

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας

***‘Η εξέλιξη των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά την
διάρκεια της οικονομικής κρίσης.’***

Επιβλέπων καθηγητής: Κυριάκος Σουλιώτης

Ιανουάριος 2020

Ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου αλλά και τους καθηγητές μου για την αμέριστη υποστήριξη όλων των ετών της ενασχόλησης μου με την υγεία, ακαδημαϊκά αλλά και επαγγελματικά.

*Είδα λουλούδια να φυτρώνουν ανάμεσα σε πέτρες.
Και όμορφα πράγματα να γίνονται από άσχημους
ανθρώπους
Και το χρυσό βραβείο να κερδίζεται από το χειρότερο
άλογο στις ιπποδρομίες.
Έτσι πιστεύω πάρα πολύ.
John Masefield*

Λέξεις Κλειδιά :Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας, Οικονομική κρίση, Επιπτώσεις κρίσης, Δαπάνες Υγείας, Κράτος Πρόνοιας, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο, Αποδοτικότητα, Δείκτες Υγείας , παράγοντες επικινδυνότητας, Πολιτική Υγείας σε κρίση, Μεταρρυθμίσεις

Περίληψη

Είναι γεγονός πως η παγκόσμια οικονομία τα τελευταία περίπου δέκα έτη έχει περιέλθει στην χειρότερη κατάσταση από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι επιπτώσεις είναι τεράστιες και παγκοσμίως οι κοινωνίες μετρούν τα πλήγματα που έχει επιφέρει. Από τους σφοδρότερα πληγέντες τομείς είναι και αυτός της υγείας. Οι νέες συνθήκες έχουν μεταβάλει τα οικονομικά τα κοινωνικά αλλά και τα επιδημιολογικά πρότυπα, χαράζοντας έναν νέο χάρτη στην παγκόσμια υγεία με καινούργια δεδομένα στα οποία τα κράτη, τα συστήματα και η Πολιτική Υγείας θα πρέπει να προσαρμοστούν.

Στο πλαίσιο της κρίσης η παρούσα ερευνά σκιαγραφεί και αξιολογεί συστήματα Υγείας Ευρωπαϊκών χωρών καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την συνολική εικόνα της υγείας του πληθυσμού. Η μελέτη θα κινηθεί αρχικά με μια ιστορική αναδρομή στα Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας και πως αυτά παραδοσιακά καθιέρωσαν το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο ως πρότυπο Κοινωνικής Πολιτικής παγκοσμίως.

Τέλος, από την παρουσίαση, σύγκριση και μελέτη των οικονομικών, υγειονομικών στοιχείων και αποτελεσμάτων των συστημάτων υγείας των χωρών ενδυναμώνεται η άποψη πως το εισόδημα σίγουρα σχετίζεται με την καλή υγεία και την μακροζωία. Από την άλλη η ευμάρεια και ο σύγχρονος τρόπος ζωής συνιστούν συνθήκες που πυροδοτούν τους παράγοντες επικινδυνότητας της ασθένειας.

Keywords: European Health Systems, Economic crisis, Crisis impact, Health expenditure, Welfare state, European Social Model, Efficiency, Health Indicators, Risk factors, Health policy in crisis, Reform

Abstract

It is a fact that in the last decade the global economy has dramatically been affected since the second world war. The consequences are huge and the societies all around the world count the damages that have come all these years especially in the sector of health.

The new circumstances have modified not only the economic and social models but also the epidemiological ones, creating a new map in global health. Consequently, all these systems and the Health policy should comply to these new data.

In terms of this crisis, the current research aims to outline and evaluate European health systems and the factors that influence the population's health. The research makes a historical throwback to European Health systems and how all the above have established the European Social model as a global exemplar in social policy.

Eventually, the presentation, comparison and study of the financial health data of the European Health Systems strength the view that indicator-income is certainly related to good health and longevity. On the other hand, prosperity and modern life are conditions that trigger the risk factors in disease.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	σελ 3
Abstract	σελ. 4
Πίνακας.....	σελ.62-64
Εισαγωγή.....	σελ.11-13
Κεφάλαιο 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	
1.1 Οι ιδιαιτερότητες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας- Η πρόκληση της οικονομικής κρίσης.....	σελ. 12
1.2 Ιστορική Αναδρομή των Συστημάτων Beveridge, Bismarck	σελ. 13
1.2.1 Το σύστημα Beveridge.....	σελ. 13-14
1.2.2 Το σύστημα Bismarck.....	σελ. 15-16
1.3 Κριτήρια διάταξης των Δημοσίων Συστημάτων Υγείας της Ευρώπης.....	σελ16-17
1.4 Κρατικός Παρεμβατισμός και Κοινωνικό Κράτος.....	σελ. 17-19
1.5 Η επιβάρυνση της υγείας του πληθυσμού ως αποτέλεσμα της κρίσης.....	σελ. 20-22
Κεφάλαιο 2. ΤΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΦΟΡΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	
2.1 Η πολυδιάστατη λειτουργία του Ευρωπαϊκού Συστήματος Υγείας	σελ. 23-24
2.2 ΓΕΡΜΑΝΙΑ	σελ. 25
2.2.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	σελ. 25
2.2.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.26
2.2.3 Προκλήσεις.....	σελ.27
2.2.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.27
2.3 ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ.....	σελ.27
2.3.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.28
2.3.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.28
2.3.3 Προκλήσεις.....	σελ.29
2.3.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας	σελ.29-30

2.4 ΣΟΥΗΔΙΑ.....	σελ.30
2.4.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.30
2.4.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.31
2.4.3 Προκλήσεις.....	σελ.32
2.4.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.32
2.5 ΓΑΛΛΙΑ.....	σελ.33
2.5.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.34
2.5.2 Καινοτόμες πολιτικές.....	σελ.34
2.5.3 Προκλήσεις.....	σελ.34
2.5.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.35
2.6 ΟΛΛΑΝΔΙΑ.....	σελ.36
2.6.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.36
2.6.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.37
2.6.3 Προκλήσεις.....	σελ.38
2.6.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.38-39
2.7 ΙΤΑΛΙΑ.....	σελ.39
2.7.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.39
2.7.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.39
2.7.3 Προκλήσεις.....	σελ.40
2.7.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.40-41
2.8. ΑΥΣΤΡΙΑ.....	σελ.41
2.8.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	σελ.41-42
2.8.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.42
2.8.3 Προκλήσεις.....	σελ.42-43
2.8.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.43
2.9 ΡΟΥΜΑΝΙΑ.....	σελ.44
2.9.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.44
2.9.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.45
2.9.3 Προκλήσεις.....	σελ.45
2.9.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.45

2.10 ΠΟΛΩΝΙΑ.....	σελ.46
2.10.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.46-47
2.10.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.47
2.10.3 Προκλήσεις.....	σελ48-49
2.10.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.49
2.11 ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ.....	σελ. 49-50
2.11.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.50
2.11.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ. 51
2.11.3 Προκλήσεις.....	σελ.51
2.11.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.51-52
2.12 ΙΣΠΑΝΙΑ.....	σελ. 52
2.12.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ. 52
2.12.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ.52-54
2.12.3 Προκλήσεις.....	σελ. 54
2.12.4 ΑΕΠ και Δαπάνες Υγείας.....	σελ.54-55
2.13 ΚΥΠΡΟΣ.....	σελ.55
2.13.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος.....	σελ. 55-56
2.13.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ. 56
2.13.3 Προκλήσεις.....	σελ.57
2.13.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ57-58
2.14.ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ.58
2.14.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας.....	σελ.58
2.14.2 Καινοτόμες Πολιτικές.....	σελ. 59
2.14.3 Προκλήσεις.....	σελ.60
2.14.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....	σελ.61
Κεφάλαιο 3. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ	
3.1 Συγκριτικός Πίνακας Χωρών.....	σελ.62-64
3.2 Ο ρόλος των δεικτών υγείας ως προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου Υγείας.....	σελ.64-65
3.3 Κατηγοριοποίηση χωρών-Ανάλυση ειδικών χαρακτηριστικών.....	σελ.65

3.3.1 Πλούσιες χώρες.....σελ. 66-70
3.3.2 Μεσαίες-Πτωχές χώρες.....σελ. 70-73
3.4 Συζήτησησελ. 73-77
3.5 Αντί επιλόγου.....σελ. 77-78
Ελληνική Βιβλιογραφία.....σελ. 79-81
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....σελ. 82-87

Εισαγωγή

Δέκα χρόνια συμπληρώνονται από την αρχή της σοβαρότερης παγκόσμιας ύφεσης από τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο. Το 2008 μια ραγδαίως μεταβαλλόμενη σε χαρακτηριστικά και μέγεθος χρηματοπιστωτική κρίση ξεκινά από τον δανεισμό ακροσφαλών για την οικονομία ενυπόθηκων δανείων, τα οποία με επικίνδυνη ευκολία εγκρίνονται (Paul Ramskogler, 2014). Σύντομα μετατρέπεται σε απειλή της παγκόσμιας οικονομίας με άμεσο αντίκτυπο στην αγοραστική δύναμη των καταναλωτών, αφού οι μισθοί καταρρέουν, η ανεργία και ο πληθωρισμός εκτινάσσονται (Marth Mc Kee, et all. 2012). Σε μια οικονομία όπου στηρίχθηκε στην αφελή έγκριση πλασματικών δανείων που δεν μπορούσαν να αποπληρωθούν και όχι στα εισοδηματικά κριτήρια και στην πραγματική παραγωγικότητα. Το ανορθόδοξο οικονομικό σχήμα, όπως ήταν λογικό κατέρρευσε συμπαρασύροντας μαζί του την παγκόσμια οικονομία σε μια ανυποχώρητη κρίση με τρομερές συνέπειες, οι οποίες επηρεάζουν όλους τους κοινωνικό-οικονομικούς τομείς. Φυσικά δεν αφήνουν ανεπηρέαστο τα υγειονομικά συστήματα, τον από εκεί και ύστερα ρόλο που διαδραμάτισαν και την χρηματοδότηση τους (Conceição Portela, Steve Thomas 2013).

Η οικονομία και η υγεία είναι δύο έννοιες οι οποίες συνδέονται στενά. Απαραίτητη προϋπόθεση η μία για την ύπαρξη της άλλης. Η οικονομία ανθίζει όταν σε γενικά πλαίσια ένας πληθυσμός είναι υγιής άρα και παραγωγικός. Όταν ένας πληθυσμός είναι παραγωγικός και άρα οικονομικά είναι εύρωστος θα έχει και καλύτερο επίπεδο διαβίωσης και υγείας. Όσο ένας πληθυσμός στηρίζεται στην εκπαίδευση και στην πρόληψη τόσο και τα συστήματα του θα οδηγούνται σε αποϊδρυματοποιημένες μορφές προσέγγισης με έμφαση στην πρόληψη και όχι τόσο στην συστηματοποιημένη θεραπεία. Στην δεκαετή οικονομική κρίση εκτός της πρωτοφανούς μείωσης των πόρων

δημιουργήθηκαν παράγοντες που επηρέασαν το υγειονομικό προφίλ. Η επανεμφάνιση ασθενειών που είχαν εδώ και δεκαετίες είχαν εκλείψει, οι αυξημένες ανάγκες περίθαλψης που επέφερε η κρίση αλλά και κοινωνικές συγκυρίες όπως τα ισχυρά μεταναστευτικά ρεύματα ειδικότερα σε κάποιες συγκεκριμένες χώρες τις Ευρώπης άρχισαν να διαφοροποιούν τον υγειονομικό χάρτη. Η κοινωνική διάρρηξη που ακολούθησε της οικονομικής αύξησης τις ψυχικές και ασθένειες και μετακύλησε το βάρος σε πολιτικές πρόληψης, αφενός γιατί μακροπρόθεσμα κοστίζουν φθηνότερα από το να αντιμετωπιστεί μια ασθένεια στην ωρίμανση της και αφετέρου γιατί εκπαιδεύουν τον πληθυσμό να υιοθετεί συνήθειες οι οποίες διατηρούν σε υψηλό επίπεδο υγείας τον πληθυσμό (Martin McKee, et al 2012).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει την εξέλιξη των Συστημάτων Υγείας -εν μέσω μάλιστα δυσχερών οικονομικών συνθηκών-μέσω της συγκριτικής ανάλυσης ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών (οικονομικών, κοινωνικών, δημογραφικών) καταγράφοντας έτσι την συμπεριφορά τους απέναντι στην κρίση και της εξελικτικής τους πορείας τους διαχρονικά .

Οι χώρες που θα συμμετέχουν στην επιστημονική ανάλυση είναι: Η Πορτογαλία, η Γαλλία, η Ισπανία, η Αυστρία, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Κύπρος, η Μεγάλη Βρετανία, η Γερμανία, η Σουηδία, η Βουλγαρία, και η Πολωνία.

Στο πρώτο μέρος, αναλύεται σε θεωρητικό επίπεδο η ιδιαιτερότητα του αγαθού της υγείας, πως αυτή δημιούργησε την ανάγκη κατασκευής μιας ολόκληρης ‘αγοράς’ αλλά και της ανοικοδόμησης του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου. (Νοικοκυράκης, Σαράφης 2017).

Στο δεύτερο μέρος θα σκιαγραφηθεί το υγειονομικό προφίλ της κάθε χώρας. Στην συνέχεια θα παρατεθούν τα δυνατά στοιχεία αλλά και οι τρωτότητες των υγειονομικών

συστημάτων και των πολιτικών υγείας που ακολουθήθηκαν, καθώς και ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ και των κρατικών δαπανών για την υγεία.

Στο τρίτο μέρος παρατίθεται συγκριτικός πίνακας μεταξύ των χωρών με στοιχεία των συστημάτων κοινωνικά, δομικά, δημοσιονομικά, δημογραφικά και στην συνέχεια θα κατηγοριοποιηθούν και θα αναλυθούν βάσει της οικονομικής κατάστασης των κρατών (πλούσια-μεσαία,πτωχά).

Τα στοιχεία θα αντληθούν κυρίως από τις βάσεις δεδομένων του ΟΟΣΑ αλλά και της Eurostat, θα αφορούν τις συγκεκριμένες χώρες της μελέτης στο διάστημα των ετών της κρίσης που έχουν επιλεγεί με κοινωνικά, υγειονομικά και οικονομικά κριτήρια όπως την κατηγορία συστήματος, το ποσό που δαπανάται για την υγεία, τον πληθυσμό, τους δείκτες φτώχειας και ανεργίας, το ΑΕΠ της χώρας, θετικοί και αρνητικοί δείκτες υγείας καθώς και παράγοντες κινδύνου. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η συγκριτική περιγραφική ανάλυση και το υλικό αντλήθηκε κυρίως από την παγκόσμια βιβλιογραφία και αρθρογραφία και σε μικρότερο ποσοστό από την Ελληνική. Χρονικά το μεγαλύτερο μέρος των πηγών που χρησιμοποιήθηκαν τοποθετούνται στην δεκαετία της κρίσης (2008-2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 Οι ιδιαιτερότητες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας-Η πρόκληση της οικονομικής κρίσης

Τα συστήματα υγείας αποτελούν από τις πιο περίπλοκες μορφές οργάνωσης και διοίκησης. Ο διπλός στόχος που έχουν εκπληρώσουν είναι από την μια να διατηρήσουν τον κοινωνικό τους χαρακτήρα και από την άλλη να είναι οικονομικά βιώσιμα. Αυτό το ιδιότυπο χαρακτηριστικό τους, τα κατατάσσει σε αυτές τις διοικητικές δομές και τις αγορές που δεν μπορούν να λειτουργήσουν απολύτως ανταγωνιστικά. Το αγαθό ‘υγεία’ παρέχεται στο πλαίσιο μιας ιδιαίτερης αγοράς, με ξεχωριστούς κανόνες μακριά από τον αθέμιτο ανταγωνισμό μιας οποιαδήποτε ελεύθερης αγοράς οι οποία υπό την εξουσία του διαμορφώνει τις τιμές μέσω της ζήτησης και της προσφοράς.

Ο καταναλωτής είναι ο κυρίαρχος της αγοράς αφού μπορεί με τις επιλογές του να καθορίσει ποιο προϊόν ή υπηρεσία θα υπερισχύσει στην αγορά δημιουργώντας μεγαλύτερη ζήτηση. Από την πλευρά τους οι επιχειρήσεις ανεβάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους και των προϊόντων, χαράσσοντας ένα ασφαλές πλαίσιο στις τιμές προωθώντας έτσι και την ελευθερία του καταναλωτή. Δεν μπορεί όμως να παραβληθεί πως ο στόχος μιας επιχείρησης είναι να παραμείνει ισχυρή, μεγιστοποιώντας το κέρδος της, με οιοδήποτε κοινωνικό κόστος. Αυτή είναι μια φιλοσοφία που σίγουρα δεν μπορεί να χαρακτηρίζει την αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διάθεση του πολυτιμότερου αγαθού-όπως πολύ σωστά χαρακτηρίζεται η υγεία- δεν μπορεί να εξαρτάται από κανόνες κέρδους, δεν μπορεί να αποτιμηθεί σε πραγματικούς αριθμούς και δεν μπορεί εκ των

πραγμάτων να καλυφθεί από καμία αγορά (Ζωή Μπιτσώρη, Δήμητρα Μπαλάσκα, Αθανασία Κωνσταντινοπούλου, 2017). Η διάθεση και η διαχείριση των υγειονομικών προϊόντων για να ακολουθήσει της αρχές της ισότητας που διέπει τα Ευρωπαϊκά Μοντέλα συστημάτων υγείας γίνεται από το κράτος ή έστω από την κάποια εποπτεία του. Η αρχή της συζήτησης περί διαφορετικότητας και ιδιαιτερότητας του αγαθού της υγείας προκύπτει περί τα μέσα του 20^{ου} αιώνα όταν ο πατέρας των οικονομικών της υγείας Kenneth Arrow διατυπώνει μια άποψη για τη διάθεση του αγαθού της υγείας και κατά πόσο αυτό μπορεί να λειτουργήσει στα ανταγωνιστικά πλαίσια της αγοράς.

Συνοψίζοντας, οι καταναλωτές των υπηρεσιών σαφέστατα δεν μπορούν να μειώσουν την χρήση υπηρεσιών υγείας σε μια πιθανή αύξηση των τιμών. Αυτομάτως, αυτό το χαρακτηριστικό καθιστά το αγαθό της υγείας, ανελαστικό. Με άλλα λόγια, όταν προκύψει μια ανάγκη για χρήση υπηρεσιών υγείας, ο καταναλωτής δεν θα σκεφτεί το κόστος και θα καταναλώσει ακόμη και εάν αυτό σημαίνει πως θα πληγεί οικονομικά, ακόμη και εάν το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο. Βέβαια, η κρίση έχει αλλάξει τα δεδομένα καθώς παρατηρείται πως πολλοί πολίτες ειδικότερα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης που έχει πληγεί σοβαρά από την κρίση, έχουν μειώσει ή αναβάλει την κατανάλωση υπηρεσιών λόγω οικονομικής δεινότητας (Kees Van Gool, Mark Pearson 2014).

1.2 Ιστορική αναδρομή των Συστημάτων Υγείας Beveridge-Bismarck

1.2.1 Το σύστημα Beveridge

Το 1919 ο λόρδος Dawson, 30 έτη πριν την δημιουργία του NHS, οραματίζεται μια πρόιμη μορφή οργανωμένου υγειονομικού συστήματος, στο οποίο οι νοσοκομειακές μονάδες θα υπάγονται σε ένα ενιαίο σύστημα και όλοι οι πολίτες ανεξαιρέτως θα απολαμβάνουν υγειονομικές υπηρεσίες. Η κρίση την περίοδο 1929-1930 υπήρξε

καθοριστική για την πορεία του Κοινωνικού Κράτους και την δημιουργία του Εθνικού Βρετανικού Συστήματος που έμελλε να παίξει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση ενός διεθνούς προτύπου υγειοασφαλιστικού συστήματος. Το σύστημα Beveridge βρέθηκε στον αντίποδα των αποτελεσμάτων της κρίσης και κλήθηκε να τα αντιμετωπίσει. Η ανεργία, η φτώχεια, η κοινωνική ανισορροπία και οι συγκρούσεις που δημιούργησαν οι νέες οικονομικές συνθήκες δεν θύμιζαν τίποτα από τις καταστάσεις ευμάρειας της οικονομικής επανάστασης. Ο οικονομολόγος που έβαλε τις βάσεις για μια πιο κοινωνική προσέγγιση της κρίσης ονομάζεται John Maynard Keynes. Η οικονομική θεωρία λοιπόν εξηγούσε πως για να μειωθούν οι επιπτώσεις της κρίσης στην αγορά θα έπρεπε να βρεθούν τρόποι από την κυβέρνηση που θα την τονώσουν. Αυτό θα ήταν προτιμότερο να γίνει μέσω της αύξησης των δημοσίων δαπανών που θα είχαν σαν αποτέλεσμα την ρύθμιση της μειωμένης ζήτησης και την εξασφάλιση ενός ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος. Κάτι τέτοιο θα επέτρεπε να επέτρεπε στον πληθυσμό να επιβιώνει αξιοπρεπώς και θα απέτρεπε μια δεύτερη συντριβή της αγοράς, θα εξασφάλιζε νέα κεφάλαια επενδύσεων και ένας νέος κύκλος οικονομικής ανάπτυξης θα ξεκινούσε μέσω της αύξησης της κατανάλωσης των πολιτών. Ένας από τους μεγαλύτερους υποστηρικτές της θεωρίας του Keynes είναι και ο οικονομολόγος Beveridge. Ο Beveridge ουσιαστικά οραματίστηκε την κοινωνική ασφάλιση η οποία και θα εξασφάλιζε ένα ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης στον πληθυσμό και πετύχαινε και αναδιανομή εισοδήματος από τα ανώτερα οικονομικά στρώματα στα χαμηλότερα. Το 1942 ο William Beveridge παρουσίασε στην Βουλή των Κοινοτήτων, την έκθεση για απασχόληση σε μια ελεύθερη κοινωνία που έμελλε να γίνει ο ακρογωνιαίος λίθος του σύγχρονου Κράτους Πρόνοιας. Η επιρροή από το έργο του Beveridge είναι έκδηλη αφού όλα τα κράτη βασίστηκαν στην θεωρία άμβλυνσης των ανισοτήτων που προκύπταν από την εξάπλωση του καπιταλισμού. (Kutzin Joseph, 2011).

