

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Θετικών και Εφαρμοσμένων Επιστημών

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών

***Εφαρμοσμένη Πληροφορική της Υγείας &
Τηλεϊατρική***

Μεταπτυχιακή Διατριβή



Εθνικά Συστήματα Υγείας

Γιώργος Μ. Γεωργίου

**Επιβλέπων καθηγητής
Μάριος Νεοφύτου**

Μάιος 2020

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Θετικών και Εφαρμοσμένων Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

***Εφαρμοσμένη Πληροφορική της Υγείας &
Τηλεϊατρική***

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Εθνικά Συστήματα Υγείας

Γιώργος Μ. Γεωργίου

**Επιβλέπων καθηγητής
Μάριος Νεοφύτου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην εφαρμοσμένη πληροφορική της υγείας και τηλεϊατρική, από τη Σχολή Θετικών και εφαρμοσμένων επιστημών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Μάιος 2020

Περίληψη

Η αξιολόγηση των σημαντικών εξελίξεων που καταγράφονται στον τομέα της υγείας, με πρώτιστη την εφαρμογή του νέου γενικού συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας στην Κύπρο, απαιτεί την εν τω βάθει και ενδελεχή ανάλυση των δεδομένων του ίδιου του συστήματος, αλλά και τη σύγκρισή του με εκείνα ευρωπαϊκών και άλλων προηγμένων κρατών. Η φιλοσοφία των συστημάτων υγείας των χωρών αυτών κατά κανόνα διαφέρει, αντικατοπτρίζοντας τις διαφορετικές τους κοινωνικές επιλογές, αλλά και τις διαφορές στην οργάνωση και στη χρηματοδότησή τους. Παρά τις αδιαμφισβήτητες αυτές διαφορές, τα συστήματα υγείας των χωρών οφείλουν να θεμελιώνονται πάνω σε κοινές αξίες, στη δε ευρωπαϊκή επικράτεια θα πρέπει να ακολουθούν την οδηγία των Υπουργών Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2014, η οποία ορίζει ως απαραίτητα συστατικά στοιχεία των συστημάτων υγείας για τα κράτη-μέλη την καθολικότητα, την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, την ισότητα και την αλληλεγγύη.

Μέσα από την ανάδειξη των θετικών στοιχείων, αλλά και των αυταπόδεικτων μειονεκτημάτων του κάθε συστήματος, η παρούσα διατριβή σκοπεύει να αξιολογήσει και να καταγράψει τις πιο σημαντικές διαφορές συγκεκριμένων εθνικών συστημάτων υγείας, η επιλογή των οποίων έγινε έχοντας ως γνώμονα ότι αποτελούν τους βασικούς εκπροσώπους των διάφορων τύπων των συστημάτων. Ο διαχωρισμός στους τύπους αυτούς βασίζεται σε σύγχρονη ταξινόμηση, της οποίας η σημασία τεκμαίρεται από τη βιβλιογραφία. Η ελεύθερη διακίνηση και εγκατάσταση των πολιτών μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει οδηγήσει στην έκδοση οδηγίας από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο «περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης», για την οποία επίσης γίνεται ειδική αναφορά. Η αξιοποίηση της ηλεκτρονικής υγείας κρίνεται εκ των ων ουκ άνευ για την επιτυχή εφαρμογή ενός γενικού συστήματος υγείας. Η ψηφιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί μιας πρώτης τάξεως ευκαιρία για να καταστήσει τους πολίτες ισότιμους εταίρους στις αλληλεπιδράσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας. Μέσα από τη διαδικασία αυτή, και αφού διαφυλαχθούν τα προσωπικά τους δεδομένα, οι πολίτες μπορούν αφενός να αισθάνονται ασφαλείς και αφετέρου να αξιοποιούν τα πλεονεκτήματα της ανταλλαγής δεδομένων και της διαφάνειας στο χώρο της δημόσιας υγείας. Η διατριβή αυτή αποσκοπεί και στην ανάλυση του βαθμού ευόδωσης του στόχου της εφαρμογής της ηλεκτρονικής υγείας στα διάφορα, υπό αναφορά συστήματα υγείας.

Summary

Significant developments in the health sector, and especially the implementation of a new national healthcare system in Cyprus, require an in-depth and detailed analysis of the data of the system, but also its comparison with those of European and other advanced states. The philosophy of the health systems of these countries generally differs, reflecting their different social attitudes, but also the differences in their organization and funding. Despite the indisputable differences, the health systems of the countries must be based on common values, and in the European territory they must follow the directive of the Ministers of Health of the European Union in 2014, which defines as necessary components of health systems for Member States universality, access to quality health care services, equality and solidarity.

By highlighting the pros and cons of each system, this dissertation aims to assess and record the most significant differences between specific national health systems, which were selected based on the main representatives of the various types of systems. The division into these types is based on a contemporary classification, the significance of which is presumed by the literature. The free movement and installation of citizens between the Member States of the European Union has led to the issuance of a directive by the European Council "on the application of patients' rights in cross-border health care", for which special reference is also made.

The use of e-health is deemed to be the only way to successfully implement a general health system. The digitalization of healthcare is an ideal opportunity to make citizens equal partners in their interactions with healthcare professionals. Through this process, and after safeguarding their personal data, citizens can, on the one hand, feel safe and on the other hand, benefit from the data exchange and transparency in the field of public health. This dissertation also aims at the analysis of the degree of success of the goal of the application of electronic health in the various, mentioned health systems.

Ευχαριστίες

Στην οικογένειά μου. Και στους δασκάλους μου.

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή	1
2	Ερευνητικά Ερωτήματα, Ορισμός και Βασικά Μοντέλα Συστημάτων Υγείας	3
2.1	Ερευνητικά Ερωτήματα	3
2.2	Ορισμός Συστήματος Υγείας	3
2.3	Βασικά Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας	4
2.4	Βασικά Μοντέλα Οργάνωσης των Συστημάτων Υγείας	5
2.4.1.	Εθνική Υπηρεσία Υγείας	8
2.4.2.	Εθνική Ασφάλιση Υγείας	9
2.4.3.	Κοινωνική (Εταιρική) Ασφάλιση Υγείας.....	10
2.4.4.	Ετατιστική (Κρατικιστική) Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας	11
2.4.5.	Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας.....	13
3	Συστήματα Ηλεκτρονικής Υγείας	15
3.1	Πρότυπα	15
3.2	Κωδικοποιήσεις	15
3.3	Διαλειτουργικότητα Συστημάτων Ηλεκτρονικής Υγείας	16
3.3.1.	Οργανωσιακή Διαλειτουργικότητα.....	16
3.3.2.	Σημασιολογική Διαλειτουργικότητα	17
3.3.3.	Τεχνική Διαλειτουργικότητα	17
3.3.4.	Νομική Διαλειτουργικότητα:	17
3.4	Εφαρμογές Ηλεκτρονικής Υγείας	18
3.4.1.	Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος (ΗΙΦ)	19
3.4.2.	Νοσοκομειακό Σύστημα Πληροφοριών, Hospital Information System (HIS)	20
3.4.3.	Σύστημα Διαχείρισης Πληροφοριών Εργαστηρίων-Laboratory Information System (LIS).....	20
3.4.4.	Σύστημα Πληροφορικής Ακτινολογικών Εξετάσεων, Radiology Information System (RIS)	21
3.4.5.	Σύστημα Αρχειοθέτησης Εικόνας και Επικοινωνίας (Picture Archiving and Communication System, (PACS).....	21
3.4.6.	Mobile (m)-Health.....	21
3.4.7.	Τηλεϊατρική (Telemedicine).....	22
4	Σύστημα Υγείας του Τύπου Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας	24
4.1	Ηνωμένο Βασίλειο	24

4.1.1. Οργάνωση	24
4.1.2. Χρηματοδότηση	26
4.1.3. Αξιολόγηση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας	29
4.1.4. Στόχοι και Επιδιώξεις του Αγγλικού Συστήματος Υγείας.....	29
4.1.5. Ηλεκτρονική Υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο	32
4.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας Σουηδίας	33
4.2.1. Οργάνωση	33
4.2.2. Χρηματοδότηση	35
4.2.3. Παροχή Υπηρεσιών	35
4.2.4. Αξιολόγηση του Σουηδικού Συστήματος Υγείας.....	36
4.2.5. Ηλεκτρονική Υγεία	37
4.3 Εθνικό σύστημα Δανίας	40
4.3.1. Οργάνωση και διακυβέρνηση	40
4.3.2. Χρηματοδότηση	41
4.3.3. Παροχή Υπηρεσιών	42
4.3.4. Κύριες Μεταρρυθμίσεις στον Τομέα της Υγείας.....	43
4.3.5. Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας της Δανίας	44
4.3.6. Ηλεκτρονική Υγεία στη Δανία	46
5 Σύστημα Υγείας του Τύπου Εθνικής Ασφάλισης Υγείας	48
5.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας Ιρλανδίας.....	48
5.1.1. Οργάνωση	48
5.1.2. Χρηματοδότηση	50
5.1.3. Φυσικοί και Ανθρώπινοι Πόροι.....	51
5.1.4. Παροχή Υπηρεσιών	52
5.1.5. Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας.....	53
5.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας Ιταλίας.....	54
5.2.1. Οργάνωση	54
5.2.2. Χρηματοδότηση	57
5.2.3. Παροχή Υπηρεσιών	59
5.2.4. Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας της Ιταλίας	59
5.2.5. Ηλεκτρονική Υγεία στο Ιταλικό Σύστημα Υγείας.....	61
6 Σύστημα Υγείας του Τύπου Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας.....	63
6.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γερμανίας.....	63
6.1.1. Οργάνωση	63

6.1.2. Χρηματοδότηση.....	65
6.1.3. Παροχή υπηρεσιών.....	66
6.1.4. Αξιολόγηση Γερμανικού Συστήματος Υγείας.....	68
7 Σύστημα Υγείας του Τύπου Ετατιστικής Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας	71
7.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γαλλίας.....	71
7.1.1. Οργάνωση	71
7.1.2. Χρηματοδότηση.....	73
7.1.3. Δείκτες Ποιότητας Υγείας	74
7.1.4. Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας της Γαλλίας.....	75
7.1.5. Ηλεκτρονική Υγεία στη Γαλλία	76
7.2 Εθνικό σύστημα Υγείας της Ολλανδίας	78
7.2.1. Οργάνωση	78
7.2.2. Χρηματοδότηση.....	79
7.2.3. Παροχή Υπηρεσιών.....	80
7.2.4. Δείκτες Ποιότητας Υγείας	81
7.2.5. Ανισότητες και Προκλήσεις του Ολλανδικού Συστήματος.....	81
7.2.6. Ηλεκτρονική Υγεία στην Ολλανδία.....	82
8 Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας.....	84
8.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής	84
8.1.1. Οργάνωση και Διακυβέρνηση.....	84
8.1.2. Χρηματοδότηση.....	86
8.1.3. Παροχή Υπηρεσιών Υγείας	87
8.1.4. Αξιολόγηση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών	88
8.1.5. Ηλεκτρονική Υγεία	90
9 Γενικό Σύστημα Υγείας Κύπρου.....	93
9.1 Φιλοσοφία ΓΕΣΥ.....	93
9.2 Βασικοί πυλώνες ΓΕΣΥ.....	94
9.3 Συστατικά στοιχεία ΓΕΣΥ.....	97
9.3.1. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ).....	97
9.3.2. Δικαιούχοι Ιατρικής Περίθαλψης.....	97
9.4 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα από την Εφαρμογή του ΓΕΣΥ.....	98
9.4.1. Πλεονεκτήματα.....	98
9.4.2. Μειονεκτήματα	99

9.5 Ηλεκτρονική Υγεία στην Κύπρο.....	100
10 Διασυνοριακή Περίθαλψη.....	102
10.1 Ευρωπαϊκό πρόγραμμα epSOS.....	103
10.2 Ευρωπαϊκό πρόγραμμα Antilope.....	104
10.3 Αξιολόγηση της Διασυνοριακής Περίθαλψης.....	104
11 Επίλογος.....	106
Βιβλιογραφία.....	108
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	108
Αγγλική Βιβλιογραφία.....	109

Περιεχόμενα διαγραμμάτων, εικόνων και πινάκων

Διαγράμματα

Διάγραμμα 1: Ταξινόμηση συστημάτων υγείας με βάση την αφαιρετική προσέγγιση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ασφάλειας (ΟΟΣΑ).....	6
Διάγραμμα 2: δαπάνες υγείας επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος στην Ευρώπη, για το έτος 2015.	27
Διάγραμμα 3: μέσες δαπάνες υγείας επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, για το έτος 2015.....	27
Διάγραμμα 4: δαπάνες υγείας επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος στο Η.Β. και γενικότερα στην Ευρώπη, για τα έτη από 1995 έως 2013	28
Διάγραμμα 5: οργανόγραμμα Σουηδικού συστήματος υγείας.....	34
Διάγραμμα 6: μέσος όρος επιβίωσης γυναικών και αντρών στην Ευρώπη κατά το έτος 2017	45
Διάγραμμα 7: οργανόγραμμα Ιταλικού συστήματος υγείας.....	56
Διάγραμμα 8: οργανόγραμμα Γερμανικού συστήματος υγείας	64
Διάγραμμα 9: κατά κεφαλή δαπάνες για το έτος 2017 (ή το πλησιέστερο έτος)	66
Διάγραμμα 10: υπαγόμενη σε παραμέτρους του συστήματος υγείας θνησιμότητα σε 16 οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ των ετών 1997/8 και 2006/7.....	90
Διάγραμμα 11: δαπάνες υγείας με βάση την πηγή χρηματοδότησης.....	96

Εικόνες

Εικόνα 1: οφέλη από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας.....	19
Εικόνα 2: σύγχρονος, διαδραστικός ρόλος του Η.Ι.Φ στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	20
Εικόνα 3: διείδυση του ΗΙΦ στα νοσοκομεία της Σουηδίας μεταξύ των ετών 2003 και 2012	39
Εικόνα 4: Δείκτες ποιότητας υγείας του συστήματος υγείας της Γαλλίας, συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης	75
Εικόνα 5: Διασυνοριακή περίθαλψη και οι θετικές της προεκτάσεις	102

Πίνακες

Πίνακας 1: ταξινόμηση συστημάτων υγείας από την ομάδα εργασίας του ΟΟΣΑ	7
--	---

Κατάλογος συντομογραφιών

Ελληνικές συντομογραφίες

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΓεΣΥ	Γενικό Σύστημα Υγείας (Κύπρου)
ΔΒΦ	Δευτεροβάθμια φροντίδα
ΕΑΗΥ	Εθνική Αρχή Ηλεκτρονικής Υγείας
ΕΑΥ	Εθνική Ασφάλιση Υγείας
ΕΥΥ	Εθνική Υπηρεσία Υγείας
ΕΚΑΥ	Ετατιστική Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας
ΕΣΥΥΙ	Εκτελεστικό Σώμα Υπηρεσιών Υγείας Ιρλανδίας
ΗΒ	Ηνωμένο Βασίλειο
ΗΙΦ	Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΗΣΓ	Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση
ΗΥ	Ηλεκτρονική Υγεία
ΙΣΥ	Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας
ΚΑΥ	Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας
ΟΑΥ	Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας
ΟΚυΠυ	Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΒΦ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΥΠ	Σύστημα Υγειονομικής περίθαλψης
ΤΒΦ	Τριτοβάθμια Φροντίδα
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών

Αγγλικές και άλλες συντομογραφίες

DMP	Dossier Médical Personnel
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
DRG	Diagnosis Related Groups
epSOS	Smart Open Services for European Patients
HIS	Hospital Information System
HL7	Health Level 7
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
LIS	Laboratory Information System
NHS (UK)	National Health System (United Kingdom)
NPfIT	National Programme for Information Technology
OECD	Organization of Economic Co-operation and Development,
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAEHR	Patient-Accessible Electronic Health Record (Sweden)
PPMS	Policy and Procedure Management System
RIS	Radiology Information System
SALAR	Swedish Association of Local Authorities and Regions

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Μολονότι στη σημερινή εποχή καταγράφονται σημαντικές αλλαγές στον πίνακα αξιών της ζωής, καθώς και στην αξιακή κατάταξη των αγαθών, με αποτέλεσμα ο πίνακας αυτός να έχει εκ των πραγμάτων ανατραπεί, εντούτοις, η υγεία από τα πανάρχαια χρόνια παραμένει ακλόνητα και αδιαπραγμάτευτα το πολυτιμότερο, το ύψιστο ανθρώπινο αγαθό.

Αν και ο ορισμός της υγείας μπορεί να διαφέρει, ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση, την παιδεία, αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις κάθε κοινωνίας, κατά γενική παραδοχή, αλλά και με τη σύμφωνη γνώμη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως **Υγεία** ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία συνοδεύεται από την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (**World Health Organization, 1946**).

Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει την πρόληψη και τη θεραπεία των διαφόρων ασθενειών, καθώς και τη εδραίωση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας, μέσω υπηρεσιών που προσφέρονται από επαγγελματίες υγείας. Επί της ουσίας, αφορά στο σύνολο των αγαθών και των προσφερόμενων υπηρεσιών, που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας και απευθύνονται σε άτομα ή σε πληθυσμούς. Η οργανωμένη παροχή των εν λόγω υπηρεσιών αποτελεί ένα οργανωμένο **Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης**.

Η μεταπτυχιακή αυτή διατριβή στοχεύει στην επεξήγηση και ανάλυση της φιλοσοφίας των εθνικών συστημάτων υγείας που ισχύουν κατά κύριο λόγο στην ευρωπαϊκή επικράτεια, αλλά και σε άλλες προηγμένες χώρες, όπως για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τη δεδομένη χρονική στιγμή, αναγνωρίζοντας εκ των προτέρων ότι η λεπτομερής αναφορά στο

σύστημα της κάθε χώρας ξεχωριστά και σε πλήρη έκταση και ανάλυση είναι εκ των πραγμάτων ανέφικτη.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στα ερευνητικά ερωτήματα για τα οποία αναζητούνται απαντήσεις, στο αναλυτικό ορισμό των συστημάτων υγείας, στα βασικά χαρακτηριστικά τους και τις βασικότερες ομαδοποιημένες μορφές τους, με βάση την πιο εξελιγμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη ταξινόμησή τους. **Στο τρίτο κεφάλαιο** κρίθηκε σκόπιμη η περιληπτική αναφορά στα συστήματα ηλεκτρονικής υγείας, χωρίς την βοήθεια των οποίων τα εθνικά συστήματα υγείας είναι ανοχύρωτα και δυσλειτουργικά. Η διαλειτουργικότητα των συστημάτων της ηλεκτρονικής υγείας στηρίζεται σε πρότυπα και κωδικοποιήσεις, στις οποίες επίσης γίνεται επιγραμματική αναφορά στο κεφάλαιο αυτό.

Το τέταρτο κεφάλαιο εστιάζει στους κύριους εκπροσώπους των συστημάτων υγείας του τύπου της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, που είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Δανία. **Στο πέμπτο κεφάλαιο**, αναπτύσσεται λεπτομερώς το μοντέλο της Εθνικής Ασφάλισης Υγείας και γίνεται εκτενής αναφορά στα συστήματα της Ιρλανδίας και της Ιταλίας. Στο επόμενο, **έκτο κεφάλαιο**, γίνεται αναφορά στο μοντέλο κοινωνικής (εταιρικής) ασφάλισης υγείας. Τέσσερις γερμανόφωνες χώρες ανήκουν σε αυτό τον τύπο συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ των οποίων για λεπτομερή ανάλυση έχει επιλεγεί η χώρα με το μεγαλύτερο εκτόπισμα, η Γερμανία. Το μοντέλο της ετατιστικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας αναπτύσσεται σε έκταση στο **έβδομο κεφάλαιο**, με ειδική αναφορά στα συστήματα υγείας των βασικών της εκπροσώπων, Γαλλίας και Ολλανδίας. Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής αποτελεί το βασικό εκπρόσωπο του ιδιωτικού συστήματος υγείας, το οποίο αναπτύσσεται ενδελεχώς στο **όγδοο κεφάλαιο**, ενώ το **ένατο κεφάλαιο** αφορά στην εισαγωγή του Γενικού Συστήματος Υγείας της Κύπρου, που εφαρμόστηκε πρόσφατα και αποτελεί τη μεγαλύτερη μεταρρύθμιση της Κυπριακής Δημοκρατίας από την εγκαθίδρυσή της, το 1960. Στο **δέκατο κεφάλαιο** γίνεται αναφορά στη διασυνοριακή περίθαλψη, η οποία αποτελεί τη διακηρυγμένη ευρωπαϊκή πολιτική για μια ασθενοκεντρική παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ευρωπαίους πολίτες και σε όλη την ευρωπαϊκή επικράτεια, ενώ στο τελευταίο, **ενδέκατο και τελευταίο κεφάλαιο**, συνοψίζονται τα σημαντικότερα συμπεράσματα του πονήματος αυτού.

Κεφάλαιο 2

Ερευνητικά Ερωτήματα, Ορισμός και Βασικά Μοντέλα Συστημάτων Υγείας

Παρά την ύπαρξη μιας αδιαμφισβήτητα εκτενούς βιβλιογραφίας που αφορά στα συστήματα υγείας, εντούτοις, λόγω της δυναμικής, αλλά και του ζωντανού χαρακτήρα των συστημάτων αυτών, πολλά ερωτήματα που τα αφορούν παραμένουν εν μέρει αναπάντητα και διαχρονικά επίκαιρα.

2.1 Ερευνητικά Ερωτήματα

Αφού αποτυπωθεί ο ορισμός, τα βασικά χαρακτηριστικά και τα πρότυπα οργάνωσης των συστημάτων υγείας, επιχειρείται λεπτομερής ανάλυση συγκεκριμένων παραδειγμάτων εθνικών συστημάτων υγείας διαφόρων ευρωπαϊκών και άλλων χωρών, που εκπροσωπούν τα βασικά αυτά πρότυπα. Μέσα από τα παραδείγματα αυτά αναλύεται η φιλοσοφία τους, ο τρόπος οργάνωσης, εφαρμογής και χρηματοδότησής τους, ενώ αξιολογούνται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους, καθώς και οι ενδεχόμενες παθογένειες και αδυναμίες τους.

2.2 Ορισμός Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τους **Θεοδώρου, Σαρρή, και Σούλη (2001)** σύστημα υγείας ορίζεται «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων/υποσυστημάτων, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». Ένας ακόμη ορισμός που δίνουν οι πιο πάνω συγγραφείς για το σύστημα υγείας είναι «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας, με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, δηλαδή των γιατρών και

των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και την ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας».

Ο Λιαρόπουλος (2007) από την άλλη, επικεντρώνεται περισσότερο σε διοικητικά θέματα, ορίζοντας ως σύστημα υγείας «ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων στον τομέα της υγείας, ο οποίος μέσα από την ανάπτυξη των υπηρεσιών, στοχεύει στη μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, στα πλαίσια των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας».

2.3 Βασικά Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας

Σύμφωνα πάλι με τους **Θεοδώρου, Σαρρή και Σούλη (2001)**, τα κύρια χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας είναι τα ακόλουθα:

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή παροχή υπηρεσιών χωρίς χρονικούς περιορισμούς.
- Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας: καθολική παροχή, χωρίς κοινωνικούς, φυλετικούς, ταξικούς, ή άλλους διαχωρισμούς.
- Συνέχεια της προσφοράς υπηρεσιών, υπό την έννοια της συνεχούς παροχής υπηρεσιών, πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.
- Ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Ορισμός οργανωσιακού επίκεντρου του συστήματος: το κάθε σύστημα υγείας καθορίζει τη δομή, γύρω από την οποία αναπτύσσεται και λειτουργεί, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας. Κάποια εξ αυτών επικεντρώνονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, εστιάζοντας στην πρόληψη και στον περιορισμό της ανάγκης για νοσοκομειακή, δευτεροβάθμια περίθαλψη, ενώ άλλα δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, στη παροχή δηλαδή υπηρεσιών εντός νοσοκομείου. Τέλος, κάποια άλλα αναζητούν τη λύση στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, έχοντας ως επίκεντρο τόσο την πρωτοβάθμια, όσο και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη (**Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014**).

2.4 Βασικά Μοντέλα Οργάνωσης των Συστημάτων Υγείας

Οι ταξινομήσεις έχουν μια μακρά παράδοση στις κοινωνικές επιστήμες, καθώς οι διαδικασίες ιεράρχησης, κατάταξης και σύγκρισης που εμπλέκονται στην ταξινόμηση κοινωνικών, πολιτικών ή οικονομικών οντοτήτων είναι εγγενώς επιστημονικές, ενώ σύμφωνα με τους **Freeman και συν (2010)**, μπορεί να ειπωθεί ότι οι ταξινομήσεις αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της επιστήμης.

Κατά καιρούς είχαν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις των συστημάτων υγείας, οι οποίες κατά γενική ομολογία στερούνταν επιστημονικής τεκμηρίωσης, ενώ πολλές φορές ήταν αυθαίρετες και παραπλανητικές, αφού δεν κατάφεραν να ξεπεράσουν τον σκόπελο της αλληλοεπικάλυψης των συστημάτων, όπως δεν κατάφεραν να λάβουν υπόψη τη διαχρονική δυναμική τους, που τα καθιστά ευμετάβλητα και εξελίξιμα.

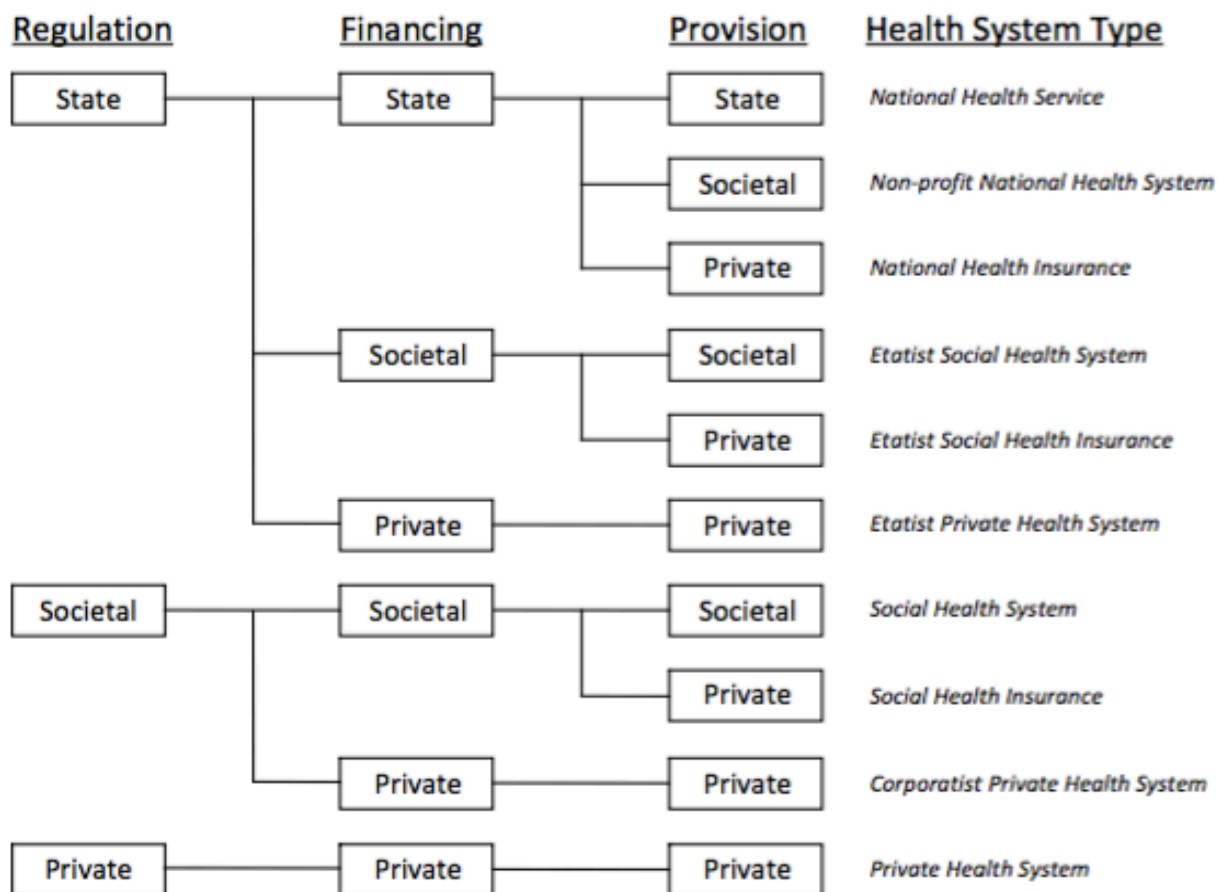
Η πιο σοβαρή, επιστημονική προσέγγιση για την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας (**Böhm, 2012**) προέρχεται από ομάδα εργασίας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το διεθνή οργανισμό ο οποίος συγκροτήθηκε από οικονομικά αναπτυγμένες χώρες, οι οποίες υποστηρίζουν τις αρχές της αντιπροσωπευτικής δημοκρατίας και της οικονομίας της ελεύθερης αγοράς. Η ταξινόμηση αυτή στηρίχθηκε στην τυπολογία των **Rothgang και συν. (2005)**, η οποία έτυχε περαιτέρω επεξεργασίας και ολοκλήρωσης από τους **Wendt και συν. (2009)**. Ακολουθώντας αφαιρετική προσέγγιση, η τυπολογία αυτή διακρίνει τρεις βασικές διαστάσεις του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης (ΣΥΠ):

- τη ρύθμιση
- τη χρηματοδότηση
- την παροχή υπηρεσιών.

Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη μακροχρόνιες έννοιες προερχόμενες από την κοινωνική έρευνα, προσδιορίζονται τρεις παράγοντες που πρωταγωνιστούν:

- Το κράτος
- Οι κοινωνικοί παράγοντες
- Οι συμμετέχοντες στην αγορά (ιδιωτικός τομέας).

Αν και θεωρητικά είναι εφικτή η ύπαρξη 27 διαφορετικών συνδυασμών, ομοιόμορφοι ή ιδανικοί συνδυασμοί δημιουργούνται όταν όλες οι διαστάσεις κυριαρχούνται από τον ίδιο πρωταγωνιστή, είτε αυτός είναι το κράτος, είτε οι κοινωνικοί παράγοντες, είτε τέλος, οι παράγοντες της αγοράς. Περαιτέρω, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια ιεραρχική σχέση μεταξύ των διαστάσεων του ΣΥΠ, με επικεφαλής τη ρύθμιση, ακολουθούμενη από τη χρηματοδότηση και τελευταία την παροχή υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει γιατί η ρύθμιση καθορίζει τις συνθήκες των άλλων δύο διαστάσεων, η δε διάσταση της χρηματοδότησης ακολουθεί, αφού κυριαρχεί της παροχής υπηρεσιών. Άλλωστε, σύμφωνα με τους νόμους της αγοράς, αυτός που πληρώνει έχει το γενικό πρόσταγμα στον ορισμό εκείνου που θα παρέχει τις υπηρεσίες. Η ιεραρχία περιορίζει σημαντικά τον αριθμό των θεωρητικών τύπων των ΣΥΠ, με βάση πάντα τη λογική της αφαιρετικής τυπολογίας **(διάγραμμα 1)**:



Διάγραμμα 1: Ταξινόμηση συστημάτων υγείας με βάση την αφαιρετική προσέγγιση του ΟΟΣΑ και λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές διαστάσεις και τους παράγοντες που πρωταγωνιστούν, **(Böhm, 2012)**.

Η ομάδα εργασίας του ΟΟΣΑ επιχείρησε την ταξινόμηση 30 χωρών, σύμφωνα με το πιο πρόσφατο τους θεσμικό πλαίσιο του τομέα της υγείας, καταλήγοντας σε πέντε τύπους ΣΥΠ:

1. Εθνική Υπηρεσία Υγείας (ΕΥΥ)
2. Εθνική Ασφάλιση Υγείας (ΕΑΥ)
3. Κοινωνική (ή εταιρική) Ασφάλιση Υγείας (ΚΑΥ)
4. Ετατιστική (κρατικιστική) Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (ΕΚΑΥ)
5. Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας (ΙΣΥ) **(πίνακας 1)**

#	Τύπος Σ.Υ.Π.	Ρύθμιση	Χρηματοδότηση	Παροχή Υπηρεσιών	Χώρες ΟΟΣΑ
1	Εθνική Υπηρεσία Υγείας (ΕΥΥ)	Κράτος	Κράτος	Κράτος	Δανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Νορβηγία, Φινλανδία
2	Εθνική Ασφάλιση Υγείας (ΕΑΥ)	Κράτος	Κράτος	Ιδιωτικός τομέας	Ιρλανδία, Ιταλία, Νέα Ζηλανδία, Καναδάς, Αυστραλία
3	Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (ΚΑΥ)	Κοινωνικοί παράγοντες	Κοινωνικοί παράγοντες	Ιδιωτικός τομέας	Αυστρία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ελβετία
4	Ετατιστική Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (ΕΚΑΥ)	Κράτος	Κοινωνικοί παράγοντες	Ιδιωτικός τομέας	Γαλλία, Ολλανδία, Βέλγιο, Εσθονία, Τσεχική Δημοκρατία, Ουγγαρία, Πολωνία, Σλοβακία
5	Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας (ΙΣΥ)	Ιδιωτικός τομέας	Ιδιωτικός τομέας	Ιδιωτικός τομέας	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.)

Πίνακας 1: ταξινόμηση συστημάτων υγείας από την ομάδα εργασίας του Ο.Ο.Σ.Α (Böhm, 2012)

Έχοντας ως δεδομένο ότι αυτή η κατηγοριοποίηση των ΣΥΠ ασκείται σύμφωνα με τον κυρίαρχο παράγοντα για την κάθε διάσταση, είναι ορατό το ενδεχόμενο τα συστήματα υγείας κάποιων χωρών, τα οποία ανήκουν σε συγκεκριμένο τύπο, κάποιες φορές να προσεγγίζουν και σε κάποιες άλλες περιπτώσεις να ξεπερνούν οριακά τα προκαθορισμένα «σύνορα» του τύπου τους. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει σε περιπτώσεις χωρών που ταξινομούνται στα συστήματα ΕΑΥ και ΕΚΑΥ, αφού συχνά δημιουργούνται ενδοιασμοί, κατά πόσο ανήκουν αμιγώς σε συγκεκριμένο τύπο ΣΥΠ.

2.4.1. Εθνική Υπηρεσία Υγείας

Αντιπροσωπεύει το ιδανικό, κρατικό ΣΥΠ, όπου η ρύθμιση, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών ορίζονται από το κράτος. Τέτοιο σύστημα εφαρμόζεται στις σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Σουηδία, Φινλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία), στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε δύο μεσογειακές χώρες, στην Ισπανία και στην Πορτογαλία. Για τις δύο τελευταίες υπήρχε μέχρι πρόσφατα η πεποίθηση ότι ως χώρες της νότιας Ευρώπης, μαζί με την Ιταλία και την Ελλάδα, εκπροσωπούσαν μια ξεχωριστή οικογένεια εθνών, με κύριο γνώρισμα τις «μη ασφαλείς διοικήσεις και ελέγχους», σε αντιδιαστολή με τις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες των «εδραιωμένων διοικήσεων και ελέγχων» (Moran, 2000). Επιπρόσθετα, στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, η κοινωνική ασφάλιση και οι πληρωμές «εκ της ιδιωτικής τσέπης» οδηγούν σε αναλογικά υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών και συμβάλλουν στις ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στις χώρες, των οποίων τα συστήματα υγείας εμπίπτουν στην κατηγορία της ΕΥΥ, η συμμετοχή των παραγόντων του ιδιωτικού τομέα περιορίζεται στο ότι παρέχεται κάποιο περιθώριο στους ασθενείς για επιλογή των παρόχων. Επιπρόσθετα, στη Δανία και την Ισλανδία κοινωνικοί φορείς, όπως τα οργανωμένα σύνολα των ιατρών, διατηρούν ρυθμιστικό ρόλο στον καθορισμό της πρόσβασης των παρόχων στις αγορές και της διαπραγμάτευσης των αποζημιώσεων.

Μια πιο προσεκτική ματιά στη χρηματοδότηση ορισμένων χωρών που ανήκουν στην ομάδα αυτή, όπως για παράδειγμα της Ισλανδίας, της Φινλανδίας, της Νορβηγίας, αλλά και της Ισπανίας και Πορτογαλίας, αποκαλύπτει στοιχεία που προσομοιάζουν σε σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας. Επιπρόσθετα, στις βόρειες χώρες με σύστημα ΕΥΥ, οι ιδιωτικές δαπάνες

παραμένουν χαμηλότερες από 20% των συνολικών δαπανών, ενώ σε Πορτογαλία και Ισπανία οι πληρωμές 'εκ της ιδιωτικής τσέπης' ανέρχονται σε 27,2% και 21,5% αντίστοιχα. Εντούτοις, οι φορολογικές δαπάνες στις χώρες αυτές του ευρωπαϊκού νότου εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν τον κυρίαρχο τρόπο χρηματοδότησης, ξεπερνώντας το ήμισυ των συνολικών δαπανών.

Όλες οι χώρες που ανήκουν στο σύστημα της ΕΥΥ παρέχουν κάποια περιθώρια για ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας, που αφορούν τη εξωνοσοκομειακή φροντίδα και οι οποίες σχετίζονται με υπηρεσίες από ειδικούς, οδοντιατρικές υπηρεσίες και φάρμακα. Ο κανόνας όμως παραμένει η παροχή υπηρεσιών να γίνεται από το δημόσιο τομέα, μέσω κρατικών νοσοκομείων και μισθωτών γιατρών. Αυτό άλλωστε αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα του συστήματος αυτού, που το διαφοροποιεί από τα άλλα συστήματα.

Το σύστημα της ΕΥΥ σε γενικές γραμμές αντικατοπτρίζει τις σοσιαλδημοκρατικές αξίες της καθολικής κάλυψης, της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες και της πεποίθησης για την αποτελεσματικότητα των δημόσιων υπηρεσιών. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε, ότι σε κάποιες χώρες, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο (ΗΒ), στην Ισπανία και στην Πορτογαλία, τέτοια συστήματα εφαρμόστηκαν από σοσιαλδημοκρατικές κυβερνήσεις, ή μετά από πιέσεις που άσκησαν ισχυρά κοινωνικά κινήματα, αμέσως μετά από πολέμους (π.χ. ΗΒ) ή μετά από δικτατορίες (π.χ. Ισπανία και Πορτογαλία).

2.4.2. Εθνική Ασφάλιση Υγείας

Τα συστήματα που ανήκουν στην ομάδα αυτή συνδυάζουν τις δομές κανονισμών των συστημάτων του τύπου ΕΥΥ με τη χρηματοδότηση από φόρους και κυρίαρχο παράγοντα στην παροχή υπηρεσιών τον ιδιωτικό τομέα. Στην ομάδα χωρών που ασπάζονται τη φιλοσοφία του συστήματος αυτού ανήκουν η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Νέα Ζηλανδία, ο Καναδάς και η Αυστραλία.

Ενώ το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη να ρυθμίσει τη σχέση μεταξύ παρόχων, πληρωτών και ασθενών, όπως δηλαδή συμβαίνει με τις χώρες του συστήματος ΕΥΥ, διατηρείται κάποιο περιθώριο για τους ασθενείς να επιλέξουν ιατρούς ή νοσοκομεία. Έτσι, στον Καναδά, για τον καθορισμό του πακέτου παροχών, διεξάγεται διαπραγμάτευση μεταξύ των επαρχιών/κρατών και του Ιατρικού Συλλόγου, που αντιπροσωπεύει τον κοινωνικό παράγοντα.

Παρά το γεγονός ότι η χρηματοδότηση από φορολογίες κυριαρχεί και στο σύστημα ΕΑΥ, το μεγαλύτερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών και ο σημαντικότερος ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης αποτελούν καθοριστικές διαφοροποιήσεις από το σύστημα ΕΥΥ. Η πιο καθοριστική όμως διαφορά έγκειται στην παροχή υπηρεσιών, η οποία παραμένει ως επί το πλείστον σε ιδιωτικά χέρια. Πως όμως μπορεί κάποιος να ερμηνεύσει το φαινόμενο της ρύθμισης της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών από το κράτος, μέσω χρηματοδότησης από φόρους; Στην προκειμένη περίπτωση κορυφαία προτεραιότητα του συστήματος δεν αποτελεί η παροχή υπηρεσιών από το δημόσιο, αλλά η καθολική κάλυψη των πολιτών και η ίση πρόσβασή τους σε υπηρεσίες, χωρίς το σύστημα να εξαναγκάζει τους επαγγελματίες υγείας να είναι ενταγμένοι στο δημόσιο τομέα.

Μια άλλη, ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στις χώρες με ΕΑΥ από την οικογένεια των χωρών με ΕΥΥ εντοπίζεται στο πολιτικό θεσμικό πλαίσιο. Σε χώρες όπως η Ιρλανδία, η Ιταλία ή ο Καναδάς, οι βασικές ρυθμίσεις στον τομέα της υγείας εφαρμόστηκαν από κόμματα που βρίσκονται στο χώρο του κέντρου ή της συντηρητικής δεξιάς και τα οποία δεν ενστερνίζονται την ιδέα της αποτελεσματικής δημόσιας υπηρεσίας. Επιπρόσθετα, πολιτικά συστήματα χωρών όπως της Ιταλίας, του Καναδά και της Αυστραλίας παρέχουν συχνότερα τη δυνατότητα της αρνησικυρίας (βέτο), είτε μέσω της δομής της ομοσπονδίας, είτε μέσα από κυβερνητική αστάθεια. Άλλωστε, σύμφωνα και με την ανάλυση τη εξέλιξης των συστημάτων υγείας του **Immergut (1998)**, η ισχύς των επαγγελματιών υγείας για σκοπούς διαφύλαξης κεκτημένων, αυτονομίας ή κερδών είναι ευθέως ανάλογη της δυνατότητας του πολιτικού συστήματος για αρνησικυρία.

