



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Μέθοδοι Αποζημίωσης σε Εθνικά Συστήματα Υγείας.
Σύγκριση Συστημάτων Υγείας Μεγάλης Βρετανίας – Γερμανίας.**

ΘΕΟΧΑΡΟΥΣ ΚΥΡΙΑΚΗ

Επιβλέπων Καθηγητής
Τάλιας Μιχάλης

Λευκωσία
Ιανουάριος, 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Μέθοδοι Αποζημίωσης σε Εθνικά Συστήματα Υγείας.

Σύγκριση Συστημάτων Υγείας Μεγάλης Βρετανίας – Γερμανίας.

ΘΕΟΧΑΡΟΥΣ ΚΥΡΙΑΚΗ

Επιβλέπων Καθηγητής
Τάλιας Μιχάλης

Λευκωσία
Ιανουάριος, 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

➤ Ευχαριστίες	5
➤ Περίληψη	6
➤ Abstract	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο :

1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Διάκριση Συστημάτων Υγείας με Βάση τη Χρηματοδότησή τους	9
1.2.1 Φιλελεύθερο Σύστημα.....	10
1.2.2 Μοντέλο Bismark.....	11
1.2.3 Μοντέλο Beveridge.....	11
1.3 Μέθοδοι Αποζημίωσης.....	12
1.3.1 Αμοιβή κατά Πράξη.....	14
1.3.2 Αμοιβή με Πάγια Αντιμισθία.....	14
1.3.3 Αμοιβή κατά Κεφαλήν.....	15
1.3.4 Σύγχρονες Μέθοδοι Αποζημίωσης.....	16
1.3.4.1 Πλεονεκτήματα DRGs.....	17
1.4 Δημόσια Υγεία και Προαγωγή Υγείας	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :

2.1 Μεθοδολογία Έρευνας	22
2.2 Ερευνητική Διαδικασία.....	23
2.3 Ερευνητική Προσέγγιση.....	24
2.4 Συλλογή Δεδομένων και Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :

3.1 Το Σύστημα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία.....	27
3.2 Λειτουργικά Μέσα.....	28
3.3 Οργανωτικές Δομές.....	29
3.4 Χρηματοδότηση NHS.....	33
3.5 Πλεονεκτήματα NHS.....	34
3.6 Μειονεκτήματα NHS.....	36
3.7 Αξιολόγηση NHS.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο :

4.1 Το Σύστημα Υγείας στη Γερμανία.....	40
4.2 Λειτουργικά Μέσα.....	40
4.3 Οργανωτικές Δομές.....	41
4.4 Χρηματοδότηση Γερμανικού Συστήματος.....	43
4.5 Πλεονεκτήματα	45
4.6 Μειονεκτήματα.....	47
4.7 Αξιολόγηση Γερμανικού Συστήματος.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο :

5.1 Διεξαγωγή Συμπερασμάτων μέσω Σύγκρισης.....	51
5.2 Τα Συστήματα Υγείας κάτω από την Επίβλεψη του ΠΟΥ.....	55
5.2.1 Αξιολόγηση Εξεταζόμενων Συστημάτων βάση των στόχων του ΠΟΥ....	56
5.3 Επί Κατακλείδι.....	58
➤ Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	59

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε από τη φοιτήτρια Κυριακή Θεοχάρους της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Η ακόλουθη μεταπτυχιακή εργασία ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2017 υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Μιχάλη Τάλια.

Στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Τάλια οφείλω την εκτίμηση και τις θερμές μου ευχαριστίες για την καθοδήγηση και την υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας διατριβής.

Ευχαριστώ επίσης, όλους τους διδάσκοντες καθηγητές που είχα κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού μου, οι οποίοι μέσα από τις γνώσεις και την εμπειρία τους, μας βοήθησαν να μελετήσουμε σε βάθος και να κατανοήσουμε τις διάφορες πτυχές των θεμάτων που αφορούν τη Διοίκηση των Μονάδων Υγείας και να επεκτείνουμε τις γνώσεις μας.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένειά μου για την ανυπολόγιστη ηθική υποστήριξη, την συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν αυτό το διάστημα, αφού με την πολύτιμη βοήθεια τους κατάφερα να ολοκληρώσω τις μεταπτυχιακές μου σπουδές στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγεία θεωρείται το πολυτιμότερο αγαθό, μιας και χωρίς τη σωματική και πνευματική του ευδαιμονία, ο άνθρωπος δεν μπορεί να είναι παραγωγικός στην καθημερινότητα του. Χωρίς την υγεία του δεν είναι σε θέση να προοδεύει και να συμμετέχει ενεργά στην εξέλιξη του μικρόκοσμου στον οποίο ζει και εργάζεται. Για αυτό το λόγο, πρώτιστος σκοπός κάθε κοινωνίας πρέπει να είναι η διατήρηση της υγείας των πολιτών, για ευρύτερη ανάπτυξη και ευημερία της χώρας σε κοινωνικό, πολιτικό, πνευματικό και οικονομικό επίπεδο.

Στόχος της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη και η κατανόηση των επιμέρους χαρακτηριστικών των συστημάτων υγείας, όπως ο τρόπος λειτουργίας τους, η χρηματοδότηση αλλά και η συνεισφορά τους στην κοινωνία. Συγκεκριμένα θα εστιάσουμε στα συστήματα της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας. Δεδομένου ότι τα δύο αυτά συστήματα θεωρούνται από τα παλαιότερα οργανωμένα συστήματα υγείας του σύγχρονου κόσμου διαφαίνεται η ανάγκη των ανθρώπων από πολλά χρόνια πριν να δημιουργήσει ασπίδες προστασίας γύρω από τον τομέα της υγείας, μέσα από τις οργανωμένες προσπάθειες της εκάστοτε κοινωνίας. Από τη μελέτη αναφορικά με τα συστήματα υγείας, εντοπίσαμε και θα παρουσιάσουμε μια σειρά από χαρακτηριστικά γνωρίσματα, ομοιότητες και διαφορές που αφορούν τα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας.

Για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης έγινε ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία μέσω διαφόρων μηχανών αναζήτησης όπως το Scholar Google και το Pubmed. Επίσης, μεγάλη βοήθεια μου παρείχαν τα συγγράμματα καθώς και οι σημειώσεις που δόθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

ABSTRACT

Health is considered the most valuable asset in humans' life. Without physical and spiritual bliss, mankind cannot be productive in everyday life habits. Without health, humans are not able to progress and participate in the evolution of the microcosm in which we are living and working. For this reason, the primary objective of any society must be to maintain the health of its citizens, for the greater development and prosperity of the country in social, political, cultural and economic level.

The purpose of this thesis is to study and understand the individual characteristics of the health systems, such as their operating system, funding and finally contribution to the society. In particular, we will focus on the systems of the United Kingdom and Germany. Since these two systems are considered to be the oldest organized health systems of the modern world the need to create protective shields around the health sector emerges, by the organized efforts of each society. Through the study on the health systems, we have identified and will present some features, similarities and differences related to the health systems of the UK and Germany.

For the completion of this study we have reviewed global bibliography through various search engines such as Google Scholar and Pupmed. Also, the writings and notes given throughout the duration of the Master's program has helped me tremendously.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για τη σωστή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει στους πολίτες της, κάθε χώρα, υιοθετεί ένα ενιαίο σύστημα υγείας, για να μπορεί να διαχειριστεί τις ανάγκες που προκύπτουν στον τομέα της υγείας. Ο ρόλος του συστήματος υγείας είναι να οργανώνει τους πόρους του, υλικούς αλλά και ανθρώπινους έτσι ώστε να προσφέρει τη δυνατότητα στους πολίτες για ισότητα και αμεσότητα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ανώτερος στόχος της πολιτικής για την υγεία είναι η βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Για την επίτευξη του πιο πάνω στόχου, κάθε υγειονομικό σύστημα πρέπει να διέπεται από τις αρχές της διαθεσιμότητας, της προσβασιμότητας και της συνεχούς εξασφάλισης υπηρεσιών υγείας με ίσες ευκαιρίες στη χρήση.

Τα συστήματα υγείας ακολουθούν το πρότυπο εισροών - εκροών. Συγκεκριμένα, ένα σύνολο εισροών όπως το ανθρώπινο δυναμικό (γιατροί, νοσηλευτές, ασφαλιστικά ταμεία), τα απαραίτητα μηχανήματα για τη διενέργεια εξετάσεων αλλά και τα διάφορα αναλώσιμα, οργανώνονται και δημιουργούν τις αναμενόμενες εκροές. Οι παραγόμενες εκροές δεν είναι άλλες από την ίαση των ασθενειών, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και γενικότερα την προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Για την ορθή λειτουργία των συστημάτων υγείας πρέπει να βρίσκονται σε άμεση επαφή και σωστή επικοινωνία οι τρεις βασικοί φορείς που τα χαρακτηρίζουν. Οι βασικές αυτές αρτηρίες είναι η χρηματοδότησή των συστημάτων, οι διοικητικοί φορείς και οι παραγωγοί των ιατρικών υπηρεσιών. Τα συστήματα υγείας για να θεωρούνται αποδοτικά πρέπει να είναι σε θέση να παράγουν τη μέγιστη δυνατή ποσότητα ιατρικών υπηρεσιών για όλους τους πολίτες με το ελάχιστο δυνατό κόστος.

Κύρια έγνοια κάθε συστήματος υγείας οφείλει να είναι το επίπεδο υγείας των πολιτών του και η ευημερία αυτών, μέσα από τη χορήγηση των απαραίτητων υπηρεσιών. Δεν πρέπει όμως η προσφορά των υπηρεσιών να γίνεται σε ανεξέλεγκτο βαθμό, σε σημείο που το σύστημα να αδυνατεί να καλύψει τις οικονομικές του δαπάνες. Για την οικονομική ισορροπία των συστημάτων υγείας πρέπει οι παραχθέντες υπηρεσίες να είναι αντιπροσωπευτικές των πραγματικών αναγκών των ασθενών. Παρόλα αυτά οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμες στους πολίτες ανά πάσα στιγμή και να υπάρχει ισότητα στην πρόσβαση για όλους τους ασθενείς. Επίσης, οι ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να προσφέρονται όχι μόνο για τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, όταν

δηλαδή είναι άμεσα αναγκαίες αλλά και στις περιπτώσεις πρόληψης και αποκατάστασης για προστασία του πληθυσμού από πιθανή νοσηρότητα στο μέλλον.

1.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥΣ

Σημαντικό ρόλο για την άριστη λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων και τη συνεχή προσφορά των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες διαδραματίζουν η ορθή διαχείριση των πόρων, η πολιτική γραμμή που ακολουθούν οι διοικητικοί φορείς αλλά και η πηγή χρηματοδότησης για κάθε σύστημα υγείας.

Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας μπορεί να είναι δημόσιες ή ιδιωτικές. Στις δημόσιες πηγές συγκαταλέγονται οι χρηματοδοτήσεις από το κράτος που προκύπτουν ως συνήθως από τη γενική φορολογία όλων των πολιτών. Αντιθέτως, οι ιδιωτικές χρηματοδοτήσεις προέρχονται από ασφαλιστικά ταμεία υγείας και διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες. Σε περιπτώσεις δημόσιας χρηματοδότησης καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες όλων των πολιτών ανεξαιρέτως, ενώ στις περιπτώσεις ιδιωτικής ασφάλισης πιθανόν κάποια άτομα να μην έχουν την δυνατότητα για συμμετοχή στο κόστος των ταμείων υγείας.

Οι βασικοί στόχοι που τίθενται για τις πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι ως επί το πλείστον κοινοί και αφορούν την καθολική κάλυψη του πληθυσμού για ίση πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών από τους πολίτες. Η πρόσβαση όμως στις υπηρεσίες οφείλει να είναι αντιπροσωπευτική των αναγκών του πληθυσμού και να μην επιβαρύνει τις δαπάνες για την υγείας. Γενικά, το κάθε σύστημα οφείλει να διαχειρίζεται τα πακέτα χρηματοδότησης που έχει στη διάθεσή τους με γνώμονα τη δίκαιη κατανομή των πόρων και τη διαφύλαξη της οικονομικής αποδοτικότητάς του.

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε τους τύπους των συστημάτων υγείας όπως αυτοί διαχωρίζονται βάση της πηγής χρηματοδότησής τους, τους φορείς που ασκούν τη διοικητική λειτουργία, είτε αυτή προέρχεται από το κράτος είτε από ιδιωτικούς φορείς αλλά και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που δέχεται ο καταναλωτής. Υπάρχουν τρία μοντέλα συστημάτων, το Φιλελεύθερο σύστημα, το σύστημα κατά Bismark και το σύστημα κατά Beveridge. Το Φιλελεύθερο σύστημα χαρακτηρίζεται ως ιδιωτικό σύστημα ενώ τα δύο τελευταία ως δημόσια.

1.2.1 ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η πρώτη κατηγορία που θα εξετάσουμε είναι το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας όπου θεωρητικά η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό. Πρόκειται για ένα μοντέλο στο οποίο το κράτος δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο παρά μόνο ορίζει τους κανονισμούς για την ομαλή λειτουργία της αγοράς χωρίς να επεμβαίνει στις συναλλαγές μεταξύ γιατρών-παραγωγών και ασθενών - καταναλωτών. Η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα και οι πολίτες έχουν την ελευθερία στη ζήτηση υπηρεσιών. Η ασφάλιση που παρέχεται στους πολίτες είναι από ιδιωτικούς φορείς και όχι υποχρεωτική για αυτό και μεγάλο μέρος των πολιτών παραμένει ανασφάλιστο αφού δεν έχουν όλοι την οικονομική δυνατότητα για ασφαλιστική κάλυψη. Το εν λόγω σύστημα δεν παρέχει δωρεάν καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες του, με αποτέλεσμα να δημιουργείται σημαντικό πρόβλημα ανισοτήτων στην υγεία αλλά και εμφάνιση σοβαρών επιπτώσεων από την ανεπάρκεια διεξαγωγής διαδικασιών για την πρόληψη ασθενειών.

Ακόμη μια αρνητική επίπτωση που παρουσιάζεται σε περιπτώσεις εφαρμογής του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας είναι η υπερβολική ζήτηση υπηρεσιών από τους πολίτες αλλά και η ανεξέλεγκτη παροχή τους, από τους γιατρούς. Από τη μεριά τους οι καταναλωτές αυξάνουν την ζήτηση υπηρεσιών λόγω της άγνοιάς τους γύρω από ιατρικά θέματα και επιθυμώντας να έχουν την καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στην άλλη όψη του νομίσματός οι γιατροί με σκοπό να επωφεληθούν περισσότερο οικονομικά πλασάρουν τις υπηρεσίες και τις γνώσεις τους υπέρ του κανονικού από τις υφιστάμενες ανάγκες των ασθενών. Βέβαια το τελευταίο κομμάτι μπορεί να χαρακτηριστεί και ως πλεονέκτημα αφού λόγω της ιδιωτικής προσφοράς υπηρεσιών υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των γιατρών - παραγωγών γεγονός που συμβάλλει στη συνεχή βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών. *Το σύστημα αυτό βασίζεται στο κέρδος και εστιάζεται κυρίως στη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση της νόσου και ελάχιστα στην πρόληψη και αποθεραπεία εκτός του νοσοκομείου (Σαρρής Μ., Σούλης Σ.2001).*

Επίσης ένα από τα ελάχιστα πλεονεκτήματα που προσφέρει το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας, σε όσους φυσικά έχουν την οικονομική δυνατότητα να ασφαλιστούν είναι η επιλογή του γιατρού από τον ίδιο τον ασθενή και η ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ τους. Βεβαίως, ελευθερία κινήσεων παρέχεται και στους γιατρούς οι οποίοι καθορίζουν οι ίδιοι το έργο τους αλλά και το ποσό αποζημίωσής τους για κάθε υπηρεσία που προσφέρουν.

1.2.2 MONTELO BISMARCK

Το επόμενο σε σειρά σύστημα που παρουσιάζεται είναι το Μοντέλο του Bismarck. Είναι ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης όπου η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό και οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται μόνο μετά από ασφάλιση. Σημαντικές προτεραιότητες του μοντέλου αυτού είναι η προαγωγή υγείας των πολιτών και η πρόληψη.

Το δημόσιο αυτό σύστημα προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη μεταξύ των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής θέσης. Η ασφάλιση κατά το Μοντέλο του Bismarck, παρέχεται στους πολίτες βάση του επαγγελματικού και οικονομικού τους υπόβαθρου μέσα από συνεισφορές εργοδοτών και υπαλλήλων στα εκάστοτε ασφαλιστικά ταμεία. Οι εισφορές στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης καταβάλλονται σε ποσοστό αναλόγως της οικονομικής επιφάνειας του κάθε πολίτη. Έτσι, άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα καταβάλουν υψηλότερα ποσά, καλύπτοντας τις οικονομικές αδυναμίες άλλων πολιτών και συνάμα των ασφαλιστικών ταμείων στα οποία υπάγονται.

Το κράτος με σκοπό την ύψιστη αποτελεσματικότητα του συστήματος λαμβάνει πρωταρχικό ρόλο για τον ορισμό των κανονισμών λειτουργίας αλλά και των αμοιβών για κάθε ιατρική υπηρεσία είτε αυτή προέρχεται από δημόσιους φορείς είτε από ιδιωτικούς. Με αυτό τον τρόπο μειώνονται οι πιθανότητες οικονομικού ανταγωνισμού μεταξύ των παραγωγών της υγείας και επικρατεί κλίμα ομαλής συνεργασίας με μόνο κίνητρο την υγεία των πολιτών και την ευημερία της χώρας. Το Μοντέλο του Bismarck αποσκοπεί στην ισότιμη και συλλογική κάλυψη του πληθυσμού μειώνοντας τις ανισότητες μεταξύ των πολιτών.

1.2.3 MONTELO BEVERIDGE

Το τελευταίο μοντέλο είναι αυτό του Beveridge. Πρόκειται για ένα μοντέλο που εφαρμόζεται σε εθνικά συστήματα υγείας με κεντρική ιδέα την πλήρη οικονομική κάλυψη των ιατρικών αναγκών όλων των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής θέσης και όχι από την ικανότητα αποπληρωμής των υπηρεσιών από τους ίδιους τους πολίτες. Θεωρητικά, η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό και είναι κάτω από την ευθύνη των κρατικών φορέων να προασπίζουν την υγεία των πολιτών του, παρέχοντάς τους τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες. Τα συστήματα υγείας που εφαρμόζουν το εν λόγω μοντέλο προφυλάσσουν τα δικαιώματα και τις ανάγκες υγείας των ασθενών τους δεδομένου ότι τους προσφέρουν ίση πρόσβαση και χρήση στις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση.

Ο σχεδιασμός των κανονισμών και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνεται αποκλειστικά από το κράτος. Για την επιβολή του πολιτικού σχεδίου δράσης το κράτος στηρίζεται στις ανάγκες των ασθενών και η κερδοφορία για τη κάλυψη των ιατρικών αναγκών προέρχεται από τη γενική φορολογία που επιβάλλεται στους πολίτες ή από τις ασφαλιστικές εισφορές.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό λόγω του τρόπου χρηματοδότησης των συστημάτων από τους κρατικούς φορείς γίνεται καλύτερη κατανομή, αξιοποίηση και έλεγχος των διαθέσιμων πόρων, ενισχύονται οι προσπάθειες για συγκράτηση των δαπανών υγείας και εντείνονται οι προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βασικός στόχος του μοντέλου Beveridge είναι η δημιουργία ενός κοινωνικά αποδεκτά επιπέδου διαβίωσης για όλους τους πολίτες.

Υπάρχουν βέβαια και σημαντικές επιπτώσεις στην ευημερία των υγειονομικών συστημάτων από το εν λόγω μοντέλο όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής στα δημόσια νοσηλευτήρια για εξετάσεις και επεμβάσεις οι οποίες δημιουργούνται λόγω της πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών οι οποίοι τείνουν να καταναλώνουν αχρείαστες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, λόγω της απουσίας οικονομικών κινήτρων και επαγγελματικής ανέλιξης προς τους παραγωγούς της υγείας ελλοχεύει ο κίνδυνος για προσφορά υπηρεσιών υγείας, χαμηλής ποιότητας και αποτελεσματικότητας.

1.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αποτελούν τον κύριο άξονα των συστημάτων υγείας, διαχρονικά έχουν οριστεί διάφορες μέθοδοι αποζημίωσης για τους παραγωγούς της υγείας. Μέσα από τη μελέτη των παραδοσιακών αλλά και των σύγχρονων μεθόδων αποζημίωσης μας δίνεται η ευκαιρία να εξετάσουμε τα πλεονεκτήματα αλλά και τους κινδύνους που παρουσιάζονται για τα υγειονομικά συστήματα.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται στην περίθαλψη των πολιτών σε περιπτώσεις πρόληψης όπως οι επισκέψεις σε γιατρούς, φυσιοθεραπευτές, κλινικά εργαστήρια και φαρμακεία. Με άλλα λόγια αφορά τη φροντίδα του πληθυσμού εκτός εισαγωγής ως εσωτερικού ασθενή σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Αντιθέτως, η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως η νοσοκομειακή περίθαλψη ασθενών και η διεκπεραίωση όλων των απαραίτητων ενεργειών για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας τους.

Στα διάφορα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο έχουν χρησιμοποιηθεί και εξεταστεί κατά καιρούς ποικίλες μορφές μεθόδων αποζημίωσης. Ως παραδοσιακές μέθοδοι αναφέρονται η *αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση*, η *πάγια αντιμισθία* και η *αμοιβή κατά κεφαλήν*, ενώ στις σύγχρονες μεθόδους κατατάσσονται οι *Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες* ή αλλιώς *Diagnosis Related Groups (DRG's)*.

Μέσα από την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αποζημίωσης για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους πολίτες, τα υγειονομικά συστήματα θέτουν σαν στόχο την υποκίνηση των παραγωγών της υγείας έτσι ώστε να δρουν προς όφελος της συγκράτησης των οικονομικών δαπανών, αυξάνοντας την αποδοτικότητα των συστημάτων αλλά χωρίς να επηρεάζεται αρνητικά η παραγωγικότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η βασική διαφορά μεταξύ των γιατρών-παραγωγών και των ασθενών-καταναλωτών που καθιστά τους δεύτερους αποκλειστικά εξαρτώμενους από τους παραγωγούς της υγείας, είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση. Οι μεν γιατροί-παραγωγοί με γνώμονα το προσωπικό τους οικονομικό όφελος προσφέρουν υπηρεσίες αχρειαστές προς τους ασθενείς τους, αυξάνοντας ταυτόχρονα τις δαπάνες υγείας. Οι δε ασθενείς-καταναλωτές λόγω της άγνοιάς τους γύρω από τα ιατρικά θέματα και επιδιώκοντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα της υγείας τους τείνουν να επιζητούν υπηρεσίες υγείας πέραν του κανονικού. Το φαινόμενο αυτό που δημιουργείται από την ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των δυο αυτών ομάδων, καλείται *προκλητή ζήτηση*.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό παράδειγμα υπερκατανάλωσης υπηρεσιών υγείας είναι το φαινόμενο του *ηθικού κινδύνου*. Εμφανίζεται σε περιπτώσεις πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης όπου παρατηρείται υπερβολική χρήση υπηρεσιών υγείας, αφού γιατροί και ασθενείς δεν συμμετέχουν οι ίδιοι στο κόστος των υπηρεσιών με αποτέλεσμα να δρουν ανεξέλεγκτα κατά της συγκράτησης του κόστους και των δαπανών υγείας.

Η εμφάνιση των φαινομένων της προκλητής ζήτησης και του ηθικού κινδύνου καθιστά επιτακτική την ανάγκη για τη μελέτη των μεθόδων αποζημίωσης και την εφαρμογή της αντιπροσωπευτικότερης μεθόδου για το εκάστοτε σύστημα υγείας. Μέσα από την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αποζημίωσης στοχοποιείται η παροχή κινήτρων στους γιατρούς-παραγωγούς έτσι ώστε να δρουν υπέρ των πραγματικών αναγκών των ασθενών και του υγειονομικού συστήματος γενικότερα. Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε αναλυτικά τις διάφορες μεθόδους

αποζημίωσης που εφαρμόζονται στα διάφορα συστήματα υγείας, τα προβλήματα αλλά και τα πλεονεκτήματα που τις χαρακτηρίζουν.

1.3.1 ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σύμφωνα με την παραδοσιακή αυτή μέθοδο ο ασθενής υποχρεούται να καταβάλει την αμοιβή των υπηρεσιών που του προσφέρθηκαν και αργότερα να πάρει τα χρήματά του από την ασφαλιστική εταιρεία στην οποία ανήκει. Εναλλακτικά, οι ιατρικές υπηρεσίες και η ασφαλιστική εταιρεία υπογράφουν προσυμφωνημένη σύμβαση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και το εκάστοτε ταμείο υγείας είναι υποχρεωμένο να καταβάλει το αντίστοιχο ποσό που δημιουργεί ο πελάτης του. Η εν λόγω μέθοδος είναι ευρέως διαδεδομένη και βρίσκει άμεση εφαρμογή ως επί το πλείστον στις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιώτες.

Με γνώμονα τις πιο πάνω συμβάσεις ο κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει το γιατρό ή τις υπηρεσίες που επιθυμεί και αυτό δίνει ελευθερία κινήσεων και στις δύο πλευρές αλλά και την ευκαιρία να αναπτύξουν μια πιο προσωπική σχέση μεταξύ τους. Ακόμα ένα πλεονέκτημα που προκύπτει από τη μέθοδο της αμοιβής κατά πράξη είναι η αποδοτικότητα των παραγωγών της υγείας. Δεδομένου ότι ανταμείβονται ξεχωριστά για κάθε υπηρεσία που προσφέρουν τους δίνεται το κίνητρο για την παροχή ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών, έτσι ώστε να τους προτιμούν οι ασθενείς. Κατά αυτόν τον τρόπο αυξάνεται και η ποιότητα των υγειονομικών συστημάτων.

Λόγω της ελευθερίας κινήσεων και αγοράς ιατρικών υπηρεσιών από τους πολίτες και της ασύμμετρης πληροφόρησης του κοινού εμφανίζεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Με στόχο την αύξηση της ποιότητας του επιπέδου της υγείας τους, οι ασθενείς στρέφονται στις ιατρικές υπηρεσίες σε υπέρμετρο βαθμό αυξάνοντας τη ζήτηση χωρίς ουσιαστικό λόγο. Από τη μεριά τους οι γιατροί εκμεταλλεζόμενοι την συμπεριφορά των ασθενών, και με σκοπό το οικονομικό κέρδος αφού αμείβονται ξεχωριστά για κάθε περίπτωση, συνταγογραφούν εξετάσεις και θεραπείες αχρείαστες. Εν τέλει, τα πιο πάνω παραδείγματα προκαλούν μείωση της αποδοτικότητας των οικονομικών πόρων των υγειονομικών συστημάτων.

1.3.2 ΑΜΟΙΒΗ ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ

Η αμοιβή με πάγια αντιμισθία αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μέθοδο αποζημίωσης των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται στα δημόσια νοσηλευτήρια και ως εκ τούτου της Κύπρου και της

Ελλάδας. Για την επίτευξη συνεργασίας του κράτους με το ιατρικό προσωπικό όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να υπογραφεί εκ των προτέρων σύμβαση μισθωτού και εργοδότη. Το ιατρικό προσωπικό ανταμείβεται αναλόγως των επιστημονικών τίτλων και της επαγγελματικής του πείρας, των ωρών εργασίας και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών που παράγει. Χάρη στην αποζημίωση του ιατρικού προσωπικού με πάγια αντιμισθία αποφεύγεται η δημιουργία ζήτησης υπέρογκων υπηρεσιών από τους πολίτες ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται οι πιθανότητες για συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών και συνάμα γίνεται καλύτερος προγραμματισμός των δαπανών κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος και πιο εκτεταμένα των υγειονομικών συστημάτων.

Στην απέναντι πλευρά όμως συναντάμε τα μειονεκτήματα της μεθόδου της πάγια αντιμισθίας που ταλανίζουν τις δημόσιες υπηρεσίες τόσο στο εξωτερικό αλλά και στη χώρα μας. Ξεκινώντας από ένα απλό φαινομενικά παράδειγμα όπως η εξέταση αρχικά των ασθενών από γενικούς παθολόγους γιατρούς που εφαρμόζεται στα δημόσια νοσοκομεία και αργότερα η παραπομπή τους σε ειδικούς γιατρούς. Οι πολλαπλές παραπομπές σε εξειδικευμένους γιατρούς οδηγούν στην αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία. Επίσης, η παρακολούθηση των ασθενών από διαφορετικούς γιατρούς, προκαλεί αντιδράσεις από τους πρώτους γιατί ο κάθε ασθενής θέλει να νιώσει την ασφάλεια από τη δημιουργία διαπροσωπικής σχέσης με τον γιατρό που τον παρακολουθεί, κάτι που είναι πρακτικά αδύνατον να συμβεί με τον τρόπο λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών. Έτσι ο ασθενής μένει ανικανοποίητος από την επιθυμία του με αποτέλεσμα να μεταβαίνει σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια που του παρέχουν αυτή τη δυνατότητα, αυξάνοντας έτσι και τις οικονομικές δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα. Σημαντικό μειονέκτημα θεωρείται επίσης το γεγονός ότι λόγω της απουσίας οικονομικού κινήτρου αλλά και του φόρτου εργασίας του ιατρικού προσωπικού στις δημόσιες υπηρεσίες δεν τους δίνεται το περιθώριο να ασχοληθούν σχολαστικά με κάθε ασθενή και περιστατικό με συνεπακόλουθο να παρέχονται υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας κάτι που υποβαθμίζει την ποιότητα υπηρεσιών στα δημόσια νοσηλευτήρια.

1.3.3 ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ

Στη μέθοδο αυτή ο γιατρός υπογράφει σύμβαση πριν αρχίσει να παρέχει τις υπηρεσίες του και μέσω της υπογραφείσας σύμβασης καθορίζεται ο αριθμός των ασφαλισμένων ασθενών που προτίθεται να εξυπηρετήσει ο γιατρός σε συγκεκριμένο διάστημα ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεων και το είδος των υπηρεσιών που θα προσφέρει. Η αμοιβή του γιατρού κατά αυτήν τη μέθοδο ορίζεται εκ των προτέρων και αναφέρεται σε προκαθορισμένο χρόνο και αριθμό ασθενών.

Η αμοιβή κατά κεφαλήν δίνει την ευκαιρία στους ασθενείς - καταναλωτές για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με το γιατρό - παραγωγό. Επίσης, λόγω της προκαθορισμένης σύμβασης ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες για αύξηση του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών από το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου αφού η αμοιβή του γιατρού είναι ανεξάρτητη των υπηρεσιών που προσφέρει. Ελλοχεύει όμως πάντα κίνδυνος για υπερκατανάλωση υπηρεσιών από τους πολίτες, αυξάνοντας τους οικονομικούς πόρους των υγειονομικών συστημάτων. Η ορθή οργάνωση όμως και κατανομή των πόρων οδηγεί μέσω αυτής της μεθόδου αποζημίωσης στη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Ακόμα ένα πλεονέκτημα που προσφέρει στο γιατρό αλλά και στη λειτουργία των νοσηλευτηρίων είναι η ευκαιρία που δίνεται στο γιατρό να αυξήσει την παραγωγικότητα του αυξάνοντας το κέρδος του με την παρακολούθηση περισσότερων ασθενών οι οποίοι μένουν ευχαριστημένοι από την άμεση εξυπηρέτησή τους από το σύστημα.

Μπορεί η αμοιβή κατά κεφαλήν να προσφέρει στα συστήματα υγείας τη δυνατότητα ελέγχου ποσότητας και κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά δεν αντιμετωπίζει τον κίνδυνο οι υπηρεσίες αυτές να είναι χαμηλής ποιότητας. Ένα ακόμα αρνητικό στοιχείο της περίπτωσης αυτής είναι η προκαθορισμένη παραπομπή των ασθενών σε συγκεκριμένους γιατρούς αλλά και η περιορισμένη δράση του γιατρού σε ποικίλα περιστατικά δεδομένου ότι παρακολουθεί συγκεκριμένους ασθενείς. Λόγω του αυξημένου αριθμού ασφαλισμένων, δημιουργούνται μεγάλες λίστες αναμονής με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παραπέμπονται σε άλλους γιατρούς για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κάτι που μπορεί να προκαλέσει την αγανάκτηση των πολιτών αλλά να επιφέρει και προβλήματα στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού.

1.3.4 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Προσπαθώντας να εκσυγχρονίσουν τις μεθόδους αποζημίωσης, για διευκόλυνση της ομαλής λειτουργίας των συστημάτων υγείας τους, διάφορες χώρες υιοθετούν τη μέθοδο των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών ή Diagnosis Related Groups (DRG's). Η καινοτόμα αυτή ιδέα ξεκίνησε από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1977. Με βάση τα DRG's οι ασθενείς κατατάσσονται σε κατηγορίες αναλόγως της ηλικίας, του φύλου, του είδους των υπηρεσιών που δέχονται, τη διάγνωση, τις πιθανές επιπλοκές αλλά και το κλινικό ιστορικό τους. Στο ξεκίνημα της εφαρμογής τους, τα DRG's αξιοποιήθηκαν στην καταμέτρηση των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονταν και την αξιολόγηση αυτών ενώ στην τελική τους μορφή όπως είναι μέχρι και σήμερα χρησιμοποιούνται για την αποζημίωση και χρηματοδότηση των ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο νοσοκομειακό τομέα.

Η χρηματοδότηση και αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας με βάση τη μέθοδο των DRG's ταξινομείται αναλόγως των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία σε ομοειδείς ομάδες με κύρια χαρακτηριστικά ταξινόμησης την ηλικία, το φύλο, το κλινικό ιστορικό του ασθενή, το κόστος και τη διάρκεια της νοσηλείας του. Επίσης, για την καλύτερη λειτουργία της μεθόδου για κάθε κατηγορία υπηρεσιών που προσφέρεται, υπάρχει και η ανάλογη προκαθορισμένη τιμή.

Επομένως, κατά τη μέθοδο χρηματοδότησης με βάση τα DRGs πραγματοποιείται προκαθορισμένη αποζημίωση για κάθε ασθενή αναλόγως της κατηγορίας στην οποία διαγνώστηκε ότι ανήκει. Λόγω των πολλών πλεονεκτημάτων που προσφέρουν στα συστήματα υγείας πολλές χώρες ενστερνίστηκαν τα DRG's και τα προσαρμόζουν στα δεδομένα και τις ανάγκες τους. Στη συνέχεια θα αναλύσουμε μερικά από τα ωφέληματα που μπορεί να κερδίσει μια χώρα από την εισαγωγή των DRG's στο υγειονομικό της σύστημα.

1.3.4.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ DRG's

- ✓ Δίνουν την ευχέρεια σύγκρισης του κόστους με την ποιότητα και την αποδοτικότητα των ιατρικών υπηρεσιών, έτσι προάγεται η οικονομική αποδοτικότητα των ιατρικών υπηρεσιών και η εξοικονόμηση των διαθέσιμων πόρων.
- ✓ Μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης των φαινομένων της προκλητής ζήτησης και του ηθικού κινδύνου λόγω της κατανομής των οικονομικών πόρων στα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα βάσει των υπηρεσιών που προσφέρουν.
- ✓ Ευνοούν την παραγωγή ποιοτικών υπηρεσιών και συνάμα τη συγκράτηση του οικονομικού κόστους.
- ✓ Προσφέρουν ισότητα και αμεσότητα στο χειρισμό όλων των ιατρικών περιστατικών που παρουσιάζονται.
- ✓ Πλήρης και οργανωμένη μηχανογράφηση υπηρεσιών που προσφέρει τη δυνατότητα στους εκτελεστικούς-διοικητικούς φορείς να ελέγχουν την αποτελεσματικότητα των παραχθέντων ιατρικών υπηρεσιών.

- ✓ Ενημέρωση και επέμβαση των κρατικών μηχανισμών όπου χρειάζεται, για τη σχέση ποσότητας - κόστους των υπηρεσιών που προσφέρονται, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα παραγωγής υπηρεσιών υψηλού κόστους.
- ✓ Έλεγχος σχέσης τιμής – ποιότητας προϊόντων που προμηθεύονται οι ιατρικές υπηρεσίες από εξωτερικούς συνεργάτες, διατηρώντας έτσι το κόστος των αναλώσιμων σταθερό και σε χαμηλά επίπεδα.
- ✓ Προστασία των πολιτών αλλά και συγκράτηση των κρατικών δαπανών για την υγεία από την υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών από τις ιδιωτικές υπηρεσίες αφού πλέον οι υπηρεσίες είναι ομαδοποιημένες ανά κατηγορία και οι τιμές είναι προκαθορισμένες.
- ✓ Υψηλή αποδοτικότητα και συγκράτηση κόστους των δαπανών των συστημάτων υγείας χάρη στην προκαθορισμένη πληρωμή για κάθε ασθενή με βάση την κύρια διάγνωσή του.

1.4 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η Δημόσια Υγεία και η Προαγωγή Υγείας είναι έννοιες συνυφασμένες μεταξύ τους. Πρόκειται για οργανωμένες προσπάθειες της κοινωνίας να εφαρμόσει πολιτικές για την ευημερία του πληθυσμού σε όλα τα επίπεδα δίνοντας έμφαση στο πιο βασικό αγαθό του ανθρώπου, την υγεία. Μέσα από τη δράση κυρίως της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η Δημόσια Υγεία θέτει σαν βασικό της στόχο την Προαγωγή Υγείας του πληθυσμού. Τα συστήματα υγείας, οφείλουν να εξυπηρετούν τις ανάγκες των πολιτών αλλά να ανταποκρίνονται και στις απαιτήσεις του προσωπικού. Με άλλα λόγια η αμοιβή των παραγωγών της υγείας οφείλει να είναι αντιπροσωπευτική των υπηρεσιών που παράγουν.

Η Δημόσια Υγεία καλείται να ανταποκριθεί σε μια πληθώρα από προκλήσεις και εξελίξεις στο χώρο της υγείας που αφορούν την ευημερία των πολιτών. Η συνεχής εξέλιξη της κοινωνίας και της τεχνολογίας εισάγει νέες καινοτόμες ιδέες για την ιατρική. Οι παραγωγοί της υγείας οφείλουν να είναι πάντα ενημερωμένοι και να εκπαιδεύονται συνεχώς γύρω από τα θέματα της τεχνολογίας, έτσι ώστε να μπορούν να τα εφαρμόζουν στις διάφορες θεραπείες των ασθενών. Επίσης, βασικός στόχος - πρόκληση της Δημόσιας Υγείας θεωρείται εκτός από την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού και η σωστή πληροφόρηση των πολιτών, για να είναι πάντα σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στη

λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν την υγεία τους. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί μέσα από ενημερωτικά έντυπα, διαφημίσεις αλλά και το διαδίκτυο. Καλό θα ήταν η ενημέρωση του πληθυσμού να αρχίζει από νεαρή ηλικία για να δημιουργείται από νωρίς η ανάγκη για προστασία της υγείας των πολιτών και να απευθύνονται όσο το δυνατόν περισσότεροι στις διαδικασίες της πρόληψης. Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, η πρόληψη θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες της Δημόσιας Υγείας. Μέσα από αυτήν μπορούν να αποφευχθούν πολλές άσχημες καταστάσεις που αφορούν την υγεία των πολιτών αφού η διάγνωση πολλών ασθενειών σε πρώιμο στάδιο μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση. Ως γνωστόν η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη θεραπεία αλλά και το μέσο για την διαφύλαξη της υγείας του πληθυσμού. Ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας που καλείται να χειριστεί η Δημόσια Υγεία είναι η έξαρση διαφόρων μεταδοτικών νοσημάτων και επιδημιών. Για την αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων υπάρχουν οι διεθνείς βάσεις δεδομένων όπου όλες οι χώρες οφείλουν να ενημερώνουν και να ενημερώνονται ταυτόχρονα.

Η απουσία ενός οργανωμένου και ορθά λειτουργικά συστήματος υγείας έχει άμεσο αντίκτυπο στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών κάθε χώρας. Με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας και σε διάφορες άλλες Ευρωπαϊκές χώρες προβλήματα που υπόβοσκαν στα συστήματα υγείας εμφανίστηκαν στο προσκήνιο και δημιούργησαν την επιτακτική ανάγκη για λύση και αναπροσαρμογή των όρων λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Στην Κύπρο όπου χρησιμοποιούμε ένα μικτό σύστημα υγείας που συνδυάζει το μοντέλο Beveridge με στοιχεία από το Φιλελεύθερο σύστημα, τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν είναι πολλά για αυτό και οι αρμόδιοι φορείς είναι επί ποδός για την εύρεση και εφαρμογή του αντιπροσωπευτικότερου συστήματος υγείας που θα οδηγήσει στην βελτίωση του τρόπου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας αλλά και της ποιότητας ζωής των πολιτών.

Ένα χαρακτηριστικό πρόβλημα που αφορά και την περίπτωση της Κύπρου είναι η ελευθερία των πολιτών να απευθύνονται στις ιατρικές υπηρεσίες, πολλές φορές χωρίς σοβαρό λόγο. Με αυτό τον τρόπο οδηγούμαστε σε ανεξέλεγκτη και υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας και την αύξηση των δαπανών υγείας. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, λοιπόν, είναι από τα πρώτα κεφάλαια που πρέπει να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό του νέου συστήματος υγείας στη χώρα μας.

Λόγω της υπερβολικής ζήτησης υπηρεσιών αλλά και των περικοπών σε προσωπικό και υλικά μέσα ο δημόσιος τομέας αδυνατεί να εξυπηρετήσει άμεσα τους πολίτες με αποτέλεσμα αυτοί με τη σειρά

τους ή μετά από παραπομπή και επιδότηση από το κράτος, να στρέφονται στους ιδιώτες. Τα ιδιωτικά ιατρικά κέντρα, εκμεταλλευόμενα την κατάσταση που επικρατεί προχωρούν σε υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρουν με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες της χώρας μας. Το συγκεκριμένο ζήτημα όμως αφήνει εκτεθειμένους ασθενείς χωρίς την οικονομική ευχέρεια να περιμένουν στις λίστες αναμονής, και σε πολλές περιπτώσεις περιστατικά που χρήζουν άμεσης προσοχής να μένουν ανεξέταστα. Αυτό οδηγεί στη μείωση της ποιότητας ζωής των πολιτών και εκτενέστερα στη μείωση του επιπέδου ζωής και ευημερίας της χώρας, μιας και ο άνθρωπος χωρίς την υγεία του δεν μπορεί να καταστεί παραγωγικός στους υπόλοιπους τομείς.

Εκτός των εσωτερικών ζητημάτων που καλείται να διαχειριστεί κάθε κράτος, τον τελευταίο καιρό με την οικονομική κρίση και τον πόλεμο στις γειτονικές μας χώρες τα μαζικά κύματα μετανάστευσης δημιουργούν σημαντικό πρόβλημα στον προϋπολογισμό της Πρωτοβάθμιας αλλά και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας αφού η ανάγκη για πρωτογενή πρόληψη από λοιμώδη νοσήματα είναι επιτακτική λόγω του μεγάλου χρόνου διαμονής των μεταναστών στην κάθε χώρα που επιθυμεί να προστατεύσει την υγεία των πολιτών της.

Ένα ακόμα πρόβλημα που έφερε στο φως η οικονομική κρίση στη χώρα μας είναι η υπολειτουργία των κέντρων υγείας και η απελπιστική κατάσταση στελέχωσης στην οποία βρίσκονται. Παρά την αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στα μεγάλα νοσοκομεία, τα διάφορα κέντρα υγείας που διαθέτουμε συνεχίζουν να υπολειτουργούν αντί να ενισχυθούν για να βοηθήσουν στην άμεση και ομαλή εξυπηρέτηση των πολιτών.

Καίριο βεβαίως ζήτημα αποτελεί ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται. Κάθε χώρα οφείλει να υιοθετεί μια μέθοδο η οποία θα οδηγεί σε συγκράτηση του κόστους παραγωγής προσφέροντας όμως, υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στους πολίτες της. Ίσως η καταλληλότερη μέθοδος να είναι αυτή με πάγια αντιμισθία όπου ο γιατρός αμείβεται μέσω προκαθορισμένης σύμβασης που βασίζεται στις επαγγελματικές γνώσεις και υπηρεσίες που προσφέρει αλλά και τις ώρες εργασίας του. Επίσης χρήσιμη θα ήταν και η αμοιβή των γιατρών κατά κεφαλήν όπου ο γιατρός πληρώνεται πάλι μέσω σύμβασης αναλόγως των ασθενών που δέχεται να παρακολουθεί σε μια συγκεκριμένη περίοδο. Ακόμα, από την πλευρά των ασθενών για αποφυγή της υπερβολικής ζήτησης υπηρεσιών καλό θα ήταν η συμμετοχή τους στην αποπληρωμή των ιατρικών υπηρεσιών που δέχονται ακόμα και σε μικρό ποσοστό.

Μέσα από τα πιο πάνω διαφαίνεται η άμεση ανάγκη για εκσυγχρονισμό του σχεδίου δράσης όχι μόνο του συστήματος υγείας της Κύπρου αλλά και οποιονδήποτε άλλων χωρών που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα. Πρέπει να εφαρμόζεται ένα σύστημα υγείας που να εξασφαλίζει την ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, να προωθεί και να ελέγχει την ποιότητα και τη συνεχή εξέλιξη και προσαρμογή των διαδικασιών στα νέα δεδομένα και συνάμα να παρέχει ισχυρά κίνητρα στους παραγωγούς της υγείας για άσκηση υψηλού επιπέδου επαγγελματισμού στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών με συγκράτηση του κόστους των οικονομικών πόρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εκτός από το θεωρητικό κομμάτι, πολύ σημαντικό ρόλο στη συγγραφή ενός ερευνητικού σκοπού διαδραματίζει και η μεθοδολογία έρευνας. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στη μεθοδολογία έρευνας που χαρακτηρίζει την παρούσα διατριβή. Η μεθοδολογία της έρευνας αναφέρεται στους στόχους της διατριβής, τους οποίους κάθε μελετητής θέτει και παρουσιάζει από την αρχή της συγγραφής του. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, αναφορικά με τη μελέτη των Συστημάτων Υγείας και συγκεκριμένα των Συστημάτων Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας στοχοποιούνται ο τρόπος λειτουργίας, η χρηματοδότηση και η συνεισφορά τους προς όφελος των πολιτών. Επίσης σημαντικό κομμάτι για τη μεθοδολογία έρευνας στην εργασία που ακολουθεί αποτελούν οι ομοιότητες και οι διαφορές που παρουσιάζουν τα δύο συστήματα υγείας.

Η μεθοδολογία έρευνας ορίζεται ως η κατανόηση της επιστημονικής ερευνητικής διαδικασίας με σκοπό να βοηθήσει τον ερευνητή να σχεδιάσει και να πραγματοποιήσει την έρευνα που επιθυμεί να διεξάγει. Η μεθοδολογία έρευνας αναφέρεται στις παραμέτρους της ερευνητικής προσπάθειας του ερευνητή, οι οποίες αφορούν στις γενικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, στις μεθόδους, στις τεχνικές, στα μέσα, στα υλικά και στις διαδικασίες που θα επιλέξει για τη διεξαγωγή της έρευνας του (Δημητρόπουλος, 2004). Η ερευνητική διαδικασία έχει ως αφορμή ένα προβληματισμό και προσπαθεί να απαντήσει σε ένα ερευνητικό ερώτημα. Επομένως ένας ερευνητής καλείται να σχεδιάσει τη μεθοδολογία που θα υιοθετήσει σε σχέση με τον προβληματισμό του και σε συνάρτηση με το υπό εξέταση πεδίο και θέμα του.¹

Οι ερευνητικοί στόχοι που έχουν τεθεί στην παρούσα διατριβή για τα Συστήματα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας, είναι οι εξής:

- ❖ Ποια πρότυπα διοικητικής και οργανωτικής δομής εφαρμόζονται στα εθνικά συστήματα υγείας;

¹ Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Πειραιά, Μεθοδολογία Έρευνας.

http://www.lib.unipi.gr/files/Stratigikes_Anazitisis_Pliororiakon_Pigon/1.%20%CE%9C%CE%B5%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%AD%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%CF%82.pdf

- ❖ Οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες καλύπτονται από ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση;
- ❖ Ποιοι κίνδυνοι ελλοχεύουν σε κάθε σύστημα υγείας και ποιοι οι τρόποι αντιμετώπισής τους;
- ❖ Ποια τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προσφέρει το κάθε υγειονομικό σύστημα;
- ❖ Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ποιες οι ομοιότητες και ποιες οι διαφορές μεταξύ των δύο εξεταζόμενων συστημάτων υγείας, της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας;

Στόχος της ακόλουθης μελέτης είναι να απαντήσει στα πιο πάνω ερευνητικά ερωτήματα και να καταλήξει στη σύγκριση μεταξύ των δύο εξεταζόμενων συστημάτων. Μέσα από την ερευνητική διαδικασία, την ερευνητική προσέγγιση του θέματος, τη συλλογή των δεδομένων και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων θα αναλύσουμε και θα παρουσιάσουμε την κεντρική ιδέα της παρούσας διατριβής που αναφέρεται στις Μεθόδους Αποζημίωσης των Εθνικών Συστημάτων Υγείας αλλά και τη Σύγκριση των Συστημάτων Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας.

Η επιλογή για τη μελέτη των δύο συγκεκριμένων συστημάτων έγινε με κύριο γνώμονα το μεγάλο χρόνο λειτουργίας τους. Επιπλέον, για την επιλογή του Βρετανικού Συστήματος σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε και το γεγονός ότι η Κύπρος ήταν για πολλά χρόνια αποικία των Άγγλων. Η Αγγλοκρατία στην Κύπρο είχε ως αποτέλεσμα ο ιατρικός τομέας καθώς και διάφορες άλλες υπηρεσίες να λειτουργούν παρομοίως με τις Βρετανικές. Λόγω λοιπόν του γεγονότος, ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας είναι επηρεασμένο από το Βρετανικό Σύστημα, συγκλίνοντας σε κάποια βασικά στοιχεία της λειτουργίας τους, μας οδήγησε στην απόφαση για περαιτέρω εμπειριστατωμένη μελέτη του εν λόγω συστήματος. Όσον αφορά το Γερμανικό Σύστημα, η επιλογή του, βασίστηκε στο γεγονός ότι θεωρείται ένα από τα πιο αποδοτικά συστήματα στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει στους πολίτες του, αλλά και στο ότι πρόκειται για ένα άρτια οργανωμένο Ευρωπαϊκό σύστημα.

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η ερευνητική διαδικασία αναφέρεται στη δυνατότητα ανάπτυξης μιας ερευνητικής μεθοδολογίας, η οποία είναι τόσο συστηματική και δομημένη, ώστε αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα της ακαδημαϊκής έρευνας (Neville, 2007). Η έρευνα που αναπτύσσεται με ένα δομημένο και

συστηματικό τρόπο διέπεται από την απαραίτητα αυστηρότητα (Saunders et al, 2008) και μπορεί να ελεγχθεί καλύτερα από τους ακαδημαϊκούς και τους ερευνητές (Myers, 2008).²

Ο Κνοκ το 2004 κατέγραψε τη δική του εμπειριστατωμένη άποψη κατά την οποία κρίνεται άμεση ανάγκη για προσδιορισμό της φιλοσοφίας στην οποία στηρίζεται μια έρευνα έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η καταγραφή των επιστημονικών υποθέσεων της εκάστοτε έρευνας. Επίσης, ο εν λόγω ερευνητής εκτιμά πως η ερευνητική προσέγγιση επιβάλλει τους δικούς της περιορισμούς κατά την επιλογή της μεθόδου συλλογής δεδομένων, οπότε υπάρχει μια σαφής σύνδεση μεταξύ διαφορετικών απόψεων τις ερευνητικής διαδικασίας.²

Παρομοίως με τον Κνοκ ακόμα ένας μελετητής, ο Neville το 2007 ασχολήθηκε με τη μεθοδολογία της έρευνας. Ο Neville διατύπωσε τη θέση, ότι οι ερευνητικές υποθέσεις επηρεάζουν και υπαγορεύουν την επιλογή της ερευνητικής προσέγγισης, καθώς ορισμένες προσεγγίσεις δεν είναι συμβατές με τις υποθέσεις που αφορούν τη δημιουργία της γνώσης, όπως ορίζονται από κάθε ερευνητική φιλοσοφία. Κάθε μια από αυτές τις αποφάσεις, πρέπει να λαμβάνονται μέσα στα πλαίσια των περιορισμών και των υπαγορεύσεων των πραγματικών στόχων της μελέτης.²

2.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η Ερευνητική Προσέγγιση της διατριβής εξαρτάται από το αν η έρευνα χρησιμοποιεί ποσοτική, ποιοτική ή συνδυαστική μέθοδο προσέγγισης. Η ποσοτική μελέτη αναφέρεται σε μια έρευνα βασισμένη σε στατιστικά δεδομένα, γεγονότα, στοιχεία και άλλα είδη αριθμών (Neville, 2007). Ενώ, είναι εύκολη η μεταχείριση και η ανάλυση, λέγεται ότι τέτοια δεδομένα εμφανίζουν έλλειψη σε λεπτομέρειες και θεωρείται ότι δεν έχει το ίδιο πλούσιο επίπεδο όταν συγκρίνονται με τα ποιοτικά δεδομένα (Fitzgerald - Howcroft, 1998). Ως εκ τούτου, η ποιοτική έρευνα αφορά μη στατιστικά δεδομένα τα οποία προέρχονται από συνεντεύξεις, κείμενα και άλλες πηγές, τα οποία είναι θεωρητικά πιο πλούσια λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι περιλαμβάνει γνώμες, απόψεις και συναισθήματα τα οποία δεν μπορεί να εκφράσει κανένας αριθμός (Chen – Hirschheim, 2004).³

² Αντωνίου Έλενα, Ερευνητική Διαδικασία σελ. 15-16

<https://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/1736/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2014-00251.pdf?sequence=1>

³ Αντωνίου Έλενα, Ερευνητική Προσέγγιση σελ. 18

<https://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/1736/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2014-00251.pdf?sequence=1>

Βάση της πιο πάνω θεωρίας η παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται ως ποιοτική, δεδομένου ότι δεν περιλαμβάνει ποσοτικά στοιχεία, παρά μόνο θεωρητική έρευνα. Σύμφωνα με τους Cohen, Manion και Morrison (2011) τα συνήθη στάδια της ποιοτικής έρευνας είναι τα εξής ακόλουθα:

1. Προσδιορισμός του θέματος.
2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση.
3. Σχεδιασμός του ερευνητικού ερωτήματος, της έρευνας και της συλλογής δεδομένων
4. Εντοπισμός των τομέων που αφορούν την έρευνα και το ρόλο του ερευνητή στην έρευνα
5. Εντοπισμός των πηγών πληροφόρησης (π.χ. σε περιπτώσεις που θα συμμετέχουν άτομα ή ομάδες στην έρευνα μέσα από συνεντεύξεις).
6. Ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας με τους συμμετέχοντες.
7. Διεξαγωγή της έρευνας και της συλλογής δεδομένων ταυτόχρονα.
8. Διεξαγωγή της ανάλυσης των δεδομένων, είτε ταυτόχρονα, σε συνεχή βάση, δεδομένου ότι η κατάσταση προκύπτει και εξελίσσεται, ή διεξαγωγή της ανάλυσης των δεδομένων μετά την έρευνα.
9. Έκθεση αποτελεσμάτων και της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας ή των απαντήσεων στις ερωτήσεις που προκύπτουν από την έρευνα.
10. Δημιουργία μιας υπόθεσης για περαιτέρω έρευνα ή δοκιμή.⁴

Ο λόγος που στην παρούσα διατριβή προτιμήθηκε η ποιοτική μέθοδος, είναι το ευρύ φάσμα πληροφοριών που μπορεί να δοθεί από διάφορα άρθρα και πηγές που αναφέρονται στα υπό εξέταση συστήματα. Τα δύο αυτά συστήματα χρονολογούνται σε βάθος χρόνου, οπότεν αρκετοί μελετητές ασχολήθηκαν με αυτά, κάτι που διευκολύνει τη δική μας έρευνα αφού μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση μπορούμε να εντοπίσουμε αρκετές πηγές που ανταποκρίνονται στους ερευνητικούς μας στόχους. Οι πηγές πληροφόρησής μας προήλθαν αποκλειστικά από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και όχι από ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις για το γεγονός ότι το πεδίο που εξετάζουμε δεν είναι ευρέως γνωστό στους πολίτες, επομένως η μέθοδος αυτή δεν θα διευκόλυne τη διαδικασία συλλογής πληροφοριών.

⁴ Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Πειραιά, Μεθοδολογία Έρευνας.

http://www.lib.unipi.gr/files/Stratigikes_Anazitisis_Plioforiakon_Pigon/1.%20%CE%9C%CE%B5%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%AD%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%CF%82.pdf

2.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η έρευνα και η συλλογή των πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκαν για τη διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης έγινε μέσω διαφόρων διαδικτυακών πηγών πληροφόρησης, όπως το Pubmed και το Google Scholar. Λόγω του ότι η έρευνα μας αναφέρεται κυρίως στα Συστήματα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας η ανασκόπησή μας έπρεπε να γίνει στην διεθνή βιβλιογραφία. Δεδομένου ότι τα δύο εξεταζόμενα συστήματα υγείας θεωρούνται από τα παλαιότερα συστήματα στο χώρο της υγείας, οι πηγές που αναφέρονται σε αυτά είναι πολυάριθμες για αυτό έπρεπε να γίνει διαλογή και αξιολόγηση των πληροφοριών που θα χρησιμοποιούνταν και που εντέλει εντάχθηκαν στην ακόλουθη διατριβή.

Η διαλογή των άρθρων σχετικά με το θέμα της διατριβής μας, στηρίχθηκε αποκλειστικά στους ερευνητικούς στόχους που τέθηκαν αρχικά. Οπότε άρθρα τα οποία ασχολήθηκαν με θέματα εκτός του πεδίου των πιο πάνω θεμάτων δεν συμπεριλήφθηκαν για την εκπόνηση της διατριβής. Επίσης, για την επιλογή των σχετικών άρθρων τοποθετήθηκαν χρονικά όρια. Για παράδειγμα άρθρα τα οποία αναφέρονται στο Βρετανικό Σύστημα πριν την περίοδο του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και την εφαρμογή του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο, θεωρητικά δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες της έρευνάς μας για αυτό και απορρίφθηκαν. Παρομοίως και για το Γερμανικό Σύστημα, πηγές οι οποίες αναφέρονται πριν την εφαρμογή του μοντέλου όπως αυτό ορίστηκε από τον Bismark δεν χρησιμοποιήθηκαν. Γενικότερα, οι πηγές μας προέρχονται κυρίως από σύγχρονες βιβλιογραφικές αναφορές.

Μετά το τέλος της καταγραφής των χαρακτηριστικών κάθε συστήματος αλλά και των διαφόρων πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων που παρουσιάζουν, καταλήξαμε στη σύγκριση αυτών. Η σύγκριση για τα εν λόγω συστήματα βασίστηκε στα χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα, όπως για παράδειγμα ο τρόπος λειτουργίας τους τόσο εντός αλλά και εκτός των νοσοκομειακών μονάδων, η χρηματοδότηση καθώς επίσης και οι μέθοδοι αποζημίωσης που χρησιμοποιούν. Λόγω των πολλαπλών σημείων σύγκρισης που παρουσιάζονται στο τελευταίο κεφάλαιο, η παρούσα μελέτη μπορεί να αποτελέσει πηγή πληροφοριών και έμπνευσης για μελλοντικούς ερευνητές που επιθυμούν να ασχοληθούν με το εν λόγω θέμα και να τους βοηθήσει να καταλήξουν στα δικά τους πορίσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Η ανάγκη για την εφαρμογή ενός καθολικού και δημόσιου συστήματος στη Μεγάλη Βρετανία προέκυψε από την ανύπαρκτη κοινωνική ασφάλιση στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με αποκορύφωμα τα χαμηλά επίπεδα διαβίωσης των πολιτών στα χρόνια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Οι Βρετανοί πολίτες δεν μπορούσαν να καλύψουν τις ιατρικές τους ανάγκες λόγω των υψηλών τιμών των υπηρεσιών που πρόσφεραν οι ιδιώτες γιατροί και του χαμηλού οικονομικού τους υπόβαθρου. Τα δεδομένα αυτά οδηγούσαν σε μείωση του βιοτικού επιπέδου και της ευημερίας των χωρών του Ηνωμένου Βασιλείου. Επίσης, δημιουργούσαν ανισότητες τόσο στην υγεία αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Έτσι μετά το τέλος του πολέμου οι πολιτικοί ιθύνοντες της εποχής ανέλαβαν δράση για τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Υγείας και την εφαρμογή ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο λειτουργεί μέσα από πολλές μεταρρυθμίσεις, μέχρι και σήμερα.

Το σύστημα υγείας στην Αγγλία και γενικότερα στη Μεγάλη Βρετανία διαχειρίζεται η Εθνική Υπηρεσία Υγείας ή καλύτερα National Health Service γνωστή και ως NHS. Πρόκειται για ένα δημόσιο σύστημα υγείας που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1948 και παρέχει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλους τους μόνιμους κατοίκους των χωρών του Ηνωμένου Βασιλείου. Το NHS θεωρείται το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα δημόσιου εθνικού συστήματος υγείας και πηγή μελέτης και έρευνας για τα νεότερα συστήματα υγείας.

Η εφαρμογή του NHS αποτέλεσε σταθμό στα ιατρικά δρώμενα της εποχής αφού ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που δεν στηριζόταν στην κοινωνική ασφάλιση, αλλά εξαρτιόταν από τη γενική φορολογία. Η δημόσια ασφάλιση στο εν λόγω σύστημα είναι υποχρεωτική. Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι περιορισμένος, λειτουργώντας συμπληρωματικά προς το NHS. Το σύστημα αυτό έχει ως βασική αρχή του την κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Από την ημέρα ίδρυσής του μέχρι και σήμερα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας αποσκοπεί στην καθολική και ίση χρήση των υπηρεσιών υγείας χωρίς κοινωνικές διακρίσεις. Ο έλεγχος και η διοίκηση του NHS προέρχονται από τους κρατικούς φορείς. Ξεκινώντας από κεντρικό επίπεδο, κατανέμονται περιφερειακά και καταλήγουν σε τοπικό επίπεδο.

3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΜΕΣΑ

Το NHS εκμισθώνει γενικούς γιατρούς όπου ο κάθε ασθενής μπορεί να αποταθεί σε αυτούς για δωρεάν εξέταση. Αν ο γενικός γιατρός το κρίνει αναγκαίο τότε ο ασθενής παραπέμπεται από αυτόν σε άλλον γιατρό με τη σχετική ειδικότητα ή σε κάποιο νοσοκομείο, όπου και πάλι ο ασθενής εξετάζεται δωρεάν. Όσον αφορά την φαρμακευτική περίθαλψη, στο NHS υπάρχουν συμβεβλημένα φαρμακεία τα οποία είναι υποχρεωμένα να παρέχουν σε χαμηλές και προσυμφωνηθέντες τιμές τα φάρμακα στους ασθενείς. Το πρόγραμμα υγείας του NHS προσφέρει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επίσης την πολύ σημαντική φροντίδα υγείας σε μακροχρόνια άρρωστους με κατ' οίκον νοσηλεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις όπου κάποιες συνταγές ή εξετάσεις κυρίως οδοντιατρικής και οπτικής ιατρικής είναι αρκετά ακριβές, τότε οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν ένα μέρος του ποσού αυτού.

Όπως προαναφέραμε το NHS έχει τη δυνατότητα να περιθάλπει το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών μέσα από τη χρήση των δημόσιων φορέων χωρίς την συμμετοχή των ιδιωτικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις. Με αυτό τον τρόπο οι πολίτες που ζουν στην επικράτεια της Μεγάλης Βρετανίας έχουν την ευκαιρία για δωρεάν καθολική ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη.

Το NHS αποτελεί ένα εθνικό δημόσιο σύστημα όπου ο τρόπος λειτουργίας του στηρίζεται στο μοντέλο Beveridge. Οι ιατρικές ανάγκες που προκύπτουν από κάθε ασθενή καλύπτονται πλήρως, ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής θέσης αυτού. Το κράτος είναι υπεύθυνο για την επιβολή των κανονισμών και το διορισμό του ιατρικού προσωπικού. Για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου χρησιμοποιούνται οι οικονομικοί πόροι που ως επί τω πλείστων προέρχονται από τη γενική φορολογία των πολιτών. Επίσης, στη χρηματοδότηση του εν λόγω συστήματος συμβάλλουν και οι έξτρα πληρωμές που καταβάλλονται από τους ίδιους τους πολίτες σε περιπτώσεις όπου οι εξετάσεις που χρησιμοποιούν οι ασθενείς είναι υπερβολικά ακριβές.

Το NHS διαμοιράζει τους οικονομικούς του πόρους στις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας (District Health Authorities, DHA) και αυτές με τη σειρά τους αποπληρώνουν τα ταμεία των γενικών γιατρών που απασχολούν (General Practitioner's fundholders) αλλά και τις Τοπικές Υπηρεσίες Υγείας (Local Health Authorities, LHA). Ο καταμερισμός των πόρων αλλά και των ευθυνών περιφερικά αποσκοπεί στην απλοποίηση της λειτουργίας του συστήματος αλλά και στη δημιουργία

κλίματος ανταγωνισμού μεταξύ των μονάδων υγείας με σκοπό την οικονομική και παραγωγική αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος.

Οι κρατικές υπηρεσίες, αναλόγως του αριθμού των ασθενών που εγγράφεται σε αυτές και της ζήτησης των υπηρεσιών, αγοράζουν ιατρικές υπηρεσίες από τα δημόσια ή τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια του NHS. Έτσι οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας καλούνται ως αγοραστές των ιατρικών υπηρεσιών και τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια αλλά και οι γενικοί γιατροί ως προμηθευτές του συστήματος υγείας. Με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για τη δημιουργία κλίματος υγιούς και ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών υπογράφονται συμβάσεις που στηρίζονται στη σχέση ποιότητας και τιμής για κάθε υπηρεσία.

3.3 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Η διοικητική οργάνωση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας το οποίο φέρει την γενική ευθύνη για τη λειτουργία του NHS, τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας που σκοπό έχουν την κατανομή και εφαρμογή των αποφάσεων του Υπουργείου και τέλος, τις Τοπικές Υπηρεσίες Υγείας για κάθε επαρχία οι οποίες δρουν συμπληρωματικά και υπό την εποπτεία των Περιφερειακών Μονάδων.

Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει τις αρμοδιότητες γύρω από την υγεία σε διάφορους φορείς όπως της Δημόσιας Υγείας, της Διαχείρισης των Πόρων, της Κοινωνικής και Νοσηλευτικής Φροντίδας και της Έρευνας και Ανάπτυξης. Κάθε φορέας αναλαμβάνει να φέρει εις πέρας το κομμάτι που του αναλογεί και να συμβάλει με τον τρόπο του στην ομαλή λειτουργία του NHS.

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας, εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά στο Βρετανικό Σύστημα το 1991. Υπάγονται στο πεδίο δράσης του Υπουργείου Υγείας, και είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή των κανονισμών σε περιφερικό επίπεδο καθώς και για την διαχείριση των Τοπικών Υπηρεσιών Υγείας στις επαρχίες και εν τέλει των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σημαντικός τομέας δράσης των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας είναι ο συντονισμός και η διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας καθώς και η επίβλεψη των συμβάσεων που υπογράφονται και εκτελούνται από τους γενικούς γιατρούς.

Στην ομαλή διοικητική λειτουργία του NHS συμβάλλει και ακόμα ένας διοικητικός φορέας. Πρόκειται για τις Τοπικές Υπηρεσίες Υγείας οι οποίες είναι τοπικές οργανώσεις που καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας. Λόγω της μεγάλης έκτασης που καλύπτει και διαχειρίζεται το Ηνωμένο Βασίλειο είναι δύσκολο να ελέγχεται ο τομέας της υγείας μόνο από τους κεντρικούς φορείς. Με σκοπό λοιπόν τον καλύτερο έλεγχο του υγειονομικού συστήματος και την παροχή αναλλοίωτων υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες οι Τοπικές Υπηρεσίες Υγείας, μεσολαβούν ανάμεσα στο κράτος και τους πολίτες έτσι ώστε να διαβιβάζονται τα προβλήματα αλλά να φτάνουν και οι αποφάσεις στις τοπικές κοινωνίες. Επίσης, σημαντικός τομέας δραστηριοποίησης των Τοπικών Υπηρεσιών Υγείας είναι η αγορά υπηρεσιών υγείας για τις ανάγκες των πολιτών που ανήκουν στην εποπτεία τους.

Οι αποφάσεις που λαμβάνουν οι κρατικοί φορείς, δεν αφορούν μόνο τους πολίτες αλλά και το προσωπικό που εργάζεται στις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Ο βασικός στόχος που εγείρεται στους τομείς δράσης του NHS είναι να υπάρχει μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται για το NHS από τη διοίκηση μέχρι τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, άριστη συνεργασία με απώτερο στόχο την ικανοποίηση των πολιτών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη εξοικονόμηση των οικονομικών πόρων που διαθέτει το Υπουργείο Υγείας.

Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας οργανώνονται σε ευρύτερους θεσμούς και υπάγονται σε διάφορους νοσοκομειακούς οργανισμούς. Στην επικράτεια της Μεγάλης Βρετανίας υφίστανται 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα που περιλαμβάνουν περίπου 1600 δημόσια νοσηλευτήρια αλλά και ένα μικρό αριθμό ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων υγείας. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι κάθε νοσοκομειακό ίδρυμα έχει τη δυνατότητα να δρα αυτόνομα τόσο σε διοικητικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο και να λειτουργεί με βάση τους κανόνες της αγοράς και του ευγενούς ανταγωνισμού.

Κάθε νοσοκομείο είναι σε θέση να προσλάβει το δικό του προσωπικό και να προχωρήσει στη σύναψη συμφωνίας καθώς επίσης και να τιμολογήσει τις υπηρεσίες που θα προσφέρει. Σκοπός της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των φορέων που ασχολούνται με αυτήν είναι η άμεση περίθαλψη των ασθενών που εισάγονται στα νοσοκομεία του κράτους και η διενέργεια των απαραίτητων μεθόδων για την ολοκληρωτική θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας των πολιτών.

Από το 1998, όταν εφαρμόστηκε το νέο πλαίσιο μεταρρυθμίσεων στο NHS θεσμοθετήθηκαν οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ή Primary Care Groups (PCGs). Οι ομάδες αυτές αποτελούν

δημόσιους αυτόνομους διοικητικούς οργανισμούς και είναι οι πλέον αρμόδιες για τη σύναψη συμφωνιών με τους γενικούς γιατρούς και τα νοσηλευτήρια. Οι αρμοδιότητες των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σχετίζονται με τη διαχείριση του προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στους πολίτες, τη στελέχωση όλων των θέσεων εργασίας στις ιατρικές υπηρεσίες με το απαραίτητο προσωπικό και με τη συμβουλευτική δράση προς τις αρμόδιες μονάδες υγείας για την προσφορά όσο το δυνατό ποιοτικότερων υπηρεσιών προς τους πολίτες. Κάθε Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι υπεύθυνη για μια συγκεκριμένη περιφέρεια, παρέχοντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας. Οι εν λόγω ομάδες είναι υπεύθυνες επίσης και για την ομοιόμορφη κατανομή των πόρων, οικονομικών και υλικών στο υγειονομικό σύστημα.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο NHS λειτουργεί βασιζόμενη στο θεσμό των γενικών ιατρών. Ο κάθε γενικός ιατρός είτε ιδιωτεύει μόνος του σε δικό του γραφείο είτε μαζί με άλλους συναδέλφους του, παρέχοντας τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι σε αυτούς. Η συμβολή των γενικών ιατρών στην ομαλή λειτουργία του NHS είναι καθοριστικής σημασίας. Μέσα από την ιδιότητα τους έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν την ποιότητα και την ποσότητα στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Επίσης, σε συνεργασία με τους οργανισμούς στους οποίους ανήκουν ή με τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας δρουν ως εκπρόσωποι των ασθενών τους και διαχειρίζονται τους οικονομικούς πόρους για την αγορά ιατρικών υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία των ασθενών τους.

Αρκετοί γιατροί στην Μεγάλη Βρετανία συνδυάζουν τη δημόσια με την ιδιωτική εξάσκηση του επαγγέλματος. Οι γιατροί που εργάζονται στα νοσοκομεία του NHS είναι γιατροί με ειδικότητες. Το ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων αμείβεται με μισθό ή με συμβάσεις που αφορούν προκαθορισμένο συμφωνηθέν έργο. Η αμοιβή του προσωπικού με πάγια αντιμισθία εξαρτάται από τις ώρες απασχόλησης, το είδος των εργασιών, τους επιστημονικούς τίτλους και την επαγγελματική πείρα. Κατά αυτόν τον τρόπο αποζημίωσης μειώνονται τα κίνητρα για αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας που οδηγούν στη αύξηση του κόστους των δαπανών υγείας.

Οι γενικοί γιατροί στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας λειτουργούν αυτόνομα και ανεξάρτητα παρέχοντας τις υπηρεσίες τους μέσα από προκαθορισμένες συμφωνίες με τις αρμόδιες υπηρεσίες της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Η βασική μέθοδος που χρησιμοποιείται στο σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου για την αποζημίωση των γενικών ιατρών είναι η αμοιβή κατά κεφαλή και κατά πράξη που αφορούν συγκεκριμένες ενέργειες. Τα συμβόλαια υπογράφονται μεταξύ των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας που δρουν ως εκπρόσωποι του κράτους και των

αντιπροσωπευτικών οργανώσεων στις οποίες είναι εγγεγραμμένοι οι γενικοί γιατροί. Τα υπογεγραμμένα συμφωνητικά αναφέρουν ένα προκαθορισμένο ποσό για κάθε ασθενή που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο που αναλογεί σε κάθε γενικό γιατρό. Σε ενδεχόμενα που οι ασθενείς χρειάζονται εξειδικευμένες εξετάσεις από τους γενικούς γιατρούς, τότε οι τελευταίοι αμείβονται επιπλέον απευθείας από τους ασθενείς τους. Επίσης, οι γενικοί γιατροί στη Μεγάλη Βρετανία δέχονται επιπρόσθετες αμοιβές σε περιπτώσεις που συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν τη γενική υγεία του πληθυσμού και την εξέλιξη της επιστήμης της Ιατρικής. Ένα ακόμα πλεονέκτημα που απολαμβάνουν οι γενικοί γιατροί από το κράτος, είναι η παροχή χρηματοδότησης για την αγορά του απαραίτητου εξοπλισμού που στελεχώνει τα ιατρεία τους.

Παρά τον μεγάλο αριθμό γενικών γιατρών που υπάρχει στη Μεγάλη Βρετανία, σημαντικό ρόλο στη φροντίδα της υγείας των ασθενών, διαδραματίζει και το νοσηλευτικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για νοσηλεύτριες με εξειδίκευση σε διάφορους τομείς οι οποίες απασχολούνται στα ιατρεία των γενικών γιατρών ως βοηθητικό προσωπικό, στην φροντίδα των ασθενών που χρειάζονται κατ' οίκον νοσηλεία, στην παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες παθήσεις ή ως συμβασιούχο προσωπικό στα δημόσια νοσηλευτήρια. Επίσης υπάρχουν οι μαίες που ασχολούνται αποκλειστικά με τις νέες μητέρες και τα βρέφη αλλά και οι επισκέπτριες υγείας που δρουν συμβουλευτικά και ασχολούνται με θέματα ψυχικής και σωματικής υγείας.

Η άσκηση της Ιατρικής από τους γενικούς γιατρούς που ιδιωτεύουν μόνοι τους, δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στη λειτουργία του NHS. Μερικά, από αυτά είναι η απομόνωση των γιατρών από τη συναδελφική ιατρική κοινότητα και τις επιστημονικές εξελίξεις. Επίσης, στους γενικούς γιατρούς λόγω των υψηλών αρμοδιοτήτων που έχουν δημιουργείται το αίσθημα της επαγγελματικής και επιστημονικής αυτοδυναμίας. Βέβαια παρά τις σημαντικές υπηρεσίες και γνώσεις που προσφέρουν, στα προσωπικά τους ιατρεία παρουσιάζεται έλλειψη γραμματειακού και νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης είναι αναμενόμενο το γεγονός, ένας γενικός γιατρός που ιδιωτεύει μόνος τους να μην μπορεί να ανταποκρίνεται πλήρως σε όλα τα περιστατικά και κυρίως στα έκτακτα που μπορεί να παρουσιαστούν όλες τις ώρες της ημέρας με αποτέλεσμα κάποιοι ασθενείς να μην μένουν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρει το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας τους.

Αντιθέτως στην περίπτωση άσκησης της Ιατρικής από ομάδες γενικών γιατρών τα πιο πάνω μειονεκτήματα εξαλείφονται δημιουργώντας ιδανικές συνθήκες για την ομαλή εξυπηρέτηση των ασθενών. Το κόστος λειτουργίας των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται από τους γενικούς

γιατρούς μειώνεται ενώ η κάλυψη των αναγκών των ασθενών γίνεται πιο άμεση αφού οι γιατροί είναι σε θέση να εξετάζουν όλα τα περιστατικά επί 24ώρου βάσεως. Η συνεργασία των γενικών γιατρών επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην διάγνωση και θεραπεία των ασθενών αυξάνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού της χώρας. Η επιστήμη της Ιατρικής μέσα από την ευγενή άμυλα και άριστη συνεργασία των γιατρών, εξελίσσεται συνεχώς, με βασικό στόχο την ανάπτυξη του βιοτικού επιπέδου ζωής των πολιτών.

Οι ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρονται στα νοσοκομεία του NHS αποπληρώνονται μέσω συμβάσεων μεταξύ των νοσοκομείων και των Τοπικών Υγειονομικών Υπηρεσιών ή των ταμείων των γενικών γιατρών. Οι αμοιβές καθορίζονται από τις κατά πράξη ιατρικές ενέργειες ή αναλόγως των διαγνωστικών κατηγοριών στις οποίες ανήκουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία. Ένα μικρό ποσοστό κλινών των δημόσιων νοσοκομείων προορίζονται για τη νοσηλεία ασθενών που προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Γενικότερα ο ιδιωτικός τομέας έχει περιορισμένη δράση στο Βρετανικό Σύστημα και συγκριτικά με άλλες χώρες η λειτουργία του είναι θεωρητικά ανύπαρκτη αφού οι ανάγκες των πολιτών καλύπτονται πλήρως από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

3.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ NHS

Η χρηματοδότηση του NHS γίνεται μέσω του Εθνικού Ιδρύματος Χρηματοδότησης Ασφάλειας (National Insurance Fund). Πρόκειται για ένα ενιαίο ταμείο εισφορών που προκύπτει από τα έσοδα της γενικής φορολογίας των πολιτών, τις επιπρόσθετες χρεώσεις που καλούνται να καταβάλουν οι ασθενείς σε περίπτωση που κάποια εξειδικευμένη εξέταση ή φάρμακο που θα χρησιμοποιήσουν έχει αρκετά υψηλό κόστος. Στη χρηματοδότηση του Βρετανικού Συστήματος συμβάλλουν επιπλέον και οι διάφοροι εργοδότες και οι μισθωτοί εργαζόμενοι αλλά επίσης και οι αυτοεργοδοτούμενοι μέσω της καταβολής αναγκαστικών πληρωμών.

Το Εθνικό Ίδρυμα Χρηματοδότησης Ασφάλειας με τη σειρά του χρησιμοποιεί τα χρήματα από τις συνολικές εισφορές για την αμοιβή των ιατρικών υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος που προσφέρονται με τις συντάξεις και την αποζημίωση για άτομα με αναπηρίες ή τους χρόνια άνεργους. Το συνολικό ποσό για τη χρηματοδότηση του NHS καθορίζεται από τους κρατικούς φορείς του Ηνωμένου Βασιλείου και κατανέμεται στους διοικητικούς φορείς των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας του NHS. Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας ανάλογα με τις ιατρικές ανάγκες των πολιτών κάθε περιοχής διανέμουν το διαθέσιμο εισόδημα του NHS.

Το 2005 πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή ενός νέου συστήματος αποζημίωσης του νοσοκομειακού τομέα. Πρόκειται για την αμοιβή των παραγωγών της υγείας αναλόγως της αποτελεσματικότητας που προσφέρουν. Στόχος της εν λόγω καινοτομίας είναι η δημιουργία ενός προγράμματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών που να βασίζεται σε κανονισμούς που να προάγουν τη διαφάνεια, την οικονομική αποδοτικότητα και την άμεση ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών βοηθώντας ταυτόχρονα στη μείωση του χρόνου και των μεγάλων λιστών αναμονής για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Η αποζημίωση που χορηγείται είναι ανάλογη των αποτελεσμάτων που προσφέρει η εκάστοτε νοσοκομειακή μονάδα σε κάθε ομοειδή διαγνωστική κατηγορία. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου που την καθιστά ιδιαίτερη είναι η δίκαιη αποζημίωση που παρέχεται στα νοσοκομεία, υποκινώντας το ιατρικό προσωπικό να συνεχίζει τις προσπάθειές του για παροχή αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Το NHS διαχρονικά εφαρμόζει διάφορες καινοτομίες που θα του εξασφαλίσουν την συγκράτηση των δαπανών για την υγεία, χωρίς να μειώνεται η παραγωγικότητά του.

3.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ NHS

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας είναι ένα καλά οργανωμένο σύστημα που προσφέρει άπειρα πλεονεκτήματα τόσο στους ασθενείς που το χρησιμοποιούν αλλά και γενικότερα στην εσωτερική και εξωτερική εικόνα της χώρας. Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε μερικά από τα προνόμια αυτά.

- ✓ Το σημαντικότερο επίτευγμα του NHS θεωρείται η πλήρης και δωρεάν κάλυψη των ιατρικών αναγκών όλων των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής θέσης. Έτσι όλοι οι πολίτες αντιμετωπίζονται ίσα από το υγειονομικό σύστημα και έχουν τις ίδιες ευκαιρίες για βελτίωση της υγείας τους.
- ✓ Η ευημερία μιας χώρας ξεκινά πρωτίστως από την υγεία των πολιτών της. Δεδομένης της ίσης πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από όλους τους πολίτες της, η Μεγάλη Βρετανία έχει επιτύχει να ανεβάσει το ποσοστό της υγειονομικής περίθαλψης σε υψηλά επίπεδα και συνάμα την ανάπτυξη του επιπέδου ζωής τόσο στον κοινωνικό τομέα, όσο και στον οικονομικό.
- ✓ Τα νοσοκομεία της χώρας είναι κάτω από την επίβλεψη του NHS και λόγω έχουν να δώσουν μόνο στους κρατικούς φορείς υγείας. Παρόλα αυτά κάθε νοσοκομείο του NHS

θεωρείται ένας ολοκληρωμένος, αυτόνομος και αυτοδιοικούμενος οργανισμός. Η μορφή της διοικητικής οργάνωσης των κρατικών νοσηλευτηρίων τα καθιστά ικανά να εξυπηρετήσουν στο έπακρο τις ανάγκες των ασθενών που εισάγονται σε αυτά.

- ✓ Η χρηματοδότηση του NHS γίνεται από τους κρατικούς φορείς. Η κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση συμβάλλει αποτελεσματικά στη διαχείρισή και στον έλεγχο των δαπανών του συστήματος.
- ✓ Βασικές προτεραιότητες του NHS αποτελούν οι θεσμοί της δημόσιας υγείας, της πρόληψης και της υγειονομικής διαπαιδαγώγησης. Μέσα από την λειτουργία και προώθηση των εν λόγω υπηρεσιών η κάθε χώρα που τις εφαρμόζει είναι ένα βήμα πιο μπροστά στην προώθηση της υγείας των πολιτών της.
- ✓ Λόγω του τρόπου λειτουργίας στον επαγγελματικό τομέα που αφορά τους γενικούς γιατρούς, δεν εμφανίζεται το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου που μπορεί αν προκληθεί από ανεξέλεγκτη χορήγηση υπηρεσιών από τους γιατρούς. Επομένως, ο περιορισμένος επαγγελματικός ανταγωνισμός, διαμορφώνει ένα πλαίσιο υγιούς συνεργασίας μεταξύ των γιατρών χωρίς αλλοίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στους ασθενείς.
- ✓ Ακόμα ένα σημαντικό προνόμιο που δίνεται στους πολίτες της χώρας είναι η δυνατότητα ανάπτυξης καλής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή. Με τον τρόπο λειτουργίας του NHS οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν και να διατηρήσουν σχέση εμπιστοσύνης με το γενικό γιατρό στον οποίο είναι εγγεγραμμένοι. Η σχέση αυτή είναι σημαντική για τη συστηματική επίσκεψη των ασθενών στο γιατρό και την παρακολούθηση της πορείας της υγείας τους.
- ✓ Το γεγονός ότι η χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γίνεται με την κατά κεφαλή μέθοδο προσφέρεται η δυνατότητα στο υγειονομικό σύστημα για συγκράτηση του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται.
- ✓ Ο διαχωρισμός της υφιστάμενης χρηματοδότησης του NHS από τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας (DHA) στους γενικούς γιατρούς και στις Τοπικές Υπηρεσίες Υγείας

(LHA) παρέχει το πλεονέκτημα του ελέγχου της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνάμα τη συγκράτηση του οικονομικού κόστους.

- ✓ Σημαντικό προσόν του NHS είναι η στελέχωση και αναβάθμιση όλων των δημόσιων νοσηλευτηρίων αλλά και των ιδιωτικών ιατρείων των γενικών γιατρών σε όλες τις περιοχές τη Μεγάλης Βρετανίας, δίνοντας την ευκαιρία σε όλους τους πολίτες για δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ανεξαρτήτως του τόπου διαμονής τους. Σε όλη την επικράτεια της Μεγάλης Βρετανίας λειτουργούν σύγχρονες μονάδες υγείας για την άμεση αντιμετώπιση των ιατρικών αναγκών των πολιτών.
- ✓ Το NHS δίνει μεγάλη προσοχή στις έγκυες μητέρες και στα παιδιά, αλλά και στους χρόνιους ασθενείς ή σε ασθενείς που χρειάζονται κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Το κράτος παρέχει μεγάλα κονδύλια στις ευπαθείς ομάδες για την παρακολούθηση της υγείας τους και τη διατήρηση του επιπέδου υγείας όλων των πολιτών του σε υψηλά επίπεδα.

3.6 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ NHS

Παρά τα ποικίλα πλεονεκτήματα που προσφέρει το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας, δεν παύει να εμφανίζει συχνά αδυναμίες που δημιουργούν βασικά προβλήματα στη χρήση του από τους πολίτες της χώρας.

- Το κυριότερο πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι οι περικοπές στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος. Οι οικονομικοί πόροι του NHS που προέρχονται αποκλειστικά και μόνο από τη γενική φορολογία των πολιτών είναι περιορισμένοι.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, λόγω της απουσίας επαγγελματικού ανταγωνισμού μεταξύ των γιατρών οι οποίοι εργάζονται μέσω προκαθορισμένων συμβάσεων οπότε δεν τους δίνεται κίνητρο για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.
- Το δημόσιο σύστημα υγείας δεν μπορεί να λειτουργήσει από μόνο του, αν δεν υπάρχει η συμβολή των γενικών γιατρών που ιδιωτεύουν. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφέρουμε ακόμα ένα μειονέκτημα που δημιουργείται από τέτοιου είδους συστήματα

όπως το NHS και πιθανόν να δυσαρεστεί τους ασθενείς. Οι πολίτες δεν έχουν πολλαπλές επιλογές γιατρών ή νοσοκομείων που θέλουν να επισκεφτούν, αλλά αναγκαστικά πηγαίνουν σε αυτά που είναι εγγεγραμμένοι και υπάγονται στην περιφέρειά τους.

- Οι μεγάλες λίστες αναμονής για εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις δεν λείπουν ούτε από ένα καλά οργανωμένο και χρόνια συγκροτημένο εθνικό σύστημα όπως το NHS, αφού οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επισκέπτονται όσο συχνά θέλουν τις υπηρεσίες υγείας και οι παραπομπές που γίνονται είναι ανεξέλεγκτες. Έτσι, εμφανίζεται μεγάλη διαφορά μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς των ιατρικών υπηρεσιών γεγονός που διογκώνει το πρόβλημα του μεγάλου χρόνου αναμονής για εξυπηρέτηση των ασθενών από τα δημόσια νοσηλευτήρια.
- Επίσης, λόγω των πολλαπλών προσώπων και φορέων που συμβάλλουν για τη λειτουργία του NHS υπάρχουν συχνά προβλήματα στην οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών που προσφέρονται.
- Σοβαρός πονοκέφαλος για όλα τα εθνικά συστήματα, έτσι και για το NHS είναι η γραφειοκρατία η οποία επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του υγειονομικού συστήματος.
- Τέλος, οι νέες καινοτομίες που εισάγονται στο υγειονομικό σύστημα όπως για παράδειγμα η φροντίδα ασθενών στο σπίτι, για να εφαρμοστούν χρειάζονται εκ νέου χρηματοδότηση μιας και η παρούσα είναι ήδη περιορισμένη.

3.7 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ NHS

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας αποτελεί ένα ενιαίο και καλά οργανωμένο σύστημα υγείας που ενώ ιδρύθηκε στα μέσα του 20ου αιώνα, συνεχίζει και μέχρι σήμερα να μετρά πολλά χρόνια λειτουργίας και συνεχούς προσφοράς στους πολίτες. Εξελίσσεται διαρκώς σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών και την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας.

Γνώμονάς του NHS είναι πάντα η δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, προσφέροντας ισότητα και αμεσότητα στη χρήση ανεξαρτήτως

κοινωνικοοικονομικής θέσης, εθνικότητας ή τόπου διαμονής. Αποτελεί ένα δημόσιο υγειονομικό σύστημα με ελάχιστη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών στους πολίτες τόσο στην Πρωτοβάθμια όσο και στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλύπτεται από τους γενικούς γιατρούς οι οποίοι ως ελεύθεροι επαγγελματίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς τους μέσα στα πλαίσια του ευγενούς ανταγωνισμού, δίνοντας την ευκαιρία στις δύο πλευρές να αναπτύξουν μεταξύ τους μια μακροχρόνια σχέση εμπιστοσύνης. Ο τρόπος αμοιβής τους μέσα από προκαθορισμένα συμβόλαια αμοιβής για τις υπηρεσίες που παράγουν προστατεύουν τις δημόσιες δαπάνες από την υπερβολική προώθηση υπηρεσιών υγείας.

Στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας η αμοιβή των γιατρών που εργάζονται στα δημόσια νοσηλευτήρια γίνεται και πάλι μέσω συμβάσεων και η παραπομπή των ασθενών σε αυτά μέσω των γενικών γιατρών οπότε και πάλι υπάρχει συγκράτηση τους οικονομικού κόστους από την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών. Βέβαια υπάρχει πάντα ο κίνδυνος της αχρείαστης ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους τους πολίτες λόγω της ελευθερίας κινήσεων στις δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες.

Παρά το ότι η παραπομπή στα νοσοκομεία γίνεται από τους γενικούς γιατρούς και πάλι οι λίστες αναμονής στη Μεγάλη Βρετανία είναι μεγάλες λόγω της υπερβολικής ζήτησης υπηρεσιών από το κοινό. Το πρόβλημα αυτό δημιουργεί σοβαρά προβλήματα τόσο στην ομαλή λειτουργία του NHS αλλά και στην άμεση αντιμετώπιση περιστατικών που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, μειώνοντας έτσι τα ποσοστά ικανοποίησης των πολιτών από το εθνικό σύστημα υγείας. Για το λόγο αυτό οι διοικητικοί φορείς του NHS έδωσαν τη δυνατότητα σε γενικούς γιατρούς για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων για την εξισορρόπηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εντός και εκτός των νοσηλευτηρίων.

Το εν λόγω σύστημα υγείας μέσα στα πλαίσια της Δημόσιας Υγείας και Προαγωγής Υγείας προωθεί προγράμματα για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση νεοεμφανισθέντων και χρόνιων ασθενειών. Μέσα από τη συνεργασία διαφόρων φορέων από τον τομέα της υγείας αλλά και με οργανισμούς παιδείας και επιστημών δημιουργούνται σχέδια δράσης για τη σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε όλη την έκταση της Μεγάλης Βρετανίας αλλά και της Ευρώπης γενικότερα. Το NHS προσφέρει επίσης σημαντική βοήθεια σε ασθενείς με χρόνιες

παθήσεις, σε άτομα με αναπηρίες ή που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι. Οι ασθενείς αυτοί έχουν την ευκαιρία για ποιοτική φροντίδα υγείας από άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό.

Το NHS μέσα από συνεχείς προσπάθειες προασπίζει την άριστη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει στους ασθενείς του έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η ευημερία του πληθυσμού και αύξηση του βιοτικού επιπέδου. Πραγματοποιεί διαρκώς ελέγχους για τις παραγόμενες ιατρικές υπηρεσίες και θέτει υψηλούς στόχους για τις θεραπείες που χορηγούνται στους ασθενείς. Υπάρχει συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού έτσι ώστε να είναι πάντα σε θέση να ανταπεξέλθει σε όλα τα περιστατικά που παρουσιάζονται. Μέσα από βάσεις δεδομένων συλλέγονται στοιχεία για τις υπηρεσίες που προσφέρονται και την αποτελεσματικότητά τους για την διαφύλαξη της ποιότητας.

Η κρατική παρέμβαση στη χρηματοδότηση του NHS αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο ελέγχου και καταμερισμού του οικονομικού προϋπολογισμού για τις δαπάνες υγείας. Το γεγονός ότι η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος προέρχεται μόνο από τη γενική φορολογία των πολιτών περιορίζει τις διαθέσιμες δαπάνες για την υγεία, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία του NHS όπως για παράδειγμα η ανανέωση των βασικών αρχών και προϋποθέσεων για την υγεία.

Το Εθνικό Σύστημα στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί σημείο αναφοράς και μελέτης για πολλά από τα συστήματα υγείας στον Ευρωπαϊκό κόσμο. Με την διαχρονική παρουσία του κατάφερε να εδραιωθεί και να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και με τη διαρκή ανανέωση και δράση του θα συνεχίσει την προσφορά του στα ιατρικά δρώμενα προσπαθώντας ταυτόχρονα να περιορίσει τα μειονεκτήματα που διαθέτει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Το σύστημα υγείας στη Γερμανία, χρησιμοποιεί ένα εντελώς διαφορετικό μοντέλο από το προαναφερθέν σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Πρόκειται για ένα υπόδειγμα συστήματος δημόσιας υγείας που στηρίζεται όμως στην κοινωνική μέριμνα και ασφάλιση, αντί στον κρατικό προϋπολογισμό. Στη Γερμανία υπάρχει πληθώρα ασφαλιστικών ταμείων υγείας, δημόσιου αλλά και ιδιωτικού χαρακτήρα, στα οποία οι πολίτες μπορούν να ασφαίζονται.

Το υγειονομικό σύστημα υγείας της Γερμανίας αποτελεί ένα χαρακτηριστικό πρότυπο του μοντέλου ασφάλισης Bismark που πρωτοεμφανίστηκε το 1881. Κατά το μοντέλο αυτό σημαντικό ρόλο στον τρόπο λειτουργίας του κατέχει η κοινωνική ασφάλιση, όπου η υγεία θεωρείται δημόσιο αγαθό αλλά οι υπηρεσίες για την υγεία των πολιτών προσφέρονται κατά κύριο λόγο μέσα από την ασφάλιση. Ο έλεγχος των υπηρεσιών γίνεται από το κράτος και οι εισφορές για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας καταβάλλονται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους σε ίσα ποσοστά προσφοράς. Επίσης κατά το Γερμανικό Σύστημα παρέχεται αυτονομία στους γιατρούς και συστηματικός έλεγχος του κόστους των νοσηλευτηρίων από τα διάφορα ταμεία υγείας.

Λόγω της οργάνωσης της Γερμανίας σε ομόσπονδα κρατίδια, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες εμφανίζουν αποκεντρωτικό χαρακτήρα. Έτσι γίνεται καλύτερη διαχείριση του υγειονομικού συστήματος, τόσο κεντρικά από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση αλλά και τοπικά από τις κυβερνήσεις των διάφορων ομόσπονδων κρατιδίων.

4.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΜΕΣΑ

Πρωταρχικό ρόλο στα ιατρικά δρώμενα του γερμανικού συστήματος διαδραματίζουν τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας και οι οργανώσεις των γιατρών. Τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας είναι αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί που προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη στους πολίτες μέσα από διάφορα προγράμματα, με αντίτιμο τις χρηματικές εισφορές αυτών. Η προσφορά του οικονομικού αντίτιμου για την ασφαλιστική κάλυψη καθορίζεται από το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο του κάθε πολίτη. Έτσι όλοι έχουν την ευκαιρία να ασφαλιστούν ακόμα και άτομα με χαμηλά εισοδήματα.

Για την προσφορά των υπηρεσιών υγείας στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας υπάρχει συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με διάφορους άλλους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Οι κανονισμοί και η πορεία που ακολουθείται για τα ζητήματα της υγείας καθορίζονται από τους κρατικούς φορείς. Σημαντικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας όμως, διαδραματίζουν και οι συνδικαλιστικές οργανώσεις στις οποίες ανήκουν τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας, οι γιατροί και τα νοσηλευτήρια. Οι οργανώσεις αυτές εξετάζουν, αναλύουν και παίρνουν αποφάσεις για τα θέματα που αφορούν τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρονται στους πολίτες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της Γερμανίας είναι ασφαλισμένο στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας γνωστό ως GKV. Πρόκειται για έναν εθνικό ασφαλιστικό θεσμό που προσφέρει στους πολίτες Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας για πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση καθώς επίσης και ένα ευρύ φάσμα από οδοντιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες, κατ' οίκον ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα υγείας σε μέλλουσες μητέρες και νεογνά.

Για τις υπηρεσίες που προσφέρει, το πρόγραμμα GKV χρησιμοποιεί τους οικονομικούς πόρους από τις πληρωμές των ατόμων που ασφαλιζονται σε αυτό. Οπότε, οι ασφαλισμένοι με το σύστημα GKV είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν προκαταβολικά το αντίτιμο για όλες τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Όσον αφορά την ασφάλιση των εργαζομένων, η συνεισφορά στο ταμείο της ασφάλισης γίνεται από κοινού με τον εργοδότη. Η ασφάλιση ενός ατόμου με το GKV συνεπάγει την παροχή υπηρεσιών υγείας για όλα τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς του.

Η συμμετοχή στο εν λόγω πρόγραμμα και το ποσοστό εισφορών του κάθε πολίτη σε αυτό εξαρτάται από το μηνιαίο του εισόδημα. Άτομα με αρκετά υψηλούς μισθούς προτιμούν την ιδιωτική ασφάλιση, γεγονός που προκαλεί προβλήματα στο GKV δεδομένου ότι άτομα με υψηλά εισοδήματα δεν συμβάλλουν στη χρηματοδότησή του, οπότε μειώνονται οι οικονομικοί πόροι του συστήματος και δυσχεραίνεται η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους υπόλοιπους ασθενείς.

4.3 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Στην οργανωτική δομή του γερμανικού συστήματος υγείας συμβάλουν οι κρατικοί φορείς όπως τα αρμόδια Υπουργεία Υγείας, Εργασίας, Περιβάλλοντος, Έρευνας και Τεχνολογίας αλλά και οι τοπικοί διοικητικοί φορείς. Παρόλο που το Γερμανικό Σύστημα Υγείας λειτουργεί με βάση την

κοινωνική ασφάλιση, ο κρατικός παρεμβατισμός είναι καθοριστικής σημασίας για τη δράση του συστήματος και την κατανομή των δικαιωμάτων αλλά και των υποχρεώσεων που αφορούν τόσο τους πολίτες αλλά και το προσωπικό. Επίσης σημαντικό ρόλο, κατέχουν τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας, οι οργανώσεις στις οποίες ανήκουν οι γιατροί σε όλοι την επικράτεια της χώρας, καθώς επίσης και οι εθελοντικοί οργανισμοί κοινωνικής προσφοράς. Για την ομαλή λειτουργία του εθνικού συστήματος της Γερμανίας συνυπάρχουν ο κρατικός έλεγχος, η από κοινού και ίση προσφορά στη χρηματοδότηση του συστήματος από εργοδότες και εργαζόμενους, η αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των δαπανών από τα ταμεία υγείας.

