

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΛΑ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Εισηγήτρια: Κατερίνα Καστανιώτη,
Καθηγήτρια Διοίκησης & Αξιολόγησης υπ. υγείας
Παν/μιο Πελοποννήσου

Συγκριτική ανάλυση Συστημάτων Υγείας

Εισηγήτρια: Κατερίνα Καστανιώτη,
Καθηγήτρια Διοίκησης & Αξιολόγησης υπ. υγείας
Παν/μιο Πελοποννήσου



Email: a.kastanioti@uop.gr



Ορισμός της Υγείας και της Πολιτικής Υγείας

Ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1985):

- «*Η υγεία δεν είναι απλά η απουσία ασθένειας αλλά είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας*»

Ως Πολιτική Υγείας ορίζεται :

- «*...το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν σε μια χώρα την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού*»

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Η Πολιτική Υγείας δεν μπορεί να διαμορφωθεί ούτε να αξιολογηθεί χωρίς αξιόπιστες στατιστικές

Εκτίμηση αναγκών υγείας

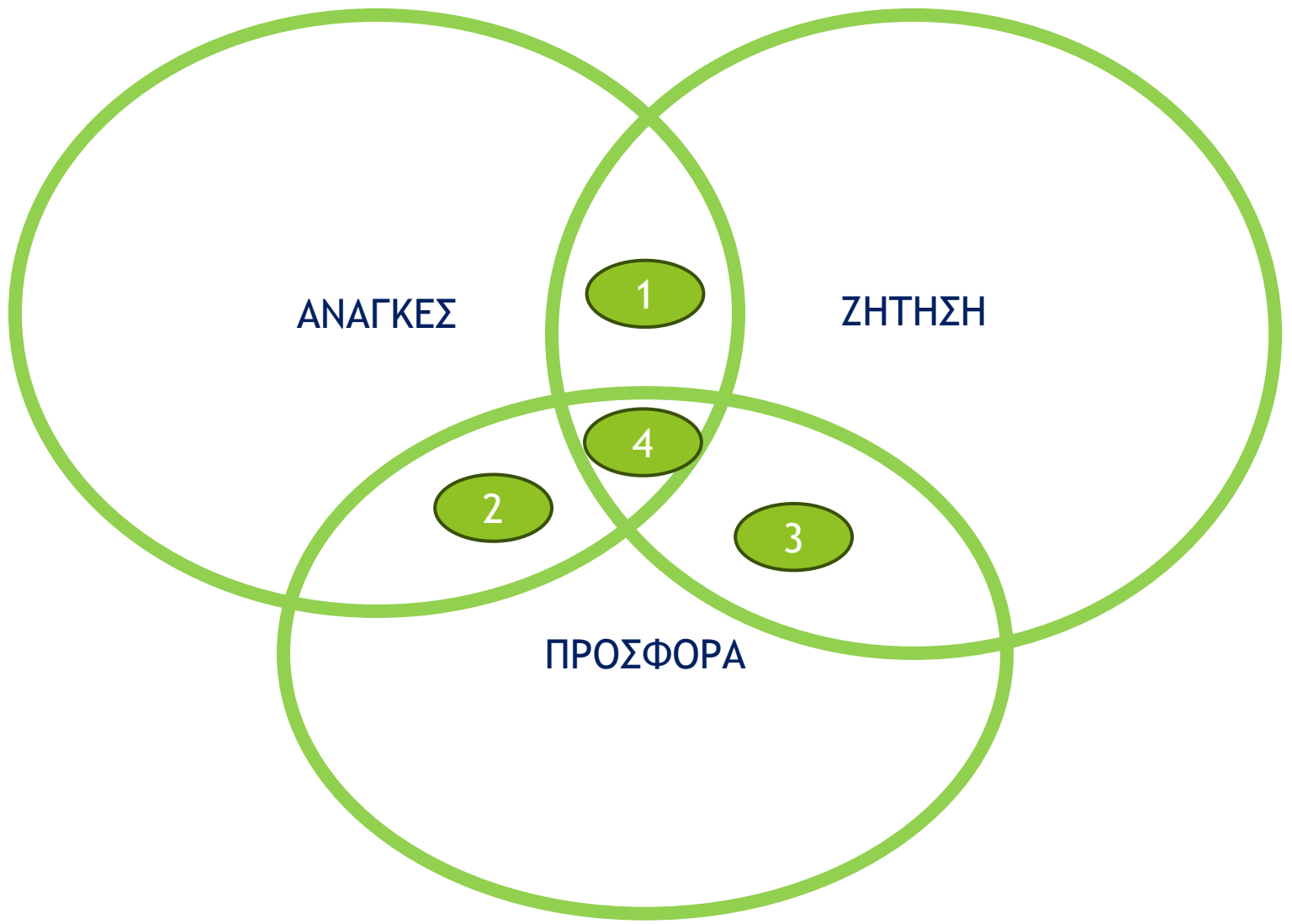
Ποιες υπηρεσίες
χρειαζόμαστε?
(Πρόληψη,
θεραπεία,
αποκατάσταση)

Πως παράγουμε το
επιθυμητό επίπεδο
υπηρεσιών? (ο ρόλος
της Τεχνολογίας)

Πόσους και ποιους
πόρους
χρειαζόμαστε?
(εκπαίδευση,
κατάρτιση)

Πώς γίνεται η
κατανομή των
υπηρεσιών? (τιμές
και κόστος
υπηρεσιών)

Ποιος είναι ο ρόλος
του ιδιωτικού τομέα?
(πληρωμές χρηστών,
εισοδήματα
παραγωγών)



Η σημασία της αξιολόγησης της Πολιτικής Υγείας

Στάδια αξιολόγησης προγραμμάτων υγείας:

Εκτίμηση προσφερόμενων πόρων

Ποσοτική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών

Ποιοτική εκτίμηση αυτών

Εκτίμηση της βελτίωσης επιπέδου υγείας συνήθως μέσω της νοσηρότητας και της θνητότητας.

Κύρια εργαλεία αξιολόγησης της Πολιτικής Υγείας αποτελούν οι δείκτες υγείας.

Δείκτες υγείας

Δείκτες ονομάζονται οι δεδομένοι αριθμοί οι οποίοι με σχετική ακρίβεια και αναπαραγόμενοι σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μας επιτρέπουν να παρακολουθήσουμε και εκτιμήσουμε τη βελτίωση ή όχι της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού.



Χαρακτηριστικά δεικτών:

Αποτελούν τα κύρια εργαλεία της αξιολόγησης και μεταβλητές στην μέτρηση αλλαγών.

Οφείλουν να διέπονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.

Επιτρέπουν τη μακροχρόνια εξέλιξη ενός φαινομένου και συμβάλλουν στην αξιολόγηση της επίτευξης σκοπών και στόχων.

Σκοπός των δεικτών

- ▶ Να καθορίσουμε προτεραιότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας (προληπτικών και θεραπευτικών).
- ▶ Να καθορίσουμε προτεραιότητες στην έρευνα υγείας.
- ▶ Να εντοπίσουμε ομάδες ατόμων με υψηλές ανάγκες και να καθορίσουμε τους τρόπους παρέμβασης.
- ▶ Να αποκτήσουμε ένα συγκρίσιμο μέτρο προϊόντος (υγείας) για τους σκοπούς της παρέμβασης, του προγραμματισμού, του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

Διάκριση δεικτών

Θετικοί δείκτες:
συγγενεύουν με τους
δημογραφικούς και
προσεγγίζουν καλύτερα
το επίπεδο υγείας.
Τέτοιοι είναι π.χ.:

- Δείκτης γεννητικότητας
- Δείκτης γονιμότητας
- Προσδόκιμο επιβίωσης (μέσος αριθμός ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος κατά τη γέννησή του)

Αρνητικοί δείκτες:
εκφράζουν τη συχνότητα
των παθολογικών
καταστάσεων και
συνιστούν μέσο
σύγκρισης του επιπέδου
υγείας μεταξύ διάφορων
χωρών. Τέτοιοι είναι
π.χ.:

- Δείκτης νοσηρότητας (επιπολασμός νόσου)
- Δείκτης θνησιμότητας (αριθμός θανάτων)
- Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (που εξαρτάται άμεσα από την ανάπτυξη των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών μεταβλητών μιας χώρας)

Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο και μακρο επίπεδο

▶ Δείκτες αξιολόγησης σε μακρο - επίπεδο:

- ▶ Δείκτες εισροών και επάρκειας (ανθρώπινοι πόροι π.χ. σύνολο απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας, υλικοί πόροι π.χ. αριθμός νοσοκομείων, οικονομικοί πόροι) π.χ. δαπάνες υγείας στο ΑΕΠ)
- ▶ Δείκτες εκροών (δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος, δείκτες χρησιμοποίησης της κατανάλωσης)
- ▶ Δείκτες αποτελεσμάτων (δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας, διασωθέντων ετών ζωής, ποιότητας ζωής και ικανοποίησης ασθενών)

▶ Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο - επίπεδο:

- ▶ Δείκτες εισροών και επάρκειας (ανθρώπινοι πόροι π.χ. απασχολούμενοι/ κλίνη, υλικοί πόροι π.χ. αριθμός κλινών, οικονομικοί πόροι π.χ. συνολικό κόστος νοσοκομείου).
- ▶ Δείκτες εκροών - λειτουργικότητας - παραγωγικότητας (απλοί δείκτες π.χ μέση διάρκεια νοσηλείας, σύνθετοι δείκτες π.χ δείκτες παραγωγικότητας, δείκτες αποτελεσμάτων π.χ. ποσοστό επιτυχίας χημειοθεραπειών, δείκτες αποδοτικότητας π.χ. αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά γιατρό - νοσηλευτή).

ΜΑΚΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Δείκτες Εισροών και επάρκειας

1.1. Υλικοί Πόροι

- Νοσοκομεία
- Αναλογία κλινών/κατοίκων
- Περιφερειακή κατανομή νοσ. Κλινών
- Περιφερειακή ή χωροταξική κατανομή ειδικών κλινών (ΜΕΘ, ΜΑΦ)
- Αναλογία παιδιατρικών κλινών/κατοίκους
- Περιφερειακή κατανομή παιδιατρ. κλινών
- Κέντρα υγείας
- Περιφερειακά ιατρεία
- Αγροτικά ιατρεία
- Φαρμακεία
- ΕΚΑΒ
- Αναλογία ασθενοφόρων/κατοίκους
- Βιοϊατρική Τεχνολογία (Αναλογία αξονικών –μαγνητικών τομογράφων/κατοίκους)

1.2. Ανθρώπινοι πόροι

- Σύνολο Απασχολούμενων Επαγγελματιών Υγείας (Αναλογία απασχολούμενων/ κλίνες)
- Ιατρικό Παραϊατρικό προσωπικό / κλίνες
- Νοσηλευτικό προσωπικό / κλίνες
- Διοικητικό προσωπικό / κλίνες
- Τεχνικό Ξενοδοχειακό προσωπικό / κλίνες

1.3. Οικονομικοί πόροι

- Δαπάνες υγείας στο Α.Ε.Π. και στο σύνολο των δαπανών κοινωνικής προστασίας
- Δαπάνες υγείας /κάτοικο/περιφέρεια/Ασφαλιστικό Οργανισμό και ασφαλισμένο
- Δημόσιες – Ιδιωτικές δαπάνες
- Δαπάνες υγείας ανά επίπεδο φροντίδας ιατρικού, ιατρικές, νοσηλευτικές, φαρμακευτικές
- Δημόσιες – Ιδιωτικές επενδύσεις υγείας
- Δαπάνες υγείας για νοσηλεία του εξωτερικού

ΜΑΚΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Δείκτες Εκροών

2.1. Δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος

- Μ.Δ.Ν. γενικά ανά κατηγορία νόσου, ανά είδος νοσοκομείου
- Μέση κάλυψη Νοσηλευτικών κλινών
- Μέση Αδράνεια Κλίνης
- Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
- Αριθμός ασθενών-εισαγωγών
- Αριθμός τοκετών
- Αριθμός επειγουσών περιστατικών

2.2. Δείκτες χρησιμοποίησης κατανάλωσης

- Χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών
- Εισαγωγές
- Ιατρικές επισκέψεις
- Οδοντιατρικές επισκέψεις
- Κατανάλωση φαρμάκων

ΜΑΚΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Δείκτες Αποτελεσμάτων

3.1. Δείκτες Νοσηρότητας

- Επιπολασμού
- Επίπτωσης ανά κατηγορία ασθενειών
- Καρκίνος του μαστού
- Καρκίνος των πνευμόνων
- Λεμφώματα
- Καρδιο-εγκεφαλικά
- Ατυχήματα

3.2. Δείκτες Θνησιμότητας

- Γενικά
- Ανά ηλικία
- Ανά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία
- Ανά κατηγορία νόσου (καρκίνος, λοιμώξεις)
- Δείκτες Βρεφικής Θνησιμότητας (νεογνική, όψιμη....)

3.3. Δείκτες Θνησιμότητας

- Σχέση Νοσηλευθέντων /Θανάτους
- Σχέση Νοσηλευθέντων /θανάτους από ίδια νόσο

3.4. Δείκτες διασωθέντων ετών ζωής

- Ανά κατηγορία νόσου
- Μέσος όρος ζωής καρκινοπαθών

3.5. Δείκτες ποιότητας ζωής – Ικανοποίησης Ασθενών

- Μείωση των κινητικών αναπηριών χωρίς εργασιακή αποκατάσταση
- Βαθμός κοινωνικής επανένταξης ψυχικά ασθενών
- Μείωση εσφαλμένων διαγνώσεων/παρενεργειών /κατηγορία/ φαρμακευτική αγωγή
- Μειώσεις των επανεισαγωγών
- Διάρκεια ζωής χωρίς πόνο των καρκινοπαθών
- % νοσηλείας στο σπίτι ατόμων τρίτης ηλικίας

Βασικοί Δείκτες Νοσοκομείου

Ημέρες Νοσηλείας (HN) [Nursing Days - ND]

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
[Average Length of Stay - ALoS]

Ρυθμός Εισροής Ασθενών (Ρκ)
[Throughput - T]

Κάλυψη Κλινών ή Πληρότητα (ΚΚ)
[Occupancy Rate - OR]

Διάστημα Εναλλαγής Κλινών (ΔΕ)
[Turnover Interval - TI]

Ημέρες Νοσηλείας

Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Προκύπτει ως το άθροισμα του χρόνου παραμονής όλων των ασθενών στο Νοσοκομείο στην υπό μελέτη περίοδο. Μετράται σε ημέρες.

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)

Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Δείχνει το μέσο όρο του χρόνου που νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς στην υπό μελέτη χρονική περίοδο. Προκύπτει διαιρώντας τις συνολικές ημέρες νοσηλείας δια του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών που έχουν ολοκληρώσει τη νοσηλείας τους μέσα στην υπό μελέτη περίοδο. Μετράται σε ημέρες.

Ρυθμός Εισροής Ασθενών (P_k)

Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Δείχνει πόσοι, κατά μέσο όρο, ασθενείς νοσηλεύτηκαν σε κάθε κλίνη του Νοσοκομείου στην υπό μελέτη χρονική περίοδο. Προκύπτει διαιρώντας τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών της υπό μελέτη χρονικής περιόδου, δια του αριθμού των ενεργών κλινών του Νοσοκομείου

Μέση Κάλυψη Κλινών (Πληρότητα) (ΚΚ)

Δείχνει το ποσοστό των πραγματικών ημερών νοσηλείας (δηλ. των ημερών που οι κλίνες του Νοσοκομείου ήταν κατειλημμένες) προς τις συνολικές διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας της υπό εξέταση χρονικής περιόδου. Υπολογίζεται διαιρώντας τις πραγματικές ημέρες νοσηλείας προς τις διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας (δηλ. προς τον αριθμό κλινών επί τον αριθμό ημερών της υπό μελέτη χρονικής περιόδου που είναι 365 αν αναφερόμαστε σε ετήσια περίοδο που είναι και το σύνηθες). Εκφράζεται ως ποσοστό (%). Δίνει ένα απλό και παραστατικό μέτρο του βαθμού αξιοποίησης των πόρων του Νοσοκομείου (τουλάχιστον σε μια πρώτη προσέγγιση).

Διάστημα Εναλλαγής Κλινών (ΔΕ)

Εναλλακτικά ονομάζεται και «Μέσο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών (ή αδράνειας) ανά Κλίνη». Δείχνει πόσες ημέρες η κάθε κλίνη παραμένει, κατά μέσο όρο, κενή, μέχρι την είσοδο του επόμενου ασθενούς. Προκύπτει αν διαιρέσουμε τις «μη αξιοποιημένες» ημέρες νοσηλείας (δηλ. τη διαφορά των πραγματικών ημερών νοσηλείας από τις διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας στην υπό εξέταση περίοδο), δια του αριθμού των περιστατικών. Εκφράζεται σε ημέρες και μετρείται συνήθως σε ετήσια βάση.

Δείκτες – Ευρωπαϊκή Επιτροπή

- α. Επίπεδο Υγείας (Health Status): προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy), θνησιμότητα (mortality), νοσηρότητα (morbidity), άλλοι λειτουργικοί και ανθρωπιστικοί δείκτες (functioning, anthropometric).

- β. Στάσεις ζωής και υγειονομικές συνήθειες (Life Style & Health Habits): κατανάλωση καπνού – αλκοόλ – φαρμάκων, φυσική δραστηριότητα, διαίτα, σεξουαλική ζωή, κλπ.

- γ. Συνθήκες Διαβίωσης & Εργασίας (Living & Working Conditions): απασχόληση, περιβάλλον εργασίας, κατοικία, ελεύθερος χρόνος, μεταφορές, εξωτερικό περιβάλλον

Δείκτες – Ευρωπαϊκή Ένωση

- δ. Σύστημα – Υπηρεσίες Υγείας (Health Care System): δαπάνες-χρηματοδότηση υγείας, υποδομές – προσωπικό, κόστος / δαπάνες, χρήση υπηρεσιών, προαγωγή υγείας – πρόληψη ασθενειών .
- ε. Δημογραφικοί & Κοινωνικοί Παράγοντες (Demographic & Social Factors): φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, περιφέρεια – κατοικία, εκπαίδευση.
- στ. Άλλοι δείκτες (food safety, miscellaneous, other).

Δείκτες – Π.Ο.Υ. (WHO):

Ταξινόμηση σε 5 βασικές κατηγορίες:

Δείκτες υγειονομικής πολιτικής

Χορήγηση επαρκών πόρων
Κατανομή πόρων

Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες

Ρυθμός αύξησης πληθυσμού
Κατανομή εισοδήματος
Επίπεδο αναλφαβητισμού
Επάρκεια κατοικίας

Δείκτες επιπέδου υγείας

Επίπεδο θνησιμότητας
Επίπεδο βρεφικής θνησιμότητας
Επίπεδο θνητότητας
Προσδόκιμο επιβίωσης
Επίπεδο νοσηρότητας
Βαθμός αναπηρίας

Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας

Επάρκεια
Προσπελασιμότητα
Χρησιμοποίηση
Αποτελεσματικότητα
ποιότητα

Δείκτες κάλυψης Π.Φ.Υ.

επίπεδο υγειονομικής γνώσης
βρύσες κατάλληλου πόσιμου ύδατος
σε απόσταση 20' με τα πόδια

Ο ΟΟΣΑ έχει δημιουργήσει τις ακόλουθες βασικές κατηγορίες δεικτών (OECD Health Database):

α. Επίπεδο Υγείας (Health Status),

β. Πόροι Υγειονομικής Περίθαλψης (Health Care Resources),

γ. Χρησιμοποίηση Υπηρεσιών Υγείας (Health Care Utilization),

δ. Δαπάνες Υγείας (Expenditure on Health),

ε. Χρηματοδότηση και Αποζημίωση (Financing and Remuneration),

στ. Κοινωνική Προστασία (Social Protection),

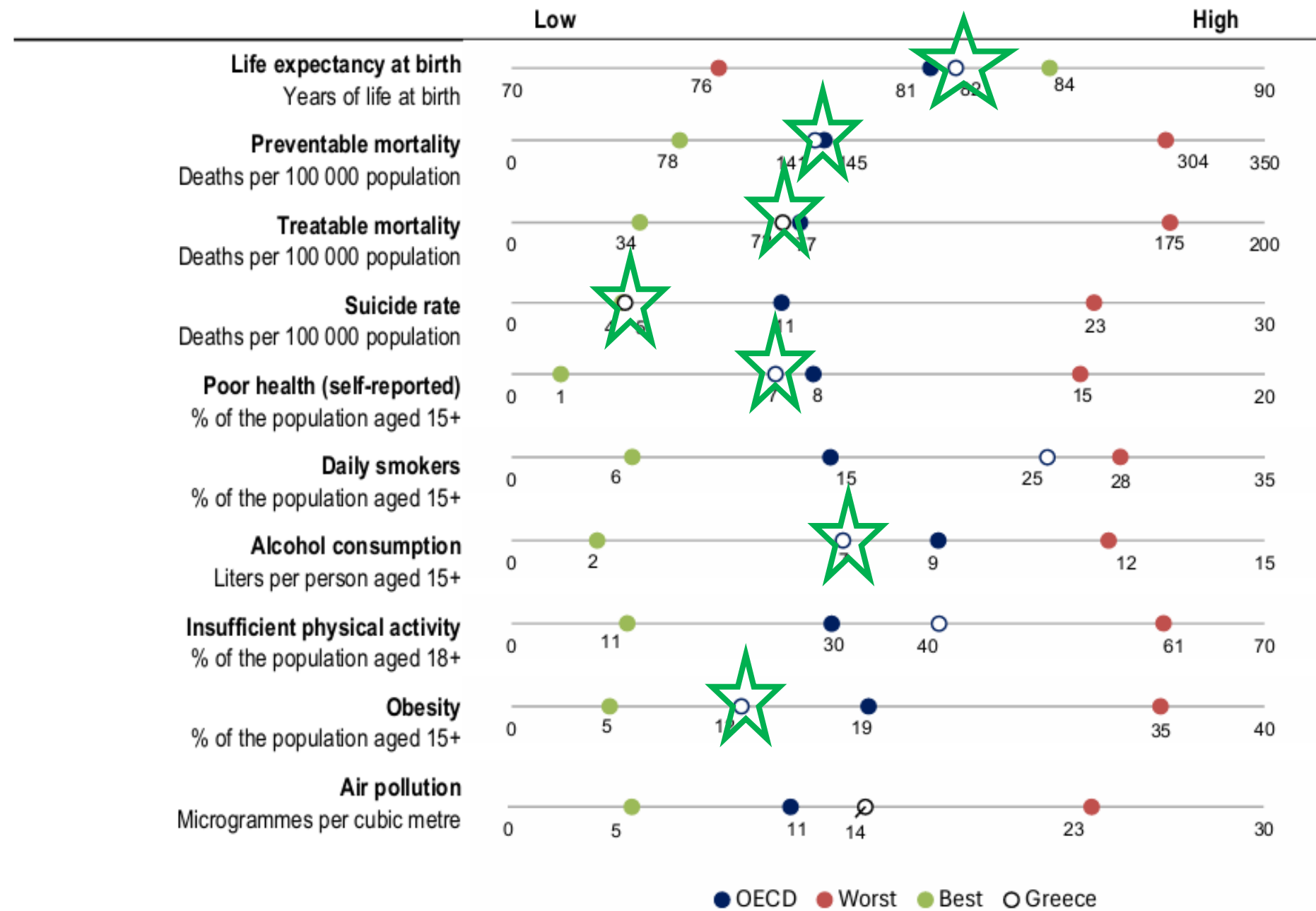
ζ. Αγορά Φαρμάκου (Pharmaceutical Market),

η. Παράγοντες υγείας - μη ιατρικοί (Non-medical Determinants of Health),

θ. Δημογραφικές αναφορές - στοιχεία (Demographic References),

ι. Οικονομικές αναφορές - άλλα στοιχεία (Economic References).