2.4.3. Κοινωνική (Εταιρική) Ασφάλιση Υγείας

Αντιπροσωπεύει ένα σύστημα υγείας, στη ρύθμιση και χρηματοδότηση του οποίου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικοί παράγοντες, ενώ οι υπηρεσίες παρέχονται από κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς παρόχους. Ο ρυθμιστικός πυρήνας του συστήματος αυτού είναι η εταιρική αυτοδιοίκηση, η οποία βασίζεται στις συλλογικές συμβάσεις μεταξύ των ταμείων ασθενείας και των παρόχων. Μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, τέσσερις γερμανόφωνες χώρες ανήκουν σε αυτό τον τύπο ΣΥΠ: η Γερμανία, η Αυστρία, το Λουξεμβούργο και η Ελβετία.

Με μια πρώτη ματιά αναγνωρίζει κανείς στην ομάδα αυτή συσσώρευση κρατών προνοίας τύπου Bismarck (**Bump, 2010: 14**), εντούτοις, χώρες όπως η Γαλλία και το Βέλγιο, κλασικά παραδείγματα του συστήματος Bismarck, δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή της ΚΑΥ, αφού το κράτος κατέχει ισχυρό ρόλο στη ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη, η Ελβετία, η οποία ανήκει στην ομάδα αυτή, δεν θεωρείται τυπικό παράδειγμα συστήματος Bismarck, λόγω της φιλελεύθερης παράδοσής της.

Παρά τις αναντίλεκτες γεωγραφικές, πολιτιστικές και γλωσσικές τους ομοιότητες, οι τέσσερις περιπτώσεις του συστήματος ΚΑΥ αντικατοπτρίζουν διαφορετικές εκδοχές ενός κοινού τύπου συστήματος, ενώ η χώρα-πρότυπο του συστήματος αυτού είναι η Γερμανία, όπου οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης καλύπτουν πάνω από το 70% των δαπανών για την υγεία και οι βασικές ρυθμιστικές αρμοδιότητες ανήκουν στους συνασπισμούς των ταμείων των ασθενών και των παρόχων. Οι συνασπισμοί αυτοί καθορίζουν το ύψος εισφορών, τα πακέτα παροχών και τις αμοιβές των παρόχων, ενώ ο ρόλος των κρατικών αρχών είναι μόνο εποπτικός. Αναφορικά με τη διάσταση της παροχής υπηρεσιών, οι δημόσιες και ιδιωτικές μη-κερδοσκοπικές παροχές περιορίζονται στον τομέα της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, ενώ οι άλλοι τομείς (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, οδοντιατρικές και άλλες υπηρεσίες) εξυπηρετούνται από τον ιδιωτικό τομέα.

2.4.4. Ετατιστική (Κρατικιστική) Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας

Ετατισμός είναι η θεωρία, κατά την οποία το κράτος παρεμβαίνει συστηματικά στην οικονομική και κοινωνική ζωή. Το συγκεκριμένο μοντέλο υγείας αποτελεί ένα μοναδικό, εντελώς μικτό τύπο ΣΥΠ, στο οποίο η ιεραρχία των τριών διαστάσεων είναι διακριτή: το κράτος ευθύνεται για τη ρύθμιση του συστήματος, η χρηματοδότηση οργανώνεται από τους κοινωνικούς φορείς, ενώ η παροχή υπηρεσιών γίνεται από ιδιωτικά χέρια. Ο τύπος αυτός εφαρμόζεται σήμερα από τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, που αποτελούν το ένα τρίτο περίπου των χωρών αυτών.

Σε σύγκριση με τους δύο άλλους, συγγενικούς τύπους συστημάτων υγείας, τα συστήματα ΚΑΥ και ΕΥΥ, με τα οποία μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά, το σύστημα ΕΚΑΥ προτιμήθηκε από πολλές χώρες για τον εξής ευνόητο λόγο: στις χώρες που παραδοσιακά διοικούνται με σύστημα ΚΑΥ, η ρύθμιση βρίσκεται στα χέρια των κοινωνικών παραγόντων (π.χ. ενώσεις παρόχων και

ασφαλιστών, συνδικάτα, ενώσεις εργοδοτών, οργανώσεις ασθενών). Αντίθετα, χώρες που δεν διαθέτουν ισχυρούς κοινωνικούς παράγοντες, ή οι παράγοντες που διαθέτουν κρίνονται ανίκανοι να βρουν λύσεις, όπως συμβαίνει στη Γαλλία ή σε χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ, η ευθύνη της ρύθμισης εξ ανάγκης παραχωρείται σε κρατικούς φορείς. Ο τύπος της ΕΚΑΥ διαφέρει από τον τύπο της ΕΥΥ στον τρόπο οργάνωσης της χρηματοδότησης. Στην πρώτη περίπτωση βασίζεται σε εισφορές και πλεονεκτεί έναντι της χρηματοδότησης μέσω φόρων της ΕΥΥ, αφού ο προϋπολογισμός για την υγεία διαχωρίζεται από τον γενικό κρατικό προϋπολογισμό, γεγονός που τον καθιστά λιγότερο ευάλωτο σε κακοδιαχείριση και περικοπές. Επιπρόσθετα, η χρηματοδότηση μέσω εισφορών διασφαλίζει περισσότερα ατομικά δικαιώματα στους ασφαλισμένους, ενώ η ευθύνη για αύξηση των εισφορών βαραίνει τον ασφαλιστικό, κοινωνικό φορέα και όχι τους πολιτικούς κύκλους. Τέλος, η κοινωνική χρηματοδότηση πληροί όλες τις κανονιστικές πτυχές της φορολογικής χρηματοδότησης, όπως η αλληλεγγύη και η καθολικότητα. Συνοψίζοντας, το σύστημα ΕΚΑΥ προσφέρει μια αρκετά ισχυρή και πρακτική λύση, με λιγότερα προαπαιτούμενα από τον παραδοσιακό τύπο ΚΑΥ, αφού απαιτούνται λιγότεροι κοινωνικοί παράγοντες. Ταυτόχρονα, παρέχουν σταθερή και αξιόπιστη χρηματοδότηση κι ευέλικτους πόρους.

Μεταξύ των διαφόρων χωρών που ανήκουν στον τύπο αυτό της ΕΚΑΥ μπορούν να προσδιοριστούν τρεις υποομάδες:

- Ο όμιλος χωρών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, όπως η Τσεχική Δημοκρατία, η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Πολωνία και η Σλοβακία.
- Ο ασιατικός όμιλος χωρών (Ιαπωνία και Κορέα).
- Χώρες οι οποίες στο παρελθόν είχαν κατηγοριοποιηθεί ως συστήματα ΚΑΥ, όπως το Βέλγιο, η Γαλλία, το Ισραήλ και η Ολλανδία.

Τα συστήματα υγείας των πρώην ανατολικών χωρών συνδέονται με κοινή ιστορία. Την εποχή της Σοβιετικής Ένωσης οι χώρες αυτές ακολουθούσαν πιστά ένα ολοκληρωτικό, βασισμένο στη φορολογία, κρατικό μοντέλο διοίκησης του τομέα της υγείας, το μοντέλο Shemashko (**Grielen, 2000**). Μετά την κατάρρευση του Σοβιέτ, οι χώρες αυτές αποφάσισαν να εγκαταλείψουν το παλαιό σύστημα και να θεσπίσουν ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Οι λόγοι που τους ώθησαν ήταν αφενός ιδεολογικοί, για να αποδυναμώσουν την κρατική εξουσία και αφετέρου

ήταν και λόγοι ουσίας, αφού υπέφεραν από μια παρατεταμένη περίοδο οικονομικής ύφεσης και θα έπρεπε επειγόντως να αναζητήσουν τρόπους αύξησης των φορολογικών εσόδων τους. Επιπρόσθετα, οι χώρες αυτές στόχευσαν στη δημιουργία συνθηκών μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας, μέσα από την εισαγωγή της διάσπασης προμηθευτή-αγοραστή και της μερικής ιδιωτικοποίησης στην παροχή υπηρεσιών. Σήμερα, οι ασφαλιστικές εισφορές στις χώρες αυτές ξεπερνούν το 60%, ενώ οι φόροι διαδραματίζουν μικρό μόνο ρόλο, (κυμαίνεται από 5% στη Τσεχία έως 10.4% στην Εσθονία), οι δε πληρωμές «εκ της ιδιωτικής τσέπης», με εξαίρεση τη Τσεχία, αποτελούν σημαντική πηγή χρηματοδότησης, ξεπερνώντας το 20% των συνολικών δαπανών. Στις χώρες αυτές, η συνολική παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και μεγάλο μέρος της νοσοκομειακής φροντίδας διεξάγεται από ιδιωτικούς φορείς. Ενώ η ρύθμιση των πακέτων παροχών και ο καθορισμός των συνεισφορών παραμένει καθήκον των κρατικών φορέων, εντούτοις, στα νεοσύστατα ταμεία ασφάλισης έχουν ανατεθεί και ορισμένες κανονιστικές λειτουργίες.

Ο χαρακτηρισμός του γαλλικού συστήματος υγείας ως ενός συστήματος ΚΑΥ έχει επικριθεί εδώ και αρκετό καιρό από την **Steffen (2010)**, η οποία υποστηρίζει ότι ο μικρός ρόλος των κοινωνικών παραγόντων και η κρατική κυριαρχία στη ρύθμιση το διακρίνει από τις παραδοσιακές χώρες της ΚΑΥ, όπως η Γερμανία. Τόσο στη Γαλλία, όσο και στο Βέλγιο, η ρύθμιση του τομέα των εσωτερικών ασθενών, το ύψος των εισφορών, αλλά και το περιεχόμενο του πακέτου παροχών καθορίζονται από το κράτος. Η Ολλανδία αποτελεί μια οριακή περίπτωση, με μέχρι πρόσφατα ελάχιστη κυριαρχία του κράτους στη ρύθμιση του συστήματος υγείας, αν και η θεμελιώδης μεταρρύθμιση των τελευταίων χρόνων εισήγαγε σημαντικά στοιχεία ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων υγείας και ταυτόχρονα ενίσχυσε την κρατική ρύθμιση, γι' αυτό και Ολλανδία δικαίως κατατάσσεται στην ομάδα της ΕΚΑΥ.

2.4.5 Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας

Χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των παραγόντων της ιδιωτικής αγοράς στο συντονισμό και ρύθμιση του ΣΥΠ, τη χρηματοδότηση, η οποία γίνεται από ιδιωτικές πηγές, όπως ασφάλιστρα ή πληρωμές «εκ της τσέπης» και τέλος τις υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς παρόχους. Αυτός ο τύπος υγειονομικής περίθαλψης γενικά υπήρξε ο πιο συνηθισμένος μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα, αλλά από τότε που η Ελβετία πέρασε στο

σύστημα ΚΑΥ το 1996, το ιδιωτικό σύστημα επικράτησε μόνο σε μία και μοναδική χώρα του ΟΟΣΑ, η οποία διατηρεί σημαντικότατο εκτόπισμα: τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ). Πολλές μελέτες έχουν κατά καιρούς αναζητήσει απαντήσεις στο ερώτημα γιατί η καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει μέχρι σήμερα ευοδωθεί στις ΗΠΑ. Ορισμένες πιθανές εξηγήσεις που κατά διαστήματα δόθηκαν είναι η συνταγματικά κατοχυρωμένη επιλογή του πολιτικού συστήματος της χώρας για αρνησικυρία, ο σκεπτικισμός της κοινής γνώμης για ό,τι σχετίζεται με τον κρατικό τομέα, το γενικά αδύναμο εργατικό κίνημα και τέλος η μόνιμη αντίθεση από το ισχυρό λόμπι των γιατρών **(Giaino, 1999)**.

Η κατάταξη του αμερικανικού συστήματος υγείας στον ιδιωτικό τύπο δεν εξυπακούει την πλήρη αποστασιοποίηση του κράτους από τα τεκταινόμενα στον τομέα της υγείας: λόγω των κρατικών ασφαλιστικών προγραμμάτων Medicare, Medicaid και SCHIP, οι δημόσιες πηγές ήδη διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση του συστήματος, συμβάλλοντας περίπου στο 46% της συνολικής χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. Σε θέματα ρύθμισης και οργάνωσης, η κυριαρχία των ιδιωτικών φορέων δεν είναι αδιαμφισβήτητη, αφού το κράτος διατηρεί βασικές, ρυθμιστικές εξουσίες σε δημόσια προγράμματα που καλύπτουν το ένα τέταρτο περίπου του πληθυσμού. Επιπλέον, ο βαθμός εμπλοκής τόσο του κράτους, όσο και των κοινωνικών φορέων στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας διαρκώς μεγαλώνει, αφού αναγνωρίζονται οι αδυναμίες του ιδιωτικού συστήματος να παράσχει εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στο σύστημα υγείας σε ηλικιωμένους, χρόνια πάσχοντες και πάσχοντες προερχόμενους από τα χαμηλά οικονομικά στρώματα ή αναξιοπαθούντες. Ως εκ τούτου, παρόλο που η ιδιωτική φύση του συστήματος εξακολουθεί να κυριαρχεί στις ΗΠΑ, εντούτοις, το σύστημα τείνει να κινείται προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης δημόσιας χρηματοδότησης και της ισχυρότερης κρατικής ρύθμισης.

Κεφάλαιο 3

Συστήματα Ηλεκτρονικής Υγείας

Κατά γενική παραδοχή, η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να λειτουργήσει ως κινητήριος μοχλός για τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας, κατά τρόπο ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να μειωθεί δραστικά το κόστος που αυτές συνεπάγονται. Οι αναντίλεκτες τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας καθιστούν επιτακτική την κωδικοποίηση και τη δημιουργία προτύπων, τα οποία διασφαλίζουν την απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων, διαλειτουργικότητα της ηλεκτρονικής υγείας.

3.1 Πρότυπα

Ως πρότυπο ορίζεται το έγγραφο που δημιουργείται μετά από συμφωνία και υπό την έγκριση αναγνωρισμένου σωματείου/οργανισμού που παρέχει, για κοινή και επαναλαμβανόμενη χρήση, κανόνες, οδηγίες ή χαρακτηριστικά ενεργειών ή δράσεων, ή τα αποτελέσματά τους, στοχεύοντας στην επίτευξη της βέλτιστης τάξης πραγμάτων σε συγκεκριμένο πρόβλημα. Η προτυποποίηση κρίνεται εκ των ων ουκ άνευ στο χώρο της ηλεκτρονικής υγείας για τη διασφάλιση της συμβατότητας και διαλειτουργικότητας μεταξύ διαφορετικών, ανεξάρτητων συστημάτων. Διεθνείς οργανισμοί προτυποποίησης, όπως το American National Standards Institute (**Purcell, 2008**) και το European Committee for Standardization (CEN technical committee 251) υιοθετούν και καθιερώνουν τις βέλτιστες πρακτικές.

3.2 Κωδικοποιήσεις

Κωδικοποίηση είναι η αντιστοίχιση ενός συνόλου πληροφοριών σε κώδικες. Κλασικότερα είδη κωδικοποιήσεων είναι οι ταξινομήσεις (classifications), οι οποίες έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την απονομή κωδικών σε οντότητες και οι ονοματολογίες (nomenclatures), οι οποίες είναι ταξινομημένες συλλογές συνδεδεμένων όρων. Η χρήση κωδικοποιήσεων στα

πληροφοριακά συστήματα του τομέα της υγείας παρέχει τη δυνατότητα για συστηματική, τυποποιημένη και αξιοποιήσιμη καταγραφή πληροφοριών, που επιτρέπει την τήρηση του ιστορικού, την υποστήριξη της διάγνωσης, τη σύγκριση δεδομένων και την τήρηση στατιστικών στον τομέα της δημόσιας υγείας, καθώς και το βέλτιστο επιμερισμό του κόστους ανά ιατρική πράξη. Επιπρόσθετα, με το σωστό προγραμματισμό των προμηθειών, διασφαλίζεται η καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και κατ' επέκταση η επίτευξη στρατηγικών στόχων, αναβαθμίζοντας την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

3.3 Διαλειτουργικότητα Συστημάτων Ηλεκτρονικής Υγείας

Σύμφωνα με τον προτεινόμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση ορισμό, «ως διαλειτουργικότητα ηλεκτρονικής υγείας ορίζεται η ικανότητα δύο ή περισσότερων εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας να μπορούν να ανταλλάσσουν, να κατανοούν και να ενεργούν βάσει πληροφοριών που αντλούν από πολίτες/ασθενείς, αλλά και βάσει άλλων συναφών με την υγεία πληροφοριών και γνώσεων, μεταξύ διαφορετικών, γλωσσικά και πολιτισμικά, κλινικών επιστημόνων, ασθενών και άλλων φορέων ή οργανισμών εντός και μεταξύ των διαφόρων συστημάτων υγείας, σε πλαίσιο αμοιβαίας συνεργασίας» **(European Commission, 2012)**. Η σημαντικότητα της διαλειτουργικότητας στον τομέα της υγείας έγκειται στην αποτελεσματικότερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και στη σημαντική μείωση των εξόδων της. Οι τέσσερις βασικοί πυλώνες της έννοιας «διαλειτουργικότητα» είναι οι ακόλουθοι:

3.3.1 Οργανωσιακή Διαλειτουργικότητα

Αφορά τον καθορισμό των απαραίτητων επιχειρησιακών στόχων και διαδικασιών, για την προώθηση της συνεργασίας και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ φορέων παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, φορείς οι οποίοι δεν αποκλείεται να διαθέτουν διαφορετικές εσωτερικές δομές και διαδικασίες. Η οργανωσιακή διαλειτουργικότητα αφορά επίσης τον προσδιορισμό των φορέων και την επίτευξη της μεταξύ τους συμφωνίας για την παροχή μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, μέσα από τη δόμηση των αλληλοεπιδράσεών τους.

3.3.2 Σημασιολογική Διαλειτουργικότητα

Διασφαλίζει τη δυνατότητα των συστημάτων όχι μόνο να ανταλλάζουν δεδομένα, αλλά και να μπορούν να τα κατανοούν. Αφορά συνεπώς τη δυνατότητα ανταλλαγής, κατανόησης και πράξης, σε σχέση με τις πληροφορίες υγείας που αντηλλάγησαν.

3.3.3 Τεχνική Διαλειτουργικότητα

Αφορά στη διασύνδεση των συστημάτων πληροφορικής και τη διευκόλυνση τους να ανταλλάσσουν τις σχετικές με την υγεία πληροφορίες. Αυτά επιτυγχάνονται με δημιουργία τεχνικών προδιαγραφών για την αποθήκευση, μεταφορά, παρουσίαση και ασφάλεια δεδομένων και υπηρεσιών.

3.3.4 Νομική Διαλειτουργικότητα:

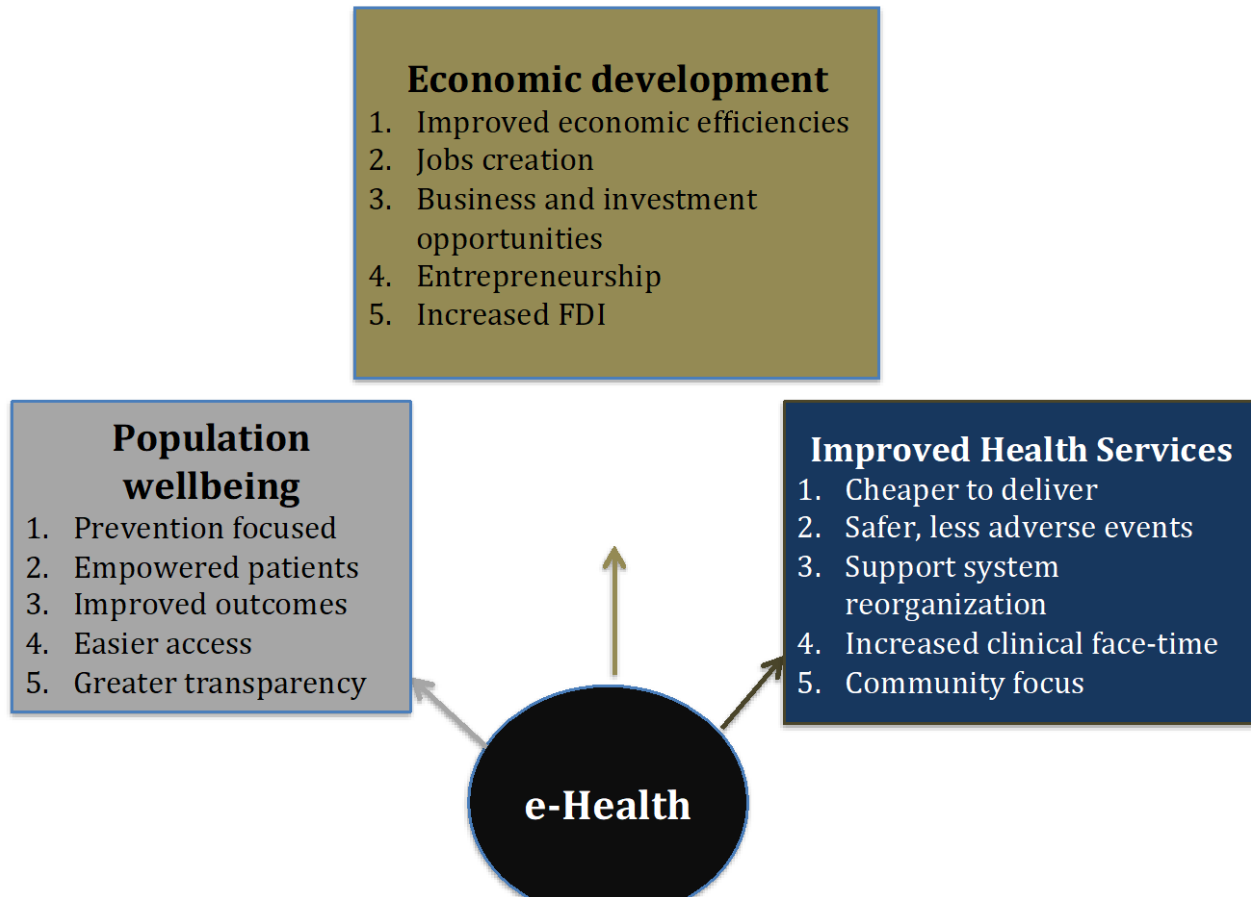
Σχετίζεται με την ανάπτυξη του κατάλληλου νομικού πλαισίου, που επιτρέπει την ασφαλή πρόσβαση και την επεξεργασία των ηλεκτρονικών πληροφοριών των ασθενών.

3.4 Εισαγωγή στην Ηλεκτρονική Υγεία

Ως **ηλεκτρονική υγεία (HA) (e-health)** ορίζεται η πρακτική εφαρμογή υγειονομικής περίθαλψης, η οποία υποστηρίζεται από ηλεκτρονικές διαδικασίες και επικοινωνίες. Η ηλεκτρονική υγεία αξιοποιεί ένα ευρύ φάσμα εργαλείων, βασισμένων στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών, που στοχεύουν στην καλύτερη πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση και διαχείριση της υγείας και του τρόπου ζωής των πολιτών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναφέρει ότι η έννοια της ηλεκτρονικής υγείας αφορά την αξιοποίηση εργαλείων και υπηρεσιών που βασίζονται σε τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) και μπορούν να βελτιώσουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία των ασθενειών, την παρακολούθηση των ασθενών και τη διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών (**European Commission, 2015**).

Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει την ανταλλαγή πληροφοριών και δεδομένων μεταξύ των ασθενών, των παρόχων υπηρεσιών υγείας, των νοσοκομείων, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και των δικτύων πληροφοριών υγείας. Περιλαμβάνει επίσης τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής, τις φορητές συσκευές παρακολούθησης ασθενών, το

λογισμικό προγραμματισμού χειρουργείων και άλλων επεμβάσεων και τη βασική έρευνα για την εικονική φυσιολογία του ανθρώπου, καθώς και πολλά άλλα στοιχεία που μπορούν να είναι ωφέλιμα για την κοινωνία των πολιτών, μέσα από τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη και της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του τομέα της υγείας **(εικόνα 1)**.



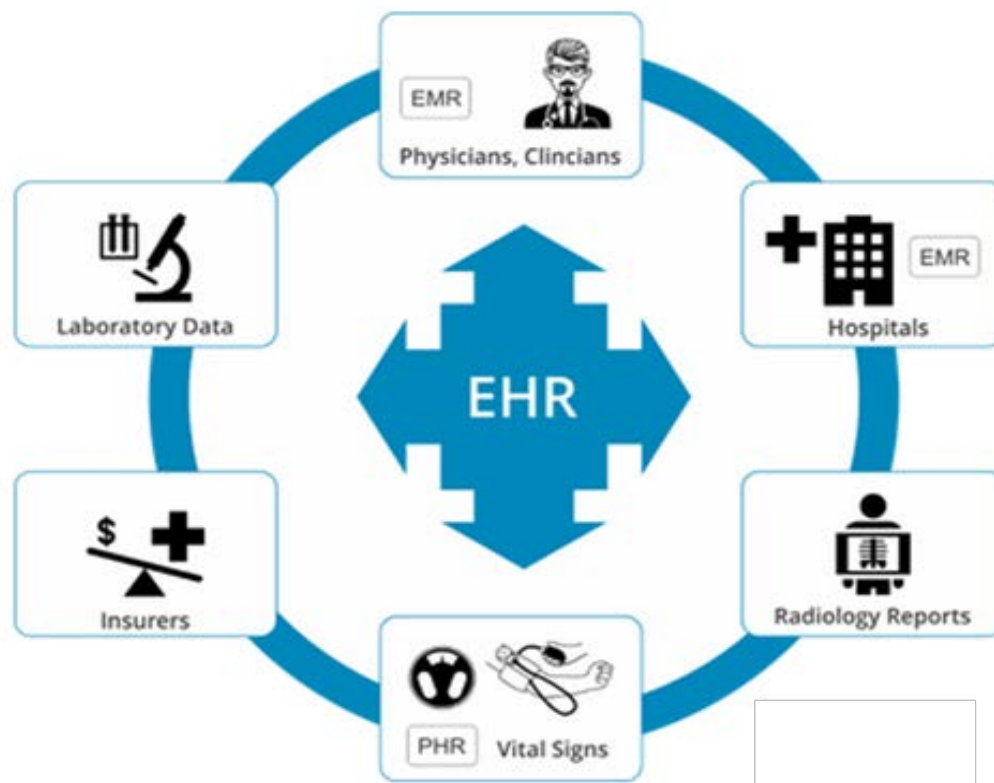
Εικόνα 1: Οφέλη από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας

3.4 Εφαρμογές Ηλεκτρονικής Υγείας

Η αλματώδης πρόοδος της τεχνολογίας οδήγησε στην ανάπτυξη μιας σειράς από εφαρμογές ΗΥ, που αποσκοπούν στη διευκόλυνση των λειτουργιών υγείας στη καθημέρα τους πράξη, κυρίως όμως στοχεύουν στη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, έχοντας πάντα στο επίκεντρο το καλώς νοούμενο συμφέρον του ασθενή.

3.4.1 Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος (ΗΙΦ)

Ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος (ΗΙΦ) αποτελεί σημαντική παράμετρο της αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού συμβάλλει δραστικά στην αλλαγή της αντίληψης που επικρατεί στο χώρο, προσφέροντας μια εναλλακτική πρόταση οργάνωσης των συστημάτων υγείας, με ασθενοκεντρικό χαρακτήρα (**Blumenthal, 2010**). Πρόκειται για τη συστηματική και μεθοδική ηλεκτρονική καταγραφή ιατρικών πληροφοριών ενός πολίτη/ασθενή, από το θεράποντα ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας και αφορά το οικογενειακό του ιστορικό, το ατομικό του αναμνηστικό (αλλεργίες, λήψη φαρμάκων κ.α.), την κλινική του εξέταση και το σύνολο των παρακλινικών (απεικονιστικών, εργαστηριακών κ.α.) του εξετάσεων (**εικόνα 2**). Εκτός της διαφύλαξης των ιατρικών δεδομένων, ο ΗΙΦ προωθεί την έρευνα και την εκπαίδευση των λειτουργών υγείας και βοηθά στην πρόσβαση και στο διαμοιρασμό πληροφοριών στους επαγγελματίες υγείας με φιλικό για το χρήστη τρόπο, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς ελέγχεται και διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων.



Εικόνα 2: ο σύγχρονος, διαδραστικός ρόλος του ΗΙΦ στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

3.4.2 Νοσοκομειακό Σύστημα Πληροφοριών, Hospital Information System (HIS)

Πρόκειται για βασικό πυλώνα της πληροφορικής της υγείας, που επικεντρώνεται στις διοικητικές ανάγκες των νοσοκομείων. Αφορά ένα ολοκληρωμένο σύστημα πληροφοριών, σχεδιασμένο για να διαχειρίζεται όλες τις πτυχές της λειτουργίας ενός νοσοκομείου, όπως ιατρικά, διοικητικά, οικονομικά, λογιστικά και νομικά ζητήματα και την αντίστοιχη επεξεργασία υπηρεσιών. Η αρχιτεκτονική του πληροφοριακού συστήματος των νοσοκομείων διαθέτει τρία βασικά επίπεδα: το επίπεδο κεντρικού ελέγχου, το επίπεδο περιφερειακού ελέγχου και το επίπεδο φροντίδας ασθενών. Στόχος του HIS είναι να εξορθολογήσει τη ροή των πληροφοριών των ασθενών και να διασφαλίσει την προσβασιμότητα των πληροφοριών στους λειτουργούς υγείας, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

Κύριο αντικείμενο του συστήματος HIS είναι η αποθήκευση δεδομένων, μέσω ενός στατικού μοντέλου διαχείρισης πληροφοριών, που αποτελείται από ένα ή περισσότερα συστατικά λογισμικού με εξειδικευμένες προεκτάσεις, καθώς και διάφορα άλλα υποσυστήματα ιατρικών ειδικοτήτων, όπως το πληροφορικό σύστημα ιατρικών εργαστηρίων (Laboratory Information System, LIS), το σύστημα διαχείρισης πολιτικής και διαδικασίας (Policy and Procedure Management System, PPMS), το σύστημα πληροφορικής ακτινολογικών εξετάσεων (Radiology Information System, RIS), το σύστημα αρχειοθέτησης εικόνας και επικοινωνίας (Picture Archiving and Communication System, PACS), το σύστημα φαρμακείου κλπ.

3.4.3 Σύστημα Διαχείρισης Πληροφοριών Εργαστηρίων-Laboratory Information System (LIS)

Πρόκειται για σύστημα διαχείρισης πληροφοριών βασισμένο σε λογισμικό, το οποίο υποστηρίζει τις λειτουργίες ενός σύγχρονου κλινικού ή παθολόγο-ανατομικού εργαστηρίου, όπως είναι η ροή εργασιών και η παρακολούθηση δεδομένων, η ευέλικτη αρχιτεκτονική του ηλεκτρονικού συστήματος και οι διεπαφές ανταλλαγής δεδομένων. Με την πάροδο του χρόνου, έχει εξελιχθεί από ένα μέσο που παρακολουθεί και διαχειρίζεται τα δείγματα, σε ένα εργαλείο εξαγωγής δεδομένων για την αξιολόγηση της ποιότητας της ανάλυσης, αλλά και του σχεδιασμού πόρων για τις επιχειρήσεις που διαχειρίζονται τα κλινικά εργαστήρια. Εκτός από την ηλεκτρονική ανταλλαγή δεδομένων από την ίδια τη βάση δεδομένων, ή και μέσω της κινητής τηλεφωνίας, πολλά συστήματα LIS υποστηρίζουν και την ανταλλαγή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο με τα

ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και τον ΗΙΦ.

3.4.4 Σύστημα Πληροφορικής Ακτινολογικών Εξετάσεων, Radiology Information System (RIS)

Είναι το βασικό σύστημα διαχείρισης των ηλεκτρονικών πληροφοριών των ακτινολογικών τμημάτων και γενικότερα των τμημάτων απεικόνισης. Το σύστημα RIS διαχειρίζεται τον προγραμματισμό των ασθενών, τους διαθέσιμους πόρους και τη διαδικασία χρέωσης, παρακολουθεί τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την επίδοση των ακτινολογικών τμημάτων. Το σύστημα RIS λειτουργεί συμπληρωματικά στα πληροφορικά συστήματα HIS και PACS και είναι υψίστης σημασίας για την αποτελεσματική ροή εργασιών σε πρακτικές ακτινολογικών και άλλων απεικονιστικών εξετάσεων (π.χ. ενδοσκοπήσεων). Το πρόγραμμα HL7 καθιστά εφικτή την επικοινωνία ανάμεσα στα συστήματα HIS και RIS, πέρα από την επικοινωνία των συστημάτων RIS και PACS.

3.4.5. Σύστημα Αρχειοθέτησης Εικόνας και Επικοινωνίας (Picture Archiving and Communication System, (PACS)

Πρόκειται για τεχνολογία ιατρικής απεικόνισης, η οποία παρέχει εύκολη πρόσβαση και αποθήκευση ηλεκτρονικών εικόνων από διάφορες απεικονιστικές τεχνικές. Οι εικόνες αυτές και οι αναφορές τους μεταδίδονται ψηφιακά μέσω του PACS, καταργώντας την ανάγκη χειρωνακτικής αρχειοθέτησης και της ανάγκης ανάκτησης, μεταφοράς και αποθήκευσης των ταινιών και των φιλμς (**Huang, 2013**). Η καθολικά αποδεκτή μορφή αποθήκευσης και μεταφοράς εικόνας PACS είναι η Digital Imaging and Communications in Medicine, DICOM), ενώ δεδομένα χωρίς εικόνα, όπως για παράδειγμα έγγραφα, μπορούν να ενσωματωθούν υπό τη μορφή PDF.

3.4.6 Mobile (m)-Health

Για την «κινητή» υγεία (m-health) δεν υφίσταται κάποιος τυποποιημένος ορισμός, θα μπορούσε όμως να οριστεί ως η παροχή υπηρεσιών υγείας με την υποστήριξη κινητών συσκευών, όπως κινητών τηλεφώνων, συσκευών παρακολούθησης ασθενών, προσωπικών ψηφιακών βοηθημάτων, (PDA: Personal Digital Assistants), καθώς και άλλων ασύρματων συσκευών. Η ταχύτατη ανάπτυξη της αγοράς κινητής τηλεφωνίας οδήγησε και στην ταυτόχρονη ανάπτυξη

πληθώρας εφαρμογών, όπως η αυτό-παρακολούθηση, η μέτρηση και καταγραφή παραμέτρων υγείας και του ευ-ζην (καρδιακή συχνότητα, κορεσμός κλπ.) μετατρέποντας τις κινητές συσκευές σε σύγχρονα, εύχρηστα διαγνωστικά εργαλεία.

Η m-health συνδυάζει τη χρήση απλών τεχνολογιών (π.χ. ανταλλαγή γραπτών μηνυμάτων SMS), με την εκμετάλλευση τρίτης και τέταρτης γενεάς τηλεπικοινωνιών (3G ή 4G), τη χρήση τεχνολογιών εντοπισμού θέσης (Global Positioning System, GPS), τεχνολογίες Bluetooth κ.α. Οι πιο συχνές χρήσεις της εφαρμογής αυτής είναι η λειτουργία τηλεφωνικών κέντρων υγείας και γραμμών βοήθειας, οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής μέσω κινητών, η παρακολούθηση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, η διεξαγωγή μελετών στο χώρο της υγείας και η ενημέρωση του κοινού για ιατρικά θέματα. Οι εφαρμογές m-health συμβάλλουν στο να γίνει η φροντίδα υγείας ταχύτερη, ευκολότερα προσβάσιμη και οικονομικότερη, κυρίως όμως πιο αποτελεσματική **(Arslan, 2016)**.

3.4.7 Τηλεϊατρική (Telemedicine)

Η τηλεϊατρική αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση ασθενών που διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές, παρέχοντας τους πρόσβαση σε ένα ευρύ πεδίο υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης. Επιπρόσθετα, αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την εκπαίδευση και εκμάθηση των φοιτητών, αλλά και του ιατρικού προσωπικού (τηλε-εκπαίδευση). Η τηλεϊατρική χωρίζεται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- Αποθήκευση/προώθηση ιατρικής πληροφορίας: ιατρικά δεδομένα, όπως ιατρικές φωτογραφίες, ηλεκτροκαρδιογραφήματα κ.λπ., μεταφέρονται μέσω της τεχνολογίας αυτής για αξιολόγηση στον ειδικό ιατρό, ο οποίος, αφού θέσει τη διάγνωση, καθορίζει την κατάλληλη για τον ασθενή θεραπεία.
- τήλε-παρακολούθηση (home monitoring): επιτρέπει την εκ του μακρόθεν παρακολούθηση σημαντικών παραμέτρων, όπως για παράδειγμα ζωτικών σημείων, κορεσμού οξυγόνου κ.α., σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, όπως καρδιοπάθειες, αναπνευστικά προβλήματα κ.λπ.
- Δια-δραστική τηλεϊατρική, τήλε-συμβουλευτική: παρέχει την άμεση δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και θεράποντος ιατρού **(Kyriacou, 2003)**. Οι εξελίξεις στον

τομέα της τηλεϊατρικής στο αμέσως επόμενο διάστημα αναμένονται ραγδαίες και ακόμα πιο αποδοτικές.

Κεφάλαιο 4

Σύστημα Υγείας του Τύπου Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας

Στις χώρες που επικρατεί το συγκεκριμένο μοντέλο υγειονομικής φροντίδας, το κράτος είναι εκείνο, το οποίο ευθύνεται για τη ρύθμιση, τη χρηματοδότηση, αλλά και για την παροχή υπηρεσιών. Κλασικοί αντιπρόσωποι του τύπου αυτού είναι το Ηνωμένο Βασίλειο (ΗΒ) και οι σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Σουηδία, Φινλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία) καθώς και δύο μεσογειακές χώρες, η Ισπανία και την Πορτογαλία. Για σκοπούς εμβάθυνσης στον τύπο αυτό, έχουν επιλεγεί τα συστήματα τριών χωρών: του ΗΒ, ως μιας από τις χώρες, στις οποίες πρωτοεφαρμόστηκε ένα τέτοιο σύστημα και δύο σκανδιναβικών, της Σουηδίας και της Δανίας.

4.1 Ηνωμένο Βασίλειο

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του ΗΒ (National Health System, NHS) ιδρύθηκε το 1948 με στόχο την καθολική διαθεσιμότητα υπηρεσιών σε όλους τους νόμιμους κάτοικους (Cylus, 2015). Οι υπηρεσίες αυτές, οι οποίες είναι επιδοτούμενες από το κράτος, διαχωρίζονται από τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας, οι οποίες χρηματοδοτούνται από την τοπική κυβέρνηση και παρέχονται κυρίως ιδιωτικά.

4.1.1 Οργάνωση

Το ΣΥΠ του ΗΒ ιδρύθηκε το 1948, ως ένα εθνικό σύστημα προσβάσιμο χωρίς αποκλεισμούς, σε όλους τους νόμιμους κατοίκους, χρηματοδοτούμενο μέσω φορολογίας και το οποίο παρέχει υπηρεσίες μέσω των κρατικών νοσηλευτηρίων στο σημείο ανάγκης, χωρίς επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση.

Από το 1997, οι τέσσερις οντότητες (Αγγλία, Ουαλία, Σκωτία και Βόρεια Ιρλανδία) του ΗΒ έχουν αποκλίνει όσο αφορά στην οργάνωση, στη χρηματοδότηση και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, με την απόκλιση αυτή να εστιάζεται κατά κύριο λόγο στη μεταβίβαση ('devolution')

εξουσιών σε «χαμηλότερο» διοικητικό επίπεδο. Ωστόσο, διατηρείται μια εθνική υγειονομική υπηρεσία, η οποία παρέχει σε όλη την επικράτεια της χώρας ένα ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών υγείας, που ως επί το πλείστον είναι δωρεάν στο σημείο της χρήσης.

Οργανισμός-κλειδί στο Βρετανικό σύστημα υγείας είναι το Εθνικό ινστιτούτο υγείας και αριστείας, National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2020), το οποίο είναι μη κρατικός οργανισμός με εκτελεστικά καθήκοντα και το οποίο παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες και συμβουλές για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, αν και η καθοδήγησή του δεν σημαίνει ταυτόχρονα και τη χρηματοδότηση μιας προτεινόμενης θεραπείας. Οι υπηρεσίες του NICE αφορούν πρωτίστως στην Αγγλία, αλλά αξιοποιούνται με διάφορους τρόπους και στη Σκωτία, Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία. Υπάρχει επίσης μια σειρά άλλων φορέων που δρουν ρυθμιστικά, αλλά και εποπτικά στο σύστημα υγείας, ορισμένοι εξ αυτών εποπτεύουν όλο το ΗΒ, όπως για παράδειγμα ομάδες λειτουργών υγείας, συνδικαλιστικά όργανα κλπ., ενώ άλλοι φορείς δρουν μεμονωμένα σε ένα σύστημα υγείας, όπως για παράδειγμα οι οργανισμοί που είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα παροχής φροντίδας.

4.1.1.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Η πρωτοβάθμια φροντίδα (ΠΒΦ) αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής ενός πολίτη/ασθενή με το σύστημα, ενώ ταυτόχρονα χρησιμεύει ως «φύλακας» ('gatekeeper') για τις πιο εξειδικευμένες θεραπείες, οι οποίες πραγματοποιούνται κατά κύριο λόγο στα νοσοκομεία. Η ΠΒΦ παρέχεται μέσα από πρακτικές στις οποίες εμπλέκονται επαγγελματίες υγείας από διαφορετικό υπόστρωμα, με προεξάρχοντες τους γενικούς ιατρούς, αλλά και εξειδικευμένους νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κ.α.

4.1.1.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα (ΔΒΦ)

Κατά το πλείστον παρέχεται από ειδικούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε κρατικά νοσοκομεία. Ο απόλυτος αριθμός των νοσοκομείων στο ΗΒ έχει το τελευταίο διάστημα μειωθεί σημαντικά, λόγω της μετατόπισης της περίθαλψης από τα μικρότερα νοσοκομεία στα μεγαλύτερα, αλλά και λόγω της αποκέντρωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας από το κέντρο προς την κοινότητα.