1.2.2 Το σύστημα Bismarck

Η Βιομηχανική Επανάσταση φέρνει αλλαγές στον τρόπο ζωής των πολιτών καθώς μεγάλες πληθυσμιακές μάζες αποχωρούν από τις αγροτικές περιοχές που κατοικούν και μετακινούνται προς τις αστικές περιοχές, η φτώχεια, οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης, οι μαζικού τύπου ασθένειες οδήγησαν στην οικονομική και υγειονομική εξαθλίωση. Όπως είναι λογικό αυτού του είδους οι συνθήκες οδήγησαν σε μείωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, υπογεννητικότητα, εργατικά ατυχήματα, επιδημίες (οι οποίες λόγω της ανυπαρξίας των κανόνων υγιεινής ήταν συνηθισμένο φαινόμενο) αποδεκατίζοντας τον εργαζόμενο πληθυσμό που ήταν ως εκείνη την στιγμή ήταν βασικό τροχοπέδη για την ανάπτυξη της οικονομίας. Οι κοινωνικές αναταράξεις ήταν μονόδρομος σαν αντίδραση από την αγανακτισμένη εργατική μάζα καθώς και τα αιτήματα για κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα. Σύμμαχος σε αυτές τις διεκδικήσεις ήταν οι κοινωνικές επιστήμες που άνθισαν με την Γαλλική επανάσταση αλλά και την υποστήριξη ατόμων του πνεύματος οι οποίοι ευαισθητοποιήθηκαν από τις απαράδεκτες συνθήκες εργασίας και διαβίωσης του εργατικού πληθυσμού. Ο καγκελάριος Bismarck αφουγκραζόμενος τις ανάγκες του πληθυσμού για μια ελάχιστη δεσμίδα παροχών, πείθει τους εργοδότες να είναι αυτοί που θα πριμοδοτήσουν ένα μέρος της χρηματοδότησης για την ασφάλιση. Οι υπόλοιπες εισφορές που θα συμπλήρωναν την χρηματοδότηση θα γίνονταν από την πλευρά των εργαζομένων. Ο καγκελάριος μετατρέπει την ιδιωτική πρωτοβουλία για κοινωνικές παροχές σε ενιαία δημόσια πολιτική. Οι παροχές και η οργάνωση διαφέρουν ανά επαγγελματική ομάδα, η ασφάλιση όμως είναι υποχρεωτική και καθολική. Το συγκεκριμένο ασφαλιστικό σχήμα μπορούμε να πούμε πως στηρίχθηκε στην δύναμη της Γερμανίας, στο εργατικό προσωπικό της με φιλοσοφία πως όσο ο πληθυσμός είναι υγιής είναι και αποδοτικός.

Συνοψίζοντας η βιομηχανική επανάσταση έφερε πραγματική επανάσταση στον τρόπο διεκδίκησης συλλογικών αιτημάτων για υγεία, ασφάλιση και πρόνοια. Η εργασιακή έκρηξη της περιόδου αυτής έφερε στο προσκήνιο της ανάγκες του εξαθλιωμένου- σε πολλές περιπτώσεις εργατικού πληθυσμού- και την ανάγκη δημιουργίας ενός θεσμοθετημένου πλέγματος ασφαλείας το οποίο θα εξασφάλιζε ένα μίνιμουμ πακέτο κοινωνικών παροχών. Η αρχή του κράτους πρόνοιας και των εθνικών συστημάτων υγείας όπως έχουν εξελιχθεί μέχρι και σήμερα, έχουν την βάση τους παραδοσιακά στην Γηραιά Ήπειρο (Joute Van der Zee, Madelon Kroneman 2007) .

1.3 Κριτήρια διάταξης των Δημοσίων Συστημάτων Υγείας της Ευρώπης

Τα κριτήρια με τα οποία γίνεται αυτός ο διαχωρισμός είναι ο τρόπος χρηματοδότησης (εισφορές εργοδοτών-εργαζομένων, φόροι) και το ποσοστό κρατικού παρεμβατισμού στο σύστημα. Τα Δημόσια συστήματα Υγείας χωρίζονται σε τρεις διακριτές κατηγορίες.

Σε αυτά που η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι από εισφορές φόρων, δηλαδή κατά το Εθνικό Σύστημα Υγείας Beveridge με κύριο εκπρόσωπο την Αγγλία και με χαρακτηριστικά όπως καθολική κάλυψη πληθυσμού, σχεδιασμός παροχών σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού, διαχωρισμός πρωτοβάθμιας δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας βαθμίδας παροχής υπηρεσιών. Στην δεύτερη κατηγορία από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, κατά τα πρότυπα Bismarck δηλαδή τα οποία συναντάμε σε Γερμανία και Γαλλία. Στα συστήματα αυτά συναντάμε τα χαρακτηριστικά της συλλογικής κάλυψης στα πλαίσια της κοινωνικής δικαιοσύνης, υπάρχει πλουραλισμός παραγωγικών συντελεστών(ιδιωτικοί-δημόσιοι),

κρατική παρέμβαση και αξιολόγηση στους ασφαλιστικούς φορείς, αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών (Υφαντόπουλος, 2006).

Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία συναντάμε ένα υβρίδιο, αυτών των συστημάτων της νοτίου Ευρώπης (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) τα οποία χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο παροχών αλλά με ενδυναμωμένο τον ρόλο της οικογένειας, ο οποίος αντικαθιστά την κρατική μέριμνα (Χαλκιάς, Βαρακλίωτη 2015). Και στις τρεις περιπτώσεις κεντρικός στόχος είναι η κάλυψη του πληθυσμού υγειονομικά και η άρση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών.(Gianluca Quaglo, Theodoros Kararipperidis et al, 2013). Άλλωστε στο πλαίσιο σύγκλισης των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κανένα από αυτά δεν εμμένει στο θεωρητικό πρότυπο της παραδοσιακής μορφής του αλλά προς την επίτευξη των στόχων δημιουργείται δομικός πλουραλισμός. Αυτό στην ουσία μεταφράζεται στην σύμπραξη ιδιωτικού και δημοσίου τομέα με διάφορους συνδυασμούς, προς την επίτευξη των υγειονομικών στόχων είτε μιλώντας για συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης είτε για Εθνικά Συστήματα Υγείας (Κοντούλη-Γείτονα, 1997).

1.4. Κρατικός παρεμβατισμός και Κοινωνικό Κράτος

Από τα κριτήρια διαχωρισμού των υγειονομικών συστημάτων είναι ο βαθμός του κρατικού παρεμβατισμού, δηλαδή πόσο και με ποιόν τρόπο το κράτος αποφασίζει για τον σχεδιασμό των υγειονομικών συστημάτων και πως συμμετέχει οικονομικά σε αυτό. Τα συστήματα υγείας τα οποία έχουν δημόσιο χαρακτήρα, έχουν απαραίτητως και μια κάποια συμβολή του κράτους στην χρηματοδότηση και την λήψη αποφάσεων. Φαίνεται βέβαια πως το παλιό πατερναλιστικό σχήμα δεν είναι τόσο αποδοτικό όσο είχε προβλεφθεί. Αυτό δεν σημαίνει πως η παρουσία του κράτους σε ένα δημόσιο

σύστημα υγείας δεν είναι επιβεβλημένη είναι μάλιστα και το βασικό σημείο διαχωρισμού από τα Φιλελεύθερα. Η πρόκληση είναι να επαναπροσεγγιστεί ο ρόλος του κράτους στα δημόσια σχήματα, να ξεφύγει από το σκληρό ρόλο του επόπτη και θα κινηθεί σε ευέλικτες μορφές διακυβέρνησης. Η αναδιανομή άλλωστε των σπάνιων πόρων είναι επιτακτική ανάγκη. Ο επαναπροσανατολισμός των συστημάτων είναι αίτημα των συγκυριών οικονομικών και κοινωνικών που προτάσσουν αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και ισότητα μέσα σε πλαίσια οικονομικής ορθότητας. Στην συζήτηση για τις σύγχρονες προκλήσεις στην υγεία έρχονται να προστεθούν και η συμμετοχή του πολίτη όχι μόνο από την πλευρά του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας αλλά σε έναν νέο ρόλο αυτό του "σχεδιαστή" των υπηρεσιών υγείας και της διεκδίκησης μεγαλύτερης δέσμης δικαιωμάτων μέσω των πολυδύναμων συλλόγων ασθενών. Ένα εργονομικό σύστημα υγείας θα πρέπει να δημιουργείται από τον πολίτη για τον πολίτη. Αυτό σημαίνει πως θα πρέπει να προσφέρει υπηρεσίες με τέτοιο τρόπο που να εξασφαλίζουν την ομαλή καθοδήγηση στο σύστημα υγείας. Ο ρόλος του στο σύστημα φαίνεται να ενδυναμώνεται διεθνώς, με τάση προς την ενεργή συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων, σαν μια επιταγή της διαφάνειας της φυσικής εξέλιξης των συστημάτων σε πιο ανθρωποκεντρικές μορφές διοίκησης. (Νοικοκυράκης, Σαράφης, 2018). Ο κεντρικός σχεδιασμός για την προσφορά ενός αγαθού που δεν μπορεί να διατεθεί σαν ένα κοινό εμπόρευμα θα έπρεπε να περιλαμβάνει σε ένα πλουραλιστικό σχήμα συνεργασίας, την ενεργή συμμετοχή κράτους, επαγγελματιών και καταναλωτών των υπηρεσιών με ενδυνάμωση του ρόλου των τελευταίων. Σε μια ιδανική μορφή των συστημάτων του μέλλοντος με κορωνίδα την πρωτοβάθμια περίθαλψη φροντίδας η έννοια του ασθενούς θα περιλαμβάνει και την εκπαίδευση, την πρόληψη, την ενσυναίσθηση στην σχέση γιατρού-ασθενή.

Η διεύρυνση του επιστημονικού πεδίου των ιατρικών σχολών που εκτός από εκμάθηση ιατρικών πρακτικών υψηλού επιπέδου, θα πρέπει να έχει και ως σκοπό την εκπαίδευση στην σχέση τους με τους ασθενείς, στην εκμάθηση των ασθενών της διαχείριση της καθημερινότητας τους με την ασθένεια. Το μονοπώλιο της γνώσης από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ας γίνει το εφελτήριο εκπαίδευσης του πληθυσμού για πρόληψη και καλύτερη διαχείριση της ασθένειας.

Τα υγειονομικά συστήματα αποτελούν πολυδιάστατες, πολύπλοκες κοινωνικές υπηρεσιακές δομές οι οποίες εκτός του ότι σταθερά πρέπει να είναι αποδοτικές πρέπει να είναι και οικονομικά βιώσιμες. Αυτή η ιδιότυπη ισορροπία για να διατηρηθεί δεν μπορεί να ακολουθεί τους όρους της κλασσικής αγοράς αλλά διέπεται από τους δικούς της κανόνες. Η υγειονομική αγορά έχει υψηλές ανάγκες σε οικονομικούς πόρους λόγω του υψηλά αμειβόμενου προσωπικού, της ακριβής τεχνολογίας και προϊόντων που χρησιμοποιεί. Σε ένα τόσο προκλητικά δύσκολο συνδυασμό συνιστωσών – η βελτίωση της υγεία των πολιτών- συνεχίζει σταθερά να είναι το διακύβευμα των κυβερνήσεων και των σχεδιαστών πολιτικής υγείας (Conceição Portela, Steve Thomas, 2013). Από το 2008 και μετά το ρολόι της εξέλιξης φαίνεται να σταματά. Η κρίση επέβαλε τους δικούς της ρυθμούς στην παγκόσμια οικονομία και συμπαρέσυρε ειδικότερα τα υπό ανάπτυξη κράτη. Η κατάσταση φυσικά δεν άφησε ανεπηρέαστο τον ευαίσθητο χώρο της υγείας. Η κατάρρευση του κράτους πρόνοιας, όπου για δεκαετίες δέσποζε σαν τον ακρογωνιαίο λίθο του κοινωνικού οικοδομήματος, άρχισε να δημιουργεί ερωτηματικά ως προς το εάν όντως επιτελεί το στόχο του.

1.5 Η επιβάρυνση της υγείας του πληθυσμού ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης

Η ανεργία αποτελεί σοβαρή παράμετρο της οικονομικής κρίσης, έχει άλλωστε αποδειχθεί πως η ανεργία και η γενικότερη απώλεια εισοδήματος έχει σημαντική επίπτωση στην υγεία. Πολλές έρευνες υποστηρίζουν πως η ανεργία σχετίζεται με μια αύξηση της θνησιμότητας της τάξεως του 20-25%, επίσης συνδέεται με ψυχικές διαταραχές, αυξημένη πρόσληψη τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού οينوπνεύματος, εξαρτήσεις σε ουσίες (Κυριόπουλος, κ.α, 2012) . Φτώχεια και δυσμενής υγεία είναι καταστάσεις που συνήθως συνδυάζονται. Μια σειρά από κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες επηρεάζουν μακροπρόθεσμα ή βραχυπρόθεσμα την υγεία του ατόμου αλλά και σε επέκταση της οικογένειας. Μια πιθανή μείωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού (κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες-οικονομική κρίση, μετανάστευση, πόλεμος) μπορεί να επιφέρει καταστροφικά αποτελέσματα στην οικονομία ενός κράτους.

Αρχικά, γνωρίζουμε πως οι κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες μπορούν να στηρίξουν κάποιες συμπεριφορές που υπηρετούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, άτομα τα οποία βρίσκονται σε οικονομική δυσπραγία μπορεί να αδυνατούν να υποστηρίξουν έναν τέτοιο τρόπο ζωής. Οι περιοχές στις οποίες διαβιούν να μην τους επιτρέπουν να περπατήσουν ή να αφήσουν τα παιδιά τους να παίξουν με ασφάλεια λόγω της επικινδυνότητας της περιοχής.

Μειωμένη έκβαση σε υπηρεσίες υγείας αλλά και μη ικανοποιούμενες υγειονομικές ανάγκες. Είναι αποδεδειγμένο πως άτομα χαμηλού εισοδήματος, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και αλλοδαποί τείνουν να δέχονται μειωμένης ποιότητας υγειονομικές παροχές (Κυριόπουλος κ.α 2012).

Η διαδρομή εύρεσης εργασίας και ο τύπος εργασίας που θα ακολουθήσει τελικά το άτομο επηρεάζουν το κοινωνικό-οικονομικό του προφίλ. Ο τύπος εργασίας καθώς και το εισόδημα που θα κερδίζει από αυτή το άτομο, προφανώς και θα καθορίζουν τις συνθήκες ζωής άρα και το προφίλ υγείας του ατόμου και την πιθανότητα ασθένειας σε ένα συνεχόμενο κύκλο.

Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα πιθανότητα να έχουν κακή υγεία και θα χρειαστούν περισσότερες επισκέψεις στο γιατρό ασχέτως εάν τελικά θα τις πραγματοποιήσουν γιατί δεν θα μπορούν να τις ανεχθούν οικονομικά, αυτό θα επιδεινώνει την υγεία τους και θα τους εμπλέκει σε ένα φαύλο κύκλο ασθένειας και απώλειας εισοδήματος.

Η οικονομική κρίση που έχει πλήξει την τελευταία δεκαετία την παγκόσμια αγορά είναι η βασική αιτία οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων που έχει εκτοξεύσει τα ποσοστά ανεργίας και επισφάλειας της εργασίας. Πέραν των πρώιμων δεινών που προκαλεί η κατάσταση της αρρώστιας, την εξαθλίωση και την ταλαιπωρία ή και ενδεχομένως τον θάνατο, μια παρατεταμένη έκθεση σε συνθήκες φτώχιας μπορεί εξελικτικά να διαβρώσει την οικονομία της κοινότητας (Gianluca Quaglio et.al 2013).

Η φτώχια μπορεί να διαχωριστεί σε απόλυτη και σχετική. Στην πρώτη κατάσταση, δεν υπάρχουν ούτε τα βασικά αγαθά επιβίωσης και βρίσκονται αντιμέτωποι με ακραίες καταστάσεις, συναντάται συνήθως σε υποανάπτυκτες χώρες αλλά αποτελεί και σύγχρονη μάστιγα με των συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των αστεγών λόγω και της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Η δεύτερη κατηγορία έχει να κάνει με το χαμηλό εισόδημα που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι και τους καθιστά έρμια μια φαυλότητας, όπου ούτε μπορούν να διαβιώσουν με αξιοπρέπεια και να ανταποκριθούν στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής, ζώντας συνεχώς με την ανασφάλεια της πιθανής ανεργίας. Σύγχρονες έρευνες έχουν συνδέσει την φτώχια με μια σειρά από ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά επεισόδια, τα ψυχικά νοσήματα και την κατάθλιψη, τα εγκεφαλικά

επεισόδια, σκιαγραφώντας ουσιαστικά το υγειονομικό προφίλ της σύγχρονης εποχής. Οι ασθένειες που δημιουργούνται από μια παρατεταμένη κατάσταση φτώχειας-πέραν του κοινωνικού και υγειονομικού ελλείματος που δημιουργούν-επιβαρύνουν το σύστημα υγείας με περαιτέρω έξοδα αλλά και το ανθρώπινο κεφάλαιο αφού ουσιαστικά το θέτουν εκτός εργασίας και μακροπρόθεσμα εκτός κοινωνίας και δραστηριοτήτων (Χρυσανθόπουλος, Νάνσικα, Κουρκούτα, 2016).

Συμπερασματικά, και συμπληρώνοντας τα παρακάτω στοιχεία που θα πλαισιώσουν την έρευνα προκύπτει πως η σχέση οικονομικής ανάπτυξης και υγείας είναι μια κυκλικά αμφίδρομη σχέση η οποία και ανατροφοδοτείται συνεχώς. Αυτή την επανάσταση στα οικονομικά δεδομένα, ότι δηλαδή η καλή υγεία και εκπαίδευση περιλαμβάνονται στους συντελεστές παραγωγής όπως το φυσικό κεφάλαιο, αποδεικνύει ουσιαστικά πως οι επενδύσεις στην υγεία επιφέρουν ουσιαστική οικονομική υποστήριξη. Το διπλό όφελος από μια τέτοια οικονομική τακτική ξεπερνά το αυτονόητο, δηλαδή βελτίωση των συστημάτων υγείας και κατ'επέκταση της υγείας του πληθυσμού μα περισσότερο μια μακροπρόθεσμη ουσιαστική οικονομική επένδυση η οποία θα επιφέρει εκτός από οικονομική ευημερία κοινωνική ισορροπία και συνοχή. Η επένδυση στην υγεία είναι η σοβαρότερη-μακροπρόθεσμα- οικονομική επένδυση που μπορεί να κάνει ένα κράτος, δείχνοντας ξεκάθαρα και τις προτεραιότητες και τις προθέσεις.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΩΣ ΦΟΡΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

2.1 Η πολυδιάστατη λειτουργία των Συστημάτων Υγείας

Πως οριοθετείτε η έννοια του συστήματος υγείας και ποία η χρησιμότητα τους στην κοινωνία των πολιτών. Ο ακριβής προσδιορισμός των συστημάτων αποτέλεσε σύγχρονο προβληματισμό των οικονομολόγων της υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας-διαχρονικά-σχεδιάζονται με σκοπό την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω των παραγόμενων προϊόντων τους και υπηρεσιών. Οι παλαιότερες θεωρίες που συγχέουν την φροντίδα υγείας με τα συστήματα υγείας έχουν ατονήσει. Οι σύγχρονες τάσεις έχουν μια ολιστική προσέγγιση καθώς αποδεικνύεται η πολυπαραγοντικότητα του ζητήματος.(Χλέτσος,2016). Το σύστημα υγείας οριοθετείτε ως ένα αποτέλεσμα συνθέσεων που σχεδιάζεται για να δώσει λύσεις, μια πολυδύναμη παραγωγική μονάδα, με εισροές και εκροές, που χρειάζεται να φυσικά να είναι και βιώσιμη (κοινωνικά-οικονομικά-πολιτικά).