Figure 1. Health status and risk factors

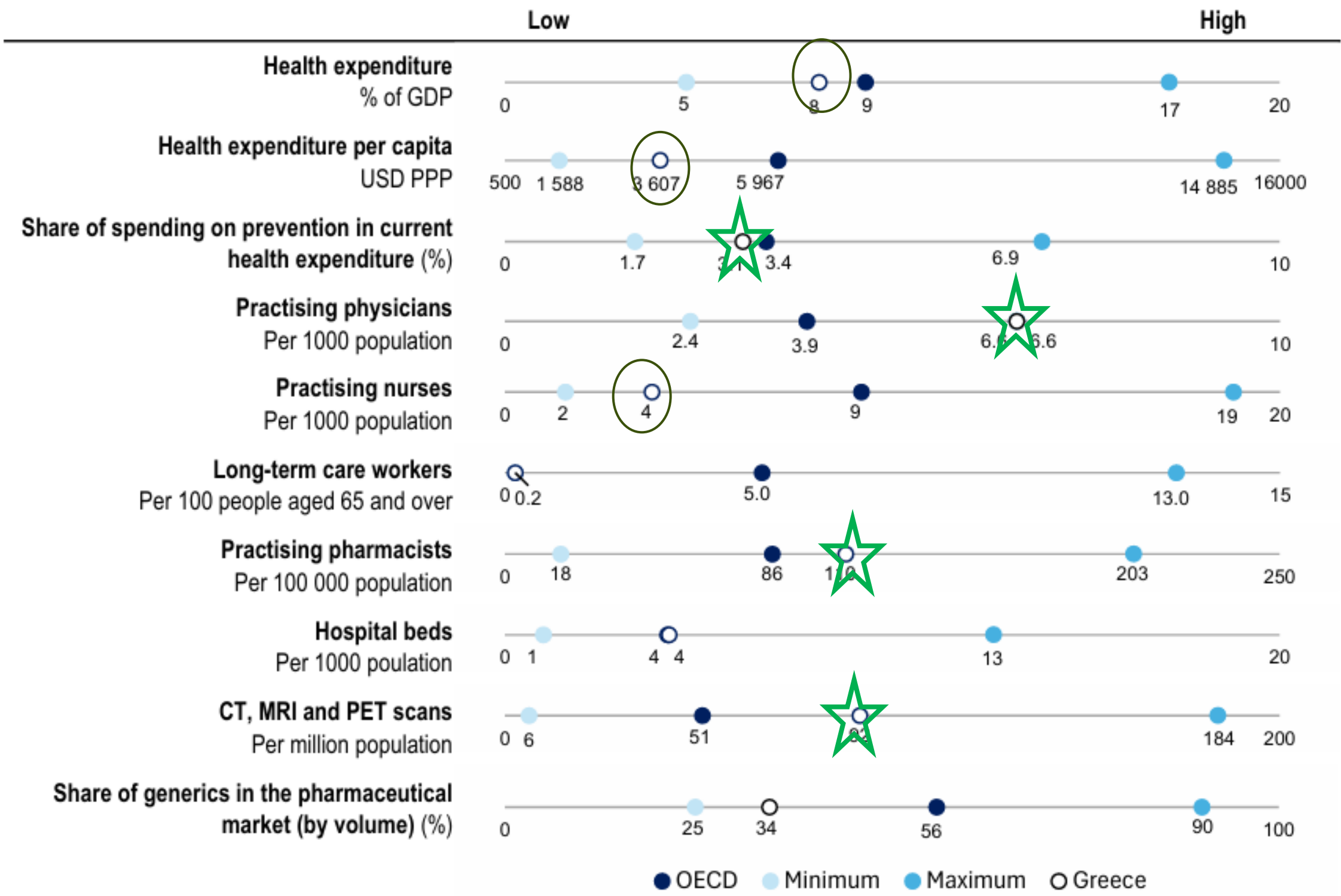


Source: OECD Health Statistics 2025.

Figure 2. Access to care and quality of care



Note: AMI: Acute Myocardial Infarction. DDD: Defined Daily Dose.
Source: OECD Health Statistics 2025.



Note: CT: Computer Tomography; MRI: Magnetic Resonance Imaging; PET: Positron Emission Tomography.

Source: OECD Health Statistics 2025.

Countries With The Best Health Care Systems

Rank	Country	Medical Infrastructure and Professionals	Medicine Availability and Cost	Government Readiness	Health Care Index (Overall)
1	Taiwan	87.16	83.59	82.3	78.72
2	South Korea	79.05	78.39	78.99	77.7
3	Australia	90.75	82.59	92.06	74.11
4	Canada	86.18	78.99	88.23	71.32
5	Sweden	78.77	74.88	74.18	70.73
6	Ireland	92.58	96.22	67.51	67.99
7	Netherlands	77.86	71.82	55.1	65.38
8	Germany	86.28	75.81	83.82	64.66
HOME LATEST TOPICS INVESTMENT CEOS COMPANIES					
11	Belgium	79.09	69.93	67.29	60.16
12	Switzerland	77.76	68.97	59.65	59.6
13	Japan	98.7	94.99	98.74	59.52
14	Singapore	76.39	67.47	71.33	57.96
15	United States	79.73	68.59	75.73	56.71
16	Austria	86.58	71.23	73.86	54.86
17	United Arab Emirates	78.93	66.04	60.94	52.3
18	Czech Republic	77.77	65.42	69.68	52.25
19	Finland	74.2	63.51	97.84	52.1
20	Portugal	68.21	60.36	55.08	51.99
21	New Zealand	73.53	62.22	74.19	50.15
22	Italy	98.3	75.25	83.54	49.58
23	Hong Kong	62.39	55.73	52.91	48.64
24	Denmark	82.67	66.15	81.98	48.54
25	France	69.37	59.16	66.11	48.27
26	Spain	96.87	86.79	98.21	48.13
27	United Kingdom	78.03	63.08	75.19	47.15
28	Greece	70.06	58.53	62.6	46.24

A World in Search of Resilient Healthcare: For CEOs, policymakers, and investors, healthcare is no longer just a public good, it is a core pillar of national competitiveness, economic stability, and human capital development.

The **2025 CEOWORLD Health Care Index** ranks 110 countries, offering a rare, data-rich lens into how nations are investing in healthcare infrastructure, medical talent, and government readiness.

At the top of this year's index is **Taiwan**, widely recognized for its high-performing system that balances efficiency, affordability, and accessibility. A single-payer system that ensures universal access while integrating cutting-edge digital tools, including national health insurance smart cards and AI-powered health data systems.


State of Health in the EU

Ελλάδα

Προφίλ Υγείας 2025

Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΤΑ ΚΑΙΡΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Πως μετρώνται οι εισροές και οι εκροές (παραγωγικότητα)??



Πως μετριέται η απόδοση του συστήματος Υγείας (αποτελεσματικότητα)??



Ποια είναι η σχέση δαπανών και απόδοσης (αποδοτικότητα)??

Οι βασικές έννοιες που μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε τους στόχους, και τη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι:

Επάρκεια



Αποτελεσματικότητα




Αποδοτικότητα




Αποδοχή των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων.

Επάρκεια είναι ο βαθμός που ανταποκρίνονται οι πόροι του συστήματος στις υγειονομικές ανάγκες και τη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού, σε σχέση με τους στόχους που έχουμε θέσει και περιλαμβάνει τις έννοιες της καταλληλότητας, προσπελασιμότητας, ισότητας, αποδοχής και δικαιοσύνης.



Αποδοτικότητα είναι η σχέση μεταξύ εισροών/ αποτελεσμάτων και εκροών, δηλαδή με ποια οικονομική επιβάρυνση, με ποιους χρησιμοποιούμενους πόρους και με ποια ποσότητα παραγωγικών συντελεστών επιτυγχάνονται κάποια αποτελέσματα.

Αποτελεσματικότητα είναι η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων που θέτει ο προγραμματισμός και των στόχων που τελικά επιτεύχθηκαν από την εφαρμογή.



Αποδοχή είναι η μέτρηση του βαθμού που οι πολίτες, οι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο κάνουν αποδεκτή μια ιατρική διαδικασία.

Σύστημα Υγείας:

Είναι ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται και χρησιμοποιούνται οι διαθέσιμοι πόροι στον τομέα της υγείας με σκοπό την πρόληψη, την κάλυψη των αναγκών και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

SYSTEM BUILDING BLOCKS

SERVICE DELIVERY

HEALTH WORKFORCE

HEALTH INFORMATION SYSTEMS

ACCESS TO ESSENTIAL MEDICINES

FINANCING

LEADERSHIP / GOVERNANCE

ACCESS
COVERAGE



QUALITY
SAFETY

OVERALL GOALS / OUTCOMES

IMPROVED HEALTH (LEVEL AND EQUITY)

RESPONSIVENESS

SOCIAL AND FINANCIAL RISK PROTECTION

IMPROVED EFFICIENCY

THE SIX BUILDING BLOCKS OF A HEALTH SYSTEM: AIMS AND DESIRABLE ATTRIBUTES

Ποιος πληρώνει; ποιος παρέχει; ποιος ελέγχει;



Χρηματοδότηση

Αφορά το πώς συγκεντρώνονται οι πόροι και πώς κατανομούνται στο σύστημα υγείας.



Παροχή

Αφορά το ποιος παρέχει τις υπηρεσίες υγείας και με ποια οργάνωση.



Ρύθμιση

Αφορά τους κανόνες, τον έλεγχο και τη διακυβέρνηση του συστήματος.

**ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΣΕ
ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ**

1. Χρηματοδότηση - συγκέντρωση και διαχείριση των οικονομικών πόρων μέσω φόρων, ασφαλιστικών εισφορών ή ιδιωτικών πληρωμών

2. Παροχή υπηρεσιών υγείας - προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς

3. Ρύθμιση και οργάνωση - θέσπιση κανόνων, ελέγχων και μηχανισμών εποπτείας που διασφαλίζουν την ορθή λειτουργία και διαφάνεια του συστήματος

4. Ποιότητα και ασφάλεια - συνεχής αξιολόγηση των υπηρεσιών, διασφάλιση υψηλών προτύπων φροντίδας και εφαρμογή πρακτικών που προστατεύουν τους ασθενείς

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

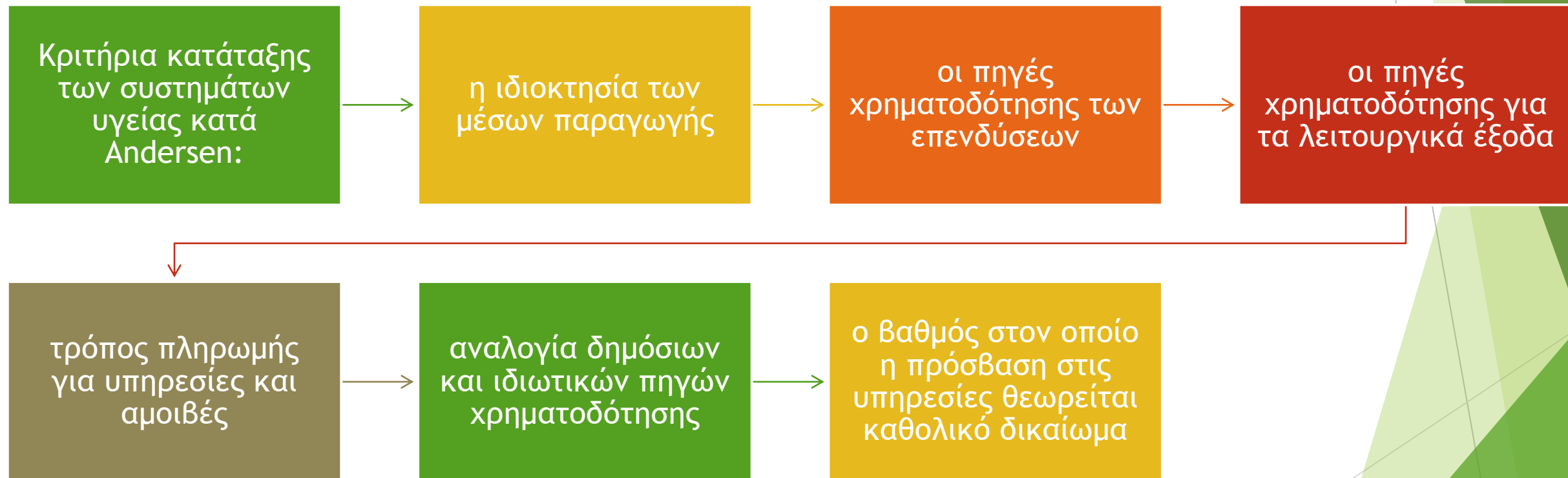
α) Τυπολογία των συστημάτων υγείας

β) Η ισοτιμία των συστημάτων υγείας

Η εξέλιξη της τυπολογίας των συστημάτων υγείας

- ▶ Η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας απασχόλησε τη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία 40 χρόνια
- ▶ Μέχρι το 1990, κατάταξη με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης
- ▶ Πρώτη διάκριση:
 - ▶ Συστήματα που βασίζονταν στη χρηματοδότηση από την Κοινωνική Ασφάλιση, κατά το πρότυπο του Otto von Bismarck το 1883 : αναπτύχθηκε στην κεντρική Ευρώπη και κύρια στη Γερμανία
- vs**
- ▶ Συστήματα που βασίζονταν στη χρηματοδότηση από τη Φορολογία, κατά το πρότυπο του William Henry Beveridge το 1942 : ανάπτυξη του NHS της Αγγλίας το 1947

Η εξέλιξη της τυπολογίας των συστημάτων υγείας



Η εξέλιξη της τυπολογίας των συστημάτων υγείας

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

- ▶ Οι διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγείας ξεπερνούν την παραδοσιακή διάκριση με βάση τη χρηματοδότηση.
- ▶ Κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα άρχισαν να εξαρτώνται όλο και περισσότερο από φορολογικά έσοδα, ενώ κρατικά συστήματα άρχισαν να χρησιμοποιούν τρόπους αμοιβής των παραγωγών πέρα από τους παραδοσιακούς μισθούς και αμοιβές κατά κεφαλήν.
- ▶ Συστήματα με παρόμοιους τρόπους χρηματοδότησης, αλλά διαφορετική διάρθρωση κινήτρων (αμοιβών) και οργάνωσης δείχνουν εντελώς διαφορετική συμπεριφορά και απόδοση.
- ▶ Πλέον, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ τα συστήματα υγείας ταξινομούνται με βάση τα θεσμικά τους χαρακτηριστικά (institutional characteristics). Η ταξινόμηση των χωρών στις διάφορες ομάδες με βάση: πολιτισμικές, ιστορικές και πολιτικοκοινωνικές συνιστώσες των διαφόρων χωρών και γεωγραφικά, πολιτισμικά κριτήρια.

Η ΙΣΟΤΙΜΙΑ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

“Από όλες τις μορφές ανισότητας, η αδικία στην υγεία είναι η πιο απωθητική και η πιο απάνθρωπη

Martin Luther King, Jr

Η ισοτιμία στο συστήματα υγείας ουσιαστικά εστιάζεται στην παροχή ίσων δικαιωμάτων στην υγεία για όλους τους πολίτες και απετέλεσε κεντρική επιδίωξη των κυβερνήσεων μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο



Τα συστήματα υγείας θεωρούνται ως ένας από τους αποτελεσματικότερους μηχανισμούς αναδιανομής εισοδήματος και ευκαιριών:

μεταξύ εισοδηματικών
κατηγοριών,

μεταξύ περιφερειών
και

μεταξύ γενεών.

Η Ισοτιμία στην Υγεία

Κατά τον ΠΟΥ, η Ισοτιμία μαζί με την προστασία και προαγωγή της υγείας, είναι οι δύο κύριοι σκοποί του συστήματος υγείας επειδή:

- η υγεία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δαπανηρή έως και καταστροφική για το εισόδημα του ατόμου ή της οικογένειας.
- η αρρώστια και η ανάγκη περίθαλψης θέτουν σε απειλή την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του ατόμου και τη δυνατότητά του να ελέγξει την κατάσταση που τον απειλεί.

Η ισοτιμία ως έννοια και ως ζητούμενο προκύπτει από το νόμο της σπανιότητας των πόρων: και στο χώρο της υγείας γίνονται πάντα ορισμένες επιλογές, αφού, εξ' ορισμού, οι ανάγκες πάντα είναι περισσότερες από τις δυνατότητες της οικονομίας

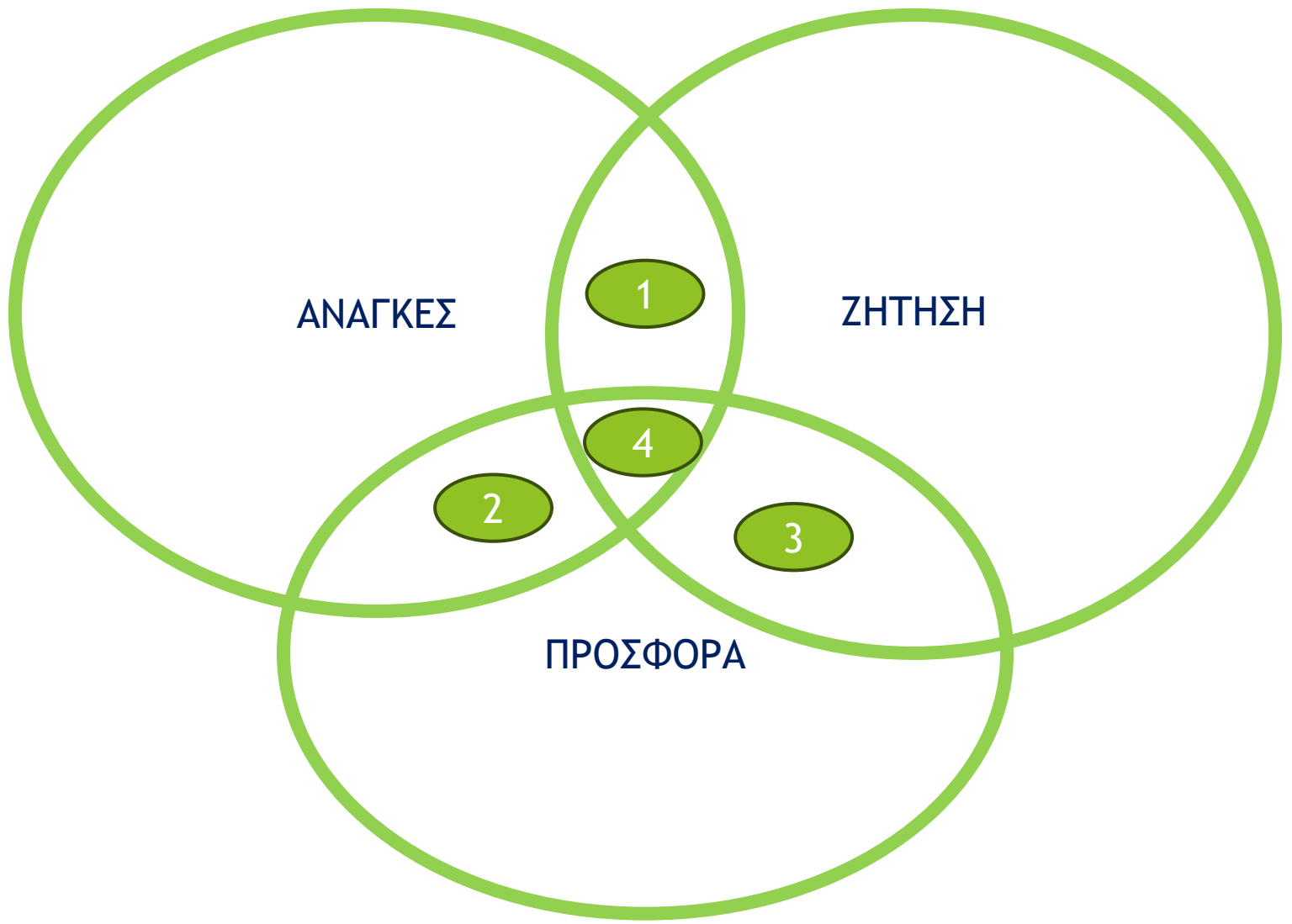
Η ισοτιμία εμπεριέχει και την έννοια της δικαιοσύνης και διαφέρει από την έννοια της ισότητας που έχει να κάνει με τα ίσα

Η Ισοτιμία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

«Ελεγχόμενη διανομή» (rationing), δηλαδή ο καθορισμός του ποιος έχει το δικαίωμα σε κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις και σε πόσες. Η ελεγχόμενη διανομή απευθύνεται στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και αναφέρεται στις πολιτικές συγκράτησης του κόστους μέσω του ελέγχου της ζήτησης.



