



Διπλωματική Εργασία

**«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ»**

της ΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΟΥ ΠΑΡΘΕΝΑΣ

του Σταύρου

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Δημόσια Διοίκηση

Φεβρουάριος 2017

Ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται η φοίτηση μου στον πρώτο κύκλο μεταπτυχιακών σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση της σχολής Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονία. Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους αυτούς τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην λειτουργία του προγράμματος, ιδιαίτερα στους διδάσκοντες καθηγητές για την εμπειρία και τις γνώσεις που μας μετέδωσαν.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Μιχαήλ Δημήτριο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αλλά και την υποστήριξη που μου παρείχε μέσα από τις παρατηρήσεις του.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς το Επιστημονικό Συμβούλιο και την Διεύθυνση της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Άγιος Παύλος για την συμβολή τους σε αυτή την προσπάθεια μου.

Στις φίλες μου Αναστασία, Τάνια και Μαρία που με στήριξαν με τη διακριτική παρουσία τους. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις συναδέλφους μου, την Κατερίνα και την Ελπίδα, για τις εποικοδομητικές συζητήσεις και παρατηρήσεις τους. Για την υποστηρικτική παρουσία τους.

Στην οικογένεια μου που με στήριξε, αφιερώνω αυτή την εργασία και ιδιαίτερα στη μητέρα μου που υπέμεινε την απουσία μου.

**Αφιερώνεται στη μνήμη του πατέρα μου που έφυγε
τόσο γρήγορα...**

Περίληψη

Οι κοινωνικές συνθήκες που βιώνει η χώρα έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για παροχές υπηρεσιών υγείας από τις δημόσιες δομές υγείας. Η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας είναι επιτακτική ανάγκη προκειμένου να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας των πολιτών. Βασική προϋπόθεση είναι η διαθεσιμότητα πόρων τόσο υλικών-οικονομικών όσο και ανθρώπινων. Η οργάνωση και η διαχείριση του συστήματος υγείας βρίσκεται στο προσκήνιο καθώς ο τομέας υγείας απορροφά σημαντικό μερίδιο του ΑΕΠ της χώρας και η διαχείριση των δαπανών για την υγεία είναι μια πρόκληση. Η ισορροπία ανάμεσα σε μια δημοσιονομική πειθαρχία που επιβάλλεται από το διεθνές περιβάλλον και η ιδιαιτερότητα της ελληνικής κοινωνίας που ζει στα όρια της φτώχειας με την δραματική αύξηση της ανεργίας είναι το κοινωνικό ζητούμενο.

Η υιοθέτηση καλών πρακτικών από άλλες χώρες της Ευρωζώνης στην αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης και η γνώση που μπορεί να προκύψει από την εμπειρία των μεταρρυθμίσεων που έχουν εφαρμόσει, με τρόπο εποικοδομητικό, μπορεί να συμβάλλει στην επίτευξη στόχων για την υπέρβαση της «κρίσης» στον υγειονομικό τομέα. Οι αποφάσεις και οι δράσεις των φορέων χάραξης πολιτικών υγείας οφείλουν να ενστερνισθούν τις ανάγκες μιας κοινωνίας που ζει σε ακραίες συνθήκες στέρησης. Η διαφύλαξη του αγαθού της υγείας είναι δικαίωμα που αποτελεί βασικό αξίωμα για την συνέχεια μιας κοινωνίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Υγεία εν γένει	8
1.1 Υγεία και υπηρεσίες υγείας	8
1.2 Συστήματα Υγείας	11
1.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα	12
1.4 Αποδοτικότητα και υπηρεσίες υγείας	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οικονομική κρίση και Υγεία	18
2.1 Υγεία και οικονομική κρίση	18
2.2 Οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών	21
2.3 Οι επιπτώσεις στο εθνικό σύστημα υγείας	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Μελέτη περίπτωσης. Η Γαλλία	30
3.1 Το σύστημα υγείας στη Γαλλία	30
3.2 Η κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία	33
3.3 Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την περίθαλψη	37
3.4 Η αντίδραση στην κρίση	40
3.5 Διδάγματα από τη Γαλλία	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συμπεράσματα	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	60
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	76