Το σύστημα υγείας αποτελεί ένα κομμάτι του συστήματος κοινωνικής προστασίας ενός κράτους και θα πρέπει κατά την διάρκεια της λειτουργίας του να εξασφαλίζεται ισορροπία μεταξύ των ολοένα αυξανόμενων αναγκών και των περιορισμένων

οικονομικών πόρων. Απομακρυνόμενη λοιπόν σαν έννοια από την απλή παροχή υπηρεσιών και την φροντίδα προσεγγίζει περισσότερο την συνολική υγειονομική κουλτούρα του κράτους. Ένα συνονθύλευμα αποτελούμενο από μέρη το οποίο επηρεάζεται από πλήθος παραμέτρων(κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς, πολιτικούς) που διαμορφώνουν το κοινωνικό αποτύπωμα του κράτους. Ένα σύστημα υγείας είναι σχεδιασμένο να διευκολύνει τους χρήστες και να διεκδικεί εκ μέρους τους ποιοτικότερες παροχές και καλύτερες τιμές που θα αδυνατούσαν να πετύχουν από μόνοι τους.

Απέχοντας από την Αμερικανική νόρμα του ιδιωτικού συστήματος Υγείας όπου οι πολίτες είναι αποκλειστικά οι κύριοι και διαχειριστές της υγείας τους, η Ευρώπη δικαιωματικά μπορεί να θεωρηθεί η Μητρόπολη της Κοινωνικής Πολιτικής, του Κοινωνικού Κράτους και των Δημόσιων Συστημάτων Υγείας. Κάθε άλλο από τυχαίο είναι τα δύο πρότυπα υγειονομικά συστήματα έχουν Ευρωπαϊκή ταυτότητα. Άλλωστε τα υγειονομικά συστήματα και ο τρόπος που λειτουργούν αποτυπώνουν τα ειδικά χαρακτηριστικά της κουλτούρας της εκάστοτε χώρας στην οποία εφαρμόζονται. Στο κατώφλι της οικονομικής κρίσης τα περισσότερα από τα κράτη βρέθηκαν απροετοίμαστα στην δεινότητα που δημιούργησε και για να ανταπεξέλθουν προέβησαν σε μεγάλες περικοπές των κοινωνικών τους δαπανών και δη του υγειονομικού τομέα. Ακόμα ακόμα προχώρησαν σε έμμεση ρύθμιση των δαπανών, μειώνοντας παροχές, συγχωνεύοντας υγειονομικές δομές, και κατατομώντας θέσεις εργασίας. Ενδεικτικό παράδειγμα των πιέσεων που δημιούργησε η κρίση είναι πως από το 2007 18 από τα 27 Ευρωπαϊκά κράτη-μέλη έχουν υποστεί μείωση δαπανών για την υγεία. (Σουλιώτης κ.α 2018).

Στην συνέχεια η μελέτη προχωρά με επισκοπήσεις συστημάτων υγείας Ευρωπαϊκών Χωρών που αφορούν τον τύπο, την δομή, την χρηματοδότηση και τα αποτελέσματα τους.

2.2 ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Με τον πληθυσμό στα 81, 6 εκατομμύρια, με ποσοστό φτώχειας το οποίο κινείται κοντά στον μέσο όρο της Ε.Ε, με χαμηλό ποσοστό ανεργίας η Γερμανία έχει τα χαρακτηριστικά τα οποία αρμόζουν σε ένα πολύ καλά οργανωμένο κράτος με ισχυρή παραγωγή και οικονομία. Το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν για το 2017 φτάνει 39.703 δολάρια.

2.2.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Η Γερμανία αποτελεί μαζί με την Αγγλία τα δύο κράτη τα οποία έχουν δημιουργήσει τα συστήματα υγείας, που κατά τα πρότυπα τους έχουν επηρεάσει την σύγχρονη ιστορία της Πολιτικής Υγείας των Δημόσιων Συστημάτων.

Η Γερμανία αποτελεί την πρώτη χώρα παγκοσμίως που εγκατέστησε σύστημα ασφάλισης το 1883. Δύο είναι τα χαρακτηριστικά τα οποία το ξεχωρίζουν, το ένα πως συνυπάρχουν στην χρηματοδότηση η δημόσια ασφάλιση μαζί με την ιδιωτική, σε ένα πολυδιάστατο χρηματοδοτικό σύστημα το οποίο όμως είναι εξαρτώμενο διοικητικά από κρατικές δομές. Μέσω αυτών των χαρακτηριστικών έχει εξασφαλιστεί κάλυψη για το 100% του πληθυσμού. Η Γερμανία αποδίδει υψηλά δημοσιονομικά κόμιστρα για το σύστημα υγείας, ξοδεύοντας το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία, καθώς καταλαμβάνει την δεύτερη θέση στα κατά κεφαλήν έξοδα για την υγεία. Από το 2008

μέχρι και το 2018 το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, από το 10,16% έχει σκαρφαλώσει στο 11,23%, Η Γερμανία δείχνει ξεκάθαρα τις κοινωνικές προτεραιότητες που έχει θέσει. Βάσει στατιστικών δεδομένων του ΟΟΣΑ από το 2008 μέχρι και το 2018, ο δείκτης για το προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση αυξήθηκε περίπου στο ένα έτος, φτάνοντας τα 81,10 έτη από 80,20 έτη, αναδεικνύοντας ίσως μια αναντιστοιχία δαπανών και υγειονομικών αποτελεσμάτων ή καλύτερα καταρρίπτοντας τις όποιες υψηλές προσδοκίες που δημιουργούνται ως ένα ακριβό σύστημα υγείας θα έχει και τα αντίστοιχα υγειονομικά αποτελέσματα. Η δομή του συστήματος περιλαμβάνει ένα συνονθύλευμα συνεργασίας μεταξύ της κυβέρνησης η οποία θέτει το νομικό πλαίσιο και μιας πλουραλιστικής επιστημονικής επιτροπής η οποία θέτει όλες τις κανονιστικές ντιρεκτίβες. Η σύσταση αυτής της επιτροπής είναι εκπρόσωποι ιατρών, νοσοκομείων, ιδρυμάτων υγείας αλλά και εκπρόσωποι των ασθενών(χωρίς δικαίωμα ψήφου).

2.2.2 Καινοτόμες πολιτικές

Η Γερμανία έχει καταφέρει να αφουγκραστεί τις κοινωνικές ανάγκες της και έχει θεσπίσει δεσμίδες προστασίας για τους πολίτες της όσο αφορά τις συνήθειες που οδηγούν σε κακή υγεία. Με σκοπό να ενδυναμωθούν οι πολιτικές επιμόρφωσης των πολιτών για άσκηση και διατροφή, διακοπή του καπνίσματος, τακτικό εμβολιασμό το Γερμανικό κράτος έχει θέσει σαν στόχο το 2020 με διάφορα πλάνα υγείας, την επανεκπαίδευσης των πολιτών της στον τομέα της πρόληψη και της επιμόρφωσης.

2.2.3 Προκλήσεις

Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι ένα αρκετά ακριβό σύστημα, με έμφαση στο βαρύ νοσοκομειακό τομέα. Οι σύγχρονες προκλήσεις απαιτούν και ανάλογες προσεγγίσεις του συστήματος και επαναπροσδιορισμό του σε μορφές φιλικότερες προς την πρόληψη

και όχι την ακριβή νοσοκομειακή περίθαλψη. Ο κακός τρόπος ζωής των Γερμανών ο οποίος συνδέεται άμεσα με ασθένειες συνεχίζει να βρίσκεται στο επίκεντρο έντονου προβληματισμού και έχει τεθεί υψηλά στην ατζέντα των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού πλάνου(OECD, Germany: Health Profile 2017).

2.2.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	38.432	2.968
2013	44.994	4.144
2016	50.564	4.674

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Από το έτος 2008 μέχρι και το έτος 2013 και όσο αφορά το Εθνικό Εγχώριο Προϊόν έχει σημειωθεί ρυθμός ανάπτυξης 17,07% ενώ από το 2013 μέχρι και το 2016, 12,37% μονάδες. Αποδεικνύει πως τα σημάδια της ύφεσης άρχισαν όπως ήταν λογικό να διαφαίνονται εντονότερα κατά την διάρκεια των ετών, και όχι από τα πρώτα έτη. Για τον δείκτη των δαπανών υγείας έχουμε για τα έτη 2008-2013, 39,6% ρυθμό μεταβολής για να καλυφθούν οι ανάγκες που προκαλεί η κρίση και στα έτη 2013-2016 όπου αυξάνεται και το ποσοστό δαπανών που προέρχεται από φόρους αλλά και η ιδιωτική συμβολή ο ρυθμός μεταβολής μειώνεται στο 12,7% (WHO/Health System in transition,Germany 2014).

2.3 ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Με πληθυσμό λίγο πάνω από τα 65 εκατομμύρια το Ηνωμένο Βασίλειο, με χαμηλή ανεργία, ποσοστό φτώχειας που συγκρίνεται με αυτόν του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με ένα σύστημα υγείας που από την εγκαθίδρυση του έχει αποτελέσει διοικητικό και χρηματοδοτικό πρότυπο, αποτελεί από τις σταθερότερες και πιο οργανωμένες δομές υγείας παγκοσμίως. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ φτάνει στα 34.602 δολάρια.

2.3.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου κατά τα πρότυπα του συστήματος Beveridge, περιλαμβάνει υψηλή κρατική συνεισφορά-οικονομική και διαχειριστική. Από το 2008 μέχρι και το 2018 το ποσοστό επί του ΑΕΠ που δαπανάται για τον χώρο της υγείας βρίσκεται σε συνεχόμενα αυξημένη τροχιά, δύο μονάδες (7,644%-9,768%) και περίπου το 80% των συνολικών δαπανών για την υγεία είναι κρατικές. Το ισχυρό κοινωνικό πλέγμα του συστήματος έχει καταφέρει να τοποθετήσει στο σύστημα στις χαμηλότερες θέσεις απευθείας πληρωμών από τους λογαριασμούς των νοικοκυριών. Το προσδόκιμο ζωής βρίσκεται σε μια σταθερά αυξανόμενη τροχιά από τα 79,8 έτη το 2008 μέχρι και τα 81.3 έτη το 2018.

Το Ηνωμένο Βασίλειο χωρίζει το σύστημα υγείας σε του σε όσες χώρες περιλαμβάνει. Ουσιαστικά δηλαδή υπάρχουν τέσσερα διαφορετικά συστήματα ένα για κάθε χώρα (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία, και Νότια Ιρλανδία) τα οποία όμως διανέμουν τις υπηρεσίες κάτω από την κοινή φιλοσοφία ενός ισχυρού Δημόσιου Συστήματος Υγείας που περιλαμβάνει τις βασικές αρχές της καθολικής κάλυψης αλλά και της μηδενικής οικονομικής συνεισφοράς την στιγμή που θα χρειαστεί να καταναλωθούν οι υπηρεσίες.

2.3.2 Καινοτόμες Πολιτικές

Άξιες θαυμασμού είναι οι καμπάνιες που προωθούνται από την κυβέρνηση σαν μέσο πρόληψης, ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την υγεία, μέσω μακροπρόθεσμων προγράμματα εξάλειψης επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών (ατυχήματα, καθιστικός τρόπος ζωής), καθώς και η υψηλή φορολογία που επιβαρύνει σχετικά προϊόντα (αλκοόλ, ζάχαρη, καπνός κλπ).

2.3.3 Προκλήσεις

Το Ηνωμένο Βασίλειο απολαμβάνει σε γενικές γραμμές, παρά την οικονομική κρίση, ένα οργανωμένο, αποδοτικό και ποιοτικό σύστημα υγείας διοικούμενο υπό τις αξίες τις ισότητας και της καθολικής κάλυψης. Βέβαια, οι ανισότητες συνεχίζουν να υφίστανται μεταξύ διαφορετικών κοινωνικό-οικονομικών ομάδων ως προς την προσβασιμότητα των υπηρεσιών αλλά είναι κάτι το οποίο έχει τεθεί στο στόχαστρο των πολιτικών άμβλυνσης του φαινομένου.

Η μεγαλύτερη σύγχρονη πρόκληση που αντιμετωπίζει η Μεγάλη Βρετανία, είναι η επερχόμενη έξοδος από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Μετά από το δημοψήφισμα και την δημοκρατική απόφαση για αποχώρηση του Ηνωμένου Βασιλείου, εγείρονται διάφορα ερωτήματα για την μοναχική πορεία του κράτους, και πως αυτή θα καταφέρει να επηρεάσει τα κοινωνικά συστήματα. Υπενθυμίζεται πως το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί τον μεγαλύτερο φορέα εργασίας του Ηνωμένου Βασιλείου και οι κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις ενός τέτοιου 'διαζυγίου' είναι αυτονόητες και για τις δύο πλευρές (OECD, United Kingdom Country health profile 2017)

2.3.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	36.650	2.225
2013	39.985	2.837
2016	44.138	3.047

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Για την χρονική περίοδο 2008-2013 ο ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ κινήθηκε στο 9% και για τα έτη 2013-2016 στο 10,38% του ΑΕΠ. Για τις δαπάνες υγείας στα έτη 2008-2013 ο ρυθμός μεταβολής εκτοξεύεται στο 27,5% ενώ για τα έτη 2013-2016 μόλις στο 7%. Υπάρχει μια σημαντικότερη αύξηση των δημοσίων δαπανών από το 2000 και μετά λόγω πολιτικών δεσμεύσεων για αύξηση του ποσού για την υγεία έτσι ώστε να φτάσει πιο κοντά στο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αργότερα όμως το Ηνωμένο Βασίλειο ακολουθώντας τους κανόνες λιτότητας που επέβαλε η κρίση χρειάστηκε να κάνει σοβαρές περικοπές στο ποσό που δαπανούσε για την υγεία (WHO/Health System in transition, United Kingdom 2015).

2.4 ΣΟΥΗΔΙΑ

Με πληθυσμό στα 98 εκατομμύρια και με εξαιρετικές κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες (8% φτώχειας και 7,4% ανεργίας) παρουσιάζει ένα από τα πρότυπα συστήματα κοινωνικών παροχών αλλά και συνθηκών διαβίωσης παγκοσμίως. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ φτάνει τα 39.592 δολάρια για το έτος 2017.

2.4.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό Προφίλ

Οι Σουηδοί απολαμβάνουν υψηλού επιπέδου κοινωνικών και υγειονομικών παροχών σε ένα από τα πρότυπα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Η διαχείριση και η κατανομή του προγράμματος μπορεί να έχει κρατική υπογραφή αλλά μαζί με τις 21 περιφέρειες έχουν δημιουργήσει ένα δυναμικό σύμπλεγμα συνεργασίας στην παροχή υπηρεσιών. Στα 10 έτη της έρευνας το ποσοστό των δαπανών υγείας ακολούθησε γενικά αυξητικές τάσεις. Ειδικότερα από το 2010 δαπανήθηκαν 8,486% του ΑΕΠ ενώ τον επόμενο χρόνο 10,679%, σχεδόν δύο ποσοστιαίες μονάδες. Από το 2010 μέχρι και το 2017 το ποσοστό έχει δεχθεί μικρές αυξομειώσεις αλλά σε γενικές γραμμές σταθερό. Το ίδιο αυξητικά εμφανίζεται και το ηλικιακό προσδόκιμο, από το 2008 με 81,3 έτη έχει φθάσει 82,40 το 2017.

Το εθνικό σύστημα υγείας της Σουηδίας είναι οργανωμένο στην κορυφή αλλά με αποκεντρωτική φιλοσοφία. Ανήκει χρηματοδοτικά, στο σύστημα Beveridge, αντλεί δηλαδή τα έσοδα του από φόρους, στην συγκεκριμένη περίπτωση από φόρους που οργανώνονται τοπικά, κατά περιφέρεια. Το κράτος από την άλλη είναι υπεύθυνο στο να αναδιανέμει με κριτήρια ισότητας τα ποσά αλλά και τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε όλες τις περιοχές. Το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών είναι δημόσιο και μικρό ποσοστό μετακυλά ιδιωτικά στους πολίτες.

2.4.2 Καινοτόμες πολιτικές

Από τα δυνατά σημεία του Σουηδικού συστήματος υγείας είναι και η οικονομική συμμετοχή των πολιτών σε ένα αμιγώς δημόσιο σύστημα υγείας. Οι πολίτες πληρώνουν μια μικρή συμμετοχή στις υπηρεσίες που χρησιμοποιούν, το οποίο αφενός βοηθά την χρηματοδότηση και αφετέρου λειτουργεί και σαν αποτρεπτικός παράγοντας άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών. Υπάρχουν ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία που

συνθέτουν τον υγειονομικό χάρτη τα οποία όμως είναι όλα κάτω από την κρατική επιχορήγηση. Από τα μεγαλύτερα ερευνητικά κέντρα στον κόσμο βρίσκονται στην Σουηδία, πλαισιωμένα από τεχνολογία αιχμής και με επτά πανεπιστημιακά νοσοκομεία τα οποία παρέχουν υψηλού επιπέδου εξειδικευμένη φροντίδα.

Η Σουηδία επίσης βρίσκεται στις χαμηλότερες θέσεις για την μικροβιακή αντοχή, από τα πιο σοβαρά και σύγχρονα προβλήματα δημόσιας υγείας, κατατάσσοντας την σε αυθεντία επί του θέματος. Την εμπειρία της και την γνώση της για την μικροβιακή αντοχή μοιράζεται με άλλα κράτη μέσω κάποιων ειδικών διμερών εκπαιδευτικών συμβάσεων.

2.4.3 Προκλήσεις

Όπως και στα περισσότερα δημόσια συστήματα υγείας, έτσι και στο Σουηδικό υπάρχουν μεγάλοι χρόνοι αναμονής για εξετάσεις και νοσηλεία (οι οποίοι διαφοροποιούνται στην εκάστοτε περιφέρεια) γίνεται προσπάθεια όμως, αυτό να διορθωθεί μέσω χρονικών περιθωρίων που θέτονται από το κράτος. Επίσης η Σουηδία έχει το χαμηλότερο ποσοστό κλινών και σε συνδυασμό με τα πολύ χαμηλά ποσοστά παραμονής στα νοσοκομεία τίθεται υπό αμφισβήτηση η ασφάλεια των ασθενών. Για τον έλεγχο αυτής της κατάστασης, έχει δημιουργηθεί ένα όργανο το οποίο παρακολουθεί την πληρότητα των κλινών και την πιθανή ακαταλληλότητα των νοσοκομειακών θαλάμων (OECD Sweden Health profile 2017).

2.4.4 ΑΕΠ και Δημόσια Δαπάνη Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	41.972	2.811

2013	46.138	3.961
2016	50.434	4.211

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Ο ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ τις χρονολογίες 2008-2013 ήταν 9% και το διάστημα 2013-2016 κινήθηκε στο ίδιο ποσοστό 9,31%, επιδεικνύοντας παραγωγική σταθερότητα. Για τις δημόσιες δαπάνες υγείας στην πρώτη απαιτητική τετραετία των υγειονομικών αναγκών της κρίσης 2008-2013 έχουμε 40.9 % ποσοστιαία μεταβολή έναντι 6,3% στην περίοδο 2013-2016. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Σουηδία είναι ανοδικές από τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Η σημαντική αύξηση στα έτη 2009 και 2010 στις δαπάνες υγείας δεν σημειώθηκε λόγω αύξησης του ποσού των δαπανών αλλά λόγω της μείωσης του ΑΕΠ των προηγούμενων ετών (WHO/Health System in transition, Sweden 2012).

2.5 ΓΑΛΛΙΑ

Ο πληθυσμός της Γαλλίας αγγίζει τα 67 εκατομμύρια και το κατά κεφαλήν εισόδημα φτάνει τα 44.125 δολάρια για το έτος 217. Συγκριτικά με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο δείκτης της φτώχειας βρίσκεται πιο κάτω (6,5% έναντι 10,8%) και αυτός της ανεργίας ελαφρά υψηλότερος, 10,4% έναντι 9,4% της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

2.5.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας-Υγειονομικό προφίλ

Η Γαλλία διαθέτει ένα αξιόπιστο σύστημα υγείας το οποίο εάν και πολυδάπανο παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες στους πολίτες, άλλωστε βρίσκεται στις υψηλότερες θέσεις του προσδόκιμου επιβίωσης της Ευρώπης με συνεχώς σταθερά αυξητικές τάσεις.