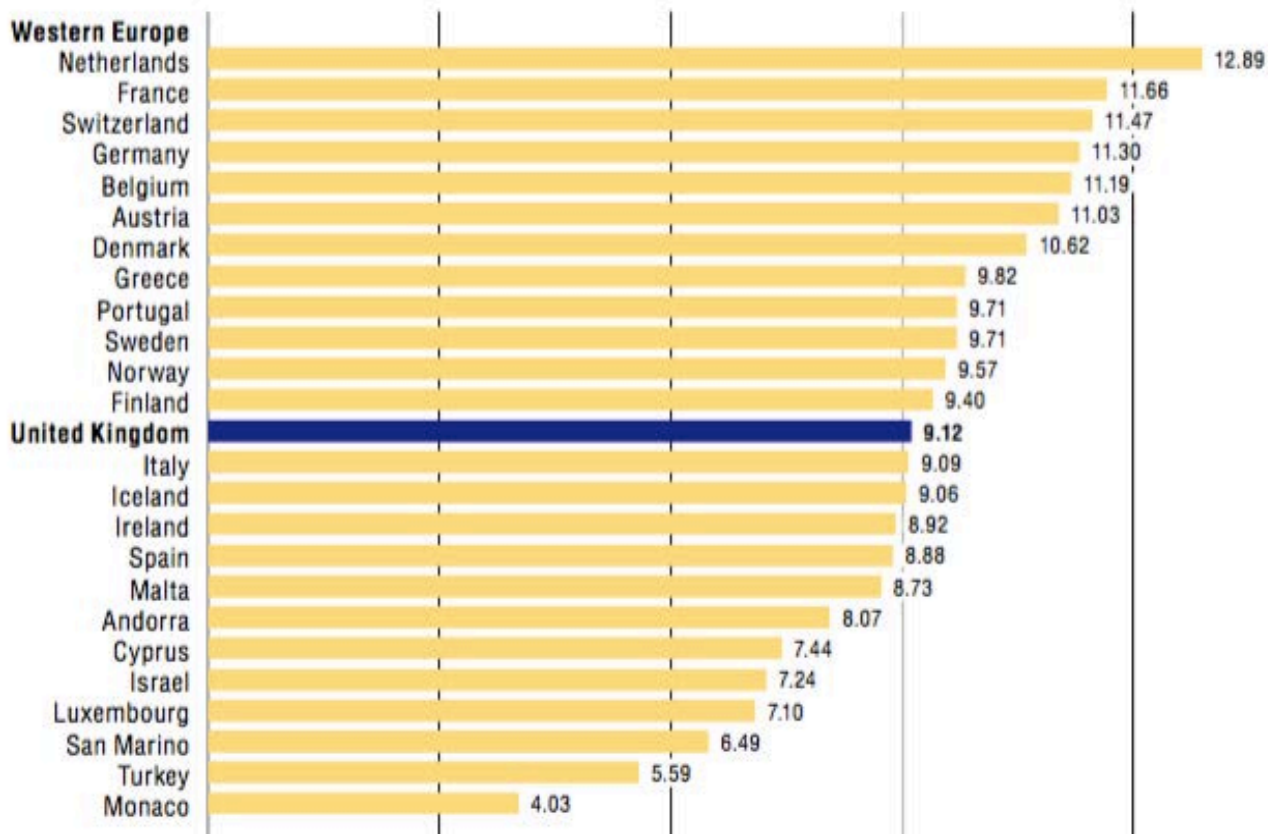
4.1.1.3 Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας

Η τριτοβάθμια φροντίδα (ΤΒΦ) αφορά στην πιο εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών, η οποία διενεργείται σε ιατρικές σχολές και πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες αυτές επικεντρώνονται στα πιο σύνθετα και πολύπλοκα περιστατικά, καθώς και σε σπάνιες ασθένειες και τη θεραπεία τους. Στόχος της συγκέντρωσης της εξειδικευμένης φροντίδας είναι η συσσώρευση της γνώσης και κατ' επέκταση η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

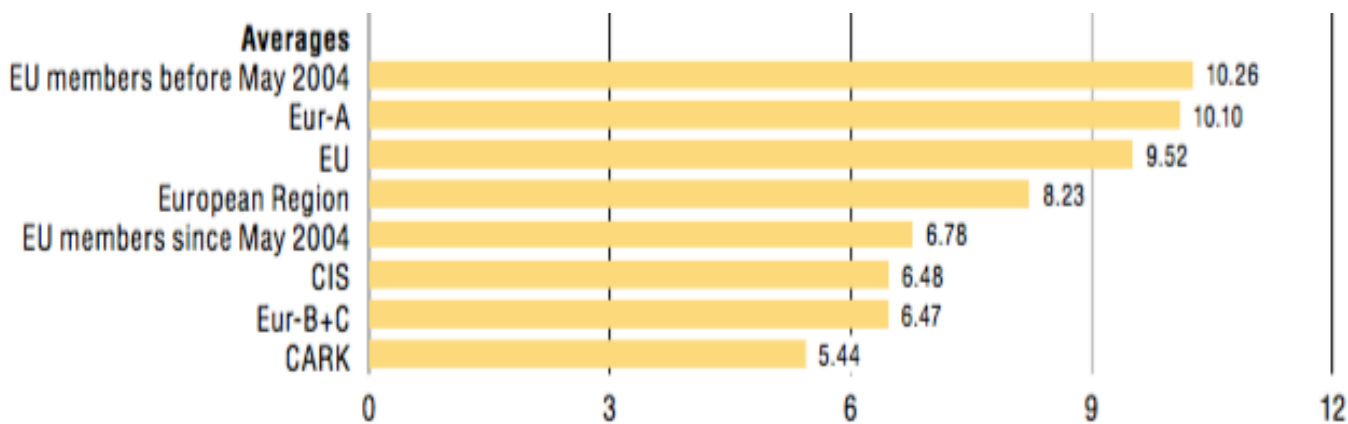
4.1.2. Χρηματοδότηση

Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από τη γενική φορολογία. Το 2013, το 83,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία στο ΗΒ προήλθε από δημόσιες πηγές χρηματοδότησης. Οι πληρωμές «εκ της ιδιωτικής τσέπης» αποτελούσαν το 9,3% των συνολικών δαπανών, ενώ η ιδιωτική ιατρική ασφάλιση αποτέλεσε το 2,8% των δαπανών της υγείας. Λιγότερο από 5% προερχόταν από άλλες μορφές ιδιωτικών δαπανών.

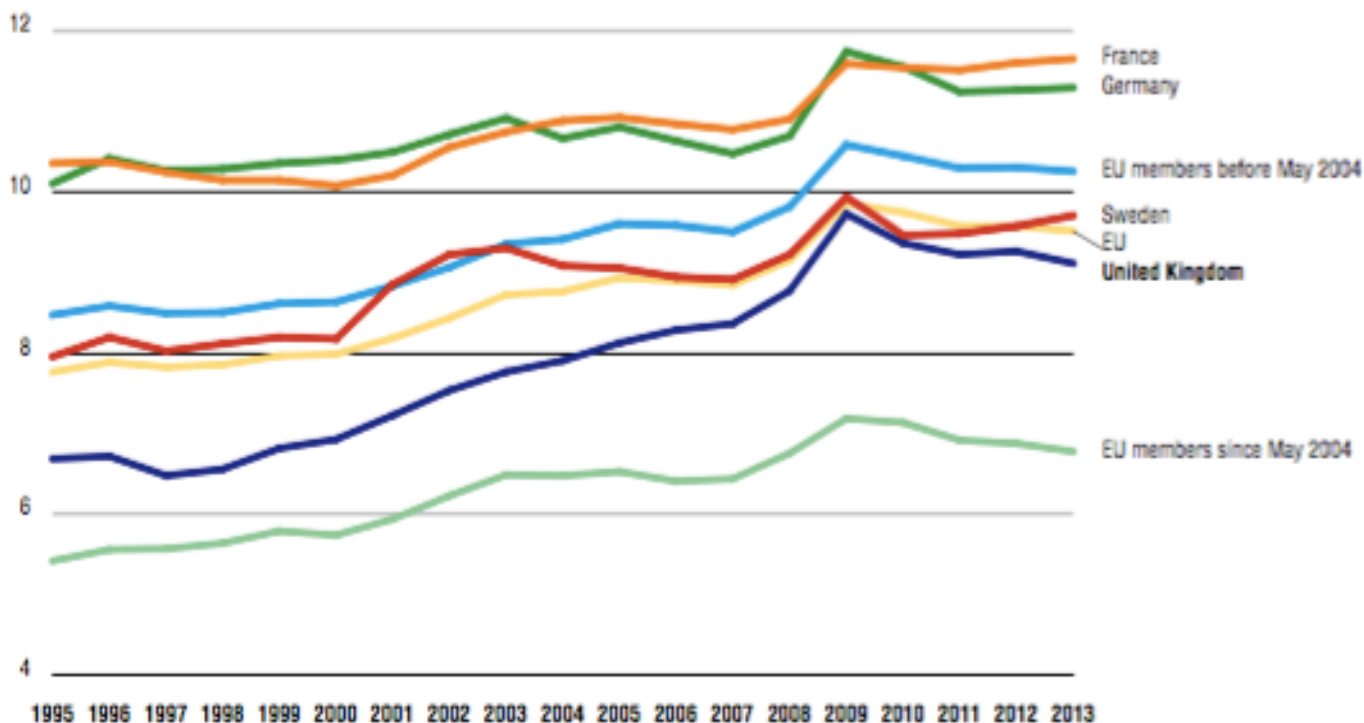
Παρά το ότι το ΗΒ τα τελευταία χρόνια εξακολουθεί να ξοδεύει λιγότερα στην υγεία, σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης [το 2013 δαπάνησε το 9,1% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ποσοστό αρκετά χαμηλό, συγκριτικά με τις πρώτες 15 χώρες που εντάχθηκαν στην ενωμένη Ευρώπη, EU-15] **(διαγράμματα 2-4)**, καταγράφει ουσιαστικές βελτιώσεις στους βασικούς δείκτες ποιότητας της δημόσιας υγείας, όπως αύξηση στο μέσο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ του 1980 και 2013 από τα 73.7 στα 81 έτη **(διάγραμμα 6)**, μείωση στη περί-γεννητική θνητότητα, κ.α.



Διάγραμμα 2: δαπάνες υγείας επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος στην Ευρώπη, για το έτος 2015 (Cylus, 2015)



Διάγραμμα 3: μέσες δαπάνες υγείας επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, για το έτος 2015 (Cylus, 2015)



Διάγραμμα 4: δαπάνες υγείας επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος στο Η.Β. και γενικότερα στην Ευρώπη, για τα έτη από 1995 έως 2013 (Cylus, 2015).

Το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας διαθέτει κονδύλια στον οργανισμό UK-National Health System (NHS), του οποίου το Διοικητικό Συμβούλιο διανέμει κεφάλαια χρησιμοποιώντας σταθμισμένη καταβολή αμοιβής/αποζημίωσης σε κλινικές ομάδες συμβούλων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι ομάδες αυτές λειτουργούν υπό την καθοδήγηση γενικών γιατρών, καθώς και ειδικών. Ενδιαφέρουσα παράμετρος του αγγλικού μοντέλου είναι η στρατηγική της αξιοποίησης συστημάτων πληρωμής, που αποσκοπούν στη δημιουργία κινήτρων για τη βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας, όπως:

- Το πρόγραμμα «αμοιβή αναλόγως των αποτελεσμάτων» (Payment by Results system) για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το οποίο χρησιμοποιεί μια παραλλαγή των Diagnosis-Related Groups (DRG), για τον καθορισμό των αμοιβών με βάση το εθνικό μέσο κόστος.
- Το πρόγραμμα «αμοιβή αναλόγως της απόδοσης» (Pay for Performance system), το οποίο συνδέει ένα σχετικά μικρό μέρος της αμοιβής των επαγγελματιών υγείας με την απόδοσή τους και άλλους προκαθορισμένους στόχους.

4.1.3 Αξιολόγηση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας

Κατ' αντιστοιχία με πολλές άλλες χώρες της δυτικής Ευρώπης, ο πληθυσμός του ΗΒ γηράσκει, ενώ η κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση που προκαλούν οι ολοένα και συχνότερες χρόνιες παθήσεις μεγαλώνει, προκαλώντας σημαντικές μεταβολές στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, με ταυτόχρονη αύξηση των λιστών αναμονής. Το χάσμα στη παροχή υγείας και στα αποτελέσματά της συνεχίζει να διευρύνεται μεταξύ των πιο άπορων και των πλέον προνομιούχων πολιτών. Το ποσοστό του πληθυσμού το οποίο δηλώνει ικανοποιημένο με την παροχή υπηρεσιών υγείας μειώνεται συνεχώς, αφού η πρόσβασή του στα καινούρια φαρμακευτικά σκευάσματα και στις σύγχρονες τεχνολογίες καθίσταται συνεχώς δυσκολότερη.

Οι περιορισμένες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας του ΗΒ δεν αφήνουν πολλά περιθώρια πρόσληψης επιπλέον ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού και δημιουργίας υποδομών, παράγοντες ζωτικής σημασίας για την βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης. Το πρόσφατο κλείσιμο αρκετών μικρών νοσοκομείων επιδείνωσε ακόμα περισσότερο την ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση έλλειψης κλινών. Ο αριθμός των κλινών στα νοσοκομεία επείγουσας ιατρικής, 229 ανά 100,000 πληθυσμού, παραμένει ένας από τους χαμηλότερους στην Ευρωπαϊκή Ένωση, πολύ πιο χαμηλός από το μέσο όρο της ΕΕ των 336 ανά 100,000 πληθυσμού. Ταυτόχρονα, τα ψηλά ποσοστά πληρότητας κλινών μαρτυρούν την δυσκολία που υπάρχει στην αντιμετώπιση άμεσων αναγκών.

Το Εθνικό Σύστημα Πληροφορικής της Υγείας, παρά το τεράστιο του κόστος (η αγορά και εγκατάστασή του ξεπέρασε τα 9.8 δισεκατομμύρια στερλίνες), κρίθηκε αναποτελεσματικό και οικονομικά μη αποδοτικό, με αποτέλεσμα να αποσυρθεί το 2013 (υποενότητα 4.1.5).

4.1.4 Στόχοι και Επιδιώξεις του Αγγλικού Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη εντολή της αγγλικής κυβέρνησης προς το Διοικητικό Συμβούλιο του NHS (**Department of Health and Social care, 2019**), οι κυριότερες επιδιώξεις για την επόμενη πενταετία (2020-2025) είναι οι ακόλουθες:

4.1.4.1 Βελτίωση των Αποτελεσμάτων και Μείωση των Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας, Μέσα Από τη Βέλτιστη Ανάθεση Αποστολής και Καθηκόντων

Για την επίτευξη του στόχου αυτού απαιτείται περισσότερη διαφάνεια αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και των αποτελεσμάτων τους. Επιβεβλημένη θεωρείται η διατήρηση του πλαισίου συνεχούς αξιολόγησης και βελτίωσης των κλινικών ομάδων ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups), μέσα από το οποίο θα διασφαλιστεί η σύγκριση των τοπικών αποτελεσμάτων με εκείνα άλλων περιοχών, και κατ' επέκταση η συνεχής αναβάθμιση, αλλά και η κατάργηση τυχόν ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

4.1.4.2 Υποβοήθηση Δημιουργίας Συνθηκών για Ασφαλή και Υψηλής Ποιότητας Υγειονομική Φροντίδα

Το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας θα πρέπει να συμβάλει στη διασφάλιση σταθερών προτύπων φροντίδας για ασθενείς που χρειάζονται επείγουσα νοσοκομειακή φροντίδα καθόλη τη διάρκεια της ημέρας, επτά μέρες την εβδομάδα, ελαχιστοποιώντας τις αχρείαστες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Θα πρέπει επίσης να στοχεύσει στο να καταστεί το NHS ο μεγαλύτερος οργανισμός μάθησης και ανταλλαγής γνώσης, δημιουργώντας μια κουλτούρα μέσα από την οποία αξιοποιούνται όλες οι πηγές του, περιλαμβανομένων και εκείνων που προέρχονται από λάθη, παραλείψεις, αλλά και από τη διερεύνηση τυχόν παραπόνων ή καταγγελιών. Το σύστημα οφείλει επίσης να εντοπίζει χωρίς καθυστέρηση περιστατικά βίας και καταχρήσεων, ούτως ώστε να παρέχει την απαιτούμενη υποστήριξη στα θύματα, επανεντάσσοντας τα το συντομότερο στην κοινωνία. Ως προτεραιότητα του ΣΥΠ για την επόμενη πενταετία κρίνεται η εκπλήρωση των αναγκών των πολιτών/ασθενών με ένα τέτοιο τρόπο, ώστε η εμπειρία που αποκομίζουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους να είναι εποικοδομητική για τη διαχείριση της υγείας τους και υποβοηθητική για τις επιλογές τους.

4.1.4.3 Εξισορρόπηση του Προϋπολογισμού του Συστήματος Υγείας και Βελτίωση της Αποτελεσματικότητας και της Παραγωγικότητας

Η αγγλική κυβέρνηση προτίθεται έως και το 2021 να αυξήσει την ετήσια χρηματοδότηση του NHS, ξεπερνώντας κατά 10 τουλάχιστο δισεκατομμύρια ευρώ τον ετήσιο προϋπολογισμό, σε σχέση με το 2014-2015. Αταλάντευτος στόχος παραμένει η κατά τόπους ανάπτυξη αξιόπιστων, οικονομικά ισορροπημένων επιχειρησιακών σχεδίων, τα οποία ταυτίζονται και ευθυγραμμίζονται με τα εθνικά σχέδια βιωσιμότητας και μετασχηματισμού. Ο στόχος αυτός θα

επιτευχθεί μέσα από την αυστηρή τήρηση του σχεδίου αποδοτικότητας σημείων (Joint NHS Point Efficiency Plan).

4.1.4.4 Βαθμιαία Αλλαγή της Φιλοσοφίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας Θέτοντας στο Επίκεντρο την Πρόληψη και την Ενθάρρυνση του Υγιεινού Τρόπου Ζωής

Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του NHS επαφίεται στην αντίληψη της σημαντικότητας της πρόληψης και της ενθάρρυνσης ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Η αντιμετώπιση του καπνίσματος, της κατάχρησης οινόπνευματος και ναρκωτικών και της σωματικής αδράνειας, καθώς και της παχυσαρκίας, (δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη μάστιγα της παιδικής παχυσαρκίας), αποτελούν εκ των ων ουκ άνευ για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μείωση της νοσηρότητας του πληθυσμού, παράμετροι εξαιρετικά σημαντικές για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας της χώρας. Η γενική παραδοχή, ότι περίπου 5 εκατομμύρια Άγγλων θεωρούνται υψηλού κινδύνου για να αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και η αύξηση του αριθμού των περιστατικών με άνοια, απότοκη της αύξησης του μέσου όρου επιβίωσης, επιβάλλουν την άμεση λήψη προληπτικών μέτρων, ούτως ώστε να αποφευχθεί η απορρόφηση σημαντικού μέρους κονδυλίων της υγείας στην αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών, αλλά και των επιπλοκών τους.

4.1.4.5 Αναβάθμιση της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης

Αναγνωρίζοντας τον κεντρικό ρόλο της ΠΦ στο σύστημα υγείας της χώρας, ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί μέσα στην επόμενη πενταετία στην ενίσχυσή της, αλλά και στην άμεση σύνδεσή της με τις ανάγκες σωματικής και ψυχικής υγείας και κοινωνικής μέριμνας. Απαραίτητη προϋπόθεση η απρόσκοπτη, χωρίς χρονοτριβή πρόσβαση στον προσωπικό γιατρό οποιαδήποτε ώρα και μέρα της εβδομάδας. Για την επίτευξη του στόχου αυτού επιβάλλεται η παραχώρηση εξουσιών στις κοινότητες για το σχεδιασμό ενός ολιστικού μοντέλου φροντίδας των πολιτών, προσαρμοσμένο στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού τους. Η όλη αυτή προσπάθεια ενισχύεται από την ανάπτυξη συστημάτων εθελοντικής, ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας.

4.1.4.6 Στήριξη της Έρευνας, της Καινοτομίας και της Ανάπτυξης

Απαραίτητη από κάθε άποψη κρίνεται πλέον η ενεργός συμμετοχή και η χρηματοδότηση των οργανώσεων των παρόχων υγειονομικής φροντίδας και η δραστηριοποίηση των ασθενών στην έρευνα και την καινοτομία, αποσκοπώντας στην εξοικονόμηση πόρων, μέσα από προγράμματα

πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης. Προτείνεται ακόμα η στενή συνεργασία με τον κλάδο των βιοεπιστημών, για την δημιουργία καινοτόμων, οικονομικά αποδοτικών και προσιτών νέων προϊόντων. Ιδιαίτερη σημασία προσδίδεται και στην αξιοποίηση σύγχρονων ψηφιακών υπηρεσιών, αλλά και της τεχνολογίας, περιλαμβανομένης και της ηλεκτρονικής πρόσβασης στα προσωπικά δεδομένα υγείας. Τέλος, γίνεται αναφορά στο μέλλον και τις προοπτικές του NHS έξω από το θεσμικό πλαίσιο της ενωμένης Ευρώπης, μετά και την επίσημη αποχώρηση του Ηνωμένου Βασιλείου από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

4.1.5 Ηλεκτρονική Υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το 2002, η βρετανική κυβέρνηση εκπόνησε ένα εθνικό πρόγραμμα πληροφορικής (National Programme for Information Technology (NPfIT)), για να λειτουργήσει ως ο κινητήριος μοχλός για την εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο του ΗΙΦ, μιας υπηρεσίας γνωστής ως NHS Care Record Service. Η εφαρμογή της φιλόδοξης αυτής πρωτοβουλίας απαιτούσε πόρους που ξεπερνούσαν το μυθικό ποσό των 12.7 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Η μεγαλεπήβολη διαδικασία δημιουργίας ενός συστήματος πληροφορικής που να υποστηρίζει την τεχνολογία της υγείας για ολόκληρο το έθνος, ανατέθηκε σε τέσσερις εταιρείες, περιλαμβανομένης της αμερικανικής Computer Sciences Corporation (CSC). Πρωταρχικός στόχος ήταν η εισαγωγή κεντρικών συστημάτων ΗΙΦ, που περιλάμβαναν και δεδομένα από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας **(Crompton, 2009)**.

Σε γενικές γραμμές, ο αντίκτυπος του βρετανικού κοινού για το συγκεκριμένο πρόγραμμα κρίνεται αρνητικός, αφού παρά το εξωφρενικό του κόστος, ουδέποτε ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών. Το πρόγραμμα NPfIT αποσύρθηκε το 2011, αν και κάποια συμβόλαια με εταιρείες παροχής ηλεκτρονικής υγείας ισχύουν μέχρι και το 2023. Οι επιφυλάξεις παρόχων και δικαιούχων ιατροφαρμακευτικής φροντίδας για το συγκεκριμένο πρόγραμμα ηλεκτρονικής υγείας εστιάζονται κυρίως στα ακόλουθα:

- Έρευνες κατέδειξαν ότι οι ασθενείς, ενώ αναγνωρίζουν την αξία ανταλλαγής δεδομένων τόσο για τη δική τους φροντίδα, όσο και για σκοπούς έρευνας, ανησυχούν για το ενδεχόμενο διασποράς των προσωπικών τους δεδομένων.
- Ένα σημαντικό ποσοστό των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας δηλώνει ότι η ενασχόληση με τον ΗΙΦ των ασθενών μειώνει δραστικά το διαθέσιμο χρόνο για τους ίδιους τους ασθενείς.

- Ενώ οι εμπλεκόμενοι φορείς προέρχονταν από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών, όπως κλινικοί, διοικητικοί, τεχνικοί πληροφοριών και μέλη άλλων επαγγελματικών ομάδων, η διαχείριση και αξιοποίηση των φορέων αυτών κατά τη διάρκεια του προγράμματος δεν ήταν συστηματική και αποδοτική.
- Προβλήματα υπήρξαν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος, όταν το ενδιαφέρον των φορέων σταδιακά ατόνησε, αφού δεν υπήρχε οποιαδήποτε λογοδοσία και εξέλειπε η επαρκής τεχνική υποστήριξη.

4.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας Σουηδίας

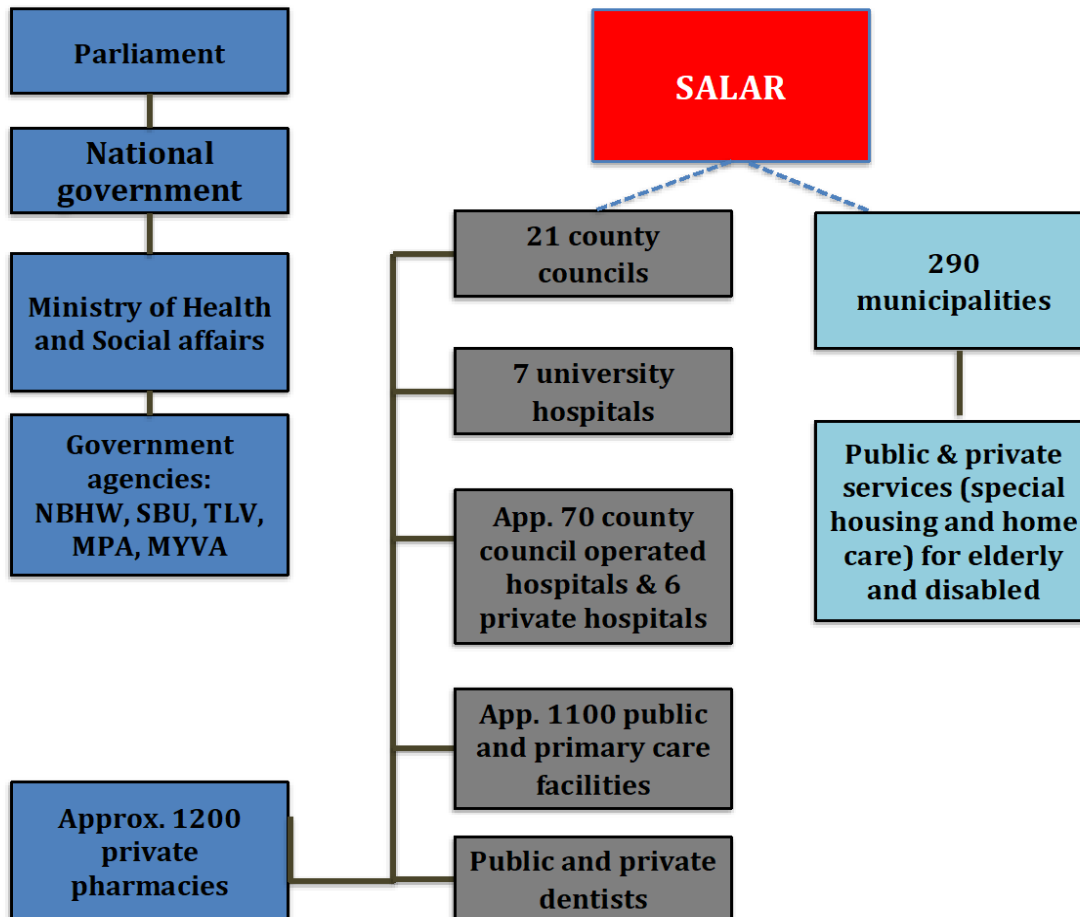
Όπως και στις υπόλοιπες σκανδιναβικές χώρες, έτσι και στη Σουηδία το σύστημα της χώρας αναπτύχθηκε με πολύ γρήγορους ρυθμούς μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και ήδη από τη δεκαετία του 70 θεωρούνταν ως ένα από τα πλέον οργανωμένα, αποκεντρωμένα και αποτελεσματικά συστήματα (Annel, 2012).

4.2.1 Οργάνωση

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας οργανώνεται και διοικείται σε τρία επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό και τοπικό:

- Σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών υποθέσεων είναι υπεύθυνο για τον καθορισμό της πολιτικής ατζέντας, θεσπίζοντας τις αρχές και τις κατευθυντήριες οδηγίες για την δημόσια υγεία και την ιατρική περίθαλψη των πολιτών.
- Σε περιφερειακό επίπεδο, τόσο η χρηματοδότηση, όσο και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις περιφερειακές αρχές, που συγκροτούνται σε εικοσιένα περιφερειακά συμβούλια, τα οποία εκλέγονται ταυτόχρονα με τις εθνικές γενικές εκλογές, κάθε τέσσερα χρόνια. Τα νοσοκομεία, περιφερειακά, ακαδημαϊκά και τοπικά, λειτουργούν υπό την ευθύνη των περιφερειακών συμβουλίων (Swedish Association of Local Authorities and Regions, SALAR) **(διάγραμμα 5)**. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διοίκηση των νοσοκομείων παραχωρείται σε κερδοσκοπικούς και μη-κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς φορείς.
- Σε τοπικό επίπεδο, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη παροχή των βασικών κοινωνικών αγαθών στους πολίτες (υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας κ.λπ.). Πρόσφατα, οι δήμοι έχουν

επίσης αναλάβει την περίθαλψη συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς ψυχικής υγείας κ.α.



Διάγραμμα 5: οργανόγραμμα Σουηδικού συστήματος υγείας (Annel, 2012)

Το σύστημα υγείας της χώρας διαφέρει από τα εθνικά συστήματα των άλλων χωρών στον αναβαθμισμένο ρόλο που διαδραματίζει η τοπική αυτοδιοίκηση σε θέματα οργάνωσης του συστήματος, αλλά και της χρηματοδότησης και της εφαρμογής του. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από γενικούς ιατρούς στα κέντρα υγείας, τα οποία στελεχώνονται από τους γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές δημόσιας υγείας και μαίες, ενώ το καθένα από αυτά παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό δέκα έως πενήντα χιλιάδων ατόμων. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν τόσο τον οικογενειακό τους γιατρό, όσο και το κέντρο υγείας και νοσοκομείο της προτίμησής τους.

4.2.2 Χρηματοδότηση

Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Σουηδία τα έτη 2009 και 2015 αποτελούσαν το 9.9% και το 9.57% του ΑΕΠ της χώρας αντίστοιχα (**διάγραμμα 2**). Η χρηματοδότηση προέρχεται σε μεγάλο βαθμό (80%) από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Τόσο τα περιφερειακά συμβούλια, όσο και οι δήμοι εισπράττουν τον ανάλογο φόρο εισοδήματος του πληθυσμού, για να καλύψουν τις ανάγκες τους για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Τα συμβούλια των δήμων έχουν επίσης τη δυνατότητα εσόδων μέσω κρατικών επιχορηγήσεων και δημοτικών τελών. Περίπου 4% του πληθυσμού διαθέτει εθελοντική ασφάλιση υγείας, ενώ η χρηματοδότηση από την ιδιωτική ασφάλιση αντιπροσωπεύει μόλις το 0.2% της συνολικής χρηματοδότησης. Περίπου 17% της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία είναι ιδιωτικές δαπάνες, κατά κύριο λόγο χρεώσεις χρηστών («εκ της ιδιωτικής τσέπης»).

Οι πλείστοι γιατροί της χώρας είτε είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, όπως για παράδειγμα οι νοσοκομειακοί γιατροί, είτε αμείβονται από το κράτος για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, κατά κεφαλή. Μόνο το 15% των γιατρών της χώρας είναι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι διατηρούν σύμβαση με το δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Οι αποζημιώσεις προς τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης αφορούν κατά κεφαλή επίδομα για τους εγγεγραμμένους ασθενείς ('capitation fee'), συνοδευόμενες από αμοιβές για υπηρεσίες ('fees for service') και αμοιβές με βάση την απόδοσή τους. Οι διάφοροι νομοί και δήμοι της Σουηδίας οφείλουν να καταβάλλουν στους παρόχους το συνολικό κόστος για την ενδονοσοκομειακή φροντίδα.

Το υπουργείο υγείας της χώρας, ασκώντας το ρυθμιστικό του ρόλο, καθορίζει ανώτατες τιμές για τις «εκ της ιδιωτικής τσέπης» πληρωμές, διασφαλίζοντας ότι οι πολίτες της χώρας δεν θα πληρώσουν ως εξωτερικοί ασθενείς, πάνω από 1100 σουηδικές κορώνες (περίπου 100 ευρώ) για ιατρικές επισκέψεις εντός περιόδου 12 μηνών.

4.2.3 Παροχή Υπηρεσιών

Το 2005, η Σουηδία εκπόνησε μια νέα στρατηγική δημόσιας υγείας, η οποία στόχευσε στην ενίσχυση της θέσης του ασθενή, στη βελτίωση της προσβασιμότητάς του στις ιατρονοσηλευτικές και άλλες υπηρεσίες και στην ταυτόχρονη εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες σε διάφορα μέρη της χώρας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην επίτευξη του

στόχου της άμεσης επαφής και διαβούλευσης με το ιατρικό κέντρο ή τον οικογενειακό γιατρό, με σχεδόν μηδενική καθυστέρηση, η οποία σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να ξεπερνά τις επτά μέρες. Για τη διαβούλευση με ειδικό γιατρό, τη διάγνωση και τη λήψη θεραπείας, οριοθετήθηκε ως μέγιστο, το χρονικό διάστημα των 90 ημερών. Από τον Ιούλιο του 2010 η πολιτική αυτή ρυθμίζεται από νόμο, ο οποίος ορίζει ως υπεύθυνα για την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας τα περιφερειακά συμβούλια. Έτσι, ο μεγαλύτερος όγκος εργασιών στον τομέα της δημόσιας υγείας διεξάγεται σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Για παθήσεις ή καταστάσεις που απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται σε περίπου 70 δημόσια νοσοκομεία των νομών/περιφερειών και σε 6 ιδιωτικά νοσοκομεία. Περίπου τα δύο τρίτα των νοσοκομείων της χώρας είναι νοσοκομεία οξείας φροντίδας, στα οποία προσφέρονται υπηρεσίες 24 ώρες το 24ωρο και επτά μέρες την εβδομάδα και στα οποία υπηρετεί σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός λειτουργών με εξειδίκευση και εμπειρογνωμοσύνη, από ότι στα τοπικά νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, η διακυβέρνηση και η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας την τελευταία δεκαετία επικεντρώθηκε σε συγκρίσεις ποιότητας και αποτελεσματικότητας.

4.2.4 Αξιολόγηση του Σουηδικού Συστήματος Υγείας

Ο μέσος όρος του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση στη Σουηδία είναι από τα ψηλότερα στον κόσμο (το 2010 ήταν 83.2 έτη στις γυναίκες και 79.1 έτη στους άντρες), ενώ έχει βελτιωθεί κατά 5.5 έτη τα τελευταία 30 χρόνια **(διάγραμμα 6)**. Ευνοϊκά έναντι των υπόλοιπων προηγμένων χωρών συγκρίνονται και οι υπόλοιποι σουηδικοί δείκτες ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Οι αριθμοί των θανάτων τόσο από καρδιαγγειακά νοσήματα, όσο και από νεοπλάσματα (κακοήθειες) εμφανίζουν πτωτική τάση, αν και εξακολουθούν να αποτελούν τις συχνότερες αιτίες θανάτου της χώρας.

Αναγνωρίζοντας ως αχίλλειο πτέρνα του σουηδικού συστήματος υγείας τους μεγάλους χρόνους αναμονής τόσο για διάγνωση, όσο και για θεραπεία, έχουν κατά καιρούς ληφθεί διάφορες πρωτοβουλίες τόσο σε εθνικό, όσο και σε τοπικό επίπεδο, για τη μείωση του χρόνου αναμονής και τη βελτίωση της πρόσβασης στους παρόχους. Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού ποικίλουν, αφού σε κάποιες περιοχές στέφθηκαν με

επιτυχία μειώνοντας σημαντικά την αναμονή, ενώ σε κάποιες άλλες η αναμονή για διάγνωση και θεραπεία αντί να μειωθεί, δυστυχώς αυξήθηκε.

Οι κυριότερες αδυναμίες του σουηδικού μοντέλου διοίκησης είναι:

- η μεγάλη αναμονή που παρατηρείται για προγραμματισμένες παρεμβάσεις και επισκέψεις στους ειδικούς.
- το πολύ χαμηλό ποσοστό συμπράξεων με τον ιδιωτικό τομέα.
- η ανισότητες και αποκλίσεις που παρατηρούνται στην παροχή υπηρεσιών ανάμεσα στις διάφορες περιφέρειες.
- Η καθυστέρηση που παρατηρείται στην εφαρμογή του εθνικού ρυθμιστικού πλαισίου για την άμεση πρόσβαση των ασθενών στην ηλεκτρονική υγεία, αλλά και για την έκταση των πληροφοριών/δεδομένων στην οποία οι πολίτες έχουν πρόσβαση.

4.2.5 Ηλεκτρονική Υγεία

Το πρώτο σύστημα ηλεκτρονικής υγείας που εφαρμόστηκε στη χώρα ήταν το σύστημα Swedestar, (τροποποίηση του συστήματος Costar που πρωτοεφαρμόστηκε στη Βοστώνη), το οποίο εισήχθη στους νομούς Lerum και Sundbyberg και το οποίο εξακολουθεί να χρησιμοποιείται και σήμερα, με μικρές τροποποιήσεις, σε διάφορα μέρη της χώρας. Ως μια σημαντική για την εποχή καινοτομία, βοήθησε στο να καταγραφούν όλες οι κλινικές πληροφορίες, σύμφωνα με ορισμένες λέξεις-κλειδιά που επιλέγονταν από προκαθορισμένη τοπική ορολογία. Έτσι, υπήρχε πλέον η δυνατότητα άμεσης αναζήτησης επιλεγμένων τμημάτων του ιατρικού ιστορικού ασθενών, αλλά και η εύκολη και αποτελεσματική συλλογή δεδομένων από ομάδες ασθενών. Το συγκεκριμένο σύστημα βασίστηκε σε τοπικό διακομιστή μικρο-υπολογιστών για ένα κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης με μη συγχρονισμένα τερματικά, που αργότερα εξελίχθηκαν σε σταθμούς εργασίας PC.

Το επόμενο βήμα εξέλιξης αποτέλεσε η εξάπλωση μεγάλου αριθμού μικρών συστημάτων, βασισμένων σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές, που στις περισσότερες περιπτώσεις λειτουργούσαν ως συστήματα επεξεργασίας κειμένου αντί της προηγμένης διαχείρισης δομημένων δεδομένων. Μέχρι το 1994, στο 85% του συνόλου των κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούσαν συστήματα ΗΙΦ (**Kajbjer, 2010**).

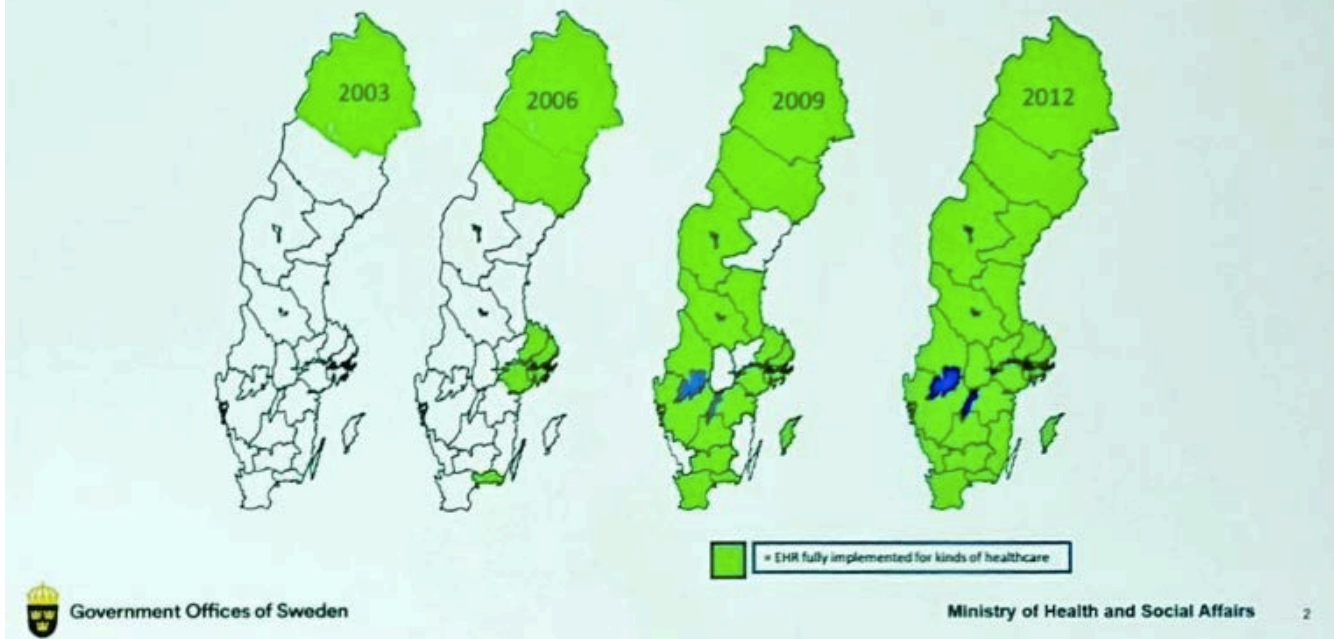
Η εξέλιξη των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας κατά τη δεκαετία του 1990 και στην αρχή της νέας χιλιετίας αφορούσε στην εισαγωγή μεγάλου αριθμού έργων ενσωμάτωσης, τα οποία σχετίζονταν με:

- ηλεκτρονικές παραπομπές και αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων,
- ηλεκτρονική συνταγογράφηση,
- ηλεκτρονικά συστήματα διαχείρισης ασθενών και εθνικά και περιφερειακά ηλεκτρονικά μητρώα πληθυσμού
- και ηλεκτρονική τιμολόγηση.

Καταγράφηκε επίσης η στροφή στην καταγραφή κλινικών δεδομένων σε δομές που βασίζονται τόσο στην ανάλυση της διαδικασίας, όσο στις ιατρικές οντολογίες και στη χρήση ιατρικών ορολογιών που χρησιμοποιούνται διεθνώς. Η τρέχουσα και πολύ πρακτική κλινική ορολογία SNOMED CT, η οποία έχει μεταφραστεί στη σουηδική γλώσσα, αποτελεί ένα εξαιρετικό εργαλείο για την κωδικοποίηση στον τομέα της υγείας.