Εισαγωγή

Η Ελλάδα έχει επηρεαστεί έντονα από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, με ευρείες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Η χώρα λειτουργεί μέσα σε σοβαρά στενά δημοσιονομικά όρια και εξακολουθεί να υφίσταται μια διαδικασία αλλαγών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, όπου σε μεγάλο βαθμό καθοδηγείται από τους όρους της σύμβαση του δανείου με την Τρόικα και του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής (Economou, et.al., 2015).

Η αναφορά στο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα το οποίο έχει ήδη συσσωρευμένα προβλήματα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, προβλήματα που σχετίζονται με την διάρθρωση και λειτουργία του, αποτελεί μια προσπάθεια παρουσίασης της οργάνωσης και δομής του.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για να διαπιστωθεί πώς τα αποτελέσματα στην υγεία μπορούν να επηρεαστούν από την οικονομική κρίση, αλλά λίγη προηγούμενη έρευνα έχει εκτιμήσει τί μπορεί να συμβεί στα συστήματα υγείας (Karanikolos, et.al., 2013). Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν πιέσεις στη συγκράτηση του κόστους και η υιοθέτηση πολιτικών λιτότητας από το 2008 έχει δημιουργήσει προκλήσεις πέρα από προηγούμενες εμπειρίες. Η λιτότητα θέτει τεράστια πίεση στα συστήματα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης με λιγότερους πόρους αλλά και την ανταπόκριση στις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού (Greer, et al., 2016).

Η ύφεση έχει οδηγήσει επίσης, τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και επηρέασε την προτεραιότητα που δίνεται στις δημόσιες πολιτικές. Ωστόσο, είναι η διακυβέρνηση και η ηγεσία που θα καθορίσουν ως επί το πλείστον το πόσο καλά τα συστήματα υγείας είναι έτοιμα να αντιμετωπίσουν την κρίση και να βρουν τρόπους για να μετριάσουν τις επιπτώσεις της (Quaglio, et. al., 2013).

Η παρουσίαση της εμπειρίας της Γαλλίας ως πλαίσιο αναφοράς για την πορεία δράσης της χώρας μας στην αντιμετώπιση των προκλήσεων και των αλλαγών στον τομέα της υγείας, υπό την επίδραση της λιτότητας, επιχειρείται από την οπτική της εξεύρεσης αποτελεσματικότερων τρόπων οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Η χρησιμότητα και η ωφέλεια των διδαγμάτων έγκειται στην ανάληψη νέων

συμπεριφορών και νοοτροπίας, με την υιοθέτηση επιτυχημένων πολιτικών δράσεων μέσα από την κριτική αποτίμηση και με εποικοδομητικό τρόπο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή και η μελέτη των δράσεων και πολιτικών υγείας που έλαβαν χώρα στο πλαίσιο της χρηματοοικονομικής ύφεσης που βρίσκεται η χώρα μας από το 2008 και των επιπτώσεων που έχει στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Υγεία εν γένει

1.1 Υγεία και υπηρεσίες υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την καλή υγεία ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, διανοητικής και κοινωνικής ευημερίας. Η αξία αυτού του ορισμού έγκειται στην ευρύτητα του καθώς συμπεριλαμβάνει την πνευματική ευτυχία, την υλική ευημερία και την κοινωνική δικαιοσύνη (Bradby, 2010). Η προστασία της υγείας είναι κοινωνικό δικαίωμα που εγείρει ο πολίτης από το κράτος προκειμένου αυτό να του παρέχει υπηρεσίες υγείας (Παπαρηγοπούλου - Πεχλιβανίδη, 2013).