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του Γαλλικού συστήματος είναι από τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης. Η συμπληρωματική-ιδιωτική ασφάλιση παίζει βασικότατο ρόλο, αφού καλύπτει υπηρεσίες που δεν καλύπτει (ή δεν καλύπτει επαρκώς) η Κοινωνική Ασφάλιση. Το 95% του πληθυσμού χρησιμοποιεί συνασφάλιση. Ένα στους δέκα κατοίκους καλύπτεται από ένα συμπληρωματικό ασφαλιστικό ταμείο το οποίο χρηματοδοτείται από το Δημόσιο.

Υπάρχει μια συνεργασία του κρατικού φορέα και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Μάλιστα ο κρατικός παρεμβατισμός είναι πιο έντονος από ότι συνηθίζεται σε τέτοιο τύπο συστημάτων. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια μετακύλισης των διαχειριστικών ευθυνών προς τις τοπικές δομές για να αναδεικνύονται και να καλύπτονται οι κατά τόπους υγειονομικές ανάγκες.

Το Γαλλικό Σύστημα είναι από τα ακριβότερα στην Ευρώπη. Έχει σταθερά επί σειρά ετών τη δεύτερη υψηλότερη ποσοστό δαπάνης υγείας επί του ΑΕΠ (9,433% το 2017) στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Γερμανία.

2.5.2 Καινοτόμες πολιτικές

Σημαντικό έργο έχει παράξει η κυβέρνηση ως προς την ενίσχυση των υγειονομικών υπηρεσιών των απομακρυσμένων περιοχών με προγράμματα τα οποία δίνουν κίνητρα σε επαγγελματίες υγείας να τις επιλέγουν σαν τις περιοχές δράσης τους. Ειδικότερα για τους νέους επαγγελματίες παρέχεται κοινωνικό συμβόλαιο μηνιαίας επιδότησης κατά την διάρκεια των σπουδών με όρο, ανταποδοτικά, κατά την ολοκλήρωση των σπουδών του ξεκινήσει την επαγγελματική του πορεία σε απομακρυσμένη περιοχή.

Επίσης γίνονται συντονισμένες προσπάθειες για συνεργασίες νοσοκομείων με σκοπό την βελτίωση και οργάνωση των τοπικών μονάδων που θα οδηγήσει σε αύξηση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και ενδυνάμωση της τοπικής υγειονομικής κοινότητας.

2.5.3 Προκλήσεις

Το σύστημα Υγείας στην Γαλλία στηρίζεται στην ιδρυματοποιημένη νοσοκομειακή φροντίδα η οποία όπως είναι φυσικό επιφέρει μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Η ανακατεύθυνση του σε μορφές που θα περιλαμβάνουν τον συντονισμό της περίθαλψης χρόνιων νοσημάτων (άσθμα, διαβήτη) αλλά και του συνεχώς αυξανόμενου γηράσκοντος πληθυσμού είναι επιβεβλημένη για την βιωσιμότητα του. (OECD, France Health Profile 2017)

2.5.4 ΑΕΠ και Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	35.103	2.859
2013	39.528	3.478
2016	42.854	4.024

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP(indicator)

Ο ρυθμός μεταβολής το διάστημα 2008-2013 κυμαίνεται στο 12,6% και μειώνεται αισθητά στο 8,41% στην περίοδο 2013-2016, δείχνοντας τα σημάδια της κρίσης να επιβάλλουν τους ρυθμούς τους στην οικονομική ανάπτυξη της Γαλλίας. Για τις κατά κεφαλήν δαπάνες τα έτη 2008-2013 ο ρυθμός μεταβολής έφτανε το 21% και το στο διάστημα 2013-2016 άγγιζε το 15%. Οι δαπάνες υγείας της Γαλλίας αυξανόντουσαν με μεγαλύτερους ρυθμούς από την οικονομία εκτός ενός διαστήματος μεταξύ του 1997-2000. Μάλιστα για να διαχειριστούν το χρέος έχουν θεσπίσει ένα διαχειριστικό εργαλείο το οποίο θέτει και ένα όριο στις υγειονομικές δαπάνες, το οποίο και κάθε

χρόνο ξεπερνιούνταν μέχρι και το 2010, που σταμάτησε να ορίζεται σαν μέτρο για την διαχείριση του κόστους καθώς τα μέτρα εντατικοποιήθηκαν. Από το 1996 έχει θεσπιστεί ένας φόρος για το χρέος κοινωνικής ασφάλισης που ανέρχεται στο 0.5% του εισοδήματος(WHO/Health System in transition,France 2015).

2.6 ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Με πληθυσμό 16,8 εκατομμύρια και με κατά κεφαλήν εισόδημα 29.333 δολάρια για το έτος 2017, οι κάτοικοι της Ολλανδίας αξιολογούν υψηλά το επίπεδο διαβίωσης στην χώρα και έχουν όλα αυτά τα χαρακτηριστικά (επίπεδο εκπαίδευσης, πρόληψη, εθνικό ακαθάριστο προϊόν, ποσοστό δημόσιων δαπανών για την υγεία) που μπορούν να υποστηρίξουν επάξια ένα πολυδύναμο υγειονομικό σύστημα.

2.6.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας-Υγειονομικό προφίλ

Το Ολλανδικό σύστημα είναι από τα ακριβότερα στον ΟΟΣΑ στις δαπάνες για την υγεία, 10,1% του Εθνικού Ακαθαρίστου Προϊόντος δαπανάται για την υγεία, αλλά είναι εξαιρετικά ανταποδοτικό, αφού οι πολίτες απολαμβάνουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας αλλά και μακροχρόνιας φροντίδας. Άλλωστε η Ολλανδία σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που έχει εκδώσει για το 2017 ο ΟΟΣΑ κατέχει από τις υψηλότερες θέσεις προσδόκιμου ζωής κατά την γέννηση με 81.6 χρόνια στο μέσο όρο το 2017, από 78.4 το 2008, αυξάνοντας το σε τρία χρόνια σε βάθος 10 ετών το μέσο όρο. Ο ρόλος του κράτους στην εθνική ασφάλιση είναι βασικός που μαζί με διάφορους οργανισμούς που έχουν δημιουργηθεί για να διασφαλίζουν κάποια κριτήρια, τον υγιή ανταγωνισμό, τις ελεγχόμενες τιμές, την ποιότητα των υπηρεσιών. Το 2006 είναι μια καθοριστική χρονιά για το σύστημα υγείας της Ολλανδίας. Μέχρι και εκείνη τη στιγμή το σύστημα υγείας βασίζεται στην δημόσια

κοινωνική ασφάλιση συνδυασμένη σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (συμπληρωματικά με τον ιδιωτικό τομέα.

Η αλλαγή του 2006 κατάφερε να περιστείλει τα έξοδα, καθώς πραγματοποιήθηκαν κάποιες συμφωνίες σε κάθε τομέα οι οποίες εξασφάλισαν κάποιες καλύτερες τιμές και μείωση των εξόδων. Ο τομέας που εκτόξευε τις συνολικές δαπάνες είναι εκείνος που συνδέεται με τις παροχές για μακροχρόνια φροντίδα, ωστόσο μια μεταρρύθμιση το 2015 μείωσε τις δαπάνες και έκανε την παροχή υπηρεσιών πιο εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική. Συνδυάστηκε μετακύλιση της ευθύνης τοπικά και ενδυνάμωση του ρόλου των νοσηλευτών σε κατ'οίκον δράση παρέχοντας μια πιο ολιστική υποστήριξη, και όλα αυτά παρεχόμενα μέσω των ασφαλιστικών προγραμμάτων.

Οι πολίτες πληρώνουν βάσει κοινωνικών κριτηρίων την ιδιωτική ασφάλιση τους με μεγάλες διευκολύνσεις (περίπου το 40% των ασφαλισμένων παίρνει επιδότηση για τις ασφαλιστικές εισφορές του). Υπάρχει δηλαδή ένα ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης βασισμένο σε κοινωνικούς όρους. Από το 2012 και μετά η περιστολή δαπανών για την υγεία εστιάστηκε στην μετακύλιση τους και στον ιδιωτικό τομέα, διατομεακές περικοπές προϋπολογισμών, μετατόπιση βαρύτητας σε άλλες μορφές περίθαλψης όπως κατ'οίκον νοσηλεία και ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

2.6.2 Καινοτόμες πολιτικές

Έχει επιτευχθεί επιστημονικός πλουραλισμός σε μια πολυεπίπεδη συνεργασία. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας οργανώνονται και προσφέρουν υπηρεσίες σε επίπεδο κέντρων υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί έχουν δημιουργήσει δυναμικές συνεργασίες με τους γενικούς ιατρούς κατά τόπους. Τα νέα δεδομένα έχουν δημιουργήσει νέα επαγγέλματα ή έχουν εξελίξει τα παλαιά, όπως η ενδυνάμωση του νοσηλευτή που μέσω ισχυρής εξειδίκευσης είναι αρμόδιος και για συνταγογράφηση. Η βαρύτητα που δίνεται στην διατήρηση υψηλής ποιότητας της

πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας φαίνεται άλλωστε και από τα χαμηλά ποσοστά νοσοκομειακών ημερών που συγκεντρώνει. Στο σύνολο των χωρών συμμετέχει με τις λιγότερες ημέρες παραμονής σε νοσοκομείο, στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ βρίσκεται στις χαμηλότερες θέσεις

2.6.3 Προκλήσεις

Η περιστολή των δαπανών σίγουρα βρίσκεται στους πρωταρχικούς στόχους του υγειονομικού πλάνου, καθώς εάν και αποτελεσματικό είναι πολυδάπανο. Από το 2008 μέχρι και το 2012 σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, υπάρχει μια αύξηση από 9,5% επί του ποσοστού του ΑΕΠ έως 10,9% το οποίο δαπανάται για την υγεία. Από το 2012 μέχρι και το 2017 παρατηρείται μια σχετική σταθερότητα, με μικρή μείωση η οποία φτάνει τελικά στο 10,043% του ΑΕΠ (OECD Netherlands: health profile 2017) .

2.6.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	46.419	3.620
2013	49.243	3.996
2016	52.284	4.073

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Στην Ολλανδία σημειώθηκε ρυθμός ποσοστιαίας εξέλιξης για το ΑΕΠ το 2008-2013 της τάξεως του 6,08% και της τετραετίας 2013-2016, 6,17%. Για τις δαπάνες υγείας αντίστοιχα χρονολογικά 10,38% και 1,92%. Η Ολλανδία είναι μια χώρα που είναι δαπανηρή σε ότι αφορά την υγεία. Η συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών προέρχεται κυρίως από τον δαπανηρό τομέα της μακροχρόνιας περίθαλψης. Κατά την διάρκεια της κρίσης τα έσοδα από τα ασφάλιστρα και τους φόρους μειώθηκαν κατά 20%, όμως το

άλυτο πρόβλημα της ανοδικής πορείας των δαπανών υγείας έγινε εντονότερο κατά την διάρκεια της κρίσης(WHO/Health System in transition,Netherlands 2017).

2.7 ΙΤΑΛΙΑ

Με πληθυσμό κοντά στα 60,4 εκατομμύρια και με 42,076 δολάρια ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος κατά κεφαλήν για το 2017 η Ιταλία του Νότου προσπαθεί σκληρά να ανταπεξέλθει στα σημάδια της οικονομικής κρίση, το ποσοστό της φτώχειας έχει ανέβει στο 13,4% μεγαλύτερο κατά 3 μονάδες από το 10,8% του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

2.7.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση είναι από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη και στον ΟΟΣΑ και αγγίζει τα 81 έτη το 2018 από 78,9 του μέσου όρου που σημειώθηκε το 2008. Οι Ιταλοί για το 2017 ξόδεψαν συνολικά 8,9% του ΑΕΠ για δαπάνες για την υγεία (δημόσιες και ιδιωτικές). Με την κρίση προ των πυλών οι Ιταλοί και με ισχυρούς περιορισμούς καταφέραν να διευρύνουν τις παροχές για υπηρεσίες υγείας και με ένα ισχυρό όραμα να επιτευχθεί αυτό ακόμα και στις πιο πτωχές περιοχές.

Το σύστημα υγείας στην Ιταλία βασίζεται καθαρά στην αποκέντρωση. Είναι ένα σύστημα τύπου Beveridge, με διάφορες παραλλαγές, συντηρείται κυρίως από την φορολογία και βασίζεται στην αρχή της αποκέντρωσης, Ο σχεδιασμός της κεντρικής διοίκησης ουσιαστικά διαιρεί και μοιράζει την εξουσία στις 19 περιοχές που ενώνονται σε δύο αυτόνομες επαρχίες. Κεντρική διοίκηση σαφώς και υφίσταται αφού είναι υπεύθυνη για το διαχειριστικό και οικονομικό κομμάτι, διανέμοντας και τον προϋπολογισμό που αναλογεί στον τομέα της υγείας. Από το κράτος επίσης

καθορίζεται και το ταβάνι των κοινωνικών εθνικών παροχών γνωστό και ως Essential Level of Care. Για την διαχείριση, κατανομή και παροχή των υπηρεσιών είναι υπεύθυνες οι κατά τόπους διοικητικές επαρχίες με τις αντίστοιχες υγειονομικές αρχές.

Οι περιφέρειες κινούνται σε με μεγάλη αυτονομία στην διοίκηση και από το 2016 και μετά πολλοί από τους δήμους έχουν συγχωνευθεί για να αυξήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να δημιουργήσουν υπέρ-νομούς. Σαφώς οι μεγάλες κοινωνικό-οικονομικές διαφορές μεταξύ των δήμων αποτυπώνονται και στην παροχή και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν. Στις πιο πτωχές περιοχές σημειώνονται εκπτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τίθενται και ζητήματα προσβασιμότητας σε σχέση με τις πλουσιότερες περιοχές του Βορρά.

2.7.2 Καινοτόμες πολιτικές

Το στοιχείο που χαρακτηρίζει το Ιταλικό σύστημα είναι η αποκέντρωση. Το Ιταλικό σύστημα στηρίζεται στην διοικητική αυτάρκεια ανά περιοχή, το οποίο εξασφαλίζει καλύτερο κοινωνικό και οικονομικό αποτέλεσμα αφού εξειδικευμένα για την κάθε περιοχή δημιουργείται ανάλογα με τις υγειονομικές ανάγκες και το υγειονομικό προφίλ, οπότε και δημιουργείται και ένα στοχευμένο πρόγραμμα στις ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής. Ο ενδυναμωμένος ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και του Γενικού Ιατρού διαφαίνεται έντονα και έχουν δοθεί οικονομικά κίνητρα για την συνεργασία των επαγγελματιών υγείας σε διασυλλογικό επιστημονικό επίπεδο προωθώντας μοντέλα ομαδικής άσκησης της ιατρικής.

2.7.3 Προκλήσεις

Η Ιταλία κλυδωνίστηκε από την οικονομική κρίση με σοβαρές επιπτώσεις και στο σύστημα υγείας. Η περιστολή των δαπανών είναι ένας από τους βασικούς στόχους τα τελευταία χρόνια καθώς και η εξομάλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων που

παρουσιάζονται στις 19 υγειονομικές περιφέρειες και είναι αρκετά έντονες. Το αντιεμβολιαστικό κίνημα και η μικροβιακή ανθεκτικότητα είναι δύο σύγχρονα προβλήματα τα οποία η κυβέρνηση καλείται να δώσει λύσεις καθώς εκτός από σοβαρές απειλές για την δημόσια υγεία, εκτινάσσουν και το κρατικό υγειονομικό κόστος αλλά και το ιδιωτικό (OECD Italy: Health Profile 2017).

2.7.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	35.274	2278
2013	36.068	2349
2016	39.918	2436

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Για την Ιταλία ο ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ για την περίοδο 2008-2013 ήταν στο 2,2% και με αυξητικές τάσεις της τάξεως του 10% στην περίοδο 2013-2016. Από την άλλη για τις δαπάνες υγείας έχουμε 3,1% για το 2008-2013 και αντίστοιχα για την περίοδο 2013-2016 στο 3,7%. Για την Ιταλία όπως και για τα περισσότερα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται σταθερά δημιουργώντας πειστικές τάσεις στις κυβερνήσεις. Ήδη από την αρχή της κρίσης έχουν διαμορφωθεί αυστηρότεροι έλεγχοι στις δαπάνες των περιφερειών και εφαρμόζονται ειδικά σχέδια οικονομικής ανάκαμψης και προσαρμογής (WHO/Health System in transition, Italy 2014).

2.8 ΑΥΣΤΡΙΑ

Με πληθυσμό 8,6 εκατομμύρια και με υψηλές τιμές κατά κεφαλήν ΑΕΠ στα 40,923 δολάρια με πολύ χαμηλό ρυθμό ανεργίας στα 5,7% σε σύγκριση με το μέσο όρο της

Ευρωπαϊκής Ένωσης ανήκει στις χώρες με οικονομική ευρωστία, που μπορούν να διαθέσουν σημαντικό ποσοστό πόρων για την υγεία.

2.8.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Η Αυστρία δαπανά το 10,3% του ΑΕΠ σε πόρους για την υγεία, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά του ΟΟΣΑ. Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση είναι από τα υψηλότερα και κινήθηκε αυξητικά τα 10 έτη της έρευνας. Το 2008 σημείωσε 80,4 έτη επιβίωσης συνολικά για άνδρες και γυναίκες και το 2016 έκλεισε στα 81,7 έτη, λίγο κάτω από την Ισπανία, την Ιταλία, τη Γαλλία και την Ολλανδία.

Το Αυστριακό σύστημα υγείας έχει μια περίπλοκη δομή η οποία βασίζεται στους διαχωρισμούς του κράτους, ως ομοσπονδία κρατιδίων οι οποίες με την σειρά τους χωρίζονται σε περιφέρειες. Οι αρμοδιότητες για την υγεία διαμοιράζονται ανάμεσα στην ομοσπονδία και στις περιφέρειες και μαζί και με τα έσοδα από τις κοινωνικές εισφορές αποτελούν τις πηγές χρηματοδότησης του συστήματος. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για την πλειονότητα των παροχών υγείας εκτός από την νοσοκομειακή φροντίδα. Ο κύριος όγκος της χρηματοδότησης προέρχεται από τις κοινωνικές εισφορές και η κάλυψη είναι καθολική.

2.8.2 Καινοτόμες πολιτικές

Το αξιοθαύμαστο χαρακτηριστικό στο σύστημα υγείας της Αυστρίας είναι πως έχει καταγεγραμμένο το χαμηλότερο ποσοστό μη ικανοποιούμενων αναγκών για υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτό το χαμηλό λοιπόν ποσοστό σημαίνει ουσιαστικά πως οι Αυστριακοί δεν συμβαίνει συχνά να αναστείλουν τις υγειονομικές ανάγκες τους για οικονομικούς, γεωγραφικούς λόγους ή να χαθούν σε ατέλειωτες ώρες αναμονής με αποτέλεσμα να εκτοξεύουν το ποσοστό προσβασιμότητας στις υπηρεσίες. η Αυστρία διαθέτει σε εθνικό επίπεδο την κάρτα υγείας του πολίτη (ELGA), η οποία με τα

στοιχεία που διαθέτει επιτρέπει στον ασθενή να κινηθεί στο σύστημα με ασφάλεια αφού φέρει όλο το ιστορικό του ασθενούς προς διάθεση του στους επαγγελματίες υγείας.

2.8.3 Προκλήσεις

Η έντονη χρήση νοσοκομειακής φροντίδας καταδεικνύει πως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χρειάζεται βελτίωση και ενδυνάμωση. Προς την επίτευξη αυτού του σκοπού έχουν προστεθεί οι πολιτικές υγείας για το κάπνισμα, τους εμβολιασμούς και την διατροφή. Ακόμη ένα στοιχείο που μπορεί να δημιουργήσει προϋποθέσεις για ανισότητες, είναι τα στάσιμα ποσοστά συμβεβλημένων με το σύστημα ιατρών, καθώς οι υγειονομικές ανάγκες θα αυξάνονται οι πολίτες θα αναζητούν για την κάλυψη τους ιδιώτες. Οπότε μόνο οι έχοντες θα μπορούν και να τις καλύψουν (OECD, Austria: Health Profile 2017).

2.8.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	41.316	3.005
2013	47.937	3.528
2016	52.614	3.794

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Από το 2008 μέχρι και το 2013 η ποσοστιαία μεταβολή για το ΑΕΠ της Αυστρίας είναι στο 2,2% επηρεαζόμενη από την οικονομική κρίση και μεγάλη αύξηση 10% στην περίοδο του 2013-2016. Στον δείκτη των δημοσίων δαπανών υγείας για τις ίδιες περιόδους έχουμε 3,1% και 3,7% αντίστοιχα. Το διάστημα μεταξύ 2000 και 2015 ο

ετήσιος ρυθμός μεταβολής δαπανών υγείας είναι μεγαλύτερος από τον ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ. Υπάρχουν βέβαια μειώσεις στην μεταβολή ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και της επιβολής μέτρων ελέγχου του κόστους (WHO/Health System in transition, Austria 2018).

2.9 ROYMANIA

Με πληθυσμό κοντά στα είκοσι εκατομμύρια, και ΑΕΠ που φτάνει τις 18.299 δολάρια κατά κεφαλήν η Ρουμανία είναι μια χώρα με εμφανή κοινωνικά προβλήματα, το ποσοστό της φτώχειας φτάνει το 20% του πληθυσμού.

