



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Σύγκριση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας με τα Συστήματα Υγείας της
Ελβετίας, της Γερμανίας, της Αυστρίας και της Αγγλίας**

Γεώργιος Σ. Σαββίδης

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Καλλιόπη Ηλιού

Πτολεμαΐδα, Σεπτέμβριος 2023



UNIVERSITY OF WESTERN MACEDONIA
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY

**Comparison of the Greek Health System with the Health Systems of
Switzerland, Germany, Austria and England**

Georgios S. Savvidis

THESIS

Supervisor: Dr Kalliopi Iliou

Ptolemaida, September 2023

Δήλωση περί Πνευματικών Δικαιωμάτων

Δηλώνω ρητά ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «**Σύγκριση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας με τα Συστήματα Υγείας της Ελβετίας, της Γερμανίας, της Αυστρίας και της Αγγλίας**» έχει εκπονηθεί στο Τμήμα Εργοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, υπό την επίβλεψη της διδάσκουσας Δρ. Καλλιόπης Ηλιού, και συνιστά έργο πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου όσο και του Ιδρύματος. Βεβαιώνω δε ότι η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν προσβάλλει καμίας μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους.

Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται σαφώς τόσο στο κείμενο όσο και στη βιβλιογραφία, ενώ κάθε εξωτερική βοήθεια, εφόσον υπήρξε, αναγνωρίζεται ρητά. Οι όποιες πηγές χρησιμοποιήθηκαν για την άντληση δεδομένων, ιδεών ή/και αρχείων, είτε αυτούσιων είτε παραφρασμένων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο σύνολό τους εντός του κειμένου με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή των συγγραφέων, του εκδοτικού οίκου ή του περιοδικού, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολόκληρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικούς σκοπούς. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν στη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικούς λόγους θα

πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο. Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Εργοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Πτολεμαΐδα, Σεπτέμβριος 2023

Ο δηλών



Copyright © Γεώργιος Σαββίδης

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

1. Δρ. Καλλιόπη Ηλιού,

Διδάσκουσα ΕΛΚΕ,

Τμήμα Εργοθεραπείας Π.Δ.Μ.,

Επιβλέπουσα

2. Γεώργιος Κοντέος,

Καθηγητής, Μέλος Συμβουλίου Διοίκησης ΠΔΜ

Τμήμα Οργάνωσης & Διοίκησης Επιχειρήσεων Π.Δ.Μ.

3. Κων/νος Γεωργίου,

Επίκουρος Καθηγητής,

Τμήμα Εργοθεραπείας Π.Δ.Μ

Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο επιθυμώ να ευχαριστήσω όλους όσους με υποστήριξαν και με κινητοποίησαν κατά τη συνολική διάρκεια των σπουδών μου, τόσο το διδακτικό, όσο και το διοικητικό προσωπικό του τμήματος Εργοθεραπείας.

Πρωτίστως εκφράζω τις ευχαριστίες μου στην καθηγήτριά μου Δρ. Ψυχιατρικής κυρία Καλλιόπη Ηλιού, η οποία επέβλεψε και αξιολόγησε την πτυχιακή μου εργασία. Για τις βοηθητικές και βελτιωτικές της προτάσεις, αλλά και την δημιουργική της κριτική την ευχαριστώ εγκάρδια. Οι ευχαριστίες μου απευθύνονται επίσης προς τα δύο μέλη της 3μελούς εξεταστικής επιτροπής, τον καθηγητή και μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης του ΠΔΜ κ. Γεώργιο Κοντέο και τον Επίκουρο καθηγητή του Τμήματος Εργοθεραπείας κ. Κων/νο Γεωργίου.

Ιδιαίτερος ευχαριστώ τη σύζυγό μου Σοφία Σαχταρίδου και τη μικρή μου πριγκίπισσα Άννα για τη δυνατή τους ηθική στήριξη σε ολόκληρη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω του γονείς μου Σεραφείμ Σαββίδη και Άννα Παπαστεργίου, οι οποίοι υποστήριξαν την ολοκλήρωση των σπουδών μου και βρίσκονται στο πλευρό μου σε κάθε στιγμή της ζωής μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	5
SUMMARY.....	5
AIM AND METHODOLOGY.....	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΝΟΣ ΚΑΛΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
Η Αρχή του Κοινωνικού Κράτους και της Αλληλεγγύης.....	20
Η Αρχή της Επικουρικότητας	20
Η Αρχή του Αυτοδιοίκητου	21
Χρηματοδότηση Μέσω Ασφαλιστικών Εισφορών, Φορολογίας Ή Ιδιωτικών Ασφαλιστρών	21
Η Αρχή της Υποχρεωτικότητας	22
Η Αρχή Της Οικονομικότητας και της Αποτελεσματικότητας.....	22
ΔΟΜΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	23
ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΤΩΝ ΜΕ ΜΟΝΤΕΛΟ BISMARCK	25
Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας.....	25
<i>Η Κοινωνική Ασφάλιση πριν τον Bismarck</i>	<i>25</i>

<i>Η Πολιτική Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας από τον Bismarck</i>	28
<i>Το Κοινωνικό Σύστημα Ασφάλισης της Γερμανίας μετά το 1990</i>	30
<i>Κατάταξη του Γερμανικού Συστήματος Υγείας</i>	36
<i>Το Σύστημα Ασφάλισης της Αυστρίας</i>	38
<i>Το Σύστημα Υγείας – Ασθενείας της Αυστρίας</i>	39
<i>Οι Δαπάνες του Συστήματος Ασφάλισης της Αυστρίας</i>	43
<i>Κατάταξη του Αυστριακού Συστήματος Υγείας</i>	43
<i>Το Ελβετικό Κοινωνικό Σύστημα Ασφάλισης</i>	46
<i>Οι Δαπάνες του Συστήματος Ασφάλισης της Ελβετίας</i>	49
<i>Μοντέλα Ασφάλισης στην Ελβετία</i>	52
1) Το στάνταρ μοντέλο	52
2) Το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού.....	52
3) Το τηλεϊατρικό μοντέλο.....	52
4) Το μοντέλο ΗΜΟ.....	53
<i>Κατάταξη του Συστήματος Υγείας της Ελβετίας</i>	53
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ	54
<i>Η Δομή και Οργάνωση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο</i>	56
<i>Παροχές Υγείας</i>	57
<i>Δαπάνες και Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας του Ην. Βασιλείου</i>	59
<i>Κατάταξη του Συστήματος Υγείας του Ην. Βασιλείου</i>	60

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ Η.Π.Α., ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ	
ΑΓΟΡΑΣ	62
Δομή και Οργάνωση του Συστήματος	62
<i>Το Ιδιωτικό Μοντέλο ή Μοντέλο της Ελεύθερης Αγοράς</i>	<i>62</i>
<i>Ιδιωτική Ασφάλιση.....</i>	<i>64</i>
<i>Κρατικά Προγράμματα Ασφάλισης</i>	<i>65</i>
<i>Η Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση «ΟΒΑΜΑ»</i>	<i>66</i>
<i>Παροχές</i>	<i>67</i>
<i>Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας στις Η.Π.Α.</i>	<i>69</i>
<i>Κατάταξη του Συστήματος Υγείας των Η.Π.Α.</i>	<i>70</i>
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	71
Η Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	73
Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	77
Η Κατάταξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	79
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΒΕΤΙΑΣ – ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ – ΑΥΣΤΡΙΑΣ – ΗΝ.	
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΑΙ Η.Π.Α.	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	86
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	94

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγεία αποτελεί το μέγιστο ατομικό αγαθό κάθε ανθρώπου. Επίσης, η υγεία παίζει ένα σημαντικότατο ρόλο σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής με συνέπεια να εισέρχεται ολοένα και περισσότερο στον πολιτικό διάλογο και την πολιτική αντιπαράθεση. Η αστυφιλία σε συνδυασμό με τις σταδιακές δημογραφικές μεταβολές και την εκρηκτική εξέλιξη της ιατρικής διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας, αυξάνουν τις δαπάνες και πιέζουν αφόρητα τα συστήματα υγείας παγκοσμίως.

Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως εμφανίζουν μεταξύ τους εν μέρει σημαντικές διαφορές. Διακρίνουμε κυρίως τρεις (3) βασικούς τύπους (πίνακας 1).

1. **Μοντέλο Bismarck:** χρηματοδοτείται αποκλειστικά από εισφορές.
2. **Μοντέλο Beveridge:** χρηματοδοτείται αποκλειστικά από φόρους των πολιτών.
3. Το **ιδιωτικό μοντέλο:** Η ιδιωτική ασφάλιση.

Βεβαίως θα μπορούσε κανείς να φανταστεί και τη λειτουργία υβριδικών μορφών.

Οι συνολικές δαπάνες των συστημάτων υγείας που συγκρίνονται σε αυτήν την εργασία, ως ποσοστό του ΑΕΠ κατατάσσονται ως εξής: Στην πρώτη θέση βρίσκονται οι Η.Π.Α. με 18,82%. Ακολουθούν η Γερμανία με 12,82%, το Ηνωμένο Βασίλειο με 11,98%, η Ελβετία με 11,80%, η Αυστρία με 11,47% και η Ελλάδα με 9,50% για το έτος 2020.

Η χρηματοδότηση του *συστήματος Bismarck* βασίζεται στις «**υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές**», οι οποίες συνδέονται αποκλειστικά με το εισόδημα κάθε εργαζόμενου. Η διαχείριση γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία που βρίσκονται υπό κρατικό έλεγχο. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από ιδιωτικά ιδρύματα (νοσοκομεία, φαρμακεία κτλ.). Το σύστημα αυτό απαντά σχεδόν σε όλες της χώρες της Κ. Ευρώπης (Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Βέλγιο, Γαλλία, Σλοβενία κτλ.) και από το 2005 σε όλες της

χώρες της Α. Ευρώπης (Τσεχία, Σλοβακία, Εσθονία).

Στο *μοντέλο Beveridge* τόσο η χρηματοδότηση όσο και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από δημόσιους φορείς, όπως κρατικά νοσοκομεία και κοινοτικοί γιατροί. Η χρηματοδότηση γίνεται αποκλειστικά από τη φορολογία των πολιτών (εισόδημα, Φ.Π.Α., φόρος κληρονομιάς κτλ., Krasnici–Wenger, S.V., (2015). Όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως κοινωνικής, εργασιακής και υγειονομικής κατάστασης, καλύπτονται από μια βασική ασφάλιση. Μάλλον είναι ένα δικαιότερο σύστημα με μικρότερο κόστος. Αυτό το μοντέλο ασφάλισης εφαρμόζεται στις χώρες της Β. Ευρώπης (Σκανδιναβία, Δανία), το Ηνωμένο βασίλειο, την Ιρλανδία και τις χώρες της Ν. Ευρώπης (Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα και Κύπρος).

Στο *ιδιωτικό Μοντέλο* περίθαλψης το κράτος δεν εμπλέκεται καθόλου στην ασφάλιση ασθενείας. Κατά κανόνα δεν υπάρχει υποχρέωση ασφάλισης. Τα ασφαλιστρα εξαρτώνται από την κατάσταση υγείας των πελατών. Οι ασφαλιστές προσφέρουν διάφορα πακέτα ασφάλισης τα οποία μπορεί να διαφέρουν πολύ μεταξύ τους και οι υπηρεσίες καταγράφονται με σαφήνεια σε συμβόλαια. Αυτό το σύστημα σε σχεδόν καθαρή μορφή υπήρχε στις Η.Π.Α. πριν την εφαρμογή του «Obama Care». Δυστυχώς το αμερικάνικο σύστημα θεωρείται ακριβό και αναποτελεσματικό.

Κανένα εκ των τριών συστημάτων δεν εμφανίζεται σήμερα σε καθαρή μορφή σε κάποιο κράτος. Υπάρχουν μετατοπίσεις από το ένα σύστημα στο άλλο, σε συγκεκριμένους κλάδους ιατρικών υπηρεσιών.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι το μοντέλο Bismarck επιδιώκει την καθιέρωση ενός επιπέδου περίθαλψης, ενώ το μοντέλο Beveridge στοχεύει στην εξασφάλιση ενός ελάχιστου ορίου επιβίωσης.

Μεταξύ όλων των μοντέλων υγείας παγκοσμίως παρατηρούνται ομοιότητες και διαφορές. Ακόμη και μεταξύ των γειτονικών χωρών Γερμανία, Αυστρία και Ελβετία οι οποίες έχουν το μοντέλο Bismarck παρατηρούνται πολλές διαφορές. Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται στη χρηματοδότηση, τη διαφάνεια και την αποτελεσματικότητα των δαπανών (Geissler et al., 2012). Για παράδειγμα, στη Γερμανία και την Ελβετία η πληρωμή των υπηρεσιών πραγματοποιείται βάσει της διάγνωσης, ενώ στην Αυστρία οι πληρωμές γίνονται βάσει της παρεχόμενης θεραπείας.

Οι διαφορές στη χρηματοδότηση των παραπάνω μοντέλων κοινωνικής ασφάλισης έχουν ιστορικές ρίζες. Τα κράτη της Β. Ευρώπης είναι συνδεδεμένα με το μοντέλο Beveridge, ενώ οι χώρες της Κ. Ευρώπης στο μοντέλο Bismarck. Όμως σταδιακά οι διαφορές αυτές αμβλύνονται και παρατηρούμε π.χ. αύξηση των εισφορών σε κράτη του μοντέλου Beveridge και αύξηση της κρατικής επιχορήγησης σε κράτη του μοντέλου Bismarck.

Δεδομένου ότι η σύγκλιση όλων των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης είναι πλέον φανερή, γεννάται το ερώτημα για τις αιτίες που την προκαλούν. Οι βασικές αιτίες είναι δύο: α) Η ανάγκη αντιμετώπισης της φτώχειας και των εισοδηματικών ανισοτήτων για συγκεκριμένες ομάδες και η εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής σε συνδυασμό με την οικονομική ανάπτυξη αφενός, και β) η αύξηση της ατομικής ασφάλειας και η μείωση των άγνωστων κοινωνικών κινδύνων αφετέρου. Αυτό επιτεύχθηκε με την ασφάλιση ενάντια στις ασθένειες, την ενεργεία και το γήρας.

Σταδιακά όμως τα δεδομένα άλλαξαν παγκοσμίως. Οι δημογραφικές εξελίξεις, η υπογεννητικότητα, η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, επηρέασαν αρνητικά τη χρηματοδότηση των συστημάτων

κοινωνικής ασφάλισης. Έτσι, στο μοντέλο Bismarck, ολοένα και λιγότεροι άνθρωποι πληρώνουν ασφαλιστικές εισφορές για περισσότερους που χρειάζονται περίθαλψη, ενώ στο μοντέλο Beveridge, το σύστημα υγείας αφαιρεί ολοένα και περισσότερους πόρους από τους άλλους κλάδους του κρατικού προϋπολογισμού, με τους οποίους λειτουργεί ανταγωνιστικά.

Τέλος, είναι άγνωστο σε ποιο βαθμό θα προσεγγίσουν τα συστήματα μεταξύ τους. Ένα όμως είναι βέβαιο: «όσο το βιοτικό επίπεδο μεταξύ των κρατών της Ευρώπης εμφανίζει έντονες ανισότητες, δεν αναμένεται η πλήρης σύγκλιση των συστημάτων υγείας (A. Rohwer, 2008).

Λέξεις-κλειδιά: Υγεία, Σύστημα Υγείας, μοντέλο Bismarck, μοντέλο Beveridge, μοντέλο ελεύθερης αγοράς, δαπάνες υγείας, υπηρεσίες υγείας, ομοιότητες-διαφορές συστημάτων υγείας.

ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας Bismarck και των συστημάτων υγείας Beveridge στην Ευρώπη και του ιδιωτικού μοντέλου στις Η.Π.Α. Επιπλέον, επιδιώκεται ο προσδιορισμός των ομοιοτήτων και των διαφορών των τριών συστημάτων, καθώς και των ολοένα αυξανόμενων συγκλίσεων μεταξύ τους.

Για την απάντηση των ερωτημάτων της εργασίας επιλέχθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής έρευνας. Έγινε λεπτομερής βιβλιογραφική έρευνα στις βάσεις δεδομένων EMBASE, PubMed και CINAHL. Επίσης, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε διάφορες μηχανές αναζήτησης. Τέλος, υλοποιήθηκε έρευνα σε ιστοσελίδες διαφόρων οργανισμών και ιδρυμάτων. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά στην ελληνική, αγγλική και γερμανική γλώσσα: υγεία, σύστημα υγείας, Bismarck, Beveridge, Ελλάδα, Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Ην. Βασίλειο και Η.Π.Α.

Αυτή η μεθοδολογία προσφέρει μια πλατιά επιστημονική σφαιρική εικόνα για το εν λόγω θέμα και συνεισφέρει σημαντικά στη χρήση της βασικής γνώσης της βιβλιογραφίας. Εμφανίστηκαν χιλιάδες αναφορές. Δυστυχώς, ήταν σπάνιες οι συναφείς προς το θέμα δημοσιεύσεις. Η επιλογή ή ο αποκλεισμός των δημοσιεύσεων βασίστηκε αρχικά στον τίτλο τους και στη συνέχεια στις περιλήψεις τους.

Για τον εντοπισμό της ονομαζόμενης «γκρίζας» βιβλιογραφίας, έγινε αναζήτηση στις μηχανές αναζήτησης Google και Google Scholar, ελέγχοντας συνοπτικά τις πρώτες εμφανιζόμενες σελίδες. Τελικά χρησιμοποιήθηκαν λιγότερες από πέντε (5) εργασίες.

Τέλος, πολύτιμη βοήθεια βρέθηκε στη βιβλιοθήκη του πανεπιστημίου του Graz, όπου εντοπίστηκαν τρεις (3) διπλωματικές μεταπτυχιακές εργασίες συναφείς προς το θέμα.

SUMMARY

Health is the greatest individual good of every human being. In addition, health plays an important role in all areas of social life, with the consequence that it enters more and more into political dialogue and political confrontation. Urbanism, combined with gradual demographic changes and the explosive development of medical diagnostic and therapeutic technology, are driving up costs and straining health systems worldwide.

Health systems worldwide exhibit significant differences in some cases. We mainly distinguish three (3) main types (table 1).

1. **The Bismarck model:** Social security financed exclusively by contributions of the insured.

2. **The Beveridge model:** The national Health system based on funding exclusively from citizens' taxes.

3. **The private model:** Private insurance.

One could also imagine the operation of hybrid forms. It is a fact that none of the above models are perfect. Each model has its own characteristics and, therefore, its own advantages and disadvantages. In the future it is highly possible that some new alternative models will be proposed.

The total health system expenditures compared in this paper, as a percentage of GNP (Gross National Product), are ranked as follows: In first place is the US, with a 18.82%. It is followed by Germany with a percentage of 12.82%; the United Kingdom with 11.98%, Switzerland is further at the percentage of 11.80%, The percentage for Austria amounts to 11.47% and for Greece the percentage is 9.50% for the year 2020. In all states an increasing trend of health costs is observed. There are no corresponding studies regarding the funding

sources of health systems.

The financing of **the Bismarck system** is based on "**compulsory insurance contributions**"; in other words, insurance contributions which are attributed to the insurance funds. Contributions are linked exclusively to the income of each employee and are usually (outside Switzerland) deducted directly from the salary. It is managed by the insurance funds that are under state control. A pure Bismarck system does not exist today in Germany either, as there are also additional sources of funding such as state grants or free voluntary insurance. Health services are mainly provided by private institutions (hospitals, pharmacies, etc.). The price for individual health services is subject to strict state control. This system is available in almost all countries of Northern Europe (Germany, Austria, Switzerland, Belgium, France, Slovenia, etc.) and, since 2005, it is also available in all countries of Eastern Europe (Czech Republic, Slovakia, Estonia).

The **Beveridge model** is characterized by an organized state system, which manages health care. Both funding and health services are provided by public agencies such as government hospitals and community doctors. Since the financing is done exclusively by the taxation of the citizens (income, VAT, inheritance, etc.), the health system operates in competition with the other sectors of the economy. All citizens, regardless of their social, employment and health status, are insured. It is possible that it is a fairer system with less cost as everyone has equal access to the system and the cost of each health service is standardized by the state. The fact that the state provides only basic health services is considered a disadvantage, and for special cases the citizen must have some additional insurance. This insurance model is applied in the countries of Northern Europe (Scandinavia, Denmark), the United Kingdom and Ireland. Since the 80s, countries in Southern Europe

(Spain, Portugal, Greece, and Cyprus) have also been classified in this category.

In the **private Model** of care the state is not involved in health insurance at all. As a rule, there is no obligation to have insurance and insurance companies also have the right to refuse insurance to citizens. Premiums depend on the health status of the customers. It is possible that people with a low income or a burdened state of health cannot find insurance. Insurers offer various insurance packages which can vary greatly from one another, and services are clearly spelled out in policies. This system in almost pure form existed in the USA before the implementation of "Obama Care". However, the American system is considered expensive and ineffective. USA spend the highest amounts per capita worldwide on health, while life expectancy is below the average of other Western countries.

However, it is not always clear which European country belongs to corresponding health insurance system. Neither system appears in pure form in any state. There are shifts from one system to another, in specific branches of medical services.

Considering all the above, it becomes clear that the Bismarck model seeks to establish a level of care, while the Beveridge model aims to ensure a minimum survival threshold.

Similarities and differences are observed among all health models worldwide. Furthermore, many differences are observed among neighboring countries which have the Bismarck model such as Germany, Austria, and Switzerland. These differences are found in funding, transparency, and efficiency of spending. For example, in Germany and Switzerland payment for services is based on diagnosis, while in Austria payments are based on the treatment provided.

The differences in the financing of the above social security models have historical

roots. The states of North Europe are linked to the Beveridge model, while the countries of Central Europe are linked to the Bismarck model. Gradually, these differences are softened, and, for example, an increase in levies in Beveridge model states as well as an increase in state grant in Bismarck model states is observed.

Since the convergence of all social security systems is now evident, the question arises as to the causes that trigger it. The main reasons are twofold: a) The need to address poverty and income inequalities for specific groups and ensure social cohesion combined with economic development on the one hand, and b) increasing individual security and reducing unknown social risks on the other hand. This was achieved by insurance against illness, energy and old age.

However, the facts have gradually changed worldwide. Demographic developments, the low birth rate, the aging of the population, the increase in life expectancy and the improvement of living standards have negatively affected the financing of social security systems. Thus, in the Bismarck model, fewer and fewer people pay insurance contributions for more who need care, while in the Beveridge model, the health system takes more and more resources away from the other branches of the government budget with which it operates in competition.

Finally, it is unknown to what extent the systems will approach each other. Yet, one thing is certain: "as long as the standard of living between the states of Europe shows strong inequalities, the full convergence of health systems is not expected" (A. Rohwer, 2008).

Keywords: Health, health system, model Bismarck, model Beveridge, private model, health expenditures, health services, Similarities and differences among health systems.

AIM AND METHODOLOGY

The aim of this paper is to present and compare the Bismarck and Beveridge health systems in Europe and the private model in the USA. Furthermore, it seeks to identify the similarities and differences of the three systems, as well as the ever-increasing convergences between them.

To answer the questions of the present paper, the method of bibliographic research was chosen. A detailed literature search was performed in the EMBASE (Excerpta Medica Base, PubMed and CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) databases. Various search engines and the reference lists included in their publications were also searched. Finally, research was conducted on the websites of various organizations and institutions. The following keywords were used in Greek, English and German: health, health system, Bismarck model, Beveridge model, free market model, Greece, Germany, Austria, Switzerland, UK and USA. Thousands of petitions appeared, almost all of which were dismissed by their title. In the end, fewer than five (5) tasks were used.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1	24
Εικόνα 2	29
Εικόνα 3	34
Εικόνα 4	42
Εικόνα 5	51
Εικόνα 6	60
Εικόνα 7	68
Εικόνα 8	69
Εικόνα 9	85
Εικόνα 10	85

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	17
Πίνακας 2	32
Πίνακας 3	35
Πίνακας 4	50
Πίνακας 5	83
Πίνακας 6	84

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος θεωρεί την υγεία ως το μέγιστο ατομικό του αγαθό. Σε όλους τους τομείς της ατομικής και κοινωνικής ζωής η υγεία παίζει σημαντικότερο ρόλο. Ιδιαίτερα μετά τη βιομηχανοποίηση, η υγεία μπήκε εντονότερα και στην πολιτική συζήτηση και αντιπαράθεση (Woelk & Vögele, 2002).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ., World Health Organisation) καθόρισε το 1948 την έννοια «υγεία». Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό ως υγεία χαρακτηρίζεται: «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απουσία ασθενειών ή αναπηριών». Στο επίκεντρο της συζήτησης βρίσκεται σήμερα η έννοια «Σαλουτογένεση» (A. Antonovsky, <https://de.wikipedia.org/wiki/salutogenese>), σύμφωνα με την οποία οι έννοιες «υγεία» και «ασθένεια» δεν αποκλείει η μία την άλλη, αλλά υπάρχει πάντα ένα φάσμα στα άκρα του οποίου βρίσκονται οι δύο έννοιες με ενδιάμεσες συνεχείς μεταβατικές καταστάσεις μεταξύ της απόλυτης υγείας και της πλήρους ασθένειας.

Υπεύθυνα για την υγεία των πολιτών είναι τα συστήματα υγείας. Ως σύστημα υγείας αντιλαμβάνεται κανείς το σύνολο των οργανωμένων μέτρων που λαμβάνονται για τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερα για τη θεραπεία των ασθενών, την αντιμετώπιση των υγειονομικών κινδύνων, αλλά και εν γένει την πρόληψη της υγείας (Nohlen & Schultze, 2002; Schwartz & Busse, 2012). Κάθε σύστημα υγείας περιλαμβάνει ένα νομικό πλαίσιο με τους κανονισμούς και τις διαδικασίες, τους οργανισμούς και τα ιδρύματα υγείας, τους συνολικούς πόρους (ανθρώπινο δυναμικό, τεχνολογία, χρηματοδότηση), τη δίκαιη πρόσβαση σε όλους, την αποτελεσματικότητα και την οικονομικότητα.

Όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας σχεδιάζονται βάσει συγκεκριμένων αρχών. Η Ε.Ε στοχεύει στη σύγκλιση και ταύτιση των συστημάτων υγείας όλων των κρατών μελών. Όμως, είναι αδύνατο να εφαρμοστεί ένα ενιαίο σύστημα σε όλες τις χώρες, καθώς υπάρχουν διαφορετικές πολιτισμικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες. Υπάρχει όμως η δυνατότητα αναζήτησης ομοιοτήτων βάσει των οποίων μπορούν να σχεδιαστούν όσο το δυνατόν περισσότερες ενιαίες εφαρμογές. Θεμελιώδη ρόλο σε αυτήν τη διαδικασία παίζει η καθιέρωση γενικών αρχών οι οποίες ισχύουν σε όλες τις χώρες (Bäcker et al., 2010). Για την Ε.Ε. τέτοιες αρχές μεταξύ άλλων είναι: α) η αρχή της καθολικότητας, β) η αρχή της αλληλεγγύης και γ) η αρχή της ισότητας. Σύμφωνα με αυτές τις αρχές, αλλά και αποφάσεις του ευρωπαϊκού δικαστηρίου, κάθε πολίτης της Ε.Ε. δικαιούται να δέχεται και να προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες εντός αυτής.

Ακόμη, τα διάφορα συστήματα υγείας σχεδιάζονται βάσει του τρόπου χρηματοδότησης των πόρων. Στην πράξη διακρίνουμε δύο τύπους, στους οποίους αντιστοιχίζονται τα συστήματα υγείας των διαφόρων κρατών: το σύστημα της θεσμοθετημένης κοινωνικής ασφάλισης και το κρατικό σύστημα υγείας (NHS).

Στο σύστημα της θεσμοθετημένης κοινωνικής ασφάλισης ιδιαίτερη βαρύτητα κατέχει η αρχή της αλληλεγγύης. Τα οφέλη αυτής της αρχής εκφράζονται με δύο τρόπους. Από τη μία, οι υγιείς και πλούσιοι πληρώνουν εισφορές για τους φτωχούς και άρρωστους και από την άλλη, αν και πληρώνουν εισφορές, για τη δική τους άνεση, διαθέτουν επιπλέον και ιδιωτική ασφάλεια, ανακουφίζοντας έτσι οικονομικά τη θεσμοθετημένη κοινωνική ασφάλιση.

Οι αρχές της κοινωνικοοικονομικής ισότητας και της καθολικότητας είναι εντονότερα συνυφασμένες με το κρατικό σύστημα υγείας (NHS).

Ωστόσο, οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από πλουραλισμό και εξατομίκευση. Αυτό αντικατοπτρίζεται στα διαφορετικά στυλ ζωής των πολιτών και στη δημιουργία διαφορετικών κόσμων. Έτσι, οι πολίτες αντιλαμβάνονται ετερογενώς την έννοια «σύστημα υγείας». Με αυτήν την έννοια, συστήματα υγείας που προσαρμόζουν τις παροχές τους στις ανάγκες των πολιτών, συμβάλλουν στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και αδικιών.

Η μεγάλη οικογένεια ως κοινωνική δομή, αποτελούσε το πρωτόγονο σύστημα υγείας που υπήρξε στην ιστορία. Το πρώτο κράτος που διέθετε ένα συντεταγμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι η Γερμανία. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης της Αυστρίας και της Ελβετίας αποτελούν πολύ συγγενείς παραλλαγές του γερμανικού μοντέλου. Συγκριτικά με τη Γερμανία, στην Αυστρία παρατηρείται μεγαλύτερη συμμετοχή του δημόσιου τομέα, ενώ στην Ελβετία υπερτερεί η ιδιωτική ασφάλιση. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τα παραπάνω τρία συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, εντοπίζεται στη συνεχή αύξηση των δαπανών, οι οποίες σήμερα πλέον εκφράζονται ως ποσοστό επί του ΑΕΠ ενός κράτους.

Τα υφιστάμενα συστήματα υγείας στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης και ιδιαίτερα της Γερμανίας, Αυστρίας και Ελβετίας, βασίζονται στο **μοντέλο Bismarck** που εισήγαγε το 1883 ο τότε Καγκελάριος Otto Fürst von Bismarck και αποτελούν προϊόν εξέλιξης και μεταρρυθμίσεων αυτού (πίνακας 1). Η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται σε ασφαλιστικές εισφορές και καλύπτει μόνο όποιον πληρώνει εισφορές. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας της Γερμανίας, της Αυστρίας και της Ελβετίας, αλλά και όλων των δυτικών βιομηχανικών χωρών είναι παρόμοιες. Η μεγαλύτερη δυσκολία που καλούνται να ξεπεράσουν αυτά τα συστήματα υγείας είναι η επαρκής χρηματοδότησή τους,

η οποία δυσχεραίνεται κυρίως λόγω των αυξημένων δαπανών, εξαιτίας των δημογραφικών μεταβολών και της τεχνολογικής εξέλιξης των σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων (Riedel & Röhring, 2009). Βασικό πλεονέκτημα είναι η ελεύθερη επιλογή γιατρού ή νοσοκομείου.

Αντίστοιχα, στις χώρες της Β. Ευρώπης (Σκανδιναβία, Δανία), το Ηνωμένο βασίλειο, την Ιρλανδία και από τη δεκαετία του 80 στις χώρες της Ν. Ευρώπης (Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα) εφαρμόζεται το **μοντέλο Beveridge** (πίνακας 1) που καθιερώθηκε μεταπολεμικά (1942) στη Μ. Βρετανία από τον οικονομολόγο William Henry Beveridge που θεωρείται ο αρχιτέκτονας του βρετανικού National Health Service (NHS), ο οποίος παρουσίασε στο βρετανικό κοινοβούλιο μια λεπτομερή έκθεση για την κοινωνική πολιτική και έκανε σαφείς προτάσεις για τη δημιουργία ενός εκτεταμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Rohwer, 2008).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος υγείας είναι:

- Υπάρχει μία κάλυψη του συνολικού πληθυσμού
- Η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται αποκλειστικά από επιδοτήσεις του κρατικού προϋπολογισμού
- Οι παροχές είναι κατ' αποκοπή και ίδιες για όλους

Ενώ το σύστημα υγείας Bismarck στοχεύει στη διατήρηση του βιοτικού επιπέδου, το σύστημα Beveridge επικεντρώνεται στη διασφάλιση του ελάχιστου ορίου επιβίωσης.

Είναι ένα δημόσιο σύστημα που χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τη φορολόγηση των πολιτών (εισόδημα, Φ.Π.Α., φόρος κληρονομιάς κτλ., (πίνακας 1)) και καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό με τις βασικές υπηρεσίες υγείας.

Το σύστημα υγείας Beveridge αντιμετωπίζει όπως και το σύστημα Bismarck τις

σύγχρονες δημογραφικές εξελίξεις. Αφενός μεν σε ποσοτικό επίπεδο, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού και των αυξημένων δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αφετέρου δε σε ποιοτικό επίπεδο, καθώς απαιτούνται πολλές και ολοένα ακριβότερες ιατρικές θεραπείες. Το γεγονός αυτό οδηγεί σταδιακά σε μία αφόρητη επιβάρυνση του προϋπολογισμού των κρατών, αφαιρώντας σημαντικούς πόρους από άλλους ανταγωνιστικούς κλάδους της οικονομικής πολιτικής. Αυτό το φαινόμενο μπορεί σταδιακά να οδηγήσει σε αδυναμία χρηματοδότησης του συστήματος και τελικά στη χρεωκοπία του (Rohwer, 2008).

Η ευρωπαϊκή σύγκριση μεταξύ των δύο συστημάτων (Bismarck – Beveridge) οδηγεί στο συμπέρασμα ότι σε κανένα κράτος δεν υπάρχει καθαρά το ένα ή το άλλο σύστημα. Στα κράτη της Β. Ευρώπης και το Ηνωμένο Βασίλειο επικρατεί το σύστημα Beveridge, ενώ τα κράτη της Κ. Ευρώπης είναι προσαρμοσμένα στο σύστημα Bismarck. Ωστόσο, η ιστορική εξέλιξη των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη δείχνει ότι οι διαφορές μεταξύ τους μειώνονται συνεχώς και ότι αυτά πλησιάζουν ολοένα και περισσότερο μεταξύ τους (Rohwer, 2008; Schenker, 2010).

Το τρίτο μοντέλο, το ονομαζόμενο **ιδιωτικό μοντέλο ή μοντέλο αγοράς** χρησιμοποιείται στις Η.Π.Α. (πίνακας 1). Το κράτος δεν εμπλέκεται καθόλου στην χρηματοδότηση, την οργάνωση και τη διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών, η οποία βρίσκεται στα χέρια ιδιωτών. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω ιδιωτικών ασφαλειών ή ατομικών προϋπολογισμών, η παροχή υγείας αναθέτεται σε ιδιώτες οι οποίοι λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους και η ρύθμιση του συστήματος πραγματοποιείται με βάση τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Βέβαια, από το 2017 και την ψήφιση του «Obama Care», αυτό το σύστημα δεν υφίσταται πλέον σε «καθαρή» μορφή, καθώς το

κράτος θέτει όρους για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη και των οικονομικά ασθενέστερων πολιτών (Penter & Augursky, 2014).

Πίνακας 1

Ιδανικά μοντέλα συστημάτων υγείας

Ιδανικοί τύποι συστημάτων υγείας			
	Μοντέλο Beveridge Δημόσιο Σύστημα Υγείας Φορολογία	Μοντέλο Bismarck Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Ασφαλιστικές Εισφορές αναλόγως μισθού ή ημερομισθίου	Μοντέλο Αγοράς (Ιδιωτικό)
Χρηματοδότηση		Ασφαλιστικές Εισφορές αναλόγως μισθού ή ημερομισθίου	Ιδιωτικά ασφάλιστρα
Περίθαλψη	Δημόσιοι οργανισμοί (νοσοκομεία, γιατροί κτλ.)	Ιδιωτικοί και δημόσιοι πάροχοι υγείας, ελεύθερη επιλογή γιατρού	Ατομικές δαπάνες Κερδοσκοπικοί οργανισμοί
Διοίκηση, Διαχείριση	Δημόσια, πολιτική	Αυτόνομη διοίκηση (κρατική εποπτεία, νομικό πλαίσιο)	Ρύθμιση μέσω της ελεύθερης αγοράς (ανταγωνισμός κτλ.)
Ασφαλισμένοι	Συνολικός πληθυσμός	Ασφαλισμένοι Εργαζόμενοι και Υπάλληλοι	Ιδιωτική ασφάλεια ή ατομική ευθύνη
Πληρωμή αποζημιώσεων	Ενιαίες πληρωμές προς όλους τους ασφαλισμένους	Ανάλογα με το μισθό ή το ημερομίσθιο	Ανάλογα με το ύψος της ασφάλειας
Πληρωμή Υπηρεσιών	Δωρεάν	Από τις ασφάλειες απευθείας ή μέσω επιστροφής των δαπανών που προπλήρωσε ο ασφαλισμένος	Από την ιδιωτική ασφάλεια ή από τον ίδιο τον πολίτη
Υπέρτατη αξία συστήματος Προϋπόθεση χρήσης	Κοινωνικοοικονομική ισότητα Υπηκοότητα ή άδεια παραμονής	Κοινωνικοοικονομική σιγουριά Ασφαλιστικές εισφορές ανάλογα με το εισόδημα	Βασική εξασφάλιση Ασφαλιστική κατάσταση ή αναγκαιότητα
Πρόσβαση	Μέσω του οικογενειακού γιατρού	Ελεύθερη επιλογή παρόχου υγείας	Περιορισμένη πρόσβαση σε προκαθορισμένους παρόχους

Τα οικονομικά μέσα που διατίθενται για τη διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας χαρακτηρίζονται ως «υγειονομικές δαπάνες». Διακρίνονται σε «**τρέχουσες**» υγειονομικές δαπάνες που στοχεύουν την άμεση περίθαλψη των ασθενών και δαπάνες «**επενδύσεων**» που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία των απαραίτητων υποδομών (Habimana et al., 2015). Οι συνολικές δαπάνες του συστήματος υγείας ενός κράτους εκφράζονται ως ένας οικονομικός δείκτης που αναφέρεται στο ποσοστό των δαπανών αυτών επί του ΑΕΠ (Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν) του κράτους. Ο δείκτης αυτός μας παρέχει σαφή εικόνα για τη βαρύτητα που αποδίδεται από το κράτος στο σύστημα υγείας του (Robert Koch Institut, 2009).

Σύμφωνα με τους Wendt & Rothgang (2007) τα συστήματα υγείας βρίσκονται σε μία αδιάκοπη διαδικασία προσαρμογής, η οποία χαρακτηρίζεται «μεταρρύθμιση» και αλλάζει το χαρακτήρα ενός συστήματος. Διακρίνουμε τρία (3) είδη υγειονομικών μεταρρυθμίσεων:

- **Αλλαγή συστήματος:** Πρόκειται για ριζική τροποποίηση των δομικών χαρακτηριστικών του συστήματος, η οποία τελικά οδηγεί στην αλλαγή της ταυτότητάς του.
- **Ενδοσυστημικές αλλαγές:** Στην περίπτωση αυτή συμβαίνουν τροποποιήσεις των βασικών χαρακτηριστικών του συστήματος, χωρίς ωστόσο να επιφέρεται η ολοκληρωτική αλλαγή του συστήματος.
- **Μετατοπίσεις εντός των επιπέδων** του συστήματος, οι οποίες οδηγούν σε μετατροπές μεγεθών, αλλά όχι του συστήματος

Αντικείμενο αυτής της εργασίας είναι αρχικά η παρουσίαση των κυριότερων συστημάτων υγείας που υπάρχουν σήμερα στην Ευρώπη και παγκοσμίως και η παρουσίαση και σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας Bismarck και Beveridge στην Ευρώπη και του

ιδιωτικού μοντέλου περίθαλψης στις Η.Π.Α. Επιπλέον, επιδιώκεται ο προσδιορισμός των ομοιοτήτων και των διαφορών των τριών συστημάτων, καθώς και των ολοένα αυξανόμενων συγκλίσεων μεταξύ τους με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους στην αντιμετώπιση των διαφόρων υγειονομικών προκλήσεων σε συνδυασμό με το ύψος των δαπανών.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΝΟΣ ΚΑΛΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας είναι πολύ περίπλοκα οικοδομήματα. Η απλοποιημένη αλλά συγχρόνως σαφής περιγραφή τους επιτυγχάνεται με τη χρήση μιας τριγωνικής παράστασης (εικόνα 1, Gerlinger & Reiter, 2012). Στην κάτω πλευρά του τριγώνου βρίσκονται οι δύο κεντρικοί μέτοχοι του συστήματος: οι πολίτες/ασφαλισμένοι/ιδιωτικοί ασθενείς (αριστερά) και οι πάροχοι υγείας (δεξιά). Στην κορυφή βρίσκονται τα ασφαλιστικοί φορείς, το δημόσιο ή οι ιδιωτικές ασφάλειες. Τέλος στο κέντρο του τριγώνου τοποθετούνται οι διαχειριστές/διοίκηση του συνολικού συστήματος. Στην αριστερή κορυφή του τριγώνου μπορεί να προσαρμόσει κανείς ερωτήματα αναφορικά με τον όγκο των παροχών και τον τρόπο πληρωμής αυτών, καθώς επίσης και δημογραφικά ερωτήματα (ηλικία ή φύλλο) ή δείκτες νοσηρότητας του πληθυσμού.

Ανεξάρτητα για ποιο μοντέλο υγείας μιλάει κανείς, είναι προφανές ότι ένα σύστημα για να θεωρείται πετυχημένο πρέπει να χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες αδιαμφισβήτητες βασικές αρχές που αποκρυσταλλώθηκαν στη διάρκεια όλων των ετών, από το 1883 για το σύστημα Bismarck και από το 1946 για μοντέλο Beveridge, και αποτελούν θεμελιώδη συστατικά του συνολικού συστήματος ([Das deutsche Gesundheitssystem/Gesundheitsinformation.de](http://Das_deutsche_Gesundheitssystem/Gesundheitsinformation.de)):

Η Αρχή του Κοινωνικού Κράτους και της Αλληλεγγύης

Το κοινωνικό κράτος διασφαλίζεται από το σύνταγμα του κράτους. Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, είναι υποχρέωση κάθε κράτους η διασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότιμης κοινωνικής συμμετοχής. Αυτή η αρχή περιλαμβάνει επίσης την βασική ευθύνη της φροντίδας υγείας του πληθυσμού. Βεβαίως, δεν υπάρχει η υποχρέωση να παρέχει το κράτος όλες τις υπηρεσίες υγείας, πρέπει όμως να φροντίσει για την διαμόρφωση του νομικού πλαισίου και των συνθηκών λειτουργίας (Sommer-Schober, 2017)..

Η κεντρική ιδέα της κοινωνικής ασφάλισης είναι η αμοιβαία υποστήριξη και αλληλεγγύη των πολιτών. Όλοι οι ασφαλισμένοι διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο ασθένειας και κάθε ασφαλισμένος έχει την ίδια απαίτηση για ιατρική περίθαλψη. Είναι τελείως αδιάφορο πόσους φόρους πληρώνει ή πόσες εισφορές αποδίδει κανείς (Sommer-Schober, 2017)..

Γίνεται λοιπόν μια ανακατανομή, καθώς οι παροχές προσφέρονται ανάλογα με τις ιατρικές ανάγκες, η χρηματοδότηση όμως προσδιορίζεται βάσει της υφιστάμενης οικονομικής δυνατότητας. Πρακτικά, δεν υφίσταται καμία απολύτως συσχέτιση μεταξύ του ύψους των εισφορών και του εύρους των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Στην πραγματικότητα οι υγιείς και πλούσιοι στέκονται αλληλέγγυοι και στηρίζουν τους ασθενείς και φτωχούς (Sommer-Schober, 2017)..

Η Αρχή της Επικουρικότητας

Η αλληλεγγύη της ασφαλιστικής κοινότητας δεν μπορεί και δεν πρέπει να υποκαταστήσει πλήρως την προσωπική ευθύνη και αυτοβοήθεια κάθε ατόμου, αλλά να τη συμπληρώσει. Έτσι, δαπάνες που μπορούν να καλυφθούν ατομικά ή από μικρές ενώσεις, πρέπει να αναλαμβάνονται. Η μεγαλύτερη ομάδα αλληλεγγύης παρεμβαίνει όταν το άτομο ή η μικρή ομάδα δεν μπορεί να ανταποκριθεί. Π.χ. μικρές φαρμακευτικές δαπάνες

πληρώνονται από τον ασφαλισμένο και δεν επιστρέφονται ούτε συνταγογραφούνται. Σε αυτήν την περίπτωση αλληλοσυμπληρώνονται η αλληλεγγύη με την επικουρικότητα (Sommer-Schober, 2017)..

Η Αρχή του Αυτοδιοίκητου

Αυτή η αρχή αφορά μόνο κράτη με το μοντέλο Bismarck (Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη). Ιδιαίτερα χαρακτηριστικός είναι εδώ ο ρόλος των ενώσεων και των συντεχνιών, με το κράτος να θέτει το νομικό πλαίσιο και τους κανόνες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι υπόλοιπες λεπτομέρειες της οργάνωσης και διεκπεραίωσης είναι αρμοδιότητα του αυτοδιοίκητου. Φορείς του αυτοδιοίκητου είναι τα ασφαλιστικά ταμεία και ενώσεις ως νομικά πρόσωπα Ν.Π.Δ.Δ. Αυτοί δικαιούνται να ρυθμίζουν τις υποθέσεις τους και να παίρνουν τις αποφάσεις τους. Δεν ανήκουν άμεσα στη δημόσια διοίκηση και συνεπώς δεν δέχονται πολιτικές κατευθυντήριες γραμμές, αλλά λειτουργούν υπό την εποπτεία του κράτους. Εκπρόσωποι των ασφαλιστικών ταμείων και των παρόχων υγείας αποφασίζουν από κοινού ποιες παροχές θα προσφέρονται στους ασφαλισμένους (Sommer-Schober, 2017).

Χρηματοδότηση Μέσω Ασφαλιστικών Εισφορών, Φορολογίας ή Ιδιωτικών Ασφαλιστρών

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παγκοσμίως χρηματοδοτείται κυρίως είτε μέσω ασφαλιστικών εισφορών (μοντέλο Bismarck), είτε μέσω της φορολογίας (μοντέλο Beveridge) είτε μέσω ιδιωτικών ασφαλιστρών (μοντέλο ιδιωτικής αγοράς). Και στα τρία μοντέλα υπάρχουν και άλλες πηγές χρηματοδότησης, όπως η επιδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ή αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο μοντέλο Bismarck. Τα

δημόσια συστήματα υγείας (Μ. Βρετανία, Σκανδιναβία) βασίζονται κατά κανόνα στη φορολογική χρηματοδότηση. Το μοντέλο ελεύθερης αγοράς (Η.Π.Α.) χαρακτηρίζεται από την υψηλή συμμετοχή των ασφαλισμένων. Όμως οι συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης αποτελούν ένα μικρό ποσοστό των κύριων πηγών (Sommer-Schober, 2017)..

Η Αρχή της Υποχρεωτικότητας

Στα κράτη με το μοντέλο Beveridge η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι δημόσιο αγαθό και καλύπτει de facto ολόκληρο τον πληθυσμό (Sommer-Schober, 2017)..

Στα κράτη με το μοντέλο Bismarck η ιατροφαρμακευτική ασφάλιση είναι υποχρεωτική βάσει νόμου. Όλοι οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν σε κάποιο ταμείο και όλα τα ταμεία είναι υποχρεωμένα να δεχθούν κάθε πολίτη που ζητάει ασφάλιση. Δεν υπάρχει ενιαίος δημόσιος φορέας ασφάλισης, αλλά πληθώρα ασφαλιστικών ταμείων τα οποία επιλέγουν ελεύθερα οι ασφαλιζόμενοι, κάτι που τροφοδοτεί τον ανταγωνισμό για προσέλκυση πελατών. Κάποιες ομάδες οικονομικά εύρωστων πολιτών έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν ατομική ή οικογενειακή ασφάλιση σε ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης.

Η Αρχή Της Οικονομικότητας και της Αποτελεσματικότητας

Όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν απαίτηση στην απαραίτητη ιατρική θεραπεία. Όμως η θεραπεία των ασθενών πρέπει να είναι επαρκής, στοχευμένη, αποτελεσματική και οικονομικά βιώσιμη, χωρίς να ξεπερνάει το μέτρο του απαραίτητου (Sommer-Schober, 2017). Επιπλέον, ισχύει η αρχή της σταθερότητας των εισφορών, και η αύξησή τους επιτρέπεται μόνο εάν δεν υπάρχει κανένας άλλος τρόπος χρηματοδότησης (κρατική επιδότηση κτλ.).

ΔΟΜΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο σχεδιασμός ενός συστήματος υγείας είναι μια επίμονη διαδικασία και προκύπτει ως αποτέλεσμα διεργασιών και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ενδιαφερομένων ομάδων για πολλές δεκαετίες. Για αυτό το λόγο υπάρχουν διαφορετικές λύσεις στα επιμέρους κράτη και μοντέλα υγείας.

Σε όλα σχεδόν τα κράτη παρατηρούνται αλληπάλλληλες ασφαλιστικές μεταρρυθμίσεις. Κατά κανόνα υπάρχουν δύο μεγάλοι παραδοσιακοί παράγοντες που ασκούν σταθερά μεγάλη πίεση αλλαγών στα συστήματα υγείας:

- **Δημογραφικές εξελίξεις:** Με τη συνεχή γήρανση του πληθυσμού αυξάνεται και η πιθανότητα ασθενειών, πολυνοσηρότητας και αναπηριών.
- **Ιατρική – Τεχνολογική πρόοδος:** Καινοτόμες μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας διευρύνουν τις δυνατότητες περίθαλψης. Περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται, θεραπεύονται και διατηρούνται περισσότερο στη ζωή.

Τα τελευταία χρόνια προστέθηκαν ακόμη δύο νέες τάσεις:

- **Η ψηφιοποίηση** και οι
- **Κοινωνικές εξελίξεις** στην κατεύθυνση της συνείδησης υγείας, της εξατομίκευσης, της αστυφιλίας και των αυξημένων απαιτήσεων των ασθενών. Κάθε μεταρρύθμιση και κάθε νέα καινοτομία περιπλέκει περισσότερο τα συστήματα υγείας.

Τα σημαντικότερα εμπλεκόμενα μέλη στη δομή ενός συστήματος υγείας είναι τρία και εμφανίζουν μεταξύ τους μία τριγωνική συσχέτιση (εικόνα 1).

- **Οι αποδέκτες υπηρεσιών υγείας:** ασφαλισμένοι και οι ασθενείς
- **Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας:** Γιατροί, νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης και φροντίδας, φαρμακεία, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές κτλ.

- **Χρηματοδότες υπηρεσιών υγείας:** ιδιωτικά ή δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτικοί ασθενείς, κρατικός προϋπολογισμός, φόροι, ασφάλειες ατυχημάτων, φροντίδας, σύνταξης κτλ.

Εικόνα 1

Τριγωνική παράσταση και συσχέτιση των εμπλεκόμενων σε ένα σύστημα υγείας.

(Προσωπική τροποποίηση από: Gerlinger Th & Reiter R.,2012)



Επιπλέον, σε αυτό το σημείο καταγράφεται η παρουσία του κράτους με τις υπηρεσίες του, π.χ. Υπουργείο Υγείας, δημόσιοι οργανισμοί και άλλες υπηρεσίες υγείας.

ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΤΩΝ ΜΕ ΜΟΝΤΕΛΟ BISMARCK

Το μοντέλο Bismarck εφαρμόστηκε πρώτη φορά το 1983 στη Γερμανία. Είναι ένα μοντέλο που χρηματοδοτείται από ασφαλιστικές εισφορές οι οποίες υπολογίζονται ως ποσοστό των αποδοχών των εργαζομένων και καλύπτουν μόνο εργαζόμενους που είναι ασφαλισμένοι. Οι εισφορές αφαιρούνται συνήθως (εκτός Ελβετίας) απευθείας από το μισθό. Η διαχείριση γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία που βρίσκονται υπό κρατικό έλεγχο. Καθαρό σύστημα Bismarck δεν υπάρχει σήμερα πλέον ούτε στη Γερμανία, καθώς υπάρχουν και συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης όπως κρατικές επιχορηγήσεις ή ελεύθερες εθελούσιες ασφάλειες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από ιδιωτικά ιδρύματα (νοσοκομεία, φαρμακεία κτλ.). Η τιμή για τις επιμέρους υπηρεσίες υγείας υπόκειται σε αυστηρό κρατικό έλεγχο. Το σύστημα αυτό απαντά σχεδόν σε όλες της χώρες της Κ. Ευρώπης (Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Βέλγιο, Γαλλία, Σλοβενία κτλ.) και από το 2005 σε όλες της χώρες της Α. Ευρώπης (Τσεχία, Σλοβακία, Εσθονία).

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας θα μελετηθούν τα συστήματα υγείας της Γερμανίας, της Αυστρίας και της Ελβετίας.

Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας

Το πρώτο κράτος που διέθετε ένα συντεταγμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι η Γερμανία. Σήμερα το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται ένα από τα αποτελεσματικότερα, ασφαλέστερα και πιο δοκιμασμένα συστήματα υγείας παγκοσμίως.

Η Κοινωνική Ασφάλιση πριν τον Bismarck

Η αύξηση του πληθυσμού που ξεκίνησε στα μέσα του 17. αιώνα προκάλεσε τη μεταβολή του κοινωνικού ιστού της εποχής εκείνης. Επίσης, η αστυφιλία που ακολούθησε

προκάλεσε τη διάλυση της μεγάλης οικογένειας ως κοινωνικής δομής και άτυπου φορέα κοινωνικής ασφάλισης. Έπρεπε λοιπόν να βρεθούν νέοι τρόποι ασφάλισης του πληθυσμού (Alber, 1987). Έτσι αναπτύχθηκαν τρεις (3) πρόδρομες μορφές κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες στη συνέχεια ενσωματώθηκαν στο σύστημα υγείας του Bismarck και κατ' επέκταση σε όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας:

Η συνεταιριστική βοήθεια των διάφορων συντεχνιών του μεσαίωνα. Εδώ προβλέπονταν χρηματική αποζημίωση των μελών του συνεταιρισμού σε περίπτωση ασθένειας. Για τους ελεύθερους επαγγελματίες του χειρωνακτικού κλάδου και για τα ανώτατα διοικητικά εργατικά στρώματα υπήρχαν εξ αρχής τα τοπικά ιδιωτικά ταμεία υποστήριξης σε περίπτωση απώλειας μισθού και ασθένειας, τα οποία αφορούσαν προφανώς μόνο τους οικονομικά εύρωστους. Στα μεγάλα εργοστάσια υπάρχουν ήδη τα «εργοστασιακά ταμεία ασθένειας», τα οποία όμως ήταν ιδιωτικά, με συνέπεια η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων να μη μπορεί να καλύψει τις απαιτούμενες εισφορές, ώστε να απολαμβάνει τα αντίστοιχα προνόμια. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι μεταλλωρύχοι, οι οποίοι είχαν συνάψει ασφάλειες ασθένειας, αναπηρίας, χηρείας και ορφάνιας με τους εργοδότες (Sommer-Schober, 2017).

Οι υποχρεώσεις παροχής προστασίας εκ μέρους των εργοδοτών από την εποχή των φεουδών. Το σύστημα αυτό ίσχυε μέχρι τη γαλλική επανάσταση. Βάσει αυτού του συστήματος οι εργοδότες ήταν υποχρεωμένοι να παρέχουν στους εργαζόμενους ένα είδος ασφάλισης αστικής ευθύνης σε περίπτωση εργατικών ατυχημάτων, στα οποία μπορούσε να αποδειχθεί αμέλεια του εργοδότη. Αυτή η ασφάλιση κατοχυρώθηκε νομικά με το νόμο περί ασφάλειας ατυχήματος το 1871, δηλαδή μόλις δώδεκα (12) έτη πριν τη θεσμοθέτηση των νόμων

κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck. Ωστόσο η υποχρέωση της απόδειξης της ευθύνης του εργοδότη σε περίπτωση ατυχήματος ανήκε αποκλειστικά στον εργαζόμενο, οπότε ήταν εξαιρετικά δύσκολο, μέσα από περίπλοκες δικανικές διεργασίες, να επιτευχθεί. Έτσι, συχνά οι εργαζόμενοι έφευγαν με άδεια χέρια (Woelk & Vögele, 2002).

Η κρατική φροντίδα των φτωχών από το 16ο αιώνα (κρατική πολιτική υγείας). Η δημόσια ιατρική φροντίδα των ασθενών και των φτωχών αυτήν την εποχή βασίζεται στα εκκλησιαστικά και μοναστηριακά ιδρύματα περίθαλψης. Στα πλαίσια της αστυφιλίας αυτά τα ιδρύματα μετατράπηκαν σε τοπικά, σε επίπεδο πόλης, νοσοκομεία για τους φτωχούς, χωρίς βέβαια να περιέχουν ούτε κατ' ελάχιστον την έννοια της κοινωνικής ασφάλισης.

Η χρηματοδότηση αυτών των νοσοκομείων γινόταν αρχικά μέσω των γαιοκτημόνων και πόρων που διέθετε η εκάστοτε πόλη και αργότερα μέσω χορηγιών και ένα είδος εισφορών που συνεισέφεραν οι κάτοικοι της πόλης (Sommer-Schober, 2017).

Μόλις το 1945 στην Πρωσία καθίσταται δυνατή η ανάμειξη του δημοσίου σε θέματα κοινωνικής πολιτικής. Έτσι ιδρύονται τα «Τοπικά Ταμεία Ασθενείας», τα οποία γίνεται αναγκαστική η ασφάλιση για τους ελεύθερους επαγγελματίες, με παράλληλη καταβολή εισφορών. Σε αυτά τα ταμεία επιτρεπόταν επίσης η είσοδος των εργοστασιακών εργατών, χωρίς ωστόσο αυτό να είναι υποχρεωτικό μέχρι το 1849, οπότε αναγκάστηκαν οι εργοδότες να συνεισφέρουν το 50% των εισφορών ασφάλισης των εργαζομένων. Αυτή η ρύθμιση ισχύει βέβαια μέχρι σήμερα (Informationen zur politischen Bildung Nr. 215 – Der Sozialstaat 1990).

Η Πολιτική Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας από τον Bismarck

Η συνεχιζόμενη αύξηση της αστυφιλίας στη Γερμανία και τα υπόλοιπα κράτη της Ευρώπης απαιτούσε μία εκτεταμένη μεταρρύθμιση της κοινωνικής πολιτικής. Η εικόνα 2 δείχνει το βαθμό αστυφιλίας στη Γερμανία, Αυστρία και Ελβετία από το 1850 έως το 1910.

Η ανάμιξη του δημόσιου τομέα στην πολιτική υγείας είναι ανάλογη με την παρατηρούμενη αύξηση του βαθμού αστυφιλίας στα τρία (3) κράτη του διαγράμματος. Οι πρώτες κρατικές ρυθμίσεις ξεκίνησαν στο μέσα του 19^{ου} αιώνα. Όμως η αρχή μιας συντεταγμένης κοινωνικής πολιτικής στη Γερμανία έχει τις ρίζες της στο αυτοκρατορικό μήνυμα του Γουλιέλμου I προς το γερμανικό κοινοβούλιο το 1881. Εμπνευστής και δημιουργός αυτών των ρυθμίσεων ήταν ο τότε Καγκελάριος Otto Fürst von Bismarck (Kulbe, 1993).

Το 1883 θεωρείται το έτος ορόσημο για την καθιέρωση από το κοινοβούλιο της χώρας του σύγχρονου συστήματος υγείας του γερμανικού κράτους (Rower, 2008). Σύμφωνα με αυτό, όλοι οι εργαζόμενοι έπρεπε υποχρεωτικά να είναι ασφαλισμένοι έναντι ενδεχόμενων οικονομικών επιπτώσεων λόγω ασθένειας, ατυχήματος και αναπηρίας (Alber, 1987).

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας Bismarck εξασφαλιζόταν κυρίως μέσω κοινωνικών εισφορών. Κύρια χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος είναι τα εξής:

- Όλοι οι εργαζόμενοι είναι ασφαλισμένοι
- Οι εισφορές καθορίζονται κλιμακωτά αναλόγως του εισοδήματος του ασφαλισμένου

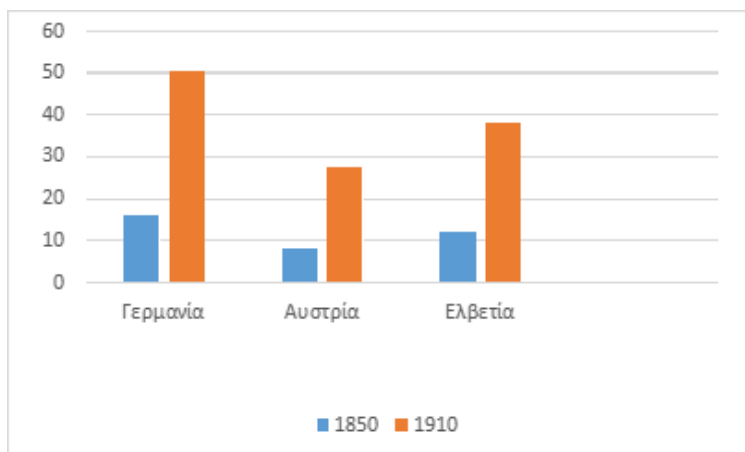
ασφαλισμένου

- Ο υπολογισμός των αμοιβών που ελάμβανε κάθε ασφαλισμένος σε περίπτωση ασθένειας κτλ. υπολογιζόνταν βάσει των κανονικών του αποδοχών ή του μισθού του.

Εικόνα 2

Ο βαθμός αστυφιλίας στη Γερμανία, Αυστρία και Ελβετία από το 1850 έως το 1910.

Προσωπική τροποποίηση από <http://www.wsgn.euw-frankfurt-o.de/vc/imagepageL13-1.JPG>



Ο κύριος λόγος για τη δημιουργία αυτού του συστήματος υγείας ήταν ο καθυστερημένος του εργατικού προλεταριάτου και των υπαλλήλων, κλάδοι οι οποίοι από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα είχαν τάσεις ανεξαρτητοποίησης και στη 10ετία του 1860 είχαν ήδη συστήσει τα πρώτα συνδικάτα τους και τα πρώτα εργατικά τους κινήματα (Alber, 1987).

Το σύστημα βασιζόταν σε «Τοπικά Ταμεία Ασθενείας» και στα «Επαγγελματικά Ταμεία Ασθενείας». Κάθε εργαζόμενος πλήρωνε τα 2/3 των εισφορών, ενώ ο εργοδότης αναλάμβανε το 1/3. Σε περίπτωση ασθένειας, ατυχήματος ή αναπηρίας ο εργαζόμενος δικαιούνταν το 50% των κανονικών του αποδοχών. Αργότερα ενσωματώθηκαν και επιδόματα ανατροφής παιδιών και θανάτου.

Δημιουργήθηκαν επίσης ελεύθερα κλαδικά επικουρικά ταμεία τα οποία σταδιακά άρχισαν εν μέρει να λειτουργούν ανταγωνιστικά προς τα Τοπικά Ταμεία Ασθενείας, καθώς ήταν υπό τη διοίκηση των εργατών, απολαμβάνοντας έτσι της εμπιστοσύνης τους (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2000, Hauser & Sommer, 1984).

Επίσης, το 1901 δημιούργησε η κυβέρνηση τα δικά της ταμεία υπαλλήλων, τα οποία

έδωσαν στους υπαλλήλους μεγαλύτερη ελευθερία στην επιλογή του ταμείου τους (Hauser & Sommer, 1984).

Τέλος, θεωρείται βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση της κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck συνέβαλε αποφασιστικά στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και αποσόβησε μια επαπειλούμενη διάσπαση της κοινωνίας.

Επιπλέον, η ασφαλιστική μεταρρύθμιση σε συνδυασμό με την πρόοδο της ιατρικής, τη βελτίωση των κανόνων υγιεινής και την αύξηση του αριθμού των ιατρών, επέδρασαν θετικά στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού. Τέλος με τη βελτίωση των υποδομών και την εφεύρεση των εμβολίων αντιμετωπίστηκαν μολυσματικές ασθένειες όπως π.χ. η χολέρα και η φυματίωση, ενώ μειώθηκε και η βρεφική θνησιμότητα.

Το σύστημα υγείας του Bismarck εξελίχθηκε στη συνέχεια ακόμη περισσότερο μέσω των νομικών προσθηκών κατά την χρονική περίοδο της Δημοκρατίας της Βαϊμάρης, του 3^{ου} ράιχ, μεταπολεμικά κατά τη διάσπαση της Γερμανίας και μετά το 1990 μετά την επανένωσή της. Οι επιμέρους ρυθμίσεις των παραπάνω σταδίων βρίσκονται ωστόσο εκτός του πλαισίου αυτής της εργασίας.

Λόγω των νέων δημογραφικών δεδομένων παρατηρείται μια συνεχής μείωση των μελών που πληρώνουν εισφορές στο σύστημα Bismarck, ενώ αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός αυτών που λαμβάνουν υποστήριξη χωρίς να πληρώνουν εισφορές, όπως π.χ. ανήλικα μέλη οικογενειών, άνεργοι κτλ. Αυτό το φαινόμενο αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση για τα συστήματα υγείας αυτού του τύπου (Rohwer, 2008).

Το Κοινωνικό Σύστημα Ασφάλισης της Γερμανίας μετά το 1990

Μετά τη συνένωση της Γερμανίας, το ενιαίο πλέον σύστημα υγείας της χώρας αντιμετώπισε ποικίλες προκλήσεις. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση επιχορήγησε τα νέα

ομόσπονδα κρατίδια με ένα οικονομικό πακέτο ύψους άνω του ενός (1) τρισεκατομμυρίου €, καθώς υπήρχαν χαώδεις διαφορές στο επίπεδο διαβίωσης μεταξύ παλιών και νέων κρατιδίων.

Το σημερινό σύστημα υγείας της Γερμανίας έχει στο κέντρο του τον ασθενή. Η βουλή και το υπουργείο υγείας καθορίζουν το νομικό πλαίσιο του συστήματος.

Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν τις εισφορές τους στα ταμεία και έχουν ελεύθερη επιλογή ιατρού.

Οι ιατροί με τη σειρά τους πληρώνονται από τα ταμεία κατ' αποκοπή ή βάσει σταθερής ωριαίας αποζημίωσης.

Η σχέση Ασθενής-Νοσοκομείο-Ταμείο είναι παρόμοια. Τα νοσοκομεία πληρώνονται από τα ταμεία βάσει συγκεκριμένων DRGs (Diagnosis Related Groups) για τις υπηρεσίες τους.

Τα είδη των ταμείων είναι τα εξής πέντε (5):

1. Γενικά Τοπικά Ταμεία (AOK, Allgemeine OrtsKrankenkassen)
2. Επικουρικά Ταμεία (Ersatzkassen)
3. Εργοστασιακά Ταμεία Ασθενείας (BKK, BetriebsKrankenKassen)
4. Τα κλαδικά ταμεία (IKK)
5. Ενιαίο Ταμείο Ασθενείας Σιδηροδρομικών-Ναυτικών και Μεταλλωρύχων (από το 2005)

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 2 οι δαπάνες υγείας από το 1950 αυξάνονται συνεχώς.

Πίνακας 2

Η εξέλιξη των εισφορών και δαπανών του συστήματος υγείας. (Oberender, Peter /Fleischmann, Jochen: Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft, Stuttgart, 2002)

Επιλεγμένα δεδομένα της εξέλιξης του συστήματος υγείας της Γερμανίας							
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2020
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	€
Ασφαλιστικές Εισφορές							
Ασθενείας %	5.8	7.8	8.2	11.4	12.3	13.7	256.4
Ποσοστό των δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ %	-	4.7	6.5	9.2	9.3	10.8	13.1
Δαπάνες Ασθενείας σε δισεκατομμύρια DM	-	12	25	90	142	212	440

Η παρατηρούμενη αύξηση των δαπανών από το 1950 έως το 2020 οφείλεται κυρίως σε τρεις (3) παράγοντες:

- Η εξέλιξη των δαπανών σχετίζεται αφενός μεν με την αύξηση της υπογεννητικότητας και αφετέρου στην μετατόπιση της ηλικιακής πυραμίδας προς τις μεγαλύτερες ηλικίας και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Έτσι τα συστήματα ασφάλισης δαπανούν περισσότερα χρήματα το 2020 απ' ότι το 1950.

- Η συνείδηση υγείας και η πεποίθηση του πληθυσμού ότι θα του παρασχεθούν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, αυξάνουν τις απαιτήσεις προς τα συστήματα υγείας. Με αυξανόμενο επίπεδο ζωής αυξάνεται επίσης η αναζήτηση υπηρεσιών υγείας.

- Η συνεχής εφεύρεση νέων και σύγχρονων τεχνολογιών στα πλαίσια της βιομηχανοποίησης περιλαμβάνει προφανώς και τον κλάδο της υγείας. Η εκρηκτική εξέλιξη της ιατρικής διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας, αυξάνουν τις δαπάνες και πιέζουν αφόρητα τα συστήματα υγείας παγκοσμίως.

Στη Γερμανία τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται γενικά από τα ασφαλιστικά ταμεία ασθενείας, βάσει των στάνταρντ του συστήματος **G-DRG** (German – Diagnosis Related Groups) το οποίο σχεδιάστηκε βάσει των προδιαγραφών του αυστραλιανού DRG . Επιπλέον καταβάλλονται επενδυτικά ποσά κατ' αποκοπή που σχετίζονται με την επιβράβευση ιδιαίτερων επιδόσεων, καθώς και πόροι για την έρευνα και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Deutscher Bundestag, 2009; Bundeszentrale für politische Bildung, 2013). Από το 2009 τα ασφαλιστικά ταμεία αντλούν τα αναγκαία ποσά από τα ονομαζόμενα «**fonds**» (λογαριασμοί κεφαλαίων). Στα fonds ρέουν οι ασφαλιστικές εισφορές (14.6% του μισθού), οι κρατικές επιχορηγήσεις και οι εισφορές του ταμείου συντάξεων. Στην εικόνα 3 δίδεται η κατανομή των δαπανών υγείας κατά κλάδους το 2014.

Οι δαπάνες κατά τομέα υπηρεσιών του συστήματος υγείας απεικονίζονται στην εικόνα 3.

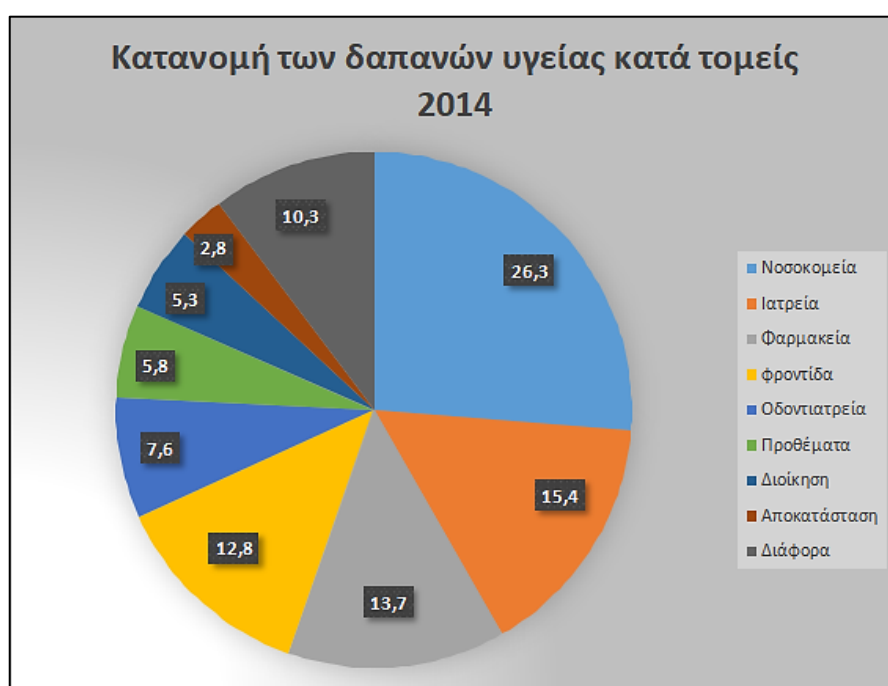
Οι απασχολούμενοι στο σύστημα υγείας της Γερμανίας είναι 5.7 εκατομμύρια σε ένα συνολικό πληθυσμό 83 εκατομμυρίων. Το σημερινό σύστημα είναι αποτέλεσμα μιας ιστορικής εξέλιξης και διαθέτει κάποιες ιδιαιτερότητες. Μία από αυτές είναι η **δυναδική χρηματοδότηση**. Περίπου 73.3 εκατομμύρια πολίτες (88.1%) είναι ασφαλισμένοι στα 97 υφιστάμενα συμβατικά ασφαλιστικά ταμεία. Περίπου 8.7 εκατομμύρια πολιτών (10.5%) διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση και 1.2 εκατομμύρια άνθρωποι (1.4%) ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες (άποροι, ανάπηροι πολέμου, ανασφάλιστοι, αστυνομικοί και στρατιωτικοί).

Άλλη ιδιαιτερότητα του συστήματος είναι η **αυτόνομη διαχείριση**. Σε πρώτο επίπεδο το Υπουργείο Υγείας, τα κρατίδια και οι τοπικές κοινότητες θέτουν το νομικό πλαίσιο εντός του οποίου λειτουργούν οι συμμετέχοντες. Στη συνέχεια τα ασφαλιστικά ταμεία και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, γιατροί, κέντρα αποκατάστασης κτλ.)

διαπραγματεύονται και αποφασίζουν για τα σημαντικά θέματα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Βασική επιδίωξη αποτελεί η τήρηση του μέτρου και η αποφυγή των υπερβολών στις δαπάνες.

Εικόνα 3

Κατανομή των γερμανικών δαπανών υγείας κατά τομείς το 2014. *Τροποποίηση διαγράμματος από Manuela Sommer-Schober, 2017*



Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι επίσης ο **ομοσπονδιακός του χαρακτήρας**. Η Κεντρική Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση νομοθετεί και τα επιμέρους Αυτόνομα Ομόσπονδα Κρατίδια έχουν τη δυνατότητα να προσαρμόσουν τη νομοθεσία στα δικά τους δεδομένα. Π.χ. με την πανδημία Covid-19 εκφράστηκε αυτό το χαρακτηριστικό με μεγάλη επιτυχία: Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση πρότεινε απλά να ελαττωθούν οι κοινωνικές επαφές των πολιτών και οι τοπικές διοικήσεις αποφάσιζαν αν π.χ. κλείσουν τα σχολεία, τα μουσεία, τα εστιατόρια κτλ.

Το υψηλό επίπεδο της σημερινής περίθαλψης διατηρείται με τη συνεχή εξέλιξη των δομών και των παροχών και τη αυστηρή προσαρμογή τους στις ανάγκες των ασφαλισμένων. Σταθερή επιδίωξη του συστήματος υγείας της Γερμανίας είναι η εξάλειψη των διαφορών που προκύπτουν στην περίθαλψη λόγω ηλικίας, φύλου, τόπου κατοικίας (πόλεις ή επαρχία), εισοδήματος ή είδους ασθένειας.

Πίνακας 3

Εισαγωγή της κοινωνικής ασφάλισης στα κράτη της μελέτης

Κράτος	Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	Ασφάλεια ατυχήματος	Ασφάλεια Σύνταξης	Ασφάλεια Ανεργίας
Γερμανία	1883	1984	1889	1927
Αυστρία	1888	1987	1907	1920
Ελβετία	1911	1918	1946	1982
Μ. Βρετανία	1911	1997	1908	1911
Η.Π.Α.	1965	1930	1935	1935

Επίσης, η συνεχής *ψηφιοποίηση* των υπηρεσιών και η εισαγωγή καινοτομιών θα βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των υπηρεσιών περίθαλψης, φροντίδας και πρόληψης στο μέλλον. Γενικά, η χρήση καινοτόμων τεχνολογιών πληροφορίας αναμένεται να βελτιώσει πολλαπλά την περίθαλψη. Η πανδημία του κορονοϊού ανέδειξε τα πλεονεκτήματα της ψηφιοποίησης και επιτάχυνε τις αναγκαίες εξελίξεις. Αυτό φαίνεται και από τον αριθμό των ιατρικών εξετάσεων μέσω τηλεδιάσκεψης, οι οποίες το 2021 έφθασαν τα 2.25 εκατομμύρια περιπτώσεις. Επίσης, η εφαρμογή Corona-Warn-App (CWA) χρησιμοποιείται ευρέως στη Γερμανία και συμβάλει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Παρόμοιες

εφαρμογές είναι οι Apps CovPass και CovPass-Check.

Επιπλέον, η *Τεχνητή Νοημοσύνη και τα Big Data* είναι πλέον για τους επαγγελματίες υγείας τόσο σημαντικά και απαραίτητα όσο το στηθοσκόπιο και οι απεικονιστικές μέθοδοι. Από 2019 έως το 2025 η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση θα δαπανήσει 185 εκατομμύρια € στα πλαίσια της στρατηγικής της για την Τεχνητή Νοημοσύνη.

Τέλος, το *Εθνικό Portal Υγείας* ενημερώνει τους πολίτες υπεύθυνα, εχέμυθα, τεκμηριωμένα και κατανοητά για επιλεγμένα θέματα υγείας. Το *Portal «Migration und Gesundheit»* (migration-gesundheit.bund.de) υποστηρίζει ανθρώπους με προσφυγικό υπόβαθρο να κατανοήσουν το σύστημα υγείας της χώρας, προσφέροντας πληροφορίες σε πολλές γλώσσες, ακόμη και για θέματα εθισμού και ουσιών. Στον πίνακα 3 δίδεται η χρονολογία εισαγωγής της κοινωνικής ασφάλισης των κρατών της μελέτης.

Κατάταξη του Γερμανικού Συστήματος Υγείας

Ο σουηδικός οίκος Health Consumer Powerhouse που αναλύει από το 2005 τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας βάσει του Δείκτη Χρηστών Υγείας αποτελεί μέτρο για τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

Τα συστήματα υγείας 35 συνολικά ευρωπαϊκών χωρών συγκρίνονται ετήσια, βάσει 46 κριτηρίων αξιολόγησης. Για το 2018 αυτή η σύγκριση έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

- Θέση 1: Ελβετία
- Θέση 2: Ολλανδία
- Θέση 3: Νορβηγία
- Θέση 4: Δανία
- Θέση 5: Βέλγιο
- Θέση 12: Γερμανία

Ως αιτία αναφέρεται η παραδοσιακή αδυναμία του γερμανικού συστήματος υγείας, με την ύπαρξη πολλών μικρών μη εξειδικευμένων γενικών νοσοκομείων, τα οποία προσφέρουν υπηρεσίας χαμηλής ποιότητας. Επίσης, ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι στη Γερμανία γίνονται πολύ λίγες μεταμοσχεύσεις νεφρών σε σχέση με γειτονικές χώρες, επειδή πληρώνονται υπερβολικές αμοιβές σε κέντρα αιμοκάθαρσης.

Αντίθετα, η κατάσταση είναι διαφορετική στην παγκόσμια κατάταξη για τη Γερμανία. Ο βρετανικός οίκος ID Medical αξιολόγησε 24 κράτη του ΟΟΣΑ. Η σύγκριση έγινε λαμβάνοντας υπόψη μεταξύ άλλων και τους παρακάτω παράγοντες:

- Ποσοστό των δαπανών επί του ΑΕΠ
- Ποσοστό των για τον κλάδο υγείας
- Αριθμός νοσοκομειακών κλινών
- Αριθμός γιατρών και φροντιστών
- Ο μέσος όρος του προσδόκιμου ζωής

Παρουσιάστηκε η εξής κατάταξης:

- Θέση 1: Ιαπωνία
- Θέση 2: Γερμανία
- Θέση 3: Ελβετία
- Θέση 4: Αυστρία
- Θέση 5: Γαλλία
- Θέση 6: Νορβηγία
- Θέση 7: Σουηδία
- Θέση 8: Λετονία
- Θέση 9: Ολλανδία

Η Ιαπωνία καταλαμβάνει την πρώτη θέση με 72/100. Η θετική αξιολόγηση βασίζεται στον αριθμό των γιατρών, των νοσηλευτών, του αριθμού νοσοκομειακών κλινών και του υψηλού προσδόκιμου ζωής που φθάνει κατά μέσο όρο το 86 έτη.

Τέλος, τα αριθμητικά δεδομένα για το γερμανικό σύστημα υγείας είναι τα εξής:

- Δαπάνες κλάδου υγείας: 440 δισ. €
- Ετήσιες Δαπάνες ανά κάτοικο: 5.900 €
- Ποσοστό επί του ΑΕΠ: 13.1 %
- Απασχολούμενοι: 5.7 εκατομμύρια
- Προσδόκιμο ζωής: 78 έτη
- Νοσοκομεία: 1903
- Νοσοκομειακές κλίνες: 487.783
- Κλίνες Εντατικής Νοσηλείας: 27.612
- Γιατροί: 372.000
- Γιατροί ανά 1000 κατοίκους: 4.5

Το Σύστημα Ασφάλισης της Αυστρίας

Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Αυστρίας με πρωτεύουσα τη Βιέννη βρίσκεται στην καρδιά της Ευρώπης, έχει έκταση 84.000 km² και αποτελείται από εννέα (9) ομόσπονδα κρατίδια με συνολικό πληθυσμό 8.4 εκατομμύρια κατοίκους (Hofmarcher, 2013). Είναι μέλος των Ηνωμένων Εθνών από το 1955 και της Ε.Ε. από το 1995. Η ανεργία κυμαίνεται στο 5.5 % και το μέσο ετήσιο κατά κεφαλήν εισόδημα είναι 42.000 €.

Το συνολικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει τους παρακάτω κλάδους, όμως αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι μόνο το σύστημα υγείας –

ασθενείας της χώρας:

- Ασφάλεια Υγείας – Ασθενείας
- Ασφάλεια Σύνταξης
- Ασφάλεια Ατυχήματος
- Ασφάλεια Ανεργίας

Το Σύστημα Υγείας – Ασθενείας της Αυστρίας

Το σύστημα υγείας της Αυστρίας κατατάσσεται στο μοντέλο Bismarck. Για την εγγύηση οργάνωσης και λειτουργίας υπεύθυνο είναι το δημόσιο. Αυτό σημαίνει ότι η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, τα ομόσπονδα κρατίδια, οι περιφέρειες, το σύστημα ασφάλισης και οι θεσμοθετημένοι επαγγελματικοί φορείς είναι υπεύθυνοι για τους διάφορους τομείς του συστήματος, πχ. νομοθεσία, διαχείριση, χρηματοδότηση, παροχή υπηρεσιών υγείας, ποιοτικός έλεγχος, εκπαίδευση κτλ. Όμως, οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται τόσο από δημόσια όσο και από ιδιωτικά ιδρύματα και οργανισμούς (Sommer-Schober, 2017).

Η σημαντικότερη αρχή της πολιτικής υγείας της Αυστρίας είναι η ανεμπόδιστη πρόσβαση και η διασφάλιση υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης για όλους του πολίτες, ανεξαιρέτως ηλικίας, φύλου, καταγωγής, τόπου κατοικίας, κοινωνικής τάξης ή εισοδήματος και όγκου των απαιτούμενων υπηρεσιών.

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη βασίζεται σε ένα μοντέλο υποχρεωτικής ασφάλισης. Η πρόσβαση και οι παροχές ρυθμίζονται από το Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης.

Η αρχή της **καθολικότητας** διασφαλίζει την ασφάλιση υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό. Κάθε δικαιούχος συνασφαλίζει και τα μέλη της οικογενείας του. Βασική αρχή του συστήματος είναι επίσης η **αρχή της αλληλεγγύης**, η οποία διασφαλίζει ίδιες παροχές υγείας για όλους, ανεξάρτητα με τις ασφαλιστικές εισφορές που πληρώνουν (Sommer-

Schober, 2017). Η αλληλεγγύη των υψηλόμισθων και των υγειών πολιτών διασφαλίζει τη χρηματοδότηση των ιατρικών παροχών προς τους χαμηλόμισθους και τους ασθενείς. Για να εξασφαλιστεί αυτή η αλληλεγγύη σε έναν όσο το δυνατόν ευρύτερο βαθμό, είναι αναγκαία η κρατική θεσμοθέτηση της **αρχής της υποχρεωτικότητας**, που δεσμεύει όλους τους εργαζόμενους. Έτσι το 99.9 % των Αυστριακών απολαμβάνει μία κοινωνική ασφάλιση ασθένειας (Gesundheitsministerium, 2013 α).

Στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης η αρχή της αλληλεγγύης αντικαθίσταται από την **αρχή της αναλογικότητας**. Δηλαδή, τα ασφάλιστρα καθορίζονται βάσει του επιπέδου των συμφωνημένων υπηρεσιών και εν γένει του βαθμού επικινδυνότητας της υγείας του ασφαλισμένου.

Μια επίσης βασική αρχή του συστήματος είναι το **αυτοδιοίκητο**. Στα πλαίσια του αυτοδιοίκητου οι εκπρόσωποι των ασφαλισμένων διαχειρίζονται τις εισφορές τους και αποφασίζουν ποιες (πακέτα προσφορών) και από που (νοσοκομεία, ιατρεία, θεραπευτικά κέντρα, οδοντιατρεία κτλ.) θα αγοράσουν τις υπηρεσίες υγείας για τους ασφαλισμένους τους. Η ασφάλιση ενεργεί μεν ελεύθερα και χωρίς εντολές, υπόκειται όμως στην κρατική εποπτεία και έλεγχο της υπηρεσίας (BMSGPK, Bundes Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz).

Η επιλογή του ασφαλιστικού φορέα κατά κανόνα δεν είναι ελεύθερη, αλλά οι πολίτες ασφαλιζονται κατά προτεραιότητα στα κλαδικά τους ταμεία ή σε ταμεία ανάλογα με τον τόπο εργασίας ή κατοικίας. Έτσι, τα ταμεία δεν λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους με εξαίρεση τον ανταγωνισμό μεταξύ κρατικών και ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων (Sommer-Schober, 2017).

Υπάρχουν δεκαοκτώ (18) ασφαλιστικοί φορείς οι οποίοι λειτουργούν μη

ανταγωνιστικά υπό τη σκέπη της Κεντρικής Ομοσπονδίας των ασφαλιστικών φορέων. Για το κύριο ποσοστό των ασφαλισμένων το ποσοστό των εισφορών είναι 7.65 % (3,78 % πληρώνει ο εργαζόμενος και 3,78 % ο εργοδότης). Το μέγιστο εισόδημα για το οποίο ισχύει το παραπάνω ποσοστό είναι σήμερα τα 4.980 €. Για εισοδήματα πέραν του παραπάνω ποσού δεν πληρώνονται εισφορές (Hofmarcher, 2013; Steiermärkische Gebietskrankenkasse, 2017). Η επιλογή του ασφαλιστικού φορέα γίνεται ανάλογα με τον τόπο και το είδος της απασχόλησης. Αλλαγές στα ποσοστά εισφορών αποφασίζονται αποκλειστικά από το κοινοβούλιο. Τις παροχές υγείας απολαμβάνουν όλα τα μέλη μιας οικογενείας που δεν υποχρεούνται σε απόδοση εισφορών. Φοιτητές και υποαπασχολούμενοι έχουν το δικαίωμα της ατομικής προαιρετικής ασφάλισης. Επιπλέον, για μερικές επαγγελματικές ομάδες, όπως γιατροί, φαρμακοποιοί, δικηγόροι κτλ. υπάρχει η ελεύθερη επιλογή του ασφαλιστικού τους φορέα (επαγγελματικά ταμεία, ιδιωτική ασφάλιση κτλ.).

Τμήμα του αυστριακού συστήματος ασφάλισης αποτελεί το ταμείο αποζημίωσης που δημιουργήθηκε στην Κεντρική Ομοσπονδία Ασφάλισης με σκοπό τη διασφάλιση της ρευστότητας των Τοπικών Ταμείων Ασθένειας. Αυτοί οι πόροι διατίθενται για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων, αλλά και για ερευνητικές έρευνες πρόληψης (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2017).

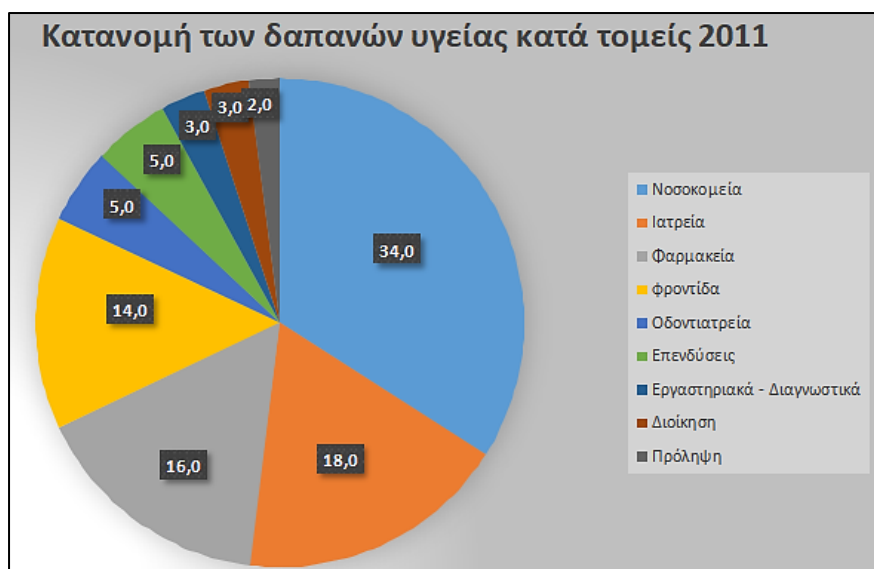
Επιπλέον, στην Αυστρία υπάρχει συμπληρωματικά, στα πλαίσια της υποχρεωτικής ασφάλειας ασθενείας, η δυνατότητα της ιδιωτικής ασφάλισης. Το 30% περίπου των αυστριακών έχει μια ιδιωτική ασφάλεια ασθενείας. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι αφενός μεν η αποφυγή μεγάλων χρόνων αναμονής σε περιπτώσεις εγχειρήσεων και αφετέρου η εξασφάλιση της δαπάνης κατά την επιλογή του γιατρού της αρεσκείας του ασφαλισμένου (καθηγητές πανεπιστημίων, διάσημοι κορυφαίοι επιστήμονες κτλ.). Τα ποσά

της ιδιωτικής ασφάλισης καθορίζονται ανάλογα με τις καλυπτόμενες υπηρεσίες (Pöttler, 2014).

Ο ακριβής υπολογισμός των καταβαλλόμενων ασφαλιστικών εισφορών γίνεται βάσει ασφαλιστικών μαθηματικών κριτηρίων και προσανατολίζεται βάσει του ιατρικού ιστορικού, του φύλου και της ηλικίας του ασφαλισμένου. Οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες επιστρέφουν ένα ποσοστό των ασφαλιστρών που καταβλήθηκαν εφόσον ο ασφαλισμένος δεν κάνει χρήση της ασφάλειάς του για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Hofmarcher, 2013). Οι ιδιωτικές ασφάλειες χρηματοδότησαν το 2010 περίπου το 5.5% των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία, ύψους 1.4 δις. € περίπου. Σήμερα δραστηριοποιούνται στην Αυστρία οκτώ (8) κατά κανόνα κερδοφόρες εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης ασθενείας και 30 % των πολιτών της Αυστρίας διαθέτει σήμερα μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Sommer-Schober, 2017).

Εικόνα 4

Κατανομή των αυστριακών δαπανών υγείας κατά τομείς το 2011. (Προσωπική τροποποίηση διαγράμματος από Sommer-Schober, M., 2017)



Στην εικόνα 4 απεικονίζεται η κατανομή των αυστριακών δαπανών υγείας κατά τομείς το 2011.

Οι Δαπάνες του Συστήματος Ασφάλισης της Αυστρίας

Οι δαπάνες του συστήματος υγείας της Αυστρίας το 2016 ανήλθαν σε 42,50 δις. €, ποσό που αντιστοιχεί στο 11.47% του ΑΕΠ της χώρας. Το 74.2 % των δαπανών προήλθαν από τη δημόσια ασφάλιση της Ομοσπονδίας, των κρατιδίων και των κοινοτήτων. Το υπόλοιπο 25.8 % προήλθε από τους υπόλοιπους ασφαλιστικούς φορείς. Το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανήθηκε για τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Bundesministerium für Gesundheit, 2013a).

Τα αυστριακά νοσοκομεία χρηματοδοτούνται κατά κανόνα από τα ταμεία υγείας των κρατιδίων, βάσει των κανόνων του συστήματος LKF (Leistungsorientierte Krankenanstalten Finanzierung), ανάλογα δηλαδή με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συμπληρωματικά, η Ομοσπονδία συνεισφέρει το αποκαλούμενο «κλινικό συμπλήρωμα» για τις πανεπιστημιακές κλινικές (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Κατάταξη του Αυστριακού Συστήματος Υγείας

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο το σύστημα υγείας κατατάσσεται στην 9^η θέση. Πρόβλημα υπάρχει στην Αυστρία όπου δεν υπάρχει απαγόρευση αμβλώσεων, αλλά αυτές πραγματοποιούνται ιδιωτικά με συνέπεια να μην υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Αν ληφθεί σοβαρά υπόψη αυτός ο παράγοντας, ίσως η Αυστρία να έπεφτε στην κατάταξη.

Τα συστήματα υγείας 35 συνολικά ευρωπαϊκών χωρών συγκρίνονται ετήσια, βάσει 46 κριτηρίων αξιολόγησης. Για το 2018 αυτή η σύγκριση έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

- Θέση 1: Ελβετία

- Θέση 2: Ολλανδία
- Θέση 3: Νορβηγία
- Θέση 4: Δανία
- Θέση 5: Βέλγιο
- Θέση 6: Φιλανδία
- Θέση 7: Λουξεμβούργο
- Θέση 8: Σουηδία
- Θέση 9: Αυστρία
- Θέση 12: Γερμανία
- Θέση 29: Ελλάδα

Αντίθετα, η κατάσταση είναι διαφορετική στην παγκόσμια κατάταξη για την Αυστρία. Ο βρετανικός οίκος ID Medical αξιολόγησε 24 κράτη του ΟΟΣΑ. Η σύγκριση έγινε λαμβάνοντας υπόψη μεταξύ άλλων και τους παρακάτω παράγοντες:

- Ποσοστό των δαπανών επί του ΑΕΠ
- Ποσοστό των για τον κλάδο υγείας
- Αριθμός νοσοκομειακών κλινών
- Αριθμός γιατρών και φροντιστών
- Ο μέσος όρος του προσδόκιμου ζωής

Παρουσιάστηκε η εξής κατάταξη:

- Θέση 1: Ιαπωνία
- Θέση 2: Γερμανία
- Θέση 3: Ελβετία
- Θέση 4: Αυστρία

- Θέση 5: Γαλλία
- Θέση 6: Νορβηγία
- Θέση 7: Σουηδία
- Θέση 8: Λετονία
- Θέση 9: Ολλανδία
- Θέση 10: Βέλγιο

Η Ιαπωνία καταλαμβάνει την πρώτη θέση με 72/100. Η θετική αξιολόγηση βασίζεται στον αριθμό των γιατρών, των νοσηλευτών, του αριθμού νοσοκομειακών κλινών και του υψηλού προσδόκιμου ζωής που φθάνει κατά μέσο όρο το 86 έτη.

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η παρατήρηση ότι στις πέντε (5) πρώτες θέσεις του καταλόγου βρίσκονται τέσσερις (4) χώρες του μοντέλου Bismarck.

Τα κλασικά αριθμητικά δεδομένα για το σύστημα υγείας της Αυστρίας είναι τα εξής:

- Δαπάνες κλάδου υγείας: 42.5 δισ. €
- Ετήσιες Δαπάνες ανά κάτοικο: 4.830 €
- Ποσοστό επί του ΑΕΠ: 10.35 %
- Απασχολούμενοι: 420.000
- Προσδόκιμο ζωής: 82
- Νοσοκομεία: 271
- Νοσοκομειακές κλίνες: 69.927
- Κλίνες Εντατικής Νοσηλείας: 2.645
- Γιατροί : 45.600
- Γιατροί ανά 1000 κατοίκους: 4.9

Το Ελβετικό Κοινωνικό Σύστημα Ασφάλισης

Το σύστημα υγείας της Ελβετίας περιλαμβάνεται μεταξύ των καλύτερων παγκοσμίως. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η ερμηνεία αυτού του φαινομένου και επιπλέον να καταγραφούν τα προβλήματα που ενδεχομένως κουβαλάει το σύστημα. Επίσης θα παρουσιαστούν και οι συγκρίσεις μεταξύ των συστημάτων υγείας της Ελβετίας της Αυστρίας και της Γερμανίας.

Το σύστημα υγείας της Ελβετίας είναι ένας συνδυασμός δημόσιου και ιδιωτικού μοντέλου. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μεγάλη οικονομική εμπλοκή ιδιωτικών ασφαλειών, αλλά και οι γιατροί και τα νοσοκομεία είναι ιδιωτικά και δημόσια.

Κατά κανόνα, τα καντόνια είναι υπεύθυνα για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, ορισμένοι θέματα ρυθμίζονται από το κράτος. Αυτό κάνει το σύστημα να φαίνεται κατακερματισμένο και αδιαφανές. Επίσης, η έλλειψη οργάνωσης καθιστά το σύστημα πολύ ακριβό. Παρακάτω θα αναφερθούμε στη χρηματοδότηση του συστήματος.

Η Ελβετία με πληθυσμό 8.4 εκατομμύρια κατοίκους εμφανίζει μια έντονα αποκεντρωμένη διοικητική και πολιτική δομή, η οποία περιλαμβάνει τρία (3) κρατικά επίπεδα:

- Την ομοσπονδία
- 26 καντόνια
- 2352 Κοινότητες (De Pietro et al., 2015)

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Ελβετίας περιλαμβάνει τους εξής πέντε (5) τομείς:

1. Ασφάλιση γήρατος, αναπηρίας και απογόνων (σύστημα τριών (3) πυλώνων)
2. Προστασία ασθένειας ή ατυχήματος

3. Αναπλήρωση αποδοχών κατά τη στρατιωτική θητεία και τη μητρότητα
4. Ασφάλεια ανεργίας
5. Οικογενειακά επιδόματα (Bundesamt für Sozialversicherung, 2017b)

Ενώ η ασφάλιση γήρατος, αναπηρίας και απογόνων, ατυχήματος, η αναπλήρωση αποδοχών κατά τη στρατιωτική θητεία και τη μητρότητα, η ασφάλεια ανεργίας και τα οικογενειακά επιδόματα χρηματοδοτούνται ισότιμα μέσω καταβολής εισφορών από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους σε ποσοστό από 11.25 έως 12.45, ανάλογα με το εισόδημα, η ασφάλεια ασθένειας επιδοτείται με ένα κατά κεφαλή ποσό (Bundesamt für Sozialversicherung, 2017 b).

Ο συνολικός σχεδόν πληθυσμός της Ελβετίας καλύπτεται μετά το 1996 από την ασφάλιση ασθενείας, η οποία διασφαλίζει την άμεση πρόσβαση σε ένα στάνταρ πακέτο παροχών, πρακτικά χωρίς καθυστερήσεις σε όλα τα επίπεδα ιατρικής φροντίδας. Στα πλαίσια της μη υποχρεωτικής ασφάλισης πριν το 1996, ουσιαστικά σε συνθήκες ελεύθερης αγοράς, ήταν πάρα πολύ δύσκολο για ηλικιωμένους και ασθενείς να βρουν μια αποδοτική ασφάλιση ασθενείας.

Ιστορικά υπήρχαν στη Ελβετία ποικίλα συστήματα χρηματοδότησης και διάφορες μορφές παροχής ιατρικών υπηρεσιών, με την ομοσπονδία να έχει σχεδόν μηδενική δυνατότητα εμπλοκής στη διαδικασία. Σήμερα, μέσω μιας σταδιακής συγκεντρωτικής διαδικασίας, η Ομοσπονδία παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό κανόνων σε πολλούς τομείς του συστήματος υγείας. Το ομοσπονδιακό γραφείο υγείας είναι ο οργανισμός που λειτουργεί όπως τα Υπουργεία Υγείας των άλλων κρατών.

Κάθε Ελβετός πολίτης είναι υποχρεωμένος να συμβάλλεται με ένα ταμείο ασφάλισης, το οποίο με τη σειρά του υποχρεούται να δέχεται ασφαλιστικά όλους τους

πολίτες. Παιδιά και άνεργα μέλη μιας οικογένειας δεν απολαμβάνουν δωρεάν ασφάλιση. Ωστόσο για ηλικίες κάτω των 25 ετών υπάρχουν μειωμένες εισφορές (Bathelt, 2006).

Η διασφάλιση της υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού αποτελεί ευθύνη των Καντονιών, είτε μέσω της χρηματοδότησης του συστήματος και της υποστήριξης των αδύναμων νοικοκυριών, είτε μέσω της νομοθετικής τους δράσης. Στην ιδιοκτησία τους βρίσκεται η πλειονότητα των μεγάλων νοσοκομείων.

Το 2015 υπήρχαν στην Ελβετία 59 διαφορετικές ασφάλειες ασθενείας και 30 ασφάλειες ατυχήματος. Οι ασφαλιστικές εισφορές είναι για όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως φύλου και κατάστασης υγείας. Ωστόσο υπάρχει μια διαφοροποίησή τους ανάλογα με την ηλικία. Τα ηλικιακά επίπεδα είναι τρία: 0-18, 19-25 και >26. Στόχος του συστήματος είναι οι εργαζόμενοι να μη δαπανούν περισσότερο από το 10% των αποδοχών τους για την ασφάλιση ασθενείας. Το σύστημα υγείας λειτουργεί αλληλέγγυα και διασφαλίζει μία ισορροπία μεταξύ ασθενών και υγείων, νέων και γέρων, πλούσιων και φτωχών.

Υπάρχουν σκέψεις, για τον καθορισμό του ύψους των ασφαλιστικών εισφορών να λαμβάνονται υπόψη κριτήρια όπως οι μέρες νοσηλείας ή η φαρμακευτική δαπάνη του προηγούμενου έτους (Santésuisse, 2016). Οι ασφαλισμένοι έχουν βασικά τη δυνατότητα αλλαγής ασφαλιστικού φορέα. Όμως η διαδικασία συνοδεύεται από επιπλέον έξοδα με αποτέλεσμα το ποσοστό αυτών που επιχειρεί κάτι τέτοιο βρίσκεται μόλις στο 2-6 %. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το ποσό της ατομικής συμμετοχής στις δαπάνες, πριν την ενεργοποίηση της ασφάλειας. Οι εισφορές διαμορφώνονται ανάλογα με την ίδια συμμετοχή που επιλέγει ο ασφαλισμένος, με τα ποσά να διαφοροποιούνται σημαντικά. Όσο υψηλή είναι η ίδια συμμετοχή, τόσο χαμηλότερες είναι οι εισφορές που πρέπει να καταβληθούν.

Κάθε Ελβετός/ίδα διαθέτει μια βασική ασφάλεια και πληρώνει συγκεκριμένα ασφάλιστρα σε ένα ασφαλιστικό φορέα της επιλογής του. Κατά κανόνα πληρώνει ο καθένας 300 ελβετικά φράγκα μηνιαία, συμμετέχοντας όμως και ο ίδιος στις δαπάνες. Οι οικονομικά ασθενέστεροι λαμβάνουν μια έκπτωση από το καντόνι. Ο ασφαλισμένος διαπραγματεύεται με τον ασφαλιστικό φορέα το ύψος της ίδιας συμμετοχής. Όσο πιο υψηλή είναι η ίδια συμμετοχή τόσο χαμηλότερα είναι τα ασφάλιστρα. Σε αυτήν την περίπτωση η ασφάλεια αρχίζει να πληρώνει όταν ξεπεραστεί το ποσό της ίδιας συμμετοχής. Για παράδειγμα, κάποιος που πληρώνει 300 φράγκα μηνιαία έχει ίδια συμμετοχή 700 φράγκα και 10% συμμετοχή για τις επιπλέον δαπάνες. Ο ασθενής πληρώνει επίσης 20% σε επιλεγμένα φάρμακα. Τέλος, για μακροχρόνια παραμονή στο νοσοκομείο ο ασθενής πληρώνει 15 φράγκα ημερήσια συμμετοχή. Συχνά, δεν είναι σαφές ποιος πληρώνει τι, με συνέπεια οι διαφορές να επιλύονται δικαστικά (Meyer, 2008).

Τα ασφάλιστρα των πολιτών δεν επαρκούν για τη λειτουργία του συστήματος με αποτέλεσμα τα καντόνια να υποστηρίζουν οικονομικά τα νοσοκομεία. Η νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτεται κατά 55% από τα Καντόνια και κατά 45% από τις ασφάλειες. Οι επισκέψεις σε ιατρεία πληρώνονται αποκλειστικά από τις ασφάλειες.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες χρηματοδοτούν το 35,8 % των συνολικών δαπανών υγείας, περίπου 26 % εξοφλείται μέσω της ίδιας συμμετοχής των πολιτών και περίπου 20,3 % μέσω κρατικών επιχορηγήσεων (De Pietro et al., 2015).

Οι Δαπάνες του Συστήματος Ασφάλισης της Ελβετίας

Οι δαπάνες του συστήματος υγείας της Ελβετίας είναι υψηλότερες από το μέσο όρο των κρατών ΕΕ-15, γεγονός που έχει ως συνέπεια από το 2003 και μετά να αυξάνονται οι ασφαλιστικές εισφορές με μεγαλύτερους ρυθμούς από ότι οι αποδοχές. Το 2013 οι

συνολικές δαπάνες υγείας της Ελβετίας αποτελούσαν το 11.5 % του ΑΕΠ της χώρας. Μόνο η Ολλανδία και η Γαλλία επενδύουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ τους στην υγεία. Αν συγκρίνει κανείς τις κατά κεφαλήν δαπάνες, η Ελβετία βρίσκεται επίσης στην Τρίτη θέση πίσω από το Λουξεμβούργο και την Νορβηγία (De Pietro et al., 2015). Στον πίνακα 4 απεικονίζονται οι τάσεις των ελβετικών δαπανών υγείας.

Όπως παριστάνεται στην Εικόνα 5, ο νοσοκομειακός τομέας αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα κόστους. Οι κρατικές επιχορηγήσεις είναι επίσης χαμηλές συγκρινόμενες διεθνώς, ενώ η ίδια συμμετοχή των ασφαλισμένων είναι σαφώς πάνω από το μέσο όρο της Ε.Ε.

Πίνακας 4

Τάσεις των ελβετικών δαπανών υγείας. *Προσωπική τροποποίηση πίνακα του Π.Ο.Υ., De Pietro et al. 2015*

	2005	2010	2013	2022
Συνολικές Ετήσιες Δαπάνες Υγείας κατά κεφαλήν σε USD	4.027,30	5.319,10	6.186,70	13.250
Συνολικές Ετήσιες Δαπάνες Υγείας επί % του ΑΕΠ	10,9	10,9	11,5	11,8
Ετήσιες Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σε ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (εκτίμηση Π.Ο.Υ.)	59,5	65,2	66,0	70,0
Ετήσιες Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε ποσοστό % επί των συνολικών δαπανών υγείας	-	34,8	34,0	30,0

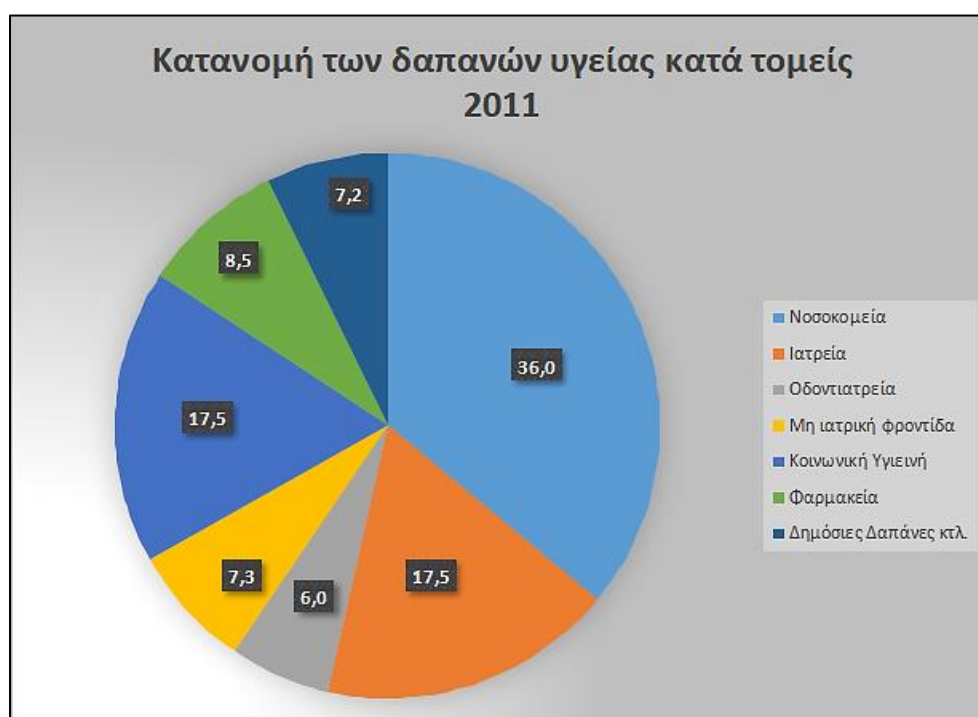
Στην Ελβετία τα νοσοκομεία πληρώνονται κατά κανόνα από τα Καντόνια και τους Υποχρεωτικούς Φορείς Ασφάλισης (OKP), βάσει επίσης των στάνταρτ του συστήματος SWISS- DRG, το οποίο βασίστηκε στο G-DRG. και εδώ υπάρχει η επιδότηση της διδασκαλίας και της έρευνας και η ξεχωριστή οικονομική ενίσχυση των πανεπιστημιακών κλινικών (Von Stokar, 2016).

Η αρχή της αλληλεγγύης έχει στην Ελβετία μεγάλη παράδοση. Όλοι οι ασφαλισμένοι σχηματίζουν μια ένωση και ο καθένας πληρώνει τακτικά τις εισφορές του,

ώστε σε περίπτωση ανάγκης να υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι, για να υποστηριχθούν όσοι τους έχουν ανάγκη. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι κάποιος που είναι υγιέστατος και δεν χρειάζεται γιατρό, πληρώνει κάθε μήνα τις εισφορές του και φροντίζει έμμεσα για αυτούς που είναι φιλάσθενοι και χρειάζονται περισσότερη περίθαλψη. Ευθύνη της ομοσπονδίας, των καντονιών και των περιφερειών είναι να διατηρούν αυτήν την ένωση σε ισορροπία.

Εικόνα 5

Κατανομή των ελβετικών δαπανών υγείας κατά τομείς το 2011. (Προσωπική τροποποίηση διαγράμματος από Sommer-Schober, M, 2017)



Συνοψίζοντας θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι η Ελβετία δεν είναι ξακουστή μόνο για ωρολόγια και τη σοκολάτα, αλλά και για πολύ καλό σύστημα υγείας που διαθέτει. Το μότο εδώ είναι: ακριβά αλλά καλά.

Μοντέλα Ασφάλισης στην Ελβετία

Τα μοντέλα ασφάλισης που προσφέρονται στην Ελβετία, υπό την αίρεση ότι δεν προσφέρονται όλα τα μοντέλα από όλες τις ασφάλειες, είναι τα εξής:

- Το στάνταρ μοντέλο
- Το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού
- Το τηλεϊατρικό μοντέλο
- Το μοντέλο HMO-Health Maintenance Organization

Και τα τέσσερα (4) μοντέλα προσφέρουν τις ίδιες καλύψεις. Η διαφορά είναι μόνο στον τρόπο αναζήτησης ιατρού. Προφανώς, μπορεί κανείς να επισκεφθεί ένα γιατρό ή νοσοκομείο σε περίπτωση ανάγκης. Η διαφορά αναφέρεται μόνο για προγραμματισμένες ιατρικές.

1) Το στάνταρ μοντέλο

Είναι το ακριβότερο μοντέλο. Ο ασφαλισμένος μπορεί να πάει άμεσα σε οποιονδήποτε γιατρό και να αλλάξει γιατρό χωρίς να ενημερώνει την ασφάλεια.

2) Το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού

Κάθε ασθενής έχει ένα συγκεκριμένο οικογενειακό γιατρό. Εκτός των εκτάκτων περιστατικών, ο ασθενής θα επισκεφθεί πρώτα αυτόν το γιατρό και αυτός θα αποφασίσει για την περαιτέρω διαδικασία (παραπεμπτικό στους ειδικευμένους, για εξετάσεις κτλ.). Αυτό το μοντέλο είναι 10 - 20 % φθηνότερο από το πρώτο.

3) Το τηλεϊατρικό μοντέλο

Ο ασθενής πριν επισκεφθεί το γιατρό πρέπει να τηλεφωνήσει σε ένα κέντρο. Εκεί αποφασίζεται ποιον γιατρό (γενικό ή εξειδικευμένο) ή νοσοκομείο θα επισκεφθεί ο ασθενής. Και αυτό είναι κατά 10 – 20 % φθηνότερο από το στάνταρ μοντέλο.

4) Το μοντέλο ΗΜΟ

Ο ασθενής πρέπει να αναζητήσει ένα συγκεκριμένο ιατρικό κέντρο στο οποίο έχει αντιστοιχιστεί και όχι κάποιον γιατρό, κάτι που διευκολύνει την αλλαγή γιατρού αν χρειαστεί. Μειονέκτημα αποτελεί ο μικρός αριθμός κέντρων, γεγονός που συχνά καθιστά αναγκαίο ένα ταξίδι στο πλησιέστερο κέντρο (30 – 40 λεπτά). Αυτό είναι κατά κανόνα το φθηνότερο μοντέλο.

Κατάταξη του Συστήματος Υγείας της Ελβετίας

Ο σουηδικός οίκος Health Consumer Powerhouse που αναλύει από το 2005 τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας βάσει του Δείκτη Χρηστών Υγείας κατατάσσει για το 2019 την Ελβετία στην πρώτη (1^η) θέση πανευρωπαϊκά. Αντίστοιχα, ο βρετανικός οίκος ID Medical την κατατάσσει στη τρίτη (3^η) παγκόσμια θέση πίσω από την Ιαπωνία και τη Γερμανία. Βασικό κριτήριο για αυτές τις διακρίσεις αποτελούν οι συνεχώς υψηλές δαπάνες του συστήματος, ενώ αρνητικά αξιολογείται η πολυδιάσπαση του συστήματος στα Καντόνια, που το καθιστά αδιαφανές.

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του συστήματος υγείας της Ελβετίας είναι ότι κάθε πολίτης έχει πρόσβαση σε ιδιαίτερα καλές υπηρεσίες υγείας. Υπάρχουν πολλά και καλά νοσοκομεία και ιατρεία με άριστες υπηρεσίες. Έτσι, δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου λίστες αναμονής.

Το σύστημα όμως αντιμετωπίζει και προβλήματα. Για να μειωθεί το κόστος, σε κάποιες περιπτώσεις οι παραμονές στα νοσοκομεία είναι πιο σύντομες από το απαιτούμενο και προτιμάται η περίθαλψη σε ιατρεία. Επίσης υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, μαίες και φροντιστές. Σε αυτούς τους κλάδους η Ελβετία εξαρτάται από προσωπικό του εξωτερικού, η εκπαίδευση του οποίου συχνά δεν αναγνωρίζεται στην

Ελβετία.

Τα κλασικά αριθμητικά δεδομένα για το σύστημα υγείας της Ελβετίας για το 2021 είναι τα εξής:

- Δαπάνες κλάδου υγείας: 86 δισ. €
- Ετήσιες Δαπάνες ανά κάτοικο: 9.924 €
- Ποσοστό επί του ΑΕΠ: 11.8 %
- Απασχολούμενοι: 400.000
- Προσδόκιμο ζωής: 84
- Νοσοκομεία: 276
- Νοσοκομειακές κλίνες: 37.845
- Κλίνες Εντατικής Νοσηλείας: 900 – 1500 (Corona)
- Γιατροί: 44.002
- Γιατροί ανά 1000 κατοίκους: 4.9

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Το βρετανικό σύστημα υγείας, γνωστό και ως National Health Service (NHS), περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως ο ιδανικός τύπος ενός δημόσιου ή εθνικού συστήματος υγείας με κρατική χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας των πολιτών, δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας και δημόσια οργάνωση και διοίκηση (Pirker, 2018). Παρά τη στενή συγγένεια με το κρατικό πρότυπο μοντέλο Beveridge, είναι εμφανείς οι τάσεις ιδιωτικοποίησης στον τομέα της οργάνωσης, της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών του συστήματος (Wendt & Rothgang, 2007).

Το μοντέλο Beveridge είναι ένα κρατικά διοικούμενο σύστημα υγείας, που χρηματοδοτείται κυρίως από φόρους των πολιτών. Βασίζεται στην ιδέα ότι κανένας ασθενής δεν πρέπει να μένει χωρίς ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξαιτίας της άσχημης οικονομικής του κατάστασης (Pöttler, 2014). Αυτή η ιδέα στηρίζεται στην εισήγηση του βρετανού οικονομολόγου William Henry Beveridge, η οποία αποτελεί τη βάση του πρότυπου μοντέλου του αγγλικού NHS.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτού του μοντέλου είναι η καθολική ασφάλιση του πληθυσμού, η σχεδόν αποκλειστική χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και η δημόσια κρατική διοίκηση και έλεγχος (Rohwer A., 2008). Κοινή στόχευση των μοντέλων Bismarck και Beveridge είναι η κάλυψη των αναγκών, με τη διαφορά ότι απευθύνονται σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού (Beveridge = Καθολικότητα, Bismarck = μόνο ασφαλισμένοι (Dorner, 2016). Το μοντέλο Beveridge εφαρμόζεται στις χώρες της Β. Ευρώπης (Δανία, Φιλανδία, Ισλανδία, Σουηδία, και Νορβηγία), το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ελλάδα, την Κύπρο, την Αυστραλία και τον Καναδά.

Το σύστημα αναφέρεται στην αρχή της ισότητας των υπηκόων, ανεξαρτήτως κοινωνικής καταγωγής. Δηλαδή, διασφαλίζει ίσες παροχές υγείας σε όλους τους πολίτες, και μάλιστα ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση τους.

Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών, καθώς και οι πάροχοι αυτών καθορίζονται από το κράτος και είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Το κράτος είναι ο μοναδικός ασφαλιστής και έχει άμεσο έλεγχο των δομών και της πολιτικής υγείας, κάτι που έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Klemperer, 2015). Έτσι, η ισότιμη πρόσβαση μπορεί να

εξελιχθεί σε ολοκληρωτική ισοπεδωτική περίθαλψη, δημιουργώντας οικονομικές δυσκολίες και ενδεχομένως αυξημένη ίδια συμμετοχή των πολιτών.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του μοντέλου Beveridge είναι η ισότητα πρόσβασης, ο προγραμματισμός και σχεδιασμός και η ομαδική αγορά των υπηρεσιών. Ως μειονεκτήματα καταγράφονται η εξάρτηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, ο κίνδυνος γραφειοκρατίας και η έλλειψη ανταγωνισμού.

Όπως όλα τα συστήματα υγείας, έτσι και το μοντέλο Beveridge επηρεάζεται αρνητικά από την δημογραφική εξέλιξη και την τεχνολογική ανάπτυξη. Οι δύο αυτοί παράγοντες επιβαρύνουν ποσοτικά (υπέργηρος πληθυσμός) και ποιοτικά (σύγχρονα ακριβά όργανα και μέθοδοι εξέτασης) την οικονομικότητα του συστήματος.

Επιπλέον, το σύστημα λειτουργεί ανταγωνιστικά προς τους υπόλοιπους τομείς του κρατικού προϋπολογισμού. Υπό αυτές τις προϋποθέσεις, η μονόπλευρη χρηματοδότηση του συστήματος καθίσταται αδύνατη.

Η Δομή και Οργάνωση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Ο χαρακτηρισμός «εθνική υπηρεσία υγείας» δεν ανταποκρίνεται πλήρως στην πραγματική κατάσταση, καθώς το σύστημα δεν είναι ποτέ ίδιο στα τέσσερα (4) κράτη του Ην. Βασιλείου (Αγγλία, Σκοτία, Ουαλία και Β. Ιρλανδία). Η απόκλιση του συστήματος ξεκίνησε το 1997, όταν το κοινοβούλιο μετέφερε τις αρμοδιότητες στις τοπικές διοικήσεις (Sylus et al., 2015).

Το NHS είναι ένας κεντρικός οργανισμός υπό την εποπτεία της κυβέρνησης. Μοιράζεται στα τέσσερα (4) υπουργεία και διοικείται από το NHS-Executive (NHSE). Το NHSE με τη σειρά του μοιράζεται σε δέκα (10) τοπικές υπηρεσίες (Strategic Health Authorities, SHA) και λειτουργεί ως συνεκτικός κρίκος της κεντρικής διοίκησης και των

τοπικών υπηρεσιών. Οι τοπικές υπηρεσίες χαρακτηρίζονται ως Primary Care Trusts (PCT) και είναι υπεύθυνες για τη λειτουργία του συστήματος, υπό τις τοπικές συνθήκες, χωρίς να λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους (Graf von Schulenburg & Greiner, 2007). Το NHS αντιστοιχίζει έναν συγκεκριμένο προϋπολογισμό στα PCT, ανάλογα με τον πληθυσμό για την περίθαλψη των πολιτών. Εάν ο συγκεκριμένος προϋπολογισμός εξαντληθεί αρχίζουν οι περικοπές υπηρεσιών υγείας (Schölkopf & Pressel, 2017). Τα PCT αποφασίζουν ποιες παροχές θα περικοπούν τελικά, ξεκινώντας από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και τις μη απαραίτητες επεμβάσεις.

Το NHS είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης του Ην. Βασιλείου. Οι NHS Employers είναι ένας οργανισμός που διαπραγματεύεται τις αμοιβές και τις συνθήκες εργασίας των υπαλλήλων (Pirker, 2012). Επίσης, ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει το National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ένα τμήμα του NHS που ιδρύθηκε το 1999 και λογοδοτεί μόνο στο υπουργείο υγείας, χωρίς όμως να είναι δημόσια υπηρεσία. Βασικό αντικείμενο του NICE είναι ο καθορισμός ποιοτικών κριτηρίων, βάσει των οποίων αξιολογούνται φάρμακα, τεχνολογίες και θεραπείες, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την οικονομία, ώστε να προσδιοριστούν κλινικές οδηγίες για θεραπεία ασθενειών. Παράλληλα, το NICE λειτουργεί ως σύμβουλος των ασφαλειών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας (Sylus et al., 2015).

Παροχές Υγείας

Το NHS αποτελεί ένα τυπικό παράδειγμα ενός πρωτογενούς ιατρικού συστήματος, στο οποίο ο ασθενής αποκτά πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας μόνο μέσω παραπεμπτικού από τον οικογενειακό του γιατρό. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι υπάλληλοι ή συμβασιούχοι των PCT. Πρακτικά, ο οικογενειακός γιατρός είναι ο θυρωρός του

συστήματος, ο οποίος παραπέμπει τους ασθενείς και παρακολουθεί όλη την εξέλιξη της θεραπείας. Προφανώς, εδώ δεν υπάρχει η ελεύθερη επιλογή γιατρού όπως στην Αυστρία, ούτε η άμεση προσφυγή στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια υγεία (ειδικευμένοι γιατροί, νοσοκομεία). Συνεπώς οι γενικοί γιατροί παίζουν σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.

Το NHS περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια (Primary Care) και τη δευτεροβάθμια (Secondary Care) περίθαλψη. Στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας απασχολούνται γενικοί γιατροί, νοσηλεύτες, φροντιστές κτλ., οι οποίοι εξασφαλίζουν το πρώτο επίπεδο υγείας (Schölkopf & Pressel, 2017). Οι παροχές υγείας είναι καθολικές και δωρεάν για τους πολίτες. Στους ενιαίους καταλόγους παροχών περιλαμβάνονται ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα, θεραπευτικά βότανα, νοσηλεία, μαιευτική φροντίδα, αποκατάσταση και πρόληψη. Για τις ιδιαίτερες υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στους καταλόγους, γίνονται επιπλέον πληρωμές. Πάντως οι τιμές για αυτές τις υπηρεσίες είναι τόσο χαμηλές, γεγονός που αποτρέπει τους γιατρούς να ξεφεύγουν από τις απολύτως απαραίτητες εξετάσεις (Graf von Schulenburg & Greiner, 2007).

Η αρχή της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας κλονίζεται συχνά λόγω γεωγραφικών δεδομένων. Κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών μειονεκτούν ως προς την προσβασιμότητα. Επιπλέον, οι περικοπές που αποφασίζονται προκαλούν τεράστιες λίστες αναμονής, ένα σοβαρό πρόβλημα για το βρετανικό σύστημα υγείας, ευτυχώς όχι σε καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Οι λίστες αναμονής είναι αποτέλεσμα έλλειψης πόρων και προσωπικού. Τα τελευταία έτη η βρετανική κυβέρνηση αντιμετωπίζει αυτά τα προβλήματα, βελτιώνοντας τη χρηματοδότηση, με εμφανή τα πρώτα αποτελέσματα. Όμως, παρά τα προβλήματα, το ποσοστό των ακάλυπτων πολιτών είναι

ελάχιστο και η προσφυγή σε ιδιωτικές ασφάλειες επίσης περιορισμένη (11-12 %). Πάντως, η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει περισσότερες επιλογές και άνεση στην επιλογή γιατρού και υπηρεσιών.

Δαπάνες και Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας του Ην. Βασιλείου

Σε συστήματα υγείας του μοντέλου Beveridge το κεντρικό κράτος και οι τοπικές περιφέρειες μοιράζονται τη χρηματοδότηση σε διαφορετικό ποσοστό. Οι πόροι προέρχονται από τη γενική φορολογία των πολιτών και δεν υφίσταται ειδική φορολογία για την υγεία. Το υπουργείο οικονομικών διαθέτει τα κεφάλαια στο εκάστοτε υπουργείο υγείας. Κάθε χρόνο γίνεται εκ νέου κατανομή των κονδυλίων. Αυτό καθιστά αυτά τα συστήματα επιρρεπή στις περικοπές, ιδιαιτέρως σε περιόδους κρίσεων, και αυτή είναι η κύρια αιτία, γιατί τα περισσότερα κράτη αναζητούν τρίτες πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων τους. Σε πολλά κράτη, η συμπληρωματική χρηματοδότηση προέρχεται από τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης.

Οι συνολικές δαπάνες του συστήματος υγείας για το έτος 2018 ανέρχονται στο 9.8 του ΑΕΠ, λίγο κάτω από το μέσο όρο των Ε.Ε. 15, ενώ η ετήσια κατά κεφαλή δαπάνη αγγίζει 6.000€. Το 83 % των πόρων του NHS καλύπτονται από φόρους, ενώ ένα μικρό ποσοστό προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης (National Insurance Fund). Η διανομή των πόρων γίνεται μέσω των SHA και των PCT. Τα χρήματα από την ιδιωτική ασφάλιση ρέουν στην φαρμακευτική περίθαλψη και στην ίδια συμμετοχή.

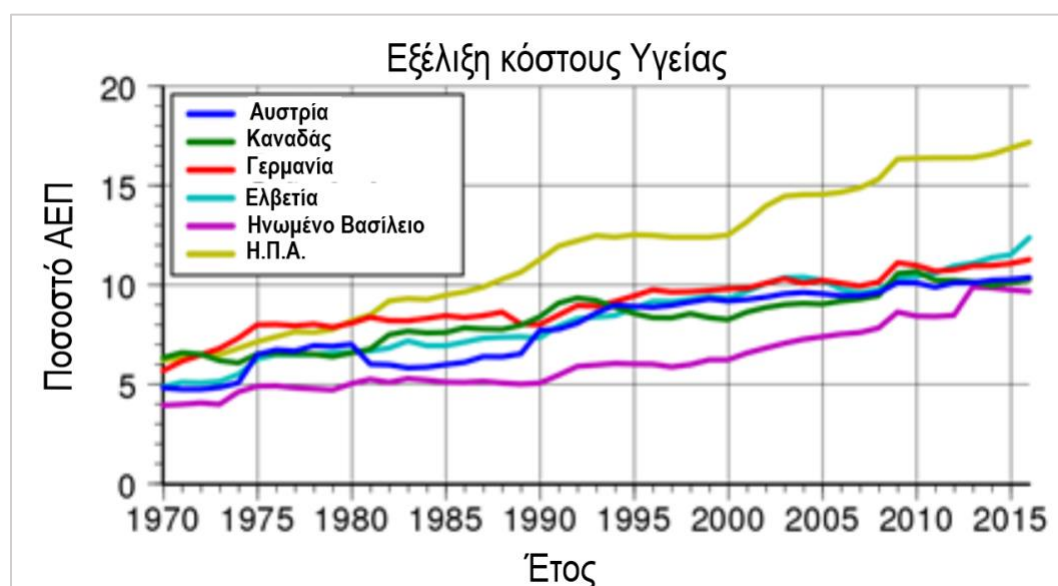
Για ειδικές κατηγορίες πληθυσμού (παιδιά, έφηβους, ανάπηρους, χρόνια ασθενείς, κτλ.) ισχύουν ειδικές ρυθμίσεις με τις οποίες απαλλάσσονται τελείως ή απολαμβάνουν εκπτώσεις στις ατομικές πληρωμές. Τα χρήματα ασθενείας, μητρότητας, αναπηρίας, γήρατος και ανεργίας διασφαλίζονται μέσω των εισφορών από τους εργοδότες και τους

εργαζόμενους, αναλόγως των απολαβών (13.8 % οι εργοδότες και 12 % οι εργαζόμενοι). Η χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα παραμένει στο Ην. Βασίλειο πολύ χαμηλά, καλύπτοντας μόλις το 12% των συνολικών δαπανών.

Η εικόνα 6 μας δείχνει ότι παραδοσιακά το Ην. Βασίλειο δαπανά ποσοστιαία λιγότερα χρήματα από τα υπόλοιπα κράτη της μελέτης.

Εικόνα 6

Εξέλιξη των δαπανών υγείας σε προηγμένα κράτη της δύσης



Κατάταξη του Συστήματος Υγείας του Ην. Βασιλείου

Το NHS αποτελούσε πριν μερικά χρόνια για τους Βρετανούς το σημαντικότερο λόγο υπερηφάνειας για τη χώρα τους. Σήμερα αυτό έχει πλέον αλλάξει, παρά το γεγονός ότι το NHS παραμένει ένα πολύ καλό σύστημα υγείας.

Ο σουηδικός οίκος Health Consumer Powerhouse που αναλύει από το 2005 τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας βάσει του Δείκτη Χρηστών Υγείας κατατάσσει για το 2019 το Ην. Βασίλειο στην δέκατη έκτη (16^η) θέση πανευρωπαϊκά. Αντίστοιχα, ο βρετανικός

οίκος ID Medical την κατατάσσει για το έτος 2021 στην τέταρτη (4^η) παγκόσμια θέση πίσω από την Νορβηγία, Ολλανδία και Αυστραλία με πρωτική τάση. Βασικό αρνητικό κριτήριο αξιολόγησης ήταν οι μεγάλες λίστες αναμονής.

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του συστήματος υγείας του Ην. Βασιλείου είναι οι καλές εγκαταστάσεις και η οργάνωση. Υπάρχουν πολλά και καλά νοσοκομεία και ιατρεία με άριστες υπηρεσίες. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι οι συνεχώς μεγαλύτερες λίστες αναμονής και οι αναγκαίες περικοπές.

Τα κλασικά αριθμητικά δεδομένα για το σύστημα υγείας του Ην. Βασιλείου για το 2021 είναι τα εξής:

- Δαπάνες κλάδου υγείας: 286 δισ. €
- Ετήσιες Δαπάνες ανά κάτοικο: 5.400 €
- Ποσοστό επί του ΑΕΠ: 12 %
- Απασχολούμενοι: 1.890.000
- Προσδόκιμο ζωής: 82.2
- Νοσοκομεία: 1.230
- Νοσοκομειακές κλίνες: 458.000
- Κλίνες Εντατικής Νοσηλείας: 5.900
- Γιατροί: 240.000
- Γιατροί ανά 1000 κατοίκους: 3.6

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ Η.Π.Α., ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΑΓΟΡΑΣ

Οι Η.Π.Α. είναι το μοναδικό δυτικό κράτος στο οποίο σήμερα δεν υπάρχει μία καθολική εκτεταμένη κρατική ή υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας. Μέχρι πρότινος, το αμερικανικό μοντέλο υγείας θεωρούνταν το πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης. Εντωμεταξύ, υπάρχουν κρατικές ρυθμίσεις και προγράμματα ασφάλισης για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Έτσι, πλέον μιλάμε για ένα μικτό τύπο που χαρακτηρίζεται από την έντονη ιδιωτική ανάμειξη (Pöttler, 2014).

Δομή και Οργάνωση του Συστήματος

Αρχικά θα αναλυθεί το ιδιωτικό μοντέλο ασφάλισης, πάνω στο οποίο είναι βασισμένο ιστορικά το σημερινό σύστημα υγείας των Η.Π.Α. Στη συνέχεια, θα εμβαθύνουμε στις απορρέουσες ιδιωτικές ή δημόσιες δυνατότητες ασφάλισης, καθώς και στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας από τον πρόεδρο Obama.

Το Ιδιωτικό Μοντέλο ή Μοντέλο της Ελεύθερης Αγοράς

Στις Η.Π.Α. δεν εφαρμόζεται ούτε το μοντέλο Bismarck, ούτε το μοντέλο Beveridge. Μία επιπλέον μορφή συστημάτων υγείας είναι το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς. Χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι η συνύπαρξη κρατικών προγραμμάτων ασφάλισης για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού σε συνδυασμό με ιδιωτικές ασφάλειες ή ατομική περίθαλψη (Graf von der Schulenburg & Greiner, 2007).

Στόχος αυτού του μοντέλου είναι η παροχή της ελάχιστης αναγκαίας περίθαλψης στους πολίτες. Στις Η.Π.Α. δεν υπάρχει γενική ασφάλεια ασθενείας. Αυτό το σύστημα χαρακτηρίζεται από τις αξίες της ελεύθερης αγοράς και του ανταγωνισμού, και

χρηματοδοτείται παραδοσιακά κατά ένα ισχυρό ποσοστό από ιδιωτικά κεφάλαια. Η κρατική παρέμβαση είναι ισχνή και οι παροχές υγείας προσφέρονται αποκλειστικά από ιδιωτικούς φορείς. Η κρατική ανάμιξη περιορίζεται στη θεσμοθέτηση κανόνων και πλαισίων λειτουργίας, καθώς και στην ασφαλιστική κάλυψη ιδιαίτερων κοινωνικών περιπτώσεων.

Παρά το γεγονός ότι στις Η.Π.Α. οι δαπάνες για την υγεία είναι οι υψηλότερες στον κόσμο, περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι παραμένουν ανασφάλιστοι (Grell, 2017). Αυτό οφείλεται αφενός μεν στα ακριβά ατομικά ασφάλιστρα και αφετέρου στα αυστηρά κριτήρια που ισχύουν για να ενταχθεί κάποιος σε κρατικά προγράμματα ασφάλισης. Μία επιπλέον αιτία μη ασφάλισης είναι το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι θέλουν να εξοικονομήσουν τα ασφάλιστρα και απαρνούνται την ασφάλιση. Επειδή η κυρίαρχη εναλλακτική λύση των ομαδικών συμβολαίων ασφάλισης συνδέεται οπωσδήποτε με την απασχόληση, για πολλούς δεν υπάρχει αυτή η επιλογή, είτε επειδή είναι άνεργοι, είτε επειδή οι εργοδότες τους δεν τους προσφέρουν αυτήν την ασφαλιστική δυνατότητα. Έτσι, όταν κάποιος αρρωστήσει καλείται στο ταμείο. Οι πολίτες δεν παίρνουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με συνέπεια να αυξάνεται το ποσοστό θνησιμότητας. Συγχρόνως, επιβαρύνεται το ιατρικό ιστορικό πολλών ανθρώπων με συνέπεια, όταν αυτοί αποφασίσουν κάποια στιγμή να ασφαλιστούν, να μην τους δέχονται οι ασφαλιστικές εταιρείες εξαιτίας αυξημένου ρίσκου λόγω βεβαρημένης υγείας (Ottendörfer, 2010).

Παράλληλα με τους ανασφάλιστους υπάρχουν και 28 εκατομμύρια «υποασφαλισμένοι». Αυτοί διαθέτουν μεν μια υποτυπώδη ασφάλιση, αλλά σε περίπτωση ασθένειας οι ασφάλειες καλύπτουν μόνο συγκεκριμένες συμφωνημένες δαπάνες. Αυτό οδηγεί αυτούς τους πολίτες σε τεράστιες οικονομικές επιβαρύνσεις, με συνέπεια να θεωρείται πολυτέλεια να είναι κανείς άρρωστος. Αντίθετα με τα διαδραματιζόμενα στα

μοντέλα Bismarck και Beveridge οι πολίτες εδώ αντιπαρατίθενται με έννοιες όπως «προσφορά» και «ζήτηση». Υποτιθέμενο πλεονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί εδώ, το γεγονός ότι οι παροχές είναι απολύτως στοχευμένες στο μέτρο του απαραίτητου, με τον ανταγωνισμό να λειτουργεί υπέρ των χαμηλών τιμών. Επιπλέον, ο ανταγωνισμός προωθεί την καινοτομία από πλευράς όλων των εμπλεκομένων.

Στα μειονεκτήματα προστίθενται η αδιαφάνεια και η πολυπλοκότητα του συστήματος και η πλήρης έλλειψη περίθαλψης σε ανθρώπους που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Όαση στην έρημα αποτελεί η ύπαρξη ειδικών προγραμμάτων, όπως το Medicare για ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και ανάπηρους, το Medicaid για οικονομικά αδύνατους πολίτες και το Tricare για στρατιωτικούς και βετεράνους, παράλληλα με την ιδιωτική ασφάλιση.

Ιδιωτική Ασφάλιση

Στις Η.Π.Α. η ασφαλιστική κάλυψη είναι προσωπική υπόθεση του καθενός. Κάθε Αμερικάνος έχει την επιλογή να ασφαλιστεί ιδιωτικά μέσω του εργοδότη του ή να ασφαλιστεί σε μια ιδιωτική ασφάλεια της επιλογής του. Το 66 % των πολιτών επιλέγει μία εκ των δύο παραπάνω μορφών ασφάλισης (Schölkopf & Pressel, 2017). Η ασφάλιση μέσω του εργοδότη αφορά περίπου το 51% των πολιτών και χρηματοδοτείται εν μέρει από τη φορολογία και εν μέρει από τον εργοδότη. Οι εργοδότες δεν είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν αυτήν τη δυνατότητα στο προσωπικό τους και αυτή η παροχή θεωρείται κοινωνική προσφορά. Ο ασφαλισμένος είναι επίσης υποχρεωμένος να συμμετέχει στις δαπάνες περίθαλψης σε ένα ποσοστό. Νομοτελειακά, εδώ παρατηρείται μία τεράστια ανισορροπία μεταξύ μεγάλων και μικρών επιχειρήσεων, καθώς είναι προφανές ότι μόνο μεγάλες επιχειρήσεις μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτή τη δαπάνη. Κάποιες μεγάλες

επιχειρήσεις διαχειρίζονται ιδιότητα κέντρα υγείας και προσφέρουν τις υπηρεσίες, εξοικονομώντας κεφάλαια.

Παράλληλα, υπάρχει και ένα 11 % των πολιτών που επιλέγει την άμεση ατομική ιδιωτική ασφάλιση. Αυτή η μορφή ασφάλισης δεν είναι ελκυστική, καθώς τα ασφάλιστρα είναι υψηλά και συνδέονται με το ιατρικό ιστορικό και με το πακέτο των αιτούμενων παροχών, ενώ προβλέπεται και ίδια συμμετοχή του ασφαλισμένου (Schölkopf & Pressel, 2017).

Τέλος, όσοι είναι άνεργοι ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ασφαλιστούν ιδιωτικά, βρίσκονται στον αέρα. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν τα έκτακτα περιστατικά, για τα οποία εγγυάται το κράτος και τα νοσοκομεία είναι εκ του νόμου υποχρεωμένα να προσφέρουν δωρεάν περίθαλψη.

Κρατικά Προγράμματα Ασφάλισης

Εκτός από τις παραπάνω ιδιωτικές μορφές ασφάλισης, στις Η.Π.Α. υπάρχουν και κρατικά προγράμματα ασφάλισης. Αυτά είναι διαθέσιμα μόνο για ηλικιωμένους (άνω των 65 ετών), παιδιά, βετεράνους και ανάπηρους. Το Medicare θεσμοθετήθηκε το 1965 και απευθύνεται σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και ανάπηρους. Το 2016 αυτό το πρόγραμμα κάλυπτε το 16.7% των Αμερικανών. Το Medicaid είναι για οικονομικά αδύνατους πολίτες, εγκύους και παιδιά. Το 2016 το πρόγραμμα αυτό κάλυπτε περίπου το 19.4 % των πολιτών (79 εκατομμύρια). Το Tricare καλύπτει στρατιωτικούς και βετεράνους, παράλληλα με την ιδιωτική ασφάλιση.

Η Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση «OBAMA»

Η νομοθετική ρύθμιση **Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)** που έμεινε στην ιστορία ως «**Obama Care**» θεσμοθετήθηκε το 2010 από τον πρόεδρο Obama. Βασική ιδέα αυτής της μεταρρύθμισης ήταν να δοθεί η δυνατότητα σε όλους τους Αμερικάνους να αποκτήσουν πρόσβαση σε φθηνές υπηρεσίες υγείας και να μην υπάρχουν ανασφάλιστοι στη χώρα.

Η PPACA περιέχει δέκα (10) κατηγορίες – συνιστώσες της μεταρρύθμισης:

- Ποιοτικές και συμφέρουσες υπηρεσίες υγείας για όλους τους Αμερικάνους
- Επέκταση των κρατικών προγραμμάτων
- Βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης με τη δημιουργία ενός υποχρεωτικού πυρήνα παροχών για τις ασφάλειες
- Πρόληψη χρόνιων ασθενειών και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού
- Αύξηση του υγειονομικού προσωπικού
- Διαφάνεια και ψηφιακή οργάνωση και ολοκλήρωση των προγραμμάτων μέσω Portals
- Βελτίωση της πρόσβασης σε καινοτόμες μεθόδους θεραπείας
- Δημιουργία του προγράμματος CLASS (Community Living Assistance Services and Support)
- Εισαγωγή ειδικής φορολογίας για τη χρηματοδότηση

Όσοι δεν ασφαλίζονται με δική τους υπαιτιότητα υποχρεώνονται σε καταβολή ενός προστίμου προς την κυβέρνηση. Επίσης, απαγορεύεται στους ασφαλιστικούς φορείς να απορρίπτουν πελάτες λόγω του βαριού τους ιατρικού ιστορικού. Τα αποτελέσματα είναι

άκρως ενθαρρυντικά, καθώς ο αριθμός των ανασφάλιστων μειώθηκε από 16 % σε μόλις 5% (Schölkopf & Pressel, 2017).

Παροχές

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη του πληθυσμού παρέχεται από το ιατρικό προσωπικό που είναι ιδιαίτερα εξειδικευμένο. Επίσης, και τα κάθε είδους νοσοκομεία μπορούν στα εξωτερικά τους ιατρεία σχεδόν απεριόριστα να προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, για λόγους εξοικονόμησης πόρων, διαχείρισης και ποιότητας, δεν επιτρέπεται η ελεύθερη επιλογή του γιατρού. Οι ιδιωτικές ασφάλειες πληρώνουν μόνο για υπηρεσίες που παρασχέθηκαν σε συμβεβλημένα με αυτές ιατρεία και νοσοκομεία. Όμως, τα δίκτυα περίθαλψης είναι πολύ αραιά με συνέπεια πολλοί ασθενείς να δυσκολεύονται στην εύρεση γιατρού ή νοσοκομείου. Επίσης, είναι εμφανές ότι ο αριθμός των κλινών στις Η.Π.Α. είναι πολύ χαμηλός σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΑΣΑ.

Το πρόγραμμα Medicare προσφέρει τέσσερα (4) πακέτα ασφάλισης:

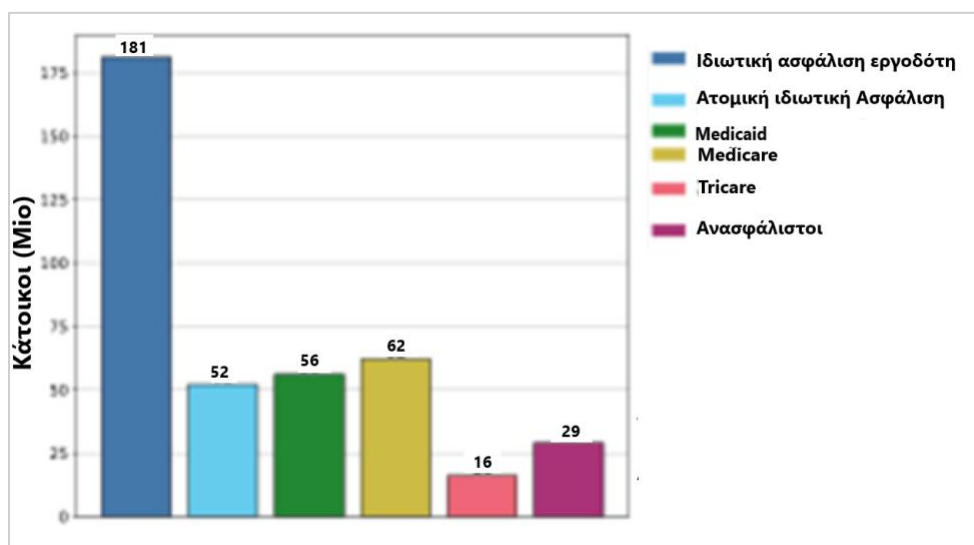
- Medicare A (Hospital Insurance): καλύπτει δαπάνες νοσοκομείων, κλινικών, οίκων ευγηρίας και φροντίδα στο σπίτι. Είναι ένα υποχρεωτικό πακέτο ασφάλισης και χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και φόρους. Ο ασφαλισμένος δεν συμμετέχει στη χρηματοδότηση. Στην πράξη είναι το βασικό πακέτο ασφάλισης.
- Medicare B (Supplementary Medical Insurance): χρηματοδοτείται από εισφορές εργαζομένων και κρατικές επιχορηγήσεις.
- Medicare C (Medicare Advantage): χρηματοδοτείται από τα ταμεία του Medicare.

- Medicare D (Medicare Prescription Drug Coverage): χρηματοδοτείται από εισφορές και επιχορηγήσεις της ομοσπονδιακής κυβέρνησης.

Τα Medicare B, C και D είναι συμπληρωματικά πακέτα ασφάλισης και συνδέονται με ένα ποσοστό ίδιας συμμετοχής για προηγμένες θεραπείες, φάρμακα και υπηρεσίες. Επιπλέον, παρατηρούνται λειτουργικές διαφορές μεταξύ των ομόσπονδων κρατών (Ottendörfer, 2010). Σε όλα τα ομόσπονδα κράτη η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται δωρεάν, αλλά υπάρχει περιορισμός στις επισκέψεις σε ιατρεία.

Εικόνα 7

Ασφαλισμένοι στις διάφορους μορφές ασφάλισης



Το πρόγραμμα Medicaid χρηματοδοτείται από ισότιμα από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τα κράτη μέλη.

Όμως, ακόμη και στην εποχή του Obama Care, δεν είναι εγγυημένη η συνέχιση των πληρωμών των αποδοχών σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας. Μόνο το 50% των εργοδοτών συνεχίζει να πληρώνει εκούσια τις αποδοχές αυτών των εργαζομένων.

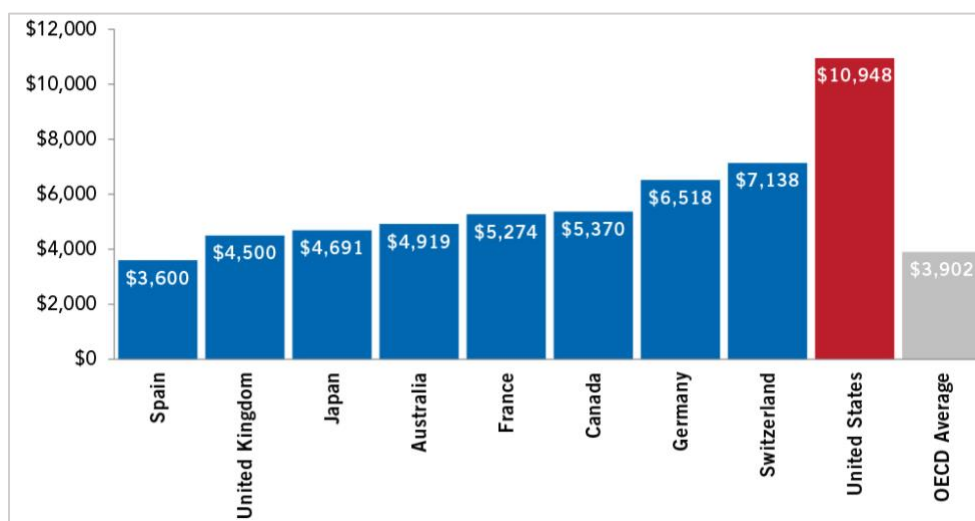
Στην εικόνα 7 απεικονίζονται οι ασφαλισμένοι στις διάφορες μορφές ασφάλισης.

Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας στις Η.Π.Α.

Οι Η.Π.Α. διαθέτουν το ακριβότερο σύστημα υγείας του κόσμου. Η χρηματοδότησή του είναι πολύ αποκεντρωμένη. Το 47.2 % των συνολικών δαπανών υγείας καλύπτονται από τα ιδιωτικά νοικοκυριά. Το κράτος παίζει έναν μικρό ρόλο στα πλαίσια της δημόσιας χρηματοδότησης. Το 34.9 % των δαπανών καλύπτεται από ασφάλιστρα προς ιδιωτικές ασφάλειες, 12.3 % των συνολικών δαπανών καλύπτεται από ιδιωτικές πληρωμές % (Schölkopf & Pressel, 2017).

Εικόνα 8

Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας για το έτος 2020. *Health at a Glance 2021, OECD INDICATORS*, doi.org/10.1787/ae3016b9-en



Το 2020 δαπανήθηκαν περίπου 4 τρισεκατομμύρια USD, ποσό που αντιστοιχεί στο 18.4 % του ΑΕΠ της χώρας, ενώ οι κατά κεφαλήν ετήσιες δαπάνες υγείας ανέρχονται στις 10.948 USD (Εικόνα 8).

Τα προγράμματα Medicare και Medicaid χρηματοδοτούνται κυρίως από φόρους και δευτερεύοντος από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών (50-50), καθώς και από ασφάλιστρα.

Στα τελευταία πενήντα (50 έτη) το σύστημα υγείας άλλαξε δραματικά. Οι δαπάνες αυξήθηκαν από 5% το 1960 σε 18.5% το 2022. Επίσης μειώθηκαν οι εισφορές των ιδιωτών και αυξήθηκαν οι κρατικές επιχορηγήσεις. Αυτές οι αυξήσεις οφείλονται κυρίως σε τρεις λόγους:

- Αύξηση τιμών και αριθμού ιατρικών πράξεων
- Αύξηση αμοιβών των γιατρών και λοιπού προσωπικού και
- Δυναμική αύξηση των υπηρεσιών

Κατάταξη του Συστήματος Υγείας των Η.Π.Α.

Ο δείκτης 2021 World Index on Healthcare Innovation, του οργανισμού Έρευνας και ίσων Ευκαιριών κατέταξε το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. στην έκτη θέση, πίσω από την Ελβετία, την Ολλανδία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία και το Ισραήλ. Η ανάλυση έδειξε ότι οι Η.Π.Α. είναι ο ηγέτης στην επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο, αλλά το σύστημα υγείας είναι φορολογικά μη βιώσιμο. Στο κριτήριο της φορολογικής βιωσιμότητας οι Η.Π.Α. βρίσκονται παγκοσμίως στην 29^η θέση, πάνω μόνο από την Ιαπωνία και τη Γαλλία.

Τα πλεονεκτήματα του συστήματος υγείας είναι τα εξής:

- Ιατρικές υπηρεσίες υψηλότατου επιπέδου
- Υψηλά επιστημονικά και τεχνολογικά στάνταρτ
- Συνεχείς καινοτόμες εφαρμογές
- Αυτονομία κατά την θεραπεία

- Ελεύθερη επιλογή ασφαλιστικού φορέα

Τα κυριότερα μειονεκτήματα του συστήματος είναι η πολυπλοκότητα και η αδιαφάνεια. Πολλοί Αμερικανοί πολίτες θα επιθυμούσαν διακαώς ένα ευρωπαϊκό σύστημα υγείας για τη χώρα τους.

Τα κλασικά αριθμητικά δεδομένα για το σύστημα υγείας του Ην. Βασιλείου για το 2021 είναι τα εξής:

- Δαπάνες κλάδου υγείας: 1.4 τρις USD
- Ετήσιες Δαπάνες ανά κάτοικο: 10.948 €
- Ποσοστό επί του ΑΕΠ: 18.4 %
- Απασχολούμενοι: 21.000.000
- Προσδόκιμο ζωής: 76.3 έτη
- Νοσοκομεία: 21.525
- Νοσοκομειακές κλίνες: 2.930.000
- Κλίνες Εντατικής Νοσηλείας: 5.900
- Γιατροί: 863.000
- Γιατροί ανά 1000 κατοίκους: 4.2 (με οδοντίατρους)
- Συνολικός πληθυσμός: 332.180.000

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Το επίπεδο των παροχών υγείας στην Ελλάδα είναι γενικά υψηλό. Εξαίρεση αποτελούν οι νησιωτικές περιοχές με τα πολλά και μικρά συνήθως νησάκια, όπου συχνά παρατηρούνται ελλείψεις σε προσωπικό, ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς τουριστικούς μήνες. Επίσης, αρνητικά επίδρασε στο σύστημα και η κρίση, εξαιτίας της οποίας έγιναν σημαντικές

οικονομικές περικοπές στο δημόσιο τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας έμεινε σε μεγάλο βαθμό ανεπηρέαστος από τις περικοπές.