Η διάδοση της χρήσης ΗΙΦ στα νοσοκομεία ακολούθησε πολύ αργότερα, από ότι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, μέχρι και το 2009, όταν πλέον το 85% των νοσοκομειακών μονάδων χρησιμοποιούσε την τεχνολογία αυτή ευρέως, ενώ από το 2012 εφαρμόζεται σε ολόκληρη την επικράτεια της χώρας **(εικόνα 3)**. Ακολούθως, το Σουηδικό Ινστιτούτο για την ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας (SPRI) άσκησε σημαντική επιρροή στη θέσπιση προτύπων για ορισμένα στοιχεία των ηλεκτρονικών αρχείων. Από το 2008-2009 ακολουθούνται πιστά σε όλες τις σκανδιναβικές χώρες το Ευρωπαϊκό πρότυπο CEN και το πρότυπο ISO.

E-health development – Electronic health records



Εικόνα 3: διείσδυση του ΗΙΦ στα νοσοκομεία της Σουηδίας μεταξύ των ετών 2003 και 2012

Η καθολική χρήση ηλεκτρονικού φακέλου σε όλη τη χώρα ανέδειξε ένα σημαντικό πρόβλημα: η χρήση πολλών και διαφορετικών συστημάτων ΗΙΦ αναπόφευκτα οδήγησε σε προβλήματα διαλειτουργικότητας. Διατηρώντας το δικαίωμα των δήμων/περιφερειών να κατέχουν το δικό τους, αυτόνομο σύστημα ηλεκτρονικού φακέλου, αποφασίστηκε σε εθνικό επίπεδο η χρήση ενός μοναδικού τρόπου επαφής με το σύστημα υγείας: μια εθνική πύλη για τους ασθενείς, με κωδικό '1177.se', η οποία είναι διαθέσιμη για όσους αναζητούν υγειονομική περίθαλψη ή πληροφορίες σχετικές με την υγεία στη Σουηδία. Η διαδικτυακή πύλη ασθενούς αποτελείται από 3 μέρη:

- τον τηλεφωνικό αριθμό 1177,
- τη συμβουλευτική υπηρεσία 1177.se στο διαδίκτυο, μια ιστοσελίδα δημόσιας χρήσης, όπου οι πολίτες μπορούν να έχουν πρόσβαση και να αναζητούν πληροφορίες σχετικά με ασθένειες, συμπτώματα, θεραπείες, καθώς και πληροφορίες σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη στην κοινότητά τους.
- το 1177.se personal services, όπου μετά τη επαλήθευση της ταυτότητας τους, χρησιμοποιώντας ένα αναγνωρισμένο από το εθνικό δίκτυο BankID, οι πολίτες αποκτούν πρόσβαση σε εξατομικευμένες ηλεκτρονικές υπηρεσίες. Μπορούν να αποφασίσουν για τα

κέντρα ΠΒΦ ή τις νοσοκομειακές μονάδες της επιλογής τους, επικοινωνώντας μαζί τους μέσω ηλεκτρονικών μηνυμάτων.

Η δια-δικτυακή πύλη αγκαλιάστηκε αμέσως από τους πολίτες της Σουηδίας: μέχρι τον Ιούνιο του 2017 41% του πληθυσμού (περίπου 10 εκατομμύρια κάτοικοι) δημιούργησε το δικό του λογαριασμό στην πύλη 1177.se, για να αποκτήσει πρόσβαση στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας. Μέσω της πύλης αυτής, οι πολίτες μπορούν να προσεγγίσουν το PAEHR (patient-accessible Electronic Health Record), το οποίο εκτός ότι παρέχει στους πολίτες όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και οδηγίες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, συμβάλλει στη βελτίωση της επικοινωνίας, της συνεργασίας και συνδημιουργίας του ηλεκτρονικού φακέλου.

Πρόσφατα, ξεκίνησε στη Σουηδία και το ερευνητικό πρόγραμμα PACESS (patient-centered assessment of patient's online access to electronic health records), μέσω του οποίου σουηδοί ακαδημαϊκοί αξιολογούν την τρέχουσα εφαρμογή και χρήση του PAEHR, με κριτήριο τις εμπειριστατωμένες ποιοτικές μελέτες περιπτώσεων σε διάφορες περιοχές. Αταλάντευτος στόχος η καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται οι ρόλοι, οι σχέσεις και οι οργανωτικές δομές της συγκεκριμένης υπηρεσίας (Scandurra, 2017).

4.3 Εθνικό σύστημα Δανίας

Το σύστημα υγείας της χώρας ήταν μέχρι πρόσφατα αρκετά αποκεντρωμένο, με αποτέλεσμα την τελευταία δεκαετία να ξεκινήσει διαδικασία ανασυγκρότησης των υπηρεσιών υγείας σε μικρότερο αριθμό περιφερειών και δήμων, στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4.3.1 Οργάνωση και διακυβέρνηση

Διοικητικά, το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από διαβάθμιση σε τρία επίπεδα: το κρατικό, το περιφερειακό και το τοπικό (δημοτικό). Το κράτος ασκεί τις γενικές, ρυθμιστικές και εποπτικές λειτουργίες, ενώ ευθύνεται και για συγκεκριμένες δραστηριότητες σχεδιασμού και αναδιοργάνωσης, όπως η παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και ο σχεδιασμός της κατανομής ιατρικών ειδικοτήτων σε νοσοκομειακό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη τις πραγματικές ανάγκες της χώρας. Ακολουθώντας την πολιτική της χώρας για

μεταρρύθμιση της τοπικής αυτοδιοίκησης, ο αριθμός των περιφερειών της χώρας μειώθηκε από 14 σε 5, ενώ των δήμων από 275 σε 98. Οι διευθύνσεις των πέντε περιφερειών ασκούν εποπτικό ρόλο στα τοπικά νοσοκομεία, ενώ είναι υπεύθυνες για τον καθορισμό των όρων εργοδότησης των αυτοτελώς εργαζομένων επαγγελματιών υγείας. Οι δήμοι ευθύνονται για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης ασθενειών και προαγωγής του 'ευ ζην' **(Olejaz, 2012)**.

Τα τελευταία χρόνια καταβλήθηκε εργώδης προσπάθεια για τη ρύθμιση του τομέα της δημόσιας υγείας με ένα πιο συντονισμένο και επιστημονικό τρόπο. Εκπονήθηκαν και εφαρμόστηκαν εθνικές και περιφερειακές κατευθυντήριες γραμμές, συστήματα αδειοδότησης για επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και συστήματα παρακολούθησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 εφαρμόστηκε σειρά νόμων και κανονισμών, που διέπουν την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών, ενώ ιδρύθηκε ανεξάρτητος κυβερνητικός φορέας, υπεύθυνος για τις διαδικασίες υποβολής παραπόνων.

Το Ινστιτούτο της Δανίας για την ποιότητα και τη διαπίστευση στην υγεία (The Danish Institute for Quality and Accreditation) είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση του προγράμματος ποιότητας υγείας της Δανίας (Danish Healthcare Quality Programme, DDKM), το οποίο βασίζεται στην αρχή της διαπίστευσης και των προτύπων και περιλαμβάνει την παρακολούθηση της ποιότητας της περίθαλψης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας **(Mainz, 2015)**.

4.3.2 Χρηματοδότηση

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ήταν ψηλότερες από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (10.62% επί του ΑΕΠ, έναντι 9.52%) **(διάγραμμα 2 και 3)**, με βάση τα τελευταία στοιχεία του ευρωβαρομέτρου για το 2015. Πάνω από το 80% των δαπανών προέρχονται από το κράτος, μέσω ενός συνδυασμού επιχορήγησης ανά κατηγορία υπηρεσίας και χρηματοδότησης με βάση τον όγκο δραστηριοτήτων. Οι «εκ της ιδιωτικής τσέπης» δαπάνες αφορούν πρωτίστως την κάλυψη επιπρόσθετων αναγκών σε φάρμακα και οδοντιατρικές υπηρεσίες και αφορούν στο 14% του συνόλου του προϋπολογισμού της υγείας.

Η προαιρετική ασφάλιση υγείας είναι διαθέσιμη για το κοινό από το 2002 και επιχορηγείται από το κράτος. Διαδραματίζει μικρό, αλλά ολοένα και αυξανόμενο ρόλο στη χρηματοδότηση

προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων και της φυσικοθεραπείας, αν και υπήρξε αντικείμενο έντονης πολιτικής διαμάχης για το κατά πόσο συμβάλλει σε ένα πιο αποτελεσματικό τρόπο διαχείρισης του τομέα της υγείας ή αν εισάγει μεταξύ των πολιτών την ανισότητα στην πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα.

Οι δήμοι, οι οποίοι έχουν την ευθύνη παροχής υπηρεσιών τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, χρηματοδοτούνται μέσω φόρου εισοδήματος, (του οποίου το ύψος καθορίζεται τοπικά, ενώ η είσπραξη γίνεται κεντρικά) και χρηματοδότησης από το κράτος, ενώ οι περιφέρειες χρηματοδοτούνται από το κράτος (φόρος εισοδήματος, φόρος προστιθέμενης αξίας, φόροι επί συγκεκριμένων αγαθών κλπ.), καθώς και από τους δήμους. Η διάρθρωση της χρηματοδότησης αντικατοπτρίζει την προσπάθεια που γίνεται στη Δανία για αυστηρό έλεγχο του κόστους, μέσω ενός προκαθορισμένου σφαιρικού προϋπολογισμού, του ορισμού ενός ανώτατου ορίου στον κύκλο εργασιών των ιδιωτικών παρόχων, τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων με βάση τον όγκο δραστηριοτήτων τους και την καθιέρωση της αποζημίωσης των περιφερειών από τους δήμους, παρέχοντας τους κίνητρα να διατηρούν τους πολίτες τους υγιείς.

4.3.3 Παροχή Υπηρεσιών

Ο τομέας της ΠΒ παρέχεται σε ιδιωτικά κέντρα υγείας, τα οποία στελεχώνονται από ιδιώτες ιατρούς που εξειδικεύονται στη γενική ιατρική, οδοντίατρους, φυσικοθεραπευτές, χειροπράκτες και φαρμακοποιούς, αλλά και σε δημοτικά κέντρα υγείας και νοσηλευτικές εστίες, στις οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και δημοτικοί οδοντίατροι. Οι ιατροί γενικής ιατρικής λειτουργούν ως «φύλακες εισόδου» του συστήματος, παραπέμποντας κάποιους από τους ασθενείς σε εξειδικευμένη θεραπεία, η οποία προσφέρεται από ειδικούς ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, ή σε νοσοκομειακή φροντίδα. Οι πλείστες περιπτώσεις που χρήζουν ΔΦ ή και ΤΦ αντιμετωπίζονται σε γενικά νοσοκομεία, τα οποία έχουν διαφορετικά επίπεδα εξειδίκευσης. Την ευθύνη για τη διαχείριση των νοσοκομείων αυτών την έχουν οι περιφέρειες. Το ιατρικό προσωπικό και οι υπόλοιποι εργοδοτούμενοι που απασχολούνται στα γενικά νοσοκομεία είναι έμμισθοι.

Τα κοινοτικά φαρμακεία είναι οργανισμοί ιδιωτικού δικαίου, αλλά υπόκεινται σε πλήρη κρατική ρύθμιση για τις τιμές και την επιλογή της τοποθεσίας τους, ώστε να διασφαλίζεται ότι το σύνολο των πολιτών έχει άμεση πρόσβαση σε φαρμακείο, ακόμα και σε απομακρυσμένες, αγροτικές περιοχές. Επιπρόσθετα, για τα φαρμακεία ισχύει ένα συλλογικό σύστημα οικονομικής εξισορρόπησης, σύμφωνα με το οποίο τα φαρμακεία με κύκλο εργασιών και έσοδα που ξεπερνούν τον μέσο όρο θα πρέπει να συνεισφέρουν στη χρηματοδότηση των φαρμακείων εκείνων με χαμηλότερο από το μέσο όρο κύκλο εργασιών και εσόδων.

Για τις υπηρεσίες αποκατάστασης εμπλέκονται και συνεργάζονται μεταξύ τους λειτουργοί υγείας προερχόμενοι από διάφορους τομείς, όπως οι του τομέα της υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, λειτουργοί εργασίας, αλλά και του εκπαιδευτικού τομέα. Αναπόφευκτα, άκρως απαραίτητη κρίνεται η αναζήτηση και εξεύρεση συνεκτικών οδών ανάμεσα στους συνεργαζόμενους φορείς για τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών στον τομέα αποκατάστασης. Ταυτόχρονα, πρωτοβουλίες αναλαμβάνονται σε εθνικό επίπεδο και για την ανάπτυξη υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας, για ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από νοσήματα στο τελικό τους στάδιο (π.χ. καρκίνος).

Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες έχουν διαφορετικό είδος πρόσβασης στο νόμιμο σύστημα υγείας της χώρας. Οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες διαθέτουν πλήρη κάλυψη της περιφερειακής υγειονομικής φροντίδας και διατηρούν τα ίδια δικαιώματα με τους κάτοικους που είναι εγγεγραμμένοι στο εθνικό κεντρικό μητρώο της Δανίας. Οι αιτούντες άσυλο δεν καλύπτονται για την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται από τις περιφέρειες, ενώ οι μετανάστες χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα έχουν δικαίωμα για θεραπεία μόνο σε περιπτώσεις οξέων παθήσεων.

4.3.4 Κύριες Μεταρρυθμίσεις στον Τομέα της Υγείας

Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας που εφαρμόστηκαν στη χώρα αφορούσαν την εφαρμογή της νομοθεσίας για ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου, δεσμευτικές οδηγίες που αφορούσαν τους χρόνους αναμονής, καθώς και μεταρρυθμίσεις που συνδέονται με την οργάνωση της διοικητικής δομής των νοσοκομείων. Ο εκσυγχρονισμός του νοσοκομειακού τομέα περιλάμβανε την αναδιάρθρωση της επείγουσας ιατρικής, ενώ εισήχθησαν σε εθνικό επίπεδο κλινικά πρωτόκολλα που αφορούν στη διαχείριση του καρκίνου και των καρδιακών

παθήσεων. Οι μελλοντικές ανησυχίες αφορούν στην ιεράρχηση των πόρων, στην επίλυση του προβλήματος του συνεχώς μειωμένου εργατικού δυναμικού και στην περαιτέρω αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας.

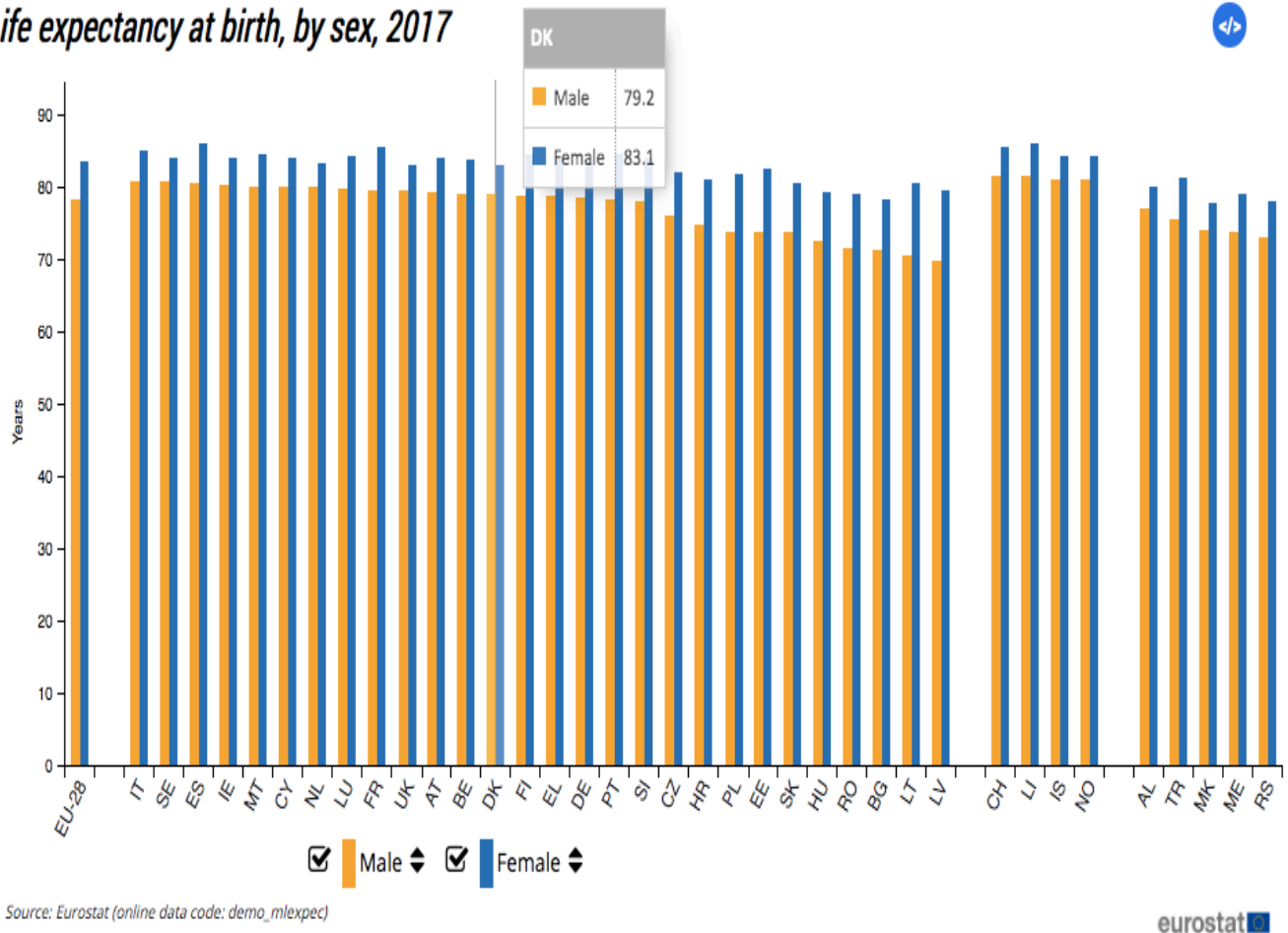
4.3.5 Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας της Δανίας

Η νομοθεσία δημόσιας υγείας τυπικά παρέχει σε όλους τους νόμιμους κατοίκους της χώρας το δικαίωμα εύκολης και ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, δίνοντας στους ασθενείς τη δυνατότητα, μετά από παραπομπή, να μπορούν να επιλέξουν οποιοδήποτε νοσοκομείο της αρεσκείας τους. Η νομικά κατοχυρωμένη εγγύηση του μέγιστου χρόνου αναμονής για επισκέψεις σε ειδικούς και για προγραμματισμένες επεμβάσεις, καθώς και το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής νοσοκομείου, διασφαλίζουν την πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, τις πιο πολλές φορές μικρότερο του ενός μηνός. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα στις έρευνες ικανοποίησης οι πολίτες να συνεχίζουν να επιδεικνύουν αξιοσημείωτα ψηλά ποσοστά ικανοποίησης τόσο από τους γενικούς (οικογενειακούς) ιατρούς, όσο και από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας εξακολουθεί να προέρχεται σε σχετικά ψηλό (14%) ποσοστό από την τσέπη του ασθενή, ενώ ολοένα και περισσότερο έδαφος κερδίζει η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση υγείας, γεγονός που αποδίδεται στην ανάγκη που αισθάνεται μερίδα του πληθυσμού να μειώσει τις συμπληρωμές, αλλά και να διασφαλίσει την πρόσβασή του, εάν κριθεί απαραίτητο, στο σχετικά μικρό, αλλά πιο ευέλικτο ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα. Άλλωστε, η έλλειψη ολοκλήρωσης της περίθαλψης των ασθενών, ειδικά όσο αφορά στις χρόνιες παθήσεις, θεωρείται ένα εκ των πιο σημαντικών μειονεκτημάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της χώρας.

Ο μέσος όρος επιβίωσης κατά τη γέννηση στη Δανία δεν διαφέρει πολύ από το μέσο ευρωπαϊκό όρο, 79.2 έτη στους άνδρες και 83.1 στις γυναίκες, σύμφωνα με στοιχεία του 2017 **(διάγραμμα 6)**.

Life expectancy at birth, by sex, 2017



Διάγραμμα 6: μέσος όρος επιβίωσης γυναικών και αντρών κατά το έτος 2017

Η Δανία εξακολουθεί να εμφανίζει χειρότερους δείκτες ολικής θνησιμότητας καθώς και θνησιμότητας σχετιζόμενης με συγκεκριμένες αιτίες θανάτου (π.χ. καρκίνος), σε σύγκριση με άλλες σκανδιναβικές χώρες, γεγονός που αποδίδεται σε πολλαπλούς παράγοντες, όπως περιβαλλοντικούς, παράγοντες συμπεριφοράς και στάσης ζωής, αλλά και της ίδιας της υγειονομικής φροντίδας. Σημαντικό πρόβλημα είναι και η ανισότητα που παρατηρείται μεταξύ ατόμων με διαφορετικό μορφωτικό, επαγγελματικό και εθνοτικό υπόστρωμα. Τα τελευταία 30 χρόνια η διαφορά στο μέσο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των ατόμων που ανήκουν στο ψηλότερο και το χαμηλότερο τεταρτημόριο εισοδήματος αυξήθηκε από 5,5 στα 9,9 χρόνια για τους άντρες και από 5,3 στα 6,2 έτη για τις γυναίκες (**Diderichsen, 2012**). Καταγράφονται επίσης σημαντικές κοινωνικό-οικονομικές και γεωγραφικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών πρόληψης, αλλά και διαφορές στην αξιοποίηση ορισμένων θεραπευτικών

υπηρεσιών, λόγω της επιβεβλημένης, σε κάποιες περιπτώσεις, συμπληρωμής, αλλά και της άνισης γεωγραφικής κατανομής ειδικών ιατρών στη χώρα.

Αν και ο δηλωμένος στόχος της διαρθρωτικής μεταρρύθμισης του 2007 ήταν να δοθούν κίνητρα στους δήμους για να εστιάσουν με μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την αποκατάσταση εκτός νοσοκομείων, η καθυστέρηση στην παρουσίαση των κινήτρων αυτών, σε συνδυασμό με τη χρηματο-πιστωτική κρίση που επηρέασε τη Δανία στις αρχές της περασμένης δεκαετίας, συνέβαλαν στην υιοθέτηση πολύ αυστηρών δημοτικών προϋπολογισμών και στην εμφάνιση δυσκολιών στη εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων.

Μια από τις πιο σημαντικές προτεραιότητες της Δανίας σε πολιτικό επίπεδο ήταν ανέκαθεν η διαφάνεια στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ο καθορισμός δεικτών ποιότητας σχετικά με τις κλινικές επιδόσεις και τους χρόνους αναμονής, δείκτες που είναι μάλιστα διαθέσιμοι στο διαδίκτυο, αποτέλεσε σημαντική πρωτοβουλία για τη βελτίωση στον τομέα αυτό της διαφάνειας.

4.3.6 Ηλεκτρονική Υγεία στη Δανία

Η εφαρμογή της διαδικτυακής πύλης sundhed.dk πρωτοεφαρμόστηκε το 2003 και αποτελεί πλέον αναπόσπαστο μέρος και ταυτόχρονα βασικό πυλώνα της δημόσιας υγείας. Κατά τη γέννησή τους, όλοι ανεξαιρέτα οι Δανοί πολίτες εφοδιάζονται με ένα μοναδικό αριθμό αναγνώρισης, μέσω του οποίου μπορούν να εγγραφούν στην πύλη από οποιαδήποτε ηλεκτρονική συσκευή και ανά πάσα στιγμή. Σκοπός της πύλης αυτής είναι αφενός να προωθήσει την αποθήκευση, επεξεργασία και ανταλλαγή ηλεκτρονικών δεδομένων για το ιατρονοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, τα νοσοκομεία και τους οίκους φροντίδας/αποκατάστασης των ασθενών και αφετέρου να ενδυναμώσει τους ίδιους τους ασθενείς, ενισχύοντας το αίσθημα ασφαλείας τους για το σύστημα και παρέχοντας τους όλες τις πληροφορίες που αφορούν στην υγεία τους. Μετά την εισαγωγή της δημόσια οργανωμένης και χρηματοδοτούμενης αυτής πύλης, μειώθηκε τόσο το ποσοστό θνησιμότητας, όσο και η μέση διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία της Δανίας, η τελευταία κατά 3,4 μέρες.

Η διαδικτυακή αυτή πύλη λειτουργεί ως κεντρικό σημείο πρόσβασης για τους εξουσιοδοτημένους λειτουργούς υγείας, αλλά και τους ίδιους τους πολίτες/ασθενείς, ούτως ώστε να μπορούν να παρακολουθούν τα αποτελέσματα των εξετάσεων τους, τη φαρμακευτική τους αγωγή, τα προγράμματα θεραπείας τους, αλλά και τις σχετικές χρεώσεις που τους αφορούν. Οι γιατροί μπορούν να συνταγογραφούν ηλεκτρονικά, ενώ έχουν αδιάλειπτη πρόσβαση σε εξετάσεις, ηλεκτρονικές εικόνες και εργαστηριακά δεδομένα, τα οποία προέκυψαν από οποιοδήποτε νοσοκομείο ή οποιονδήποτε άλλο επαγγελματία υγείας συμβεβλημένο με το σύστημα. Μέσω του sundhed.dk οι πολίτες μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση στα δεδομένα επικοινωνίας όλων των γιατρών και σε πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα και την κοστολόγηση των διαφόρων θεραπειών, καθώς και με τις διάφορες πρακτικές ιατρικής πρόληψης. Μπορούν επίσης να διευθετούν τα ραντεβού τους, να εισάγουν τις παραμέτρους των ζωτικών τους σημείων στο σύστημα και να ανανεώνουν μέσω του γιατρού τους τις συνταγές των φαρμάκων τους. Η πύλη παρέχει ακόμα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης για θεραπείες χρόνιων παθήσεων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, η οστεοπόρωση, καθώς και συμβουλές για την εγκυμοσύνη, την οστεοπόρωση, και την απώλεια βάρους.

Παρά την ευρεία χρήση της πύλης αυτής από τους πολίτες, δεν παρατηρήθηκαν περιστατικά παραβίασης ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, αφού οι χρήστες μπορούν να γνωρίζουν ανά πάσα στιγμή κατά πόσον μη εξουσιοδοτημένοι επαγγελματίες υγείας είχαν παράνομη πρόσβαση στα δεδομένα τους.

Σε πρόσφατες σφυγμομετρήσεις, το 24% των πολιτών δηλώνει ότι η θεραπεία τους βελτιώθηκε, γεγονός που το απέδωσε στη χρήση της πύλης ηλεκτρονικής υγείας, ενώ το 41% πιστεύει ότι η πρόσβαση στα δεδομένα τους βοήθησε στο να κατανοήσουν καλύτερα την πάθησή τους. Η πύλη καταγράφει ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό χρηστών: μόνο τον Ιανουάριο του 2018, 1,8 εκατομμύρια επισκέπτες χρησιμοποίησαν την πύλη αυτή, από το συνολικό πληθυσμό των 5,8 εκατομμυρίων.

Κεφάλαιο 5

Σύστημα Υγείας του Τύπου Εθνικής Ασφάλισης Υγείας

Στα συστήματα υγείας που εντάσσονται στο συγκεκριμένο μοντέλο διοίκησης, τόσο η ρύθμιση, όσο και η χρηματοδότηση γίνονται από το κράτος, ενώ οι πάροχοι είναι κατά κύριο λόγο συμβεβλημένοι με το κράτος ιδιώτες. Στην ομάδα χωρών με το σύστημα τύπου ΕΑΥ ανήκουν η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Νέα Ζηλανδία, ο Καναδάς και η Αυστραλία. Ακολουθεί εκτενής αναφορά στα συστήματα υγείας της Ιρλανδίας και της Ιταλίας.

5.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας Ιρλανδίας

Την τελευταία δεκαπενταετία η Ιρλανδία εφάρμοσε τις πιο ουσιαστικές και καθοριστικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, μετά την αρχική εφαρμογή του εθνικού συστήματος υγείας, το 1970. Η αρμοδιότητα της εφαρμογής και της εποπτείας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Παιδιού (Department of Health and Children, DoHC). Σημαντικότερη μεταρρύθμιση αποτέλεσε η από την 1η Ιανουαρίου 2005 κατάργηση των υγειονομικών συμβουλίων, τα οποία ήταν υπεύθυνα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας και η αντικατάστασή τους από ένα ενιαίο σώμα, το Εκτελεστικό Σώμα Υπηρεσιών Υγείας της Ιρλανδίας (ΕΣΥΥΙ) (Health Service Executive). Με προϋπολογισμό άνω των 13 δισεκατομμύρια ευρώ, το σύστημα υγείας της χώρας παραμένει ο μεγαλύτερος εργοδότης της χώρας, με περισσότερους από 65,000 υπαλλήλους ενεργούς απασχόλησης και 35,000 εργαζόμενους μερικής απασχόλησης.

5.1.1. Οργάνωση

Το κράτος εξακολουθεί να κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στη ρύθμιση του ΣΥΠ και στον καθορισμό προτύπων. Τόσο ο προϋπολογισμός, όσο και η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας εμπίπτει πλέον στην αρμοδιότητα του Εκτελεστικού Σώματος Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο αντικατέστησε τα

προηγούμενα επτά περιφερειακά συμβούλια υγείας, λειτουργώντας ως ένας ενιαίος, εθνικός φορέας και λογοδοτώντας απευθείας στον εκάστοτε Υπουργό Υγείας. Το ΕΣΥΥΙ διαθέτει τρία βασικά τμήματα, τα οποία είναι υπεύθυνα για τη δημόσια υγεία, τα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια και κοινοτική φροντίδα (McDaid, 2009).

Ο νοσοκομειακός τομέας περιλαμβάνει νοσοκομεία που ανήκουν στο ΕΣΥΥΙ και νοσοκομεία, τα οποία διοικούνται εθελοντικά, από διοικητικά συμβούλια τα οποία απαρτίζονται από θρησκευτικούς και άλλους κοινωνικούς φορείς. Οι κλίνες των τελευταίων προορίζονται τόσο για δημόσια, όσο και για ιδιωτική χρήση. Τέλος, υπάρχει επίσης και ένας μικρός αριθμός αμιγώς ιδιωτικών νοσοκομείων.

Αρκετοί άλλοι εκτελεστικοί οργανισμοί είτε συγχωνεύθηκαν, είτε καταργήθηκαν και ενσωματώθηκαν στο ΕΣΥΥΙ, μέσα στα πλαίσια της εφαρμογής της μεταρρύθμισης, όταν και ιδρύθηκε το 2007 η αρχή πληροφοριών και ποιότητας για την υγεία (Health Information and Quality Authority, HIQA), της οποίας αρμοδιότητα είναι:

- η άντληση πληροφοριών και η θέσπιση και η αξιολόγηση προτύπων που σχετίζονται με την υγεία,
- η προώθηση και εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας σε εθνικό επίπεδο,
- η επίβλεψη της αξιολόγησης της τεχνολογίας που σχετίζεται με τον τομέα της υγείας, περιλαμβανομένης της εξέτασης της σχέσης κόστους/αποτελεσματικότητας.

Σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της παροχής υπηρεσιών υγείας διαδραματίζουν επίσης θεσπισμένοι και μη οργανισμοί, όπως η Ιρλανδική επιτροπή ελέγχου του καρκίνου (The Irish Cancer Screening Board, ICSB) και η Ιρλανδική υπηρεσία μετάγγισης αίματος (The Irish Blood Transfusion Service).

Το Υπουργείο Κοινωνικών και Οικογενειακών Υποθέσεων διατηρεί την αρμοδιότητα των πληρωμών για την κοινωνική πρόνοια, συμπεριλαμβανομένων των επιδομάτων αναπηρίας και των πληρωμών που καταβάλλονται σε φροντιστές για την οικογενειακή υποστήριξη.

Εποπτικό ρόλο για τους επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν διαπιστευμένα από το ιρλανδικό κράτος θεσμικά όργανα, όπως το Ιατρικό και Οδοντιατρικό Συμβούλιο και το Συμβούλιο επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας, ο οποίος ιδρύθηκε το 1957, είναι ο οργανισμός προαιρετικής ιδιωτικής ασφάλισης (Voluntary Health Insurance, VHI), ένας μη κερδοσκοπικός, ημικρατικός ασφαλιστικός φορέας, του οποίου κάποια από τα μέλη διορίζονται από το υπουργείο υγείας και του οποίου η συμμετοχή στην ιδιωτική ασφαλιστική αγορά το 2006 ξεπέρασε το 75% επί του συνόλου.

5.1.2. Χρηματοδότηση

Το σύνολο των ακαθάριστων δαπανών στον τομέα της υγείας για το 2007 ανήλθε στα 14.4 δισεκατομμύρια ευρώ, ή περίπου το 25.3% όλων των δημόσιων δαπανών. Το ποσοστό επί του ΑΕΠ, το οποίο δαπανήθηκε από την Ιρλανδία στον τομέα της υγείας το 2015 βρισκόταν ελαφρώς πιο κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ, αγγίζοντας το 9%, έναντι του 9.52% του μέσου όρου των χωρών της ένωσης **(διάγραμμα 2 και 3)**. Το ιρλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται πρωτίστως από την άμεση φορολογία, αλλά και άλλους έμμεσους φόρους, από τους οποίους το 2006 καλύφθηκε ποσοστό της τάξης του 78.3% των συνολικών δαπανών τόσο του δημόσιου, όσο και του ιδιωτικού τομέα. Οι υπόλοιπες συνιστώσες των δαπανών αφορούν ιδιωτικές πηγές, που κατά κύριο λόγο προέρχονται από δαπάνες των νοικοκυριών («εκ της ιδιωτικής τσέπης») και αφορούν επισκέψεις στο γενικό γιατρό, δαπάνες φαρμάκων και νοσηλείων σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία.

Το 2007, περίπου το 30% του συνόλου του πληθυσμού της χώρας κατείχε κάρτα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, ενώ οι υπόλοιποι όφειλαν να καλύψουν οι ίδιοι κάποια από τα έξοδα τόσο για την πρωτοβάθμια, όσο και για τη νοσοκομειακή τους περίθαλψη, έχοντας όμως υπόψη ότι υπήρχαν και ισχύουν έως και σήμερα συγκεκριμένες εξαιρέσεις που απαλλάσσουν συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών από οποιαδήποτε οφειλή, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις ορίζεται ανώτατη οροφή πληρωμών. Ο πληθυσμός της χώρας ενθαρρύνθηκε από τις αρμόδιες αρχές να χρησιμοποιεί περισσότερο τις προσφερόμενες από τους γενικούς γιατρούς υπηρεσίες υγείας, μέσα από την έκδοση της κάρτας επίσκεψης στο γενικό γιατρό (GP visit card).

Ο μισός περίπου πληθυσμός της χώρας διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία καλύπτει ορισμένες δαπάνες που συνδέονται με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, όπως για παράδειγμα τα καθημερινά τέλη νοσοκομειακής περίθαλψης. Σε πολύ μικρότερο βαθμό, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να καλύψει μέρος του κόστους των πρωτογενών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Τα τελευταία χρόνια, για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η αποζημίωση των παρόχων υγείας βασίζεται πρωτίστως στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (Diagnosis Related Groups, DRG), ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης των κρατικών νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών, με βάση την πρωτογενή διάγνωση του ασθενούς.

5.1.3. Φυσικοί και Ανθρώπινοι Πόροι

Από τις αρχές του 2000, οι αρμόδιοι για τη χάραξη της στρατηγικής στον τομέα της υγείας εστίασαν στην αύξηση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών σε όλη τη χώρα, πετυχαίνοντας την αύξησή τους κατά 13.1% μεταξύ των ετών 1997 και 2006. Θετική επίδραση στη διαχείριση των κλινών προέκυψε και από την ενθάρρυνση εφαρμογής λιγότερα παρεμβατικών (minimally invasive) χειρουργικών τεχνικών, όπως και από τη νοσηλεία ασθενών σε τμήματα ημερήσιας φροντίδας, που οργανώθηκαν τα τελευταία χρόνια. Αργότερα, πρωτοβουλία που λήφθηκε για την απάμβλυνση των προβλημάτων των λιστών αναμονής, επέτρεψε στα χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο νοσοκομεία να παρέχουν όχι περισσότερο από το 20% των κλινών τους σε ιδιώτες ασθενείς, ανοίγοντας έτσι το δρόμο στη δημιουργία οκτώ νέων ιδιωτικών κλινικών εντός των χώρων των δημόσιων νοσοκομείων.

Η κυβέρνηση της Ιρλανδίας, αναγνωρίζοντας τη σημασία της επάρκειας και ποιότητας των ανθρώπινων πόρων, εφάρμοσε τη δέσμευσή της για αύξηση του αριθμού του προσωπικού, περιλαμβανομένων και των ειδικών γιατρών που στελεχώνουν τα δημόσια νοσοκομεία. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε και στην αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από την ανάπτυξη πολυεπιστημονικών ομάδων ΠΒ και μέσω της αύξησης του αριθμού των γενικών γιατρών, ο οποίος μέχρι τότε ήταν ο χαμηλότερος ανά 1000 κατοίκους μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

5.1.4 Παροχή Υπηρεσιών

Κυριότερη πρόκληση της μεταρρύθμισης στον χώρο της υγείας προ 15-ετίας ήταν η ανεπαρκώς ανεπτυγμένη υποδομή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά το χρονικό εκείνο διάστημα έγινε μια προσπάθεια να υπερπηδηθεί το εμπόδιο αυτό με τη δημιουργία 600 περίπου πολυθεματικών επιστημονικών ομάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα σε μια δεκαετία, σε ολόκληρη τη χώρα. Η κάθε ομάδα κλήθηκε να εξυπηρετεί από 3000 έως και 7000 άτομα, ανάλογα με το αν στεγάζεται σε αστική ή αγροτική περιοχή. Δυστυχώς, ο αριθμός των ομάδων που λειτούργησαν στα πλαίσια ενός πιλοτικού προγράμματος, μέσα στα επόμενα 5 χρόνια δεν ξεπέρασε τις μερικές δεκάδες, εμποδώνοντας έτσι την αντίληψη στο κοινό, ότι υπάρχουν σαφείς ανισότητες στην πρόσβαση, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Διαχρονικός στόχος της μεταρρύθμισης ήταν και παραμένει η βελτίωση του επίπεδου πρόσβασης στην παροχή υπηρεσιών για άτομα που δεν διαθέτουν ιατρική κάρτα ή ιδιωτική ασφάλιση, μειώνοντας έτσι το ποσοστό των «εκ της τσέπης» πληρωμών. Για το σκοπό αυτό, το 2005 η τότε κυβέρνηση εισήγαγε τη νέα κάρτα επίσκεψης σε προσωπικό γιατρό (GP Visit Card) για περισσότερους από 230,000 πολίτες με εισόδημα οριακά πιο πάνω από το ανώτατο όριο, για το οποίο πληρούνται οι προϋποθέσεις για ιατρική κάρτα.

Σε μια άλλη κίνηση για τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διαθεσιμότητα προσωπικών γιατρών εκτός του κανονικού ωραρίου, γεγονός που από το 2005 επιτεύχθηκε στις 25 από το σύνολο των 26 κομητειών της χώρας. Τέλος, μια άλλη σημαντική παράμετρος της στρατηγικής για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της παροχών υπηρεσιών υγείας ήταν η δημιουργία ενός εθνικού ταμείου αγορών (National Treatment Purchase Fund, NTPF), μέσα από το οποίο ασθενείς με αναμονή περισσότερη των τριών μηνών παραπέμπονταν στον ιδιωτικό τομέα της Ιρλανδίας ή και του ΗΒ. Το μέτρο αυτό συνέβαλε σημαντικά στη μείωση των λιστών αναμονής, ταυτόχρονα όμως επιβάρυνε ακόμα περισσότερο τα κρατικά ταμεία.

Συμπερασματικά, το ιρλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης διανύει περίοδο συνεχούς ενδοσκόπησης και λήψης πρωτοβουλιών για σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές, τόσο στον επανακαθορισμό του προσανατολισμού του, όσο και στην οργάνωσή του, ούτως ώστε να

καταργήσει τις αδιαμφισβήτητες ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας, να μειώσει τις λίστες αναμονής και γενικότερα να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

5.1.5 Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας

Εδώ και δεκαετίες αναγνωρίζεται από όλους τους εμπλεκόμενους στον τομέα της υγείας ο ρόλος της ηλεκτρονικής υγείας και της εφαρμογής ΗΙΦ, με στόχο την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την εξοικονόμηση πόρων και την αποφυγή ιατρικών λαθών. Η εκπόνηση της στρατηγικής για την ηλεκτρονική υγεία στην Ιρλανδία εδράστηκε σε πηγές δεδομένων πληροφορίας, τα οποία προέκυψαν από:

- εμπειρίες από το ακαδημαϊκό περιβάλλον και τον τομέα της βιομηχανίας
- προηγούμενες διεθνείς εμπειρίες
- τη ψηλάφηση της τρέχουσας κατάστασης στον τομέα της πληροφορικής της υγείας στη χώρα, μέσα στα πλαίσια της πολιτικής για την αναδιοργάνωση του ΣΥΠ.

Βασικό στοιχείο της στρατηγικής υπήρξε η δημιουργία μιας ανεξάρτητης οντότητας, με την ονομασία “e-health Ireland” **(2013)**. Σκοπός της επιτροπής αυτής είναι η υλοποίηση της θεμελιώδους αυτής μεταρρύθμισης στη χώρα μέσα από την εμπέδωση της γνώσης και της πληροφόρησης. Η επιτροπή διαθέτει εμπειρογνωμοσύνη σε ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων και γνώσεων, απαραίτητων συστατικών για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εδραίωση και διάδοση του προγράμματος αποτελεί η ενίσχυση της χρηματοδότησής του, μέσω της αύξησης της δαπάνης για τις υπηρεσίες επικοινωνιών και τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, που στην Ιρλανδία δεν ξεπερνά το 1% του συνολικού προϋπολογισμού της υγείας, σαφώς μικρότερη από το 2-3%, που είναι ο μέσος ευρωπαϊκός όρος της δαπάνης.