Η δεύτερη έννοια της ισοτιμίας στην πρόσβαση, αφορά στις προτεραιότητες του συστήματος (priority - setting), δηλαδή στην απόφαση σχετικά με τον καθορισμό κάποιου “πακέτου” υπηρεσιών που το σύστημα καλύπτει κατά προτεραιότητα. Με την έννοια αυτή οι προτεραιότητες αναφέρονται στην πλευρά της προσφοράς.



Ισοτιμία στην Οικονομική Επιβάρυνση

- ▶ Εξαρτάται από τις πηγές χρηματοδότησης (ομάδες πληθυσμού) από τις οποίες αντλούνται τα έσοδα του συστήματος υγείας. Όσο μεγαλύτερη είναι η ομάδα και όσο περισσότερο ταυτίζεται η χρηματοδότηση με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, τόσο μεγαλύτερη είναι η ισοτιμία

Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας κατά φθίνουσα σειρά ισοτιμίας

ΠΗΓΕΣ	ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΒΑΣΗ (Επίπτωση επιβάρυνσης)
Άμεση φορολογία	Πληρώνουν όλοι όσοι έχουν εισόδημα, πάνω από κάποιο όριο, το οποίο υπάγεται σε φορολογία
Κοινωνική Ασφάλιση	Πληρώνουν μόνο όσοι εργάζονται, συνήθως με κάποιο όριο ασφαλιζόμενου ποσού
Έμμεση φορολογία	Πληρώνουν όσοι καταναλώνουν αγαθά και υπηρεσίες. Η επιβάρυνση είναι μεγαλύτερη (αναλογικά) για τα χαμηλά εισοδήματα
Ιδιωτική Ασφάλιση	Πληρώνουν όσοι επιθυμούν πρόσθετη ή καλύτερη κάλυψη
Ιδιωτικές δαπάνες	Πληρώνουν όσοι επιθυμούν, αλλά και όσοι δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη

Υγεία και Ανισότητα

Το εθνικό εισόδημα (ΑΕΠ) καθορίζει το γενικό επίπεδο υγείας, στις αναπτυσσόμενες χώρες, που βρίσκονται στο στάδιο της επιδημιολογικής μετάβασης. Καθώς το εισόδημα σε μία χώρα αυξάνει, παρατηρείται ανάπτυξη μέτρων και όρων δημόσιας υγείας, βελτίωση διατροφής, όρων και συνθηκών απασχόλησης, εκπαίδευσης, περιβάλλοντος κλπ.

Στις αναπτυγμένες χώρες, με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, το ατομικό εισόδημα καθορίζει το προσωπικό επίπεδο υγείας λόγω καλύτερης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Σημασία όμως έχει όχι το απόλυτο επίπεδο του εισοδήματος, αλλά το επίπεδο της εισοδηματικής ανισότητας σε κάθε χώρα.

Τα οργανωτικά χαρακτηριστικά των διαφόρων συστημάτων υγείας

Ο βαθμός της ισοτιμίας στη χρηματοδότηση και στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.

Η έκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού με βάση τους πόρους που διατίθενται (δαπάνες, ανθρώπινοι πόροι, τεχνολογία κλπ).

Το είδος των υπηρεσιών υγείας στις οποίες δίνει έμφαση το σύστημα.

Η σχέση μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και ασφάλισης.

Οι βαθμοί ελευθερίας επιλογών για χρήστες και παραγωγούς υπηρεσιών.

Η αποτελεσματικότητα του συστήματος, όπως φαίνεται από το επίπεδο υγείας

Η αποδοτικότητα του συστήματος: Πόσο κοστίζει στην οικονομία και στην κοινωνία



Mentimeter: QUIZ

<https://www.mentimeter.com/app/presentation/als4ckvxcy22qfb1jd3wqad11f1xx9qg/edit?question=dueije4qvepk>

Μορφές Συστημάτων Υγείας

Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε τρία πρότυπα οργάνωσης:

ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ («Ελεύθερο» ή «Φιλελεύθερο Μοντέλο»)

ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Κρατικό ή Εθνικό Μοντέλο)

ΜΙΚΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ιδιωτικό Σύστημα

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

- Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών
- Λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με την μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση
- Κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας - η υγειονομική κάλυψη είναι προσωπική επιλογή του καθενός
- Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παραγωγής, οι τιμές κλπ καθορίζονται με βάση την προσφορά και ζήτηση
- Το σύστημα εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής

Στην απόλυτη μορφή του δεν συνίσταται πουθενά, πλησιέστερος εκπρόσωπος του προτύπου είναι οι ΗΠΑ : το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών ανήκει στην ιδιωτική πρωτοβουλία ενώ το κράτος παρεμβαίνει και καλύπτει τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους με υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα προγράμματα Medicaid και Medicare.

Health Insurance

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit,
to eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua



ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ

Εισαγωγή στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ

- ▶ Το υγειονομικό σύστημα των Ηνωμένων Πολιτειών (ΗΠΑ) αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα, ακριβά και πολυσυζητημένα συστήματα υγείας διεθνώς. Σε αντίθεση με πολλές άλλες χώρες υψηλού εισοδήματος, οι ΗΠΑ δεν διαθέτουν ένα ενιαίο, καθολικό εθνικό σύστημα υγείας· αντίθετα, λειτουργούν μέσω ενός μικτού μοντέλου όπου ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει κεντρικό ρόλο και ο δημόσιος τομέας λειτουργεί συμπληρωματικά.

Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα

Το αμερικανικό σύστημα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία είναι συχνά συνδεδεμένη με την εργασία.

- ▶ Φορολογική μεταχείριση εργοδοτικών εισφορών

Ένα κρίσιμο χαρακτηριστικό είναι ότι:

Οι εισφορές των εργοδοτών σε ασφαλιστικά προγράμματα υγείας δεν θεωρούνται φορολογητέο εισόδημα για τον εργαζόμενο.

Αυτό λειτουργεί σαν:

- ▶ μεγάλη φορολογική επιδότηση,
- ▶ οικονομικό κίνητρο για εργοδότες & εργαζόμενους.

Κύρια Ομοσπονδιακή Δομή - Department of Health and Human Services (HHS)

Ο βασικός ομοσπονδιακός οργανισμός υπεύθυνος για την υγεία είναι το Υπουργείο Υπηρεσιών Υγείας και Ανθρωπίνων Πόρων (HHS). Το HHS εποπτεύει κρίσιμους οργανισμούς, όπως:

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

Διαχειρίζονται τα προγράμματα Medicare και Medicaid.

National Institutes of Health (NIH)

Ο σημαντικότερος δημόσιος φορέας βιοϊατρικής έρευνας.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Ομοσπονδιακή αρχή για τη δημόσια υγεία και την πρόληψη.

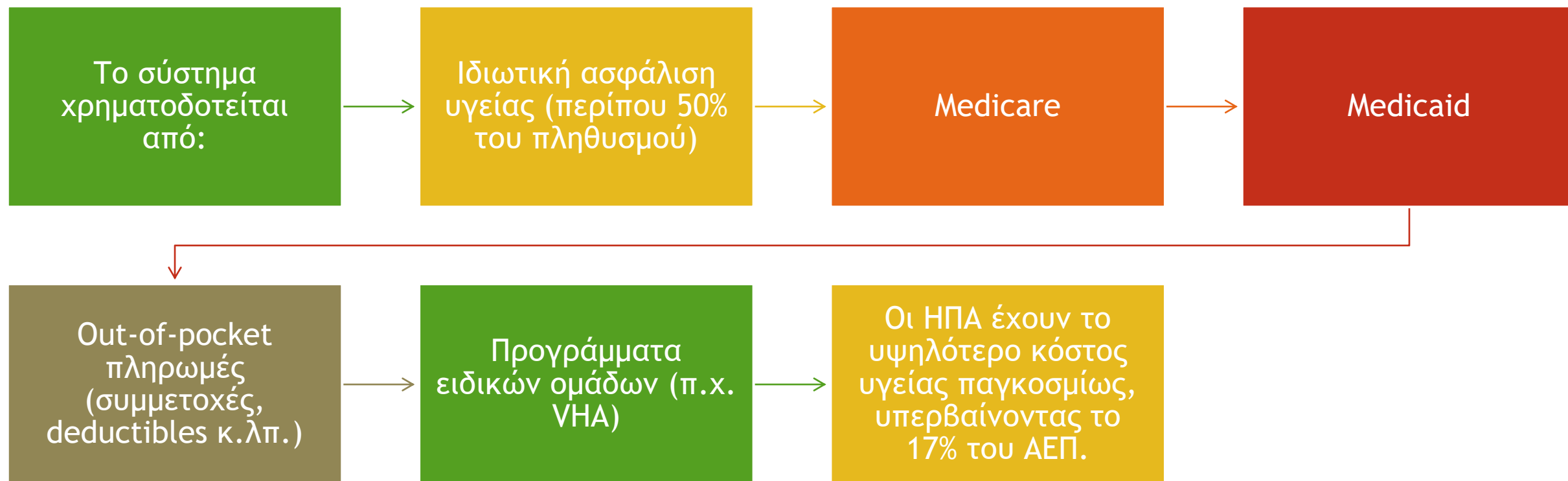
Food and Drug Administration (FDA)

Ρυθμιστικός οργανισμός για τρόφιμα, φάρμακα, συσκευές κ.λπ.

Veterans Health Administration (VHA)

Παροχή φροντίδας σε βετεράνους.

Δομή χρηματοδότησης του συστήματος



Δημόσιο Σύστημα

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

- Βασίζεται στην *κοινωνική αλληλεγγύη* μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικο - οικονομική κατάσταση
- *Αυξημένη κρατική παρέμβαση*: το κράτος εγγυάται ένα μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες παρεμβαίνοντας καταλυτικά σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος
- Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και σε ιδιώτες

Υποδιαιρείται σε δυο υποσυστήματα :

α) Σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την *κοινωνική ασφάλιση* (Μοντέλο Bismarck)

β) Σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον *κρατικό προϋπολογισμό* (Μοντέλο Beveridge)