Όπως παρατηρεί η Στασινοπούλου (1990) ο όρος «κράτος πρόνοιας» αποτελεί ένα ιδεατό μοντέλο κράτους, το οποίο στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης με απώτερο στόχο την ευημερία των πολιτών τόσο σε ποσοτικό όσο και ποιοτικό επίπεδο, καθώς και την εξάλειψη ή την σημαντική, μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων (Δικαίος, 1999).

Η υγεία ως θεμελιώδες αγαθό παράγεται από τον συνδυασμό εφοδίων που διαθέτουν τα άτομα, ένα από τα οποία είναι η φροντίδα υγείας, οι σημαντικότερες διαστάσεις της οποίας είναι η μακροζωία και η ποιότητα ζωής. Η φροντίδα υγείας είναι εμπορεύσιμο αγαθό που περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας π.χ. ιατρικές επισκέψεις και αγαθά π.χ. φάρμακα και οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο συναλλαγής, δηλαδή παράγονται με συνδυασμό εργασίας και κεφαλαίου και καταναλώνονται ατομικά ή συλλογικά (Ματσαγγάνης, 2002).

Σύμφωνα με τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου η υγεία θεωρείται ότι αποτελεί ένα από τα αγαθά που διαμορφώνουν την ποιότητα του, ως συνέπεια προκύπτει ότι τα άτομα ζητούν υπηρεσίες υγείας για να βελτιώσουν την ποιότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου τους. Είναι σαφές ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας επηρεάζει την υγεία του ατόμου η οποία είναι απαραίτητη για την απρόσκοπτη λειτουργία της παραγωγικής διαδικασίας και την προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης (Χλέτσος, 1999). Η υγεία έχει σημαντική επίδραση στην οικονομική παραγωγικότητα. Οι άνθρωποι που είναι σε κακή κατάσταση υγείας είναι λιγότερο πιθανό να λειτουργήσουν και όταν εργάζονται είναι λιγότερο παραγωγικοί. Η

κατάσταση της υγείας επηρεάζει σαφώς τις δαπάνες για την υγεία. Το σημερινό πλαίσιο της οικονομίας και της αγοράς εργασίας, οι ρυθμίσεις για την κοινωνική ασφάλιση, η ηλικία συνταξιοδότησης και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην αντιμετώπιση των οικονομικών οφελών για καλύτερη υγεία (McKee, et.al., 2012).

Η καλή υγεία παρέχει στους ανθρώπους την ευκαιρία ή την δυνατότητα να πετύχουν και άλλα επιθυμητά πράγματα. Σύμφωνα με τον A.J. Culyer (1993) ένας λόγος ύπαρξης τέτοιου είδους πεποιθήσεων είναι ο σημαντικός ρόλος που παίζουν [πράγματα όπως η υγεία] στη διευκόλυνση του ανθρώπου να υλοποιήσει ως άτομο τις δυνατότητες του. Δηλώνει επίσης ότι αν επικρατήσει η άποψη ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες για να προκόψουν, τότε συνεπάγεται ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα από τα αγαθά και τις υπηρεσίες των οποίων πρέπει να διασφαλιστεί η δίκαιη διανομή (Rice, 2006).

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας καθορίζεται από πολλούς παράγοντες, σημαντικότεροι από τους οποίους είναι η κατάσταση της υγείας του ασθενή και η ανάγκη που έχει για περίθαλψη. Επίσης είναι παραδεκτό ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας δεν δημιουργείται πάντα από τους ασθενείς, αλλά σημαντικό ρόλο έχει η πολιτεία με τις διάφορες παρεμβάσεις π.χ. πιστοποιητικά υγείας και το ιατρικό προσωπικό με την διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και την παραπομπή σε εξειδικευμένο πλαίσιο για ειδικούς λόγους (Τσελέπη, 2000).

Οι κοινωνικοί – οικονομικοί παράγοντες και οι συνθήκες επιδρούν στην υγεία αφού επηρεάζουν τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, αλληλεπιδρώντας με τα κοινωνικά πρόνομια (Παπαγεωργίου, κ.ά., 2013). Σημαντικοί κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες για την υγεία είναι η εκπαίδευση, το εισόδημα, το φύλο, η κοινωνική δικτύωση, η κοινωνική αλληλεγγύη και το πολιτικοοικονομικό περιβάλλον. Επίσης, οι επιπτώσεις των μακροοικονομικών πολιτικών και των πολιτικών απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, προσδιορίζουν τις δυνατότητες που έχουν οι κοινωνικές ομάδες να εξασφαλίζουν καλύτερο επίπεδο υγείας. Ένας ακόμη προσδιοριστικός παράγοντας είναι ο βαθμός πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, όπου το βασικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη χρηματοδότηση και την παροχή φροντίδας υγείας (Οικονόμου, 2013α).

Το επίπεδο του εισοδήματος έχει βαθιά επίδραση στη συχνότητα των κοινωνικών επαφών. Οι άνθρωποι με χαμηλά εισοδήματα έχουν μικρότερο κοινωνικό δίκτυο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow, η οικονομική ευχέρεια επιτρέπει στα άτομα να απεγκλωβίσουν τους εαυτούς τους από απρόβλεπτες καταστάσεις και να κινηθούν προς τα κίνητρα που είναι πιο ανοιχτά σε άλλους, λιγότερο επικεντρωμένα στον εαυτό τους. Αυτή η διάβρωση των κοινωνικών δεσμών που παρατηρείται στα χαμηλά εισοδήματα μπορεί να συνδέεται με μια επιδείνωση της οικονομικής τους κατάστασης, η οποία αφήνει λιγότερο χώρο ελιγμών για τη δημιουργία και τη διατήρηση σχέσεων (Bigot, et.al., 2012).

Ωστόσο ο παράγοντας που «ενοχοποιείται» σε μεγάλο βαθμό για την ύπαρξη ανισοτήτων κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας προκύπτει από το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα το οποίο περιλαμβάνει τις δράσεις μιας πολιτείας για την επίτευξη ισότητας και αναδιανεμητικότητας στην κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών. Αυτό συμβαίνει διότι τόσο ο τρόπος άντλησης των κεφαλαίων όσο και το πλαίσιο των παροχών συνθέτουν ένα περιβάλλον ασφαλιστικής κάλυψης που χαρακτηρίζεται από μεγάλες αποκλίσεις (Σουλιώτης, 2013).

Η ασφάλιση υγείας κάνει τη διαφορά στη χρήση της ιατρικής φροντίδας και στην έκβαση της υγείας, καθώς οι άνθρωποι χωρίς ασφάλιση υγείας λαμβάνουν λιγότερη φροντίδα και η υγεία τους παρουσιάζει χειρότερη έκβαση (Bodenheimer, κ.ά., 2010). Έτσι οι οικονομικές διαδικασίες και οι πολιτικές αποφάσεις διαμορφώνουν τους πόρους που διατίθενται στα άτομα καθώς και την ποιότητα των δημόσιων υποδομών που απολαμβάνουν ή δεν απολαμβάνουν τα διαφορετικά κοινωνικά στρώματα (Δημητρακάκη, κ.ά., 2013).

Σύμφωνα με μελέτες της Διεθνούς Ένωσης Κοινωνικής Ασφάλισης (International Social Security Association, ISSA) σχετικά με τη δυναμική της κοινωνικής ασφάλισης και της κοινωνικής επένδυσης, η κοινωνική ασφάλιση μπορεί χωρίς αμφιβολία να χρησιμεύσει ως κινητήρια δύναμη της ανάπτυξης. Η καλά δομημένη κοινωνική ασφάλιση παίζει καθοριστικό ρόλο – τόσο στις ανεπτυγμένες οικονομίες όσο και στις αναπτυσσόμενες - όταν είναι σε αρμονία με τη δυναμική της οικονομίας. Καλά προσαρμοσμένα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης είναι δυνατόν να συνεισφέρουν σημαντικά στην ανάπτυξη, σε μια οικονομία με υψηλή απασχόληση που θα επιτυγχάνει κοινωνική συνοχή (Damon, 2016).

1.2 Συστήματα Υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής. Οι μεταβολές στην κοινωνική πολιτική επηρεάζουν κατ'επέκταση και το σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας βοηθάει στην παραγωγή του αγαθού υγεία το οποίο είναι απαραίτητο για την παραγωγή οποιουδήποτε άλλου αγαθού (Δικαίος, 1999).

Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη αλλά και υπηρεσίες που έχουν σχέση με την πρόληψη, αφού όπως έχει αποδειχθεί η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και η αρρώστια αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με διατομεακή συνεργασία. Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα : α) το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη του, β) την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, γ) και τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών (Θεοδώρου, 2001 κ.ά.).

Το σύστημα υγείας για να μπορεί να εφαρμοστεί και να έχει θετικά αποτελέσματα θα πρέπει να λάβει υπόψη τους κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες της χώρας. Αποτελεί αντικείμενο συνεχούς ανάπτυξης και αλλαγών, όχι μόνο των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν αλλά και εξαιτίας της τεχνολογικής προόδου και των αλλαγών που συμβαίνουν στο πολιτικό, κοινωνικό, πολιτιστικό, αξιακό σύστημα και του σημαντικού ρόλου που κατέχει η οικονομική κατάσταση που επικρατεί στη χώρα (Θεοδώρου, 2001 κ.ά.).

Οι πιέσεις για δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας εντείνονται από την εξασθένηση της κοινωνικής αλληλεγγύης και από τον ανταγωνισμό της παγκοσμιοποίησης με αποτέλεσμα οι μόνιμες πολιτικές συγκράτησης του κόστους των τελευταίων χρόνων να μην επαρκούν και να προβάλλει η απαίτηση υιοθέτησης πολιτικών περιορισμού του κόστους. Οι πιέσεις για τον περιορισμό των δαπανών υγείας δημιουργεί συνθήκες μετάθεσης της ευθύνης για την πληρωμή του κόστους της περίθαλψης στον ίδιο τον ασθενή, είτε άμεσα είτε έμμεσα με την μετάθεση στην

οικογένεια της ευθύνης για την φροντίδα των συγγενών τους και την συμπίεση της διάρκειας νοσηλείας (Φιλαλήθης, 2002).

Παράλληλα με την συγκράτηση του κόστους του συστήματος υγείας θα πρέπει να διασφαλίζεται η ισότητα και η ποιότητα. Καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας είναι η σχέση κράτους-αγοράς σε μια βάση σαφούς συμπληρωματικότητας, με διαχωρισμό των αγοραστών των υπηρεσιών υγείας και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Η συμπληρωματικότητα αυτή δεν πρέπει να συνεπάγεται την κατάργηση της διάστασης της δωρεάν περίθαλψης (Τούντας, 2005).

Δεδομένου ότι οι προϋπολογισμοί έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη αυτή θα πρέπει να γίνει προσιτή, επιπλέον θα πρέπει οι εμπλεκόμενοι να λάβουν υπόψιν ότι τα συστήματα πρέπει να βασίζονται στην αλληλεγγύη και την ισότητα. Προκειμένου να διασφαλιστεί ένα βιώσιμο σύστημα το μέλλον των φαρμακευτικών προϊόντων πρέπει να γίνει πιο προσιτό στους ασθενείς που βρίσκονται σε πραγματική ανάγκη βρίσκοντας τη ‘σωστή τιμή’ (Szucs, et.al., 2016).

1.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (Οικονόμου, 2012).

Το εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 με σκοπό την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και την προσφορά υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και

εξωνοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλιση (Σίσκου, κ.ά., 2008).

Στην εισηγητική έκθεση του νόμου 1397/83 τονίζεται ότι η παροχή φροντίδας υγείας υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους και στηρίζεται στην αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και η περίθαλψη εξασφαλίζεται για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση, καθώς και η ενεργή συμμετοχή του στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των πολιτικών υγείας (Γεωργακόπουλος, 2014).

Οι βασικοί στόχοι του νόμου είναι : η ισότιμη παροχή και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την κύρια ευθύνη για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα (Χλέτσος, 2016). Η παροχή των υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση τους είναι αντικείμενο ελέγχου του Υπουργείου Υγείας, χαρακτηρίζοντας έτσι το ελληνικό σύστημα υγείας από μεγάλο βαθμού συγκεντρωτισμό και κρατική ρυθμιστική παρέμβαση (Κυριόπουλος, κ.ά., 2003).

Το Υπουργείο Υγείας σχεδιάζει την εθνική στρατηγική για την υγεία θέτοντας προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο και εισηγείται τις θεσμικές αλλαγές μέσω των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Το 2001 με την ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών (Υ.ΠΕ.) ορισμένες αρμοδιότητες μεταβιβάστηκαν από το υπουργείο σε αυτές. Παρόλο αυτά παραμένουν στην αρμοδιότητα του υπουργείου κύριες λειτουργίες που αφορούν στη ρύθμιση, τον σχεδιασμό και τη διαχείριση του ΕΣΥ (Πολύζος, 2014).

Πηγή έμπνευσης για τις υγειονομικές περιφέρειες αποτέλεσε η αποκέντρωση των συστημάτων υγείας που ήδη εφαρμόζονται στην υπόλοιπη Ευρώπη (π.χ. οι Agences Regionales d' Hospitalisation στη Γαλλία). Στην χώρα μας η σχετική θεσμική διάρθρωση δεν περιλαμβάνει την συγκεκριμένη αρμοδιότητα που θα έδινε το στίγμα των περιφερειακών διοικήσεων της υγείας ως οντότητες ορθολογικά οργανωμένες, δηλαδή να καθορίζουν τους στόχους για τις πολιτικές υγείας που πρέπει να επιτυγχάνονται από τις περιφέρειες, να αποτιμούν τα αποτελέσματα μέσω

των οποίων θα διαπιστώνεται το τυχόν μέγεθος της απόκλισης από τους επιδιωκόμενους στόχους και να προσδιορίζουν τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα (Αντωνοπούλου, 2008).

Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και πολλών ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Η νομοθεσία που τα διέπει είναι διαφορετική και πολλές φορές υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής των παροχών. Συνέπεια αυτών των παραγόντων ήταν να δημιουργούνται ανισοτιμίες στην πρόσβαση και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου, 2012).

Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι είναι απαραίτητος ο διαχωρισμός των λειτουργιών της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Η ψήφιση του νόμου 3918 για διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις το 2011 θεσμοθέτησε τον συντονισμό της αγοράς των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων αρχικά (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) να πραγματοποιείται από ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο, το οποίο έχει τη μορφή ΝΠΔΔ με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) που θα διαπραγματεύεται εκ μέρους όλων των ταμείων τις τιμές και τις συμβάσεις με ιατρούς, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα (Ξένος, κ.ά., 2014).

Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία (out-of-pocket payments), αποτελούν την πιο οπισθοδρομική μορφή χρηματοδότησης (Liaropoulos, et.al., 1998), παρόλο αυτά αποτελούν εξίσου σημαντικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας μαζί με τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική και στηρίζεται στις εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων. Ωστόσο διαχρονικά παρατηρούνται ποικίλες διακυμάνσεις στα ποσοτικά στοιχεία της συμμετοχής αυτών των πηγών. Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης υποχωρεί σταδιακά και αυξάνεται η κρατική χρηματοδότηση, χωρίς ωστόσο να προβλέπονται νομοθετικές ρυθμίσεις για τη συνέχιση της αποτελεσματικής λειτουργίας του ΕΣΥ, με άμεσο επακόλουθο τη διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών (Παπαθεοδώρου, κ.ά., 2011).