Το πρόγραμμα e-health Ireland ακολούθησε πιστά το προτεινόμενο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σχέδιο δράσης για την ηλεκτρονική υγεία, για τα έτη 2012-2020, το οποίο αφορούσε την ανάπτυξη προγραμμάτων για την ενθάρρυνση και εμπέδωση των εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας στις παροχές υγειονομικής φροντίδας. Ως έργα προτεραιότητας του προγράμματος e-health Ireland κρίθηκαν και σταδιακά εφαρμόστηκαν τα ακόλουθα:

- Υποδομή ιχνηλάτησης των αναγκών της δημόσιας υγείας σε συνάρτηση με τις δυνητικά διαθέσιμες παροχές ηλεκτρονικής υγείας
- Εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (e-prescribing)
- Διαδικτυακός προγραμματισμός και ηλεκτρονική παραπομπή από την πρωτοβάθμια στη ΔΒΦ ή μεταξύ των ειδικοτήτων.
- Τηλεϊατρική, με ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση των χρόνιων περιστατικών
- Ανάπτυξη ηλεκτρονικών αρχείων καταγραφής ασθενών/ηλεκτρονικού φακέλου
- Διαδικτυακή πρόσβαση σε πληροφορίες για τη δημόσια υγεία, μια εθνική δηλαδή διαδικτυακή πύλη ασθενών
- Δημιουργία ειδικών μοντέλων χρηματοδότησης προγραμμάτων, όπως τα προγράμματα διαχείρισης και υιοθεσίας αλλαγών και αναβαθμίσεων των ηλεκτρονικών συστημάτων υγείας, των προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων στην πληροφορική της υγείας κ.λπ.
- Εκπόνηση νομοθεσίας, η οποία αφορά στην ιδιωτικότητα, την ασφάλεια και την προστασία δεδομένων.

5.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας Ιταλίας

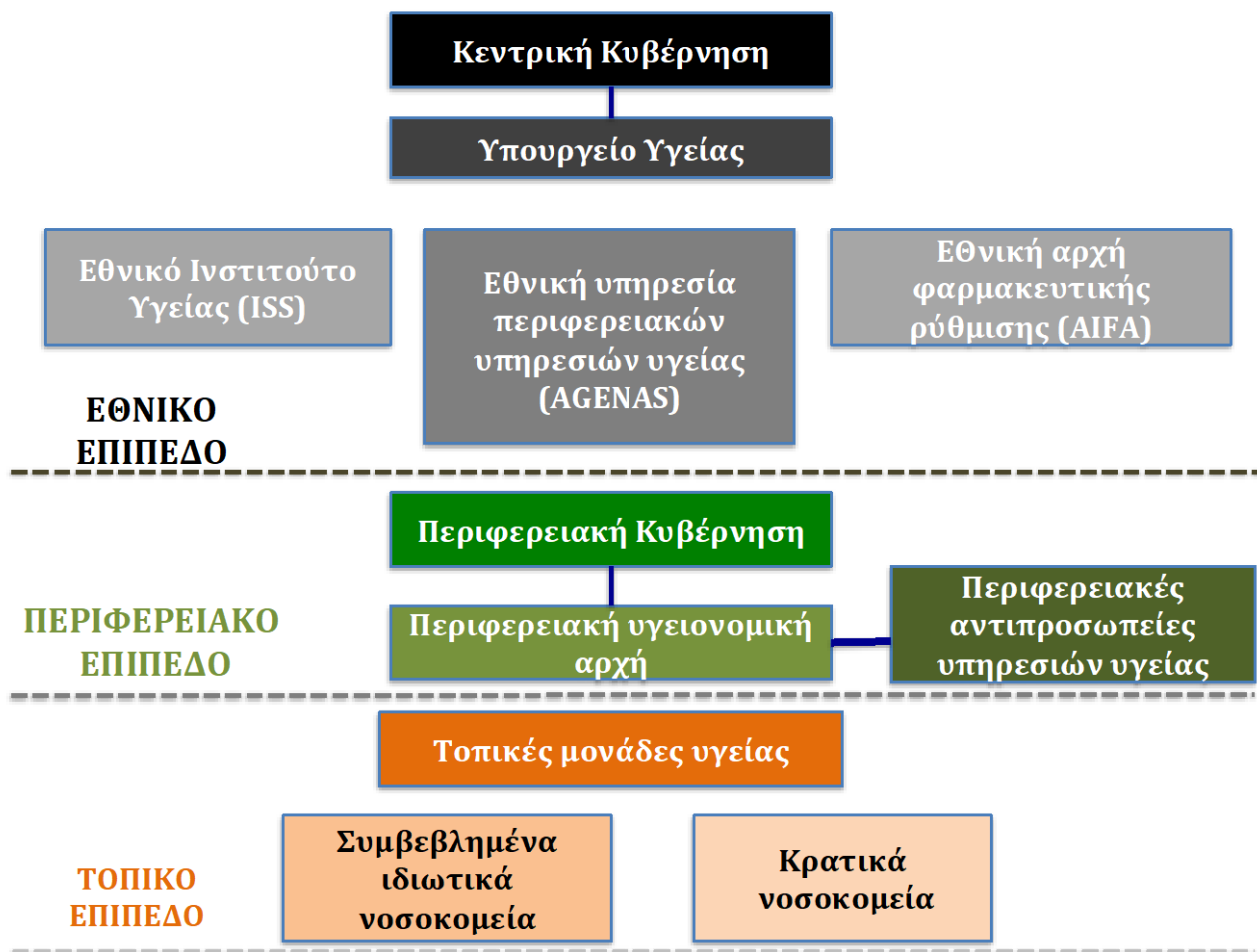
Οργανωμένο πρωτίστως σε περιφερειακό επίπεδο, το εθνικό σύστημα ιατρικής περίθαλψης της χώρας, γνωστό και ως Εθνική Υγειονομική Υπηρεσία (Servizio Sanitario Nazionale, SSN), παρέχει καθολική κάλυψη, η οποία σε μεγάλο βαθμό δεν απαιτεί επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση.

5.2.1. Οργάνωση

Σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας, με την υποστήριξη διαφόρων εξειδικευμένων οργανισμών, καθορίζει διαχρονικά τις θεμελιώδεις αρχές, τους στόχους και τις επιδιώξεις του συστήματος υγείας, ορίζει το κύριο, εγγυημένο πακέτο παροχής υπηρεσιών υγείας και χορηγεί εθνικά κονδύλια στις περιφέρειες. Οι τελευταίες, μέσω των περιφερειακών κυβερνήσεων και των αρμόδιων σωμάτων τους, ευθύνονται για την οργάνωση και αυτή καθαυτή την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, σε τοπικό επίπεδο και με βάση τη γεωγραφική τους θέση υπεύθυνες για την άμεση παροχή υπηρεσιών είναι οι τοπικές υγειονομικές αρχές. Έτσι, κοινοτικές υπηρεσίες υγείας και ΠΒΦ παρέχονται απευθείας από τις τοπικές αρχές, ενώ ΔΒΦ και εξειδικευμένα, τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχονται είτε απευθείας, είτε μέσω διαπιστευμένων παρόχων του ιδιωτικού τομέα (Ferré, 2014).

Η κεντρική κυβέρνηση ευθύνεται για τον καθορισμό των κριτηρίων κατανομής των κονδυλίων στις περιφέρειες, για την καταβολή προσπάθειας σταδιακής μείωσης των ανισοτήτων ανάμεσα στις περιφέρειες, αλλά και την νομοθετημένη εκπόνηση ανά τριετία του εθνικού πλάνου υγείας. Το υπουργείο υποστηρίζεται από πολλές μόνιμες κυβερνητικές υπηρεσίες, όπως:

- το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (Istituto Superiore di Sanita, ISS), το οποίο διεξάγει επιστημονική έρευνα, επιτήρηση και προώθηση της δημόσιας υγείας και διάδοση της γνώσης. Ο ρόλος του ινστιτούτου είναι μεν συμβουλευτικός, διατηρεί όμως σημαντικό βαθμό ανεξαρτησίας, καθώς και τις δικές του ερευνητικές εγκαταστάσεις.
- την Εθνική Υπηρεσία Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας (AGENAS), η οποία λειτουργεί ως διεπαφή μεταξύ του υπουργείου και των περιφερειακών αρχών και διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα στην παροχή φροντίδας, καθώς και το σχεδιασμό και εφαρμογή οργανωσιακών μεταρρυθμίσεων **(Caracci, 2017)**.
- το εθνικό κέντρο πρόληψης και ελέγχου νοσημάτων (CCM), το οποίο αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ του υπουργείου υγείας και των περιφερειακών κυβερνήσεων για την επιτήρηση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για θέματα υγείας. Με την πάροδο του χρόνου, οι αρμοδιότητες του επεκτάθηκαν και στο σχεδιασμό εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, καθώς και την ισότητα της πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.
- η Εθνική Αρχή Φαρμακευτικής ρύθμισης (AIFA)
- το εθνικό Ινστιτούτο επιστημονικής έρευνας (IRCCS)
- το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (CSS), το οποίο κρίνεται το σημαντικότερο τεχνικό και συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου. Αποτελείται από 50 μέλη και πρόεδρο, συγκεντρώνει εκπροσώπους προερχόμενους από όλες τις προαναφερθείσες υπηρεσίες, αλλά και άλλους, ανεξάρτητους επιστήμονες και αναγνωρισμένους εμπειρογνώμονες **(διάγραμμα 7)**.



Διάγραμμα 7: οργανόγραμμα Ιταλικού συστήματος υγείας

Οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές είναι υπεύθυνες για τον τοπικό σχεδιασμό, σύμφωνα πάντα με τους στόχους που καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο, για την οργάνωση και τη διαχείριση των υπηρεσιών και για την κατανομή των πόρων στην τρίτη βαθμίδα του συστήματος, που είναι οι τοπικές μονάδες υγείας. Οι δεκαεννέα περιφέρειες και οι δύο αυτόνομες επαρχίες μοιράζονται την ευθύνη προγραμματισμού και χρηματοδότησης με την κεντρική κυβέρνηση, μέσω της διάσκεψης κρατικών περιφερειών, η οποία από το 1983, πραγματοποιείται ανελλιπώς, ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Κάθε περιφέρεια, μέσω του εκλεγμένου περιφερειακού συμβουλίου της, ασκεί τις διοικητικές της εξουσίες, οι οποίες περιλαμβάνουν την ανάδειξη των γενικών αρχών για την οργάνωση του περιφερειακού ΣΥΠ, τον καθορισμό των κριτηρίων για τη χρηματοδότηση δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και τον προσδιορισμό των τεχνικών και

διαχειριστικών οδηγιών τόσο για την παροχή υπηρεσιών, όσο και για την ανάγκη ίδρυσης νέων νοσοκομείων.

Οι τοπικές μονάδες υγείας είναι επιχειρησιακοί φορείς, υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών μέσω του δικού τους δικτύου και εγκαταστάσεων ή μέσω εκείνων των ιδιωτικών παρόχων, με τους οποίους διατηρούν σύμβαση. Διοικούνται από επιτροπές διαχείρισης, οι οποίες εκλέγονται από συνελεύσεις εκπροσώπων των τοπικών κυβερνήσεων. Οι παρεχόμενες από τις τοπικές υγειονομικές αρχές, υπηρεσίες υγείας είναι οι ακόλουθες:

- προληπτική ιατρική και υπηρεσίες δημόσιας υγείας παρέχονται από το τμήμα πρόληψης της κάθε τοπικής υγειονομικής αρχής.
- δίκτυο ιατρών με εξειδίκευση στη γενική ιατρική παρέχει υπηρεσίες ΠΒΦ, ασκώντας τον ρόλο του «γιατρού-φύλακα».
- κοινοτικές υπηρεσίες, οι οποίες περιλαμβάνουν την ΠΒΦ, νοσηλευτική περίθαλψη, καθώς και την κατ'οίκον φροντίδα για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες.
- ΔΒΠ, η οποία παρέχεται είτε απευθείας μέσω των νοσοκομείων των τοπικών αρχών, είτε μέσω νοσοκομείων του δημόσιου τομέα, είτε τέλος μέσω διαπιστευμένων ιδιωτικών νοσοκομείων.
- Υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας και πρόνοιας, οι οποίες παρέχονται από τους δήμους, σε συντονισμό και συνεργασία με τα τοπικά υγειονομικά κέντρα.

5.2.2 Χρηματοδότηση

Το σύστημα υγείας της χώρας χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό μέσω εθνικών και περιφερειακών φόρων, οι οποίοι συμπληρώνονται από συγχρηματοδοτήσεις για φαρμακευτικά προϊόντα και για την περίθαλψη εξωτερικών ασθενών. Το 2015, οι συνολικές δαπάνες για τον τομέα της υγείας ανήλθαν στο 9,09% του ΑΕΠ, ελαφρώς κάτω από το μέσο όρο της ευρωπαϊκής Ένωσης, που κυμάνθηκε γύρω στο 9.5% **(διάγραμμα 2 και 3)**. Οι δημόσιες πηγές από φόρους αποτελούσαν το 78.2% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, με τις ιδιωτικές δαπάνες να προέρχονται κυρίως «εκ της ιδιωτικής τσέπης» (17.8%) και οι οποίες κυρίως αφορούσαν εργαστηριακές και απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε ειδικούς και τη διενέργεια μη επείγουσών παρεμβάσεων στα τμήματα πρώτων βοηθειών. Μόνο

περίπου το 1% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υφίσταται διαδικασία δημοσιονομικής αποκέντρωσης, από την κεντρική κυβέρνηση προς στις περιφέρειες. Στην Ιταλία, υπάρχουν σημαντικές διάφορες στη χρηματοδότηση μεταξύ περιφερειών, με τις κατά κεφαλή δαπάνες από περιφέρεια σε περιφέρεια να κυμαίνονται από 10,2% κάτω από τον εθνικό μέσο όρο έως και 17,7% πάνω από αυτόν. Όπως έχει διαμορφωθεί το σύστημα χρηματοδότησης, παρατηρείται μια άνισα κατανεμημένη φορολογική βάση για τις περιφέρειες, με μικρότερο περιθώριο ελιγμών για τις φτωχότερες περιοχές, οι οποίες αναγκάζονται να αυξήσουν ακόμα περισσότερο τους συντελεστές φορολόγησης σε σύγκριση με τις περιοχές υψηλού εισοδήματος. Η ενέργεια αυτή, της αύξησης του συντελεστή στις πιο φτωχές περιοχές, αποτελεί αντικίνητρο για τις διάφορες επιχειρήσεις κατά την αναζήτηση έδρας.

Τα τελευταία χρόνια καταβλήθηκαν προσπάθειες για τον αυστηρότερο έλεγχο των δαπανών για την υγεία στις περιφέρειες, αφού παρατηρήθηκαν σημαντικά ελλείματα σε συγκεκριμένες περιοχές, κυρίως στο κεντρικό και νότιο τμήμα της χώρας. Επιπλέον, ενόψει και της παγκόσμιας οικονομικής και χρηματοπιστωτικής κρίσης, έχουν προταθεί και σταδιακά εφαρμόζονται αυστηρότερα μέτρα περιορισμού του κόστους στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία. Ταυτόχρονα, έχουν εισαχθεί υψηλότερες συγχρηματοδοτήσεις για νοσοκομειακή περίθαλψη και για υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, καθώς και για διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα, αυξάνοντας έτσι σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τις ιδιωτικές δαπάνες.

Αναφορικά με το καθεστώς εργοδότησης των επαγγελματιών υγείας, οι γιατροί που απασχολούνται από το εθνικό σύστημα υγείας στα νοσοκομεία είναι μισθωτοί και τελούν υπό καθεστώς δημοσίου υπαλλήλου, ενώ οι γενικοί γιατροί και οι παιδίατροι είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αμείβονται στη βάση ενός συνδυασμού κατά κεφαλής αμοιβής και αμοιβής ανά προσφερόμενη υπηρεσία. Οι μισθωτοί γιατροί μπορούν παράλληλα να ασκούν ιδιωτική ιατρική, την οποία μάλιστα ενθαρρύνονται να την ασκούν εντός των εγκαταστάσεων του κράτους, καταβάλλοντας για τη διευκόλυνση αυτή μέρος των εσόδων τους στην εθνική υπηρεσία υγείας.

Η αποζημίωση για τη νοσοκομειακή περίθαλψη βασίζεται στην τιμολόγηση με βάση τα Diagnosis Related Groups (DRG), ενώ για τις επισκέψεις εξωτερικών ασθενών γίνεται με χρέωση ανά μονάδα φροντίδας. Μεταξύ των περιφερειών υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις στον τρόπο καθορισμού των τελών και στα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στον καθορισμό των προτύπων φροντίδας.

5.2.3 Παροχή Υπηρεσιών

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται από τα κέντρα υγείας, τα οποία είναι λειτουργικά τμήματα των τοπικών υγειονομικών αρχών. Την τελευταία δεκαετία καταβλήθηκαν προσπάθειες αναδιοργάνωσης της ΠΒΦ, με στόχο τη μετάβαση από το παραδοσιακό μοντέλο των γενικών ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας που εργάζονται κατά μόνας σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο φροντίδας, όπου οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται, γεφυρώνοντας έτσι το μεταξύ τους χάσμα, αλλά και το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ εκείνων και των ασθενών τους.

Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται από δίκτυο διαπιστευμένων δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, ενώ οι γενικοί ιατροί και παιδίατροι διαδραματίζουν το ρόλο του «γιατρού-φύλακα» (gatekeeper) του συστήματος. Αναφορικά με τη φροντίδα ψυχικής υγείας, τα τελευταία χρόνια υπήρξε μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, την οργάνωση των οποίων ανάλαβαν οι τοπικές υγειονομικές αρχές.

5.2.4 Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας της Ιταλίας

Οι βασικοί δείκτες ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της χώρας δεν φαίνεται να υστερούν, έναντι άλλων προηγμένων χωρών της ευρωπαϊκής Ένωσης. Το προσδόκιμο επιβίωσης των Ιταλών παραμένει ένα από τα υψηλότερα του κόσμου (μέσος όρος επιβίωσης κατά τη γέννηση τα 84.5 έτη για τις γυναίκες και 79.4 έτη για τους άντρες) **(διάγραμμα 6)**, ενώ το προφίλ των ασθενειών που αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θανάτου δε διαφέρει από εκείνο άλλων ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών. Οι πολιτικές πρόληψης που εφαρμόστηκαν και η φροντίδα των χρόνιων ασθενών που παρέχεται στη χώρα αποδίδουν και συγκρίνονται ευνοϊκά σε διεθνές επίπεδο. Ωστόσο, ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου, όπως η παχυσαρκία και

το ψυχικό στρες, συνεχίζει να αυξάνεται, αποτελώντας πρόκληση για την εθνική πολιτική αγωγής της υγείας.

Παρά την ομοσπονδιακή δομή της χώρας, οι περισσότερες περιφέρειες αδυνατούν να χρηματοδοτούν αυτόνομα, με ιδίους πόρους, την υγειονομική περίθαλψη, εξακολουθώντας να στηρίζονται οικονομικά στη χρηματοδότηση από το κράτος για την κάλυψη των αναγκών τους. Το φαινόμενο αυτό αφορά περισσότερο τις περιφέρειες του νότου, οι οποίες αναγκάζονται να εστιάζουν περισσότερο στην παροχή υπηρεσιών ΔΒΦ, αντί της πρωτοβάθμιας και των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας, αφού από την δευτεροβάθμια περίθαλψη μπορούν να αντλήσουν μεγαλύτερους πόρους, ως αποζημίωση.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα με την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ιταλία παραμένει η ετερογένεια των διευθετήσεων και ρυθμίσεων μεταξύ των περιφερειών. Οι βόρειες και κεντρικές περιοχές κατά κανόνα συμβαδίζουν με τις θεσμικές και οργανωσιακές εξελίξεις, οι οποίες προβλέπονται από τις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές, ενώ οι περιφέρειες στο νότο εξακολουθούν να υστερούν στον τομέα αυτό. Το χάσμα μεταξύ βορρά και νότου αντικατοπτρίζει πρωτίστως τους κοινωνικό-οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που ενδεχομένως να υπερβαίνουν τις δυνατότητες και τις πραγματικότητες του ιδίου του συστήματος υγείας. Ωστόσο, οι πολιτικές αποκέντρωσης που εισήχθησαν τις τελευταίες δύο δεκαετίες φαίνεται να μην ευνόησαν την ομοιογένεια των περιφερειών, καθώς παρείχαν ευκαιρίες βελτίωσης στις θεσμικά ευνοημένες περιοχές, εγκαταλείποντας στην ουσία τις νότιες περιοχές, που είχαν να αντιμετωπίσουν ούτως ή άλλως μεγαλύτερες κοινωνικές δυσκολίες και προκλήσεις.

Στην ατζέντα εθνικής πολιτικής της υγείας ολοένα και περισσότερο αναγνωρίζεται και συζητείται η ανάγκη για διαθεσιμότητα ηλεκτρονικών δεδομένων, ούτως ώστε να παρακολουθούνται οι επιδόσεις, να εντοπίζονται έγκαιρα αναδυόμενα προβλήματα, να προτείνονται λύσεις για τα προβλήματα αυτά, αλλά και για να διασφαλίζεται η λογοδοσία και η διαφάνεια του συστήματος υγείας.

5.2.5 Ηλεκτρονική Υγεία στο Ιταλικό Σύστημα Υγείας

Η συλλογή, επεξεργασία και διάδοση των δεδομένων που αφορούν στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας και στην κατάσταση της υγείας των πολιτών εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της γενικής διεύθυνσης στατιστικής υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας. Οι τοπικές υγειονομικές αρχές συλλέγουν τα δεδομένα και τα αποστέλλουν στις διοικήσεις των περιφερειών, οι οποίες με τη σειρά τους, τις διαβιβάζουν στη γενική διεύθυνση της στατιστικής υπηρεσίας. Ειδική επιτήρηση προβλέπεται για τη ροή δεδομένων που αφορούν μολυσματικές ασθένειες και τα οποία συλλέγονται από τις τοπικές υγειονομικές αρχές και διαβιβάζονται στην περιφερειακή υπηρεσία δημόσιας υγείας, η οποία ενημερώνει το Υπουργείο Υγείας και το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας. Το τελευταίο ευθύνεται για την ενημέρωση διεθνών οργανισμών, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Παρόμοιες, εξίσου σημαντικές ροές δεδομένων υπάρχουν για επαγγελματικούς κινδύνους, εργατικά ατυχήματα, καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Μια εκ των σημαντικότερων βάσεων δεδομένων της χώρας είναι η εθνική βάση δεδομένων για τις νοσηλείες (Sistema Informativo Ospedaliero, SIO), η οποία βασίζεται στο έντυπο χορήγησης εξιτηρίου, το οποίο εισήχθη το 1991 και περιλαμβάνει όλες τις λεπτομέρειες κάθε νοσηλείας σε δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης, με βάση την πιο πρόσφατη αναθεώρηση της διεθνούς ταξινόμησης νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD). Με παρόμοιο τρόπο συλλέγονται πληροφορίες από το αρχείο πιστοποιητικών γεννήσεων και το εθνικό αρχείο μεταμοσχεύσεων.

Τα τελευταία χρόνια αναλήφθηκαν διάφορες πρωτοβουλίες για καλύτερο συντονισμό της ανταλλαγής ηλεκτρονικών δεδομένων, μεταξύ τοπικών, περιφερειακών και εθνικών συστημάτων πληροφοριών, μέσω του Νέου Συστήματος Πληροφοριών της Υγείας, το οποίο εδρεύει στο υπουργείο Υγείας. Ταυτόχρονα, έχουν αναπτυχθεί κοινές και διαλειτουργικές γλώσσες για τις επιμέρους συνιστώσες, όπως η βάση δεδομένων φαρμακευτικής διανομής, σύστημα παρακολούθησης πληροφοριών για τη ψυχική υγεία, παρατηρητήριο δημόσιων επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη, εθνικό σύστημα πληροφοριών για τους εθισμούς, ιχνηλάτησης φαρμακευτικών προϊόντων, σύστημα πληροφοριών για την παρακολούθηση σφαλμάτων της υγειονομικής περίθαλψης, κ.α. Σε τεχνικό επίπεδο, το νέο σύστημα

πληροφοριών επεδίωξε να ορίσει ένα ελάχιστο σύνολο αναλυτικών δεδομένων που χρησιμοποιούνται για τις ανάγκες της διακυβέρνησης του τομέα της υγείας στη χώρα. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού ο στόχος που έθεσε εξ αρχής ήταν διττός:

- αφενός η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος προσωπικών ιατρικών ηλεκτρονικών αρχείων, στο οποίο κεντρικές οντότητες είναι οι πληροφορίες για τους ασθενείς και η δομή παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά ταυτόχρονα παρέχονται πληροφορίες για όλα τα λειτουργικά επίπεδα παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και για τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους που χρησιμοποιούνται.
- Αφετέρου η συμβολή στις αρχές χρηστής διακυβέρνησης των υγειονομικών αρχών, διασφαλίζοντας ότι όλα τα απαιτούμενα δεδομένα θα είναι διαθέσιμα στις αρχές, στους ιατρούς και στους παρόχους, ενώ ταυτόχρονα είναι ομαδοποιημένα, με επαρκή επίπεδα ανωνυμότητας, ούτως ώστε να διαφυλάσσεται η ιδιωτική ζωή των πολιτών/ασθενών.

Το 2004, ιδρύθηκε το Μόνιμο Συμβούλιο Ηλεκτρονικής Υγείας (Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica, TSE), ως το αποτέλεσμα μιας κοινής πρωτοβουλίας των υπουργείων υγείας και μεταρρυθμίσεων και καινοτομιών στη δημόσια διοίκηση. Το συμβούλιο αυτό είναι υπεύθυνο για την οργάνωση φόρουμ και για τον καθορισμό τεχνικών διαβουλεύσεων για την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών ηλεκτρονικής υγείας, καθώς και για το συντονισμό της εφαρμογής σχεδίων δράσης για την ηλεκτρονική υγεία.

Παρά τις φιλότιμες προσπάθειες που καταβάλλονται για μια πιο καθολική και ολοκληρωμένη ηλεκτρονική υγεία στη χώρα, γίνεται παραδοχή, η οποία εδραιώνεται και στην αντίληψη των πολιτών, όπως καταγράφεται στο ευρωπαϊκό βαρόμετρο, για μια σημαντική καθυστέρηση που παρατηρείται στη διαδικασία ψηφιακού μετασχηματισμού στον τομέα της υγείας και ότι επιβάλλεται η επιτάχυνση της μεταρρύθμισης αυτής, για να διαφανεί ο πραγματικός αντίκτυπος για τους ασθενείς και γενικότερα για τους πολίτες. Επιπρόσθετα, και στον τομέα αυτό καταγράφονται σημαντικές ανισότητες μεταξύ γεωγραφικών περιοχών της χώρας.

Κεφάλαιο 6

Σύστημα Υγείας του Τύπου Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας

Κυρίαρχο ρόλο στη ρύθμιση και χρηματοδότηση των χωρών με συστήματα υγείας που κατατάσσονται στην κατηγορία αυτή διαδραματίζουν οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η εταιρική αυτοδιοίκηση, ενώ οι παροχή υπηρεσιών γίνεται από κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς παρόχους και βασίζεται στις συλλογικές συμβάσεις μεταξύ των ταμείων ασθενείας και των παρόχων. Μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, τέσσερις γερμανόφωνες χώρες ανήκουν σε αυτό τον τύπο ΣΥΠ: η Γερμανία, η Αυστρία, το Λουξεμβούργο και η Ελβετία.

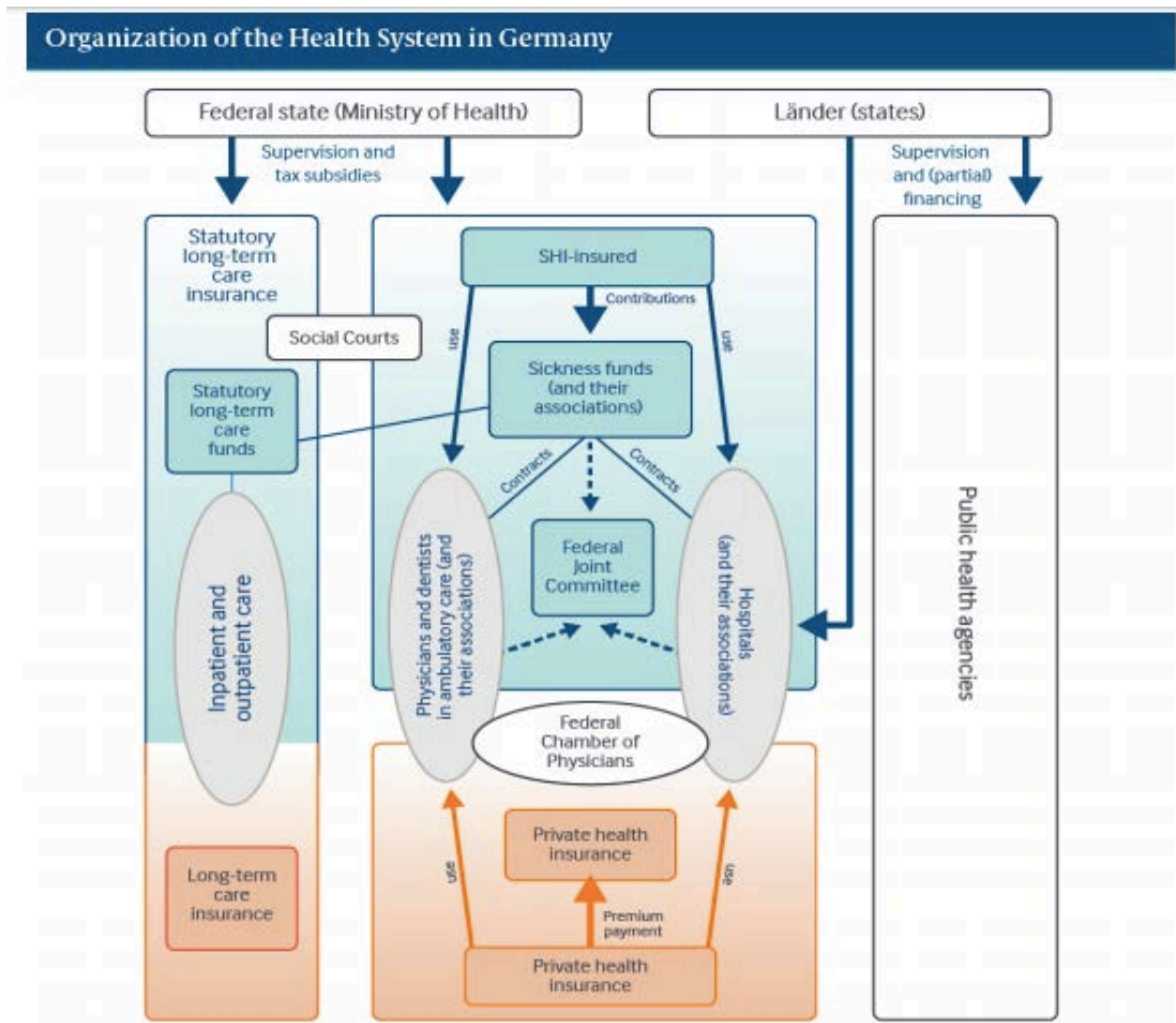
6.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γερμανίας

Θεμελιώδης αρχή τόσο του γερμανικού πολιτικού συστήματος, όσο και του ίδιου του ΣΥΠ της χώρας είναι η κατανομή της εξουσίας για λήψη αποφάσεων μεταξύ της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, των ομόσπονδων κρατιδίων και των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών. Το σύστημα υγείας παρέχει καθολική κάλυψη για ένα ευρύ φάσμα παροχών. Από το 2009, η συμμετοχή στο σύστημα είναι υποχρεωτική για όλους τους νόμιμους κάτοικους, μέσω δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το 85% του πληθυσμού καλύπτεται από δημόσια ασφάλιση, ενώ το 11% από ιδιωτικό σχέδιο ασφάλισης. Η επιλογή της ασφάλισης είναι ελεύθερη, παρέχοντας απεριόριστη πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα φροντίδας (Busse, 2014).

6.1.1 Οργάνωση

Τόσο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, όσο και οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων αναθέτουν αρμοδιότητες ρύθμισης του τομέα της υγείας στα «κοινωνικά (εταιρικά) σώματα», οργανώσεις στις οποίες συμμετέχουν υποχρεωτικά τόσο οι δικαιούχοι, όσο και οι πάροχοι. Στο κρατικό σύστημα υγείας της χώρας [Gesetzliche Krankenversicherung (SHI)], πρόκειται για οργανώσεις (σώματα) υγείας, των οποίων οι εκπρόσωποι, σε συνεργασία με τις οργανώσεις των

συμβεβλημένων με το σύστημα επαγγελματιών υγείας, καθορίζουν τις δομές λειτουργίας του συστήματος, περιλαμβανομένης της χρηματοδότησης και του πακέτου των παροχών που καλύπτονται από το σύστημα. Ένα τέτοιο σώμα του οποίου ο ρόλος είναι καθοριστικός στη λήψη τέτοιων αποφάσεων είναι η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή (Busse, 2017).



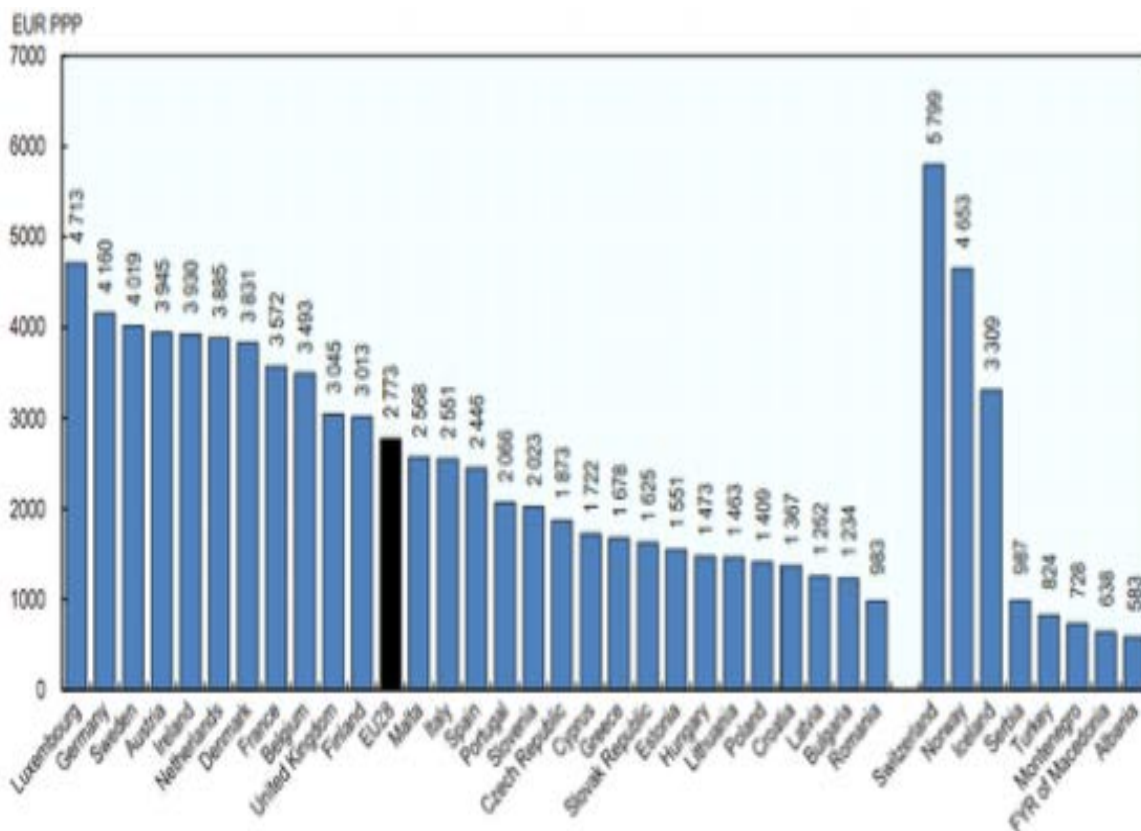
Διάγραμμα 8: οργανόγραμμα γερμανικού συστήματος υγείας (Blümel, 2018)

Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, η Ομοσπονδιακή Συνέλευση (Bunderstag), το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο (Bundesrat) και το ομοσπονδιακό υπουργείο υγείας είναι οι βασικοί πρωταγωνιστές του ΣΥΠ, συνεπικουρούμενα από σειρά ad-hoc επιτροπών, καθώς και από το γνωμοδοτικό συμβούλιο για την αξιολόγηση των εξελίξεων στο σύστημα υγείας. Η ομοσπονδιακή δομή του γερμανικού πολιτικού συστήματος εκπροσωπείται πρωτίστως από τα 16 ομόσπονδα κρατίδια,

τα οποία δεν διαθέτουν αυτόνομο υπουργείο υγείας. Η διαχείριση θεμάτων υγείας συνήθως συνδυάζεται με την ευθύνη για χειρισμό εργασιακών και κοινωνικών υποθέσεων, καθώς και με υποθέσεις προστασίας του περιβάλλοντος και των καταναλωτών. Επιπλέον, η διαχείριση θεμάτων δημόσιας υγείας, όπως η παρακολούθηση μεταδοτικών ασθενειών και η αγωγή της υγείας, είναι κατά κύριο λόγο ευθύνη των ομόσπονδων κρατιδίων. Τα κοινωνικά (εταιρικά) σώματα είναι οιονεί δημόσιες εταιρείες που βασίζονται στην υποχρεωτική συμμετοχή των παρόχων και των δικαιούχων.

6.1.2 Χρηματοδότηση

Η Γερμανία διαχρονικά επενδύει σημαντικό μέρος των πόρων της στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή στατιστική υπηρεσία, οι συνολικές δαπάνες το 2015 στον τομέα αυτό ξεπέρασαν τα 300 δισεκατομμύρια ευρώ, ή το 11,4% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος **(διάγραμμα 2)**, δαπάνες που ξεπερνούν κατά πολύ το μέσο ευρωπαϊκό όρο. Το ίδιο ισχύει και για τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στη χώρα, οι οποίες το 2017 ήταν οι δεύτερες πιο ψηλές στην Ευρώπη (4160 ευρώ ετησίως, σύμφωνα με δεδομένα του 2017) **(διάγραμμα 9)**.



Διάγραμμα 9: κατά κεφαλή δαπάνες για το έτος 2017 (ή το πλησιέστερο έτος)

από βιβλιογραφική αναφορά ΟΟΣΑ (στατιστικά υγείας 2018 και Eurostat database)

Παρά το ότι στις συζητήσεις για τις δαπάνες και για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας κυριαρχεί το δημόσιο σύστημα υγείας, η πραγματική συμβολή του στις συνολικές δαπάνες για την υγεία για το 2012 ήταν μόνο 57.4%, αφού από το 72,9% των συνολικών δημόσιων δαπανών για την υγεία, το 15.5% της δημόσιας χρηματοδότησης προέρχεται από την κρατική ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης. Οι ιδιωτικές πηγές αντιπροσώπευαν το 27,1% των συνολικών δαπανών.

Τα 132 ταμεία ασθενείας συλλέγουν τις εισφορές, αναλόγως των εισοδημάτων (15,5% του εισοδήματος) και τις μεταφέρουν στο κεντρικό ταμείο υγείας. Στη συνέχεια οι πόροι αναδιανέμονται στα ταμεία ασθενείας, με βάση ένα πρόγραμμα αποζημίωσης που προσαρμόζει τον κίνδυνο στη νοσηρότητα. Ακολουθώντας, τα ταμεία αποζημιώνουν τους παρόχους, πρωτίστως τα νοσοκομεία και τους γιατρούς που είναι επιφορτισμένοι με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γίνεται με δύο τρόπους, αφενός μέσω κεφαλαιουχικών επενδύσεων από τα ομόσπονδα κρατίδια και αφετέρου μέσω τρεχουσών δαπανών, προερχόμενων από ταμεία ασθενείας, από ιδιωτικά ασφαλιστρα υγείας, αλλά και από απευθείας αμοιβές «εκ της ιδιωτικής τσέπης». Η χρηματοδότηση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων πραγματοποιείται μέσα από απευθείας διαπραγμάτευση των ιδίων των νοσοκομείων με τα ταμεία ασθενείας των ομόσπονδων κρατιδίων, η οποία στηρίζεται στο σύστημα ομαδοποιημένων νοσημάτων, των σχετιζόμενων με τη διάγνωση (Diagnosis-Related groups, DRG's). Οι δημόσιες δαπάνες για νοσοκομειακές υποδομές μειώθηκαν κατά 22% την τελευταία δεκαετία, ενώ συνήθως οι δαπάνες αυτές δεν κατανέμονται ομοιόμορφα στα ομόσπονδα κρατίδια. Έτσι, το 2012 τα νοσοκομεία στο δυτικό τμήμα της Γερμανίας έλαβαν το 83% των δημόσιων επενδύσεων.

6.1.3 Παροχή υπηρεσιών

Βασικό χαρακτηριστικό του γερμανικού ΣΥΠ είναι ο σαφής θεσμικός διαχωρισμός μεταξύ υπηρεσιών δημόσιας υγείας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εξωνοσοκομειακής φροντίδας και νοσοκομειακής περίθαλψης.

6.1.3.1 Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αφορούν τη παρεχόμενη φροντίδα σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού και σχετίζονται με:

- παρακολούθηση μεταδοτικών ασθενειών,
- επίβλεψη υγιεινής στο υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομείων και των εξωτερικών ιατρείων,
- εποπτεία εμπορικών δραστηριοτήτων που αφορούν τρόφιμα, φαρμακευτικά προϊόντα και φάρμακα,
- σχολιατρική,
- υγιεινή του περιβάλλοντος.
- παροχή ψυχιατρικών, κοινοτικών υπηρεσιών
- εκπαίδευση και προώθηση έρευνας

Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από 350 περίπου γραφεία δημόσιας υγείας σε όλη τη Γερμανία, τα οποία ποικίλλουν σε εκτόπισμα, δομή και καθήκοντα.