2.9.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Εάν και τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης και πάλι εξακολουθεί να βρίσκεται χαμηλά συγκριτικά με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όσο για τα έξοδα που προορίζονται για την υγεία, κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά επίπεδα με 814 ευρώ κατά κεφαλήν έξοδα για την υγεία, το χαμηλότερο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση και το ένα τρίτο του μέσου όρου της.

Το σύστημα υγείας στην Ρουμανία είναι συγκεντρωτικό και χρησιμοποιεί τις τοπικές αρχές μόνο για διάθεση των υπηρεσιών, οι αποφάσεις λαμβάνονται από την κορυφή και προς τα κάτω. Από το 2010 και μετά το ποσοστό που δαπανάται για την υγεία μειώνεται σταθερά επηρεασμένο και από την πολιτική και οικονομική αστάθεια που διέπει την χώρα. Παρ' αυτά σχεδόν το 80% των δαπανών είναι κρατικό, με ένα υψηλό ποσοστό απευθείας πληρωμών-το υψηλότερο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η ανάγκη για μεγαλύτερη οργάνωση είναι έκδηλη. Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει τις διαγνωστικές κατηγορίες ασθενών, αμοιβή κατά κεφαλήν και το gatekeeping, παρ' όλα

αυτά όμως δεν υπάρχουν έγκυρα στοιχεία για τους ασθενείς έτσι ώστε να χαραχθεί μια πολιτική υγείας βασισμένη σε ερευνητικά τεκμήρια. Το παράδοξο με τα δεδομένα συνεχίζεται στην Ρουμανική πραγματικότητα όπου 3-4 εκατομμύρια πολιτών ενώ είναι εγγεγραμμένοι στο ασφαλιστικό σύστημα δεν βρίσκονται στην χώρα αλλά στο εξωτερικό, αυτό και μόνο το στοιχείο δείχνει την μη συμβατότητα δεδομένων και πραγματικότητας.

2.9.2 Καινοτόμες πολιτικές

Το σύστημα της Ρουμανίας εάν και έχει εγκαθιδρύσει και λειτουργεί με κάποιες πολιτικές συγκράτησης κόστους όπως το gatekeeping και το capitation (προπληρωμή υπηρεσιών) δεν είναι δυνατόν να λειτουργήσουν με ορθότητα διότι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες προϋποθέτουν ισχυρές βάσεις δεδομένων και διοικητική δομή.

2.9.3 Προκλήσεις

Η κοινωνικό-πολιτική αστάθεια που επικρατεί στην χώρα έχει περάσει πρόδηλα και στον υγειονομικό ιστό. Τα προβλήματα στην χώρα ξεκινούν από βασικές ελλείψεις όπως είναι το χαμηλό ποσοστό επαγγελματιών υγείας, τις καταστροφικές συνήθειες των Ρουμάνων που επιβαρύνουν την υγεία (κάπνισμα, αλκοόλ, πολυθερμιδική κακής ποιότητας διατροφή), την μικροβιακή αντοχή, τις σοβαρές ανισότητες στην πρόσβαση, την ασυνέχεια μεταξύ των βαθμίδων περίθαλψης, τις παράνομες πληρωμές και την αναξιόπιστη βάση δεδομένων. Η Ρουμανία φαίνεται πως έχει να διανύσει δρόμο για ποιοτικότερη υγειονομική περίθαλψη, ξεκινώντας ουσιαστικές παρεμβάσεις στις βασικές υπηρεσίες της υγειονομικής πυραμίδας (OECD,Romania: Health Profile 2017).

2.9.4 ΑΕΠ και Δημόσια Δαπάνη Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ κκ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ κκ
2008	16.782	679
2013	19.792	821
2016	24.331	963

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Για τα έτη 2008-2013 υπάρχει ρυθμός μεταβολής για το ΑΕΠ της χώρας στο 17,9% και των ετών 2013-2016, αυξανόμενος στις 22,9 ποσοστιαίες μονάδες. Ο ρυθμός εξέλιξης των δαπανών υγείας είναι για το διάστημα 2008-2013 στο 20,9% και μειωμένος στο 17,2% για το 2013-2016. Οι δαπάνες για την υγεία στην Ρουμανία βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με το γενικότερο πλαίσιο των οικονομικών σε μια φθίνουσα πορεία. Σε αυτό συνέβαλε πέραν της οικονομικής κρίσης και η πολιτική αστάθεια της χώρας(WHO/Health System in transition,Romania 2016).

2.10 ΠΟΛΩΝΙΑ

Ο πληθυσμός της αγγίζει τα τριάντα οκτώ εκατομμύρια και το ΑΕΠ βρίσκεται στα 22.180 δολάρια κατά κεφαλήν, αρκετά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο δείκτης ανεργίας ανέρχεται σε ποσοστό χαμηλό 7,5%, μικρότερο από εκείνο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και με ένα ποσοστό φτώχειας στο 10% η Πολωνία θεωρείται μια υπό ανάπτυξη χώρα που χρήζει σίγουρα βελτίωσης των κοινωνικών δομών της.

2.10.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Το ποσοστό του ΑΕΠ που χρησιμοποιείται για την υγεία είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το 2008 αντιπροσώπευε το 6,373% του ΑΕΠ ενώ δέκα έτη μετά αντιπροσώπευε το 6,288% του ΑΕΠ το οποίο υποδηλώνει και την ανάγκη για

μεγαλύτερη επένδυση στον τομέα της υγείας. Κινούμενη σε αυτή τη λογική η Πολωνία θα λάβει 3 δισεκατομμύρια ευρώ σε διάστημα 6 ετών(2014-2020) από το Ταμείο Επενδύσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χρηματοδότηση η οποία θα ενισχύσει σημαντικά τον χώρο.

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η Πολωνία έχει βελτιώσει τους δείκτες υγείας της στα δέκα έτη της μελέτης. Το προσδόκιμο αυξήθηκε σχεδόν τέσσερα χρόνια από το 2000 μέχρι το 2015 αλλά συνεχίζει όμως να βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, το ποσοστό δαπανών για την υγεία είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 2015 αντιπροσώπευε το 6,1% του ΑΕΠ, με τις απευθείας πληρωμές να καταλαμβάνουν το 22% επί του συνολικού ποσοστού των δαπανών για την υγεία. Ποσοστό το οποίο εγείρει ερωτηματικά ως προς την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών.

Το Πολωνικό σύστημα υγείας έχει δοκιμαστεί με διάφορες αλλαγές διαχρονικά. Το 2004 επαναπροσδιόρισε τα τότε δεδομένα με την δημιουργία ενιαίου φορέα ασφάλισης επιφορτισμένου με την ιδιότητα του γενικού παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών. Το σύστημα βέβαια οργανώνεται υπό κρατική και περιφερειακή συνεργασία . Σε αυτή την συνεργία έρχονται να προστεθούν σε εθνικό επίπεδο, τα ινστιτούτα και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που προσφέρουν σε ένα πιο εξειδικευμένο επίπεδο τις υπηρεσίες τους. Η κάλυψη του πληθυσμού της Πολωνίας είναι υποχρεωτική, με μεγαλύτερη ευαισθησία σε ομάδες πληθυσμού που χρήζουν ευνοϊκότερης μεταχείρισης (όπως παιδιά, άτομα με ψυχικές διαταραχές, οροθετικούς κ.λ.π.). Η αντίφαση της καθολικής κάλυψης από την μια, με την υπό-χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας από την άλλη, σκιαγραφεί ένα υγειονομικό προφίλ με ελλείψεις και καθυστερήσεις. Το 70% του συνολικού ποσοστού των δαπανών είναι από δημόσιες πηγές και οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν το 23% επί του συνόλου. Ένα 15% αυτού

του ποσοστού αποτελεί και η φαρμακευτική δαπάνη η οποία δεν καλύπτεται από την ασφάλιση παρά μόνο σε ένα μικρό ποσοστό.

2.10.2 Καινοτόμες πολιτικές

Το 2016 ψηφίστηκε από την Πολωνική κυβέρνηση και από το υπουργείο Υγείας ένα φιλόδοξο σχέδιο για την βελτίωση των δομών της υγείας της χώρας. Στο συγκεκριμένο σχέδιο περιλαμβάνεται η αύξηση των δημόσιων δαπανών 40% για την υγεία σε ένα χρονικό εύρος έξι ετών με σκοπό την βελτίωση των υγειονομικών αποτελεσμάτων.

Η θαρραλέα κίνηση αυτού του πλάνου ήταν η αλλαγή των πηγών χρηματοδότησης από το Ταμείο για την Υγεία σε ένα σύστημα χρηματοδοτούμενο από φόρους και ελεγχόμενο από το κράτος με σφαιρικούς προϋπολογισμούς και σχεδιαστικά πλάνα τα οποία θα είναι βασισμένα στις πραγματικές υγειονομικές ανάγκες της χώρα. Άμεση δημιουργία ομάδων από επαγγελματίες υγείας όλων των κατηγοριών οι οποίοι θα ενδυναμώνουν τον πρωτοβάθμιο τομέα και θα βοηθούν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας να κινούνται με ακρίβεια στο σύστημα

2.10.3 Προκλήσεις

Πέραν της ενίσχυσης του οικονομικού τομέα στην υγεία, υπάρχουν διάφορα ζητήματα τα οποία ταλανίζουν το σύστημα όπως οι απευθείας ιδιωτικές πληρωμές που φθάνουν σύμφωνα με τα στατιστικά στο 1/5 της συνολικής δαπάνης της υγείας. Επίσης οι μη εκφρασμένες ανάγκες υγείας είναι οι υψηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση με την Πολωνία να καταδεικνύει το πρόβλημα που εντοπίζεται στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Η προσπάθεια συνεργασίας ενός αποκεντρωμένου συστήματος το οποίο όμως να διατηρεί και τα χαρακτηριστικά τοπικής διοίκησης είναι το ιδανικό ζητούμενο. Μεγάλη επίσης προσπάθεια καταβάλλεται μέσω του προγράμματος που εκπονείται για την περίοδο το οποίο μεταξύ και άλλων προωθεί και την αλλαγή των συνηθειών που

σχετίζονται με κακή υγεία(διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ) που οι Πολωνοί έχουν σε αυξημένο βαθμό. Επίσης η Πολωνία συνδυάζει το χαμηλότερο ποσοστό ιατρών και νοσηλευτριών μαζί με ένα υψηλό ποσοστό νοσοκομειακών ημερών, το οποίο υποδεικνύει την μεγάλη ανάγκη για στροφή του συστήματος σε ένα πιο ασφαλές-οικονομικά και υγειονομικά- πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας (OECD, Poland: Health Profile 2017).

2.10.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	18.315	876
2013	24.423	1180
2016	27.947	1338

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Για την πρώτη χρονική περίοδο που εξετάζουμε μεταξύ 2008-2013 ο ρυθμός μεταβολής ΑΕΠ για την Πολωνία είναι 33,3% ενώ για την περίοδο 2013-2016 σημειώνεται κατακόρυφη πτώση 14,4% ως αποτέλεσμα της γενικευμένης οικονομικής κρίσης. Στις ίδιες διακυμάνσεις εμπίπτει και ο ρυθμός μεταβολής των δημοσίων δαπανών υγείας, 34,7% για την περίοδο 2008-2013 και πολύ χαμηλότερα το διάστημα 2013-2016 στο 13.3%. Παρόλη την σχετική αύξηση των δαπανών υγείας η Πολωνία παραμένει στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την χαμηλότερη δημόσια και μη, δαπάνη υγείας κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου για την αποτελεσματικότητα και την βιωσιμότητα του συστήματος(WHO/Health System in transition,Poland 2019).

2.11 Πορτογαλία

Με πληθυσμό 10 εκατομμύρια και με ρυθμό φτώχειας και ανεργίας άνω του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (13,8% και 12,2% έναντι 10,8% και 9,4%), η Πορτογαλία δείχνει εν μέσω κρίσης τις συνεχώς αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες της. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ κυμαίνεται στα 24.398 δολάρια.

2.11.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Την τελευταία δεκαετία οι δείκτες υγείας του προσδόκιμου έχουν βελτιωθεί αισθητά, και βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρόλες τις περικοπές που έχουν γίνει τα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το 2008 η Πορτογαλία σημειώνει προσδόκιμο επιβίωσης 79,50 έτη και το 2017 81,50 έτη, δύο έτη έχουν κερδηθεί στο προσδόκιμο κατά την γέννηση στην δύσκολη δεκαετία της κρίσης, παρά τις αντιξοότητες.

Για το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας δαπανήθηκαν το 2008 το 9,35% του ΑΕΠ και το 2018 το 9,10% μετά από κάποιες διακυμάνσεις κατά την πορεία της δεκαετίας. Αρκετά χαμηλότερα από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στα πλαίσια συγκράτησης του προϋπολογισμού εν μέσω κρίσης, που έβαλε φρένο στις αυξητικές τάσεις του ποσού για την υγεία. Τα έσοδα του συστήματος προέρχονται βασικά από την φορολογία. Το σύστημα αποτελείται από υποσυστήματα ιδιωτικού και δημοσίου χαρακτήρα. Όλοι οι πολίτες καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα, ασχέτως της οικονομικής κατάστασης και οι υπηρεσίες σχεδόν παρέχονται χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Συμπληρωματικά, υπάρχουν ασφαλιστικά υποσυστήματα τα οποία καλύπτουν συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες δημόσιες ή ιδιωτικές. Ο ιδιωτικός τομέας ασφάλισης υπάρχει για να διασφαλίζει εξειδικευμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης. Από πλευράς οργάνωσης το σύστημα βρίσκεται υπό την

εποπτεία του υπουργείου Υγείας, διαιρεμένο σε πέντε μεγάλες περιφέρειες, οι οποίες διατηρούν την οικονομική αυτονομία τους στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

2.11.2 Καινοτόμες πολιτικές

Στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης η Πορτογαλία, προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και μειώνει και τον προϋπολογισμό για την υγεία. Πέρα των διαχειριστικών θεμάτων που καλείται να επιλύσει και να βελτιώσει στο σύστημα (απευθείας πληρωμές, μικροβιακή αντοχή, ανισότητες στην πρόσβαση) εάν κάποιος παρατηρήσει το προσδόκιμο επιβίωσης, παρουσιάζει συνεχώς αυξητικές τάσεις. Αυτό θα μπορούσε να εγείρει ερωτηματικά ως προς το εάν τα ακριβά συστήματα υγείας έχουν και την καλύτερη απόδοση ή κρίση γεννά τελικά ευκαιρίες για κάθαρση και ανακατανομή των οικονομικών πόρων. Το Πορτογαλικό σύστημα υγείας πάντως καταφέρνει να είναι περισσότερο αποδοτικό με λιγότερο κόστος.

2.11.3 Προκλήσεις

Η Πορτογαλία επενδύει συνεχώς σε πολιτικές εκπαίδευσης του πληθυσμού, οι επικίνδυνοι παράγοντες συμπεριφοράς και οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας συνεχίζουν να βρίσκονται πολύ υψηλά στην λίστα με τους παθογόνους παράγοντες που σχετίζονται με κακή υγείας, τα αυξανόμενα ποσοστά παχυσαρκίας και ο καθιστικός τρόπος ζωής συνεχίζουν να προβληματίζουν. Οικονομική σταθερότητα, μεγαλύτερη διαφάνεια στις διαδικασίες, ποιότητα και ασφάλεια είναι τα ζητούμενα από τις επιπτώσεις της κρίσης κάτι που θα επιταχύνει την οικονομική εξυγίανση (OECD, Portugal:Health Profile 2017).

2.11.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	26.666	1.631
2013	27.936	1.617
2016	31.604	1.768

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Για την περίοδο 2008-2013 μικρή μεταβολή του ΑΕΠ σημειώθηκε στην χώρα της τάξεως του 4,76% και το διάστημα 2013-2016 13,1% παρουσιάζοντας σημαντική αύξηση. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην μεταβολή των δαπανών για την υγεία το διάστημα των πρώτων ετών της κρίσης, παρουσιάζεται αρνητική μεταβολή της τάξεως του -0,85% και στο επόμενο διάστημα 2013-2016 υπάρχει θετική μεταβολή 9,3%. Η λιτότητα που προκάλεσε η οικονομική κρίση διαφαίνεται πολύ έντονα στην Πορτογαλία όπου η μείωση των δαπανών για την υγεία ήταν εμφανώς μεγάλη συγκριτικά και με άλλες χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο όπου και σε αυτές σημειώθηκαν μειώσεις. Ακόμη και εάν η Πορτογαλία διαθέτει γενναιόδωρο ποσοστό του ΑΕΠ ακόμη και μετά τις ρυθμίσεις για την κρίση στις κατά κεφαλήν γενικές και δημόσιες δαπάνες παραμένει αρκετά χαμηλά.

2.12 ΙΣΠΑΝΙΑ

Ο πληθυσμός της Ισπανίας φτάνει τα 46,5 εκατομμύρια. Ο ρυθμός ανεργίας ξεπερνά το 22% του πληθυσμού και είναι υπερδιπλάσιος από το μέσο όρο της Ε.Ε. Στους ίδιους ρυθμούς κινείται και το ποσοστό φτώχειας το οποίο σκαρφλώνει στο 16% έναντι του 10,8% της Ε.Ε. Φαίνεται πως η κρίση επηρέασε αρκετά τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες της χώρας.

2.12.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Η Ισπανία κατέχει την δεύτερη υψηλότερη θέση στο προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων κατά τη γέννηση τους ανάμεσα σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ και την πρώτη ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης. Από το 2008 μέχρι και το 2018 ακολούθησε μια σταθερά ανοδική πορεία(από τα 81,5 έτη έφτασε 83,4 έτη). Εμφανώς προδομένη από την οικονομική κρίση το 2008 η Ισπανία ξοδεύει το 8,984% του ΑΕΠ. Στα επόμενα έτη έχει μια σταθερή αύξηση για τις χρονιές του 2010-2015, που ανεβαίνει πάνω του 9% και καταλήγει το 2018 σε ποσοστό χαμηλότερο κατά την εκκίνηση της κρίσης, 8,860% του ΑΕΠ.

Ο συνδυασμός υψηλού προσδόκιμου ζωής με χαμηλές γεννήσεις έχει οδηγήσει σε έναν γερασμένο πληθυσμό με υψηλές υγειονομικές ανάγκες.

Το σύστημα υγείας της Ισπανίας χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας και είναι στηριγμένο στην αποκεντρωτική λογική υπό της Εθνικής καθοδήγησης. Είναι χωρισμένο σε 17 δήμους, οι οποίοι διοικούνται ξεχωριστά από το δικό τους 'Υπουργείο', το οποίο είναι υπεύθυνο για την διαχείριση και διανομή των υπηρεσιών εντός των συνόρων των κοινοτήτων. Το Υπουργείο Υγείας Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας της Ισπανίας έχει το ρόλο περισσότερο του συντονιστή αλλά και ελεγκτή του συστήματος και επεμβαίνει με στρατηγικές μόνο σε συγκεκριμένα πεδία.

2.12.2 Καινοτόμες Πολιτικές

Για την μεγιστοποίηση της ποιότητας της συνεργασίας έχει δημιουργηθεί ένα όργανο (NHS Interterritorial Council) που είναι υπεύθυνο να συντονίζει τις κινήσεις μεταξύ του Υπουργείου και των επί μέρους περιφερειών, να χειρίζεται επείγουσες καταστάσεις σε Εθνικό επίπεδο και να προβλέπει τις επιπτώσεις των νέων νόμων σε επίπεδο περιφερειών

2.12.3 Προκλήσεις

Η Ισπανία όπως και οι περισσότερες χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση, η οποία συρρίκνωσε έντονα το ποσοστό που προορίζονταν για την υγεία. Μέσω ενός φιλόδοξου χρηματοδοτικού προγράμματος (2014-2020) κατά την διάρκεια του οποίου θα δοθούν 400 εκατομμύρια από το Ευρωπαϊκό ταμείο επενδύσεων στην κυβέρνηση αποκλειστικά για να επενδυθούν στον χώρο της υγείας. Επίσης οι προβλέψεις για αύξηση του ΑΕΠ στα επόμενα χρόνια, σε μια προσπάθεια ανοικοδόμησης του κράτους από τις επιπτώσεις της κρίσης, μόνο θετικά μπορεί να προσμετρηθεί αφού κάτι τέτοιο, αυτόματα θα αυξήσει και το ποσοστό που αναλογεί στο Σύστημα Υγείας της χώρας (OECD, Spain Health Profile 2017).