Δημόσιο Σύστημα - Μοντέλο Bismarck



The Bismarck Model

EDITABLE STROKE

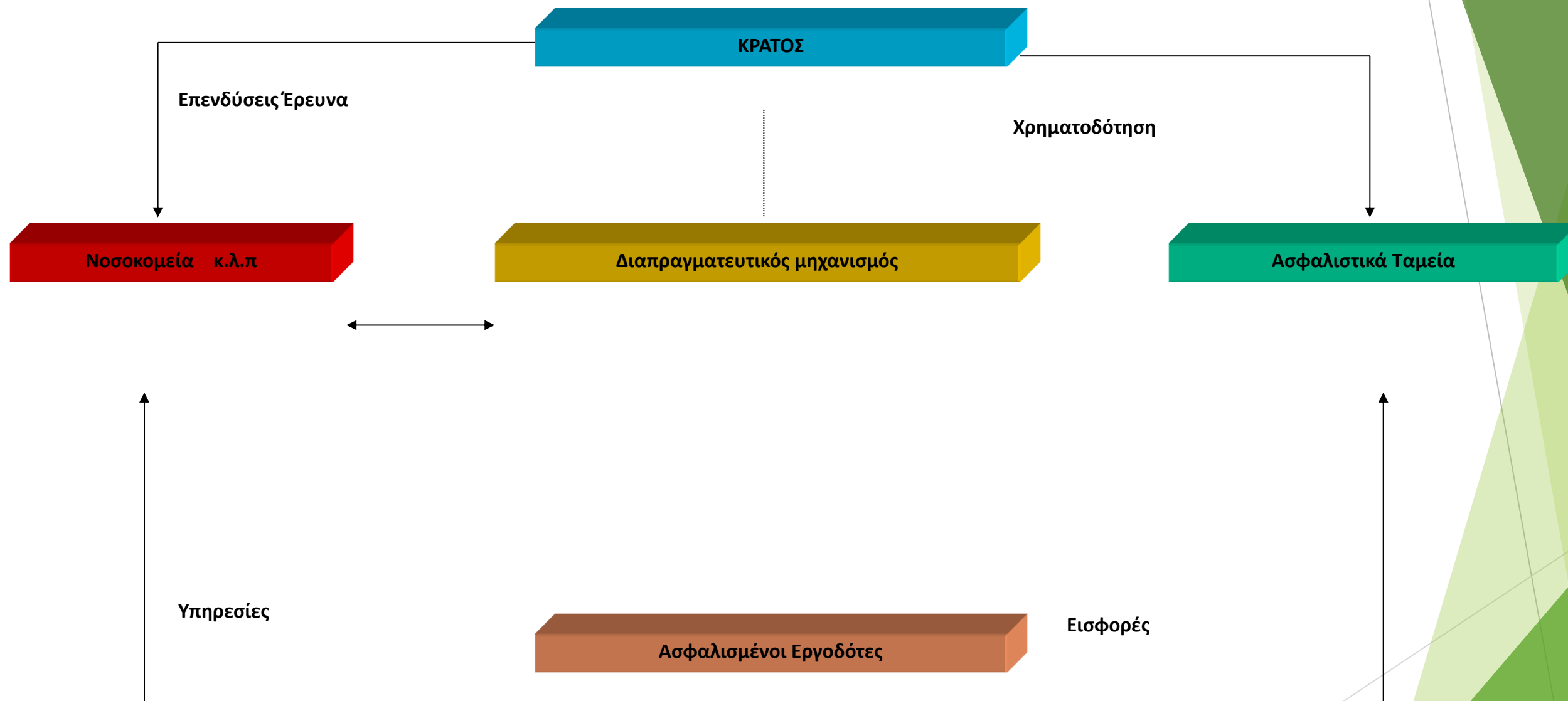
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

- ❑ Κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία μέσω των εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα
- ❑ Ύπαρξη πολλών αυτόνομων ταμείων που καλύπτουν ομοειδείς επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων με διαφορετικό ύψος εισφορών και άρα με διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις από ταμείο σε ταμείο
- ❑ Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στα ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιώτες
- ❑ Τονίζει το ατομικό δικαίωμα του καθενός να αναζητήσει μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, πληρώνοντας συγχρόνως και το απαιτούμενο χρηματικό ποσό χρημάτων (εισφορές)

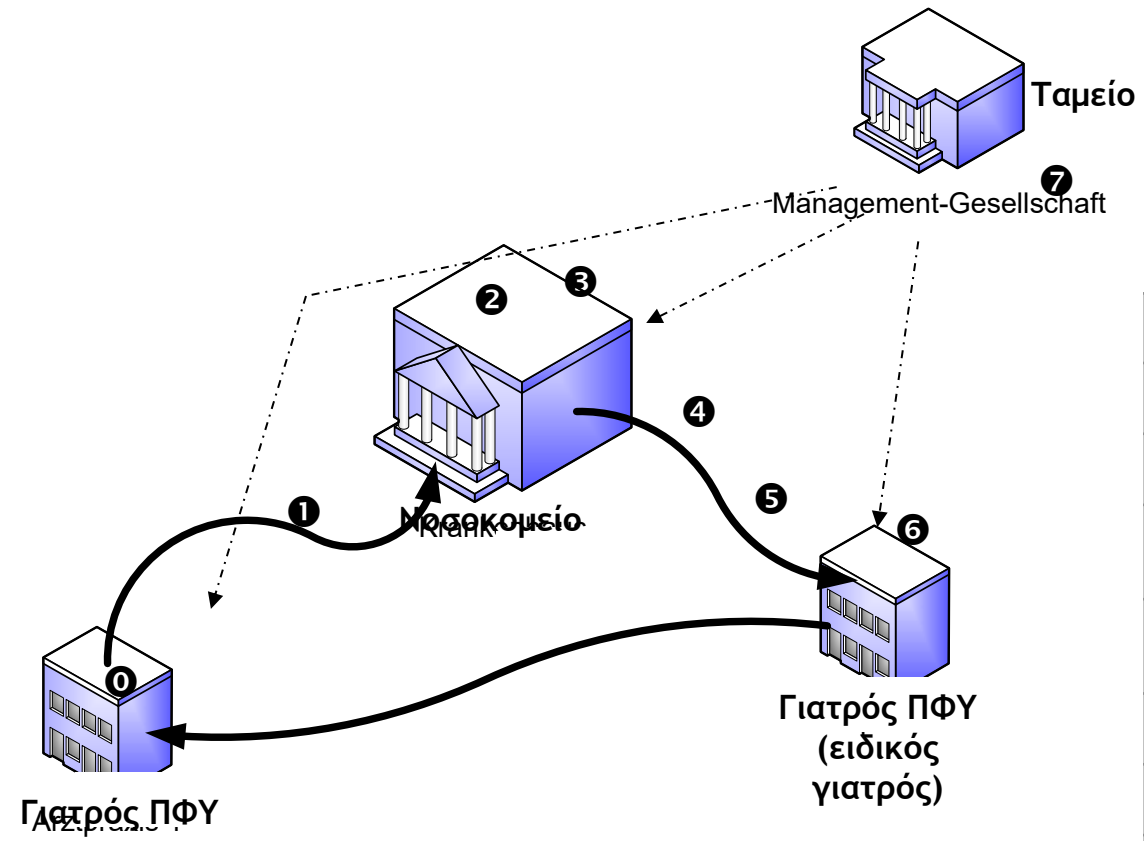
Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα του μοντέλου αυτού είναι η Γερμανία και η Γαλλία

Η ευρωπαϊκή εμπειρία έχει δείξει ότι τα συστήματα αυτά έχουν ένα σχετικά υψηλότερο οικονομικό κόστος από όσα χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

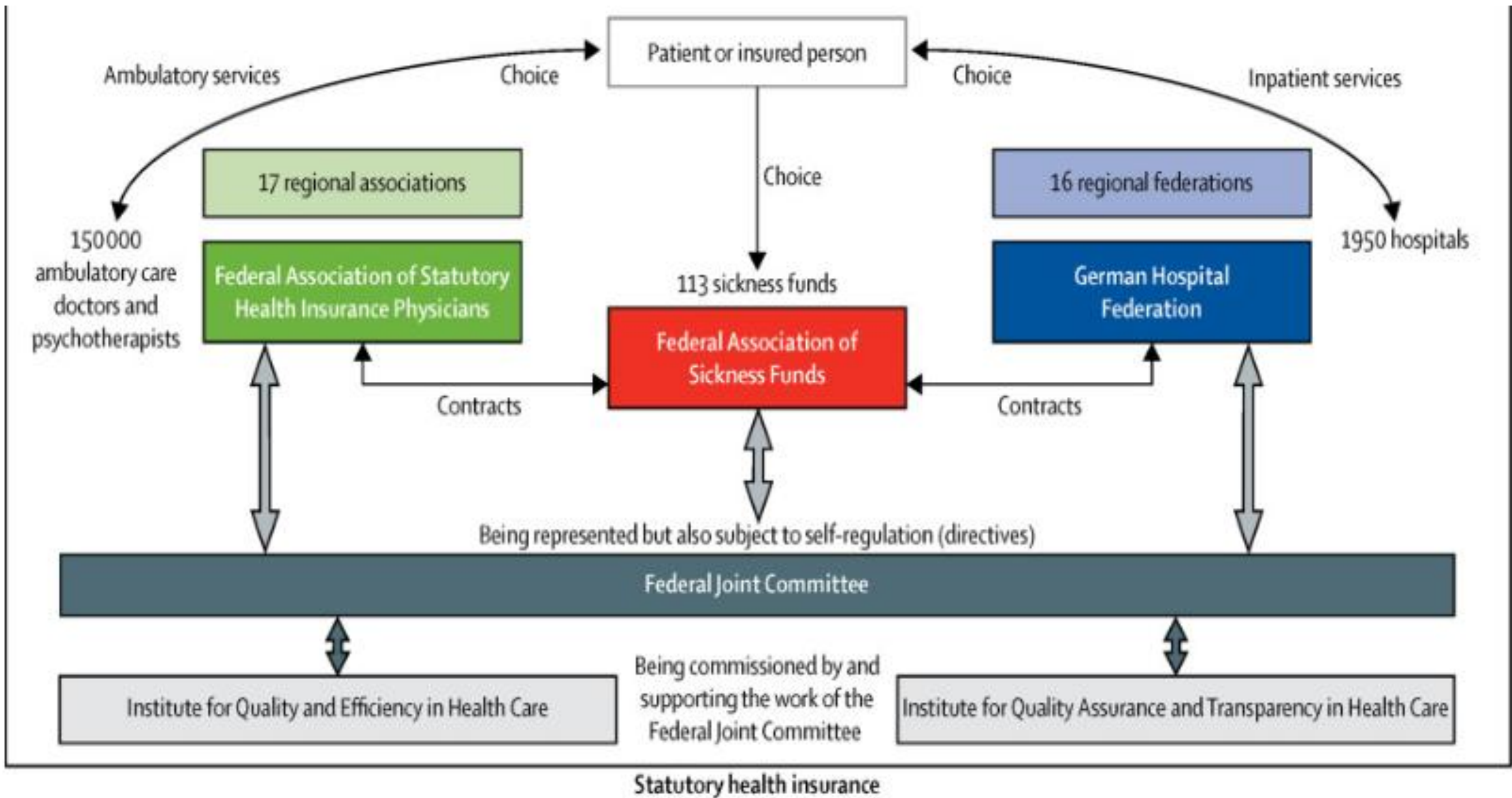
Bismarck / Insurance Model



ΓΕΡΜΑΝΙΑ



0	Γιατρός ΠΦΥ
1	Εισαγωγή στο Νοσοκομείο
2	Διαδικασία Εισαγωγής
3	Νοσοκομειακή φροντίδα Κέντρα κόστους
4	Διαδικασία Εξόδου από το Νοσοκομείο
5	Ιατρικός φάκελος έξοδος
6	Γιατρός ΠΦΥ
7	Ταμείο: Κεντρικός διαχειριστικός και λογιστικός έλεγχος



ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Ακριβό σύστημα για το κράτος και τους πολίτες.



Μεγάλες ανισότητες μεταξύ ταμείων και κοινωνικών ομάδων .



Πολυπλοκότητα και υψηλή διοικητική δαπάνη.

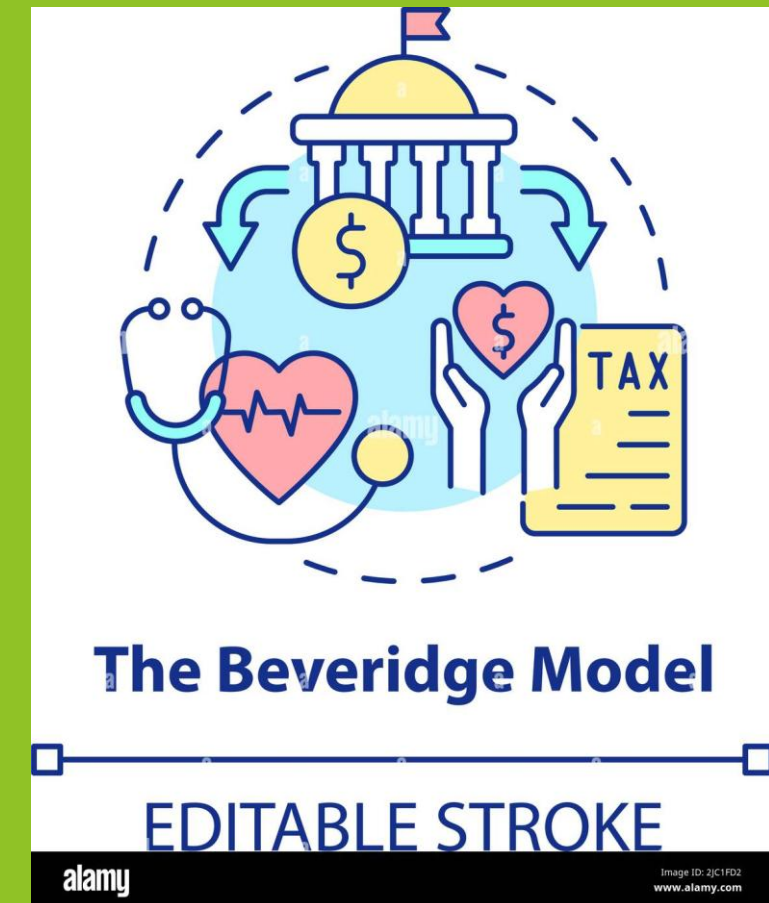


Ισχυρή εξάρτηση από την απασχόληση (μολονότι σήμερα έχει αμβλυνθεί).

Δημόσιο Σύστημα - Μοντέλο Beveridge



- ▶ **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:**
- ▶ Βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα, τονίζοντας έτσι την υποχρέωση των κρατικών αρχών να εγγυώνται την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας
- ▶ Η χρηματοδότηση προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) ή/και από τους προϋπολογισμούς των τοπικών κυβερνήσεων (τοπική φορολογία)
- ▶ Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν κατά κανόνα στο κράτος

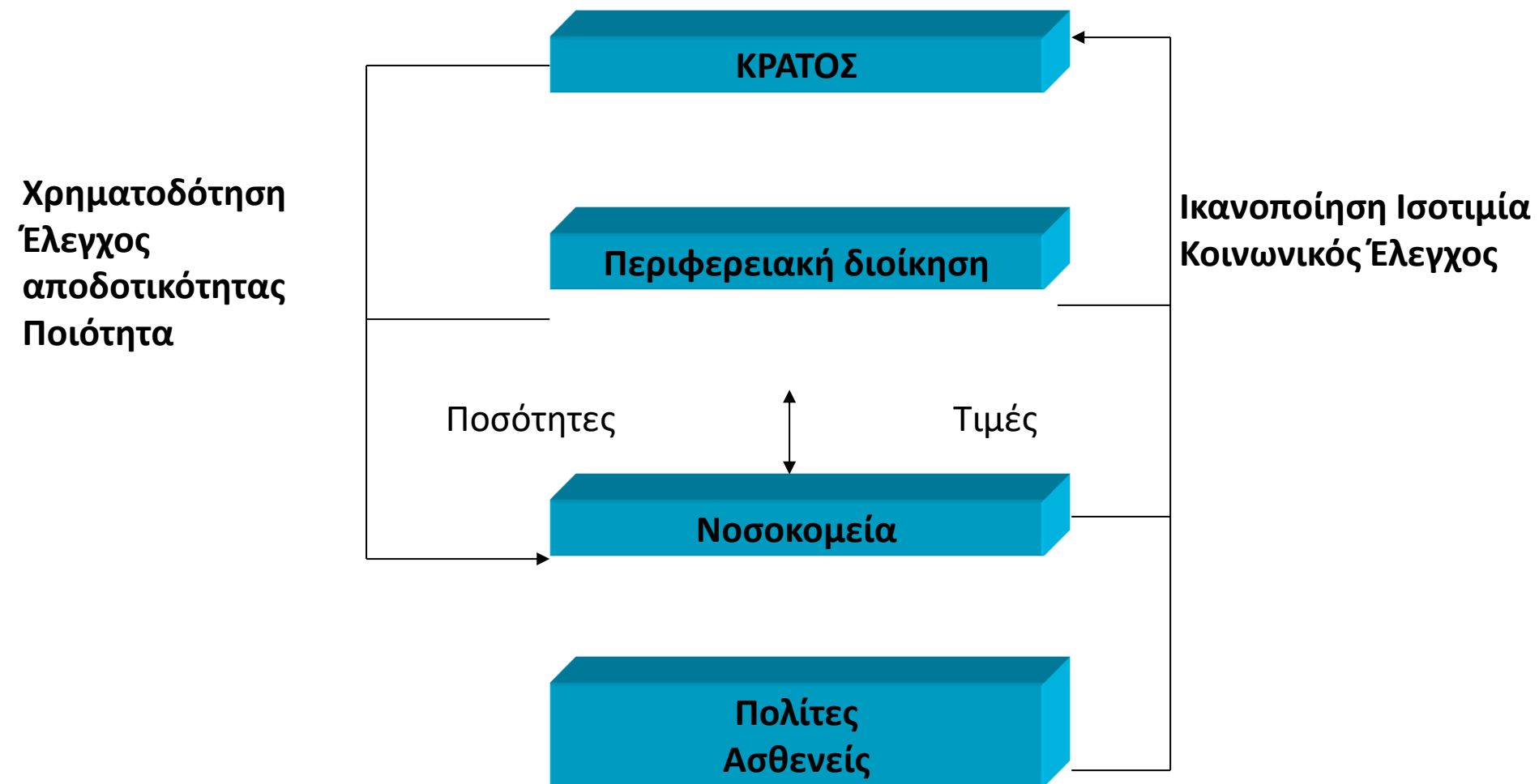


Το μοντέλο Beveridge

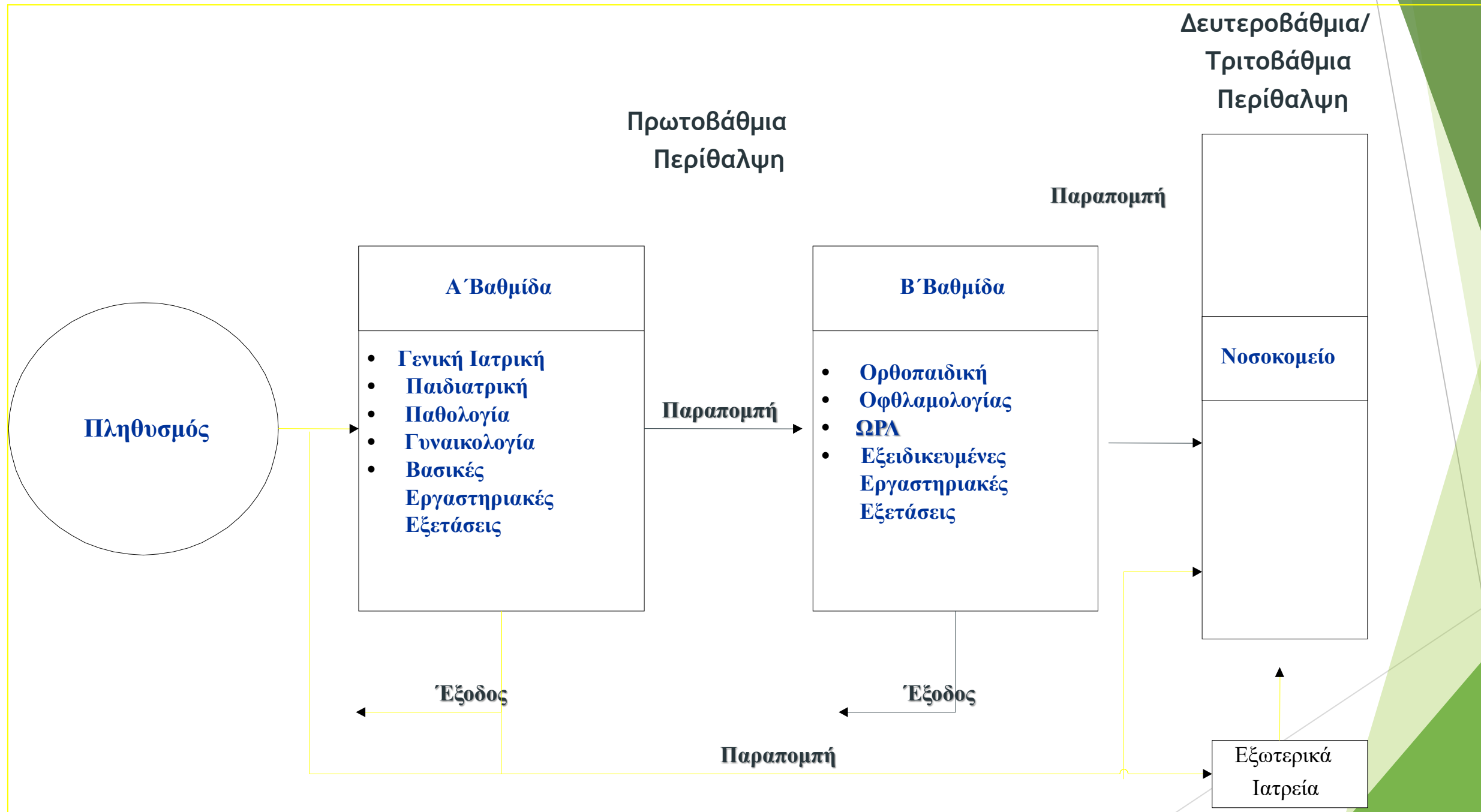
Είναι ένα από τα βασικά πρότυπα οργάνωσης κοινωνικής πρόνοιας και συστήματος υγείας, βασισμένο στις αρχές που πρότεινε ο William Beveridge που ιδρύθηκε αρχικά στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1942.