Γενικά το γερμανικό σύστημα παρουσιάζει αποκεντρωτικό χαρακτήρα. Η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση της Γερμανίας έχει την ευθύνη για το σχεδιασμό της νομοθεσίας και την οργάνωση του τρόπου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι κυβερνήσεις των διαφόρων κρατιδίων με τη σειρά τους βασίζονται στην πολιτική που εφαρμόζεται από την κεντρική κυβέρνηση προσαρμόζοντάς την όμως, στις ανάγκες που χρειάζεται η κάθε κοινότητα.

Οι παροχές των υπηρεσιών υγείας στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας διαμοιράζονται όπως και στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας ανάμεσα στους Γενικούς Γιατρούς και στα νοσοκομεία. Στην περίπτωση που εξετάζουμε όμως, οι γενικοί γιατροί εργάζονται ως ιδιώτες με ειδικότητα σε δικό τους εξοπλισμένο χώρο. Όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες έχουν τη δυνατότητα για δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, για την επίσκεψή τους σε κάποιο γενικό γιατρό ή νοσοκομείο, οι ασθενείς έχουν την ελευθερία της επιλογής, γεγονός που τους προσφέρει ικανοποίηση. Την ίδια ελευθερία και αυτονομία διαθέτουν και οι γιατροί, ο οποίοι εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία μέσω συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στο Γερμανικό Σύστημα καλύπτεται από ιδιώτες γιατρούς με γενικές ειδικότητες αλλά και με διάφορες ειδικεύσεις. Ο κάθε γιατρός διατηρεί δικό του ιατρείο στο οποίο οι ασθενείς μπορούν να τον επισκέπτονται όπως προαναφέραμε, μετά από δική τους πρωτοβουλία και χωρίς να χρειάζεται κάποια παραπομπή. Η αποζημίωση των γενικών γιατρών για τις υπηρεσίες που προσφέρουν καθορίζεται από συμβόλαια που υπογράφονται ανάμεσα στις οργανώσεις στις οποίες ανήκουν οι γιατροί και στους φορείς που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας. Οι οργανώσεις των γιατρών διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στα υγειονομικά δρώμενα, αφού είναι τα αρμόδια όργανα για τον έλεγχο των προδιαγραφών για το κλείσιμο συμφωνιών με περισσότερους γενικούς γιατρούς. Για την αμοιβή των υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χρησιμοποιείται η μέθοδος της αποζημίωσης των υπηρεσιών κατά πράξη και περίπτωση,

κάτι που προκαλεί αύξηση των δαπανών υγείας στη Γερμανία αφού δεν ευνοεί την συγκράτηση του κόστους.

Όσον αφορά το νοσοκομειακό τομέα, η μελέτη των προϋποθέσεων για την ομαλή λειτουργία του στο υγειονομικό σύστημα, πραγματοποιείται από τους κρατικούς φορείς σε εθνικό επίπεδο. Η αποπληρωμή των υπηρεσιών που προσφέρουν τα νοσοκομεία στους πολίτες βασίζεται στις εισφορές από τα ταμεία χρηματοδότησης. Τα περισσότερα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας ανήκουν στο δημόσιο, με όλο και αυξανόμενη τάση τα τελευταία χρόνια για ιδιωτικοποίησή τους. Οι αμοιβές των νοσοκομειακών γιατρών βασίζονται σε συμβόλαια που υπογράφουν με τους διοικητικούς φορείς του κάθε νοσηλευτηρίου. Οι δαπάνες υγείας που δημιουργούνται από τα νοσοκομεία είναι ανάλογες των αμοιβών για την διαγνωστική ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής αλλά και στις καταβολές από τα επιδόματα που προορίζονται για τη λειτουργία των νοσοκομείων.

Οι φορείς των τοπικών κυβερνήσεων επενδύουν οικονομικά σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Για τις δαπάνες λειτουργίας τους τα νοσοκομεία δέχονται χρηματοδοτήσεις από ταμεία ασφάλισης υγείας ή από ιδιωτικές πληρωμές. Για την εισαγωγή ασθενών σε κάποιο νοσηλευτήριο είναι απαραίτητη η παραπομπή από κάποιο εξωνοσοκομειακό γιατρό. Γενικότερα, οι κρατικοί φορείς καταβάλλουν προσπάθειες οι γενικοί γιατροί να διατηρούν τον έλεγχο και την ευθύνη για την κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό όμως δημιουργεί προβλήματα στην κατακράτηση των οικονομικών πόρων, αυξάνει τις δαπάνες για την υγεία στη Γερμανία και καθιστά τη χώρα σε υψηλά επίπεδα δαπανών συγκριτικά με άλλες χώρες.

4.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η πολιτική γραμμή που ακολουθείται στη Γερμανία για την οργάνωση και τον έλεγχο του εθνικού υγειονομικού συστήματος καθορίζεται από τους κυβερνητικούς φορείς. Υπάρχουν όμως και διάφοροι άλλοι οργανισμοί που λειτουργούν ανεξάρτητα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι οργανισμοί αυτοί είναι αυτόνομοι και υπεύθυνοι για την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών που προφέρουν. Επίσης, για τη λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας λαμβάνουν μέρος και οι οργανώσεις στις οποίες ανήκουν το ιατρικό προσωπικό, τα νοσηλευτήρια και τα διάφορα ταμεία ασφάλισης.

Όπως αναφέραμε σε προηγούμενη ενότητα, το σημαντικότερο ρόλο στην ασφάλιση των πολιτών διαδραματίζουν τα διάφορα Θεσμικά Ταμεία Ασφάλισης Υγείας. Πρόκειται για ένα ευρύ φάσμα

ταμείων υγείας που ναι μεν επιθεωρούνται από το κράτος, παρόλα αυτά είναι αυτόνομα και δρουν ανεξάρτητα στους τομείς της οργάνωσης και της χρηματοδότησής τους. Τα ταμεία αυτά έχουν εθνική δράση και είναι αναγκασμένα να ασφαλίζουν όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της κατάστασης στην οποία βρίσκεται η υγεία τους. Για την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους σε αυτά, τα ταμεία υγείας υπογράφουν συμβάσεις με διάφορες οργανώσεις στις οποίες υπάγονται οι γενικοί γιατροί.

Η κάλυψη των οικονομικών αναγκών των Θεσμικών Ταμείων Ασφάλισης Υγείας γίνεται από το ποσό της προσυμφωνημένης καταβολής από τους πελάτες για την ασφάλιση που τους παρέχεται. Η καταβολή του συγκεκριμένου ποσού ασφάλισης καθορίζεται από την οικονομική επιφάνεια του κάθε ατόμου. Η τακτική αυτή εφαρμόζεται στα πλαίσια της Αρχής της Αλληλεγγύης για την οικονομική ενίσχυση των ταμείων υγείας και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.

Μια μικρή μερίδα πολιτών που είτε είναι υψηλόμισθοι, είτε δημόσιοι υπάλληλοι ή αυτοεργοδοτούμενοι έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση και να ξεφεύγουν από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης. Το γεγονός αυτό όμως, δημιουργεί προβλήματα και κινδύνους στο εθνικό σύστημα υγείας αφού υπολειπόμενη η Αρχή της Αλληλεγγύης. Η απομάκρυνση ευκατάστατων ομάδων από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, προκαλεί μείωση των οικονομικών πόρων των ταμείων με αποτέλεσμα αυτά με τη σειρά τους να αναγκάζονται να αυξάνουν τα ασφάλιστρα και να δυσχεραίνουν την οικονομική κατάσταση ατόμων με χαμηλά εισοδήματα.

Υπάρχουν ακόμα άτομα που ασφαλίζονται στο εθνικό σύστημα υγείας αλλά αποτίνονται και σε ιδιωτικές εταιρίες ασφάλισης. Οι ιδιώτες πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, υπηρεσίες υγείας που να αντιπροσωπεύουν τις εισφορές που τους παρέχει για αποζημίωση το σύστημα αλλά και την προσφορά της πληθώρας επιλογών για τις ιατρικές υπηρεσίες που διαθέτουν. Η χρηματοδότηση των ιδιωτικών οργανισμών ασφάλισης προέρχεται από τις εισφορές των εγγεγραμμένων μελών τους, αναλόγως της ηλικίας και του κλινικού ιστορικού των ιδίων και της οικογένειάς τους. Τα ιδιωτικά ταμεία ασφάλισης προσφέρουν διάφορα προγράμματα και εναπόκειται στους ασφαλιζόμενους ποιο από αυτά νομίζουν ότι τους ταιριάζει και θέλουν να επιλέξουν.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οι γιατροί που εργάζονται ως ιδιώτες, ανήκουν σε διάφορες οργανώσεις εθνικού επιπέδου και δράσης. Οι οργανώσεις αυτές είναι αυτοδιοικούμενοι φορείς οι οποίοι συνάπτουν συμβόλαια με τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας για τη χρηματοδότηση και αποζημίωση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα μέλη τους. Επίσης, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας των ασθενών κάθε περιοχής αναλαμβάνουν το σχεδιασμό και την προώθηση προγραμμάτων υγείας για την παροχή άμεσων και ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες. Ακόμα, οι οργανώσεις αυτές αποφασίζουν για το αν θα συνάψουν σύμβαση ή όχι με ένα νέο μέλος. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και στην αποζημίωση των γιατρών από τα ταμεία υγείας αφού είναι οι αρμόδιοι φορείς για τον καθορισμό της χρηματοδότησής για τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

Οι οργανώσεις των γιατρών, λοιπόν, διαπραγματεύονται με τα ταμεία υγείας για τον προϋπολογισμό των υπηρεσιών που θα προσφέρουν οι γιατροί. Στη συνέχεια βασιζόμενες σε μια προϋπάρχουσα κλίμακα αμοιβών, οι οργανώσεις διαμοιράζουν τα χρήματα από τον προϋπολογισμό στους γιατρούς. Η αποζημίωση των γιατρών καθορίζεται από τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι οποίες καταμετρούνται από ένα προκαθορισμένο σύστημα μονάδων.

4.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γερμανικό υγειονομικό σύστημα μέσα από την πολύχρονη πορεία του στο χώρο της υγείας, εξελίσσει και αναπροσαρμόζει τις υπηρεσίες που προσφέρει καθώς και τον τρόπο λειτουργίας του, έτσι ώστε να είναι πιο κοντά στις ανάγκες των πολιτών του. Ακολουθώντας, θα αναπτύξουμε μερικά από τα πλεονεκτήματα που διαθέτει.

- ✓ Ο τρόπος ασφάλισης των ασθενών που στηρίζεται στην κοινωνική και υποχρεωτική ασφάλιση για όλους πολίτες είναι μόνιμοι κάτοικοι της χώρας αποτελεί ένα από τα βασικότερα πλεονεκτήματα του γερμανικού συστήματος. Όλοι λοιπόν οι πολίτες έχουν το δικαίωμα για ασφάλιση και χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης.
- ✓ Η δημόσια κοινωνική ασφάλεια και παροχή υπηρεσιών στους πολίτες όλων των κοινωνικών στρωμάτων καταφέρνει να προάγει την υγεία των πολιτών του γερμανικού κράτους και συνάμα την ευημερία του πληθυσμού σε όλους του τομείς, αφού έχοντας την υγεία του ο άνθρωπος μπορεί να είναι δημιουργικός και παραγωγικός.

- ✓ Επιπλέον στο εθνικό σύστημα ασφάλισης, λειτουργεί η Αρχή της Αλληλεγγύης όπου η προσφορά στα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται βάση του ετήσιου εισοδήματος των πολιτών. Έτσι δεν χρειάζεται όλοι οι πολίτες να προσφέρουν τα ίδια ποσά στα ταμεία υγείας, προκαλώντας δυσκολίες στην ασφάλιση ατόμων με χαμηλά εισοδήματα αφού άτομα με μεγαλύτερη οικονομική ευχέρεια προσφέρουν μεγαλύτερα ποσά ενισχύοντας τη δράση των ταμείων υγείας για να καλύπτουν και τις ανάγκες των οικονομικά αδύναμων ομάδων.
- ✓ Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας, παρέχει στους πολίτες του, οι οποίοι παρουσιάζουν οποιαδήποτε αναπηρία, σε έγκυες, νέες μητέρες, συνταξιούχους αλλά και άνεργους τη δυνατότητα για κάλυψη των ιατρικών τους αναγκών μέσα από διάφορα επιδόματα.
- ✓ Ακόμα ένα σημαντικό πλεονέκτημα που προσφέρει στους Γερμανούς πολίτες το σύστημα υγείας της χώρας τους είναι η ελευθερία που δίνεται στους πολίτες για τη χρήση των υπηρεσιών που επιθυμούν και στη χρονική στιγμή που το χρειάζονται. Η επιλογή του γιατρού της αρεσκείας τους λοιπόν, εναπόκειται στους ίδιους κάτι που ενισχύει την ευχαρίστησή τους από τις υπηρεσίες υγείας.
- ✓ Επίσης το πιο πάνω γεγονός εντείνει τη δημιουργία καλής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή. Ως συνήθως στη Γερμανία οι πολίτες υιοθετούν το σύστημα του οικογενειακού γιατρού, κάτι που προσφέρει τη δυνατότητα στο γιατρό για πλήρη ενημέρωση του ιστορικού για την οικογένεια του κάθε πελάτη του και την ευκαιρία για χορήγηση της ιδανικής θεραπείας για κάθε περίπτωση. Επιπλέον, λόγω της σχέσης αυτής οι πολίτες διενεργούν συχνά τις απαραίτητες εξετάσεις που αφορούν την πρόληψη της υγείας τους.
- ✓ Σημαντική ελευθερία δράσης δίνεται και στους γιατρούς, οι οποίοι έχουν τη ευκαιρία της επιλογής των ασθενών που θα περιθάλψουν. Η ελευθερία αυτή παρέχεται μέσω της αυτονομίας των γιατρών λόγω της ιδιότητάς τους στα προσωπικά τους ιατρεία.
- ✓ Η ύπαρξη των οργανώσεων στις οποίες ανήκουν οι ιδιώτες γιατροί προσφέρει σημαντικό πλεονέκτημα στους γιατρούς γιατί μέσω αυτών διεκδικούν τα δικαιώματά τους και καθορίζουν τον τρόπο και το ποσό της αμοιβής τους για κάθε υπηρεσία που προσφέρουν.

- ✓ Γενικά, στο γερμανικό σύστημα υγείας παρουσιάζεται η τάση για διαμοιρασμό των αρμοδιοτήτων σε διάφορα στρώματα των κρατικών και μη οργανισμών. Η συμμετοχή λοιπόν, όλων των φορέων που συμβάλλουν στις υπηρεσίες υγείας, από τους γιατρούς μέχρι και τα ταμεία υγείας προσφέρει τη δυνατότητα σε όλους τους φορείς να συμμετέχουν σε θέματα που αφορούν τη χάραξη πολιτικής γραμμής για την υγεία.
- ✓ Ο τρόπος που λειτουργεί το γερμανικό σύστημα, όπου οι γενικοί γιατροί έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν και εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς μειώνει τις παραπομπές στα νοσοκομεία και συνάμα τις μεγάλες λίστες αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων.
- ✓ Ακόμα, το υγειονομικό σύστημα της Γερμανίας διαθέτει τα λεγόμενα Προγράμματα Διαχείρισης Ασθένειας στα οποία είναι εγγεγραμμένοι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Πρόκειται για προγράμματα υγείας που σκοπός τους είναι η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των χρόνιων ασθενών και ο διακανονισμός με τα ταμεία υγείας για την ασφάλισή τους.
- ✓ Η αμοιβή των νοσοκομείων με τη μέθοδο των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων κατά περίπτωση βοηθά στη συγκράτηση του κόστους των οικονομικών δαπανών για την υγεία και προάγει την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

4.6 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Παρά την πληθώρα πλεονεκτημάτων που προσφέρει το σύστημα περίθαλψης στη Γερμανία, δε παύει να εμφανίζει συνεχώς κενά στον τρόπο λειτουργίας του λόγω της συνεχούς αλλαγής στα ιατρικά δρώμενα. Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε μερικά από τα προβλήματα του γερμανικού συστήματος.

- Σημαντικό μειονέκτημα που εμφανίζει το γερμανικό σύστημα υγείας είναι το φαινόμενο της παραίτησης ατόμων με υψηλά εισοδήματα από την κοινωνική ασφάλιση και προσφυγή τους στην ιδιωτική. Μπορεί τα περιστατικά αυτά να είναι περιορισμένα αλλά προκαλούν σημαντικά προβλήματα οικονομικής φύσεως στα δημόσια ταμεία ασφάλισης αφού μειώνονται οι εισφορές που δέχονται. Επίσης, η ιδιωτική ασφάλιση δεν δρα προς όφελος της συγκράτησης του κόστους των δαπανών υγείας και δημιουργεί προβλήματα στον προϋπολογισμό για τις δαπάνες υγείας.

- Πολύ σοβαρό ζήτημα που έχει να αντιμετωπίσει το Γερμανικό κράτος και οι αρμόδιοι φορείς των υπηρεσιών υγείας είναι το γεγονός ότι οι εισφορές για την υγεία είναι πολύ χαμηλότερες από τις δαπάνες υγείας. Το γεγονός αυτό ανάγκασε τα ταμεία υγείας να αυξήσουν τις εισφορές τους και συνάμα τα κόμιστρα των ασφαλιστρων για τους πολίτες.
- Ο διαχωρισμός των υπηρεσιών υγείας σε ενδονοσοκομειακό και εξωνοσοκομειακό τομέα, καθώς και η παραχώρηση των νοσοκομείων για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς δημιουργεί ένα κλίμα αρνητικής συνεργασίας μεταξύ των ιδιωτών γιατρών και των γιατρών που εργάζονται στα νοσοκομεία. Επίσης, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται συνεχής και αυξημένη τάση για ιδιωτικοποίηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων.
- Αρνητική επίδραση στο σύστημα υγείας προσδίδει η δυνατότητα των ασφαλισμένων να αλλάζουν σε σύντομο χρονικό διάστημα το ταμείο υγείας στο οποίο είναι ασφαλισμένοι. Το γεγονός αυτό, θέτει σε κίνδυνο τις διαθέσιμες εισφορές των εν λόγω ταμείων αλλά ακόμα και κίνδυνο για πτώχευση των ταμείων υγείας. Η επίπτωση αυτή προκαλεί τη συνεχή αστάθεια του υγειονομικού συστήματος.
- Το γερμανικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ιατροκεντρική μορφή, με πληθώρα γενικών γιατρών κάτι που αυξάνει τις δαπάνες υγείας της χώρας. Μπορεί η χώρα να διαθέτει μεγάλο αριθμό ιδιωτών γιατρών αλλά εμφανίζει έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό κάτι που προκαλεί την υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας σε περιπτώσεις που μόνο οι νοσηλευτές μπορούν να χειριστούν όπως η κατ' οίκον φροντίδα ασθενών.
- Κάτι που μπορεί να θεωρηθεί και ως μειονέκτημα για το εν λόγω σύστημα είναι η συμβολή διαφόρων παραγόντων τόσο στη διοίκηση αλλά και στη χρηματοδότηση του συστήματος γεγονός που συμβάλλει αρνητικά στη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών.
- Το κόστος των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το γερμανικό σύστημα το καθιστούν ένα από τα ακριβότερα συστήματα υγείας στην Ευρώπη. Επίσης, η ελευθερία δράσης των γιατρών από το σύστημα ιδιώτευσης δημιουργεί προβλήματα από τη συνταγογράφηση υπέρογκων εξετάσεων αφού ο τρόπος αποζημίωσης τους για τις υπηρεσίες που προσφέρουν δεν ευνοεί τη συγκράτηση των δαπανών υγείας.