2.12.4 ΑΕΠ και Δημόσια Δαπάνη Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	46.419	1.957
2013	44.601	1.962
2016	52.284	2.207

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP (indicator)

Ενδιαφέροντα και τα αποτελέσματα της Ισπανίας για τον ρυθμό μεταβολή της καθώς στο διάστημα 2008-2013 επέδειξε αρνητικό ρυθμό μεταβολής για το ΑΕΠ της -3,9% και κατά τα έτη 2013-2016 θετική μεταβολή κατά 17,2%. Στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία πολύ μικρή μεταβολή της τάξεως του 0,25 για τα έτη 2008-2013 και 12,48% στο 2013-2016. Η οικονομική κρίση οδήγησε σε αύξηση των δημοσίων χρεών και σε υιοθέτηση μέτρων περιστολής των δημοσίων δαπανών μειώνοντας και το ποσοστό που

προοριζόταν για την υγεία. Η έντονη μείωση των δημόσιων δαπανών ανέβασε τα ποσοστά της ιδιωτικής δαπάνης με το ποσοστό απευθείας πληρωμών να αυξάνεται ραγδαία(WHO/Health System in transition,Spain 2018).

2.13. ΚΥΠΡΟΣ

Με 848.000 κατοίκους η Κύπρος καταγράφει υψηλότερο ποσοστό ανεργίας από το μέσο όρο της Ε.Ε. (15% έναντι 9,4%) σημειώνοντας βέβαια χαμηλότερο ποσοστό φτώχειας 9,0% από το αντίστοιχο 10,8% της ΕΕ. Η Κύπρος δείχνει να κλυδωνίστηκε σοβαρά από την μάστιγα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης αλλά δείχνει να το ξεπερνά. Το κομμάτι της δημόσιας υγείας φαίνεται να προβληματίζει σοβαρά το κράτος το οποίο τα τελευταία χρόνια φαίνεται να συγκλίνει σε συντονισμένες προσπάθειες σχεδιασμού ενός κεντρικού υγειονομικού ιστού.

2.13.1 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ

Η Κύπρος τοποθετείται στις υψηλότερες θέσεις προσδόκιμου ζωής κατά την γέννηση και με υψηλή αυτό-αναφορά σε πολύ καλή υγεία, πολύ πιο πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ.

Ο τρόπος ζωής και οι καλές συνήθειες των Κυπρίων αποδίδουν το υψηλό προσδόκιμο απέναντι σε ένα σύστημα υγείας που διαχρονικά δοκιμάζεται για τα αποτελέσματα, την προσβασιμότητα την ποιότητα των υπηρεσιών και το δημόσιο του χαρακτήρα του.

Ο υγειονομικός τομέας της Κύπρου χαρακτηρίζεται από μια μη συντονισμένη προσπάθεια να λειτουργήσει ο δημόσιος με τον ιδιωτικό τομέα παράλληλα. Το

αποτέλεσμα είναι οι υπηρεσίες να χρηματοδοτούνται απευθείας από το Υπουργείο Παιδείας και οι προμηθευτές να είναι κυρίως μισθωτοί(δημόσιοι υπάλληλοι). Όπως είναι φυσικό ο ιδιωτικός τομέας με έμφαση στις απευθείας πληρωμές να έχει ανθίσει και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται εκεί.

Το σύστημα υγείας της Κύπρου εάν και αναφέρεται ως 'Δημόσιου' χαρακτήρα δεν καλύπτει όλο τον πληθυσμό. Από το 2013 και μετά στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης τα κριτήρια για την κοινωνικής ασφάλιση έχουν γίνει αυστηρότερα. Η Κύπρος έχει το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ πληθυσμού που δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση (25%). Οι μη ασφαλισμένοι πληρώνουν κόμιστρα τα οποία έχει καθορίσει το Υπουργείο Υγείας, οι περισσότεροι πάντως προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα.

Η πενιχρή δημόσια χρηματοδότηση του τομέα της υγείας είναι από τα κυριότερα προβλήματα υπολειτουργίας του τομέα. Τα λίγα χρήματα που δαπανώνται για την υγεία δεν μπορούν να υποστηρίξουν ένα ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα υγείας.

2.13.2 Καινοτόμες Πολιτικές

Από τα 1990 είναι πρόδηλη η ανάγκη για την δημιουργία ενός Δημόσιου Συστήματος Υγείας. Ύστερα από πολύχρονη συζήτηση και διαπραγμάτευση, ψηφίστηκε το 2017 το νομοσχέδιο από την Βουλή για την Υγεία. Το πρόγραμμα αναμένεται να ολοκληρωθεί μέχρι το 2020. Θα είναι μια συνεργασία του Δημόσιου με τον Ιδιωτικό τομέα. Όλο το σύστημα θα συντονίζεται υπό την αιγίδα ενός Δημόσιου ασφαλιστικού Οργανισμού, έναν κεντρικό κρατικό φορέα παροχής υπηρεσιών που θα συνεργάζεται με ιδιώτες παρόχους οι οποίοι μέσω διαγωνισμών θα διεκδικούν την συνεργασία με το κράτος. Η συνύπαρξη ιδιωτικού και δημοσίου τομέα στην Κύπρο δεν είναι κάτι νέο, αλλά πλέον θεσμοθετείται και οργανώνεται υπό την εποπτεία του κράτους, στα πλαίσια του υγιούς ανταγωνισμού.

2.13.3 Προκλήσεις

Η έλλειψη δεδομένων δυσχεραίνει εξαιρετικά το έργο του σχεδιασμού του συστήματος, καθώς τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει ή να βελτιωθεί εάν πρωτίστως δεν μετρηθεί. Τα δεδομένα για τον δημόσιο τομέα της υγείας είναι ελλιπέστατα και για τον ιδιωτικό τομέα ανύπαρκτα. Η υποχρηματοδότηση αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που έχει να επιλύσει το Κυπριακό κράτος εάν θέλει να αναμορφώσει το Σύστημα Υγείας. Σε διαφορετική κλίμακα υπάρχουν σύγχρονα ζητήματα τα οποία ταλανίζουν τον τομέα της υγείας της Κύπρου όπως η πολιτική για την μικροβιακή αντοχή και η ενίσχυση της προσβασιμότητας των κατοίκων στις υπηρεσίες (OECD, Cyprus:Health Profile 2017).

2.13.4 ΑΕΠ και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	34.830	856
2013	30.375	929
2016	35.609	922

OECD (2008,2013,2016), Health spending (indicator), GDP(indicator)

Και στην Κύπρο οι μεταβολές για το ΑΕΠ ήταν έντονες στο διάστημα 2008 με 2013 η ποσοστιαία μεταβολή ήταν αρνητική στο -12,7% ενώ στο 2013-2016 φτάνει το 17,2%. Ως επακόλουθο της οικονομικής κρίσης και οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία επηρεάζονται αφού μεταξύ των ετών 2008-2013 ανεβαίνει στο 8,52% ο ρυθμός μεταβολής και κατακρημνίζεται στο -0,75 για τα έτη 2013-2016. Η οικονομική κρίση φαίνεται να επηρεάζει σοβαρά την άλλοτε ισχυρή οικονομία της Κύπρου ειδικά στα πρώτα έτη της. Το και κατά το παρελθόν πρόβλημα της με τις δαπάνες υγείας το οποίο

αποτελεί μέρος του γενικότερης ασταθούς κατάστασης με το δημόσιο Σύστημα Υγείας της Κύπρου απλά επιδεινώθηκε κατά την κρίση (WHO/Health System in transition,Cyprus 2012).

2.14 ΕΛΛΑΔΑ

Με πληθυσμό λίγο πάνω από τα 10 εκατομμύρια και με τις χειρότερες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες πολλών δεκαετιών (15% φτώχεια και 25% ανεργία), η μικρή αυτή χώρα του Ευρωπαϊκού Νότου δοκιμάστηκε με σφοδρότητα από την οικονομική κρίση, με φανερά σημάδια και στον υγειονομικό τομέα.

2.14.1 Χαρακτηριστικά Εθνικού Συστήματος Υγείας- Υγειονομικό προφίλ.

Η Ελλάδα κατατάσσεται στις υψηλότερες θέσεις προσδόκιμου ζωής, σε μια σταθερά αυξητική τάση από το 2008 μέχρι και το 2018 (80,3 -81,4 έτη) ακόμη και σε έτη κρίσης, ελαφρά πάνω του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο οικονομικό κομμάτι τώρα το 2008 η Ελλάδα ξόδευε το 9,383% του ΑΕΠ στην Υγεία, το 2018 το ποσοστό κατακρημνίστηκε στο 7,846%, η οικονομική κάθοδος του ποσοστού είναι χαρακτηριστικό της άσχημης οικονομικής κατάστασης στην οποία έχει μεταβεί η Ελλάδα εξαιτίας της κρίσης την τελευταία δεκαετία

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι ένας συνδυασμός Κοινωνικής Ασφάλισης αλλά και κρατικής χρηματοδότησης με ένα τρομερά- για το δημόσιο χαρακτήρα του- υψηλό ποσοστό απευθείας πληρωμών στο σύνολο του ποσοστού των δαπανών για την υγεία.

Η Ελλάδα λόγω δυσχερειών μπήκε στο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα για την οικονομική προσαρμογή το οποίο επανακαθόρισε βίαια το σύστημα υγείας και τους στόχους στην

Ελλάδα. Πολλές αλλαγές πήραν μέρος σε αυτή την διαδικασία, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία κατακρημνίστηκαν, και η κάλυψη (για την βασική δεσμίδα παροχών) έγινε καθολική ακόμη και για τους ανέργους ,οι οποίοι λόγω κρίσης αυξήθηκαν επικίνδυνα για ένα σύστημα το οποίο στηρίζεται και σε εισφορές εργασίας. Η κατάργηση των κατακερματισμένων ασφαλιστικών ταμείων και η σύμπτυξή τους σε έναν ενιαίο ασφαλιστικό Οργανισμό- πάροχο υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε μια αλλαγή-ορόσημο στην ιστορία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ιδρύθηκε το 2011 για να βάλει τέλος στα ταμεία δύο ταχυτήτων του παρελθόντος. Η φιλοσοφία δημιουργίας του Οργανισμού αυτού είναι να βρίσκονται όλοι οι ασφαλισμένοι κάτω από την μέριμνα ενός Υπέρ-ταμείου-ο ο βασικός πάροχος Υπηρεσιών Υγείας ο οποίος συνεργάζεται και με τον ιδιωτικό τομέα μέσω συμβάσεων. Παρ 'ότι το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία πάντα ήταν χαμηλότερο από το ποσοστό της Ε.Ε. η κρίση επέβαλε τους σκληρούς ρυθμούς της. Ο τομέας της υγείας ζημιώθηκε, μέσω της γενικότερης προσπάθειας για μείωση των δημόσιων δαπανών. Οι αυξημένες ανάγκες των πολιτών για υπηρεσίες υγείας συναντούν τις ανάγκες των προσφύγων που η Ελλάδα υποδέχεται για φιλοξενία, περίπου 870.000 αφίξεις προσφύγων έχουν φιλοξενηθεί σε δομές το 2015, εκτοξεύοντας την ανάγκη και για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

2.14.2 Καινοτόμες Πολιτικές

Η ανάγκη για πρόληψη της ασθένειας και όχι την αντιμετώπιση της, ως σύγχρονης φιλοσοφίας στην πολιτική Υγείας έχει ξεκινήσει και τον διάλογο στην Ελλάδα για την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ήδη το 2017 δημιουργήθηκε και κατατέθηκε το νεότερο πρόγραμμα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που σε μια διευρυμένη εκδοχή του περιλαμβάνει και την προσθήκη του Γενικού Ιατρού ως

διαχειριστή του συστήματος, δίνοντας τις σωστές κατευθύνσεις για το πώς θα κινηθεί στο σύστημα. Ο ασθενής θα διαχειρίζεται από την τοπική κλινική που θα υπάγεται από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα του παρέχουν υπηρεσίες βάσει του ιατρικού ιστορικού. Με τον τρόπο αυτό θα δίνεται μια λύση στην συγκεντρωτικότητα που χαρακτηρίζει το σύστημα στην Ελλάδα και παρουσιάζεται μια ευκαιρία για ουσιαστική συνεργασία των τοπικών υγειονομικών αρχών και της κεντρικής διοίκησης.

2.14.3 Προκλήσεις

Σε ένα ήδη φορτωμένο με διαχειριστικά και οικονομικά προβλήματα Σύστημα Υγείας έρχεται να προστεθεί και αυτό της οικονομικής κρίσης. Το ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία μειώθηκε άρδην, με αποτέλεσμα να αμφισβητείται η ποιότητα και η ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το σύστημα Υγείας έχει υψηλές ιδιωτικές δαπάνες (απευθείας πληρωμές νοικοκυριών) οι οποίες όμως δεν συνάδουν με το Δημόσιο του χαρακτήρα (έχει διπλάσιο ποσοστό του μέσου όρου της ΕΕ). Ένα ολοκληρωμένο δημόσιο Σύστημα Υγείας με αποτελεσματικότητα κρατά τις απευθείας πληρωμές των νοικοκυριών σε χαμηλά ποσοστά και αυτό θα πρέπει να παρέχει στους πολίτες την ασφάλεια μιας διαπραγματευμένης τιμής των υπηρεσιών.

Μεγάλο μέρος των επαγγελματιών υγείας μετανάστευσε στο εξωτερικό, αφού από το 2010 έχουν παγώσει οι προσλήψεις προσωπικού στο σύστημα εντείνοντας έτσι το πρόβλημα της μη αξιοποίησης υψηλά εξειδικευμένου προσωπικού, το οποίο μάλιστα ειδικότερα στην κατηγορία των ιατρών έχει την μεγαλύτερη παραγωγή με διαφορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (OECD,Greece:Health Profile 2017).

2.14.4 ΑΕΠ και Δαπάνες Υγείας

ΕΤΟΣ	ΑΕΠ ΚΚ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΚ
2008	30.856	1.653
2013	26.098	1.299
2016	27.823	1.340

Η Ελλάδα είναι μια χώρα όπου επηρεάστηκε όσο λίγες από την οικονομική κρίση και αυτό γίνεται έντονα αντιληπτό από τους δείκτες της, συγκεκριμένα στο διάστημα 2008-2013 ο ρυθμός μεταβολής για το ΑΕΠ κυμαινόταν στο -15% και για το διάστημα 2013-2016 στο 6,6%. Για τις δημόσιες δαπάνες υγείας το ποσοστό μεταβολής για τα έτη 2008-2013 ήταν -21% μια ανεπαίσθητη αύξηση στο 2013-2016 της τάξεως του 3,1% δεν φάνηκε να ισορροπεί την κατάσταση. Οι δαπάνες υγείας βρισκότουσαν κάτω του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά ακολουθώντας την κατιούσα πορεία της οικονομίας της χώρας που προκάλεσε η κρίση, κατακρημνίστηκαν. (WHO, Greece Health in Transition,2017)

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

3.1 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΩΡΩΝ

ΧΩΡΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΕΠ κκ ΧΙΛ.ΔΟΛ.	%ΑΝ ΕΡΓΙΑ	ΔΟΜΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΠΦΥ	ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	65 εκ.	42.942	4,64 1%	4 συστήματα υγείας κάτω από την αιγίδα του NHS	Ισχυρή πρωτοβάθμια	Beveridge	20,5%	<ul style="list-style-type: none"> Συμπληρωματικός ρόλος με βαρύτητα
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	81 εκατ.	49.921	3,87 2%	Αυτόνομη διακυβέρνηση από ανεξάρτητες αρχές-Κρατικό νομικό πλαίσιο	Χρήζει ενδυνάμωσης	Bismarck	15,8%	<ul style="list-style-type: none"> Συγχρηματοδότηση μαζί με την Κοινωνική ασφάλιση του συστήματος Υγείας.
ΑΥΣΤΡΙΑ	8,6 εκ.	51.791	5,75 2%	Οι αρμοδιότητες μοιράζονται ανάμεσα στο κράτος και σε ανεξάρτητους φορείς-αποκεντρωτικός σχεδιασμός	Αδύναμο-Χρήζει ενδυνάμωσης	Bismarck	26,2%	<ul style="list-style-type: none"> Υπάρχει δυνατότητα σε περιπτώσεις που δεν καλύπτονται από την Εθνική Ασφάλιση και υπό προϋποθέσεις

ΟΛΛΑΝΔΙΑ	16,8 εκ.	51.340	5,53 1%	Αποκεντρωμένο με διεπιστημονική και πολυεπίπεδη συνεργασίας	Προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	Bismark	18,8%	<ul style="list-style-type: none"> • Βασικός ρόλος • Με κοινωνικούς όρους
ΙΤΑΛΙΑ	60,4 εκ.	39.045	11,7 48%	Υψηλά αποκεντρωτικό	Ενδυναμωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη	Beveridge	24,4%	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμένη • Συμπληρωματικός ρόλος
ΣΟΥΗΔΙΑ	9,8 εκ.	49.423	6,90 %	Οργανωμένο στην κορυφή με αποκεντρωτική φιλοσοφία	Υψηλής ποιότητας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας	Beveridge	16,6%	<ul style="list-style-type: none"> • Ραγδαίως αυξανόμενη η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	20εκ.	23.863	-	Συγκεντρωτικό	-	Beveridge	-	-
ΠΟΛΩΝΙΑ	38	27.406	5,6%	Αποκεντρωμένο με συνεργασία κράτους και περιφερειών		Bismark	30,2%	<ul style="list-style-type: none"> • Με μικρή συμμετοχή
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	10 εκ.	31.042	10,4 %	Θεωρητικά αποκεντρωμένο(περιφέρειες), στην ουσία συγκεντρωτικό	Βαρύτητα στην πρωτοβάθμια με σημαντικές διαφοροποιήσεις στις περιοχές	Beveridge με κάποια στοιχεία Bismarck	33,7%	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπληρωματικός ο ρόλος με χαμηλό ποσοστό • Περιορίζεται σε συγκεκριμένες εργασιακές ομάδες

ΙΣΠΑΝΙΑ	46,5 εκ.	36743	18,7 %	Αποκεντρωμένο με κρατικό συντονισμό	Παρέχεται μέσω πλουραλιστικών επιστημονικών ομάδων	Beveridge	28,9%	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπληρωματικός ο ρόλος • Αυξάνει επιλογές μειώνει το χρόνο αναμονής
ΕΛΛΑΔΑ	10 εκ.	27.274	23,1 %	Μεγάλος βαθμός συγκέντρωσης	Ανάγκη εξυγχιονισμού του δικτύου	Μεικτό	38,7%	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπληρωματικής μορφής
ΚΥΠΡΟΣ	848.000	33.067	-	Συγκεντρωτικό	Χρήζει οργάνωσης-μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Beveridge	-	<ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη στοιχείων
ΓΑΛΛΙΑ	66 εκ.	42.067	10%	Συγκεντρωτικό	Παρέχεται συνήθως μέσω ιδιωτών και όχι σε οργανωμένα σχήματα	Bismarck με κρατικό αποτύπωμα	16.9%	<ul style="list-style-type: none"> • Παίζει σημαντικό ρόλο-συμπληρωματικά σε υπηρεσίες και αγαθά που δεν καλύπτει η Κοινωνική Ασφάλιση

(OECD, Country Health Profiles 2017-2019)

3.2 Ο ρόλος των δεικτών Υγείας ως προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου υγείας

Είναι αποδεκτό ότι ο προσδιορισμός της υγείας ή της ασθένειας είναι ένα πολυσύνθετο προϊόν το οποίο επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες βιολογικούς,

οικονομικό-κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς οι οποίοι και διαμορφώνουν ένα στιγμιαίο αποτέλεσμα, αλληλοεπιδρώνενοι. Είναι οι κρίσιμοι εκείνοι δείκτες, των οποίων η μέτρηση και συγκέντρωση θα βοηθήσει στην χαρτογράφηση και σε δεύτερο χρόνο στην κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν τα αποτελέσματα των μετρήσεων και τελικά στον σχεδιασμό Πολιτικών Υγείας. Οι δείκτες Υγείας μπορεί να μετρούν και να αξιολογούν έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ή μια υγειονομική μονάδα κατά κάποια συγκεκριμένη περίοδο και είναι υπεύθυνοι για την δημιουργία επιδημιολογικών προτύπων και την ολοκληρωμένη εικόνα των συστημάτων υγείας. Η μέτρηση των δεικτών επιτρέπει την αποτίμηση με σκοπό την παρέμβαση και εν τέλει την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ο κάθε δείκτης προσμετράτε σαν ένα κομμάτι του επιδημιολογικού προτύπου και απελευθερώνει διαφορετικές πληροφορίες για το εκάστοτε σύστημα υγείας, συνθέτοντας έτσι το υγειονομικό προφίλ (Χλέτσος, 2008).

Οι δείκτες χωρίζονται σε:

- *Θετικοί δείκτες : Προσδόκιμο ζωής, Προσδόκιμο Ζωής υγιών ετών στα 65 έτη.*
- *Αρνητικοί Δείκτες : Πρώιμη θνησιμότητα (η οποία θα μπορούσε να προληφθεί).*
- *Οικονομικοί και Διοικητικοί Δείκτες: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, Κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας.*

3.3 Κατηγοριοποίηση χωρών-Ανάλυση ειδικών χαρακτηριστικών

Θα ακολουθήσει συγκριτική ανάλυση των συστημάτων Υγείας των χωρών της, τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι από τα έτη 2014,2015,2016 από τον ΟΟΣΑ και

από την Eurostat. Οι χώρες διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες μελέτης και το κριτήριο διαχωρισμού θα είναι το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (πλούσιες- μεσαίες , πτωχές). Το όριο θα είναι ο μέσος όρος του ΑΕΠ κατά κεφαλήν της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο οποίος για το 2016 είναι 40.875 δολάρια. Πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα χαρακτηρίζονται πλούσιες και κάτω από το μέσο όρο θα εκλαμβάνονται ως μεσαίες- πτωχές. Στις πλούσιες χώρες περιλαμβάνονται οι Αυστρία, Ολλανδία, Γερμανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία και στις μεσαίες-πτωχές οι Ιταλία, Ισπανία, Κύπρος, Πορτογαλία, Πολωνία, Ελλάδα, Ρουμανία.

Τα στοιχεία στα οποία θα συγκριθούν θα είναι δείκτες Υγείας (θετικοί-αρνητικοί), παράγοντες κινδύνου, καθώς και οικονομικά και διοικητικά χαρακτηριστικά των συστημάτων Υγείας όπως κατηγοριοποιήθηκαν και στον άνωθεν πίνακα.

3.3.1 Πλούσιες Χώρες

Από την ομάδα των πλουσίων χωρών πρώτες-όπως και είναι φυσικό- τοποθετούνται κατά φθίνουσα σειρά οι Αυστρία (52.614 δολάρια), Ολλανδία (52.284), Γερμανία (50.564), Σουηδία (50.433) το Ηνωμένο Βασίλειο (44.138) και τέλος η Γαλλία (42.853). Το υψηλότερο ποσοστό της δημόσιας δαπάνης για την υγεία κατά κεφαλήν δίνεται από την Γερμανία, κυμαίνεται στα 4.674 χιλιάδες δολάρια και όχι μόνο καταλαμβάνει την υψηλότερη θέση στην συγκεκριμένη μελέτη αλλά και σε ολόκληρη στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το σύστημα της Γερμανίας είναι πολυδάπανο με έμφαση στον βαρύ τριτοβάθμιο νοσοκομειακό τομέα. Την δεύτερη θέση καταλαμβάνει η Σουηδία με 4.210 χιλιάδες δολάρια κατά κεφαλήν, σε ένα ακριβό αλλά ανταποδοτικό σύστημα υγείας με ένα ευρύ κοινωνικό πλέγμα προς τους πολίτες της, δείχνοντας ξεκάθαρα τις κοινωνικές προτεραιότητες. Ακολουθεί στην τρίτη θέση της ομάδας η

Ολλανδία με 4.073 χιλιάδες δολάρια κατά κεφαλήν, σε ένα σύστημα το οποίο μπορεί να είναι αποδοτικό αλλά εκφράζονται φόβοι για την μελλοντική βιωσιμότητα του εξαιτίας του μεγάλου κόστους. Η Γαλλία με 4.023 χιλιάδες δολάρια και η Αυστρία με 3.794 χιλιάδες δολάρια είναι οι δύο επόμενες χώρες. Η Γαλλία βρίσκεται στην τελευταία θέση του ΑΕΠ για τις πλούσιες χώρες με ένα αξιοθαύμαστο όμως ποσοστό που δαπανάται για την υγεία, από την άλλη η Αυστρία έχει το υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ αλλά στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία βρίσκεται στην προτελευταία θέση. Οι δύο χώρες δείχνουν ξεκάθαρα τις προτεραιότητες τους. Το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται στην τελευταία θέση με τις χαμηλότερες δαπάνες κατά κεφαλήν για την υγεία με 3.048 χιλιάδες δολάρια. Ένας από τους κύριους σκοπούς του Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου είναι η συγκράτηση των δαπανών κάτι όμως που εγείρει ερωτηματικά για την βιωσιμότητα καθώς οι προβλέψεις για δυσθεώρητα οικονομικά ελλείματα τα επόμενα έτη είναι έντονες. Οι περισσότερες από τις πλούσιες χώρες αντιστοιχούν στο σύστημα Bismarck εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου και της Σουηδίας. Ο δείκτης ανεργίας παραμένει χαμηλά από 3,87%-6,90% εκτός της Γαλλίας που φθάνει στο 10% όπως διαφαίνεται στον πίνακα 3.1, και οι ιδιωτικές δαπάνες κινούνται στον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης κοντά στο 15% με εξαιρέσεις την Αυστρία(26,2%) που παραδοσιακά έχει υψηλές ιδιωτικές δαπάνες και το Ηνωμένο Βασίλειο (20,5%).

Ένας από τους πιο διαδεδομένους-ολοκληρωμένους θετικούς δείκτες υγείας είναι και το προσδόκιμο ζωής των ατόμων κατά την γέννηση καθώς χρησιμοποιείται κατά κόρον για την περιγραφή του επιπέδου ενός πληθυσμού. Όπως αναφέρθηκε άνωθεν και αποδεικνύεται από διεθνείς έρευνες υπάρχει σύνδεση μεταξύ πλούτου και υγείας. Ως εκ τούτου θα περιμέναμε στην ομάδα των χωρών με το υψηλό ΑΕΠ να σημειώνονται και οι υψηλότερες τιμές των προσδόκιμων επιβίωσης. Τα δεδομένα όμως μας

καταδεικνύουν κάτι διαφορετικό, μπορεί όντως να σημειώνουν υψηλό προσδόκιμο αλλά δεν σημειώνουν και το υψηλότερο, συγκριτικά και με την ομάδα των πτωχότερων χωρών. Την υψηλότερη τιμή προσδόκιμου (OECD, life expectancy at birth ,indicators 2016) σημειώνει η Γαλλία με 82,6 έτη και ακολουθούν με φθίνουσα σειρά η Σουηδία με 82,4 έτη, η Αυστρία με 81,7 έτη, η Ολλανδία με 81,6 έτη. Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο πως η Γερμανία η οποία εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό δημοσίων δαπανών για την υγεία έρχεται τελευταία στην ομάδα των πλουσίων χωρών στο προσδόκιμο ζωής με 81,1 έτη.

Ο επόμενος θετικός δείκτης υγείας που θα μελετηθεί είναι το προσδόκιμο ηλικίας των υγιών ετών στην ηλικία των 65 ετών(OECD, life expectancy at 65,indicators 2016). Είναι ένας δείκτης προσδόκιμου ζωής ο οποίος μελετάται λόγω των σημαντικών διαφορών του, ξεχωριστά σε γυναίκες και άνδρες. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Τούντα η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής αλλά και από τα ποιοτικά χρόνια απαλλαγμένα από αναπηρία ή ασθένεια τα οποία και ανεβάζουν το βιοτικό επίπεδο των πολιτών. Για τα προσδοκόμενα υγιή έτη μετά τα εξήντα πέντε των γυναικών για το έτος 2016 η Σουηδία έρχεται πρώτη με το σπουδαίο επίτευγμα των 16,6 ετών και ακολουθούν κατά φθίνουσα σειρά η Γερμανία με 12,4 έτη, το Ηνωμένο Βασίλειο με 11,1 έτη, η Γαλλία με 10,6 έτη η Ολλανδία με 9,4 έτη και η Αυστρία με 7,4 έτη. Στους άνδρες τοποθετούνται κατά φθίνουσα σειρά η Σουηδία με 15,1 έτη , η Γερμανία με 11,5 έτη, το Ηνωμένο Βασίλειο με 10,4 έτη, η Ολλανδία με 10,3, η Γαλλία με 9,5 έτη και η Αυστρία με 8,2 υγιή έτη. Συγκριτικά με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον δείκτη ο οποίος είναι 10,1 έτη για τις γυναίκες και 9,8 έτη για τους άνδρες οι τιμές στην πλειονότητα των πλουσίων χωρών βρίσκονται πάνω από τις τιμές του μέσου όρου.

Επόμενος δείκτης στον οποίο θα εξεταστούν οι χώρες είναι ο αρνητικός δείκτης υγείας χαμένων ετών ζωής, ένας δείκτης που περιγράφει την πρόωμη θνησιμότητα (από διάφορους παράγοντες) η οποία θα μπορούσε να έχει προληφθεί. Το υψηλότερο ποσοστό απολεσθέντων χρόνων από την ομάδα σημειώνεται από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Γαλλία και την Γερμανία με 4,2 έτη. Αυτό το αποτέλεσμα καταδεικνύει την σημασία άλλων παραγόντων όπως είναι οι παράγοντες συμπεριφοράς που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού διαμορφώνοντας ουσιαστικά το υγειονομικό προφίλ. Οι πολίτες των συγκεκριμένων χωρών όπως θα δούμε και αναλυτικότερα παρακάτω έχουν βεβαρυμμένο τρόπο ζωής οι οποίες φορτίζουν αρνητικά την υγειονομική τους εικόνα. Συνεχίζουμε με την Αυστρία με 3.9 έτη, την Ολλανδία με 3,5 έτη και τελευταία την Σουηδία με 3,3 έτη, από τις χαμηλότερες τιμές σε όλη την Ευρώπη.

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τόσο έντονα το υγειονομικό προφίλ μιας χώρας δεν θα μπορούσαν να μην συμπεριληφθούν και οι συμπεριφορικοί (παράγοντες επικινδυνότητας). Είναι οι συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν ή να χειροτερέψουν την υγεία κάποιου (Μπογιατζίδης, Στεφανίδου, 2018). Αυτοί οι δείκτες όπως είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, το αλκοόλ είναι υπεύθυνοι για μια σειρά θανατηφόρων ασθενειών και αναπηριών όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης, ο καρκίνος, η κίρρωση ήπατος αλλά και επικίνδυνων συμπεριφορών όπως πρόκληση βίας, αυτοκτονιών και αυτοκινητιστικών ατυχημάτων(Τούντας κ.α, 2000).

Ο πρώτος παράγοντας επικινδυνότητας προς μελέτη είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από τον ΟΟΣΑ (2016, Alcohol consumption,indicator) και ο δείκτης ορίζεται ως η ετήσια κατά κεφαλήν πώληση σε λίτρα ανά άτομο άνω των δεκαπέντε ετών. Την μεγαλύτερη κατανάλωση στις πλούσιες χώρες έχει η Αυστρία με ένα πολύ υψηλό ποσοστό της τάξεως των 11,8 λίτρων κατά κεφαλήν ακολουθεί η

Γαλλία με 11.7 λίτρα. Είναι η δεύτερη και η τρίτη αντίστοιχα χώρα Ευρωπαϊκά με την υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης. Στην συνέχεια με 10,9 λίτρα αρκετά υψηλά και η Γερμανία. Χαμηλότερα ακολουθεί το Ηνωμένο Βασίλειο με 9,5 λίτρα, η Ολλανδία με 8,2 λίτρα και η Σουηδία 7,2 λίτρα η οποία έχει και την δεύτερη χαμηλότερη ποσότητα σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Ο επόμενος παράγοντας επικινδυνότητας είναι το κάπνισμα, ο συγκεκριμένος ορίζεται ως το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν καθημερινώς από την ηλικία των 15 και άνω (OECD, daily smokers, indicators 2016). Η Αυστρία με ποσοστό 24,2 % είναι η υψηλότερη από την ομάδα και τρίτη υψηλότερη σε ολόκληρη την Ευρώπη. Ακολουθεί η Γαλλία με 22,4% ποσοστό και χαμηλότερα η Ολλανδία με 19,1% και το Ηνωμένο Βασίλειο με 19%. Η Σουηδία βρίσκεται στην τελευταία θέση της ομάδας αλλά και της Ευρώπης με το χαμηλότερο ποσοστό καπνιζόντων 11.9%. Για την Γερμανία δεν υπάρχουν στοιχεία.

Όσο αφορά την παχυσαρκία (Eurostat, Body Mass Index 2014), το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται με το υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας στον πληθυσμό που αγγίζει σχεδόν το 20% του πληθυσμού. Η Γερμανία με 16,4% , η Γαλλία με 14,7% , η Αυστρία με 14,3%, η Σουηδία 13,4% και η Ολλανδία με 12,9%. Ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκεται στο 15,4% οπότε η πληθώρα των χωρών της συγκεκριμένης ομάδας κινήθηκε πάνω και γύρω από τον μέσο όρο.

3.3.2 Μεσαίες-Πτωχές χώρες

Στην ομάδα των πτωχών χωρών που κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά και βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκονται οι Ιταλία με 39.918 χιλιάδες δολάρια, η Ισπανία με 37.709, η Κύπρος με

35.609 χιλιάδες δολάρια, η Πορτογαλία με 31.604 χιλιάδες δολάρια, η Πολωνία 27.947 δολάρια μαζί με την Ελλάδα στα 27.823 και τελευταία η Ρουμανία σημειώνοντας και το δεύτερο χαμηλότερο ποσό στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Για τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία η πρωτοπόρος Ιταλία δαπανά 2.436 δολάρια, ακολουθεί η Ισπανία με 2.207 δολάρια, η Πορτογαλία με 1.768, η Ελλάδα με 1.342, η Πολωνία 1.337, η Ρουμανία με 962 δολάρια και η Κύπρος με 922 δολάρια. Να σημειωθεί πως η Κύπρος μια χώρα με αξιοσημείωτο ΑΕΠ, το τρίτο στην συγκεκριμένη ομάδα, βρίσκεται να δαπανά το ποσό των 922 δολαρίων δημοσία δαπάνη κάτω ακόμη και από την Ρουμανία, υποδεικνύοντας την σοβαρότητα της κατάστασης με την δημόσια υπό-χρηματοδότηση του συστήματος της Κύπρου και την ανάγκη αναδιαπραγμάτευσης του. Όλα τα συστήματα των μεσαίων-πτωχών χωρών (εκτός της Πολωνίας) ανήκουν στο σύστημα Beveridge με διάφορες παραλλαγές, και ειδικότερα των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου, όπου όπως συνηθίζεται αποκαλούνται μεικτά, αφού στο παλαιό εγκαθιδρυμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δημιουργήθηκε και Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η ανεργία στην συγκεκριμένη ομάδα όπως διαφαίνεται και στον πίνακα 3.1 είναι σε πολύ υψηλά ποσοστά, υψηλότερα από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως και είναι λογικό αφού η οικονομική κρίση έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο σε χώρες με χαμηλή παραγωγικότητα και προβληματική οικονομία. Το ίδιο υψηλά είναι και τα ποσοστά ιδιωτικής δαπάνης, αφού η κρίση έχει στρέψει τους πολίτες στην ιδιωτική υγεία έχοντας χάσει την εμπιστοσύνη τους στις δημόσιες υπηρεσίες και δομές.

Στον πρώτο θετικό δείκτη που είναι το προσδόκιμο ζωής (OECD, Life expectancy at birth, indicators 2016) η Ισπανία και η Ιταλία με 83,4 έτη και 83.3 έτη αντίστοιχα σημειώνουν την υψηλότερη τιμή για ολόκληρη την Ευρώπη. Ο μεσογειακός τρόπος ζωής και οι συνθήκες εκτοξεύουν το προσδόκιμο πάνω και από χώρες με συστήματα

πρότυπα και ισχυρές οικονομίες. Ακολουθεί με 81,5 έτη η Ελλάδα λίγο χαμηλότερα η Πορτογαλία με 81,2 έτη και η Πολωνία αρκετά χαμηλότερα με 78 έτη.

Όπως και για το προσδόκιμο έτσι και για τα επιπλέον έτη ζωής από τα εξήντα πέντε και μετά(OECD, life expectancy at 65,indicators 2016) η Ισπανία και Ιταλία για τις γυναίκες βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις της ομάδας και στην δεύτερη και τρίτη υψηλότερη σε όλη την Ευρώπη μετά την Γαλλία. Η Πορτογαλία και η Ελλάδα ακολουθούν με 21,8 και 21,7 αντίστοιχα. Η Πολωνία και σε αυτόν τον δείκτη βρίσκεται στην χαμηλότερη θέση της ομάδας με 20,5 έτη ζωής. Για τους άνδρες η Ιταλία η Ισπανία τοποθετούνται στην πρώτη θέση με 19,4 έτη και ακολουθεί η Ελλάδα με 18.9 έτη. Χαμηλότερα η Πορτογαλία με 18 έτη και τέλος η Πολωνία με 16 έτη. Για την συγκεκριμένη κατηγορία δεν υπήρχαν στοιχεία για την Κύπρο και την Ρουμανία.

Για τον αρνητικό δείκτη υγείας χαμένα έτη ζωής, η Πολωνία έχει και εκεί την θλιβερή πρωτιά με 6,6 έτη, ακολουθεί η Ελλάδα με διαφορά στα 4,3 έτη ζωής και η Πορτογαλία με 4,1 έτη, τέλος η Ιταλία και η Ισπανία με 3,3 έτη οι οποίες βρίσκονται στις χαμηλότερες θέσεις της Ευρώπης. Για την Κύπρο και την Ρουμανία δεν παρέχονται στοιχεία.

Στο κάπνισμα για το έτος 2014 (OECD data, Daily smokers,indicators) όπου είναι και η πιο πρόσφατη χρονολογία που παρέχονται ολοκληρωμένα στατιστικά στοιχεία για την μέτρηση , η Ελλάδα κατέχει την πρωτιά με ποσοστό 27,3% -το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη- η Κύπρος με 25,7%, η Ισπανία με 23% και η Πολωνία με 22,7%,η Ρουμανία με 19,8% ακριβώς πίσω ακολουθεί η Ιταλία με 19,7% και τέλος η Πορτογαλία αρκετά χαμηλότερα με 16,8%.

Στην κατανάλωση αλκοόλης (δεκαπέντε ετών και άνω) η Πορτογαλία είναι στην κορυφή της κατανάλωσης λίτρων αλκοόλης ετησίως με 10,7 λίτρα ακολουθεί πολύ

κοντά η Πολωνία με 10,5 λίτρα. Η Ισπανία με 8,6 λίτρα και με 7,6 η Ιταλία. Στην τελευταία θέση με την χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλης βρίσκεται η Ελλάδα με 6,5 λίτρα (OECD, Data Alcohol Consumption, indicators 2016). Για την Κύπρο και Ρουμανία δεν παρέχονται στοιχεία.

Για την ομάδα των πτωχών χωρών και στο σύνολο των ηλικιών (Eurostat 2014 Body Mass Index), πρώτη στην παχυσαρκία η Ελλάδα με 16,4 πάνω από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο που βρίσκεται στις 15,4 ποσοστιαίες μονάδες. Ακολουθούν πολύ κοντά η Πολωνία με 16,7% του πληθυσμού, η Ισπανία με 16,2%, η Πορτογαλία με 16,1%, πολύ χαμηλότερα η Ιταλία με 10,5% και τελευταία η Ρουμανία με 9,1% του πληθυσμού να εμφανίζεται με παχυσαρκία.

3.4 Συζήτηση

Καθώς η οικονομία χτυπήθηκε από την παγκόσμια κρίση οι ραγδαίες επιπτώσεις δεν άργησαν να εμφανιστούν και στον κοινωνικό τομέα. Εάν αναλογιστεί κανείς την πίεση που δέχεται το οικονομικό και υγειονομικό σύστημα για την εξεύρεση 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις τα οποία θα εξασφαλίζουν την ορθή λειτουργία της θεραπευτικής δραστηριότητας. Ο Κυριόπουλος το 2012 σε μελέτη για την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις αναφέρει πως τα δημόσια ελλείματα αυξάνονται συνεχώς με την ιδιωτική φροντίδα να αντιμετωπίζει πρόβλημα ρευστότητας και ρύθμισης των δανειακών αναγκών. Η ένδεια φέρνει και αύξηση της ζήτησης υγειονομικών

υπηρεσιών μέσω κυρίως των δημόσιων ιδρυμάτων αφού όπως είναι επακόλουθο οι πολίτες θα προτιμήσουν υπηρεσίες για τις οποίες είναι καλυμμένοι ασφαλιστικά και δεν θα χρειαστεί να πληρώσουν ιδιωτικά. Ειδικότερα λοιπόν για τα Συστήματα Υγείας και τις πιέσεις που έχουν δεχθεί από την κρίση της παγκόσμιας αγοράς εξετάζεται το γεγονός της μείωσης της δαπάνης υγείας κυρίως των φτωχότερων χωρών. Αυτό το φαινόμενο έχει να κάνει είτε με την άμεση μείωση των δαπανών υγείας λόγω περικοπών ή την μείωση του ΑΕΠ είτε με την διακοπή της οικονομικής βοήθειας από πλουσιότερα κράτη αφού και αυτά θα αναγκαστούν σε περιστολή δαπανών. Είναι λογικό πως σε οικονομίες μέσης και χαμηλής ανάπτυξης η μείωση ενός ήδη χαμηλού ποσοστού για την υγεία μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ελλειμμάτων σε βασικές παροχές και εμβολιασμούς. Η Ευρωπαϊκή Ένωση αμύνεται με το σχέδιο για ανάκαμψη το οποίο και κατατέθηκε το Δεκέμβριο του 2008. Οι κοινοί στόχοι για την αντιμετώπιση της κρίσης μέσω του στρατηγικού σχεδιασμού και του σχεδιασμού μακροπρόθεσμης πολιτικής επιτάσσουν τόνωση της αγοράς, των επιχειρήσεων και της απασχόλησης με την εισαγωγή ρευστότητας λαμβάνοντας πάντα υπόψιν τις συνθήκες δημοσιονομικής πειθαρχίας που δημιούργησε το σύμφωνο Σταθερότητας όπως αναλύουν ο Κυριόπουλος και η Τσιάντου (2010).

