ρύθμιση με την επιβολή κανόνων και την προστασία του πολίτη. Η χρηματοδότηση αφορά πρώτον, τη συλλογή των εσόδων που μπορεί να γίνεται μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης, της ιδιωτικής ασφάλισης και των άμεσων πληρωμών, δεύτερον, τη συγκέντρωση των πόρων σε ένα κοινό ταμείο και τρίτον την αγορά των υπηρεσιών. Στο σημείο αυτό, αναδεικνύεται η σημασία της μεθόδου αμοιβής αφενός των γιατρών, που μπορεί να είναι κατά πράξη, με μισθό, κατά κεφαλή ή με τη μορφή των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας και των Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών και αφετέρου των νοσοκομείων, που μπορεί να βασίζεται στο Ημερήσιο Νοσήλιο, στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες και στον σφαιρικό προϋπολογισμό, δεδομένου ότι επηρεάζει τον τρόπο λειτουργίας τους και επιδρά στην ποιότητα και τις δαπάνες υγείας. Η λειτουργία των συστημάτων υγείας περιλαμβάνει και την παραγωγή των αναγκαίων υλικών, ανθρώπινων και γνωσιακών πόρων που θα τα στηρίξουν στο έργο που επιτελούν. Τέλος, η παροχή των υπηρεσιών περιλαμβάνει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές υπηρεσίες, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και είναι δυνατό να προσφέρεται μέσα από διαφορετικά οργανωτικά πρότυπα και φορείς όπως τα κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών φορέων κ.λπ. Ανάλογα με το ρόλο που παίζει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας στη χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται και τα επιμέρους οργανωτικά πρότυπα των συστημάτων υγείας.

## Βασικές βιβλιογραφικές αναφορές Β' Μέρους

Bodenheimer Th., Grumbach K. (2010), *Κατανοώντας την πολιτική υγείας. Μια κλινική προσέγγιση*, Παρισιάνος.

Carrin G., Buse K., Heggenhougen H. K., Quah S. (eds.) (2009), *Health systems policy, finance, and organization*, Academic Press.

Γείτονα Μ. (1997), *Πολιτική και οικονομία της υγείας*, Εξάντας.

Economou Ch., Giorno C. (2009), *Improving the performance of the public health care system in Greece*. OECD Economics Department Working Paper No 722, Paris.

Economou Ch. (in print), *Health Systems in Transition: Greece*, WHO/EURO, European Observatory on Health Systems and Policies.

Ζηλίδης Χ. (2005), *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: Η μεταρρύθμιση 2000-4*, Mediforce.

Θεοδώρου Μ. και συν. (2002), *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, Παπαζήσης.

Ιωακείμογλου Η. (2010), *Υπηρεσίες υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*, ΙΝΕ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορυ Σ., Οικονόμου Χ. (επιμ.) (2003), *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*, Παπαζήσης.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α. (επιμ.) (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Θεμέλιο.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ. (2003), *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια*, Παπαζήσης.

Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. (επιμ.) (2001), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο.

Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.) (2002), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Παπαζήσης.

Λιαρόπουλος Λ. (2007), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Α' Τόμος*, Βήτα.

Λιαρόπουλος Λ. (2010), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Β' Τόμος: Διεθνή συστήματα υγείας*, Βήτα.

Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T. (eds) (2010), *Health systems governance in Europe: The role of EU law and policy*, Cambridge University Press, Cambridge.

Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Διόνικος, Αθήνα.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002), *Υγεία 21. Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα*, Τυπωθήτω.

Σούλης Σ. (1998), *Οικονομική της υγείας*, Παπαζήσης.

Σουλιώτης Κ. (επιμ.) (2006), *Πολιτική και οικονομία της υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές*, Παπαζήσης.

Τούντας Γ. (2008), *Υπηρεσίες υγείας*, Οδυσσέας.

Τσαντήλας Π. (2008), *Ευρωπαϊκό και εθνικό δίκαιο της υγείας*, Σάκκουλας.

Υφαντόπουλος Γ. (2003), *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Τυπωθήτω.

Χούκλη Μ. (2008), *Ευρωπαϊκή Ένωση και δημόσια υγεία*, Mediforce.

WHO (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva.