



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο

Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις

ΤΟΜΟΣ Γ

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

(ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ)

ΠΑΤΡΑ 1999

Copyright © 1999
Για την Ελλάδα και όλο τον κόσμο
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
Οδός Παπαφλέσσα & Υψηλάντη, 26222 Πάτρα
Τηλ.: (061) 314094, 314206, Φαξ: (061) 317244

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΤΟΥ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ
του Τόμου
Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας
(Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος για την επιστημονική επιμέλεια του υλικού
Δημοσθένης Αγραφιώτης

Συγγραφή	Κριτική Ανάγνωση
Μάμας Θεοδώρου	Εμμανουήλ Ματσαγγάνης
Μαρία Μητροσύλη	Κωνσταντίνος Κοσμάτος

Επιμέλεια στη Μέθοδο της Εκπαίδευσης από Απόσταση
Άννα Τσιμπουκλή

Γλωσσική Επιμέλεια
Παναγιώτα Διδάχου

**Καλλιτεχνική Επιμέλεια/
Ηλεκτρονική Σελιδοποίηση**
Αλεξάνδρα Αμούργη

Συντονισμός ανάπτυξης εκπαιδευτικού υλικού
και γενική επιμέλεια των εκδόσεων
ΟΜΑΔΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΕΡΓΟΥ ΕΑΠ/1997-1999

ISBN: 960-538-113-3

*Σύμφωνα με τον Ν. 2121/1993
απαγορεύεται η συνολική ή αποσπασματική
αναδημοσίευση του βιβλίου αυτού ή η αναπαραγωγή του
με οποιοδήποτε μέσο, χωρίς την άδεια του εκδότη.*

η υγειονομική προστασία δεν πρέπει να συνδέεται με την οικονομική δυνατότητα του ατόμου. Αυτό προϋποθέτει τη μεταφορά οικονομικών πόρων από τους οικονομικά εύπορους προς τους φτωχούς, από τους εργαζομένους προς τους ανέργους, από τους νέους προς τους ηλικιωμένους κ.λπ. Αυτή η αναδιανομή εισοδήματος επιτυγχάνεται μέσα από διάφορους μηχανισμούς, όπως την κοινωνική ασφάλιση, την προοδευτική φορολογία και την αποταμίευση.

- **Μακρο-οικονομική αποδοτικότητα**, δηλαδή οι δαπάνες υγείας δεν πρέπει να ξεπερνούν εκείνο το ποσοστό του ΑΕΠ, που και το επίπεδο υγείας διασφαλίζει και την ισόρροπη ανάπτυξη της χώρας επιτρέπει.
- **Μικρο-οικονομική αποδοτικότητα**, δηλαδή στο εσωτερικό του συστήματος πρέπει η κατανομή των πόρων κατά επίπεδο και τομέα φροντίδας, κατά γεωγραφική περιφέρεια κ.λπ. να εξασφαλίζει εκείνο τον συνδυασμό φροντίδων που συνεπάγεται το καλύτερο υγειονομικό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κόστος και τη μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή.
- **Ελευθερία επιλογής στους ασθενείς**, που σημαίνει ότι ο κάθε ασθενής θα έχει κάποια σχετική ελευθερία να επιλέγει κυρίως τον οικογενειακό του γιατρό και δευτερευόντως τον ειδικό γιατρό ή το νοσοκομείο στο οποίο θα παραπεμφθεί.
- **Αυτονομία στους προμηθευτές**, δηλαδή οι γιατροί και οι λοιποί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας πρέπει να έχουν σχετική αυτονομία, ιδιαίτερα όσον αφορά ιατρικά θέματα.

Είναι προφανές ότι εκτός από αυτούς τους γενικούς στόχους μπορούμε να εντοπίσουμε σε κάθε σύστημα υγείας και επιμέρους στόχους. Η βαρύτητα κάθε στόχου εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και του υγειονομικού της συστήματος. Πρέπει ακόμη να τονίσουμε το γεγονός ότι μερικοί από τους στόχους αυτούς αλληλοσυγκρούονται ή και επικαλύπτονται και η προτεραιότητα που τίθεται για την επίτευξη του ενός ή του άλλου απαιτεί συχνά αξιολογικές κρίσεις και συγκρούσεις.

Μια συστηματική παρουσίαση των γενικότερων στόχων έχετε ήδη συναντήσει κατά τη μελέτη του τόμου Β.

Δραστηριότητα 2/Κεφάλαιο 1



Σκεφτείτε με ποιους τρόπους η πλήρης ελευθερία επιλογής του ασθενή αντιμάχεται την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος. Διατυπώστε τις σκέψεις και τα επιχειρήματά σας σε ένα κείμενο 300 λέξεων. Συγκρίνετε την απάντησή σας με τη δική μας που βρίσκεται στο Παράρτημα, στο τέλος του κεφαλαίου.

1.1.4 Τυπολογία των υγειονομικών συστημάτων

Παρά τη σύμπτωση που παρατηρείται συχνά ως προς τους σκοπούς και τους στόχους, τα υγειονομικά συστήματα παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις πηγές χρηματοδότησης, τον τρόπο αμοιβής και τη σχέση εργασίας των προμηθευτών, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών και γενικότερα τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους.

Για παράδειγμα:

- πηγές χρηματοδότησης για ένα υγειονομικό σύστημα θα μπορούσαν να αποτελέσουν εναλλακτικά ή και συμπληρωματικά το ατομικό εισόδημα των ασθενών, η ιδιωτική ασφάλιση, η κοινωνική ασφάλιση και ο κρατικός προϋπολογισμός·
- ο τρόπος αμοιβής των προμηθευτών θα μπορούσε να είναι κατά πράξη και περίπτωση, κατά κεφαλήν ασφαλισμένου, με μισθό ή κάποιος συνδυασμός των τριών·
- το σύστημα θα μπορούσε να κυριαρχείται από υποδομές δημόσιου ή ιδιωτικού χαρακτήρα, χωρίς κατ' ανάγκη το ίδιο να είναι δημόσιο ή φιλελεύθερο αντίστοιχα·
- μέσα από την οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να ελέγχεται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό η προσφυγή των ασθενών στη νοσοκομειακή περίθαλψη, δηλαδή η πρωτοβάθμια φροντίδα θα μπορούσε να παίζει τον ρόλο του φίλτρου (gatekeeper role) στο σύστημα.

Με βάση τις διαφορές αυτές, αλλά πιθανώς και κάποιες άλλες, μπορούμε να ταξινομήσουμε τα συστήματα υγείας σε μεγαλύτερες ή μικρότερες κατηγορίες. Είναι λογικό και αναμενόμενο ότι όσο αυξάνονται τα κριτήρια ταξινόμησης, τόσο αυξάνονται και τα μοντέλα ή οι κατηγορίες των υγειονομικών συστημάτων. Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε δύο διαφορετικές ταξινομήσεις: μια σχετικά απλή και μια δεύτερη περισσότερο λεπτομερή και σύνθετη. Είναι βέβαιο ότι και οι δύο θα σας φανούν χρήσιμες, προκειμένου να κατανοήσετε τις διαφορετικές πτυχές του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας.

Μια απλή ταξινόμηση των υγειονομικών συστημάτων

Με την προσέγγιση αυτή τα υγειονομικά συστήματα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στα **εθνικά ή δημόσια** και στα **φιλελεύθερα**. Η ταξινόμηση αυτή είναι σχετικά απλή και γίνεται κυρίως με κριτήριο την πηγή χρηματοδότησης και με βάση αρχές όπως την ιδιωτική πρωτοβουλία, την ελευθερία επιλογής, την κοινωνική συμμετοχή και τη συλλογική κάλυψη, που έχουν συνήθως ιδεολογικές και κοινωνικές αφετηρίες.

Τα **εθνικά συστήματα** χαρακτηρίζονται από την υποχρεωτική ασφάλιση, την καθολική κάλυψη, τη συλλογικότητα και την αυξημένη κρατική παρέμβαση και βασίζονται σε δύο μοντέλα: στο **μοντέλο Beveridge**, με κύριο εκπρόσωπο τη Μεγάλη Βρετανία, και στο **μοντέλο Bismarck**, που εκπροσωπείται από τη Γερμανία.

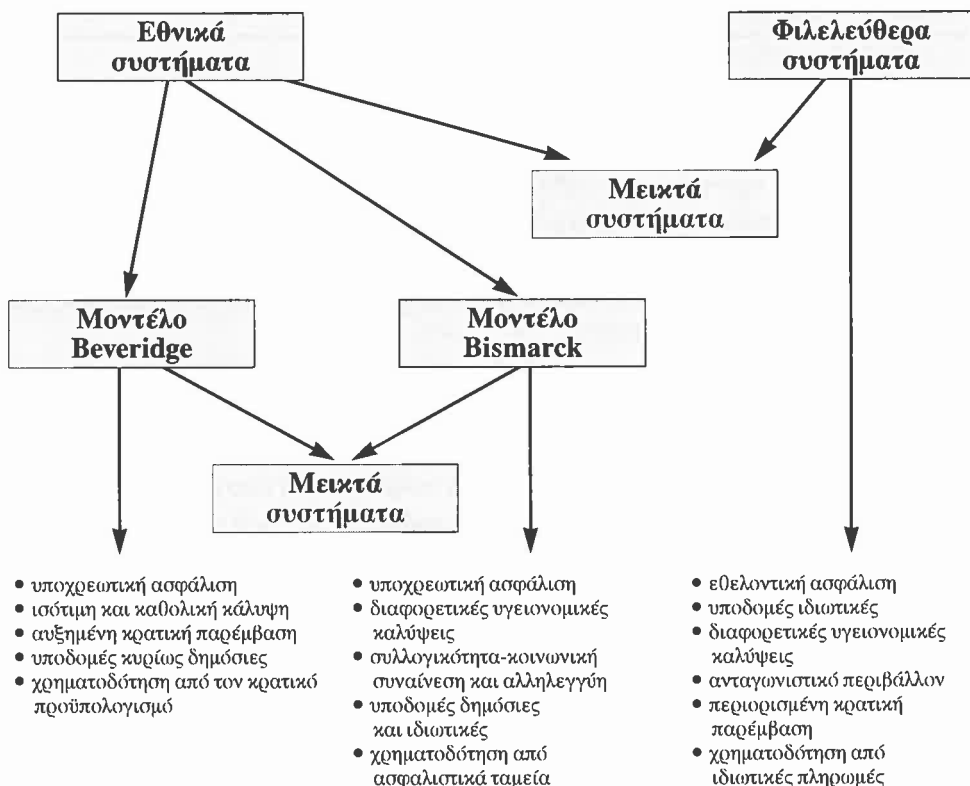
Το πρώτο διέπεται από τις αρχές της υποχρεωτικής συμμετοχής, της ισότιμης και καθολικής κάλυψης και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης. Χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, αφού απουσιάζουν πλήρως τα ασφαλιστικά ταμεία. Το δεύτερο κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση με πολλά ασφαλιστικά ταμεία, που συνήθως συγκροτούνται με βάση ομοειδείς κοινωνικο-επαγγελματικές ομάδες πληθυσμού. Η αυτονομία των ασφαλιστικών ταμείων περιορίζει, σε κάποιον βαθμό, την κρατική παρέμβαση σε σύγκριση με το μοντέλο Beveridge και επιτρέπει διαφορετικές υγειονομικές παροχές. Διέπεται

από τις αρχές της συλλογικότητας, της κοινωνικής συναίνεσης και αλληλεγγύης και χρηματοδοτείται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές των συνταξιούχων, των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Ένας τρίτος τύπος εθνικού συστήματος (**μοντέλο Semashko**), ασφυκτικά κρατικό και απόλυτα γραφειοκρατικό, το οποίο λειτουργούσε μέχρι πρόσφατα στις χώρες του πρώην υπαρκτού σοσιαλισμού, κατέρρευσε μαζί με τη διάλυση του πολιτικού συστήματος των χωρών αυτών. Οι χώρες αυτές βρίσκονται σήμερα σε αναζήτηση ενός υγειονομικού συστήματος που θα διασφαλίζει στους πολίτες ένα ελάχιστο επίπεδο υγειονομικής προστασίας, χωρίς να επιβαρύνεται υπέρμετρα ο κρατικός προϋπολογισμός, δεδομένης και της οικονομικής δυσπραγίας που αντιμετωπίζουν.

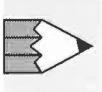
Τα **φιλελεύθερα συστήματα**, με κλασικό εκπρόσωπο τις ΗΠΑ, είναι οργανωμένα και λειτουργούν κυρίως με βάση το σύστημα των τιμών και τους μηχανισμούς της αγοράς. Η κρατική παρέμβαση είναι σχετικά περιορισμένη, η ελευθερία επιλογής αυξημένη, ενώ η ασφάλιση υγείας δεν είναι υποχρεωτική. Τα μέσα παραγωγής ανήκουν κυρίως σε ιδιώτες και λειτουργούν σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι υγειονομικές καλύψεις διαφέρουν και διαμορφώνονται ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του ασφαλισμένου, ενώ η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από ιδιωτικές πηγές. Το Σχήμα 1, που ακολουθεί, μπορεί να σας βοηθήσει να έχετε μια συνολική εικόνα αυτής της απλής ταξινόμησης.

Σχήμα 1
Εθνικά και φιλελεύθερα συστήματα



Ανάμεσα στα δύο αυτά βασικά πρότυπα οργάνωσης, δηλαδή το εθνικό και το φιλελεύθερο, αλλά και μεταξύ των δύο μοντέλων Beveridge και Bismarck υπάρχουν άπειρες ενδιάμεσες μορφές. Στην πραγματικότητα σε όλες τις χώρες τα συστήματα υγείας είναι σήμερα **μεικτά**, αφού κανένα από τα προαναφερθέντα μοντέλα δεν λειτούργησε ποτέ ούτε μπορεί να λειτουργήσει στην αμιγή του μορφή. Τόσο τα δημόσια όσο και τα φιλελεύθερα, με τις σταδιακές αλλαγές που επήλθαν κατά τη μακρά πορεία ανάπτυξής τους, όλο και περισσότερο συγκλίνουν και από τα δύο άκρα οδηγούνται σταδιακά προς το κέντρο.

Αυτή η τάση σύγκλισης, ιδιαίτερα μεταξύ των εθνικών και των φιλελεύθερων συστημάτων, είναι περισσότερο εμφανής την τελευταία δεκαεπενταετία. Οι συνεχείς και αλληπάλληλες μεταρρυθμίσεις που επιχειρούνται εισάγουν στα πρώτα στοιχεία ανταγωνισμού και δημιουργούν οιοσδήποτε αγορές, ενώ στα δεύτερα, με επικεφαλής τις ΗΠΑ, όλο και περισσότερο διευρύνονται και ενισχύονται τα προγράμματα που έχουν δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα, όπως τα Medicare και Medicaid. Επιπλέον οι ΗΠΑ αντιμετωπίζουν θετικά την υιοθέτηση ενός δημόσιου συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης, που θα διασφαλίζει μια ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών (περισσότερα για τις μεταρρυθμίσεις θα αναφερθούν στη συνέχεια).



Δραστηριότητα 3/Κεφάλαιο 1

«Τα φιλελεύθερα συστήματα συντηρούν και διευρύνουν τις υγειονομικές και γενικά τις κοινωνικές ανισότητες». Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτή την άποψη; Καταγράψτε και αιτιολογήστε την απάντησή σας σε ένα κείμενο 100 λέξεων. Συγκρίνετε την απάντησή σας με τη δική μας που βρίσκεται στο Παράρτημα, στο τέλος του κεφαλαίου.

Μια λεπτομερής ταξινόμηση των υγειονομικών συστημάτων

Εκτός από την προηγούμενη σχετικά απλή και πολύ αδρή ταξινόμηση, τα συστήματα υγείας μπορούν να ταξινομηθούν με περισσότερο λεπτομερή τρόπο και με βάση διαφορετικά και περισσότερα κριτήρια από εκείνα που χρησιμοποιήσαμε προηγουμένως. Μια τέτοιου είδους ταξινόμηση υιοθετείται τα τελευταία χρόνια από τον ΟΟΣΑ (OECD, 1992).

Η ταξινόμηση στην περίπτωση αυτή γίνεται με βάση δύο πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και τον τρόπο πληρωμής των προμηθευτών. Η χρηματοδότηση μπορεί να γίνεται εθελοντικά (από τους ασφαλιστούς ή εκείνους που έχουν ιδιωτική ασφάλιση) ή υποχρεωτικά (από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση), ενώ ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών μπορεί να γίνεται με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους: **α)** από τον ίδιο τον ασθενή με δικά του χρήματα, **β)** από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος όμως στη συνέχεια αποζημιώνεται από τον φορέα ασφάλισής του, **γ)** έμμεσα, από τον φορέα¹ που ασφαλίζει τον ασθενή και μέσω των συμβάσεων που κάνει με τους προμηθευτές και **δ)**

¹ Ο φορέας ασφάλισης λέγεται συνήθως « τρίτος πληρώνων» (third party payer) και μπορεί να είναι το ασφαλιστικό ταμείο, το ίδιο το κράτος ή ακόμη κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία.

έμμεσα, από τον φορέα που ασφαρίζει τον ασθενή και μέσω ετήσιων προϋπολογισμών και μισθών που εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό σχήμα.

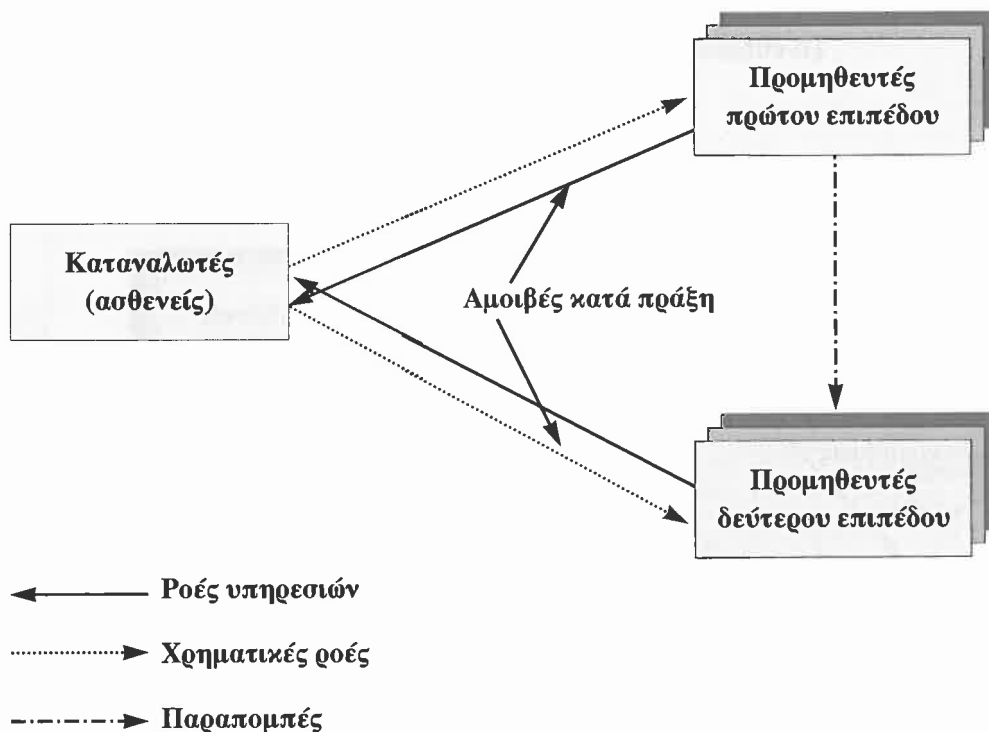
Από τον συσχετισμό των δύο τρόπων χρηματοδότησης με τους τέσσερις τρόπους αμοιβής των προμηθευτών μπορούν να προκύψουν οκτώ διαφορετικά μοντέλα υγειονομικής οργάνωσης ή οκτώ διαφορετικά υποσυστήματα υγείας. Στην πράξη όμως συναντούμε μόνο τα επτά, αφού είναι εκτός λογικής και πολύ δύσκολα μπορεί να λειτουργήσει μοντέλο με υποχρεωτική ασφάλιση και συγχρόνως πληρωμή των προμηθευτών από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα επτά διαφορετικά μοντέλα που απομένουν με βάση την ταξινόμηση αυτή παρατίθενται στη συνέχεια.

- **Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή (the voluntary, out-of-pocket model)**

Είναι το απλούστερο και παλαιότερο μοντέλο. Λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, χωρίς κανενός είδους ασφάλιση και με απευθείας επαφή του ασθενή με τον προμηθευτή. Οι πληρωμές γίνονται από τον ασθενή και προέρχονται εξολοκλήρου από το ατομικό ή οικογενειακό του εισόδημα (Σχήμα 2). Γι' αυτόν τον λόγο η προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας και οι πληρωμές εξαρτώνται από τη δυνατότητα του ασθενή να πληρώσει. Με την επικράτηση της ασφάλισης υγείας και την ύπαρξη του «τρίτου πληρώνοντος» το μοντέλο αυτό μπαίνει σήμερα σε δεύτερη μοίρα και έχει μόνο συμπληρωματικό ρόλο.

Σχήμα 2

Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή



Πηγή: OECD, 1992

- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή (the voluntary reimbursement model)

Είναι το μοντέλο στο οποίο από τη μια μεριά βρίσκεται ο ασφαλισμένος και από την άλλη κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Σχήμα 3). Κύρια χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι η ελευθερία επιλογής του ασθενή σχετικά με την προσφυγή του στους προμηθευτές, η απευθείας και κατά πράξη και περίπτωση πληρωμή του προμηθευτή από τον ασθενή και στη συνέχεια η μερική ή πλήρης αποζημίωσή του από την ασφαλιστική εταιρεία. Οι ασφαλιστικές εταιρείες λειτουργούν σε ανταγωνιστικό περιβάλλον και το ύψος των ασφαλίσεων συνδέεται με το μέγεθος του ασφαλισμένου κινδύνου συν το αναλογούν διοικητικό/διαχειριστικό κόστος του προγράμματος.

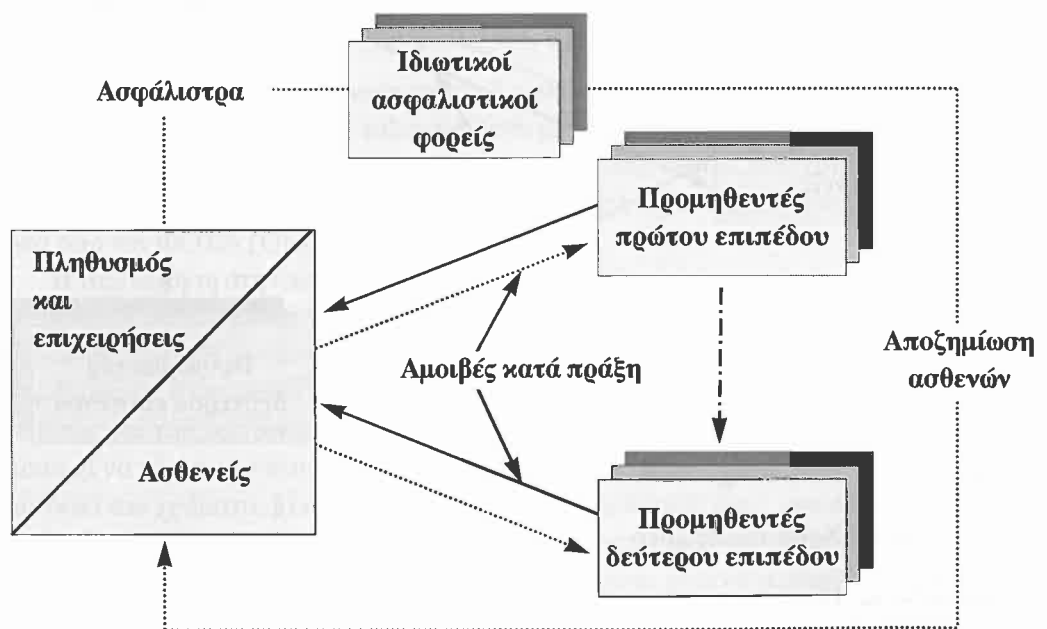
Κύριες αδυναμίες ή μειονεκτήματα του μοντέλου αυτού είναι ότι:

α) Λειτουργεί πληθωριστικά όσον αφορά τον αριθμό των ιατρικών πράξεων, αφού ο ασφαλισμένος δεν έχει κανένα κίνητρο να τις περιορίσει. Γι' αυτόν τον λόγο το μοντέλο συνοδεύεται τις περισσότερες φορές από συμμετοχή του ασθενή στο κόστος (cost sharing).

β) Προάγει τις ανισότητες, αφού η ασφάλιση εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να πληρώσει, ενώ οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν συμφέρον να ασφαλίζουν επιλεκτικά τα άτομα που έχουν τα λιγότερα προβλήματα υγείας και βέβαια να αποφεύγουν εκείνους με επιβαρημένη κατάσταση υγείας.

Σχήμα 3

Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή



Πηγή: OECD, 1992

- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή (the public reimbursement model)

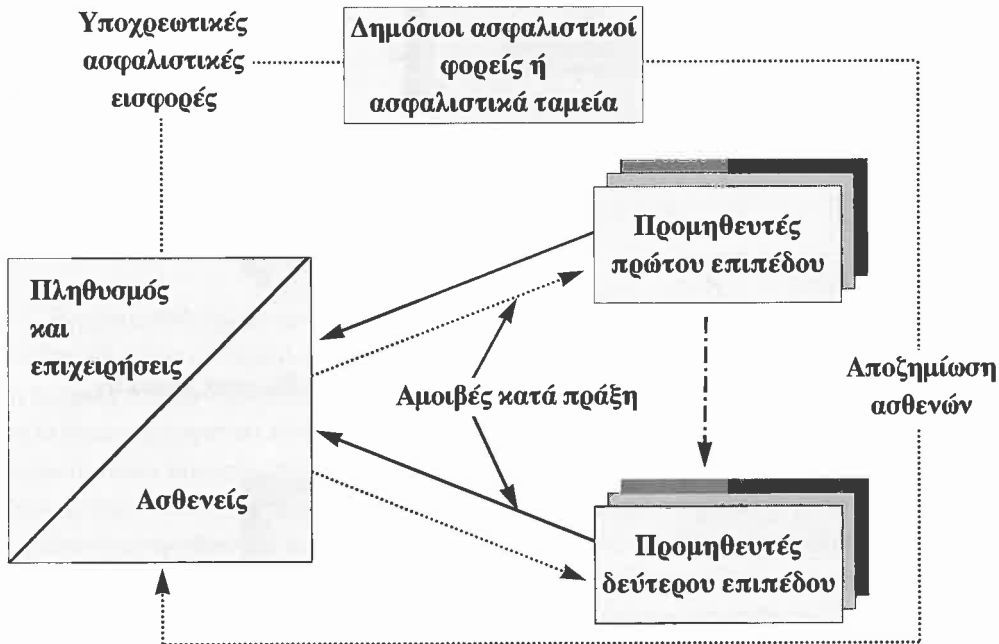
Το μεγάλο μειονέκτημα των ανισοτήτων και της επιλεκτικής κάλυψης αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με το δημόσιο μοντέλο, στο οποίο η ασφάλιση είναι καθολική και υποχρεωτική και οι ασφαλιστικές εισφορές συνδέονται με το εισόδημα. Το μοντέλο χαρακτηρίζεται από την αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, η οποία διασφαλίζεται με τη μεταφορά πόρων από τους υψηλά αμειβόμενους προς τους φτωχούς, τους ανέργους, τους ασθενείς και τους συνταξιούχους. Αυτή η μεταφορά πόρων γίνεται είτε μέσω των εισφορών, οι οποίες, όπως έχουμε αναφέρει, συνδέονται με το εισόδημα, είτε μέσω επιδοτήσεων των οικονομικά αδύναμων ασφαλιστικών ταμείων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Στη θέση της ιδιωτικής εταιρείας βρίσκεται στο μοντέλο αυτό ο δημόσιος φορέας ασφάλισης ή το ασφαλιστικό ταμείο. Οι οικονομικοί πόροι προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές και τις κρατικές επιδοτήσεις. Οι ασφαλισμένοι είναι συνήθως ελεύθεροι να προσφύγουν σε οποιονδήποτε προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, να τον πληρώσουν οι ίδιοι με δικά τους χρήματα κατά πράξη, για να αποζημιωθούν στη συνέχεια, μερικώς ή εξολοκλήρου, από τον φορέα ασφάλισής τους (Σχήμα 4).

Παρά το γεγονός ότι το μοντέλο αυτό μπορεί να εξασφαλίσει ισότητα στην πρόσβαση και ένα ελάχιστο επίπεδο φροντίδων στο σύνολο του πληθυσμού, έχει υψηλό διοικητικό κόστος και τείνει να είναι πληθωριστικό, όσον αφορά τον αριθμό των ιατρικών πράξεων. Για τον περιορισμό των ιατρικών πράξεων επιβάλλεται συχνά συμμετοχή του ασθενή στο κόστος.

Σχήμα 4

Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή



Πηγή: OECD, 1992

- **Το εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις (the voluntary contract model)**

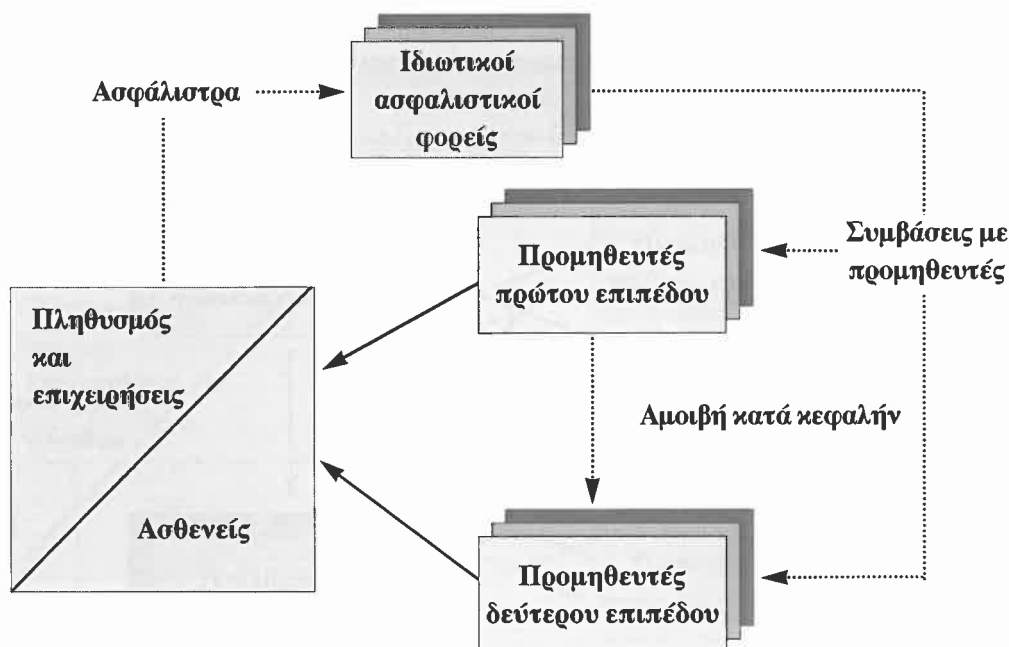
Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο οι ασθενείς είναι ασφαλισμένοι σε κάποια ιδιωτική εταιρεία, η οποία είναι συμβεβλημένη με ανεξάρτητους ιδιώτες γιατρούς και νοσοκομεία για την κάλυψη των ασφαλισμένων. Οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν σε ετήσια βάση ένα καθορισμένο ποσό υπό μορφή ασφαλιστρού στον ιδιωτικό ασφαλιστικό οργανισμό, για να έχουν το δικαίωμα στη συνέχεια να προσφύγουν δωρεάν στους συμβεβλημένους προμηθευτές. Οι τελευταίοι αμείβονται κατά κεφαλήν ασφαλισμένου ή κατά πράξη και περίπτωση (Σχήμα 5).

Βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι το έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον όπου λειτουργούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι οποίοι μπορεί να ελέγχονται από ασφαλισμένους, γιατρούς ή άλλους ανεξάρτητους επενδυτές, οι μεγάλες διαφοροποιήσεις στις καλύψεις που προσφέρονται, το πολύπλοκο πλέγμα κινήτρων και αντικινήτρων που απευθύνεται σε γιατρούς και ασθενείς και η περιορισμένη επιλογή που έχει ο ασθενής.

Το μοντέλο αυτό ανθεί τα τελευταία 30 χρόνια στις ΗΠΑ με τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs) και τους Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organizations, PPOs). Σε σύγκριση με τις παραδοσιακές μορφές της ιδιωτικής ασφάλισης, έχει αποδειχτεί ότι επιτυγχάνει υψηλού βαθμού μακρο-οικονομική και μικρο-οικονομική αποδοτικότητα.

Σχήμα 5

Το εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις



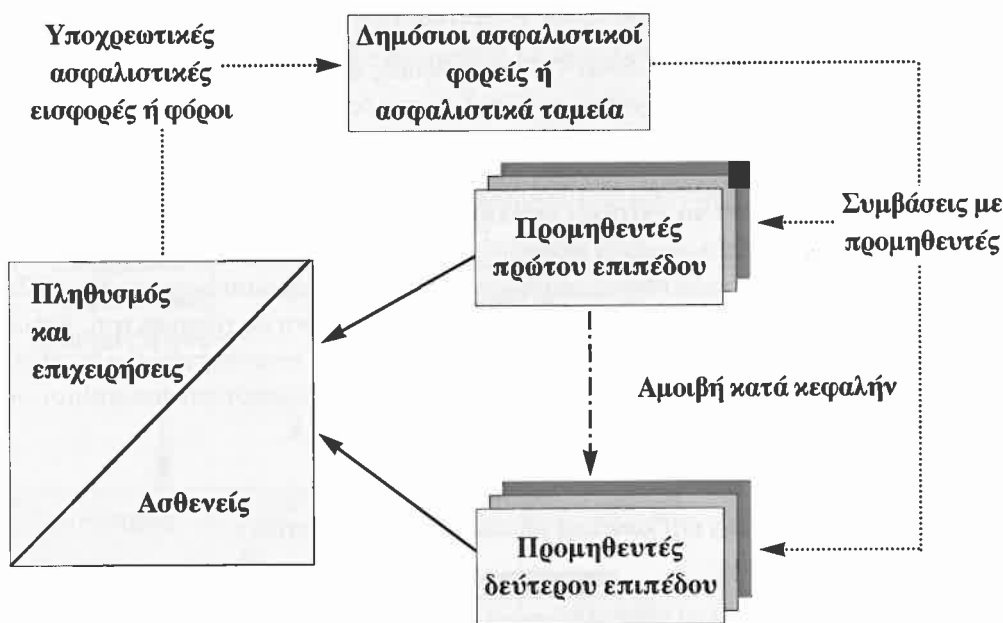
Πηγή: OECD, 1992

• Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις (the public contract model)

Το προηγούμενο μοντέλο συναντάται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, με τη διαφορά ότι στη θέση των ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών βρίσκεται η κοινωνική ασφάλιση με τη μορφή ενός ασφαλιστικού ταμείου ή κάποιου δημόσιου ασφαλιστικού οργανισμού. Τα χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι η υποχρεωτική ασφάλιση, οι εισφορές που καθορίζονται με βάση το εισόδημα και οι συμβεβλημένοι ανεξάρτητοι προμηθευτές που αμείβονται κατά κεφαλήν ή κατά πράξη από το ασφαλιστικό ταμείο ή τον δημόσιο ασφαλιστικό οργανισμό.

Σχήμα 6

Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις ασφαλιστικού φορέα ή ταμείου και προμηθευτών



Πηγή: OECD, 1992

Η χρηματοδότηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ή τον κρατικό προϋπολογισμό και οι συμβάσεις γίνονται μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων, της κεντρικής ή τοπικής κυβέρνησης από τη μια και των προμηθευτών από την άλλη (Σχήμα 6). Οι τελευταίοι μπορεί να είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία αλλά και υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα. Οι δικαιούχοι έχουν συγκριτικά με το εθελοντικό μοντέλο μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής λόγω του μεγαλύτερου αριθμού προμηθευτών που, κατά κανόνα, συμβάλλονται με τον φορέα ασφάλισης.

Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις αποτελεί το κυρίαρχο σύστημα υγειονομικής οργάνωσης στη δυτική Ευρώπη, με σημαντικές βέβαια διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, αυτό το μοντέλο ισχύει και λειτουργεί για την πρωτοβάθμια φροντίδα στη Μεγάλη Βρετανία, στη Γερμανία και στο Βέλγιο, και για τη νοσοκομειακή

φροντίδα στο Βέλγιο, στην Ολλανδία, στη Μεγάλη Βρετανία και στη Γερμανία. Είναι ένα μοντέλο που τα τελευταία χρόνια υφίσταται συνεχείς αλλαγές και μεταρρυθμίσεις, με στόχο πάντα την υψηλότερη οικονομική αποδοτικότητα. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ή από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι συμβάσεις γίνονται μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων, της κεντρικής ή τοπικής κυβέρνησης από τη μια και των προμηθευτών από την άλλη. Οι τελευταίοι μπορεί να είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία, αλλά και υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα.

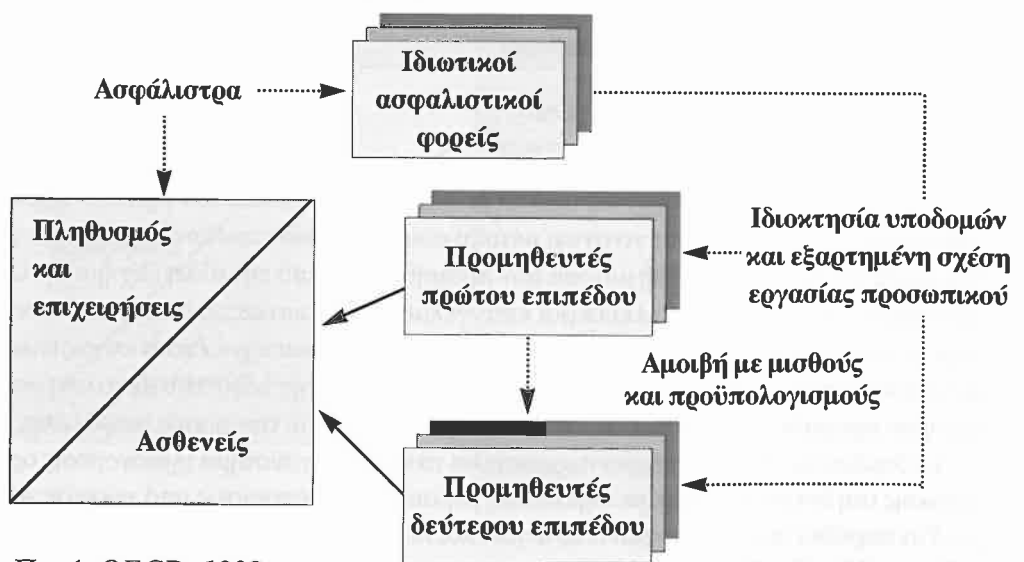
- **Το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο (the voluntary integrated model)**

Μοιάζει με το εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις με τη διαφορά ότι οι προμηθευτές-γιατροί είναι υπάλληλοι που εργάζονται σε υποδομές του οργανισμού και όχι συμβεβλημένοι. Δηλαδή στον ίδιο φορέα συνυπάρχουν ασφάλιση και περίθαλψη σε ένα καθιερωμένο οργανωτικό σχήμα και γι' αυτόν τον λόγο τα μοντέλα αυτά ονομάζονται και «ολοκληρωμένα».

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι και εδώ ιδιωτικοί, λειτουργούν σε ανταγωνιστικό περιβάλλον και χρηματοδοτούνται από τα ασφάλιστρα, που καθορίζονται με βάση τον ασφαλιστικό κίνδυνο. Οι προμηθευτές αμείβονται με μισθό και τα νοσοκομεία με σφαιρικούς ετήσιους προϋπολογισμούς (Σχήμα 7). Οι ασφαλισμένοι συνήθως μπορούν να προσφύγουν μόνο στις υποδομές του οργανισμού, γι' αυτό και η ελευθερία επιλογής είναι περιορισμένη.

Το μοντέλο μπορεί να επιτύχει υψηλή αποδοτικότητα λόγω του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί, λόγω των κινήτρων που προσφέρει κυρίως προς τους χρήστες/ασθενείς, καθώς και λόγω του χαμηλού διαχειριστικού/διοικητικού κόστους, που οφείλεται στην καθιερωμένη οργάνωσή του. Όπως όλα τα εθελοντικά μοντέλα, διευρύνει τις υγειονομικές ανισότητες μεταξύ πλούσιων και φτωχών, αφού η ασφάλιση εξαρτάται από τη δυνατότητα του ατόμου να καταβάλλει τα ασφάλιστρα. Συναντάται κυρίως στις ΗΠΑ.

Σχήμα 7
Το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο



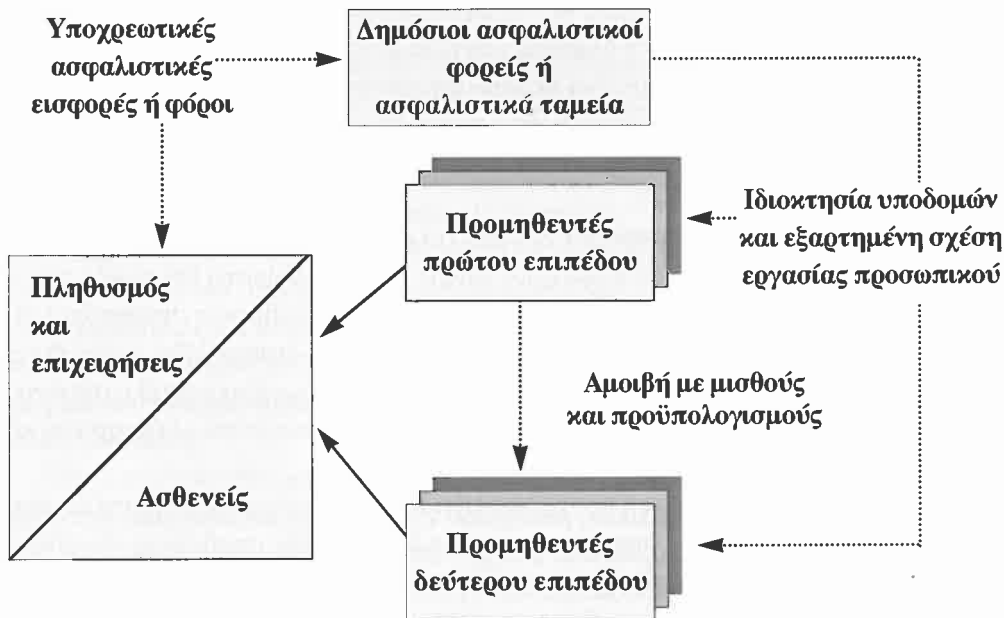
Πηγή: OECD, 1992

- Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο (the public integrated model)

Είναι το μοντέλο στο οποίο ο δημόσιος τομέας είναι ο κυρίαρχος φορέας ασφάλισης και συγχρόνως ο βασικός προμηθευτής υπηρεσιών υγείας (Σχήμα 8). Εφαρμόζεται συνήθως στις περιπτώσεις της υποχρεωτικής (κοινωνικής) ασφάλισης και χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό, αλλά μερικές φορές και από ασφαλιστικές εισφορές. Στη θέση του ασφαλιστικού φορέα βρίσκεται συνήθως η κεντρική ή τοπική κυβέρνηση, χωρίς όμως να αποκλείονται και τα ασφαλιστικά ταμεία. Η περίπτωση του ΙΚΑ στη χώρα μας είναι πολύ χαρακτηριστική, όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Οι ασφαλισμένοι/δικαιούχοι είναι ελεύθεροι να προσφύγουν μόνο στις υπηρεσίες του φορέα ασφάλισης, που στις περισσότερες φορές είναι το σύνολο των υποδομών του δημόσιου τομέα. Πάντως στην αμιγή του μορφή το μοντέλο αυτό περιορίζει όχι μόνο την ελευθερία επιλογής προμηθευτή αλλά και την ελευθερία επιλογής φορέα ασφάλισης, αφού δεν υπάρχουν ασφαλιστικά ταμεία. Οι προμηθευτές αμείβονται με μισθούς και τα νοσοκομεία με συνολικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς.