6.1.3.2 Εξωνοσοκομειακή Υγειονομική Περίθαλψη

Η εξωνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται κυρίως από παρόχους του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, φυσιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών και επαγγελματιών τεχνικών επαγγελματιών. Η παροχή φροντίδας σε οξείες καταστάσεις, αλλά και η περίθαλψη χρόνιων παθήσεων παρέχονται συνήθως από μη κερδοσκοπικούς ή κερδοσκοπικούς οργανισμούς, που απασχολούν νοσηλευτές, φροντιστές ηλικιωμένων, κοινωνικών λειτουργών και διοικητικού προσωπικού. Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή γιατρών, ψυχολόγων, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και υπηρεσιών πρώτων βοηθειών.

Αν και οι οικογενειακοί γιατροί της χώρας, σε αντίθεση με το τι συμβαίνει σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δεν εκτελούν καθήκοντα φύλακα του συστήματος, ωστόσο, ο συντονιστικός τους ρόλος το τελευταίο διάστημα έχει ενισχυθεί σημαντικά. Μόνο μετά από δική τους παραπομπή μπορεί να γίνει η σχετική αποζημίωση της πρόσβασης των ασθενών σε εξέταση από ειδικό.

Η πολυθεματική, διεπιστημονική εξωνοσοκομειακή περίθαλψη επανήλθε στο προσκήνιο το 2004, σε ιατρικά κέντρα τα οποία μπορεί να ανήκουν σε εταιρείες, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ή ανεξάρτητους επαγγελματίες, αλλά πρέπει να διευθύνονται από γιατρό και να συμμορφώνονται με τους σχετικούς κανονισμούς. Ο αριθμός τέτοιων κέντρων θεραπείας αυξήθηκε από 70 το 2004 σε 1814 οκτώ χρόνια αργότερα, το 2012. Ενώ μέχρι το 2004 σε τέτοια κέντρα εργάζονταν μόνο 240 διαπιστευμένοι στο εθνικό σύστημα ιατροί, ο αριθμός αυτός το 2012 εξακοντίστηκε στις 10,000.

6.1.3.3 Νοσοκομειακή Υγειονομική Περίθαλψη

Ο σχεδιασμός και η ρύθμιση της παρεχόμενης θεραπείας για εσωτερικούς ασθενείς γίνονται από τις επιστημονικές διοικήσεις για τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και από τις διοικήσεις υγείας σε επίπεδο ομόσπονδου κρατιδίου, αλλά βασίζονται στο ομοσπονδιακό, εθνικό νομικό πλαίσιο περί χρηματοδότησης νοσοκομείων. Αυτό ισχύει τόσο για τη τακτική δευτεροβάθμια περίθαλψη εσωτερικών ασθενών, όσο και για την εξειδικευμένη τριτοβάθμια περίθαλψη. Η ρύθμιση των αναγκών και των δυνατοτήτων κάθε νοσοκομείου, αλλά και κάθε κλινικής/τμήματος σχεδιάζεται σύμφωνα με τις αρχές της ανάγκης και της απόδοσης, ενώ τα κριτήρια διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ομόσπονδών κρατιδίων. Σε πολλές περιπτώσεις, αρκετές διοικήσεις ζητούν συμβουλές από ερευνητικά ιδρύματα για τον καθορισμό της ανάγκης και την ερμηνεία της αποδοτικότητας. Τόσο τα ταμεία ασθενείας, όσο και οι πάροχοι έχουν λόγο στις διοικήσεις υγείας των κρατιδίων.

6.1.4 Αξιολόγηση Γερμανικού Συστήματος Υγείας

Παρά τις καλές επιδόσεις της χώρας στους κλασικούς δείκτες ποιότητας ζωής, στη διαθεσιμότητα κλινών, ειδικά σε μονάδες εντατικής θεραπείας και σε αρκετές άλλες σημαντικές παραμέτρους, το γερμανικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να χρήζει βελτίωσης σε ορισμένους άλλους τομείς, όπως για παράδειγμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και της περίθαλψης:

- Ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών παραμένει σχετικά χαμηλός. Η αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών επηρεάζεται από το υψηλό τους κόστος, γεγονός που αποδίδεται στο μεγάλο αριθμό νοσοκομειακών κλινών, τις μεγάλες δαπάνες στον τομέα αγοράς φαρμάκων, αλλά και στις υψηλές αμοιβές των γιατρών.

- Ο αριθμός των νοσηλευτών της χώρας, συγκριτικά με εκείνον των ιατρών, παραμένει χαμηλός, κάτω από το μέσο Ευρωπαϊκό όρο και δεν αναμένεται να αυξηθεί το αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα. Αυτό σχετίζεται ευθέως και με τις σχετικά χαμηλές αμοιβές τους.
- Ανισότητες παρατηρούνται μεταξύ των κρατικών και των ιδιωτικών σχεδίων ασφάλισης, μια κατάσταση, η οποία απασχολεί τις αρμόδιες αρχές. Το τελευταίο διάστημα γίνεται μια εντατική και μεθοδική προσπάθεια ανατροπής της ισχύουσας κατάστασης.

6.1.5 Ηλεκτρονική Υγεία στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας

Η εθνική νομοθεσία για την ηλεκτρονική υγεία τέθηκε σε ισχύ το 2015 και χάραξε τον οδικό χάρτη για την εφαρμογή και τη διάδοση ψηφιακών εφαρμογών στο ΣΥΠ της χώρας. Έτσι, από το 2018 η πλειοψηφία των νοσοκομείων, αλλά και των υπόλοιπων ιατρικών κέντρων της χώρας συνδέθηκε με τις υποδομές τηλεματικής. Επιπρόσθετα, οι αλλαγές αυτές μετέτρεψαν τον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας σε έναν από τους πιο συναρπαστικούς τομείς για τις νεοσύστατες επιχειρήσεις.

Σημαντική πρόοδος καταγράφεται στον τομέα της γερμανικής ηλεκτρονικής κάρτας ασφάλισης υγείας ('e-health card'), μέσω της οποίας γίνεται η συλλογή, η επεξεργασία, η αξιοποίηση και η ανταλλαγή δεδομένων που αφορούν ιατρικά ευρήματα, διαγνώσεις και στρατηγικές θεραπείας. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να ανεβάζουν τα δικά τους δεδομένα (π.χ. καταγραφές ζωτικών σημείων) μέσω φορητών συσκευών, με αποτέλεσμα να είναι διαθέσιμα στους επαγγελματίες υγείας. Η χρησιμοποίηση ηλεκτρονικών προγραμμάτων φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και η ίδια η ηλεκτρονική συνταγογράφηση παρέχει τη δυνατότητα αποτροπής τυχόν επικίνδυνων αλληλεπιδράσεων από τη ταυτόχρονη λήψη πολλών φαρμάκων (πολυφαρμακία). Επιπρόσθετα, η αποθήκευση στην ηλεκτρονική κάρτα του ατομικού αναμνηστικού του ασθενή, περιλαμβανομένων και των προϋπαρχουσών ασθενειών, προστατεύει τους ασθενείς από ενδεχόμενα ιατρικά λάθη και από την επανάληψη αχρείαστων εξετάσεων **(Stroetmann, 2010)**.

Το 2018, στο Hesse ιδρύθηκε ένα συμβουλευτικό κέντρο τηλεϊατρικής, για να παρέχει συμβουλές στους γιατρούς σχετικά με τα ψηφιακά προγράμματα υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία των προσωπικών δεδομένων. Η διάδοση της τηλεϊατρικής συνέβαλε

σημαντικά στον προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση τηλε-διαβουλεύσεων μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, στην περίθαλψη ηλικιωμένων, αλλά και στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης χρόνιων ασθενειών, μέσω εφαρμογών υγείας για ευεξία.

Παράλληλα με τις πιο πάνω δραστηριότητες και σε μια προσπάθεια να καθοδηγήσει και να τροχοδρομήσει την εξέλιξη στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας, η γερμανική κυβέρνηση εγκαινίασε τη Vesta, μια ολοκληρωμένη πύλη πληροφοριών, που λειτουργεί ως οδηγός διαλειτουργικότητας, παρέχοντας μια αξιόπιστη επισκόπηση των προτύπων και εφαρμογών πληροφορικής στον τομέα της υγείας. Όλες οι νέες ψηφιακές εφαρμογές υγείας τυγχάνουν κάλυψης από τις εγκεκριμένες ασφαλιστικές εταιρείες, μόνο στην περίπτωση που πληρούν τις απαιτήσεις της διαλειτουργικότητας.

Κεφάλαιο 7

Σύστημα Υγείας του Τύπου Ετατιστικής Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας

Στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας η ιεραρχία των τριών διαστάσεων είναι διακριτή: το κράτος ευθύνεται για τη ρύθμιση του συστήματος, η χρηματοδότηση οργανώνεται από τους κοινωνικούς φορείς, ενώ η παροχή υπηρεσιών γίνεται από ιδιωτικά χέρια. Στον τύπο αυτό ανήκουν χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, δύο οικονομικά προηγμένες ασιατικές χώρες, η Ιαπωνία και η Κορέα και χώρες όπως η Γαλλία, η Ολλανδία και το Βέλγιο, οι οποίες στο παρελθόν είχαν ταξινομηθεί στην κατηγορία της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας.

7.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γαλλίας

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του γαλλικού συστήματος υγείας είναι αφενός ο περιορισμένος ρόλος των κοινωνικών παραγόντων και αφετέρου η κρατική επικράτηση στη ρύθμιση, διακρίνοντάς το από τις παραδοσιακές χώρες της ΚΑΥ, όπως η Γερμανία.

7.1.1. Οργάνωση

Το γαλλικό σύστημα υγείας ταξινομείται στα συστήματα ετατιστικής, κοινωνικής ασφάλισης, αν και εμπεριέχει στοιχεία που αντικατοπτρίζουν το μοντέλο της ΕΥΥ, όπως η πρόνοια για ενιαίο κοινό πληρωτή, η ισχυρή κρατική παρέμβαση και το γεγονός ότι εστιάζει στην αύξηση των εσόδων για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Η δικαιοδοσία όσον αφορά την πολιτική υγείας και τη ρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κατανέμεται μεταξύ του κράτους (κοινοβούλιο, κυβέρνηση), που έχει τον πρωτεύοντα ρόλο, του φορέα κοινωνικής ασφάλισης και, σε μικρότερο βαθμό, των τοπικών αρχών, ιδίως σε περιφερειακό επίπεδο. Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται τόσο από ιδιώτες, όσο και από το δημόσιο: οι πάροχοι

εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι ιδιώτες, ενώ οι νοσοκομειακές κλίνες ανήκουν στο δημόσιο ή σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς και μη, οργανισμούς **(Chevreul, 2015)**.

Η ποιότητα της περίθαλψης ρυθμίζεται σε εθνικό επίπεδο. Τα νοσοκομεία πρέπει να υποβάλλονται σε διαδικασία πιστοποίησης κάθε τέσσερα χρόνια, ενώ οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί, οι οδοντίατροι και οι μαίες υποχρεούνται για τη δια βίου μάθηση τους και τη συνεχή επαγγελματική τους εξέλιξη, η οποία θεσμικά ελέγχεται σε εθνικό επίπεδο. Σε περιφερειακό επίπεδο, οι τοπικές υγειονομικές αρχές συντονίζουν την εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη για τον τοπικό πληθυσμό, καθώς και την υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, μέσω ενός περιφερειακού στρατηγικού σχεδίου υγείας και με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.

Η Εθνική Αρχή Υγείας της Γαλλίας (Haute Autorité de Santé, HAS) είναι ένας ανεξάρτητος, δημόσιος οργανισμός με οικονομική αυτονομία, του οποίου ο ρόλος είναι να συγκεντρώνει σε μια οντότητα μια σειρά από δραστηριότητες που έχουν σχεδιαστεί για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης των ασθενών. Οι εντολές της αρχής αυτής περιλαμβάνουν την αξιολόγηση φαρμάκων, ιατρικών συσκευών και διαδικασιών, έως τη δημοσίευση οδηγιών, τη διαπίστευση οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και την πιστοποίηση γιατρών. Είναι υποχρεωμένη από το νόμο να διεξάγει συγκεκριμένες αποστολές για τις οποίες αναφέρεται στην κυβέρνηση και το κοινοβούλιο. Συνεργάζεται στενά με κυβερνητικές υπηρεσίες υγείας, ενώ μεσολαβεί μεταξύ των υπηρεσιών αυτών και του φορέα κοινωνικής ασφάλισης, ερευνητικών οργανισμών, σωματείων επαγγελματιών υγείας και των εκπροσώπων ασθενών. Η ημερήσια διάταξή της καθορίζεται από ένα συμβούλιο οκτώ διευθυντών, οι οποίοι ορίζονται από τον εκάστοτε πρόεδρο της Γαλλικής Δημοκρατίας, την Εθνοσυνέλευση, τη Γερουσία και το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο. Κάθε μέλος του διοικητικού συμβουλίου είναι επικεφαλής μιας ειδικής επιτροπής και είναι υπεύθυνο για μια συγκεκριμένη αποστολή ή συγκεκριμένες πτυχές μιας αποστολής. Τα τελευταία χρόνια επισημαίνεται ολοένα και περισσότερο η ανάγκη το συγκεκριμένο σώμα να ανταποκρίνεται καλύτερα και αμεσότερα στις δημόσιες ανάγκες.

7.1.2 Χρηματοδότηση

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στη Γαλλία αυξήθηκαν ταχύτερα από την οικονομία στο σύνολό της και έφτασαν το 11.6% του ΑΕΠ για το έτος 2015, αρκετά πιο πάνω από το μέσο ευρωπαϊκό όρο **(διάγραμμα 2 και 3)**. Η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών υγείας παραμένει από τις ψηλότερες της Ευρώπης (κοντά στο 77%) και προέρχεται κυρίως από το φορέα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ οι δαπάνες «εκ της ιδιωτικής τσέπης» είναι από τις χαμηλότερες. Η δημόσια ασφάλιση είναι υποχρεωτική και καλύπτει καθολικά όλο τον νόμιμο πληθυσμό της χώρας. Χρηματοδοτείται από εισφορές των εργαζόμενων και εργοδοτών και σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό από τη φορολογία. Η συμπληρωματική ασφάλιση είναι καθοριστική στην διασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση, αφού καλύπτει περισσότερο από το 90% του πληθυσμού, χρηματοδοτώντας το 13,8% των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Το ποσοστό του κόστους που καλύπτεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης ποικίλλει, ανάλογα με τα αγαθά και τις υπηρεσίες και κυμαίνεται από 15% για φάρμακα με χαμηλό ιατρικό όφελος έως 80% για νοσηλεία. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές προϋποθέσεις για τις οποίες οι ασθενείς εξαιρούνται από την καταβολή μέρους του κόστους, όπως χρόνιες παθήσεις ή εγκυμοσύνη μετά τον πέμπτο μήνα. Επιπλέον, έχουν δημιουργηθεί επιπρόσθετες συγχρηματοδοτήσεις που δεν επιτρέπεται να καλύπτονται από εθελοντική ασφάλιση υγείας, με σκοπό τη μείωση της ζήτησης και, κατά συνέπεια, των δαπανών των φορέων κοινωνικής ασφάλισης.

Μετά και από τη συμπληρωματική ασφάλιση, οι «εκ της ιδιωτικής τσέπης» πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς αντιπροσωπεύουν το 7,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Αυτό εγείρει θέματα ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αν και το ποσοστό αυτό παραμένει πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ για τις «εκ της τσέπης» πληρωμές, που υπολογίζονται να είναι 16,1% επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

Τόσο η επείγουσα, νοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και η κατ' οίκον νοσηλεία, στην οποία παρέχεται φροντίδα ισοδύναμη με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, αποζημιώνονται με το σύστημα των ομαδοποιημένων διαγνώσεων (DRG). Οι αυτοτελώς εργαζόμενοι επαγγελματίες αμείβονται με βάση τις υπηρεσίες που προσφέρουν (fees for service), ενώ για τους γενικούς γιατρούς εδώ

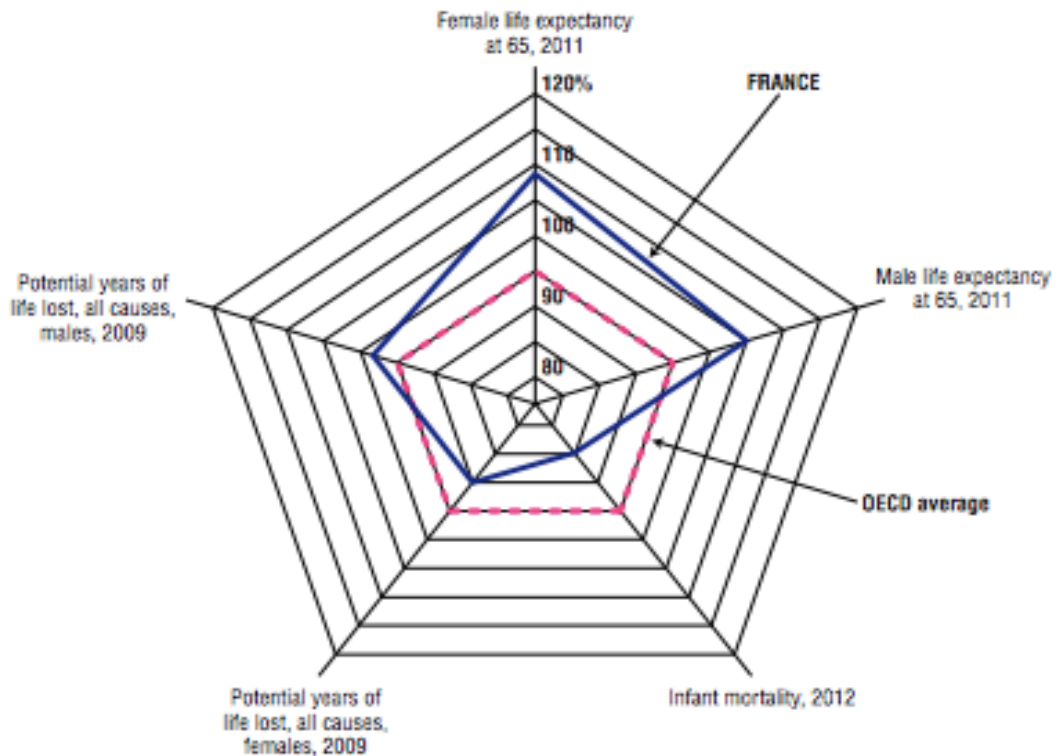
και λίγα χρόνια έχει εισαχθεί, μέσω ειδικών συμβάσεων, η πληρωμή αναλόγως της απόδοσης, καθώς και οικονομικά κίνητρα για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της ακολουθούμενης πρακτικής τους.

7.1.3 Δείκτες Ποιότητας Υγείας

Συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, οι δείκτες ποιότητας υγείας της Γαλλίας συγκρίνονται ευνοϊκά, αφού καταγράφεται το μεγαλύτερο μέσο προσδόκιμο επιβίωσης της Ευρώπης στο γυναικείο πληθυσμό **(διάγραμμα 6)** και από τους καλύτερους δείκτες ευεξίας για ηλικιωμένους στην Ευρώπη. Ευνοϊκά συγκρίνεται ακόμα για την έκβαση των καρδιαγγειακών παθήσεων, καθώς και για τη θνησιμότητα που οφείλεται στην κατάχρηση αλκοόλ και σε κάποιες χρόνιες παθήσεις (κίρρωση του ήπατος, καρκίνος του τραχήλου της μήτρας). Σε αντιδιαστολή, η Γαλλία εμφανίζει το πιο ψηλό ποσοστό πρόωρων θανάτων ανδρών από δυστυχήματα, κάπνισμα και καρκίνο.

Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στη Γαλλία αυξάνεται σταθερά, κατά τρεις μήνες ετησίως για τους άνδρες και κατά δύο μήνες για τις γυναίκες. Η ψαλίδα μεταξύ του μέσου προσδόκιμου επιβίωσης γυναικών και ανδρών ενώ παραμένει μεγάλη, παρουσιάζει μείωση. Για το 2019 υπολογίζεται ότι το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης γυναικών και ανδρών κατά τη γέννηση τους είναι 85.8 και 80.3 έτη αντίστοιχα. Ένας άλλος αξιόπιστος δείκτης ποιότητας παροχής υγειονομικής φροντίδας, η νεογνική θνησιμότητα, ήταν 3.9 και 2.6 ανά χίλιες γεννήσεις το 2010 και το 2019 αντίστοιχα και κατ' ουσία δεν διαφέρει από τον μέσο ευρωπαϊκό **(εικόνα 4)**.

Health status indicators, France versus the OECD average



Source: OECD, 2013.

Εικόνα 4: Δείκτες ποιότητας υγείας του συστήματος υγείας της Γαλλίας, συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης (Chevreul, 2015).

7.1.4 Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας της Γαλλίας

Την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της παροχής υγειονομικής φροντίδας στο γαλλικό πληθυσμό, πέρα από το αρμόδιο υπουργείο της υγείας, καλείται να διασφαλίσει και η Εθνική Αρχή Υγείας της χώρας (Haute Autorité de Santé, HAS). Σημαντικά βήματα προόδου έγιναν τα τελευταία χρόνια προς την κατεύθυνση της διασφάλισης της ποιότητας των νοσοκομείων της χώρας και της διαχείρισης των κινδύνων που παρατηρούνται σε αυτά, μέσω της εφαρμογής του προγράμματος *Scope Santé*. Οι δείκτες ποιότητας των νοσοκομείων καθορίζονται μέσω οργανισμού με την επωνυμία «Συντονισμός για την αξιολόγηση των επιδόσεων και τη βελτίωση της ποιότητας των νοσοκομείων». Τέλος, το 2012 εκπονήθηκε το «Πρόγραμμα οικονομικών κινήτρων για τη βελτίωση της ποιότητας», το οποίο αξιολογεί σε διαρκή βάση την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και υποβάλλει προτάσεις παρέχοντας οικονομικά κίνητρα για περαιτέρω βελτίωση.

Παρά το γεγονός, ότι οι δείκτες ποιότητας της υγείας στη Γαλλία είναι από τους ψηλότερους στην Ευρώπη και συνοδεύονται από πολύ ψηλό βαθμό ικανοποίησης των πολιτών, εντούτοις, εξακολουθούν να παρατηρούνται κοινωνικό-οικονομικές και γεωγραφικές ανισότητες. Σε κάποιο βαθμό οι ανισότητες αυτές προέρχονται και από την ασύμμετρη κατανομή των λειτουργιών υγείας και πρωτίστως των ειδικών, στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Ανησυχία προκαλεί και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, η ιδιαίτερα υψηλή δημοσία χρηματοδότηση των δαπανών, καθώς και η ανάγκη για μακροχρόνια και πολυδιάστατη φροντίδα των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, ένας τομέας στον οποίο η χώρα δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένη και για τον οποίο οι μεταρρυθμίσεις βρίσκονται σε εξέλιξη, αν και μέχρι στιγμής δεν πέτυχαν να εξεύρουν ένα βιώσιμο μηχανισμό χρηματοδότησης (Nay, 2016).

Η διαφάνεια του γαλλικού συστήματος υγείας τέθηκε υπό αμφισβήτηση, μετά το λεγόμενο «σκάνδαλο του μεσολαβητή» και οδήγησε σε δραστικές αλλαγές στον υπεύθυνο για τις σχετικές ρυθμίσεις οργανισμό. Οι αλλαγές αυτές περιλάμβαναν την εκ του νόμου δήλωση-αποκάλυψη άμεσων και έμμεσων συμφερόντων από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι, ως εμπειρογνώμονες, παρέχουν συμβουλές σε φαρμακευτικές και άλλες εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας. Από το 2014, μια δημόσια βάση δεδομένων παρέχει τη δυνατότητα αναζήτησης και προσδιορισμού των σχέσεων των επαγγελματιών υγείας με τις εταιρείες που εμπορεύονται φάρμακα ή άλλα προϊόντα υγείας (ιατρικά αναλώσιμα, εμφυτεύσιμες συσκευές κ.λπ.).

7.1.5 Ηλεκτρονική Υγεία στη Γαλλία

Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, η γαλλική κυβέρνηση, αναγνωρίζοντας τη σημασία της ηλεκτρονικής υγείας, η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για τον εκσυγχρονισμό του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, θέσπισε με νόμο την ίδρυση του Dossier Médical Personnel, DMP («Προσωπικός Ιατρικός Φάκελος»), με στόχο τη δημιουργία ενός καθολικού ΗΙΦ για όλους ανεξαιρέτα τους Γάλλους πολίτες, οι οποίοι καλύπτονται από ασφάλεια υγείας. Διαχρονικός σκοπός του ηλεκτρονικού αυτού ιατρικού φακέλου ήταν και παραμένει:

- Η ενίσχυση του συντονισμού, της ποιότητας και της συνέχειας της περίθαλψης

- Η βελτίωση της ανταλλαγής πληροφοριών για την υγεία, υπό τον αυστηρό έλεγχο του ενδιαφερόμενου ασθενή, ιδίως όσο αφορά στην εμπιστευτικότητα και σύμφωνα πάντα με το δικαίωμα διαφύλαξης των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
- Η μείωση των ιατρογενών λαθών και των αχρείαστων επαναλήψεων εξετάσεων.
- Η εξοικονόμηση πόρων.

Το πρόγραμμα DMP διοικείται από μια κεντρική κυβερνητική υπηρεσία, τη Groupement d'Intérêt Public dossier (GIP-DMP), ενώ επιπρόσθετη επίβλεψη παρέχεται από το Εθνικό Συμβούλιο Πληροφοριών και Ελευθερίας, ένα κυβερνητικό όργανο, το οποίο ασχολείται με τις πολιτικές ελευθερίες και την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Τέλος, μια τρίτη υπηρεσία, η διαδικτυακή ομάδα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος πληροφοριών των νοσοκομείων (GIP MISH) συντονίζει σε εθνικό επίπεδο τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων πληροφορικής των νοσοκομείων, διασφαλίζοντας ότι πληρούν τα εθνικά πρότυπα διασύνδεσης με το DMP.

Το DMP αποτέλεσε το επίκεντρο σκληρής διαμάχης στη Γαλλία, με τοπικά μέσα μαζικής ενημέρωσης, μέσω συναισθηματικών εξάρσεων, να το παρουσιάζουν ως ένα παρεμβατικό εργαλείο στην καθημερινότητα των Γάλλων πολιτών. Έγινε μάλιστα απόπειρα να πειστεί το Συμβούλιο Επικράτειας να κηρύξει το σώμα αυτό ως αντισυνταγματικό, αίτημα το οποίο απορρίφθηκε. Η DMP εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να αντιμετωπίζει διάφορες δυσκολίες, που πηγάζουν από την πολυπλοκότητα και ετερογένεια της αγοράς συστημάτων πληροφορικής από τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας. Έτσι, παρατηρούνται σοβαρά προβλήματα διαλειτουργικότητας μεταξύ βασικών συστημάτων, αλλά και προβλήματα ανεπαρκούς ενσωμάτωσης νέων προγραμμάτων σε υφιστάμενα νοσοκομειακά συστήματα πληροφορικής.

Μια άλλη δυσκολία, με την οποία ήρθε αντιμέτωπο το DMP, ήταν η αλληλοεπικάλυψη των τοπικών και περιφερειακών πρωτοβουλιών ηλεκτρονικής υγείας και η ελλιπής σύνδεσή τους σε μια εθνική υποδομή πληροφορικής/ηλεκτρονικής υγείας, η οποία με τη σειρά της θα ακολουθούσε πιστά τα καθιερωμένα πρότυπα και τους κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η στρατηγική της μεταρρύθμισης των νοσοκομείων της χώρας το 2012, συμπεριέλαβε το διπλασιασμό του ποσοστού των δαπανών για την τεχνολογία πληροφορικής της υγείας, από

1.7%, που αποτελούσε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στο σχετικό πίνακα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο 3%. Ταυτόχρονα, στόχευσε και στον εκσυγχρονισμό και την αναβάθμιση της τεχνολογίας αυτής.

7. 2 Εθνικό σύστημα Υγείας της Ολλανδίας

Αν και το ολλανδικό σύστημα υγείας έχει ως βάση του το μοντέλο Bismarck, του οποίου η φιλοσοφία εδράζεται στο μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, ωστόσο, κατ' αναλογία του συστήματος υγείας της Γαλλίας, μπορεί να χαρακτηριστεί και ως υβριδικό, αφού συμμετοχή στη ρύθμιση και διακυβέρνηση του έχουν, μεταξύ άλλων, οι ασφαλιστικοί φορείς, επαγγελματικές οργανώσεις και πρωτίστως το ίδιο το κράτος.

7.2.1 Οργάνωση

Η μεγάλη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας που επιχειρήθηκε το 2006 αντικατέστησε το διαχωρισμό μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης από μια καθολική κοινωνική ασφάλιση υγείας και εισήγαγε το διαχειρίσιμο ανταγωνισμό, ως τον κινητήριο μοχλό για την αναβάθμιση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Έκτοτε, η σταδιακή εφαρμογή της μεταρρύθμισης αυτής συνεχίζει αν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στο σύστημα γενικότερα και στο ρόλο των εμπλεκόμενων φορέων ειδικότερα. Το κράτος αποχώρησε από τον άμεσο έλεγχο των ιατρικών πράξεων και των τιμών, διατηρώντας όμως τον εποπτικό ρόλο του συστήματος. Τόσο οι ασφαλιστικοί φορείς, όσο και οι πάροχοι έχουν παγιωθεί ως οι βασικοί ρυθμιστές του τομέα της υγείας, βλέποντας τη θέση τους συνεχώς να ενισχύεται. Επί του παρόντος, τέσσερις συνασπισμοί ασφαλιστικών φορέων διατηρούν το 90% της αγοράς στον τομέα της υγείας. Παρόλα αυτά, οι δυνατότητες επιλογής κατά τη διαδικασία της περίθαλψης είναι περιορισμένες, όπως και ο βαθμός στον οποίο θεωρητικά οι ασθενείς ασκούν τις επιλογές τους. Οι πρόνοιες για την περίθαλψη των χρόνιων νοσημάτων μεταρρυθμίστηκαν το 2015, προκειμένου να περιοριστούν οι σχετικές δαπάνες, ακολουθώντας και τις συστάσεις της ευρωπαϊκής επιτροπής. Έτσι, δόθηκε μεγαλύτερη προτεραιότητα στην κατ' οίκον φροντίδα από εξειδικευμένους νοσηλευτές ή φροντιστές, παρά στη νοσοκομειακή φροντίδα, της οποίας γινόταν κατάχρηση. Την κοινωνική, κατ' οίκον φροντίδα την ανέλαβαν οι δήμοι, αναγνωρίζοντας ότι η τοπικά οργανωμένη φροντίδα μπορεί να είναι αφενός πιο αποτελεσματική και αφετέρου οικονομικά πιο αποδοτική και συμφέρουσα (Kroneman, 2016).

Η Ολλανδία διαθέτει ένα ευρύ φάσμα δημόσιων εποπτικών αρχών στον τομέα της υγείας, όπως:

- Το Ολλανδικό Ινστιτούτο Φροντίδας (Care Institute Netherlands), το οποίο εποπτεύει το περιεχόμενο του βασικού πακέτου ασφάλισης υγείας και της ποιότητας περίθαλψης
- την Ολλανδική Υγειονομική Αρχή (the Dutch Healthcare Authority), η οποία λειτουργεί ως η ρυθμιστική αρχή του θεμιτού ανταγωνισμού μεταξύ των διαφόρων ασφαλιστικών φορέων, αλλά και μεταξύ των παρόχων.
- Το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος (National Institute of Public Health and Environment), το οποίο παρέχει συμβουλές και δεδομένα σχετικά με διάφορες πτυχές του τομέα της υγείας, εκπονώντας εξαμηνιαίες εκθέσεις σχετικά με την κατάσταση της δημόσιας υγείας.

7.2.2 Χρηματοδότηση

Το ολλανδικό σύστημα υγείας παραμένει ένα από τα πιο πολυδάπανα στην Ευρώπη, αν και από το 2012 η καμπύλη χρηματοδότησής του εμφανίζει εικόνα επιπέδωσης, λόγω και της στροφής σε πιο παραδοσιακές συμφωνίες για τις δαπάνες. Είχε προηγηθεί λίγο μετά το 2006, ως αποτέλεσμα της τότε εφαρμοσθείσας μεταρρύθμισης για την κατάργηση του ιδιωτικού ασφαλιστικού συστήματος, η σημαντική μεταβολή του ισοζυγίου των δαπανών από ιδιωτικές σε δημόσιες δαπάνες. Οι τελευταίες αυξήθηκαν από 64.7% του συνόλου το 2005 στο 79.8% το 2013. Η οικονομική κρίση του 2009, σε αντίθεση με την πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών, δε επηρέασε τις ολλανδικές δαπάνες στον τομέα της υγείας. Το 2015 η Ολλανδία βρισκόταν στην πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρώπης στο ποσοστό των δαπανών στον τομέα της υγείας επί του ΑΕΠ (12.89%, έναντι 9.52% του μέσου όρου των χωρών της Ε.Ε.) **(διαγράμματα 2 και 3)**, ενώ οι μέσες κατά κεφαλή δαπάνες με 3885 ευρώ ετησίως ανά έτος βρίσκονταν στην έκτη θέση ανάμεσα στα τότε 28 κράτη-μέλη της Ε.Ε., αρκετά πιο ψηλές από το μέσο ευρωπαϊκό όρο (2773 ευρώ ετησίως) **(διάγραμμα 9)**.

Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο (72%) από τις υποχρεωτικές εισφορές ασφάλισης υγείας των πολιτών, με επιπρόσθετη χρηματοδότηση της τάξης του 13% από τη γενική φορολογία. Οι ενήλικες καταβάλλουν ασφάλιστρο στην ασφαλιστική εταιρεία της επιλογής τους, ενώ ανάλογα με το εισόδημά τους, καταβάλλουν ταυτόχρονα σε ένα κεντρικό ταμείο επιπρόσθετο ασφάλιστρο, το οποίο ανακατανέμεται μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων

ανάλογα με ένα μοντέλο εκτίμησης κινδύνου των ασφαλισμένων. Για τα παιδιά, το ασφάλιστρο στους ασφαλιστικούς φορείς καταβάλλεται από το κράτος. Το βασικό πακέτο παροχών περιλαμβάνει την ΠΒΦ από τον προσωπικό γιατρό, τη φροντίδα μητρότητας, τη νοσοκομειακή περίθαλψη, την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, τη φαρμακευτική περίθαλψη και την περίθαλψη της ψυχικής υγείας. Ένα ποσό της τάξης των 385 ευρώ θα πρέπει να καταβληθεί από την τσέπη των ασθενών μόνο για τη νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη.

Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται με βάση το σύστημα των ομαδοποιημένων διαγνώσεων (DRG), ενώ οι προσωπικοί ιατροί αμείβονται με συνδυασμό αμοιβής για κάθε προσφερόμενη υπηρεσία (fee for service), «κατά κεφαλή» αποζημίωσης (capitation fee), πακέτων πληρωμών για ολοκληρωμένη περίθαλψη και αμοιβής με βάση κριτήρια απόδοσης.

7.2.3 Παροχή Υπηρεσιών

Την ευθύνη παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας στην χώρα την έχουν κατά κύριο λόγο οι δήμοι, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για υπηρεσίες πρόληψης και ελέγχου (screening) του πληθυσμού και για το πρόγραμμα εμβολιασμών. Βασικός πυρήνας του εθνικού συστήματος της χώρας είναι ο ρόλος φύλακα (gatekeeper) του γενικού ('προσωπικού') γιατρού. Η νοσοκομειακή και άλλη εξειδικευμένη περίθαλψη, πλην της επείγουσας, απαιτεί την παραπομπή από τον γενικό ιατρό ή από άλλους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως μαίες. Η ΠΒΦ στη χώρα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με ένα πολύ ψηλό ποσοστό (93%) του συνόλου των υπηρεσιών υγείας να διεκπεραιώνονται από το γενικό ιατρό και μόνο το 7% να αφορά παραπομπή σε ΔΒΠ από ειδικό ιατρό σε νοσοκομείο της επιλογής του ασθενή.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται το τελευταίο διάστημα στην ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, καθώς και σε άτομα με συννοσηρότητες, ενώ αναγνωρίζεται η ανάγκη μετατόπισης της περίθαλψης σε χαμηλότερα επίπεδα εξειδίκευσης: από τη νοσοκομειακή φροντίδα σε φροντίδα από γενικό ιατρό, σε νοσηλευτική φροντίδα και τέλος σε αυτό-φροντίδα.

7.2.4 Δείκτες Ποιότητας Υγείας

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της Ολλανδίας θεωρούνται από τις καλύτερες της Ευρώπης. Οι βασικές υπηρεσίες είναι εύκολα προσβάσιμες, οι δε χρόνοι αναμονής για εξέταση ή επέμβαση συνεχώς μειώνονται. Το βασικό πακέτο ασφάλισης υγείας καλύπτει σε ικανοποιητικό επίπεδο τις ανάγκες των πολιτών με χαμηλά εισοδήματα για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, προστατεύοντας τους από επιπρόσθετες δαπάνες και καταβολή πληρωμής από τη δική τους τσέπη, η οποία είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη. Οι ίδιοι οι χρήστες αξιολογούν το σύστημα της χώρας ως πολύ ικανοποιητικό, κατατάσσοντας το σε μια από τις πέντε κορυφαίες θέσεις της Ευρώπης από απόψεως ποιότητας. Στους κλασσικούς δείκτες ποιότητας υγείας (μέσος όρος επιβίωσης αντρών και γυναικών, περι-γεννητική θνησιμότητα) η Ολλανδία δεν υστερεί σε τίποτα από τις υπόλοιπες, ιατρικά προηγμένες χώρες της Ευρώπης. Τα τελευταία είκοσι χρόνια αυξήθηκε όχι μόνο το γενικό προσδόκιμο επιβίωσης του ολλανδικού πληθυσμού (**διάγραμμα 6**), αλλά και το αναπροσαρμοσμένο στην υγεία προσδόκιμο επιβίωσης (Health-adjusted Life Expectancy, HALE), το οποίο μεταξύ των ετών 2000 και 2013 αυξήθηκε κατά δύο έτη, φθάνοντας στα 71 έτη.

7.2.5 Ανισότητες και Προκλήσεις του Ολλανδικού Συστήματος

Όπως και σε αρκετές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ανισότητες στον τομέα της υγείας παρατηρούνται και στην Ολλανδία. Άτομα με χαμηλότερο κοινωνικό-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο έχουν χειρότερους δείκτες υγείας. Οι διαφορές εξηγούνται μεταξύ άλλων από το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής των ατόμων αυτών. Έτσι, το προσδόκιμο ζωής στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι έξι χρόνια βραχύτερο από ό,τι για τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Για το δείκτη που αφορά στο αναπροσαρμοσμένο στην υγεία προσδόκιμο επιβίωσης (Health-Adjusted Life Expectancy, HALE) η διαφορά είναι έως και 19 έτη. Ανισότητες καταγράφονται επίσης μεταξύ ομάδων μεταναστών και των αυτόχθονων Ολλανδών, αφού στους πρώτους η επιβάρυνση της υγείας τους είναι συχνότερη και εκδηλώνεται σε πιο νεαρή ηλικία.

Η κυριότερη πρόκληση του ολλανδικού συστήματος υγείας δεν διαφέρει από εκείνες άλλων αναπτυγμένων χωρών: πρωτίστως έγκειται στο να διαχειριστεί τους χρόνιους ασθενείς, των οποίων το ποσοστό αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά το αμέσως επόμενο διάστημα, ως

συνέπεια του συνεχώς αυξανόμενου μέσου προσδόκιμου επιβίωσης και των καλύτερων δυνατοτήτων διάγνωσης και θεραπείας πολλών ασθενειών (π.χ. καρκίνος, καρδιοπάθειες, κλπ.) στις μέρες μας. Υπολογίζεται άλλωστε, ότι το ποσοστό των χρόνιων ασθενών στη χώρα θα αυξηθεί από το 32% του πληθυσμού το 2011, στο 40% το 2030. Οι ασθενείς αυτοί προβλέπεται ότι θα έχουν μεγαλύτερη νοσηρότητα (δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις), ενώ θα είναι διαρκώς διαθέσιμες σχετικά ακριβές θεραπείες, οι οποίες πιθανό να θέσουν σε κίνδυνο την οικονομική βιωσιμότητα και υπό αμφισβήτηση την προσιτότητα των πολιτών στο σύστημα υγείας. Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα της υγείας των ολλανδών πολιτών και για αυτό το ενδιαφέρον εκείνων που χαράσσουν την πολιτική δημόσιας υγείας τα τελευταία χρόνια αναπόφευκτα στράφηκε και σε αυτές. Το άγχος, η κατάθλιψη, η νόσος Alzheimer, η υπερκόπωση και άλλες παρόμοιες καταστάσεις ασκούν σημαντική επίδραση στην ευεξία των πολιτών, προκαλώντας σε αυτούς σοβαρούς περιορισμούς για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα.

Μια άλλη σοβαρή απειλή, που αποτελεί πρόκληση για την πυκνοκατοικημένη αυτή χώρα είναι αναντίρρητα η ποιότητα του ατμοσφαιρικού αέρα, η οποία μέχρι και πρόσφατα εξακολουθούσε να απέχει από τα προτεινόμενα ευρωπαϊκά όρια, ειδικά στις αστικές περιοχές. Αναφορές από μελέτες αποδίδουν στην ατμοσφαιρική ρύπανση μια μέση μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά 13 περίπου μήνες.

7.2.6 Ηλεκτρονική Υγεία στην Ολλανδία

Το 2005 το ολλανδικό υπουργείο υγείας ξεκίνησε το μακρύ ταξίδι της εφαρμογής ενός εθνικού ηλεκτρονικού μητρώου υγείας για όλους τους ολλανδούς πολίτες, στοχεύοντας στο να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, μέσω της βέλτιστης χρήσης της τεχνολογίας πληροφορικής και επικοινωνίας (**National IT institute for Healthcare, 2008**).