Στην Ελλάδα λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο στοχεύει στην ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση όλων των Ελλήνων σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Σε αυτό υπάγονται τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και το Ε.Κ.Α.Β. Η διαχείριση και χρηματοδότηση του συστήματος υλοποιείται από το Υπουργείο Υγείας μέσω των αποκεντρωμένων υπηρεσιών του, των επτά (7) Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.ΠΕ.).

Δημόσια περίθαλψη: Η βασική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των Ελλήνων και των αλλοδαπών που διαμένουν εδώ διασφαλίζεται δωρεάν μέσω του Ε.Σ.Υ. Το Ε.Σ.Υ. ιδρύθηκε με το Νόμο 1397/1983 και αποτελεί την πρώτη προσπάθεια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης της χώρας. Κάθε εργαζόμενος που πληρώνει εισφορές στον Ε.Φ.Κ.Α. (Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης, το 2016 αντικατέστησε το Ι.Κ.Α.) διαθέτει έναν Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) και δικαιούται δωρεάν ή συμφέρουσα ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Δημόσια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δικαιούνται και οι υπήκοοι όλων των κρατών της Ε.Ε. που διαθέτουν την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης. Από αυτήν τη ρύθμιση δεν εξαιρούνται ούτε οι αλλοδαποί συνταξιούχοι που διαμένουν στην Ελλάδα και λαμβάνουν τη σύνταξή τους από το κράτος καταγωγής τους. Στο Ε.Σ.Υ. ανήκουν τα τοπικά κέντρα υγείας, τα τοπικά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα δημόσια νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και εξειδικευμένα. Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν κλινικές πολλών ειδικοτήτων.

Ιδιωτική περίθαλψη: Υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε μεγάλο βαθμό και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Αυτός περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους με το σύστημα υγείας και γιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε διαγνωστικά κέντρα, ιατρικά εργαστήρια ή ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία. Ωστόσο, οι υπηρεσίες σε ιδιωτικά θεραπευτήρια είναι ακριβές και κατά κανόνα δεν αναλαμβάνονται από τα δημόσια ταμεία ασφάλισης ή καλύπτονται μερικώς. Σε αυτήν την περίπτωση, τα έξοδα αναλαμβάνονται προσωπικά από τον ασθενή την ιδιωτική του ασφάλεια. Η ιατρική εκπαίδευση, ο εργαστηριακός τεχνολογικός εξοπλισμός και οι προδιαγραφές ποιότητας του ιδιωτικού ιατρικού τομέα στην Ελλάδα, βρίσκονται κατά κανόνα στο επίπεδο των χωρών της δυτικής Ευρώπης.

Από το 2016 διασφαλίζεται η δημόσια δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλες τις ευάλωτες ομάδες (άποροι) και τους ανασφάλιστους.

Το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται αυτήν την περίοδο σε φάση δραστικών αλλαγών και αναδιοργάνωσης. Ο αρχικός διαχωρισμός σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα τείνει να χαλαρώσει, με στόχο την ευρεία κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Η Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Θεωρητικά, το ελληνικό σύστημα υγείας εντάσσεται από τη δεκαετία του 80 στο μοντέλο Beveridge. Στην πραγματικότητα όμως πρόκειται για ένα «πρότυπο» μικτό τύπο ο οποίος συνδυάζει σε αξιοζήλευτο βαθμό και τα τρία γνωστά μοντέλα συστημάτων υγείας (Beveridge, Bismarck και ελεύθερης αγοράς), τα οποία συμμετέχουν στη λειτουργία του. Οι κυριότερες αιτίες ανάπτυξης και δημιουργίας αυτού του μικτού τύπου είναι η νοοτροπία των Ελλήνων, η ελλιπής δημόσια διοίκηση, οι δημογραφικές εξελίξεις, οι υπερκατανάλωση

υπηρεσιών, οι υπερτιμολογήσεις, οι σπατάλες εντός του συστήματος και οι οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες.

Ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας είναι ο Ε.Φ.Κ.Α. (Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης), ο οποίος συστάθηκε με το νόμο 4387/2016, λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και έχει την αρμοδιότητα χορήγησης:

- Κύριας σύνταξης γήρατος, αναπηρίας και θανάτου
- Προσυνταξιοδοτικών και άλλων παροχών του Ε.Τ.Α.Τ. (Ενιαίο Ταμείο

Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων)

- Χρηματικών παροχών ασθενείας
- Ειδικών προνοιακών επιδομάτων
- Κάθε είδους παροχές χρημάτων ή υπηρεσιών αρμοδιότητας Ε.Φ.Κ.Α.

Στον Ε.Φ.Κ.Α. εντάχθηκαν αυτοδίκαια από 1/1/2017 οι εξής υφιστάμενοι φορείς κύριας ασφάλισης ως:

- Ι.Κ.Α.–Ε.Τ.Α.Μ. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων–Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών)
- Ε.Τ.Α.Π.-Μ.Μ.Ε. (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης)
- Ε.Τ.Α.Α (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων)
- Ο.Γ.Α.* (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), διατηρεί την αυτοτελή νομική του οντότητα για την άσκηση των μη ασφαλιστικών τους αρμοδιοτήτων

- Ν.Α.Τ.*-Κ.Α.Α.Ν. (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο-Κεφάλαιο Ανεργίας Ασθενείας Ναυτικών), διατηρούν την αυτοτελή νομική τους οντότητα για την άσκηση των μη ασφαλιστικών τους αρμοδιοτήτων
- Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω. (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφελείας)
- Ε.Τ.Α.Τ. (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων)

Από 1/3/2020 με τον ν. 4670/2020 (ΦΕΚ Α'43), ο ΕΦΚΑ μετονομάστηκε σε Ηλεκτρονικό Εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (e-ΕΦΚΑ) και εντάχθηκε σε αυτόν τον Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Εφάπαξ Παροχών (ΕΤΕΑΕΠ), ολοκληρώνοντας τη μεγαλύτερη διοικητική και οργανωτική ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων απονομής σύνταξης (κύριας και επικουρικής) και εφάπαξ παροχής της χώρας.

Ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών Υγείας είναι το Ε.Σ.Υ. Ο έλεγχος και διαχείριση της παροχής υπηρεσιών υγείας υλοποιείται αποκεντρωμένα από τις επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες που υπόκεινται στο Υπουργείο Υγείας. Αυτές είναι οι εξής:

1^η ΥΠΕ (Αττικής)

2^η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)

3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας)

4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)

5^η ΥΠΕ (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)

6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας)

7^η ΥΠΕ (Κρήτης)

Το σύστημα αποτελείται από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι λειτουργούν σε τρία επίπεδα:

- Την πρωτοβάθμια περίθαλψη
- Τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και
- Την τριτοβάθμια περίθαλψη

Η ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα βασίζεται σε δύο παράλληλα συστήματα:

- **Τον κρατικό – δημόσιο τομέα αποτελούμενο από**

- 1) Πρωτοβάθμια φροντίδα:

- Εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά

Ιατρεία, Τοπικά Ιατρεία, Πολυιατρεία, Διαγνωστικά Κέντρα κτλ.

- Συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς

- 2) Δευτεροβάθμια φροντίδα

- Δημόσια Νοσοκομεία

- **Τον ιδιωτικό τομέα**

- Ιδιώτες γιατροί

- Ιδιωτικές Κλινικές – Νοσοκομεία

Οι δημόσιες μεταφορές ασθενών και η προνοσοκομειακή αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών διεκπεραιώνονται από το Ε.Κ.Α.Β. Στις μεγάλες πόλεις η ανταπόκριση είναι ικανοποιητική. Όμως στην επαρχία και στα νησιά καταγράφονται ανησυχητικές καθυστερήσεις. Σε αυτήν την περίπτωση λειτουργούν συμπληρωματικά ιδιωτικά ασθενοφόρα, ελικόπτερα και ταξί. Σε εξαιρετικά ακραία περιστατικά ζητείται η συμβολή του λιμενικού σώματος ή του στρατού. Για την κλίση του Ε.Κ.Α.Β. χρησιμοποιείται ο εθνικός αριθμός 166 ή ο πανευρωπαϊκός αριθμός 112 ([Εθνικό Σύστημα Υγείας \(Ελλάδα\) - Βικιπαίδεια \(wikipedia.org\)](#)).

Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα πρότυπο μοντέλο τριπλής χρηματοδότησης. Η συνιστώσα Bismarck χρηματοδοτείται από ασφαλιστικές εισφορές, η συνιστώσα Beveridge από φόρους και κρατικές επιχορηγήσεις και η συνιστώσα της ελεύθερης αγοράς από ιδιωτικές ασφάλειες και ίδιες πληρωμές των πολιτών. Βάσει των παραπάνω εντοπίζουμε τρεις (3) κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της χώρας μας: (Σουλιώτης Κ., 2000, Διδακτορική Διατριβή, DOI 10.12681-eadd-12022).

- 1) Τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία)
- 2) Την κοινωνική ασφάλιση (ασφαλιστικά ταμεία)
- 3) Την ιδιωτική ασφάλιση και τις ίδιες πληρωμές

Από την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ., παρατηρείται μια συνεχής υποχώρηση της συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης, και αντίστοιχη αύξηση των δύο άλλων πυλώνων χρηματοδότησης (κρατικός προϋπολογισμός και ιδιωτική ασφάλιση). Ουσιαστικά, παρατηρείται μια αναδιανομή των βαρών εις βάρος της πλατιάς φορολογικής βάσης. Η εμπλοκή αυτή παρουσιάστηκε όταν όλα τα ιδρύματα κοινωφελούς χαρακτήρα εντάχθηκαν στο Ε.Σ.Υ. και μετατράπηκαν σε Ν.Π.Δ.Δ, με ανάληψη από το κράτος της κάλυψης των συνολικών τους λειτουργικών δαπανών, αλλά και των επενδύσεων σε κτίρια και εξοπλισμούς (Σουλιώτης, 2000).

Παρόλα αυτά, η κοινωνική ασφάλιση (Ε.Φ.Κ.Α. και λοιπά ταμεία) παραμένει ένας βασικός πυλώνας χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας. Οι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων με ποσοστιαία αναλογία. Η δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η πολιτική των επιδομάτων και η συγκράτηση των ασφαλιστικών εισφορών σε ποσοστά

χαμηλότερα των αναγκαίων, αύξησαν τα ελλείματα, τα οποία έπρεπε να καλυφθούν από άλλες πηγές (Σουλιώτης, 2000).

Εκτός από τον κρατικό προϋπολογισμό, τέτοια πηγή είναι ο 3^{ος} αλλά εξίσου σημαντικός πυλώνας χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας, η ιδιωτική ασφάλιση και οι ίδιες πληρωμές των ασφαλισμένων με αντίστοιχη επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών τους προϋπολογισμών. Αιτίες αυτού του φαινομένου αποτελούν μεταξύ άλλων η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη, η πολυδιάσπαση και η πολυμορφία του ασφαλιστικού συστήματος, η χαμηλή ποιότητα των κρατικών υπηρεσιών υγείας, η αύξηση των οικογενειακών εισοδημάτων και η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων, η καταχρηστική χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πόρων της ιδιωτικής ασφάλισης αφορά:

- 1) στην πληρωμή των ιδιωτών γιατρών και των εξεταστικών κέντρων που δεν έχουν σύμβαση με το δημόσιο
- 2) στη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το Ε.Σ.Υ.
- 3) στη διαφορά του κόστους που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι και του ποσού που τους επιστρέφεται από το δημόσιο ασφαλιστικό τους φορέα
- 4) στα ασφάλιστρα προς τις ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης (Σουλιώτης, 2000).

Οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα αποτελούν ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία: περίπου 36%, σε σύγκριση με το μέσο όρο (24-25%) της ΕΕ. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, επειδή ένα μεγάλο μέρος των εν λόγω δαπανών αποτελούνται από μη ελεγχόμενες «ίδιες πληρωμές». Η υπερκατανάλωση και η υπερχρέωση που συνεπάγεται η προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς

συμβάλλουν στη συνολική αναποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας, καθώς και στην παρακώλυση της πρόσβασης για όσους έχουν ανάγκη.

Μετά την τελευταία μεταρρύθμιση, επιτρέπεται σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία που είναι συμβεβλημένα με το δημόσιο, να παρέχουν νοσοκομειακή περίθαλψη σε ασθενείς με δημόσια ασφάλιση.

Στο πεδίο όμως μιας απλής ιατρικής επίσκεψης, παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του δημόσιου-κρατικού γιατρού και ενός ιδιώτη. Επειδή ο αριθμός των συμβεβλημένων γιατρών είναι περιορισμένος, παρατηρούνται κατά κανόνα μεγάλες καθυστερήσεις στο κλείσιμο ενός ραντεβού. Αυτό δεν συμβαίνει με τους ιδιώτες γιατρούς, με συνέπεια πολλοί πολίτες να επιλέγουν αυτή τη δυνατότητα για να εξυπηρετηθούν και να πληρώσουν προσωπικά την επίσκεψη.

Η Κατάταξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Στην κατάταξη του σουηδικού οίκου Health Consumer Powerhouse, η Ελλάδα για το έτος 2018 κατέλαβε την 29^η θέση μεταξύ 35 συνολικά κρατών.

- Θέση 1: Ελβετία
- Θέση 2: Ολλανδία
- Θέση 3: Νορβηγία
- Θέση 4: Δανία
- Θέση 5: Βέλγιο
-
- Θέση 12: Γερμανία
-

- Θέση 29: Ελλάδα

Ως αιτία αυτής της καταστροφικής κατάταξης αναφέρεται η τεράστια μείωση της κατά κεφαλήν ετήσιας δαπάνης κατά τα έτη της κρίσης (μείωση κατά 28% το 2011), κάτι που δεν παρατηρήθηκε σε κανένα άλλο κράτος που είχε επίσης πληγεί. Η υψηλή θέση της Ελλάδας στην κατανάλωση πρωτότυπων φαρμάκων (2^η μετά τη Γαλλία) επίδρασε επίσης αρνητικά στην κατάταξη.

Ο δείκτης 2021 World Index on Healthcare Innovation, του οργανισμού Έρευνας και ίσων Ευκαιριών κατέταξε το σύστημα υγείας της Ελλάδας στην 27 θέση.

Τέλος, τα αριθμητικά δεδομένα για το ελληνικό σύστημα υγείας είναι τα εξής:

- Δαπάνες κλάδου υγείας: 11.7 δισ. € (2022)
- Ετήσιες Δαπάνες ανά κάτοικο: 1.603 €
- Ποσοστό επί του ΑΕΠ: 7.8 %
- Απασχολούμενοι: 62.322
- Προσδόκιμο ζωής: 81.2 έτη
- Νοσοκομεία: 313
- Νοσοκομειακές κλίνες: 22.652
- Κλίνες Εντατικής Νοσηλείας: 1.150
- Γιατροί: 66.000 (27.400 στο Ε.Σ.Υ.)
- Γιατροί ανά 1000 κατοίκους: 6.2

Βέβαια, διεθνώς δεν λείπουν τα δημοσιεύματα που μιλούν για ένα «τριτοκοσμικό σύστημα υγείας» (Guardian) ή για ένα «άρρωστο σύστημα υγείας» (Deutsches Ärzteblatt) στην Ελλάδα.

Γεγονός είναι πάντως ότι τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρέχουν περίθαλψη

υψηλής ποιότητας σε όποιον προστρέξει σε αυτά, ανεξαρτήτως αν είναι Έλληνας ή αλλοδαπός, πλούσιος ή φτωχός, ασφαλισμένος ή ανασφάλιστος, αν μπορεί να πληρώσει ή όχι. Και αυτό είναι ένα μοναδικό ελληνικό φαινόμενο και προτέρημα παγκοσμίως.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΒΕΤΙΑΣ – ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ – ΑΥΣΤΡΙΑΣ – ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΑΙ Η.Π.Α.

Η σύγκριση των δαπανών υγείας μεταξύ διαφορετικών χωρών είναι συχνά μια δύσκολη και επίπονη διαδικασία, καθώς τα δεδομένα υπολογισμού διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ωστόσο οι 25 από τις 37 χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Α.Σ.Α., OECD) χρησιμοποιούν συμπληρωματικά τα κριτήρια του ΟΑΣΑ και συγκεκριμένα το «System of Health Accounts», για τον υπολογισμό των δαπανών υγείας τους.

Οι δαπάνες Υγείας της Αυστρίας κατά το έτος 2020, ως ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας, ανέρχονταν στο 11.4 %. Παρόμοιο ήταν και το αντίστοιχο ποσοστό στη Γερμανία και την Ελβετία. Όμως αυτό που μπορεί να ισχυριστεί κάποιος με ασφάλεια είναι ότι στα εν λόγω κράτη οι δαπάνες υγείας εμφανίζουν αυξητική τάση.

Στην εικόνα 5 παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας των χωρών Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Ε.Ε.-27, και Ε.Ε.-15 ως ποσοστό % του ΑΕΠ τους. Είναι εμφανής η αυξητική τάση που εμφανίζουν οι δαπάνες..

Στην εικόνα 9 απεικονίζονται οι δαπάνες υγείας των χωρών Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Ε.Ε.-27, και Ε.Ε.-15 ως ποσοστό % του ΑΕΠ τους. Και εδώ είναι εμφανής η αυξητική τάση που εμφανίζουν οι δαπάνες.

Ο Πίνακας 5 μας προσφέρει μια σύντομη επισκόπηση των διαφορών μεταξύ των συστημάτων υγείας Ελβετίας – Γερμανίας.

Από οικονομική σκοπιά οι Γερμανοί επενδύουν λιγότερα ποσά στη ασφάλιση υγείας σε σχέση με τους Ελβετούς. 300 φράγκα (350€) δεν θα μπορούσε να πληρώσει ο μέσος εργαζόμενος στη Γερμανία. Όμως και στην Ελβετία οι οικονομικά ασθενέστεροι απολαμβάνουν έκπτωση στα ασφάλιστρα από το καντόνι τους.

Το σύστημα υγείας της Αγγλίας διοργανώνεται και υλοποιείται από το National Health Service (NHS) και χρηματοδοτείται κυρίως από φόρους. Στην Ελβετία ισχύει η αρχή της αλληλεγγύης που εξηγήθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Σημαντικότερη διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων είναι επίσης το γεγονός ότι, οι Ελβετοί έχουν το δικαίωμα επιλογής μεταξύ τεσσάρων (4) μοντέλων ασφάλισης, ενώ στην Αγγλία όλοι προσφεύγουν αρχικά στον οικογενειακό γιατρό. Ελεύθερη επιλογή έχουν μόνο όσοι έχουν μια συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση.

Τα συστήματα υγείας της Ελβετίας και των Η.Π.Α. έχουν κάτι πολύ κοινό: Ανήκουν στα ακριβότερα του κόσμου. Οι διαφορές τους όμως είναι χαώδεις. Στις Η.Π.Α. οι πολίτες μπορούν να ασφαλιστούν είτε δημόσια είτε ιδιωτικά. Τα κόστη όμως είναι τόσο υψηλά που πολλοί κάτοικοι μένουν ανασφάλιστοι. Αντίθετα, στην Ελβετία είναι υποχρεωτική η βασική ασφάλιση υγείας. Στις Η.Π.Α. υπάρχουν πολλές κρατικές ασφάλειες, όπως το Medicare για ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και ανάπηρους, το Medicaid για οικονομικά αδύνατους πολίτες και το Tricare για στρατιωτικούς και βετεράνους. Στην Ελβετία υπάρχουν μεν περίπου 60 ασφαλιστικοί φορείς, όμως στη βασική ασφάλιση προσφέρουν όλοι τις ίδιες παροχές. Επιπλέον, οι ασφάλειες στην Ελβετία είναι υποχρεωμένες να ασφαλίσουν τον

καθένα στη βασική ασφάλιση, έτσι ώστε όλοι να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 5

Συνοπτική σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας Γερμανίας – Ελβετίας

Γερμανία	Ελβετία
Θεσμοθετημένες αλλά και ιδιωτικές ασφάλειες	Θεσμοθετημένη βασική ασφάλιση
Εργαζόμενος και εργοδότης αναλαμβάνουν από 50% τις εισφορές	Τα ασφάλιστρα βαρύνουν μόνο τον εργαζόμενο
Τα ασφάλιστρα καλύπτουν ολόκληρη την οικογένεια	Ο καθένας πληρώνει για τον εαυτό του
Οι εισφορές είναι ενιαίες σε όλο την ομοσπονδία	Τα ασφάλιστρα εξαρτώνται από την ηλικία, το καντόνι και τις εναλλακτικές μορφές ασφάλισης
Δυνατότητα συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης	Δυνατότητα συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης
Δυνατότητα απαλλαγής από την θεσμοθετημένη ασφάλιση	Απαλλαγή επιτρέπεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις
Η οδοντιατρική ασφάλιση αποτελεί τμήμα της θεσμοθετημένης ασφάλισης	Αποτελεί ξεχωριστή ασφάλεια

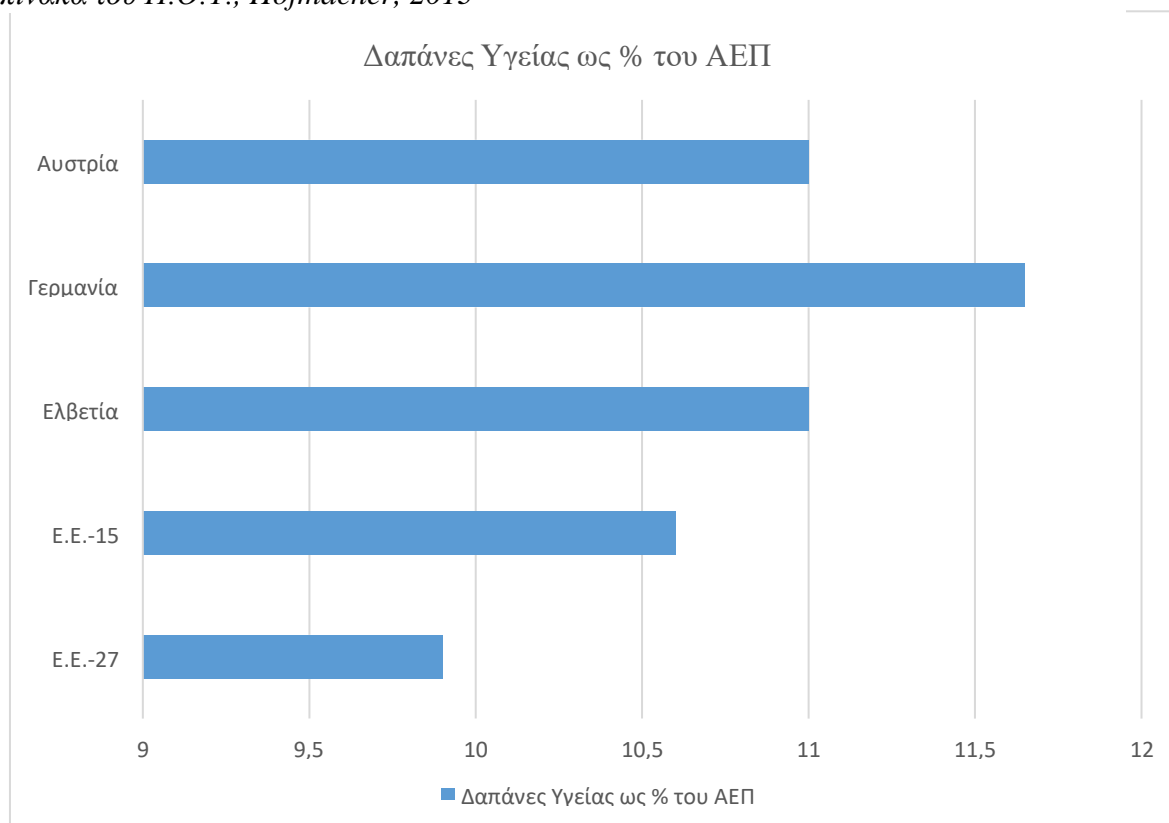
Επίσης και στα συστήματα υγείας Αυστρίας – Ελβετίας υπάρχουν διαφορές και ομοιότητες. Οι σημαντικότερες απεικονίζονται στο πίνακα 6

Πίνακας 6*Συνοπτική σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας Αυστρίας – Ελβετίας*

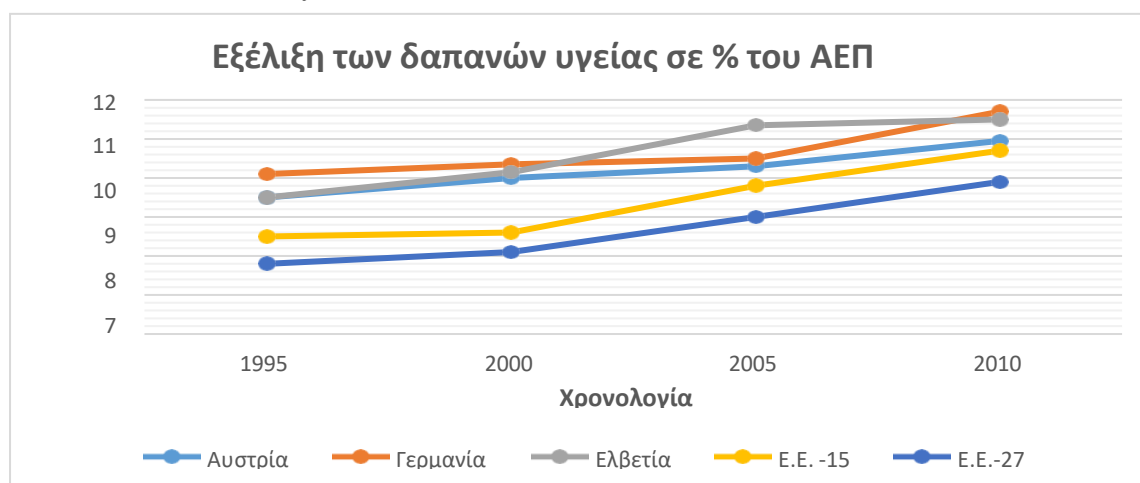
Αυστρία	Ελβετία
Θεσμοθετημένη ασφάλιση ασθενείας	Θεσμοθετημένη βασική ασφάλιση
Περίθαλψη μέσω της ομοσπονδίας, των κρατιδίων, των περιφερειών και της κοινωνικής ασφάλισης	Περίθαλψη μέσω των καντονιών
Χρηματοδότηση μέσω φόρων, εισφορών μελών και μικρών ίδιων κεφαλαίων	Εισφορές ανάλογα με ηλικία, τόπο κατοικίας, ηλικία κτλ. Υψηλή ίδια συμμετοχή
Σαφής κανόνες λειτουργίας και αρμοδιοτήτων	Δαιδαλώδης οργάνωση του συστήματος
Εγκατάσταση γιατρών αναλόγως των αναγκών	Χωρίς ρύθμιση εγκατάστασης γιατρών
Κοινωνικά πλεονεκτήματα	Οικονομικά πλεονεκτήματα μοντέλου ελεύθερης αγοράς

Εικόνα 10

Δαπάνες υγείας επιλεγμένων χωρών ως % του ΑΕΠ το 2010. Προσωπική τροποποίηση πίνακα του Π.Ο.Υ., Hofmacher, 2013

**Εικόνα 9**

Εξέλιξη Δαπανών υγείας επιλεγμένων χωρών ως % του ΑΕΠ. Προσωπική τροποποίηση πίνακα του Π.Ο.Υ., Hofmacher, 2013



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υποχρέωση κάθε σύγχρονου κράτους είναι η διασφάλιση της κοινωνικής ασφάλισης των υπηκόων του. Τις βάσεις για ένα συντεταγμένο σύστημα ασφάλισης ασθένειας, αναπηρίας κτλ. έθεσε ο τότε καγκελάριος Otto Fürst von Bismarck το 1883. Το σύστημα υγείας Bismarck βασιζόνταν στις εισφορές των ασφαλισμένων και αποτέλεσε το θεμέλιο των σύγχρονων συστημάτων υγείας των κρατών μελών της Κεντρικής. Ευρώπης. Πολύ αργότερα (1942) ο William Henry Beveridge πρότεινε στο Βρετανικό Κοινοβούλιο ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που θα κάλυπτε όλους τους πολίτες και θα χρηματοδοτούνταν αποκλειστικά και μόνο από φορολογικούς πόρους. Το σύστημα Beveridge υιοθετήθηκε και από τα σκανδιναβικά κράτη. Παράλληλα, αναπτύχθηκε και το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα που εφαρμόστηκε αρχικά στις Η.Π.Α. μέχρι την μεταρρύθμιση «Obama Care». Η σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας ανά τον πλανήτη, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι σε κανένα κράτος δεν υπάρχει καθαρά το ένα ή το άλλο μοντέλο. Η ιστορική εξέλιξη των συστημάτων υγείας δείχνει ότι οι διαφορές μεταξύ τους μειώνονται συνεχώς και ότι αυτά πλησιάζουν ολοένα και περισσότερο μεταξύ τους.

Οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας στόχευαν πάντα στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, αυτή η παροχή συνδέεται με ολοένα και περισσότερο αυξανόμενες δαπάνες. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα κάθε συστήματος υγείας. Πέντε (5) είναι οι βασικότερες αιτίες της αύξησης των δαπανών υγείας κάθε συστήματος (Stucki, 2022):

- Η αστυφιλία και οι άλλες δημογραφικές εξελίξεις, π.χ. η αύξηση της υπογεννητικότητας, οδηγούν σταθερά στη γήρανση του πληθυσμού, η οποία σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, φορτώνει τα συστήματα υγείας με υπέργηρους

και άρρωστους ανθρώπους, οι οποίοι έχουν ανάγκη περισσότερων και ακριβότερων υπηρεσιών υγείας.

- Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του ανθρώπου για καλύτερες παροχές υγείας που βασίζονται στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα και εντεύθεν.

- Η αλματώδης εξέλιξη της τεχνολογίας στον κλάδο της ιατρικής επιστήμης που είχε ως συνέπεια την ανάπτυξη νέων και σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και οργάνων, η χρήση των οποίων διευρύνει τις δυνατότητες του ιατρικού προσωπικού, αυξάνοντας ωστόσο το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών.

- Η διεύρυνση του κύκλου των δικαιούχων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, χωρίς παράλληλη αύξηση των μελών που καταβάλλουν εισφορές, καθώς τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν πλέον ισότιμα, και τα μέλη της οικογενείας (ανήλικα τέκνα, άνεργοι σύζυγοι, φοιτητές κτλ.) χωρίς να εισπράττουν επιπλέον εισφορές, φορτώνουν τα ταμεία με υπέρογκες δαπάνες.

- Οι ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλονται στα ταμεία ασθευείας δε χρησιμοποιούνται πλέον μόνο για την αντιμετώπιση των ασθενειών, αλλά διαμοιράζονται και για άλλους σκοπούς της ευρύτερης κοινωνικής ασφάλισης.

Η κοινωνική ασφάλιση ως ένα φλέγον οικονομικό θέμα, δεν άργησε να μπει και στο πεδίο του πολιτικού διαλόγου και της πολιτικής αντιπαράθεσης. Έτσι, τα κόμματα ως πολιτικοί φορείς διατυπώνουν τις θέσεις τους σε αυτό το ζήτημα. Γενικά θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι τα αριστερά και σοσιαλιστικά κόμματα, συμπεριλαμβανομένων και των οικολόγων - πράσινων, ευαγγελίζονται την «αλληλεγγύη» και αγωνίζονται για την πλήρη κατάργηση της ιδιωτικής ασφάλισης, υποστηρίζοντας παράλληλα την πλήρη και ίση

ασφαλιστική κάλυψη όλων των πολιτών από ένα δημόσιο σύστημα υγείας. Τα λαϊκά δεξιά κόμματα θα ήθελαν να διατηρήσουν το δημόσιο χαρακτήρα της ασφάλισης, επιβάλλοντας παράλληλα μία κατά κεφαλήν εισφορά υγείας, η οποία θα εξασφάλιζε τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, υπό την προϋπόθεση ότι οι δαπάνες υγείας των ανήλικων, των ανέργων και των αδύνατων ομάδων θα καλύπτονται από κρατικούς πόρους. Αντίθετα, τα φιλελεύθερα κόμματα απαιτούν μια ριζική αλλαγή. Υποστηρίζουν την κατάργηση της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης και την πλήρη στροφή προς τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, επιχειρηματολογώντας με το παράδειγμα της ισχύουσας ασφάλισης των αυτοκινήτων.

Τα συστήματα υγείας της Γερμανίας, Αυστρίας και Ελβετίας ανήκουν στην ομάδα των ονομαζόμενων «συστημάτων Bismarck», χαρακτηριστικό των οποίων είναι η καταβολή εισφορών εκ μέρους των ασφαλισμένων. Αυτό δεν ανταποκρίνεται ακριβώς στην περίπτωση της Ελβετίας, καθώς εκεί η συμμετοχή των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων είναι ακόμα υψηλή (De Pietro et al., 2015). Και στα τρία (3) παραπάνω κράτη σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται από ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Hofmarcher, 2013; Busse et al., 2013; De Pietro et al., 2015).

Ενώ στην Αυστρία και τη Γερμανία οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες εμπεριέχουν και ένα ποσοστό για την ασφάλιση ασθενείας, καταβάλλονται ισομερώς από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, η κατάσταση στην Ελβετία είναι τελείως διαφορετική. Το βάρος της ασφάλειας ασθενείας επωμίζονται εδώ αποκλειστικά οι εργαζόμενοι, μέσω μιας κατά κεφαλήν εισφοράς (Bundesministerium für Gesundheit 2013, 2016 b).

Η κοινωνική ασφάλιση ασθενείας στον σήμερα βρίσκεται σε ένα σταυροδρόμι έντονων ζυμώσεων και συνεχών μεταρρυθμίσεων, ώστε να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητά

του. Οι τάσεις απαγκιστρώνουν τα συστήματα υγείας από τους παραδοσιακούς επαγγελματικούς φορείς ασφάλισης και τα ωθούν προς την κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης, στοχεύοντας στην αύξηση της αποτελεσματικότητας. Σε όλα τα κράτη της Δυτικής Ευρώπης, εκτός Γαλλίας και Αυστρίας, επικρατεί ελεύθερη επιλογή ασφαλιστικού φορέα. Ειδικά για την Αυστρία, θα μπορούσε η εγκαθίδρυση ενός ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών, να οδηγήσει στην εξαφάνιση του παράγοντα «αλληλεγγύη» από το σύστημα (Czyrloska et al., 2009).

Ο υπολογισμός των δαπανών και στη συνέχεια η πληρωμή και εξόφληση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία κτλ.) γίνεται και στη Γερμανία και την Ελβετία βάσει αποκαλούμενων Συστημάτων – DRG (Diagnosis Related Groups, βάσει της διάγνωσης).

Στη Γερμανία τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται γενικά από τα ασφαλιστικά ταμεία ασθενείας, βάσει των στάνταρντ του συστήματος G-DRG (German – DRG). Επιπλέον καταβάλλονται επενδυτικά ποσά κατ' αποκοπή που σχετίζονται με την επιβράβευση ιδιαίτερων επιδόσεων, καθώς και πόροι για την έρευνα και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Deutscher Bundestag, 2009, Bundeszentrale für politische Bildung, 2013). Βάση για το G-DRG αποτέλεσε το αυστραλιανό – DRG.

Στην Ελβετία τα νοσοκομεία πληρώνονται κατά κανόνα από τα Καντόνια και τους Υποχρεωτικούς Φορείς Ασφάλισης (OKP), βάσει επίσης των στάνταρντ του συστήματος SWISS- DRG, το οποίο βασίστηκε στο G-DRG. Και εδώ υπάρχει η επιδότηση της διδασκαλίας και της έρευνας και η ξεχωριστή οικονομική ενίσχυση των πανεπιστημιακών κλινικών (Von Stokar, 2016).

Τα αυστριακά νοσοκομεία χρηματοδοτούνται κατά κανόνα από τα ταμεία υγείας των

κρατιδίων, βάσει των κανόνων του συστήματος LKF (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, βάσει παρεχόμενων υπηρεσιών), ανάλογα δηλαδή με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συμπληρωματικά, η Ομοσπονδία συνεισφέρει το αποκαλούμενο «κλινικό συμπλήρωμα» για τις πανεπιστημιακές κλινικές (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Η εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τις επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, λόγω της εφαρμογής των συστημάτων DRG στα τρία διαφορετικά συστήματα, είναι πολύ περιορισμένες (Geissler et al., 2012). Είναι βέβαιο ότι η εξέλιξη των συστημάτων DRG στην Ευρώπη δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί και αναμένεται η επέκτασή τους και σε άλλους τομείς υγείας.

Οι δαπάνες Υγείας των τριών (3) κρατών ως ποσοστό του ΑΕΠ τους, ανέρχονταν περίπου στο 11 % (εικόνα 9). Όμως αυτό που μπορεί να ισχυριστεί κάποιος με ασφάλεια είναι ότι στα εν λόγω κράτη οι δαπάνες υγείας εμφανίζουν αυξητική τάση (εικόνα 10).

Επίσης, ζητούμενο για όλα τα συστήματα υγείας είναι η βιωσιμότητά τους, με παράλληλη αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αλληλεγγύης, αλλά και η μείωση των δαπανών, η οποία μπορεί να επιτευχθεί κυρίως με τη βελτίωση της πρόληψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τη μείωση της παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία.

Συνοψίζοντας διαπιστώνεται ότι οι υψηλές δαπάνες και επενδύσεις δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας επιτυχίας ενός συστήματος υγείας. Οι Η.Π.Α. έχουν το ακριβότερο σύστημα του πλανήτη, χωρίς ωστόσο να εξαλείψουν τις κοινωνικές αδικίες (Pirker C. 2018). Αντίθετα, στην Αυστρία η χρηματοδότηση είναι πιο προσγειωμένη, μπορεί όμως να διασφαλίσει στους πολίτες την κοινωνική ισότητα στην υγεία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο

κρατικός περιορισμός της μη ελεύθερης επιλογής γιατρού και νοσοκομείου αποτελεί σημαντικό μειονέκτημα. Η σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας των τριών (3) αυτών κρατών, αναδεικνύει την Αυστρία στην 1^η θέση, παρά τον κατακερματισμό της οργάνωσης και της χρηματοδότησης του συστήματος.

Η ενδοευρωπαϊκή σύγκριση μεταξύ των Αυστρίας, Γερμανίας, Ελβετίας και Ελλάδας, στέφει νικήτρια την Ελβετία. Βασικά κριτήρια αυτής της διάκρισης αποτελούν το υψηλότερο βιοτικό επίπεδο των πολιτών, οι υψηλές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας του συστήματος (1^η πανευρωπαϊκά, δεύτερη παγκοσμίως μετά τις Η.Π.Α.), οι πολύ καλές ιατρικές υπηρεσίες (πολλά και καλά νοσοκομεία και ιατρεία) και η παντελής απουσία λιστών αναμονής.

Συνοπτικά, οι μετατοπίσεις από το ιδανικό μοντέλο υγείας ανά κράτος είναι οι εξής:

Ηνωμένο Βασίλειο: Μετατόπιση της χρηματοδότησης από κρατική σε ιδιωτική.

Γερμανία: Η διοίκηση μετατοπίζεται από κοινωνική σε κρατική.

Αυστρία: Υποχώρηση της ακόμη κοινωνικής χρηματοδότησης. Αύξηση του ιδιωτικού τομέα στις παροχές. Η διοίκηση είναι 'κοινωνική με ισχυρή κρατική παρέμβαση και δειλή εμφάνιση ιδιωτικής συμμετοχής.

Η.Π.Α.: Κυρίως κρατική χρηματοδότηση. Περαιτέρω ενίσχυση της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διοίκηση παραμένει στα χέρια των ιδιωτών.

Ελλάδα: Ο όρος «Ιδανικό Μικτό Σύστημα» καλύπτει πλήρως το ελληνικό σύστημα υγείας.

Ελβετία: Ελαφρύ προβάδισμα του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση και την παροχή υγείας. Από το 1996 παρατηρείται σταδιακή μετατόπιση της διοίκησης από τους ιδιώτες στο δημόσιο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα σημερινά συστήματα υγείας θα μπορούσαν κάλλιστα να χαρακτηριστούν ως συστήματα ασθενείας, καθώς στην πραγματικότητα ενεργοποιούνται μόνο σε περίπτωση ασθενείας (απουσιάζει σχεδόν παντελώς η πρόληψη). Αυτό ίσως να είναι και η μεγαλύτερή τους αδυναμία (Pirker, 2018).

Αναζητώντας το ιδανικό σύστημα υγείας του μέλλοντος διαπιστώνω ότι το σημαντικότερο κριτήριο θα ήταν η καθολική κάλυψη του πληθυσμού με την αντίστοιχη οργάνωση και χρηματοδότηση, έχοντας ως θεμελιώδες συστατικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, το θεσμό του **οικογενειακού γενικού γιατρού** ελεύθερης επιλογής (Pirker C. 2018).

Το **δευτεροβάθμιο επίπεδο** θα καλύπτεται από **κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας** τα οποία θα προσφέρουν υπηρεσίες σε διάφορες ιατρικές ειδικότητες, εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικά, απεικονίσεις κτλ.) και περίθαλψη που σήμερα παρέχεται από νοσοκομεία, π.χ. φροντίδα χρόνιων τραυμάτων, παροχή ορού και ενέσεων και ειδικών μεθόδων διατροφής. Αυτό θα αποφόρτιζε τα νοσοκομεία, θα έριχνε το κόστος και θα μείωνε τον κίνδυνο νοσοκομειακών λοιμώξεων. Και από την πλευρά των ασθενών, εκτιμώ ότι αυτή θα ήταν μια ελκυστική εναλλακτική φροντίδα, καθώς η συνέχιση της θεραπείας θα γίνεται στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Pirker, 2018).

Το **τριτοβάθμιο επίπεδο** θα αποτελούν οι **ημερήσιες κλινικές**, οι οποίες θα μπορούσαν να βρίσκονται σε νοσοκομειακούς χώρους. Εδώ θα πραγματοποιούνται χειρουργικές πράξεις και παρεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις που δεν χρειάζονται εισαγωγή σε νοσοκομειακή κλινική. Έτσι, θα χρειάζονται λιγότερες κλίνες βραχείας νοσηλείας και λιγότερες ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο (Pirker, 2018).

Ως **τελευταίο επίπεδο** μένουν τα **ιδρύματα βαριών καταστάσεων**, όπως έκτακτα περιστατικά, βαριά χειρουργεία που απαιτούν εισαγωγή σε κλινική και αντιμετώπιση τραυματιών από ατυχήματα. Είναι βέβαιο ότι μία τέτοια διάρθρωση θα εξοικονομούσε πόρους εκατομμυρίων, καθώς θα μείωνε δραστικά τις ανάγκες σε κλίνες, θα ανακούφιζε τα νοσοκομεία και θα οδηγούσε τελικά και στην μείωση του αριθμού τους (Pirker, 2018).

Σε **οργανωτικό επίπεδο**, ένα πυκνό δίκτυο υγειονομικών ιδρυμάτων θα καθιστούσε τις παροχές υγείας ποσοτικά, ποιοτικά και γεωγραφικά προσιτές σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως τόπου παραμονής, τύπου ασφάλειας και οικονομικών συνθηκών. Αυτό υφίσταται σε ικανοποιητικό βαθμό στη Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά δυστυχώς όχι στις Η.Π.Α. και την Ελλάδα (Pirker, 2018).

Η παραπάνω παρουσίαση, περιγράφει προφανώς μια ιδανική κατάσταση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, του οποίου όμως οι επιμέρους συνισταμένες δεν μπορούν 100 % να συνδυαστούν. Αυτός είναι ο λόγος που παγκοσμίως υπάρχουν διαφορές. Ωστόσο, πιστεύω ότι στην Ε.Ε. αναλαμβάνονται εδώ και καιρό, σοβαρές πρωτοβουλίες σε πολιτικό επίπεδο με στόχο την εγκαθίδρυση μιας ομοιογένειας μεταξύ των κρατών μελών (Pirker, 2018).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες

- Alber, J. (1987). *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat*. Campus Verlag. Frankfurt/New York.
- Eber-Huber, A. (2005). *Historische Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland*. München. GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/54739>
- Bathelt, J. (2006). *Gesundheitssystem der Schweiz Vorbild für Deutschland?* Rheinisches Ärzteblatt. Vol.4, pp. 16-17.
- Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofemann, K., & Neubauer, J. (2010). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2017b). *Soziale Sicherheit im Überblick*.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016b). *Ratgeber zur Krankenversicherung*. 13. Auflage. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013a). *Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten-Fakten*. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010). *Das österreichische LKF-System*. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2013). *Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen ab 2012*.
- Busse, R. (2013a). *Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern – Eine Analyse von DRG-Anreizen und Entwicklungen in der Beatmungsmedizin*. Universitätsverlag der Technischen Universität. Berlin.

- Busse, R., Blümel, M., & Ognyanova, D. (2013b). *Das deutsche Gesundheitssystem im Überblick. Daten, Fakten, Trends*. 2. Aufl, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- Busse, R., Schreyögg, J., & Stargardt, T. (2013c). *Management im Gesundheitswesen – Das Lehrbuch für Studium und Praxis*. 3. Auflage. Springer-Verlag GmbH. Heidelberg.
- Cylus, J. et al. (2015). *United Kingdom – Health system review. Health Systems in Transition*. Vol.17. No.5. pp. 1-125.
- Czypionka, T., Riedel, M., Röhring, G., & Eichwalder, S. (2009). *Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich*. Institut für Höhere Studien. Wien.
- Das deutsche Gesundheitssystem (2018). *GI Gesundheitsinformation.de*
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). *Health System in Transition – Switzerland*, WHO Regional Office for Europe. Denmark.
- Deutscher Bundestag (2009). *Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*. Deutscher Bundestag. Berlin.
- Dorner T., (2016). *Public Health: Von den Gesundheitsbedürfnissen der Gesellschaft zu klinischen Implikationen*. 4. überarbeitete Auflage. Facultas Verlag.
- Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2000).
- Gerlinger Th., & Reiter R. (2012). *Gesundheitswesen im Europäischen Vergleich – Ein Überblick*. Bundesministerium für Politische Bildung.
- Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., Quentin, W., & Busse, R. (2012). *DRG-Systeme in Europa Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern*. Bundesgesundheitsblatt. no. 55.

- Graf von Schulenburg, M., & Greiner, W. (2007). *Gesundheitsökonomik*. 2 neu bearbeitete Auflage. Tübingen. Mohr Siebeck Verlag.
- Grell, A. (2017): *USA. Illusion und Realität*. 2. Auflage. Books on Demand.
- Habimana, K., Bachner, F., Ostermann, H., Bobek, J., & Ladurner, J. (2015). *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. 4. Ausgabe. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (2017). *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017*. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung. Wien.
- Hauser, H., Sommer, J. (1984). *Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den USA, in Kanada und in der BRD*. Haupt. Bern.
- Health at a Glance (2021). *OECD INDICATORS* (doi.org/10.1787/ae3016b9-en).
- Hofmarcher, M.M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- <https://de.wikipedia.org/wiki/salutogenese>.
- Informationen zur politischen Bildung Nr. 215 – *Der Sozialstaat (1990)*.
- Klemperer, D. (2015). *Sozialmedizin-Public Health- Gesundheitswissenschaften*. Lehrbuch für Gesundheits-und Sozialberufe. 3. überarbeitete Auflage. Bern. Hogrefe Verlag.
- Krasnici – Wenger, S. V. (2015). *Europäische Gesundheitssysteme aus der Perspektive der Bürger/innen*. Masterarbeit. Uni Graz.
- Kulbe, A. (1993). *Die gesetzliche und private Krankenversicherung*. Haufe. Freiburg
- Meyer, K. (2008). *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht*. Ver. Hans

Huber. Bern.

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017a). *United Kingdom: Country Health Profile 2017*. State of Health in the EU. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Ottendörfer, B. (2010). *Obamas Reform = Österreichische Realität?* Gesundheitswissenschaften Dokumente. Nr. 25.
- Penter, V., & Augurzky, B. (2014). *Gesundheitswesen für Praktiker – System, Akteure, Perspektiven*. Springer-Verlag GmbH. Heidelberg.
- Pirker, C. (2018). *Wohlfahrtsstaaten und gesundheitliche Ungleichheit: Ein Gesundheitssystemvergleich von Großbritannien, Österreich und den USA, hinsichtlich einer Politik der Chancengleichheit*. Masterarbeit. Uni Graz.
- Pöttler, G. (2014). *Gesundheitswesen in Österreich – Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt*. 2.Auflage. Goldegg Verlag GmbH. Wien.
- Riedel, M., & Röhring, G. (2009). *Ursachen für Kostensteigerungen und zukünftige Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem*. Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Linz.
- Robert Koch-Institut (2009). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Heft 45. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Rohwer, A. (2008). *Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa*. ifo Schnelldienst. vol.21. pp.26-29.
- Santésuisse (2016). *Risikoausgleich*. <http://www.santesuisse.ch/de/politik-medien/themen/risikoausgleich/viewed> 22.2.17.

- Schenker, M.H. (2010). *Das Bismarck- und das Beveridge-Modell – In Europa dominieren zwei Gesundheitssysteme*. Infosantésuisse. vol.3.
- Schölkopf, M., & Pressel, H. (2017). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik*. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sommer-Schober, M. (2017). *Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Bismarck-Gesundheitssysteme Österreich, Deutschland und Schweiz hinsichtlich der Finanzierung*. Masterarbeit. Masterarbeit. Uni Graz.
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2017). *Wichtige Beiträge in der Sozialversicherung 2017*.
- Stucki, M. (2022). *Factors related to the change in Swiss inpatient costs by disease: a 6-factor decomposition*. *Eur. J. Health Econ* **22**. 195–221 (2021).
<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01243-3>.
- Von Stockar, T., Vettori, A., Geschwend, E., & Boos, L. (2016). *Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern – Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung*. INFRAS. Zürich.
- Wendt, C., & Rothgang, H. (2007). *Gesundheitssystemtypen im Vergleich: konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen*. TranState working papers. no. 61. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Bremen.
- Woelk, W., Vögele, J. (2002). *Geschichte der Gesundheitspolitik*. Duncker & Humblot. Berlin.

Ελληνόγλωσσες

- [\(Εθνικό Σύστημα Υγείας \(Ελλάδα\) - Βικιπαίδεια \(wikipedia.org\)\).](#)
- https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικός_Οργανισμός_Παροχής_Υπηρεσιών_Υγείας
- Μπριόλα, Κ. (2019). [*Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας: μια θεωρητική προσέγγιση – the SAFIA Blog.*](#)
- Σουλιώτης, Κ. (2000). *Η χρηματοδότηση του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος: κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας.* Διδακτορική Διατριβή. DOI 10.12681-eadd-12022.