Σχήμα 8
Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο



Πηγή: OECD, 1992

Όσον αφορά την εξυπηρέτηση των ασθενών, το μοντέλο αυτό είναι κατά κανόνα γραφειοκρατικό και με λίστες αναμονής, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για χειρουργικά περιστατικά. Η αποτελεσματικότητά του δεν είναι υψηλή, γιατί ούτε το περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί είναι ανταγωνιστικό ούτε παρέχονται σχετικά κίνητρα προς ασθενείς και προμηθευτές. Ο τρόπος αμοιβής των τελευταίων

ων αποθαρρύνει περισσότερο παρά επιβραβεύει τους αποτελεσματικούς προμηθευτές.

Εφαρμόζεται κυρίως σε χώρες ευρωπαϊκές και πιο συγκεκριμένα στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, ενώ μέχρι πρόσφατα ήταν το κυρίαρχο μοντέλο στη Μεγάλη Βρετανία όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη.



Δραστηριότητα 4/Κεφάλαιο 1

Σκεφτείτε τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του ΙΚΑ στη χώρα μας, όσον αφορά την υγειονομική κάλυψη των ασφαλισμένων του (πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή), και βρείτε σε ποιο ή ποια από τα ανωτέρω μοντέλα οργάνωσης προσομοιάζει. Δώστε την απάντησή σας σε ένα κείμενο περίπου 150 λέξεων. Θα βρείτε τη δική μας απάντηση στο Παράρτημα, στο τέλος του κεφαλαίου.

• Μεικτά συστήματα

Στην πράξη κανένα σύστημα υγείας δεν λειτουργήσε ποτέ –ούτε και σήμερα λειτουργεί– στην αμιγή του μορφή σε καμιά χώρα. Όλα συντίθενται από ένα μείγμα των προαναφερθέντων μοντέλων. Πάντοτε όμως υπάρχουν κάποια κυρίαρχα χαρακτηριστικά, τα οποία μας επιτρέπουν να τα ταξινομήσουμε.

Μπορούμε, για παράδειγμα, να πούμε ότι το βρετανικό και το σουηδικό σύστημα προσομοιάζουν στο δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις όσον αφορά την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίθετα, το αμερικανικό, με την εθελοντική ασφάλιση και τους ιδιώτες προμηθευτές, βρίσκεται πλησιέστερα στο εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις.

Μερικά από τα προαναφερθέντα μοντέλα έχουν περισσότερη επιτυχία ή εφαρμόζονται συχνότερα σε επιμέρους τομείς ή υποσυστήματα του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις συναντάται συχνότερα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ίσως γιατί διασφαλίζει μεγαλύτερη αυτονομία στους προμηθευτές, ενώ το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο συναντάται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, γιατί παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου του κόστους.

Στη Ευρώπη, όπου ισχύει η υποχρεωτική ασφάλιση, τα κυρίαρχα μοντέλα είναι εκείνα του δημόσιου ολοκληρωμένου και του δημόσιου με συμβάσεις. Αντίθετα, τα εθελοντικά μοντέλα, με εξαίρεση την Ελβετία, παίζουν μικρό και συμπληρωματικό ρόλο, συνήθως υπό τη μορφή της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος κάποιων παρεχόμενων υπηρεσιών.



Άσκηση Αυτοαξιολόγησης 1/Κεφάλαιο 1

Αντιστοιχίστε κάθε υγειονομικό μοντέλο με ένα ή περισσότερα από τα χαρακτηριστικά (πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα). Συγκρίνετε την απάντησή σας με τη δική μας που βρίσκεται στο Παράρτημα, στο τέλος του κεφαλαίου.

Μοντέλο	Χαρακτηριστικά
Εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή	Περιορίζει την ελευθερία επιλογής των ασθενών
Εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή	Περιορίζει την αυτονομία των προμηθευτών
Δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή	Δημιουργεί πληθωρισμό ιατρικών πράξεων
Εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις	Ευνοεί τις υγειονομικές ανισότητες
Δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις	Επιτυγχάνει μακρο- & μικρο-οικονομική αποδοτικότητα
Εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο	Διασφαλίζει ισότητα στην πρόσβαση
Δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο	Είναι γραφειοκρατικό

1.1.5 Υγειονομικά συστήματα και τρέχουσες μεταρρυθμίσεις

Αν οι δεκαετίες του '50, του '60 και του '70 χαρακτηρίζονται από την ταχεία και μεγάλη ανάπτυξη των υγειονομικών συστημάτων στην Ευρώπη, οι δεκαετίες του '80 και του '90 χαρακτηρίζονται από την προσπάθεια ελέγχου των δαπανών υγείας, με την υιοθέτηση εναλλακτικών τρόπων χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας, περισσότερο αποτελεσματικών.

Λαμβάνοντας υπόψη τους στόχους που πρέπει να θέτει κάθε υγειονομικό σύστημα, είναι κοινά αποδεκτό ότι η εθελοντική/ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν μπορεί να αποτελεί μια κοινωνικά αποδεκτή λύση στα σημερινά προβλήματα υγείας των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αφεθούν στους νόμους της αγοράς και του ανταγωνισμού, έχοντας ως μοναδική πηγή χρηματοδότησης την εθελοντική ασφάλιση.

Έτσι, για παράδειγμα, είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθούν οι στόχοι που αφορούν την επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση για όλους τους πολίτες ή μια ελάχιστη προστασία του εισοδήματος του ασθενή από πληρωμές που μπορεί να διακυβεύσουν την ίδια τη δυνατότητά του να ζει αξιοπρεπώς, όταν το σύστημα υγείας λειτουργεί σε συνθήκες πλήρους ανταγωνισμού χωρίς καμιά κρατική παρέμβαση.

Από την άλλη πλευρά, η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει ότι συστήματα υγείας δημόσιου χαρακτήρα, ιδιαίτερα εκείνα που προσομοιάζουν στο ολοκληρωμένο μοντέλο, είναι συχνά γραφειοκρατικά, περιορίζουν την ελευθερία επιλογής του ασθενή και την αυτονομία του προμηθευτή και δύσκολα επιτυγχάνουν τους στόχους της μακρο-οικονομικής και μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας.

Γι' αυτούς τους λόγους οι κυβερνητικές παρεμβάσεις που επιχειρούνται τα τελευταία χρόνια στα περισσότερα συστήματα υγείας, στα οποία επικρατεί το υπο-