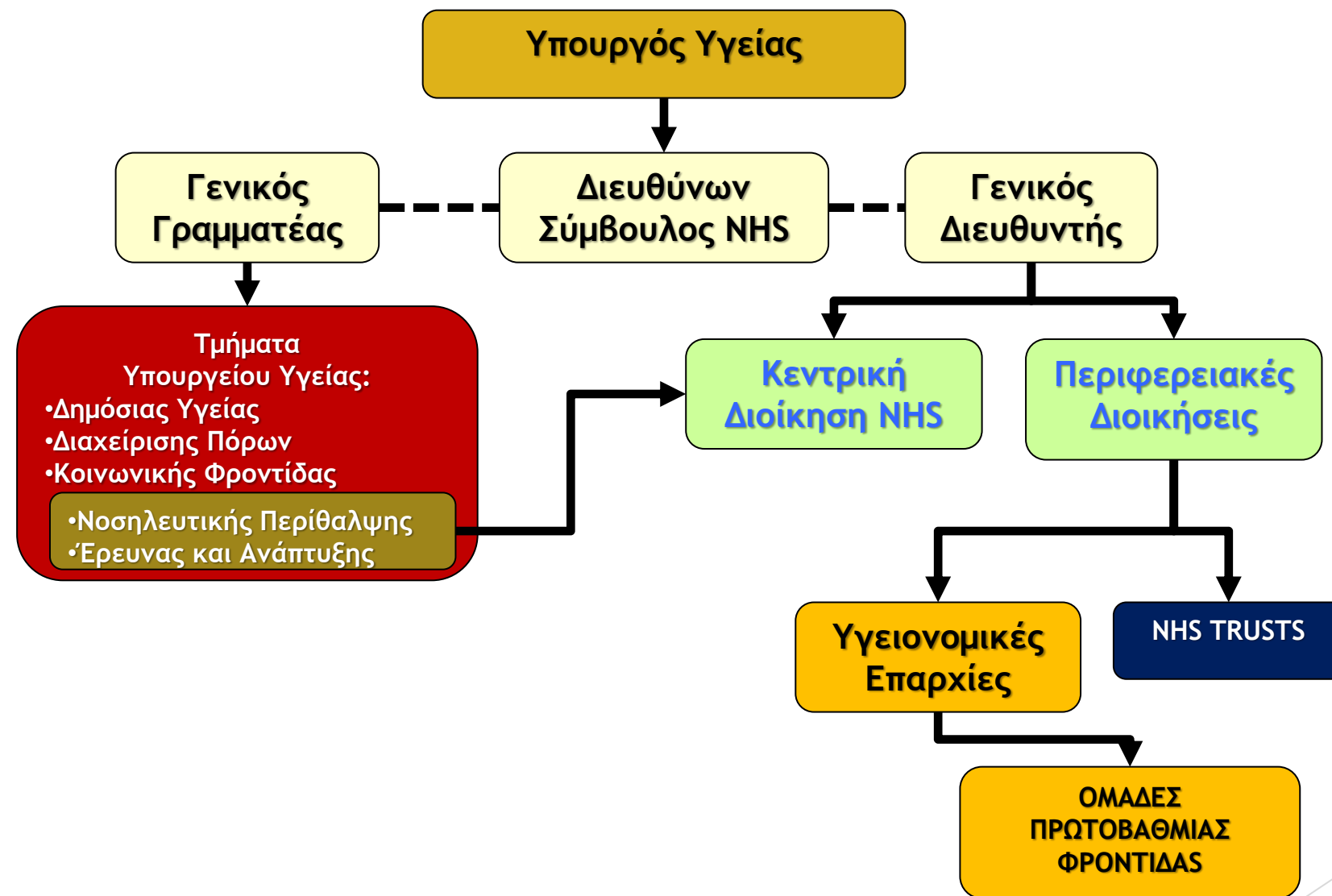
- ▶ Το μοντέλο Beveridge τονίζει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα και δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
- ▶ Στην Ευρώπη, το συγκεκριμένο μοντέλο υπάρχει σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιταλία, η Ιρλανδία, η Δανία, η Σουηδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Φινλανδία, η Κύπρος και άλλες. Αυτές οι χώρες χαρακτηρίζονται από δημόσια χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας, με μεγάλο βαθμό ισότητας και αποδοτικότητας στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού.

Beveridge model



Δομή του συστήματος:





ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Μεγάλες λίστες αναμονής.



Γραφειοκρατία και βραδύτητα στη λήψη αποφάσεων.




Περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρών σε κάποιες χώρες.














Λίγοι πόροι και υποχρηματοδότηση σε περιόδους κρίσης.

NHS loses Health Care Crown

Ranking of high-income countries according to health care system performance in 2021*



1.	 Norway	↗ +3
2.	 Netherlands	↗ +1
3.	 Australia	↘ -1
4.	 United Kingdom	↘ -3
5.	 Germany	↗ +3
6.	 New Zealand	↘ -2
7.	 Sweden	↘ -1
8.	 France	↗ +2
9.	 Switzerland	↘ -3
10.	 Canada	↘ -1
11.	 United States	→ 0

* According to access to care, care process, administrative efficiency, equity and health care outcomes

Source: Commonwealth Fund



ΔΙΑΦΟΡΕΣ

BEVERIDGE

- ▶ Βασίζεται στη δημόσια χρηματοδότηση μέσω φόρων και στην καθολική δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας
- ▶ Εστιάζει στην κάλυψη των αναγκών και της κοινωνικής ζωής

BISMARCK

- ▶ εστιάζει στην κοινωνική ασφάλιση μέσω εισφορών
- ▶ Εστιάζει στην κάλυψη της ζήτησης



ΜΙΚΤΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Είναι συστήματα υγείας τα οποία συνδυάζουν χρηματοδότηση από φόρους και εισφορές, παροχή από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, δηλαδή ούτε καθαρό Beveridge ούτε Bismarck.

Οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτύξει διάφορες ειδικές παραλλαγές των βασικών μοντέλων υγείας, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά η κάθε χώρα.

Μικτά Συστήματα Περίθαλψης

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ :

- Αποτελούν την ενδιάμεση μορφή του ιδιωτικού και του δημόσιου μοντέλου
- Υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι τις ανάγκες υγείας που έχει
- Σημαντική είναι η κρατική παρέμβαση που γίνεται τόσο σε κεντρικό επίπεδο και καθορίζει την στρατηγική, όσο και σε επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης. Επίσης, το κράτος συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης διασφαλίζοντας στον πληθυσμό ένα μίνιμουμ υπηρεσιών υγείας
- Υπάρχει μεγάλη ποικιλία σε ότι αφορά το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών, τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, την εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών
- Τα περισσότερα έχουν καταφέρει να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, μέσα σε συνθήκες ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης

Τα μοντέλα αυτά τα συναντάμε σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες (και το ελληνικό)

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Υψηλή ιδιωτική
δαπάνη.

Ανομοιογενής
ποιότητα υπηρεσιών.

Διπλό σύστημα
σημαίνει
πολυπλοκότητα,
γραφειοκρατία,
επικαλύψεις.

Μπορεί να
δημιουργούνται
ανισότητες
πρόσβασης (δημόσιο
vs ιδιωτικό).

Πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας

Πηγές χρηματοδότησης	Μορφές συστημάτων υγείας	«Ιδιωτικό» Η.Π.Α.	ΔΗΜΟΣΙΟ	
			Μοντέλο Beveridge (Μ. Βρετανία)	Μοντέλο Bismark (Γερμανία)
Κρατικός Προϋπολογισμός (Άμεσοι + έμμεσοι φόροι)		•	●	•
Κοινωνική ασφάλιση (Εργοδότες - εργαζόμενοι)		•	•	●
Ιδιωτική ασφάλιση (Οργανωμένοι Ιδιωτικοί φορείς)		●	•	•
Ατομικό εισόδημα του ασθενή (Ίδιοι πόροι)		•	•	•

● Υψηλή συμμετοχή ● Μέτρια συμμετοχή • Μικρή συμμετοχή

Κατάταξη Συστημάτων Υγείας, ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιαπωνία, Λουξεμβούργο	<ul style="list-style-type: none">• Χρηματοδότηση από Κοινωνική Ασφάλιση.• Συμμετοχή δημόσιων & ιδιωτικών φορέων στη παραγωγή υπηρεσιών υγείας.
Δανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ισλανδία, Ισπανία, Μεγ. Βρετανία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Σουηδία, Φινλανδία	<ul style="list-style-type: none">• Χρηματοδότηση από την φορολογία.• Παραγωγή υπηρεσιών υγείας κατά κύριο λόγο από δημόσιους φορείς.
Καναδάς	<ul style="list-style-type: none">• Χρηματοδότηση, κυρίως, από φορολογία.• Παραγωγή υπηρεσιών υγείας κατά κύριο λόγο από δημόσιους φορείς.
Η.Π.Α. & Ελβετία	<ul style="list-style-type: none">• Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση.• Παραγωγή υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς φορείς.



Universal coverage with single-payer system

Everyone is covered by a national health-care plan that is fully funded by the government, the "single payer."



Universal coverage with multi-payer system

Everyone is covered under a national health system that has competing insurers, with private options available for those who can afford them.



Multi-payer system with no universal coverage

Not everyone has coverage. Those who do have insurance are covered either through specialized government programs or private insurers.



No national health-care infrastructure (fully out of pocket)

No government options exist to offer people coverage. Individual care providers and aid organizations offer specific health services, but access is limited.

Συγκριτική Αξιολόγηση

Διαφορές Συστημάτων Υγείας Ευρώπης - ΗΠΑ

ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΗΠΑ
Σχεδόν καθολική κάλυψη ανεξαρτήτως συστήματος	Απουσία καθολικής κάλυψης
Σχεδόν Ισοτιμία	Ανισότητες στην πρόσβαση ανάλογη της ασφάλισης του πολίτη
Ισχυρός ρόλος κράτους	Πολυδιάσπαση : ιδιωτικές ασφαλιστικές + κρατικά προγράμματα
Χαμηλότερο Κόστος	Πολύ υψηλό κόστος
Χρηματοδότηση από φορείς / εισφορές	Ιδιωτική Ασφάλιση

Συγκριτική Αξιολόγηση

Ομοιότητες Συστημάτων Υγείας Ευρώπης - ΗΠΑ



- ▶ Συνύπαρξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα
- ▶ Έμφαση στην πρωτοβάθμια υγεία
- ▶ Χρήση προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας με σύγχρονες θεραπείες
- ▶ Κεντρικός Στόχος πρόληψη, κάλυψη αναγκών, βελτίωση ποιότητας ζωής
- ▶ Ύπαρξη ατόμων με διαφορετικές ανάγκες

Συγκριτική Αξιολόγηση

Σύμφωνα με τα παραπάνω συμπεράσματα εμφανίζονται αποτελεσματικότερα τα συστήματα της Ευρώπης ή ΗΠΑ;

Σχεδόν καθολική κάλυψη

Χαμηλότερο κόστος



Μικρότερες Ανισότητες

Καλύτερη οργάνωση με πιο δυνατή πρωτοβάθμια υγεία

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Καμία χώρα δεν μπορεί να υποστηρίξει ότι το δικό της σύστημα υγείας **είναι τέλειο**. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις που γίνονται σε διαφορετικές χώρες δείχνουν ότι περιθώρια υπάρχουν έτσι ώστε το ένα κράτος να μάθει από τις διαφορετικές εμπειρίες του άλλου.

Το σύστημα υγείας **το οποίο ικανοποιεί** όλες τις ανάγκες δεν υπάρχει.

Όλα τα συστήματα υγείας έχουν **δομικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα** τα οποία οδηγούν σε σύγκρουση τους διαφορετικούς στόχους και επιδιώξεις.

Η μελέτη όμως των διεθνών εμπειριών παρέχει την ευκαιρία της γνωριμίας και της κατανόησης των διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων που υπάρχουν.



Thank You for Your Attention!



by ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ

Επόμενο μάθημα:
Παρασκευή 24 Απριλίου 08.30-12.30





Μέχρι τότε να προσέχετε τον εαυτό σας!