Στην Ολλανδία ακολουθήθηκε η προσέγγιση «από πάνω προς τα κάτω» ('top-down'), αλλά και «από κάτω προς τα πάνω» ('bottom-up'). Έτσι, καταβλήθηκαν προσπάθειες για τη δημιουργία σε εθνικό επίπεδο της υποδομής AORTA, η οποία αφορά στις βασικές υποδομές ηλεκτρονικής υγείας, οι οποίες συνέδεσαν τους ασθενείς με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, αλλά και με τους ασφαλιστικούς φορείς, οι δε προδιαγραφές υποδομής περιλάμβαναν περιγραφές τεχνικών και

οργανωτικών πτυχών, καθώς και πτυχών εφαρμογής, αλλά και μέτρα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Η υποδομή AORTA περιλαμβάνει στοιχεία, όπως η κάρτα παροχής ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, ηλεκτρονικό μητρώο ασθενών για όλη τη χώρα, πρότυπα ασφαλείας, καθώς και τη νομοθεσία που διέπει το ένα και μοναδικό αναγνωριστικό χαρακτηριστικό του ασθενή, το Citizen Service Number (BSN) (Αριθμός Υπηρεσίας Πολίτη). Η υποδομή AORTA χρησιμοποιεί μηνύματα και έγγραφα HL7 (3^η έκδοση) ως κεντρικό μηχανισμό για την ανταλλαγή πληροφοριών. Δεδομένα από διαφορετικά ηλεκτρονικά συστήματα πληροφοριών, που αφορούν στην υγειονομική φροντίδα των ασθενών, συνδέονται με τον ΗΙΦ του ασθενούς. Παράλληλα, πρωτοβουλίες σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο οδήγησαν στην υιοθέτηση πολλών ηλεκτρονικών εφαρμογών, οι οποίες έδωσαν τεχνολογικές λύσεις σε θέματα όπως:

- η ηλεκτρονική συνταγογράφηση,
- η ηλεκτρονική υπηρεσία για τους επί καθηκόντι ιατρούς, οι οποίοι μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση στα δεδομένα των ασθενών στις μη εργάσιμες ώρες
- ολοκληρωμένες ηλεκτρονικές λύσεις για τη διαχείριση διαβητικών ασθενών κλπ.

Επιπρόσθετα, έχουν εισαχθεί διαδικτυακές πύλες ασθενών, οι οποίες τους επιτρέπουν να προγραμματίσουν τις επισκέψεις τους, να ανανεώσουν τις συνταγές των φαρμάκων τους, καθώς και να πραγματοποιούν ηλεκτρονικές διαβουλεύσεις. Παρόμοια διαχείριση των παραπομπών και των ραντεβού τους έχουν φυσικά και οι γιατροί, μέσω μιας ηλεκτρονικής εφαρμογής, η οποία δρα διαδραστικά με τα νοσοκομεία και τις κλινικές της περιοχής, στην οποία δραστηριοποιούνται. Με βάση το βαρόμετρο ηλεκτρονικής υγείας του HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) για το 2019, η Ολλανδία μαζί με τη Δανία και την Εσθονία εξακολουθούν να πρωτοστατούν μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, στην υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών ηλεκτρονικής υγείας, γεγονός που αναγνωρίζεται και από τους ίδιους τους πολίτες.

Κεφάλαιο 8

Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας

Στις χώρες που υιοθέτησαν το σύστημα αυτό, πρωταγωνιστικό ρόλο στο συντονισμό και ρύθμιση του ΣΥΠ, όσο και στη χρηματοδότηση, αλλά και στην παροχή υπηρεσιών διαδραματίζει ο ιδιωτικός τομέας. Σημαντικός εκπρόσωπος του ιδιωτικού συστήματος υγείας είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ).

8.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής

Το ομοσπονδιακό σύστημα διακυβέρνησης των ΗΠΑ γενικά παρέχει τις πλείστες εξουσίες στις περιφερειακές κυβερνήσεις των 50 πολιτειών και το ΣΥΠ αντικατοπτρίζει σε μεγάλο βαθμό το ευρύτερο αυτό πλαίσιο, συνδυάζοντας υψηλά επίπεδα κρατικής χρηματοδότησης με ένα σαφώς χαμηλό επίπεδο κυβερνητικής συμμετοχής. Οι κατά κεφαλή δαπάνες στις ΗΠΑ είναι πολύ πιο μεγάλες από οποιαδήποτε άλλη χώρα, μεγάλη όμως διακύμανση του δείκτη αυτού καταγράφεται μεταξύ και των ιδίων των πολιτειών της Αμερικής. Οι περισσότεροι Αμερικανοί εξακολουθούν να τυγχάνουν κάλυψης από ιδιωτική ασφάλιση υγείας, γεγονός που δεν συνηθίζεται σε χώρες με υψηλά εισοδήματα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, περίπου 9% ή 30 εκατομμύρια σε απόλυτο αριθμό, εξακολουθούν να στερούνται ασφάλισης υγείας (Rice, 2013).

8.1.1 Οργάνωση και Διακυβέρνηση

Το ΣΥΠ των ΗΠΑ μπορεί να χαρακτηριστεί όχι ως ένα, αλλά ως πολλαπλά, ανεξάρτητα συστήματα που λειτουργούν παράλληλα, αλλά και σε συνεργασία μεταξύ τους. Οι εξουσίες κατανέμονται μεταξύ της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και των κυβερνήσεων των πολιτειών:

- Οι πολιτείες χρηματοδοτούν και διαχειρίζονται πολλές λειτουργίες της δημόσιας υγείας, καταβάλλουν μέρος της συνολικής αποζημίωσης στο κρατικό ασφαλιστικό πρόγραμμα

υγείας Medicaid και διαμορφώνουν την οργάνωσή του εντός της συγκεκριμένης πολιτείας, θέτοντας τους κανόνες για τα ασφαλιστικά συμβόλαια υγείας που δεν καλύπτονται από άλλα ασφαλιστικά ταμεία, όπως εκείνα των εργοδοτών.

- Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, καθορίζονται οι κανονισμοί για την ιατρο-τεχνολογική υποδομή και τα φαρμακευτικά προϊόντα, στοχεύοντας σε θέματα που άπτονται της ποιότητας, της πρόσβασης και του ελέγχου του κόστους.
- Κανονισμοί που αφορούν στην επίτευξη στόχων ποιότητας, πρόσβασης και ελέγχου κόστους στην υγειονομική περίθαλψη μπορούν να καθοριστούν από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, από οποιοδήποτε επίπεδο, ομοσπονδιακό, πολιτειακό ή τοπικό.

Ωστόσο, σε θέματα ρύθμισης του εθνικού συστήματος, ο συντονισμός μεταξύ ομοσπονδιακής κυβέρνησης και κυβερνήσεων των πολιτειών είναι ελάχιστος. Τόσο η ομοσπονδιακή, όσο και οι πολιτειακές κυβερνήσεις διαθέτουν εκτελεστικούς, νομοθετικούς και άλλους κλάδους. Κάτω από τον εκτελεστικό κλάδο της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, το Υπουργείο Υγείας και Υπηρεσιών για τον άνθρωπο (Department of Health and Human Services, HHS) ασκεί τον πιο καθοριστικό διοικητικό ρόλο στο σύστημα της χώρας. Μέσα από ειδικές αντιπροσωπείες για τα προγράμματα Medicare και Medicaid, αλλά και δια του προγράμματος ασφάλισης υγείας για παιδιά (Children's Health Insurance Program, CHIP), ασκείται σε κεντρικό επίπεδο η διαχείριση των προγραμμάτων αυτών (**Hochman, 2018**). Το υπουργείο της ομοσπονδιακής κυβέρνησης περιλαμβάνει επίσης τον Οργανισμό Έρευνας και Ποιότητας Υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Center for Disease Control and prevention, CDC) και το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (National Institute of Health, NIH).

Το Γραφείο Υποθέσεων των Βετεράνων (Veteran Affairs), το οποίο τελεί υπό τη Διοίκηση Υγείας των Βετεράνων (Veteran Health Administration) και το οποίο λειτουργεί ανεξάρτητα από το υπουργείο υγείας, έχει ως αρμοδιότητα του να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας σε βετεράνους στρατιωτικούς, ενώ για τους ενεργούς στρατιωτικούς και τις οικογένειές τους υπεύθυνο για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι το Υπουργείο Άμυνας, μέσω του προγράμματος TriCare.

Ο ιδιωτικός τομέας αδιαμφισβήτητα διαδραματίζει ισχυρό ρόλο στο ΣΥΠ της χώρας και διαχρονικά συμμετέχει στην εξέλιξή του, αφού ηγήθηκε της ανάπτυξης του στις αρχές του 1930,

ενώ τα μεγάλα, κρατικά προγράμματα ασφάλισης υγείας Medicare και Medicaid δημιουργήθηκαν αργότερα, στα μέσα της δεκαετίας του 1960. Το Medicare, το μεγαλύτερο κρατικό πρόγραμμα, παρέχει κάλυψη σε ηλικιωμένους, σε άτομα με ειδικές ανάγκες και σε άτομα με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια, ενώ το Medicaid καλύπτει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε αναξιοπαθόντες, άτομα που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας. Τόσο οι δημόσιοι, όσο και οι ιδιωτικοί πληρωτές αγοράζουν υπηρεσίες από παρόχους που ακολουθούν κανονισμούς που επιβάλλονται από την ομοσπονδιακή ή τις πολιτειακές και τοπικές κυβερνήσεις, καθώς και από ιδιωτικούς ρυθμιστικούς οργανισμούς. Η ταυτόχρονη ανάμειξη πολλών φορέων στη ρύθμιση της παροχής υπηρεσιών απαιτεί την ενίσχυση της χρήσης ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων και ηλεκτρονικών αρχείων υγείας, κάτι το οποίο επιβάλλεται πλέον και από την ισχύουσα εθνική νομοθεσία. Τόσο οι πολιτειακές αρχές, όσο και η τοπική αυτοδιοίκηση συμμετέχουν στη διακυβέρνηση του τομέα της υγείας με διάφορους τρόπους και αφορούν στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων και στη παροχή ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πρόληψης, μέσω των τοπικών υπηρεσιών υγείας και των κοινοτικών κέντρων υγείας.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία στην συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών αποκτάται μέσω του εργοδότη, διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

- Οργανισμοί διατήρησης της υγείας (Health Maintenance Organizations, HMO)
- Προτιμώμενοι φορείς παροχής υπηρεσιών (Preferred Provider Organizations, PPO)
- Προγράμματα σημαντικής έκπτωσης (High Deductible plan, HDP).

Υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους παρέχονται από ένα σύστημα, το οποίο λειτουργεί σαν ένα δίκτυο ασφαλείας και στο οποίο συμμετέχουν δημόσιες και κοινοτικές κλινικές και νοσοκομεία.

8.1.2 Χρηματοδότηση

Οι ΗΠΑ δαπανούν πολύ περισσότερα χρήματα στην υγεία, από οποιαδήποτε άλλη χώρα, τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και κατά κεφαλή. Το 2018, οι συνολικές δαπάνες υπερέβησαν τα 3,6 τρισεκατομμύρια δολάρια. Τα τελευταία 30 χρόνια, μετά και από την προσαρμογή για τον πληθωρισμό, οι δαπάνες στον τομέα της υγείας αυξήθηκαν περισσότερο από τέσσερις φορές και το 2018 αντιπροσώπευαν το 17.7% του ΑΕΠ, οι δε κατά κεφαλή δαπάνες ανήλθαν στα 11,172 δολάρια ανά έτος (**Centers of Medicare and Medicaid Services, 2018**).

Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας των ΗΠΑ προέρχονται σε ποσοστό 48% από δημόσιες πηγές, ενώ το 40% και το 12% προέρχονται από ιδιωτικές πηγές τρίτων και «εκ της ιδιωτικής τσέπης» αντίστοιχα. Παρότι το ποσοστό των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών είναι συγκρίσιμο, εντούτοις, μόνο μια μειονότητα, και συγκεκριμένα το 30% του πληθυσμού της χώρας καλύπτεται από το σύστημα δημόσιας υγείας (Medicare και Medicaid). Η πλειοψηφία των Αμερικανών πολιτών λαμβάνει ασφαλιστική κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση υγείας, κυρίως μέσω εργοδότη. Στο παρελθόν, οι οργανισμοί διατήρησης υγείας (HMO) κατείχαν τη μερίδα του λέοντος, παρέχοντας υπηρεσίες σε προπληρωμένη βάση, μέσω δικτύου παροχών. Αργότερα όμως το μερίδιο αγοράς τους μειώθηκε και κυριάρχησαν οι προτιμώμενοι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών (PPO), οι οποίοι διατηρούν συμβόλαιο με δίκτυο παρόχων, αλλά αποζημιώνουν τους γιατρούς στη βάση της αμοιβής για κάθε προσφερόμενη υπηρεσία, διευκολύνοντας έτσι την αναζήτηση φροντίδας εκτός δικτύου. Το 2017, το 48% των πολιτών με ιδιωτική ασφάλιση ήταν συμβεβλημένοι με τους προτιμώμενους οργανισμούς παροχής υγείας, το 28% με προγράμματα σημαντικής έκπτωσης και μόνο το 14% με τους οργανισμούς διατήρησης υγείας. Το υπόλοιπο 10% εξυπηρετείται από σχέδιο στο σημείο εξυπηρέτησης (point of service plan, POS).

Οι «εκ της ιδιωτικής τσέπης» πληρωμές, είτε ως άμεσες πληρωμές από τους καταναλωτές, είτε ως συνασφάλιση και συμπληρωμές, έχουν αυξηθεί σημαντικά σε απόλυτους αριθμούς τα τελευταία χρόνια (375,6 δισεκατομμύρια για το 2018), αν και λόγω της αύξησης των συνολικών δαπανών για την υγεία, το ποσοστό που αντιπροσωπεύουν επί του συνόλου έχει μειωθεί. Έτσι, οι «εκ της τσέπης» δαπάνες κατατάσσονται σταθερά στην κορυφή, σε σύγκριση με άλλες χώρες υψηλών εισοδημάτων.

8.1.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Τα ασφαλισμένα άτομα συνήθως εισέρχονται στο ΣΥΠ μέσω ενός πάροχου πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αν και με ορισμένα είδη ασφάλισης (π.χ. προτιμώμενοι παροχείς υπηρεσιών υγείας, PPO) οι πολίτες μπορούν να απευθυνθούν χωρίς παραπομπή στον ειδικό. Τα ανασφάλιστα άτομα συχνά δεν διαθέτουν τακτικό παροχέα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αντ' αυτού επισκέπτονται τμήματα έκτακτης ανάγκης των νοσοκομείων, καθώς και κοινοτικά κέντρα υγείας, τα οποία παρέχουν ΠΒΦ για πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος, ανασφάλιστους και άτομα από μειονότητες. Το γεγονός αυτό δημιουργεί προβλήματα στη συνέχεια της φροντίδας,

αφού λόγω του κόστους της εκ της τσέπης πληρωμής μπορεί να είναι απρόθυμοι ή ανίκανοι να αναζητήσουν εξειδικευμένη, χειρουργική ή νοσοκομειακή περίθαλψη, εκτός εάν χρειάζονται επείγουσα φροντίδα. Τα τμήματα πρώτων βοηθειών σε νοσοκομεία που είναι συμβεβλημένα με το πρόγραμμα Medicare (σχεδόν όλα τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ) υποχρεούνται από το νόμο να παρέχουν φροντίδα σε οποιονδήποτε χρειάζεται επείγουσα θεραπεία, έως ότου σταθεροποιηθεί.

Τις τελευταίες δεκαετίες καταγράφεται σημαντική αύξηση του αριθμού των χειρουργικών και άλλων περιστατικών, των οποίων η φροντίδα διεκπεραιώνεται στα τμήματα ημερήσιας φροντίδας, με αποτέλεσμα η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο συνεχώς να μειώνεται. Ταυτόχρονα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν μετατοπίσει τη φροντίδα των ασθενών από το νοσοκομείο στο εξωτερικό ιατρείο ψυχικής υγείας. Οι εξελίξεις αυτές, μαζί με την αποκατάσταση, την κατ' οίκον φροντίδα και την ανακουφιστική περίθαλψη, έχουν συμβάλει σημαντικά στην εξοικονόμηση πόρων και την απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών. Επιπρόσθετα, ο λεγόμενος άτυπος φροντιστής, ο οποίος συνήθως προέρχεται από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, παίζει σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη των Ηνωμένων Πολιτειών, αφού το 23% των Αμερικανών παρέχουν κάποια μορφή άτυπης φροντίδας.

Τόσο οι ομοσπονδιακές, όσο και οι πολιτειακές και ιδιωτικές υπηρεσίες διαθέτουν προγράμματα για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη για συγκεκριμένους, ευάλωτους πληθυσμούς, όπως φυλετικές και εθνικές μειονότητες, άστεγους, πάσχοντες από λοιμώδη, μεταδοτικά νοσήματα (π.χ. AIDS) κ.λπ.

8.1.4 Αξιολόγηση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών

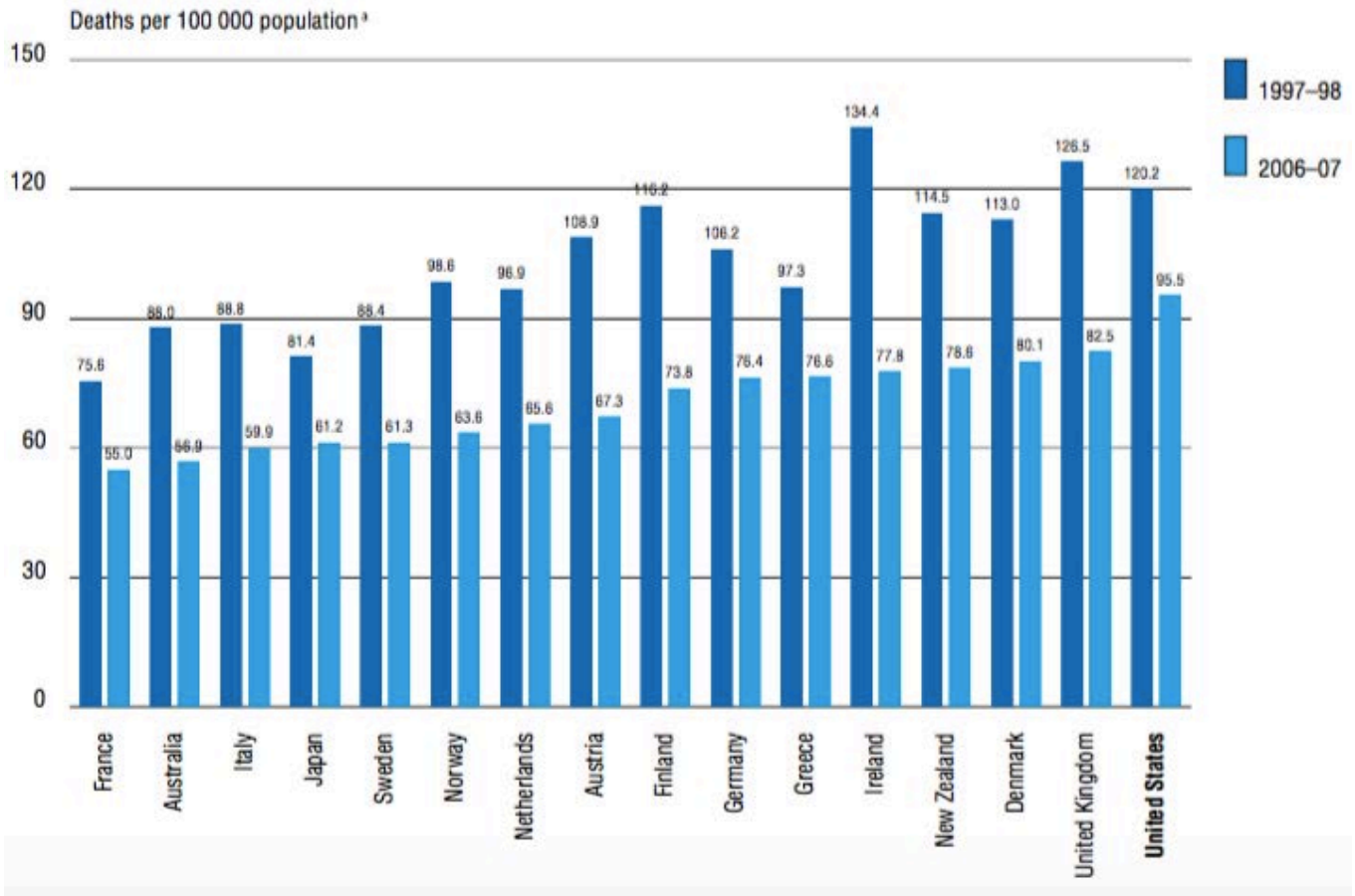
Αναντίλεκτα, το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών έχει σημαντικά πλεονεκτήματα, αλλά και αξιοσημείωτες αδυναμίες. Διαθέτει ένα μεγάλο και καλά εκπαιδευμένο τεχνικό δυναμικό λειτουργών υγείας, με ένα ευρύ φάσμα επιστημονικά καταρτισμένων ειδικών, καθώς και πλήρως εξοπλισμένα και στελεχωμένα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ιδρύματα και ένα ισχυρό ερευνητικό πρόγραμμα στον τομέα της υγείας. Όλες αυτές οι παράμετροι συμβάλλουν στο να καταγράφονται από τα καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα στον κόσμο, για επιλεγμένες υπηρεσίες. Την ίδια ώρα όμως, το σύστημα πάσχει από ελλιπή κάλυψη και ανεπαρκή φροντίδα για τους ανασφάλιστους. Πρόσθετα προβλήματα περιλαμβάνουν τα επίπεδα δαπανών υγείας ανά άτομο

που υπερβαίνουν κατά πολύ εκείνα άλλων προηγμένων χωρών, τα φτωχά σε κάποιες περιπτώσεις αποτελέσματα σε πολλά αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια ποιότητας και αποτελεσμάτων, την άνιση κατανομή πόρων μεταξύ των διαφόρων πολιτειών και μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων και τις καθυστερημένες προσπάθειες για την εισαγωγή της τεχνολογίας της πληροφορίας στον τομέα της υγείας. Καθώς αυξήθηκαν οι ανησυχίες για τρομοκρατικές επιθέσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών στράφηκαν σε ετοιμότητα για τρομοκρατία, αφήνοντας τρύπες σε άλλους τομείς της δημόσιας υγείας.

Σε σύγκριση με άλλες χώρες υψηλών εισοδημάτων, το προσδόκιμο ζωής στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι χαμηλότερο (78.5% στους άνδρες και 81.1% στις γυναίκες για το 2017) και η θνησιμότητα είναι υψηλότερη, αν και καταγράφεται διαφωνία σχετικά με το εάν αυτή η σχετικά χαμηλή απόδοση στο μέσο προσδόκιμο επιβίωσης οφείλεται αποκλειστικά σε διαρθρωτικά προβλήματα του ΣΥΠ. Επειδή μυριάδες πολιτιστικοί, κοινωνικό-οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τους ποιοτικούς αυτούς δείκτες της υγείας, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο βαθμός στον οποίο τα φτωχά αυτά αποτελέσματα σχετίζονται με το σύστημα υγείας, αν και φαίνεται ότι τουλάχιστον εν μέρει οφείλονται στην περιορισμένη πρόσβαση κάποιων πολιτών στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος στην οποία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση το τελευταίο διάστημα είναι η λεγόμενη υπαγόμενη θνησιμότητα, η οποία ορίζεται ως «οι πρόωροι θάνατοι από αίτια που δεν πρέπει να συμβαίνουν, όταν είναι διαθέσιμη έγκαιρη και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη» (Nolte, 2011). Οι ερευνητές άντλησαν δεδομένα από τη βάση δεδομένων θνησιμότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για να εκτιμήσουν τις μεταβολές στην υπαγόμενη θνησιμότητα σε 16 χώρες υψηλών εισοδημάτων μεταξύ των ετών 1997/8 και 2006/7. Πάνω από 30 αιτίες θανάτου ορίστηκαν ως δυνητικά υπαγόμενες σε παρεμβάσεις προηγμένων συστημάτων υγείας. Οι αιτίες αυτές μπορούν να συνοψιστούν ως «παιδικές λοιμώξεις, θεραπεύσιμοι καρκίνοι, διαβήτης, αγγειακές-εγκεφαλικές παθήσεις, υπέρταση και επιπλοκές κοινών χειρουργικών επεμβάσεων». Επιπλέον, οι συγγραφείς θεώρησαν ότι οι μισοί θάνατοι από ισχαιμική καρδιακή νόσο θεωρητικά ήταν αντιμετωπίσιμοι. Κατά την περίοδο 2006/7, οι Ηνωμένες Πολιτείες κατέγραψαν τον πιο υψηλό αριθμό υπαγόμενων θανάτων (95.5 ανά 100,000 πληθυσμού) έναντι όλων των άλλων χωρών, κατά 75% πιο ψηλό από εκείνο της

Γαλλίας (55 υπαγόμενοι θάνατοι ανά 100, 000 πληθυσμού) και κατά 16% υψηλότερο από το Ηνωμένο Βασίλειο. Όπως συνέβη και σε άλλους δείκτες θνησιμότητας, το ποσοστά υπαγόμενης θνησιμότητας των Ηνωμένων Πολιτειών είχε μειωθεί κατά 20% τα τελευταία 20 χρόνια, παρόμοια μείωση όμως κατέγραψαν και οι υπόλοιπες χώρες, με πιο ταχείς μάλιστα ρυθμούς, με αποτέλεσμα τα ποσοστά των θανάτων των άλλων χωρών να μειώνονται πιο γρήγορα.



Διάγραμμα 10: υπαγόμενη σε παραμέτρους του συστήματος υγείας θνησιμότητα σε 16 οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ των ετών 1997/8 και 2006/7 (Nolte, 2011).

8.1.5 Ηλεκτρονική Υγεία

Την τελευταία δεκαετία, το τοπίο της Τεχνολογίας Πληροφοριών της Υγείας στις ΗΠΑ γνώρισε έναν αξιοσημείωτο μετασχηματισμό. Η εφαρμογή του στρατηγικού σχεδιασμού πληροφορικής για την υγεία για τα έτη 2010-2015 δημιούργησε το ισχυρό υπόβαθρο για την εξάπλωση και την εδραίωση της ηλεκτρονικής υγείας. Από το 2015, μετά και την παροχή σχετικών κινήτρων, πάνω από 450,000 επιλέξιμοι επαγγελματίες και 4,800 επιλέξιμα νοσοκομεία συμμετέχουν ενεργά στη

χρήση του ΗΙΦ, μέσα από τα προγράμματα Medicare και Medicaid. Αρχικά οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στην υιοθέτηση του ΗΙΦ και στο θεμελιώδες έργο της ανταλλαγής πληροφοριών στον τομέα της υγείας. Οι επιτυχίες των αρχικών προσπαθειών οδήγησαν στην επιτάχυνση της ωρίμανσης της αγοράς πληροφορικής υγείας προς την ευρεία χρήση της πληροφορικής υγείας και της ανταλλαγής πληροφοριών. Αυτό εμπέδωσε στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση τις πραγματικές δυνατότητες και την προοπτική της συγκεκριμένης αγοράς, για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών και την υπεράσπιση συμφερόντων των ατόμων και των κοινοτήτων. Τα ομοσπονδιακά σχέδια επωφελήθηκαν από τη δέσμευση και τον συντονισμό κυβερνητικών υπηρεσιών ενός ευρύτερου φάσματος, καθώς και ενδιαφερόμενων φορέων του ιδιωτικού τομέα.

Μια τέτοια πρωτοβουλία, στην οποία δόθηκε η ονομασία 'Blue Button' και η οποία ήδη εφαρμόζεται, επιτρέπει στους πολίτες να συνδεθούν στο διαδίκτυο και να έχουν πρόσβαση στα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας τους διευκολύνοντας έτσι την πρόσβαση και τον έλεγχο των προσωπικών τους πληροφοριών υγείας. Προερχόμενη από Τμήμα Βετεράνων, η πρωτοβουλία Blue Button επεκτάθηκε γρήγορα πέρα από τον δημόσιο τομέα. Η προσπάθεια αυτή περιλαμβάνει περισσότερους από 650 δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς που έχουν δεσμευτεί να ενδυναμώσουν όλους τους πολίτες με ηλεκτρονική πρόσβαση στις πληροφορίες για την υγεία τους, υποστηρίζοντας τους με τη σχετική εκπαίδευση. Μέσα από την εφαρμογή προτύπων και την ανάλογη εκπαίδευση, η πρωτοβουλία αυτή επίδρασε ευεργετικά στην αύξηση της πρόσβασης των καταναλωτών στις πληροφορίες υγείας τους, οι οποίες προέρχονται από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων, σχεδίων υγείας, εργαστηρίων και φαρμακείων.

Ωστόσο, εξακολουθούν να υφίστανται διάφορα εμπόδια για τις ΗΠΑ, για να συνειδητοποιήσουν τα οφέλη από τη γενικευμένη χρήση πληροφορικής για την υγεία και την εκτεταμένη, διαλειτουργική και έγκαιρη ανταλλαγή των ιατρικών πληροφοριών σε ολόκληρη τη χώρα. Η έλλειψη σταθερής και αδιάλειπτης πρόσβασης σε προηγμένες ευρυζωνικές υπηρεσίες διαδικτύου μπορεί να είναι ένα εμπόδιο για τη σωστή λειτουργία του συστήματος υγείας. Ένα σύστημα υγείας, όπου μόνο ορισμένοι πάροχοι έχουν συστήματα πληροφορικής και πρόσβαση στους ίδιους και στους ασθενείς τους σε σταθερά διαθέσιμες και προηγμένες ευρυζωνικές συνδέσεις στο Διαδίκτυο μπορεί να οδηγήσει σε κενά φροντίδας με επαχθείς και επικίνδυνες

συνέπειες για τους ασθενείς, όπως σφάλματα κατά τη λήψη φαρμάκων ή τη μη διάθεση μελετών απεικόνισης. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κατάχρηση πόρων από παρόχους και φορείς της δημόσιας υγείας (**Office of the National Coordinator for Health Information Technology, 2015**).

Τόσο η διαθεσιμότητα, όσο και η χρήση της πληροφορικής της υγείας μεταξύ παρόχων που δεν επιλέγησαν για τα προγράμματα κινήτρων ΗΙΦ από τους κρατικούς ασφαλιστικούς φορείς Medicare και Medicaid, υστερούν σε σύγκριση με τους παρόχους που ήταν επιλέξιμοι για τα συγκεκριμένα προγράμματα. Αυτοί οι πάροχοι, οι οποίοι σε κάποιες περιπτώσεις εμπλέκονται στις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (Emergency Medical Services, EMS) και τη μακροχρόνια περίθαλψη, διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στη διατήρηση της υγείας των πολιτών και συχνά έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που απαιτούν συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών με την ευρύτερη κοινότητα του τομέα της υγείας. Άλλωστε, οι πολίτες που λαμβάνουν υπηρεσίες και φροντίδα από τέτοιους παρόχους συχνά είναι ευάλωτα άτομα και τέτοιου είδους πληροφορίες είναι εξαιρετικά χρήσιμες και μπορεί να έχουν σημαντικές επιδράσεις στην υγεία τους και στις αποφάσεις για τη φροντίδα τους.

Κεφάλαιο 9

Γενικό Σύστημα Υγείας Κύπρου

Το μέχρι πρόσφατα ισχύον σύστημα υγείας της Κύπρου, το οποίο πρωτοεφαρμόστηκε την εποχή της αποικιοκρατίας και με την πάροδο του χρόνου εξελίχθηκε σε δύο παράλληλα, ανταγωνιστικά συστήματα, του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα (**Theodorou, 2012**), είχε κατά καιρούς κριθεί ως ανεπαρκές και δυσλειτουργικό και κατά γενική ομολογία ολοκλήρωσε τον κύκλο του. Η γήρανση του πληθυσμού που καταγράφεται στις μέρες μας και η οποία αναπόφευκτα συνοδεύεται από την αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων νοσημάτων, το ψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα, αλλά και η πρόοδος στον τομέα της ιατρικής και της τεχνολογίας επέβαλαν τη ριζική μεταρρύθμισή του. Για το σκοπό αυτό, πριν από δύο δεκαετίες εκπονήθηκε ένα νέο εθνικό σύστημα υγείας.

9.1 Φιλοσοφία ΓεΣΥ

Η πρώτη νομοθεσία που αφορούσε τις πρόνοιες του, αλλά και τους τρόπους εφαρμογής του, είχε υπερψηφιστεί από τη **Βουλή των Αντιπροσώπων (2001)**, ενώ έκτοτε τροποποιήθηκε πέντε τουλάχιστον φορές. Οι καθ' ύλην αρμόδιοι του σχεδιασμού του ΓεΣΥ, αφού έτυχαν καθοδήγησης από διεθνείς, εξειδικευμένους οργανισμούς (μεταξύ αυτών και του ΠΟΥ) που εκπόνησαν σχετικές μελέτες, εστίασαν πρωτίστως:

- στην καθολικότητα του συστήματος,
- στην κοινωνική αλληλεγγύη (εισφορές αναλόγως της αμοιβής, του μισθού ή των απολαβών, δωρεάν ιατρική περίθαλψη για άνεργους και αναξιοπαθούντες, κ.λπ.)
- και στο δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει το θεράποντα ιατρό και το ιατρικό κέντρο που θα νοσηλευτεί, είτε από το δημόσιο, είτε από τον ιδιωτικό τομέα.

Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας είχε και διατηρεί ως πρώτιστο στόχο να είναι ανθρωποκεντρικό, να έχει δηλαδή στο επίκεντρο τον ασθενή/πολίτη και να στοχεύει στην ικανοποίηση των ψυχικών και σωματικών του αναγκών, από την γέννησή του (ή ακόμη και από

τη εμβρυϊκή του φάση), μέχρι και την ημέρα του θανάτου του, παρέχοντας του καθολικές, ολοκληρωμένες, άμεσες, αποτελεσματικές, αξιόπιστες και σύγχρονες υπηρεσίες υγείας, χωρίς περιορισμούς και διακρίσεις.

Μετά από μεγάλη χρονική καθυστέρηση, που οφειλόταν κυρίως στην έλλειψη πολιτικής βούλησης, αλλά και στη σύγκρουση συμφερόντων, εφαρμόζεται από την 1^η Ιουνίου του 2019 η πρώτη φάση του πολυαναμενόμενου νέου συστήματος υγείας, η οποία περιλαμβάνει την κάλυψη της πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Από την 1^η Ιουνίου του 2020, εάν και εφόσον δεν προκύψει οποιαδήποτε αδήριτη ανάγκη αναβολής της δεύτερης φάσης, αρχίζει και η εφαρμογή του συστήματος για την παροχή υπηρεσιών ενδονοσοκομειακά.

Αφού το Κοινοβούλιο ενέκρινε τη νομοθεσία περί της αυτονόμησης των κρατικών νοσηλευτηρίων, το Υπουργείο Υγείας συνέταξε τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚυΠυ) (**Βουλή των Αντιπροσώπων, 2017**), το δε υπουργικό συμβούλιο έχει διορίσει το διοικητικό του συμβούλιο. Στον ΟΚυΠυ το υπουργείο ανέθεσε το μεγαλεπήβολο έργο της αυτονόμησης των κρατικών νοσηλευτηρίων, με απώτερο στόχο αφενός να αποκεντρώσει τη διοίκηση και την οικονομική τους διαχείρισή από το ίδιο το υπουργείο και αφετέρου να τα καταστήσει ανταγωνιστικά έναντι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Έτσι, με δικά του έσοδα και προϋπολογισμό, μέσα σε ένα διάστημα πέντε ετών από την ίδρυσή του, θα μπορεί να παρέχει όλα τα εφόδια στα κρατικά νοσηλευτήρια, ούτως ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στο ρόλο της σπονδυλικής στήλης του νέου συστήματος υγείας.

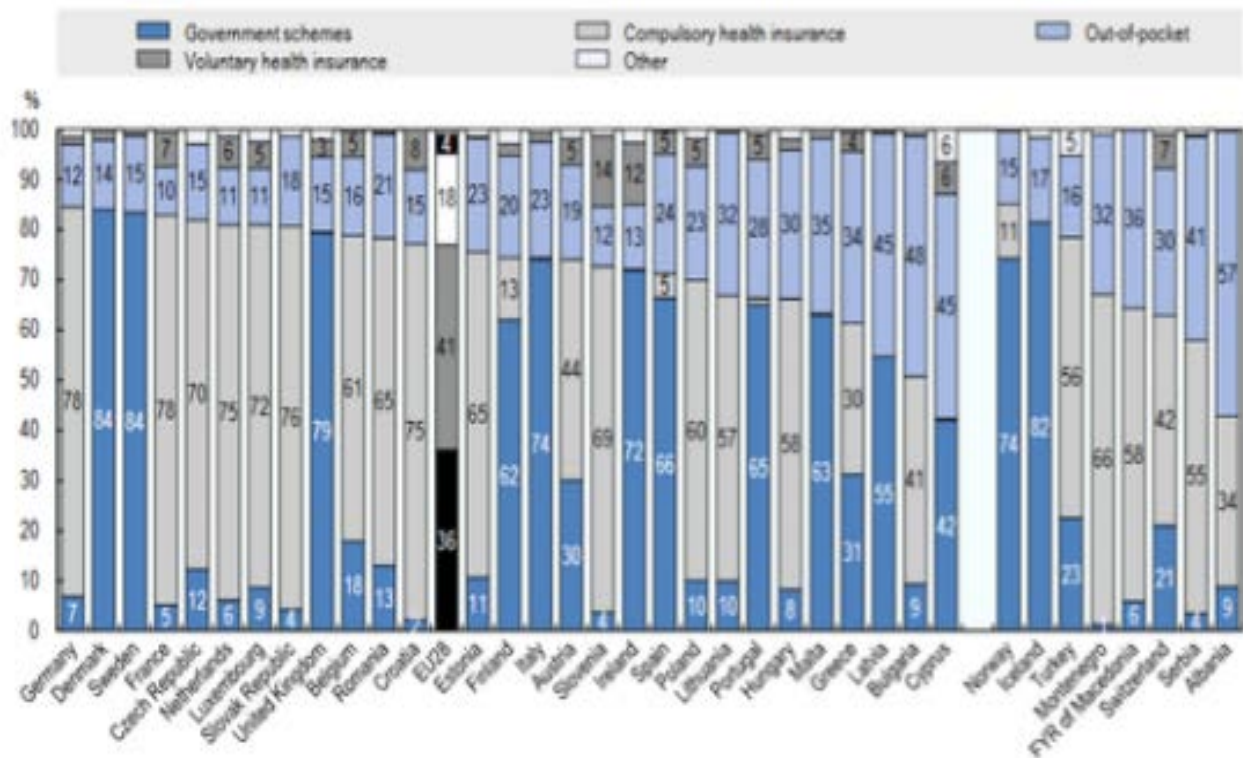
9.2 Βασικοί πυλώνες ΓΕΣΥ

Η εφαρμογή του ΓεΣΥ διαχρονικά αποτελεί την πιο σπουδαία μεταρρύθμιση του τόπου από την εγκαθίδρυση της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960. Το νέο σύστημα υγείας:

- βασίζεται σε συνεισφορές εργοδοτών, εργαζομένων, συνταξιούχων, καθώς και σε μέρος των γενικών εσόδων του κράτους, σε μια αναλογία η οποία έχει προκαθοριστεί και η οποία στοχεύει να είναι κοινωνικά δίκαιη. Άνεργοι, αναξιοπαθούντες κ.λπ. δεν απαιτείται να συνεισφέρουν, καθιστώντας το σύστημα κοινωνικά αλληλέγγυο.

- Παρέχει καθολική κάλυψη: δικαιούχοι είναι όλοι οι πολίτες που έχουν τη συνήθη διαμονή τους στις ελεγχόμενες από την κυβέρνηση της δημοκρατίας περιοχές και καταβάλλουν εισφορές στο ταμείο κοινωνικών ασφαλίσεων.
- Στοχεύει στο να είναι οικονομικά βιώσιμο, αποσκοπώντας μάλιστα και σε εξοικονομήσεις τόσο για το κράτος, όσο και για τους ίδιους τους πολίτες, οι οποίοι μέχρι πρόσφατα αναλογικά κάλυπταν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του προϋπολογισμού της υγείας (κοντά στο 45%) από την λεγόμενη «ιδιωτική τσέπη» **(διάγραμμα 11)**.
- Παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας, περιλαμβανομένης της φροντίδας από προσωπικούς και ειδικούς ιατρούς, των φαρμάκων, εργαστηριακών εξετάσεων, νοσοκομειακής περίθαλψης, υπηρεσιών στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών, κατ' οίκον φροντίδας, προληπτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών ασθενοφόρων, ανακουφιστικής φροντίδας και αποκατάστασης.
- Στο σύστημα συμμετέχουν παροχείς υπηρεσιών υγείας τόσο του δημόσιου, όσο και του ιδιωτικού τομέα, που επιλέγουν να συμβληθούν με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ) και οι οποίοι πληρούν τις απαιτήσεις που αφορούν στα προσόντα, στην υποδομή και τον εξοπλισμό τους.
- Έχει ως επίκεντρο το ρόλο 'φύλακα' (gatekeeper), τον οποίο διαδραματίζει ο προσωπικός ιατρός, πρωτίστως γενικοί ιατροί, ειδικοί στην εσωτερική παθολογία και παιδίατροι, στους οποίους οι δικαιούχοι αποκτούν δικαίωμα πρόσβασης, εφόσον πρώτα εγγραφούν στους καταλόγους Προσωπικού Ιατρού της επιλογής τους. Εφόσον ο προσωπικός ιατρός κρίνει ότι απαιτούνται υπηρεσίες φροντίδας υγείας από άλλο πάροχο (ειδικό ιατρό, εργαστήριο ή άλλους επαγγελματίες υγείας), τότε εκδίδει σχετικό παραπεμπτικό για τη συγκεκριμένη κατηγορία πάροχου. Το παραπεμπτικό ισχύει για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και για συγκεκριμένο αριθμό επισκέψεων.
- Ο δικαιούχος έχει δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του πάροχου υπηρεσιών υγείας (ειδικού ιατρού, φαρμακείου/φαρμακοποιού, εργαστηρίου, νοσηλευτηρίου, κ.λπ.)
- Ο ρόλος και η συμμετοχή των ασθενών στα κέντρα λήψης αποφάσεων έχει ήδη ενδυναμωθεί, ούτως ώστε οι ασθενείς/πολίτες να μπορούν να αρθρώνουν λόγο και να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, σε θέματα που τους αφορούν.
- Η αξιοποίηση της ηλεκτρονικής υγείας και του ηλεκτρονικού φακέλου, όταν αυτός εφαρμοστεί από την εθνική αρχή ηλεκτρονικής υγείας, αναμένεται να επιφέρει σημαντικά οφέλη, όπως εξοικονόμηση πόρων, αποφυγή λαθών, παροχή εργαλείων για

αποτελεσματικό έλεγχο και έρευνα, κ.λπ.). Για την εισαγωγή της ηλεκτρονικής υγείας, καθώς και για τον ίδιο τον ΗΦΥ, έχει ήδη από το 2019 θεσπιστεί σχετική νομοθεσία.