4.7 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας αποτελεί το πρώτο σύστημα που εφαρμόστηκε στην Ευρώπη. Η Γερμανία είναι η πρώτη χώρα που εφάρμοσε το εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στον Ευρωπαϊκό κόσμο. Στα χρόνια που πέρασαν από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα το σύστημα αυτό αλλάζει συνεχώς τις μεταρρυθμίσεις του για να συμβαδίζει με τις ανάγκες της εποχής και των πολιτών του. Το σύστημα αυτό θεωρητικά, μέσα από την κοινωνική ασφάλιση, προφυλάσσει την κοινωνία από την υποχρέωση να αποταμιεύει πόρους για να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών τους που θα δημιουργηθούν μελλοντικά. Αναλόγως του οικονομικού επιπέδου και του εισοδήματος κάθε γενιάς πολιτών δημιουργείται και το αντίστοιχο επίπεδο της φροντίδας υγείας που θα δεχθούν, δεδομένου ότι συμμετέχουν οικονομικά από κοινού εργοδότες και εργαζόμενοι για την ασφάλισή τους. Οι πολίτες στη Γερμανία καλούνται να ασφαρίζονται στα διάφορα ταμεία υγείας που τους προσφέρουν το πλεονέκτημα της εφόρου ζωής κάλυψης των αναγκών τους ακόμα και μετά από ατυχήματα ή και μετά την συνταξιοδότησή τους.

Η αρχική του έννοια όμως διατηρείται και στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση και αλληλεγγύη και προσφέρει πληθώρα υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες της χώρας. Το υγειονομικό σύστημα της Γερμανίας είναι προοδευτικό και πρωτοπόρο σε διάφορους τομείς που απασχολούν την υγεία όπως η εισαγωγή νέων τεχνολογιών και θεραπειών. Το γεγονός αυτό είναι δίκαιο μαχαίρι αφού ναι μεν ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών, αφετέρου δε κατατάσσουν τη χώρα σε υψηλές θέσεις που αφορούν τις δαπάνες υγείας.

Ο έλεγχος των υπηρεσιών υγείας τόσο από τους κρατικούς φορείς αλλά και από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις οργανώσεις των γιατρών έχει ως αποτέλεσμα των διαμοιρασμό των ευθυνών των ιατρικών υπηρεσιών και τη συμμετοχή όλων των φορέων στη λήψη αποφάσεων. Οι πολίτες όμως έχουν περιορισμένη δράση σε θέματα που αφορούν την υγεία τους, αφού δεν συμμετέχουν ενεργά στο υγειονομικό σύστημα μέσα από διάφορες οργανώσεις.

Καίριο ζήτημα που χαίρει άκρας προσοχής στη Γερμανία είναι ο διαχωρισμός των υπηρεσιών στο νοσοκομειακό και στον εξωνοσοκομειακό τομέα. Η ελλιπής σχέση μεταξύ των δύο αυτών φορέων δημιουργεί προβλήματα στην αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία τους υγειονομικού συστήματος. Επίσης ο επιμερισμός της ευθύνης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους ιδιώτες γιατρούς δημιουργεί συχνά το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου και της προκλητής ζήτησης με αμέριστη χρήση υπηρεσιών και αύξηση του οικονομικού κόστους.

Η χρηματοδότηση του γερμανικού συστήματος μέσα από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων αναλόγως του εισοδήματός τους, προσφέρει ίσες ευκαιρίες σε όλους τους ενεργούς πολίτες να ασφαλιστούν. Στις περιπτώσεις ανέργων ή ατόμων χωρίς εισόδημα εμφανίζεται ένα σοβαρό μειονέκτημα της κοινωνικής ασφάλισης αφού τα άτομα αυτά δεν έχουν τη δυνατότητα να ασφαλιστούν και να ασκήσουν το δικαίωμα τους για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για τις ομάδες αυτές πρέπει να μεριμνήσει το κράτος μέσα από εισφορές, γεγονός που αυξάνει τις δαπάνες για την υγεία.

Η κοινωνική ασφάλιση συμβαδίζει πάντα με την συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών. Εκτός από τις εισφορές τους στα ταμεία υγείας οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν ένα συγκεκριμένο αντίτιμο για τις υπηρεσίες που δέχονται. Η πρακτική αυτή αποσκοπεί στην συγκράτηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας αλλά και στην οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Στις περιπτώσεις του νοσοκομειακού τομέα, οι γιατροί αμείβονται αναλόγως των υπηρεσιών που προσφέρουν και το χρόνο που χρειάζεται να ολοκληρωθεί η ιατρική πράξη. Μπορεί οι αμοιβή των γιατρών να γίνεται ανά πράξη, υπάρχει όμως συγκεκριμένος προϋπολογισμός για κάθε έτος ο οποίος δρα ως παράγοντας ελέγχου των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και συγκράτησης των νοσοκομειακών δαπανών υγείας.

Γενικά οι γιατροί στη Γερμανία είτε του νοσοκομειακού τομέα είτε του εξωνοσοκομειακού αμείβονται με υπέρογκα ποσά ετησίως, δεδομένου ότι αμείβονται και από τα ταμεία υγείας μέσω των οργανώσεών τους αλλά πληρώνονται και από τους ασθενείς για κάθε εξειδικευμένη υπηρεσία που τους προσφέρουν. Το γεγονός αυτό επιδρά αρνητικά στη συγκράτηση των δαπανών για την υγεία και στη δημιουργία μεγάλων κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων.

Στα πλαίσια της οικονομικής αποδοτικότητας εισήχθηκε στο σύστημα αυτό η μέθοδος των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων, γνωστή για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών το γερμανικό σύστημα εφαρμόζει αυστηρούς ελέγχους και μέτρα στις ιατρικές υπηρεσίες τα οποία είναι υποχρεωτικό να τηρούνται. Λόγω της στρατηγικής αυτής η Γερμανία θεωρείται μια από τις καλύτερες χώρες για την αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών και ασθενειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ ΜΕΣΩ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ

Μέσα από τη μελέτη που κάναμε για το Βρετανικό και Γερμανικό Σύστημα Υγείας προκύπτουν βασικές ομοιότητες αλλά και διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναπτύξουμε τις ομοιότητες και τις διαφορές που διακρίναμε συγκρίνοντας τα συστήματα αυτά σε σημεία κλειδιά που αφορούν τον τρόπο λειτουργίας τους, τις μεθόδους αποζημίωσης που χρησιμοποιούν, τη χρηματοδότηση που δέχονται αλλά και αναφορικά με τις οργανωτικές και διοικητικές δομές τους.

Τα δύο συστήματα υγείας που μελετήσαμε αναλυτικά στα προηγούμενα κεφάλαια, παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά ως προς την κοινωνική πολιτική τους δράση, αλλά και την ανάγκη για μελέτη των παραγόντων που συμβάλουν στην διατήρησή τους έτσι ώστε να προάγεται η ευημερία του πληθυσμού. Και τα δύο συστήματα χρονολογούνται σε βάθος χρόνου, το μεν Βρετανικό Σύστημα ξεκίνησε δειλά δειλά τη δράση του στα μέσα του 20^{ου} αιώνα ενώ το Γερμανικό λειτουργούσε πολύ πριν την εφαρμογή του NHS. Το γεγονός αυτό όμως δεν εμποδίζει τους διοικούντες διαχρονικά, να επεμβαίνουν όπου χρειάζεται εκσυγχρονίζοντάς και προσαρμόζοντάς, τα συστήματα αυτά, στα δεδομένα της νέας εποχής.

Παρά τις πολλαπλές προσπάθειες και μεταρρυθμίσεις που δέχτηκαν και τα δύο συστήματα, εμφανίζουν ακόμα πολλά κωλύματα και μειονεκτήματα, δημιουργώντας προβλήματα στη χρήση τους. Στόχος βεβαίως όλων των μεταρρυθμίσεων που επιβάλλονται από την κοινωνική πολιτική είναι η εφαρμογή ενός ενιαίου συστήματος φορολόγησης και αναδιάρθρωσης των πηγών χρηματοδότησης, που θα αποσκοπεί στην ίση και δίκαιη κατανομή των οικονομικών πόρων και τη συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Όσον αφορά το χαρακτήρα που παρουσιάζουν τα εξεταζόμενα συστήματα, παρατηρούμε τον περιορισμό δράσης της ιδιωτικής ασφάλισης. Για παράδειγμα στο Γερμανικό Σύστημα κυριαρχεί η κοινωνική ασφάλιση με ελάχιστη χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης κυρίως από άτομα υψηλής κοινωνικής επιφάνειας. Στο σύστημά υγείας της Μεγάλης Βρετανίας λόγω της καθολικής δημόσιας και δωρεάν κάλυψης των αναγκών των πολιτών από τη γενική φορολογία μπορούμε να πούμε ότι η ιδιωτική ασφάλιση εκλείπει.

Τα συστήματα που εξετάσαμε αναφέρονται και στις δύο περιπτώσεις ως δημόσια συστήματα υγείας με βασική διαφορά τον τρόπο χρηματοδότησής τους. Τα δημόσια συστήματα γενικότερα διαχωρίζονται βάση της χρηματοδότησής τους και του μοντέλου που ακολουθούν. Έτσι και στην περίπτωση μας το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας κατατάσσεται στα συστήματα που λειτουργούν βάση του μοντέλου Beveridge όπου η χρηματοδότηση του, προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και συγκεκριμένα από τη γενική φορολογία που επιβάλλεται στους πολίτες. Αντιθέτως, το Γερμανικό Σύστημα Υγείας λειτουργεί με βάση το μοντέλο Bismarck στο οποίο η χρηματοδότηση στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση των πολιτών στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία υγείας.

Ακόμα ένα βασικό σημείο διαφοράς μεταξύ των εν λόγω συστημάτων είναι ότι οι πολίτες των χωρών του Ηνωμένου Βασιλείου δέχονται καθόλα δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη των αναγκών τους, ενώ οι Γερμανοί πολίτες οφείλουν να ασφαλιστούν σε κάποιο ταμείο ασφάλισης για να έχουν δικαίωμα συμμετοχής στην κάλυψη των ιατρικών αναγκών τους. Με άλλα λόγια το Βρετανικό κράτος λαμβάνει τις εισφορές των πολιτών για την ιατρική κάλυψή τους από τη γενική φορολογία στην οποία συμμετέχουν όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής θέσης. Αντιθέτως στο Γερμανικό Σύστημα η κοινωνική ασφάλιση αν και είναι θεωρητικά υποχρεωτική ορισμένα άτομα επιλέγουν να μην ασφαλιζονται. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του Γερμανικού Συστήματος προέρχεται από τη συνεισφορά εργοδοτών και εργαζομένων στα διάφορα ταμεία ασφάλισης.

Όσον αφορά το νοσοκομειακό τομέα, στη Μεγάλη Βρετανία αλλά και στη Γερμανία η δράση του είναι κυρίως στη σφαίρα των δημόσιων φορέων και το προσωπικό αμείβεται με τη μέθοδο τις πάγιας αντιμισθίας. Στη Γερμανία, τα τελευταία χρόνια κυριαρχεί το φαινόμενο της ιδιωτικοποίησης των δημόσιων νοσηλευτηρίων, οπότε οι γιατροί και το προσωπικό εξαρτώνται από τα συμβόλαια που υπογράφουν με τους διοικητικούς φορείς του κάθε νοσηλευτηρίου.

Στις περιπτώσεις ατόμων από χαμηλά κοινωνικά στρώματα που αδυνατούν να συνδράμουν στη δημόσια ασφάλιση για την υγεία τους, τα εν λόγω κράτη μεριμνούν για την ικανοποίηση των αναγκών της υγείας των ατόμων αυτών. Επίσης, σε χρόνιους ασθενείς ή σε άτομα με κινητικά προβλήματα παρέχονται υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας αλλά και επιχορήγηση για αγορά ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων. Τόσο η Βρετανία όσο και η Γερμανία θέτουν το επίπεδο υγείας των πολιτών τους σε υψηλό επίπεδο αφού είναι συνυφασμένο με την παραγωγικότητα και τη γενική ευημερία της εκάστοτε χώρας.

Όσον αφορά τον τρόπο εξυπηρέτησης των ασθενών στα δύο κράτη, από τους παραγωγούς της υγείας, τους γιατρούς αλλά και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, παρατηρούμε σημαντικές ομοιότητες. Ο βασικός τρόπος δράσης της κάλυψης των αναγκών των Βρετανών πολιτών γίνεται μέσα από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι χαρακτηρίζονται και ως “gatekeepers” αφού είναι οι πλέον υπεύθυνοι για την αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος, τόσο λειτουργικά αλλά και οικονομικά. Ο νοσοκομειακός τομέας στη Μεγάλη Βρετανία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στους γενικούς γιατρούς αφού για οι ασθενείς παραπέμπονται σε αυτά κατά την κρίση του γενικού γιατρού. Παρομοίως, στην περίπτωση του γερμανικού υγειονομικού συστήματος, η εξυπηρέτηση των πολιτών γίνεται κυρίως από τους γενικούς γιατρούς οι οποίοι ιδιωτεύουν σε δικό τους χώρο και για την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας οι ασθενείς παραπέμπονται σε κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτήριο. Μια μικρή διαφορά στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών από τους γενικούς γιατρούς των δύο χωρών είναι το γεγονός ότι στη Γερμανία οι γιατροί μπορούν να καλύψουν μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών για τους ασθενείς τους, δεδομένου ότι είναι γιατροί με ειδικότητες.

Σημαντικό ενδιαφέρον μελέτης για τα δύο συστήματα παρουσιάζει ο τρόπος αποζημίωσης των παραγωγών της υγείας, των γενικών γιατρών αλλά και των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Και στις δύο περιπτώσεις που εξετάζουμε οι γενικοί γιατροί ασκούν το επάγγελμά τους αυτόνομα και ιδιωτικά χωρίς αυστηρό έλεγχο στη δράση τους. Οι Βρετανοί γιατροί αμείβονται για συγκεκριμένες ενέργειες που εκτελούν με τη κατά κεφαλή ή την κατά πράξη μέθοδο για κάθε ασθενή που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογό που τους αναλογεί. Οι οργανώσεις στις οποίες ανήκουν οι γενικοί γιατροί υπογράφουν προκαθορισμένες συμβάσεις που καθορίζονται από τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Στο γερμανικό σύστημα η αμοιβή των γενικών γιατρών γίνεται κατά πράξη και περίπτωση, αφού έχουν προηγηθεί συμφωνίες των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων υγείας με τις συνδικαλιστικές οργανώσεις των γιατρών.

Μια βασική διαφορά που παρουσιάζουν τα δύο αυτά συστήματα υγείας είναι στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες των πολιτών τους. Το μεγάλο πρόβλημα εμφανίζεται στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας όπου λόγω του τρόπου λειτουργίας τους με τους γενικούς γιατρούς και τις παραπομπές στα νοσοκομεία αλλά και την πλήρη ιατροφαρμακευτική κάλυψη των ασθενών, εμφανίζονται μεγάλες λίστες αναμονής για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων. Στην Γερμανία το πρόβλημα αυτό περιορίζεται λόγω του τρόπου λειτουργίας του συστήματος, όπου οι γενικοί γιατροί είναι εξειδικευμένοι σε διάφορους τομείς, και τα ιατρεία τους πλήρως εξοπλισμένα με αποτέλεσμα να μπορούν να αντιμετωπίσουν πληθώρα περιστατικών και να

προβούν σε διενέργεια διαφόρων εξετάσεων. Έτσι, ελαχιστοποιούν τις παραπομπές στα νοσοκομεία και συνδράμουν στη μείωση του μεγάλου χρόνου αναμονής των ασθενών. Επιβάλλεται λοιπόν η ανάγκη για διερεύνηση του ζητήματος αυτού και εξεύρεση λύσης που να διασφαλίζει την αμεσότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας χωρίς να περιορίζει την ποιότητά τους η οποία έχει άμεσο αντίκτυπο στην εξυπηρέτηση και την ικανοποίηση των πολιτών. Ταυτόχρονα θα πρέπει να ελέγχονται οι οικονομικοί πόροι που χρησιμοποιούνται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η οικονομική αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Γενικότερα, το τρίπτυχο αποτελεσματικότητα, ποιότητα, αποδοτικότητα είναι ένας από τους βασικότερους αν όχι ο βασικότερος στόχος των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων.

Μεγάλο ενδιαφέρον για την αποδοτικότητα των δύο συστημάτων παρουσιάζει η εμφάνιση των φαινομένων της προκλητής ζήτησης και ηθικού κινδύνου. Παραδείγματος χάριν, στο βρετανικό σύστημα υγείας λόγω της πλήρους και δωρεάν κάλυψης των υπηρεσιών υγείας από το κράτος, ευνοείται η υπερβολική ζήτηση υπηρεσιών από τους πολίτες αλλά και η συνταγογράφηση υπηρεσιών χωρίς φραγμούς από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι δεν έχουν κίνητρα για εξοικονόμηση των δαπανών υγείας. Παρόμοια τάση χαρακτηρίζει και το γερμανικό σύστημα υγείας, όπου η αποζημίωση των υπηρεσιών που προσφέρουν οι γενικοί γιατροί γίνεται κατά πράξη και περίπτωση. Ο τρόπος αμοιβής των γιατρών, τους οδηγεί στην αχρείαστη χορήγηση υπηρεσιών προς τους ασθενείς με στόχο το προσωπικό οικονομικό όφελος.

Τα πιο πάνω φαινόμενα οδηγούν τις δύο χώρες σε οικονομική επιβάρυνση των υγειονομικών τους συστημάτων. Το πλήθος κόσμου που διαθέτει η κάθε χώρα αλλά και ο μεγάλος αριθμός γιατρών αυξάνουν τη ζήτηση σε μερικές περιπτώσεις αχρείαστων υπηρεσιών, αυξάνοντας ταυτόχρονα και το κόστος για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα στην προσπάθειά τους να καλύψουν όλες τις ανάγκες που δημιουργούνται, καταλήγουν να βρίσκονται σε δυσχερή θέση όσον αφορά τον οικονομικό προϋπολογισμό με την ταυτόχρονη δημιουργία ελλειμμάτων στα ταμεία τους. Μέσα από διάφορες ενέργειες, όπως η καταβολή αντίτιμου για ακριβές εξετάσεις από τους πολίτες στο Βρετανικό σύστημα και την κάλυψη από τα διάφορα ταμεία υγείας, ενός προκαθορισμένου ποσοστού ιατρικών αναγκών για κάθε ασφαλισμένο στην Γερμανία, οι δύο χώρες προσπαθούν να μειώσουν το φαινόμενο της υπερβολικής και αχρείαστης κατανάλωσης υπηρεσιών, προστατεύοντας τις δαπάνες υγείας.

Μεγάλη ευθύνη και συμμετοχή στην μακρά χρονική περίοδο λειτουργίας του Βρετανικού και Γερμανικού Συστήματος λαμβάνει ο κρατικός παρεμβατισμός. Το Βρετανικό κράτος έχει καθολική

συμμετοχή στην υγεία αφού είναι ο κύριος φορέας ελέγχου τόσο της οικονομικής αλλά και της λειτουργικής δράσης του υγειονομικού συστήματος. Από το κράτος θεσπίζονται οι κανονισμοί αλλά παρέχονται και τα χρήματα για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Στην περίπτωση της Γερμανίας, η κρατική παρέμβαση συγκριτικά με το Βρετανικό Σύστημα είναι περιορισμένη λόγω του ότι η ασφάλιση των πολιτών είναι κοινωνική. Παρόλα αυτά η συμμετοχή των κρατικών φορέων στο υγειονομικό σύστημα είναι υψίστης σημασίας αφού είναι υπεύθυνοι για την θεσμοθέτηση κανονισμών, την τιμολόγηση των υπηρεσιών και γενικά για την ομαλή λειτουργία και επίβλεψη του συστήματος.

5.2 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΤΟΥ Π.Ο.Υ.

Στα πλαίσια της εντατικής διερεύνησης και οργάνωσης των υγειονομικών συστημάτων για χάραξη κοινής πολιτικής γραμμής αλλά και για καλύτερο και πιο οργανωμένο έλεγχό τους, ο Παγκόσμιος Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) θεσμοθέτησε τρεις βασικούς στόχους. Το κάθε υγειονομικό σύστημα οφείλει να υλοποιεί τους στόχους αυτούς με σκοπό την επίτευξη της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητά του (Murray and Frenk 1999, WHO 2000, Kawabata 2001).