Σύμφωνα με έρευνα του ΟΟΣΑ (OECD, economy growth 2010) για την αποτελεσματικότητα των Συστημάτων Υγείας, οι οικονομικές πιέσεις που δημιουργούν στις Εθνικές Οικονομίες είναι πολύ μεγάλες. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι και από τις μεγαλύτερες κρατικές δαπάνες που στις χώρες του ΟΟΣΑ ξεπερνά το 6%. Το ποσοστό αυτό σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του οργανισμού θα αυξηθεί από 3,3 μέχρι 6 ποσοστιαίες μονάδες έως το 2050 για να διαχειριστεί της αυξανόμενες ανάγκες που δημιουργούν τα νέα επιδημιολογικά πρότυπα, το κόστος ανάπτυξης και η ακριβή τεχνολογία.

Η μελέτη των συστημάτων υγείας δεν προσβλέπει στην ανάδειξη του αποδοτικότερου αλλά ουσιαστικά στην βελτίωση των χαρακτηριστικών κατά τόπους που θα τα κάνουν αποδοτικότερα. Σύμφωνα με τον Τούντα (2003) σε παλιότερη συγκριτική ανάλυση Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας παρατηρείται μια εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων και στροφή σε πιο πλουραλιστικά συστήματα. Η ανάμιξη των χαρακτηριστικών παρατηρείται εντονότερα στα συστήματα του Νότου (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα).

Ο ιδιωτικός τομέας όπως αποδείχθηκε στην μελέτη παίζει ουσιαστικό ρόλο στις περισσότερες των χωρών, μάλιστα σε κάποιες από αυτές όπως το σύστημα της Ολλανδίας ή της Γερμανίας είναι μέρος του κεντρικού συστήματος χρηματοδότησης. Τα συστήματα υγείας χρειάζεται να υπεραμυνθούν αυτών των δημογραφικών, οικονομικών αλλαγών οι οποίες θα πρέπει να είναι κατευθύνουν των σχεδιασμό της πολιτικής υγείας. Παραδείγματος χάριν η αλλαγή του δημογραφικού προτύπου και η αύξηση του γηράσκοντος πληθυσμού (επιμήκυνση προσδόκιμου ζωής, μείωση των γεννήσεων) έχει φέρει στην επιφάνεια την μακροχρόνια περίθαλψη η οποία κοστίζει ακριβά στα κράτη. Κάποιες χώρες με διάφορους μηχανισμούς προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αυτές τις προκλήσεις και να ισορροπήσουν την δαπάνη με τα αποτελέσματα. Η Γερμανία χρησιμοποιεί την δημόσια μαζί με την ιδιωτική ασφάλιση, η Ολλανδία την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, η Αυστρία κάποια επιδόματα που χρηματοδοτούνται από τον φόρο, η Σουηδία κάποιες εξειδικευμένες υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται μέσω φορολογίας και αυτές. Σίγουρα ο ιδιωτικός τομέας στην μακροχρόνια περίθαλψη θα μπορούσε να παίξει καθοριστικό ρόλο σε όλα τα συστήματα αλλά αυτό σίγουρα θα πρέπει να υποστηριχθεί από τον κρατικό σχεδιασμό, εξετάζοντας το σαν μια εξαιρετική λύση συνεργασίας και αποσυμφόρησης(OECD, economy growth 2010).

Όπως ήταν λογικό οικονομική ανισορροπία έφερε και κοινωνικό-οικονομική με τον δείκτη ανεργίας να εκτινάσσεται. Κατά την διάρκεια της μελέτης διαπιστώθηκε η αύξηση του δείκτη ανεργίας κατά τα έτη της κρίσης ειδικότερα στα κράτη της Νοτίου Ευρώπης αρκετά υψηλότερα από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ. Ο δείκτης της ανεργίας σε έρευνα των Οικονόμου, Νικολάου και Θεοδοσίου συνδέεται άμεσα με τον δείκτη θνησιμότητας (Κυριόπουλος κ.α,2012). Συγκεκριμένα σύμφωνα με την ίδια έρευνα για κάθε 1% αύξηση της ανεργίας έχουμε αύξηση της θνησιμότητας κατά 2,18%. Σε άλλες πάλι βιομηχανικές χώρες υπήρξαν διαφορετικές αντιδράσεις απέναντι στην κρίση καθώς οι πολίτες άλλαξαν τις διατροφικές τους συνήθειες υιοθετώντας ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Οι διαφορές μεταξύ των πλουσίων χωρών και των φτωχότερων Ευρωπαϊκών χωρών αναδεικνύουν και τις ποιοτικές διαφορές τους. Το επιδημιολογικό προφίλ των πλουσίων διαφέρει σημαντικά βέβαια η ευμάρεια δεν είναι πάντα οινός υγείας. Η έρευνα έδειξε αυξημένες τιμές στους παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία, αλκοόλ) σε χώρες πλούσιες και ανεπτυγμένες όπως επιβεβαιώνεται και σε παρόμοια έρευνα του Χαραλάμπους και Ρούσου του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου πως οι συνθήκες ζωής στα πολύ πλούσια στρώματα είναι υπεύθυνες για την αύξηση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών, ειδικά των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επιπροσθέτως, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προωθούν κάποιες ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα σαν τάση δυτικοποίησης και εξυγχιτισμού αδιαφορώντας για τις τραγικές συνέπειες στην υγεία. Το άγχος, τα ατυχήματα, οι εργασιακές παθήσεις, οι καταχρήσεις, η βία όλα είναι προκλήσεις-αρνητικές επιπτώσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής. Στην ίδια κατεύθυνση ο Rice στο βιβλίο του τα οικονομικά της Υγείας υποστηρίζει πως η αύξηση του πλούτου κάνει και τους περισσότερους από τους δείκτες υγείας να βελτιώνονται, ατομικά αλλά και συλλογικά. Βέβαια, οι πληθυσμοί παρουσιάζουν

βελτίωση στους δείκτες μέχρι ενός ορίου υψηλό εισόδημα, πάνω από αυτό το όριο δεν διαφαίνεται ουσιαστική σχέση.

3.5 Αντί επιλόγου

Η στροφή σε υγειονομικά σχήματα πλουραλιστικά και αποκεντρωμένα που συνδυάζουν αποδοτικότητα και έλεγχο των οικονομικών είναι μια φυσική εξέλιξη και προσαρμογή της πολιτικής υγείας, ειδικότερα κάτω υπό το σύγχρονο καθεστώς της οικονομικής κρίσης. Ποιο είναι εκείνο το διαχειριστικό πλάνο που πρέπει να ακολουθήσουν οι χώρες για επιτευχθεί η χρυσή τομή στις δαπάνες τις υγείας. Ποία είναι η ταυτότητα του αγαθού της υγείας είναι ιδιωτικής φύσεως ή είναι ένα αγαθό που είναι καθαρά δημόσιο. Η αλήθεια βρίσκεται κάπου στη μέση. Ένα σύγχρονο υγειονομικό σύστημα συνδυάζει και τις δύο οικονομικές υποστάσεις της υγείας και πραγματικά δεν υπόκειται στην μια ή στην άλλη μόνο κατηγορία. Η σύγχρονη πολιτική υγείας πρέπει να δεχθεί την ιδιαιτερότητα του αγαθού και πως η ορθόδοξη αντιμετώπιση αυτής της ιδιομορφία του αγαθού είναι η συνεργασία αυτών των δύο πλευρών στα συστήματα υγείας. Το ιδανικό και ζητούμενο δεν είναι η μονόπλευρη και αδιέξοδη κατασπατάληση όπως κατά το παρελθόν του δημόσιου χρήματος στο όνομα του 'Δημόσιου Αγαθού Υγείας' αλλά ούτε και η στυγνή εμπορευματοποίηση του. Ίσως να χρειαστεί για την συνεργασία αυτή να αλλάξουν τα τετριμμένα, και από τις δύο πλευρές και να ξεφύγουμε από παραδοσιακά σχήματα, συνύπαρξης και όχι συνεργασίας, τα οποία στο παρελθόν δεν έδωσαν ευοίωνα αποτελέσματα για την βιωσιμότητα των συστημάτων.

Η Ευρώπη προσπαθεί να επουλώσει τις πληγές της από την οικονομική κρίση και τα συστήματα υγείας είναι πολλαπλοί αποδέκτες προβλημάτων. Οι χώρες αναλόγως της

οργάνωσης, των οικονομιών και των συστημάτων υγείας τους έριξαν το ποσοστό δαπανών λόγω της επιτακτικής ανάγκης, προσαρμόζοντας τις κοινωνικές ανάγκες κατά τις επιταγές της κρίσης, με εκπτώτικες τάσεις σε ορισμένες περιπτώσεις και στις υπηρεσίες υγείας. Σε άλλες περιπτώσεις αύξησαν τις δαπάνες για την υγεία τους κατανοώντας έτσι την σοβαρότητα της επένδυσης στην υγεία προσβλέποντας σε μακροπρόθεσμα υγειονομικά, κοινωνικά και οικονομικά αποτελέσματα.

Υπάρχουν βέβαια και χώρες που δεν βρέθηκαν στο στόχαστρό της κακοδιαχείρισης και σπατάλης των δαπανών για την υγεία αλλά υπό-χρηματοδοτούνται σοβαρά. Αυτό συνήθως συμβαίνει λόγω της γενικότερης έλλειψης πολιτικό-κοινωνικό-οικονομικής σταθερότητας του κράτους. Συγκεκριμένα, οι δυσμενείς αυτές συνθήκες δεν είναι πως δεν επιτρέπουν μόνο την ανάπτυξη αλλά πολλαπλασιάζουν μέσω της χαοτικής κατάστασης τις υγειονομικές και κατ' επέκταση τις κοινωνικές ανάγκες.

Ελληνική Βιβλιογραφία.

Βαρακλιώτη Α., Χαλκιά Β. (2015). Δαπάνες Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2015, 52 (5) 546-555

Ανακτήθηκε στις 6/10/2018 από <https://www.mednet.gr/archives/2015-5/pdf/546.pdf>

Ζωή Μπιτσώρη, Δήμητρα Μπαλάσκα, Αθανασία Κωνσταντινοπούλου(2017) Ανταγωνιστική Αγορά και Υπηρεσίες Υγείας, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 6, Τεύχος 3 Ανακτήθηκε 2/11/2018 από https://www.spnj.gr/articlefiles/volume6_issue3/pn_sep_63_6.pdf

Κοντούλη Γείτονα Μαίρη(1997) Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1997

Κυριόπουλος Ι , Αθανασάκης Κ, Παβή Ε. (2012), Οικονομική κρίση και Υγεία, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2012, Έκδοση Α

Κυριόπουλος, Τσίαντου (2009) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27-(5)834-840 Ανακτήθηκε 17/3/2019 από <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>

Νοικοκυράκης, Σαράφης(2017) Κοινωνική προστασία και προκλήσεις του Ευρωπαϊκού Κράτους Πρόνοιας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018-35(4),464-471 Ανακτήθηκε 17/11/2018 από <http://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/464.pdf>

Μιγάλης Χλέτσος (2016), Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2016, Β Έκδοση

Μπάκολα ,Φραδέλος, Ζυγά (2018) Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2018, 35(4), 549-557 Ανακτήθηκε στις 15/11/2018 από <http://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/549.pdf>

Μπογιατζίδης Π., Στεφανίδου. Κ (2018) Συγκριτική Μελέτη κυριότερων αιτιών θανάτου και παραγόντων κινδύνου Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2019, 36(4):526-533, Ανακτήθηκε στις 17/11/2019 από <https://www.mednet.gr/archives/2019-4/pdf/526.pdf>

Μπούτσιου, Σαράφης(2013) Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2013) Τόμος 5,Τεύχος 4, 147-161. Ανακτήθηκε από

https://openeclass.panteion.gr/modules/document/file.php/TMC256/%CE%9C%CF%80%CE%BF%CF%8D%CF%84%CF%83%CE%B9%CE%BF%CF%85%2C%20%CE%A3%CE%B1%CF%81%CE%AC%CF%86%CE%B7%CF%82_%CE%9D%CE%BF%CF%84%CE%B9%CE%BF%CE%B5%CF%85%CF%81%CF%89%CF%80%CE%B1%CF%8A%CE%BA%CF%8C%20%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AD%CE%BB%CE%BF%20%CE%BA%CF%81%CE%AC%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82%20%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BD%CE%BF%CE%B9%CE%B1%CF%82.pdf

Νοικοκυράκης Γ. Σαράφης (2018) Κοινωνική Προστασία και Προκλήσεις του Κοινωνικού Κράτους Πρόνοιας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(4) 464-471. Ανακτήθηκε στις 16/11/2018 από <http://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/464.pdf>

Πελαγία Λεβεντάκου (2011) Η Παγκόσμια κρίση και οι οικονομικές Πολιτικές, Πρακτικά του 11^{ου} συνεδρίου της Οικονομικής Κοινότητας της Θεσ/νίκης Εταιρεία

Οικονομολόγων Θεσ/νίκης Ανακτήθηκε τις 15/12/2018 από

http://www.eoth.eu/wp-content/uploads/2015/12/Praktika_Sinedriou_6_4_2011.pdf

Σουλιώτης Κυριάκος(2007), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2007, Έκδοση Α

Σουλιώτης Κυριάκος, Παπαδονικολάκη Τζ, Παπαγεωργίου Μ, Οικονόμου Μ(2018) Οι επιπτώσεις της κρίσης στην Υγεία και το σύστημα Υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την Ελληνική περίπτωση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018,35(Συμπλ1):9 -16 Ανακτήθηκε στις 18/9/2019 από <https://www.mednet.gr/archives/2018-sup/pdf/9.pdf>

Σούλης Σωτήρης (1999) Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999, Β Έκδοση

Σωτηριάδου, Σαράφης, Μαλλιαρού(2012) Οικονομική Ανάπτυξη και βελτίωση επιπέδου Υγείας, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Research Gate σελ. 42-50 Ανάκτηση στις 01/12/2019 από https://www.researchgate.net/profile/Pavlos_Sarafis/publication/233834995_oikonomike_anaptyxe_kai_beltiose_tou_epipedou_ugeias/links/004635171a8b769ae9000000/oikonomike-anaptyxe-kai-beltiose-tou-epipedou-ugeias.pdf

Τόμας Ράις(2006) Τα οικονομικά της Υγείας-Σε επανεξέταση, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα 2006, Α Έκδοση.

Τούντας Γ. (2003) Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας δέκα Ανεπτυγμένων χωρών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003,20(1) 76-87 Ανακτήθηκε στις 29/11/2018 από <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf>

Τούντας Ι, Τριανταφύλλου Δ, Φρισήρας Σ (2000) Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2000 17(1), 89-100 Ανακτήθηκε 17/11/2019 από <https://www.mednet.gr/archives/2000-1/pdf/89.pdf>

Υφαντόπουλος Γιάννης (2006), Τα οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 2006, Β΄ Έκδοση

Χρυσανθόπουλος, Νάτσια, Κουρκούτα (2016) Επιπτώσεις της φτώχειας στην Υγεία, Επιστημονικά Χρονικά σελ. 26-32 Ανακτήθηκε στις 15/12/2019 από http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p16-1-3.pdf

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία.

Arachu Castro, Paul Farmer (2004) Health and Economic Development , 165-168, Retrieved 17/05/2019 from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=916685

Con Ceincao Portela, Steve Thomas (2013) Impact of the economic crisis on healthcare resources: An European Approach, International Journal of Healthcare Management. Retrieved 16/02/2019 from https://www.tcd.ie/medicine/health_policy_management/assets/pdf/Portela-and-Thomas-2013.pdf

David Morgan, Roberto Astolfi (2014) Spending continues to stagnate in many OECD countries, OECD Health Working Paper No 68 Retrieved 12/01/2019 from

https://www.researchgate.net/publication/303973773_Health_Spending_Continues_to_Stagnate_in_Many_OECD_Countries

Eurostat/Data base, Population and Social Conditions, Health Indicators, Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Geoffrey R Swam (2016) How does economic and social disadvantage affect health, Institute for Research of Poverty, Vol 33, No1 Fall/Winter 2016-2017 Retrieved 17/4/2019 from <https://www.irp.wisc.edu/resource/how-does-economic-and-social-disadvantage-affect-health/>

Joute van der Zee, Madelon Kroneman (2007) Bismarck or Beveridge A beauty contest between dinosaurs. Health Services Research 7(1):4 Retrieved 18/10/2019 from https://www.researchgate.net/publication/6243944_Bismarck_or_Beveridge_A_beauty_contest_between_dinosaurs

Joseph Kutzin (2011) Bismarck vs Beveridge: Is there increasing convergence between health financing Systems, WHO, Retrieved 1/10/2018 from <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>

Gianluca Quaglo, Theodoros Karapiperidis, Lieve van Woensel, Ellene Arnold, David McDaid (2013) Austerity and health in Europe, Health Policy 113, 13-19 Retrieved 16/12/2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24176290>

Martin McKee, Marina Karanikolos, Paul Belcher and David Stuckler (2012) Austerity: a failed experiment on the people of Europe. Clinical Medicine 2012, Vol 12, No 4: 346–50 Retrieved 12/12/2018 from https://www.researchgate.net/publication/230760925_Austerity_a_Failed_Experiment_on_the_People_of_Europe

Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*, 2005; 14:S151–S168

OECD, Better Life Index, Health. Retrieved 2/2/2019 from <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/>

OECD/Data Health/Economy Retrieved from <https://data.oecd.org/>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Austria: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 1/2/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283268-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Cyprus: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 19/2/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283329-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Germany: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 2/3/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283398-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Greece: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 20/3/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283404-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italy: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European

Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 29/3/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283428-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Netherlands: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 15/4/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283503-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Poland: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 28/4/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283510-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Romania: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 7/5/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283534-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Spain: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 17/5/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283565-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Sweden: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 30/5/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283572-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Retrieved 4/6/2019 from <https://doi.org/10.1787/9789264283589-en>.

OECD/Health care systems: Efficiency and policy settings(2010),Executive Summary Retrieved 3/12/2019 from <http://www.oecd.org/economy/growth/46508800.pdf>

OECD/Health at a Glance Europe 2018 State of Health in the EU cycle Retrieved 2/5/2019 from https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Ramskogler Paul (2015) Tracing the origins of the economic crisis, OECD Journal: Financial Market Trends, Volume 2014/2 Retrieved 1/10/2018 from <https://www.oecd.org/finance/Tracing-the-origins-of-the-financial-crisis.pdf>

Rebecca A. Clay (2001) Wealth Secures Health, Vol 32 No 9 78 Retrieved 12/2/2019 from <https://www.apa.org/monitor/oct01/wealthhealth>

Stuckler D, Basu, Suhcre, Coutts, McKee M(2009) The public Health effect of economic crises and other alternative policy responses in Europe: An empirical analysis, The Lancet, Volume 374 Issue 9686, July 2009 Retrieved 19/12/2019 from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61124-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61124-7/fulltext)

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2018) Austria, Health Review, Health System In Transition Vol.20 No3, Retrieved 25/10/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2014) Cyprus, Health Review, Health System in Transition Vol.14 No 6, Retrieved 17/10/2019 from

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/174041/Health-Systems-in-Transition_Cyprus_Health-system-review.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2014) Germany, Health Review, Health System in Transition Vol.16 No2, Retrieved 20/10/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2015) France, Health Review, Health System in Transition Vol.17 No3, Retrieved 25/10/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2017) Greece, Health Review, Health System In Transition Vol.19 No5, Retrieved 19/10/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2014) Italy, Health Review, Health System In Transition Vol.16 No4, Retrieved 05/11/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2016) Netherland, Health Review, Health System In Transition Vol.18 No2, Retrieved 10/11/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HiT_Netherlands.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2019) Poland, Health Review, Health System In Transition Vol.21 No1, Retrieved 14/11/2019 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325143/18176127-eng.pdf?sequence=1>

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2016) Romania, Health Review, Health System In Transition Vol.18 No4, Retrieved 25/11/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2018) Spain, Health Review, Health System In Transition Vol.20 No2, Retrieved 30/10/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2012) Sweden, Health Review, Health System In Transition Vol.14 No5, Retrieved 25/10/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf?ua=1

WHO/Europe Observatory on Health Systems and Policies (2018) United Kingdom, Health Review, Health System in Transition Vol.17 No 5, Retrieved 28/10/2019 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf?ua=1