Διάγραμμα 11: δαπάνες υγείας με βάση την πηγή χρηματοδότησης ΟΟΣΑ, στατιστικά υγείας 2019, Eurostat database

Από οικονομικής σκοπιάς, η βιωσιμότητα του ΓεΣΥ επαφίεται στην εφαρμογή της φιλοσοφίας του σφαιρικού προϋπολογισμού, του οποίου η εκτίμηση προέκυψε από τη μοναδική αναλογιστική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το θέμα αυτό, τη μελέτη Mercer. Η μελέτη αυτή εκπονήθηκε σύμφωνα με τις πρόνοιες του Μνημονίου Συναντίληψης μεταξύ της Κυπριακής Δημοκρατίας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής από μέρους του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Στήριξης με σκοπό την επικαιροποίηση του υπολογισμού των εθνικών δαπανών υγείας, των δαπανών υγείας στο πλαίσιο του ΓεΣΥ και των ποσοστών εισφοράς που απαιτούνται για τη χρηματοδότησή του για την περίοδο 2016-2025. Χρησιμοποίησε ένα δυναμικό μοντέλο και έλαβε υπόψη το πρόσφατο και προβαλλόμενο οικονομικό περιβάλλον, στη βάση παραδοχών για την οικονομία που ετοίμασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Mercer, 2013).

9.3 Συστατικά στοιχεία ΓΕΣΥ

Τα βασικά συστατικά στοιχεία του ΓεΣΥ είναι τα ακόλουθα:

9.3.1 Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ)

Ως ο δια νόμου αρμόδιος για την εφαρμογή και την επίβλεψη του ΣΥΠ της Κύπρου έχει οριστεί ο ΟΑΥ, ο οποίος ιδρύθηκε με βάση τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο (Ν.89(1)/2001) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Οι κύριες αρμοδιότητες του ΟΑΥ είναι οι ακόλουθες:

- Να διαχειρίζεται το ταμείο που ιδρύεται με βάση τις πρόνοιες του σχετικού νόμου για τη χρηματοδότηση του ΓεΣΥ.
- Να προβαίνει στις απαραίτητες διευθετήσεις, για να εξασφαλίζει την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στους δικαιούχους.
- Να συλλέγει, να αναλύει και να παρουσιάζει δεδομένα και πληροφορίες, που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

9.3.2 Δικαιούχοι Ιατρικής Περίθαλψης

Είναι όλοι οι πολίτες που έχουν τη συνήθη διαμονή τους στις ελεγχόμενες από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχές και είναι Κύπριοι πολίτες, οι Ευρωπαίοι πολίτες που εργάζονται ή έχουν αποκτήσει δικαίωμα μόνιμης διαμονής, και οι πολίτες τρίτης χώρας, οι οποίοι εργάζονται ή έχουν αποκτήσει δικαίωμα ίσης μεταχείρισης, σύμφωνα με τις πρόνοιες της εθνικής νομοθεσίας καθώς και οι πρόσφυγες, που τελούν υπό καθεστώς συμπληρωματικής προστασίας.

9.3.3. Παροχές Υπηρεσιών Υγείας

Αφορά λειτουργούς της υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, τεχνικούς εργαστηρίων κλπ.) τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, αρκεί να είναι συμβεβλημένοι με τον ασφαλιστικό φορέα (Ο.Α.Υ.) και να πληρούν τις απαιτήσεις που αφορούν στα προσόντα, στην υποδομή και τον εξοπλισμό τους.

9.4 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα από την Εφαρμογή του ΓεΣΥ

Η εμπάθυνση στις διατάξεις, τους κανονισμούς και τις παραμέτρους του ΓεΣΥ αναντίρρητα αναδεικνύει πληθώρα πλεονεκτημάτων, έναντι του μέχρι πρόσφατα ισχύοντος συστήματος, αλλά και σειρά μειονεκτημάτων.

9.4.1 Πλεονεκτήματα

Σε θεωρητικό επίπεδο, το πρόσφατα εφαρμοσμένο σύστημα υγείας εκ του σχεδιασμού του φαίνεται να έχει όλα εκείνα τα στοιχεία, που το καθιστούν δίκαιο, λειτουργικό και βιώσιμο:

- καθολικότητα, αφού αφορά στην κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού,
- κοινωνική δικαιοσύνη και αλληλεγγύη,
- δικαίωμα επιλογής γιατρού και ιδρύματος για νοσοκομειακή περίθαλψη τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα, αρκεί να έχουν συμβληθεί με τον ΟΑΥ
- οικονομική βιωσιμότητα.
- Το σύστημα υγείας καλύπτει ακόμα την παροχή σημαντικών άλλων υπηρεσιών, όπως τα φάρμακα (σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται συμπληρωμή), τις εργαστηριακές εξετάσεις, την ιατρική αποκατάσταση κ.λπ.
- Όλες οι διαδικασίες (καταχώρηση ιατρικών δεδομένων, εξετάσεων και πράξεων, αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών, αποζημίωση, έλεγχος, έρευνα, κλπ.) γίνεται μέσα από ένα ενοποιημένο, ηλεκτρονικό σύστημα πληροφοριών, στο οποίο η πρόσβαση έχει παραχωρηθεί δωρεάν στους παρόχους υπηρεσιών υγείας από τον ΟΑΥ. Κατά γενική ομολογία, το λογισμικό αυτό εμφανίζει διάφορα προβλήματα που το καθιστούν δυσλειτουργικό και ελλειμματικό. Η στρέβλωση αυτή αναμένεται να διορθωθεί και τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν να υπερπηδηθούν με την εφαρμογή του ΗΙΦ από την αρμόδια εθνική αρχή.
- Για πρώτη φορά αποκτά λόγο και συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που την αφορούν, η κοινωνία των πολιτών, οι οργανωμένοι ασθενείς, μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί κ.λπ.

9.4.2 Μειονεκτήματα

Ο τομέας της υγείας περιλαμβάνει επεμβάσεις και μακροχρόνιες νοσηλείες, καθώς και τεχνολογικές, και φαρμακευτικές καινοτομίες που τον καθιστούν ιδιαίτερα δαπανηρό και πολυέξοδο. Η Κύπρος, μέσα και από το νέο ΓεΣΥ θα εξακολουθεί να επενδύει το χαμηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ στον τομέα της υγείας (περίπου 5.7%), έναντι των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, των οποίων ο μέσος όρος δαπανών είναι περίπου 8%. Για το 2018, το ΑΕΠ της χώρας ξεπέρασε τα 21 δισεκατομμύρια, ενώ ο προβλεπόμενος σφαιρικός προϋπολογισμός που αποτελεί βασική φιλοσοφία της εφαρμογής του ΓεΣΥ, με βάση την εκτίμηση της μελέτης Mercer, δεν ξεπερνά το 1 δισεκατομμύριο. Έτσι, ενώ αποσκοπεί στη συγκράτηση των δαπανών, εντούτοις, περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα βελτίωσης των αδυναμιών, παράκαμψης των εμποδίων του συστήματος και επένδυσης στην τεχνολογία.

Η φιλοσοφία της ανάθεσης του ρόλου του ιατρού «φύλακα» στους προσωπικούς ιατρούς (ανειδίκευτοι ιατροί, ειδικοί παθολόγοι, ειδικοί γενικής ιατρικής ή ο παιδίατροι) έχει εγγενείς αδυναμίες: ο συνολικός αριθμός των προσωπικών ιατρών στην Κύπρο είναι σχετικά μικρός, σε αντίθεση με τον αριθμό των ιατρών ειδικοτήτων, ο οποίος κρίνεται ικανοποιητικός. Έτσι οι προσωπικοί γιατροί καλούνται να καλύπτουν μεγάλο αριθμό (έως και 2500) ασθενών, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η άμεση και αποτελεσματική παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Έτσι, δεν αξιοποιείται κατάλληλα το έμπυχο προσωπικό των ειδικών ιατρών, ακόμα και για παθήσεις για τις οποίες επιβάλλεται η παρακολούθηση από εκείνους (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα, αρτηριακή υπέρταση κ.λπ.)

Ο ιατρικός κόσμος, παρά το γεγονός ότι έχει σε πολύ μεγάλο ποσοστό συμβληθεί με τον ασφαλιστικό φορέα του συστήματος, εντούτοις, εξακολουθεί να αντικρύζει κάποιες πρόνοιες του με αμφιβολία ή/και καχυποψία, αφού:

- Διατηρεί επιφυλάξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα ενός μόνο-ασφαλιστικού σχεδίου, καταργώντας στην ουσία τον ασφαλιστικό κλάδο στον τομέα της υγείας, που μέχρι πρόσφατα αποτελούσε τον κύριο αιμοδότη του ιδιωτικού τομέα της υγείας.
- Κρίνει ότι ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι ανεπαρκής: στηρίζεται σε εκτιμήσεις του 2013, δεν ανταποκρίνεται στη τρέχουσα πραγματικότητα και αναπόφευκτα,

μακροπρόθεσμα θα οδηγήσει στην υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

- Κρίνει ότι η αυτονόμηση των κρατικών νοσοκομείων, ακόμα και 5 χρόνια από την επίσημη εφαρμογή του συστήματος, αποτελεί ένα ανέφικτο και μη ρεαλιστικό στόχο και αναπόδραστα, σε βάθος χρόνου, θα θέσει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητά του. Η αποστολή των κρατικών νοσηλευτηρίων και η φύση των παρεχόμενων από εκείνα υπηρεσιών είναι τέτοια, που εκ των πραγμάτων είναι αδύνατη η οικονομική βιωσιμότητά τους, μέσα σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, έναντι ενός ισχυρού, άρτια εξοπλισμένου και καλά στελεχωμένου ιδιωτικού τομέα. Επιπρόσθετα, τα κρατικά νοσηλευτήρια έχουν κληρονομήσει αρκετές παθογένειες του δημόσιου τομέα, όπως για παράδειγμα η μονιμότητα του προσωπικού και η μη ισότιμη κατανομή του στις διάφορες πόλεις, προβλήματα, από τα οποία ο απεγκλωβισμός κρίνεται ιδιαίτερα δύσκολος.
- Σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί και το γεγονός ότι ο ΟΑΥ επιβάλλει τη χρήση του δικού του λογισμικού, ο οποίος πόρρω απέχει από ένα διαλειτουργικό και εύχρηστο ηλεκτρονικό φάκελο πολίτη/ασθενή. Η δε δημιουργία και η καθιέρωση του ιδανικού ΗΙΦ από την Εθνικής Αρχή Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΑΗΥ) επιβάλλεται να μην περιπλέξει την κατάσταση, με την ύπαρξη δύο παράλληλων ηλεκτρονικών φακέλων.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή του ΓεΣΥ αποτελεί μια μεταρρύθμιση-σταθμό στη σύγχρονη ιστορία του νεοσύστατου κυπριακού κράτους, ενώ ταυτόχρονα είναι και ένα καθοριστικό βήμα, από το οποίο αναμένεται η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επίτευξη του στόχου αυτού επαφίεται στην ίδια την πολιτεία, πρωτίστως όμως είναι άμεσα συνυφασμένη με τη στάση και συμπεριφορά που θα τηρήσουν οι πρωταγωνιστές του, που είναι ρυθμιστές και οι επόπτες του συστήματος, αλλά και οι ίδιοι οι πάροχοι και οι δικαιούχοι.

9.5 Ηλεκτρονική Υγεία στην Κύπρο

Η ηλεκτρονική υγεία στην Κύπρο διάνυσε τα πρώτα της, νηπιακά βήματα την τελευταία δεκαετία: μετά την τυποποίηση των σχετικών διαδικασιών, δημιουργήθηκε αρχικά στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και ακολούθως σε εκείνο της Αμμοχώστου η υποδομή για τη δημιουργία ενός υποτυπώδους ηλεκτρονικού φακέλου. Στα δύο αυτά μεγάλα νοσοκομεία, διασφαλίστηκε επίσης η αποτελεσματική ηλεκτρονική διαχείριση υλικών, καθώς και η ηλεκτρονική

συνταγογράφηση. Επιπρόσθετα, άρχισε σταδιακά να υλοποιείται η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος υγείας, το οποίο αποτελείται από πολλά άλλα υποσυστήματα και αφορά στην ηλεκτρονική εσωτερική λειτουργία των διαδικασιών των νοσοκομείων, όπως η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου, η διαχείριση ασθενή, η τιμολόγηση, η διαχείριση ηλεκτρονικής συνταγής, η ηλεκτρονική διαχείριση πληροφοριών εργαστηρίων κλπ. Σταδιακά, το σύστημα αυτό επεκτάθηκε και στα μεγάλα αστικά κέντρα υγείας. Ταυτόχρονα, δημιουργήθηκε και το πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης φαρμάκων, το οποίο λειτουργεί σε όλα τα κρατικά νοσηλευτήρια, τις φαρμακευτικές αποθήκες, αλλά και σε πολλά κέντρα υγείας.

Η εφαρμογή της πρώτης φάσης του ΓεΣΥ αναπόφευκτα οδήγησε και στην ευρεία αξιοποίηση του συστήματος πληροφορικής του ΟΑΥ τόσο από προσωπικούς, όσο και από ειδικούς ιατρούς. Το λογισμικό του οργανισμού περιλαμβάνει ηλεκτρονικούς φακέλους για όλους τους δικαιούχους του γενικού συστήματος υγείας, τα δεδομένα όμως που τηρούνται στους φακέλους αυτούς αποτελούν ένα μόνο μέρος του ΗΙΦ του κάθε πολίτη, ο οποίος αναμένεται να δημιουργηθεί από την Εθνική Αρχή Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΑΗΥ). Μέσω της εθνικής αρχής, όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα θα έχουν την υποχρέωση να διαθέτουν διαλειτουργικά ηλεκτρονικά συστήματα, τα οποία θα επικοινωνούν μεταξύ τους και θα είναι συμβατά το ένα με το άλλο.

Η Εθνική Αρχή Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΑΗΥ) αποτελεί νομικό πρόσωπο δημόσιου δικαίου, του οποίου τα καθήκοντα, οι εξουσίες και οι ιδιότητες διέπονται από τις διατάξεις του περί ηλεκτρονικής υγείας νόμου (59 (Ι)/2019). Μεταξύ άλλων, αρμοδιότητα της αρχής είναι η σύνταξη προτάσεων για το στρατηγικό όραμα, τις προτεραιότητες και τους στόχους της ηλεκτρονικής υγείας, καθώς και η διαμόρφωση οδικού χάρτη ενεργειών για τη διατήρηση ενός ηλεκτρονικού συστήματος υγείας σε εθνικό επίπεδο. Τέλος στρατηγικός στόχος της αρχής είναι και ο καθορισμός προτύπων και προδιαγραφών λειτουργίας, του πλαισίου λειτουργίας, χρηματοδότησης και εγκαθίδρυσης της ενιαίας τράπεζας ηλεκτρονικών φακέλων υγείας.

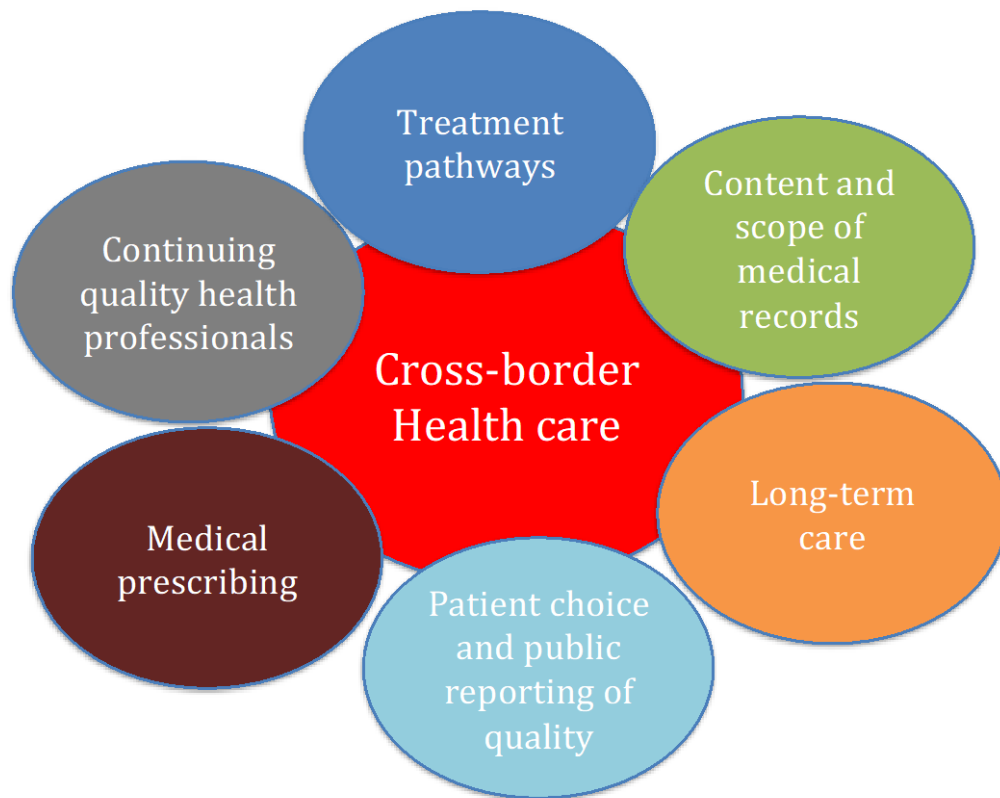
Κεφάλαιο 10

Διασυνοριακή Περίθαλψη

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) διακηρύσσει την απόλυτη της προσηλωση σε μια ανθρωποκεντρική πολιτική των κρατών μελών της, στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας των πολιτών της σε όλη την ευρωπαϊκή επικράτεια. Η ελεύθερη διακίνηση και εγκατάσταση των πολιτών μεταξύ των κρατών-μελών επέφερε την εκπόνηση ευρωπαϊκής οδηγίας του Ευρωπαϊκού συμβουλίου, που αργότερα υιοθετήθηκε και ως εθνικό δίκαιο από τα κράτη-μέλη «περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης» **(Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, 2011)**. Το κυπριακό κοινοβούλιο ενέκρινε και ενέταξε τη σχετική ευρωπαϊκή οδηγία στο εθνικό δίκαιο το 2013.

Με βάση το νομικό αυτό πλαίσιο αποσαφηνίζονται τα δικαιώματα των ευρωπαίων ασθενών αναφορικά με την πρόσβασή τους σε υγειονομική περίθαλψη από Ευρωπαϊκές χώρες, άλλες από εκείνη της μόνιμης διαμονής τους. Ταυτόχρονα, θεσπίζονται κανονισμοί για εύκολη και άμεση πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και προωθείται η συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών, με απόλυτο σεβασμό στα θέματα εθνικής οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, ορίζεται εθνικό σημείο επαφής για την κάθε χώρα-μέλος, το οποίο συντονίζει και εφαρμόζει την κοινοτική αυτή οδηγία, ενώ θεσπίζεται η δημιουργία ευρωπαϊκού δικτύου αναφοράς για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο την ανταλλαγή εμπειρογνωμοσύνης στην Ευρώπη, μέσα από τη συγκέντρωση γνώσεων, αλλά και πόρων. Τέλος, υποστηρίζεται η εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας. Πρόκειται για μια πραγματική καινοτομία για τους ευρωπαίους πολίτες, που συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας και ασφάλειας της περίθαλψης σε όλη την Ευρώπη, με ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στα συστήματα υγείας των χωρών της ΕΕ, κυρίως όμως στους ίδιους τους ευρωπαίους πολίτες **(Εικόνα 5)**.



Εικόνα 5: Διασυνοριακή περίθαλψη και οι θετικές της προεκτάσεις

10.1 Ευρωπαϊκό πρόγραμμα epSOS

Οι έξυπνες ανοιχτές ηλεκτρονικές υπηρεσίες για τους ευρωπαίους ασθενείς (Smart Open Services for European Patients, epSOS) είναι ένα έργο που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, με κύριο στόχο να αναπτύξει ένα πρακτικό πλαίσιο ηλεκτρονικής υγείας, μέσα από κατάλληλες υποδομές στον τομέα της πληροφορικής και επικοινωνιών, που θα επιτρέπουν τη διασυνοριακή διαλειτουργικότητα των συστημάτων ηλεκτρονικών μητρώων υγείας στην Ευρώπη, χωρίς να υπερβαίνει νομοθετικές και άλλες ρυθμίσεις και πρόνοιες των ήδη υφιστάμενων εθνικών συστημάτων. Το πρόγραμμα epSOS εστιάζει σε δύο χωριστές υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας, για τις οποίες αναζητούνται διαλειτουργικές λύσεις στη διασυνοριακή περίθαλψη:

- τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο (ΗΙΦ)
- την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (ΗΣΓ) (e-prescription) και την ηλεκτρονική διανομή (e-dispensing).

Ο ΗΙΦ παρέχει στους επαγγελματίες υγείας όλες τις απαραίτητες για την υγεία των ασθενών πληροφορίες στη γλώσσα των ασθενών, υπερβαίνοντας έτσι τα γλωσσικά εμπόδια που προκύπτουν, όταν οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια σε επείγουσα βάση ή προγραμματισμένα, σε άλλη χώρα. Η χρησιμότητα του ΗΙΦ και της ΗΣΓ αρχικά αναδείχθηκε μέσα από την εφαρμογή σεναρίων, που αποτέλεσαν απτά παραδείγματα της πρακτικής εφαρμογής και χρησιμότητας των διασυνοριακών αυτών εφαρμογών.

10.2 Ευρωπαϊκό πρόγραμμα Antilope

Το έργο αυτό αποσκοπεί στην εμπέδωση της διαλειτουργικότητας, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διασυνοριακό επίπεδο, μέσα από προσφορά εργαλείων, για πιο αποτελεσματικό έλεγχο των διαδικασιών. Το πρόγραμμα Antilope χρησιμοποιεί ευρέως αποδεκτά διεθνή πρότυπα (Health Level 7, HL7) και προφίλ (Integrating the Healthcare Enterprise, IHE) στην εφαρμογή των διάφορων σεναρίων, διευκολύνοντας τις διασυνοριακές λύσεις. Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- Βελτίωση του ευρωπαϊκού πλαισίου διαλειτουργικότητας για την ηλεκτρονική Υγεία, μέσα από ένα ολοκληρωμένο πακέτο περιπτώσεων χρήσης, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλη την Ευρώπη ως βάση για εθνικές και περιφερειακές υλοποιήσεις/εφαρμογές.
- Παροχή εργαλείων και σχημάτων, που μπορούν να υποβοηθήσουν στην από κοινού κατανόηση των ζητημάτων της διαλειτουργικότητας. Το πρόγραμμα παρέχει εκπαιδευτικό υλικό για συζητήσεις και συνεργασίες σε συνόδους κορυφής και άλλες δραστηριότητες.

10.3 Αξιολόγηση της Διασυνοριακής Περίθαλψης

Ειδική έκθεση του Ευρωπαϊκού Ελεγκτικού Συνεδρίου (2019) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ευρωπαίοι ασθενείς εξακολουθούν να δυσκολεύονται να αντλήσουν όλα τα οφέλη από τις δράσεις που προβλέπει η ευρωπαϊκή οδηγία. Μόνο μια μικρή μερίδα των δυνητικών ασθενών είναι ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους, όσο αφορά στην αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης εκτός των συνόρων της χώρας τους. Ταυτόχρονα, οι ελεγκτές εντόπισαν

προβλήματα και καθυστερήσεις στην ηλεκτρονική ανταλλαγή δεδομένων υγείας ασθενών μεταξύ των κρατών-μελών, ενώ προβλήματα διαπιστώθηκαν και στην περίθαλψη ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Επιπρόσθετα, οι ελεγκτές διαπίστωσαν ότι η αρμόδια ευρωπαϊκή επιτροπή είχε εποπτεύσει δεόντως τη μεταφορά της οδηγίας στο εθνικό δίκαιο, καθώς και τη εφαρμογή της από τα κράτη-μέλη. Παρείχε επίσης υποστήριξη στις χώρες για τη βελτίωση τη ενημέρωση των πολιτών, σχετικά με τα δικαιώματά τους στη διασυνοριακή περίθαλψη, αν και εξακολουθούν να υπάρχουν σημεία που χρήζουν βελτίωσης. Από την άλλη, η επιτροπή υποτίμησε τις δυσκολίες που συνεπαγόταν η ανάπτυξη των υποδομών ηλεκτρονικής υγείας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση και δυστυχώς δεν αξιολόγησε σωστά ούτε τη δυνητική χρήση, ούτε την οικονομική αποδοτικότητα της διασυνοριακής ανταλλαγής δεδομένων της υγείας. Οι δαπάνες για την επιστροφή των εξόδων περίθαλψης στο εξωτερικό βάσει της οδηγίας εκτιμάται ότι ανέρχεται μόλις στο 0,004% του ετήσιου προϋπολογισμού ολόκληρης της Ε.Ε. για την υγειονομική περίθαλψη.

Συμπερασματικά, οι δράσεις της Ε.Ε. στον τομέα της διασυνοριακής περίθαλψης παραμένουν φιλόδοξες και ασθενο-κεντρικές και αναντίρρητα ενισχύουν τη συνεργασία των καρτών-μελών, απαιτείται όμως καλύτερη διαχείριση και οργάνωση για την ευόδωση της ολοκληρωμένης εφαρμογής της.

Κεφάλαιο 11

Επίλογος

Μέσα από τη διατριβή αυτή αρχικά επιχειρήθηκε η ενδελεχής μελέτη και η ακολούθως η λεπτομερής ανάλυση και καταγραφή των βασικών πτυχών των συστημάτων υγείας, που αφορούν χώρες, οι οποίες θεωρούνται οι κύριοι εκπρόσωποι διαφόρων τύπων των ΣΥΠ. Εξ αρχής αναγνωρίστηκε, ότι η οποιαδήποτε ταξινόμηση των συστημάτων υγείας μπορεί να κριθεί ως υποκειμενική και δικαίως μπορεί να επικριθεί για την ορθότητά της και για το κατά πόσο αποτυπώνει την πραγματικότητα. Πολλές φορές, άλλωστε, οι διαχωριστικές γραμμές μεταξύ των διαφόρων συστημάτων είναι λεπτές και ασαφείς, ενώ τα ίδια τα συστήματα υγείας συνεχώς μεταβάλλονται και εξελίσσονται, ανάλογα και με την οικονομική και την πολιτική κατάσταση που επικρατεί στις χώρες που εφαρμόζονται.

Για πρακτικούς λόγους, αλλά και για λόγους εμβάθυνσης και συζήτησης των συστημάτων υγείας, επιλέγηκε μια σύγχρονη ταξινόμηση, η οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε διαστάσεις, όπως το ποιοι ασκούν το ρόλο του ρυθμιστή, από που χρηματοδοτείται το σύστημα και ποιοι είναι εκείνοι, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες. Έτσι, επελέγησαν διάφορες, κατά κύριο λόγο προηγμένες χώρες με ιστορική παράδοση στη παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσα από οργανωμένα και αποδοτικά εθνικά συστήματα υγείας. Αξιολογήθηκε και ακολούθως καταγράφηκε η πορεία τους στον τομέα της υγείας τα τελευταία χρόνια, ενώ σημειώθηκαν οι αλλαγές και οι καινοτομίες, τις οποίες οι διάφορες χώρες εφάρμοσαν, προκειμένου να εκσυγχρονίσουν τα συστήματά τους. Καταγράφηκαν επίσης τα μειονεκτήματα, οι αδυναμίες και οι ανισότητες που παρατηρούνται στις χώρες αυτές, αφού κατά γενική παραδοχή, κανένα από τα συστήματα υγείας δεν μπορεί να θεωρείται ολοκληρωμένο, ιδανικό και αψεγάδιαστο.

Η Κύπρος διέρχεται μέσα από μια φάση ολικής αναδιοργάνωσης και μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας, μετά και από την πρόσφατη εφαρμογή του ΓεΣΥ. Πρόκειται για μια μεγάλη και μακρόπνοη πρόκληση, που αφορά το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου, για αυτό και οι εμπλεκόμενοι εταίροι αναγνωρίζουν ότι δεν υπάρχουν περιθώρια αποτυχίας. Για την επίτευξη

όμως του στόχου της εδραίωσης ενός αποτελεσματικού, άμεσου και ποιοτικού συστήματος υγείας, απαιτείται η ενεργός συμβολή όλων.

Η μετακινήσεις πληθυσμών μεταξύ των ευρωπαϊκών (και άλλων) χωρών, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των κρατών, η οποία να διασφαλίζει και εκτός συνόρων την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Σε αυτό αποσκοπεί η διασυνοριακή περίθαλψη, η οποία αν και εδώ και 10 περίπου χρόνια αποτελεί επίσημη ευρωπαϊκή οδηγία, εξακολουθεί δυστυχώς να μην τυγχάνει ευρείας αποδοχής και προπαντός εφαρμογής.

Η ηλεκτρονική υγεία αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της σύγχρονης εποχής, η αξιοποίηση της οποίας μπορεί να αποτελέσει την κινητήρια δύναμη για την εφαρμογή ενός αποδοτικού συστήματος υγείας. Παρέχει αναρίθμητα εφόδια, πρωτίστως στους ίδιους τους πολίτες-ασθενείς, στους λειτουργούς της υγείας, αλλά και στους διοικούντες του τομέα της υγείας και κατ' επέκταση στην ίδια τη χώρα. Η εφαρμογή της σε όλες τις εκφάνσεις της, αποτελεί απτή απόδειξη για την πρόοδο μιας χώρας στον τομέα της υγείας, ενώ συνδράμει ουσιαστικά στην επίτευξη του στόχου για τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Βουλή των Αντιπροσώπων (2017) Ο Περί Ίδρυσης Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας Νόμος του 2017 (73(I)/2017. http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2017_1_73/division-dd082b28f5-b191-4e5c-a1af-ab3938efa6d7.html [πρόσβαση: 25 Μαρτίου 2020]
2. Βουλή των Αντιπροσώπων (2001) Ο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος 89 (I)/2001. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2001_1_089.pdf [πρόσβαση: 25 Μαρτίου 2020]
3. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014) Αποτελέσματα της Επιτροπής για Αποτελεσματικά, Προσβάσιμα και Ανθεκτικά Συστήματα Υγείας. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_el.pdf [πρόσβαση: 18 Ιανουαρίου 2020]
4. Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο (2019) Δράσεις της Ε.Ε. στον Τομέα της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης: Αρκετές Φιλοδοξίες, Αλλά Απαιτείται η Βελτίωση της Διαχείρισης. <https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/cross-border-health-care-7-2019/el/index.html> [Πρόσβαση: 28 Μαρτίου 2020]
5. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο (2011) Οδηγία 2011/24/ΕΕ Περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο Πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN> [Πρόσβαση: 25 Μαρτίου 2020].
6. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση
7. Λιαρόπουλος, Α. (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Αγγλική Βιβλιογραφία

1. Annel, A., Glenngård, A., & Merkur, S. (2012) Health Systems In Transition in Sweden: Health System Review. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2020]
2. Arslan, P. (2016) *Mobile Technologies As A Health Care Tool*. New York: Springer.
3. Blumenthal, D., Tavenner, M. (2010) The “Meaningful Use” Regulation for Electronic Health Records. *New England Journal of Medicine*, 363(6), pp.501-504.
4. Blümel, M., Busse, R. (2018) International Health Care Systems Profiles: the German Health Care System. <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/> [Πρόσβαση: 12 Φεβρουαρίου 2020]
5. Böhm, K., Schmid, A. & Götze, R. (2012). Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/64809/1/726547131.pdf> [Πρόσβαση: 22 Ιανουαρίου 2020]
6. Bump, J. (2010) The Long Road to Universal Health Coverage: A Century of Lessons for Development Strategy. <https://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/DIM-The-Long-Road-to-UHC.pdf> [Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2020]
7. Busse, R., Blümel, M., Knieps, F. & Bärnighausen, T. (2017) Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), pp.882-897.
8. Busse, R., Blümel, M. (2014) Health Systems In Transition in Germany: Health System Review. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1 [Πρόσβαση: 08 Φεβρουαρίου 2020]
9. Caracci, G., Gangale, A., Raho, V., & Ciampichetti, C. (2017) Agenzia Nazionale per I Servizi Regionali: the Italian National Accreditation System: a New Course of Action. http://ehma.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/Caracci_Regulations.pdf [Πρόσβαση: 11 Φεβρουαρίου 2020]
10. Centers of Medicare and Medicaid Services (2018) National Health Expenditure Projections: Forecast Summary <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and->

- [Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/ForecastSummary.pdf](#) [Πρόσβαση: 12 Μαρτίου 2020].
11. Chevreur, K., Brigham, K., Durand-Zaleski, I. & Hernandez-Quevedo, C. (2015) Health System in Transition: France. Health System Review.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf
[Πρόσβαση: 19 Φεβρουαρίου 2020].
 12. Crompton, P. (2009) The National Programme For Information Technology – An Overview.<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17453050701496334?journalCode=ijau20> [Πρόσβαση: 09 Φεβρουαρίου 2020].
 13. Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neil, C. & Steel, D. (2015) Health Systems In Transition: United Kingdom: Health System Review.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf?ua=1
[Πρόσβαση: 05 Φεβρουαρίου 2020].
 14. Department of Health and social care (2019) The Government’S Revised Mandate To NHS England For 2018-19.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/803111/revised-mandate-to-nhs-england-2018-to-2019.pdf [Πρόσβαση: 08 Φεβρουαρίου 2020].
 15. Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Andersen, A., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F., Jeune, B., Jørgensen, T. and Søgaaard, J., 2012. Health Inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8_suppl), pp.12-105.
 16. e-Health Ireland (2013) e-health strategy for Ireland.
<https://www.ehealthireland.ie/Knowledge-Information-Plan/eHealth-Strategy-for-Ireland.pdf> [Πρόσβαση: 12 Φεβρουαρίου 2020].
 17. European Commission, Public Health. (2015) E-health Policy.
http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm [Πρόσβαση 31 Ιανουαρίου 2020].
 18. European Commission. (2012) Ehealth Action Plan 2012-2020 - Innovative Healthcare For The 21st Century. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ehealth-action-plan-2012-2020-innovative-healthcare-21st-century> [Πρόσβαση 31 Ιανουαρίου 2020].
 19. Ferré, F., de Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W., & Maresso, A. (2014) Health Systems In Transition. Italy: Health System Review.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf

[Πρόσβαση: 13 Φεβρουαρίου 2020].

20. Freeman, R. and Frisina, L. (2010) Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12(1-2), pp.163-178.
21. Giaimo, S. and Manow, P. (1999) Adapting the Welfare State. *Comparative Political Studies*, 32(8), pp.967-1000.
22. Grielen, S. (2000) Unity of diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. *The European Journal of Public Health*, 10(4), pp.249-254.
23. Hochman, M., Robinson, J. and Dhanireddy, K. (2018) Implications of Medicare's Value-Based Payment Initiative for Specialty Health Systems. *The American Journal of Medicine*, 131(2), pp.117-118.
24. Huang, H. (2013) Medical imaging, PACS, and imaging informatics: retrospective. *Radiological Physics and Technology*, 7(1), pp.5-24.
25. Immergut, E. (1998) *Health Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
26. Kajbjer, K., Nordberg, R. & O Klein, G. (2010) Electronic Health Records In Sweden: From Administrative Management To Clinical Decision Support.
https://www.researchgate.net/publication/221271382_Electronic_Health_Records_in_Sweden_From_Administrative_Management_to_Clinical_Decision_Support/link/577e54b008aed807ae7b11b4/download [Πρόσβαση 11 Φεβρουαρίου 2020].
27. Kroneman, M., Boerma, W., van de Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016) Health Systems in Transition: Netherlands, Health System Review.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
[Πρόσβαση: 18 Φεβρουαρίου 2020].
28. Kyriacou, E., Pavlopoulos, S., Berler, A., Neophytou, M., Bourka, A., Georgoulas, A., Anagnostaki, A., Karayiannis, D., Schizas, C., Pattichis C, Andreou, A., & Koutsouris, D. (2003) Multi-Purpose Healthcare Telemedicine Systems With Mobile Communication Link. Support.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153497/pdf/1475-925X-2-7.pdf> [Πρόσβαση: 02 Φεβρουαρίου 2020].
29. Mainz, J., Kristensen, S. and Bartels, P. (2015) Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(6), pp.523-527.

30. McDaid, D., Wiley, M., Maresso, A., & Mossialos E. (2009) Health Systems In Transition in Ireland: Health System Review.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf [Πρόσβαση: 13 Φεβρουαρίου 2020].
31. Mercer (2013) Actuarial Study of Cyprus National Health Expenditure and National Health System. https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=en_US&lookuphost=/en-us/&lookuppage=hiostudies [Πρόσβαση: 15 Μαρτίου 2020].
32. Moran, M. (2000) Understanding the Welfare State: The Case of Health Care. *The British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), pp.135-160.
33. National Institute for Health and Care Excellence (2020) NICE guidance.
<https://www.nice.org.uk/guidance> [Πρόσβαση: 6 Φεβρουαρίου 2020].
34. National IT institute for Healthcare, Nictiz (2008) e-Health in the Netherlands: Policies, Developments and Status of Cross-Enterprise Information Exchange in Dutch Healthcare.
<https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/document/2014-12/eHealth%20in%20the%20Netherlands%20-%20Policies%2C%20developments%20and%20status%20of%20cross-enterprise%20information%20exchange%20in%20Dutch%20healthcare.pdf> [Πρόσβαση: 19 Φεβρουαρίου 2020].
35. Nay, O., Béjean, S., Benamouzig, D., Bergeron, H., Castel, P. and Ventelou, B. (2016). Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *The Lancet*, 387(10034), pp.2236-2249.
36. Nolte, E., McKee, M. (2011) Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 high-Income Nations. *Health Policy*, 103(1), pp.47-52.
37. Office of the National Coordinator for Health Information Technology (2015) Federal Health IT Strategic Plan 2015-2020. https://www.healthit.gov/sites/default/files/9-5-federalhealthitstratplanfinal_0.pdf [Πρόσβαση: 28 Φεβρουαρίου 2020].
38. Olejaz, M., Nielsen A., Rudkjøbing, A., Birk, H., Krasnik, A. & Hernández-Quevedo, C (2012) Health Systems In Transition in Denmark: Health System Review.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf [Πρόσβαση: 12 Φεβρουαρίου 2020].
39. Purcell, D. (2008) The Strategic Value of Standards Education: A Global Survey Conducted by The Center for Global Standards Analysis.

- [https://share.ansi.org/Shared%20Documents/Education%20and%20Training/Strategic%20Standardization/Center's%20Global%20Survey%20Report%20\(August%202008\).pdf](https://share.ansi.org/Shared%20Documents/Education%20and%20Training/Strategic%20Standardization/Center's%20Global%20Survey%20Report%20(August%202008).pdf) [Πρόσβαση: 30 Ιανουαρίου 2020].
40. Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L., Barnes, A., Saltman, R., & van Ginneken, E. (2013) Health Systems In Transition in United States of America: Health System Review. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf [Πρόσβαση: 02 Μαρτίου 2020].
41. Rothgang, H., Cacace, M., & Grimmeisen, S. (2005) The Changing Role of the State in Healthcare Systems. *European Review*, 13(S1), pp.187-212.
42. Scandurra, I., Pettersson, M., Eklund, B. & Lyttkens, L. (2017) Analysis of the Updated Swedish Regulatory Framework of the Patient Accessible Electronic Health Record in Relation to Usage Experience. https://www.researchgate.net/profile/Isabella_Scandurra/publication/322252719_Analysis_of_the_Updated_Swedish_Regulatory_Framework_of_the_Patient_Accessible_Electronic_Health_Record_in_Relation_to_Usage_Experience/links/5bb3579d92851ca9ed340219/Analysis-of-the-Updated-Swedish-Regulatory-Framework-of-the-Patient-Accessible-Electronic-Health-Record-in-Relation-to-Usage-Experience.pdf [Πρόσβαση: 11 Φεβρουαρίου 2020].
43. Steffen, M. (2010) The French Health Care System: Liberal Universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(3), pp.353-387.
44. Stroetmann, K., Artmann, J., & Giest, S. (2010) e-Health Strategies Country Brief: Germany. http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Germany_CountryBrief_eHS_12.pdf [Πρόσβαση: 12 Φεβρουαρίου 2020]
45. Theodorou, M., Charalambous, C., Petrou, C., & Cylus, J. (2012) Health Systems in Transitions: Cyprus, Health System Review. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/174041/Health-Systems-in-Transition_Cyprus_Health-system-review.pdf [Πρόσβαση: 18 Μαρτίου 2020].
46. Wendt, C., Frisina, L. & Rothgang, H.(2009) Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), pp.70-90.
47. World Health Organization. (1946) Constitution. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [Πρόσβαση: 17 Ιανουαρίου 2020].