Ο πρώτος στόχος που οφείλουν να εφαρμόζουν τα συστήματα υγείας των χωρών μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφέρεται στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αλλά ταυτόχρονα και στην ομοιόμορφη επιβολή της καλής υγείας σε όλη τη μερίδα του πληθυσμού. Με άλλα λόγια κάθε χώρα οφείλει να παρέχει σε όλους τους πολίτες της, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής θέσης, το βέλτιστο δυνατό επίπεδο υγείας. Έχοντας εξασφαλισμένη την υγεία τους, οι πολίτες, καθίστανται παραγωγικοί και συμβάλλουν στην ανάπτυξη τόσο την οικονομική αλλά και την κοινωνική της χώρας τους και έτσι επικρατεί ευημερία του πληθυσμού.

Ο επόμενος στόχος που ελέγχεται από τον ΠΟΥ είναι ο βαθμός ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας στις καθημερινές ανάγκες όλων των πολιτών ανεξαρτήτως της κοινωνικής και οικονομικής θέσης στην οποία βρίσκονται. Για την επίτευξη του στόχου αυτού αξιολογείται ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους, οι παραγωγοί της υγείας, η προσοχή και ο σεβασμός που επιδεικνύουν προς τους συμπολίτες τους αλλά συνάμα αξιολογείται και ο βαθμός ικανοποίησης που νιώθουν οι καταναλωτές ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που δέχονται. Ο στόχος της ανταποκρισιμότητας των υγειονομικών συστημάτων διευρύνεται σε δύο τομείς. Ο ένας εξετάζει το βαθμό βελτίωσης του επιπέδου ανταπόκρισης του κάθε συστήματος και ο άλλος ελέγχει

κατά πόσο η ανταπόκριση που υφίσταται εφαρμόζεται καθολικά και ισότιμα για όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως των κοινωνικών και οικονομικών τους χαρακτηριστικών.

Τέλος, ως τρίτος στόχος που τίθεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, και οφείλουν να εφαρμόζουν τα συστήματα υγείας, είναι η δίκαιη και ίση κατανομή των πόρων που προέρχεται από την χρηματοδότησή τους, σε όσους πολίτες το έχουν ανάγκη. Με αυτό τον τρόπο προστατεύονται οικονομικά οι πολίτες που πάσχουν για παράδειγμα από χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες. Τα υγειονομικά συστήματα πρέπει να εμφανίζουν δίκαιο χαρακτήρα και να περιθάλπουν πλήρως κυρίως άτομα υψηλών ομάδων κινδύνου, όπως τους χρόνιους ασθενείς ή τους συνταξιούχους.

5.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΟΥ Π.Ο.Υ.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, μέσα από τη διαχρονική δράση του τοποθετεί την υγεία των λαών σε πολύ υψηλές βαθμίδες, γεγονός που καθιστά τους στόχους του αρκετά δύσκολους για να επιτευχθούν. Κάθε κράτος μέλος ανά το παγκόσμιο οφείλει να καταβάλει το μέγιστο των προσπαθειών του για την διατήρηση της υγείας των ασθενών του. Ακόμα και χώρες του βεληνεκού της οργάνωσης και της εμπειρίας σε θέματα υγείας, που διαθέτουν η Μεγάλη Βρετανία και η Γερμανία είναι δύσκολο να φέρουν εις πέρας όλους τους στόχους που θέτει ο ΠΟΥ. Μέσα από την εμπειριστατωμένη ανασκόπηση που διεξήγαμε για το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας, μπορούμε να σχολιάσουμε κατά πόσο οι δύο χώρες εφαρμόζουν τους βασικούς στόχους που τίθενται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Ξεκινώντας από τον πρώτο στόχο, αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας που βελτιώνουν σημαντικά και καθιστούν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σε υψηλά επίπεδα, η Βρετανία και η Γερμανία, προσπαθούν μέσα από τη δημόσια και κοινωνική ασφάλιση αντίστοιχα να μην στερούν από κανένα πολίτη την δυνατότητα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η δωρεάν και καθολική χρήση των υπηρεσιών από όλους τους πολίτες στη Μεγάλη Βρετανία θεωρείται ένα πολύ σημαντικό μέσο για την επίτευξη του στόχου αυτού. Στην περίπτωση του Γερμανικού Συστήματος Υγείας, λόγω ότι η ασφάλιση είναι κοινωνική και πολλά άτομα ίσως να μην έχουν τη δυνατότητα για να αποταθούν σε κάποιο ταμείο υγείας μένουν ανασφάλιστοι και αναγκάζονται σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης να καλύψουν από μόνοι τους τα προσωπικά τους έξοδα, χωρίς καμιά βοήθεια από το κράτος. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι η Γερμανία αποτυγχάνει στην ολοκληρωτική επίτευξη του πιο πάνω στόχου. Βεβαίως, γίνεται μεγάλη προσπάθεια μέσα από την Αρχή της Αλληλεγγύης

έτσι ώστε οι ανάγκες των πολιτών με χαμηλά εισοδήματα να καλύπτονται από την προσφορά των πιο ευκατάστατων ομάδων στα ταμεία υγείας.

Συνεχίζοντας με τον δεύτερο στόχο, παρατηρούμε ότι και τα δύο συστήματα εμφανίζουν κωλύματα στην άμεση εξυπηρέτηση των πολιτών τους. Τα προβλήματα της αμεσότητας είναι πιο χαρακτηριστικά κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία, όπου εμφανίζονται μεγάλες λίστες αναμονής στα νοσοκομεία από την πληθώρα παραπομπών από τους γενικούς γιατρούς. Παρά το γεγονός ότι κάθε ασθενής έχει τη δυνατότητα να απευθύνεται γιατρό που είναι εγγεγραμμένος, έχοντας υπόψη του ότι δικαιούται περαιτέρω δωρεάν περίθαλψη, επιθυμεί να τη χρησιμοποιήσει. Η τακτική αυτή οδηγεί το σύστημα υγείας σε αδιέξοδο και σε μείωση της παραγωγικότητας αλλά και της αποδοτικότητάς του. Στη Γερμανία το φαινόμενο αυτό περιορίζεται σημαντικά από το γεγονός ότι οι γενικοί γιατροί είναι εξειδικευμένοι σε διάφορους τομείς οπότε μπορούν να περιθάλπουν άμεσα τους ασθενείς τους χωρίς να χρειάζεται συχνά η παραπομπή τους για περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπεία. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα πως η πλήρης καθολική κάλυψη των ιατρικών αναγκών των πολιτών μια χώρας δεν αρκεί για την ικανοποίηση του κοινού, αν δεν συνδυάζεται με την άμεση ανταποκρισιμότητα του συστήματος. Γενικότερα, κάθε σύστημα υγείας που θέλει να διατηρεί την εικόνα του σε υψηλά επίπεδα, οφείλει να ικανοποιεί στο έπακρον τις ανάγκες των ασθενών του, οι οποίοι καθίστανται δύσκολοι κριτές σε θέματα που αφορούν το ύψιστο αγαθό του ανθρώπου, που είναι η υγεία.

Τα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας πληρούν τα κριτήρια που σχετίζονται με τον τρίτο και τελευταίο στόχο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Και στις δύο περιπτώσεις που εξετάσαμε, η πολιτεία λειτουργεί ως κράτος δικαίου επιχορηγώντας άτομα χαμηλών εισοδημάτων ή ομάδων υψηλού κινδύνων, για κάλυψη των ιατρικών τους αναγκών. Όπως παρατηρήσαμε από την έρευνα μας για το Βρετανικό Σύστημα, όλοι οι πολίτες που βρίσκονται κάτω από την επίβλεψή του, έχουν το δικαίωμα για δωρεάν χρήση των υπηρεσιών υγείας που επιθυμούν. Ακόμα, ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που ισχύει στην περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας είναι η κατ' οίκον επίβλεψη και νοσηλεία από εξειδικευμένο προσωπικό σε ασθενείς με σοβαρά κινητικά προβλήματα ή μεγάλης ηλικίας. Το Γερμανικό Σύστημα μπορεί να υστερεί σε σχέση με το Βρετανικό Σύστημα στο συγκεκριμένο στόχο δεδομένου ότι η ασφάλιση που παρέχει στους πολίτες του είναι κοινωνική, οπότε η χρηματοδότησή του αφορά όσους συμμετέχουν ενεργά στα ταμεία υγείας. Όσοι όμως συμμετέχουν στην κοινωνική ασφάλιση έχουν μεγάλα ωφελήματα από τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης σημαντική είναι η προσπάθεια του Γερμανικού

κράτους για χορήγηση επιδομάτων και η κάλυψη αναγκών που αφορούν την υγεία σε άτομα που δεν μπορούν να ασφαλιστούν στα εκάστοτε ταμεία υγείας.

5.3 EN ΚΑΤΑΚΛΕΙΔΙ

Η εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στα Συστήματα Υγείας του Ευρωπαϊκού κόσμου παρουσιάζει διαχρονικά, διάφορα κωλύματα στην υλοποίηση των διαδικασιών. Στα Συστήματα Υγείας διαφόρων χωρών, παρομοίως και σε αυτά της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας παρουσιάζονται διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες για την υλοποίηση των στόχων, που θέτουν οι εκάστοτε κυβερνήσεις και τα πολιτικά προγράμματα. Σημαντικό ρόλο στην παρεμπόδιση των μεταρρυθμίσεων διαδραματίζουν και οι καθυστερήσεις στην εκτέλεση των νόμων και των θεσμικών κανονισμών. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την εξέλιξη των Συστημάτων Υγείας είναι η οικονομική αστάθεια που παρουσιάζεται στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο με αποκορύφωμα την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης των τελευταίων χρόνων. Το γεγονός αυτό αναστέλλει τον προγραμματισμό των μεταρρυθμίσεων τόσο σε θέματα υγείας αλλά και σε γενικό επίπεδο.

Ανεξαρτήτως της ύπαρξης των πιο πάνω εμποδίων και τη μεγάλη χρονική περίοδο από το έτος ίδρυσης των συστημάτων υγείας που εξετάσαμε, διαχρονικά οι εκάστοτε κυβερνήσεις προσπαθούν για την εξέλιξη και προσαρμογή των υγειονομικών συστημάτων στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών κάθε εποχής. Στόχος κάθε υγειονομικού συστήματος είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες της χώρας παρά τις αντίξοες συνθήκες που δημιουργούν οι κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις. Κατά πόσο το κάθε σύστημα υγείας καταφέρνει να υλοποιεί επιτυχώς τους στόχους του, διαφαίνεται από το επίπεδο υγείας τους πληθυσμού του αλλά και από το βαθμό αποδοτικότητας των δαπανών που διαθέτει για την υγεία.

Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας, αποτελούν σταθμό στα ιατρικά δρώμενα καθώς επίσης και σημαντική πηγή έρευνας για τα νεότερα υγειονομικά συστήματα υγείας που υφίστανται ήδη ή που πρόκειται να εφαρμοστούν. Δεδομένης της κατάστασης που επικρατεί στο σύστημα υγείας της Κύπρου και της περιόδου μεταρρυθμίσεων και αλλαγών που διανύουμε, συνίσταται η μελέτη τόσο των πλεονεκτημάτων αλλά και των επιπτώσεων που δημιουργούνται από τα προαναφερθέν και διάφορα άλλα συστήματα υγείας. Η μεθοδική μελέτη θα βοηθήσει τους διοικούντες, στην εξεύρεση και εφαρμογή του ιδανικότερου συστήματος υγείας για τη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Beaglehole R, ed. Global public health: a new era. Oxford: Oxford University Press, 2003.
2. Mohammad N. Akhter, (Ιανουάριος 2003), APHA Policies on Universal Health Care: Health for a Few or Health for All. Διαθέσιμο στο:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12511394>
3. Lawrence D. Brown, (Ιανουάριος 2003), Comparing Health Systems in Four Countries: Lessons for the United States. Διαθέσιμο στο:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447691/>
4. Daniela Garbin Neumann - Carlos Quiñonez, (2014), A comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada, and Brazil. Διαθέσιμο στο: <http://ncohr-rcrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/garbinneumann.pdf>
5. José A. Tapia Granadosa - Javier M. Rodriguezb, (Απρίλιος 2015), Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. Διαθέσιμο στο:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25979416>
6. Jillian Oderkirk - Elettra Ronchi - Niek Klazinga, (Ιούνιος 2013), International comparisons of health system performance among OECD countries: Opportunities and data privacy protection challenges. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23870099>
7. Laura Asanduluaia - Monica Romanb - Puiu Fatulescua, (2014), The efficiency of healthcare systems in Europe: a Data Envelopment Analysis Approach. Διαθέσιμο στο:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212567114003013>
8. The NHS Constitution, (Μάιος 2013), Guide to the HealthCare System in England. Διαθέσιμο στο:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF

9. Goran Ridic - Suzanne Gleason - Ognjen Ridic, Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. Διαθέσιμο στο:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/>
10. Leana S. Wen - Suhavi Tucker, (Ιούνιος 2015), What Do People Want from Their Health Care? A Qualitative Study. Διαθέσιμο στο:
<http://www.jopm.org/evidence/research/2015/06/25/what-do-people-want-from-their-health-care-a-qualitative-study/>
11. Altenstetter Christa, (Ιανουάριος 2003), Insights From Health Care in Germany. Διαθέσιμο στο: <http://www.gdctn.org/info/HealthCare/Lessons%20from%20Germany-%20AJPH%202003.pdf>
12. Zweite Auflage, (2009), The German Health System: A Guide for Migrants. Διαθέσιμο στο: http://www.bonn-international.org/fileadmin/dateien/pdf/wegweiser_englisch_2009.pdf
13. Κυριόπουλος Γιάννης, (Νοέμβριος 2009), Ο Ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία.
14. Κουρέα-Κρεμαστινού Τζένη, Δημόσια Υγεία, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2007.
15. Υφαντόπουλος – Πολυγένη – Τακουμάκης, (Ιούλιος 2004), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>
16. Π. Ξένος, Μ. Νεκτάριος, Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος, (Ιούλιος 2013), Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf>
17. Τριανταφύλλου Μαρία, (Οκτώβριος 2004), Συστήματα Υγείας. Διαθέσιμο στο: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/12/669.pdf

18. Άννα Μαστοράκου, (3 Νοεμβρίου 2009), Γενικοί Γιατροί: Υπέρ του οικογενειακού και της αμοιβής κατά πράξη. Διαθέσιμο στο: http://medispin.blogspot.com/2013/11/blog-post_3.html
19. Πολύζος Νικόλαος, (Οκτώβριος 2013), Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Διαθέσιμο στο: <http://www.socadm.duth.gr/conferences/news>
20. Π. Ξένος - Μ. Νεκτάριος - Ν. Πολύζος - Ι. Υφαντόπουλος, (Ιούλιος 2013), Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf>
21. Λαζαρίδου Δέσποινα, Η Οργάνωση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης στις Χώρες της Νότιας Ευρώπης και οι Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειές τους. Διαθέσιμο στο: http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP_2003/Proceedings/Lazaridou_Despina.pdf
22. Στυλιανίδης Κ. Πέτρου Μ. Λέπουρα Ν., Ηθικός κίνδυνος και προκλητή ζήτηση: μέτρα αντιμετώπισής τους, έκταση εμφάνισής τους στην Κύπρο και παρεμβάσεις σε επίπεδο οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.iatrikoskosmos.com/article/818/40>
23. Γ.Κ. Τούντας, (Αθήνα 2004), Αγωγή και Προαγωγή Υγείας. Διαθέσιμο στο: http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubaspis/%CE%91%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE%CE%BA%CE%B1%CE%B9_%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE.htm
24. Μωυσίδου Αγγελική, (Νοέμβριος 2011), Η Επίδραση του Συστήματος Υγείας στις Κοινωνικές Ανισότητες: Η Ελλάδα σε Σύγκριση με Άλλες Χώρες της Ε.Ε. Διαθέσιμο στο: <http://eekp.gr/wp-content/uploads/2013/09/arxeio7.2.pdf>

25. Νιάρχου Σταυρούλα, (2009), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Διαθέσιμο στο:
http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12809/SDO_DMYP_00786_Medium.pdf?sequence=1
26. Κουρτάκη Δέσποινα, (Ιούλιος 2013), Οικονομική Διαχείριση Νοσοκομείων. Διαθέσιμο στο:
http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjEjnY-a3RAhVZdFAKHbe2D4oQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pyxida.aueb.gr%2Fgetfile.php%3Fobject_id%3Diid%3A4149%26ds_id%3DPDF1&usg=AFQjCNE5OZbP3E-EmZq0qKzhjQ4cTGsHsQ&bvm=bv.142059868,d.ZWM
27. Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, (2009), Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στο: http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=17
28. Νέα Υγεία, (Αθήνα 2012), Προαγωγή Υγείας στον 21ο αιώνα. Διαθέσιμο στο:
<http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=570>
29. Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής, (Ιανουάριος-Μάρτιος 2002), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διαθέσιμο στο:
http://familymedicine.gr/pfy/VOL14_ISSUE1_JAN_MAR_2002.pdf
30. Health Management, (Μάρτιος 2004), Αναβάθμιση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας- Υπουργείο Υγείας Κύπρου. Διαθέσιμο στο:
http://healthsystemsc.blogspot.com.cy/2009/10/blog-post_2370.html
31. Παρασκευόπουλος Βασίλειος, (2013), Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας. Διαθέσιμο στο:
<http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/6839>
32. Ριζάκη Ολγα, (Ιούνιος 2013), Θεωρητική Προσέγγιση των DRGs. Πλεονεκτήματα και αδυναμίες από την εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης. Διαθέσιμο στο:
<http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1392>

33. Χριστοδουλίδης Μάρεκ, (Ιούνιος 2015), Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εφαρμογής των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων σαν μέθοδος αποζημίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Διαθέσιμο στο: <https://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/2041>
34. Επιτροπή ΥΥΚΑ (Μάρτιος 2011), Πόρισμα-Πρόταση για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRG's στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Διαθέσιμο στο: <https://www.scribd.com/doc/207109833/1-1-%CE%A0%CF%8C%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1-DRGs>
35. Όλγα Ριζάκη, (Ιούνιος 2013), Θεωρητική Προσέγγιση των DRG's. Πλεονεκτήματα και αδυναμίες από την εφαρμογή τους στην Ευρώπη. Διαθέσιμο στο: <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/1392/???-2013-00164.pdf?sequence=1>
36. Φωτεινή Γιαλαμά, (Φεβρουάριος 2013), Μισθοδοσία Ιατρών ΕΣΥ και Ιδιωτικό Τομέα. Σύγκριση με άλλα Συστήματα. Διαθέσιμο στο: http://static.livemediagr/hcs2/documents/OEOstria_14022013_018_gialama.pdf
37. Η οργάνωση της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης. Μια Πρόκληση για την Κυβέρνηση και τον Ιατρικό Κόσμο. Διαθέσιμο στο: <http://www.ygeianet.gr/box/cal/23378.pdf>
38. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Στρατηγική για την Υγεία. Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health/home_el
39. Πολίτη Βασιλική, (2009), Η Πυραμίδα Υγείας στην Ελληνική Κοινότητα, Σύγκριση με Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Διαθέσιμο στο: <http://nestor.teipel.gr/xmlui/handle/123456789/12816>
40. Τσεκουρα Κατερίνα, (Δεκέμβριος 2012), Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας και Μελέτη των Δημόσιων και Ιδιωτικών Δαπανών. Διαθέσιμο στο: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/5170>
41. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Μεθοδολογία Έρευνας. Διαθέσιμο στο: http://www.lib.unipi.gr/files/Stratigikes_Anazitisis_Pliroforiakon_Pigon/1.%20%CE%9C%CE%B5%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF

[%CE%B1%20%CE%AD%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%CF%82.pdf](#)

42. Τσακίρη Λίνα, Εισαγωγή στη Μεθοδολογία Έρευνας. Διαθέσιμο στο:

<http://dpms.csd.auth.gr/stuff/eis-meth-er.pdf>

43. Αντωνίου Έλενα, (Ιούνιος 2014), Καλύτερες Πρακτικές στην Εφαρμογή Ηλεκτρονικής Υγείας σε Εθνικά Συστήματα Υγείας. Διαθέσιμο στο:

<https://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/1736/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2014-00251.pdf?sequence=1>

44. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, (2005), Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. Διαθέσιμο στο:

<http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/8.pdf>