Ο ιδιωτικός τομέας αποτελείται από νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια και ιδιώτες ιατρούς και η χρηματοδότηση του στηρίζεται κυρίως στις άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς και σε μικρότερο ποσοστό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σημαντικό τμήμα του ιδιωτικού τομέα συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή υπηρεσιών υγείας και χρηματοδοτείται σε προσυμφωνημένες τιμές (Οικονόμου, 2012).

Το σημαντικότερο στοιχείο της μεθόδου χρηματοδότησης αφορά τα κίνητρα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας που τη χαρακτηρίζουν. Η μέθοδος χρηματοδότησης μπορεί να αποτελέσει βασικό παράγοντα κινητοποίησης και συντελεστή μέτρησης της νοσοκομειακής αποδοτικότητας, βελτιώνοντας τη νοσοκομειακή χρηματοδότηση, όπως είναι η πληρωμή με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs). Το σύστημα χρηματοδότησης εκτός από τα κίνητρα αποδοτικότητας θα πρέπει να δημιουργεί μια αλυσίδα ενεργειών και διασύνδεση όλων των επιπέδων περίθαλψης, καθώς και κίνητρα για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Χατζηπουλίδης, 2004).

1.4 Αποδοτικότητα και υπηρεσίες υγείας

Ο όρος αποδοτικότητα αναφέρεται στην ορθολογική διαχείριση και τον καταμερισμό των πόρων που είναι απαραίτητοι για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Η αποδοτικότητα ορίζεται ως η παραγωγή της μέγιστης ποσότητας υπηρεσιών υγείας με δεδομένους πόρους που αφορούν στα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και το ανθρώπινο δυναμικό. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην ποσότητα των εισροών (κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, το μέγεθος του οργανισμού, το σύστημα της διοίκησης, κ.ά.) και των εκροών (εύρος των υπηρεσιών που παράγονται) του οργανισμού υγείας που επηρεάζουν την αποδοτικότητα του (Καλογεροπούλου, κ.ά., 2009).

Η μέτρηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας μεταξύ ομοιογενών κλινικών στα νοσοκομεία είναι χρήσιμη για τη βελτίωση της απόδοσης του νοσοκομείου. Η ομοιογένεια στην αξιολόγηση των επιδόσεων των νοσοκομείων παρέχει αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα μεταξύ των κλινικών και προτείνει βελτιώσεις σε αυτές που φαίνονται αναποτελεσματικές (Androutsou, et.al., 2011).

Οι υπηρεσίες υγείας (κέντρα υγείας, νοσοκομεία) οργανώνουν και εκτελούν έναν συνδυασμό διαφορετικών ιατρικών πράξεων και προγραμμάτων για να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας ως προς τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού εξαρτάται αφενός από την επιλογή του κατάλληλου συνδυασμού αποδοτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας και αφετέρου από την ικανότητα των υπηρεσιών να μετατρέπουν ικανοποιητικά τις εισροές σε εκροές (Τούντας, 2008).

Οι μελέτες για την αποδοτικότητα μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες γνώσεις ιδίως όσον αφορά τις πολιτικές στελέχωσης. Η τεχνική αποδοτικότητα απεικονίζει την ικανότητα των μονάδων παραγωγής να μετατρέψουν τις εισροές τους σε εκροές. Με αυτή την έννοια, ένα κέντρο περίθαλψης γίνεται αντιληπτό ως αποδοτικό εάν παράγει τη μέγιστη δυνατή απόδοση, δεδομένου των διαθέσιμων εισροών του ή των ισοδύναμων, αν χρησιμοποιεί ένα ελάχιστο επίπεδο εισροών για την παραγωγή μιας δεδομένης ποσότητας αποτελεσμάτων. Η αποδοτικότητα μπορεί να βελτιωθεί μέσω της καλύτερης διαχείρισης των πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό, οι φορείς χάραξης πολιτικής χρειάζονται πληροφορίες όσον αφορά σχετικά με την απόδοση των παρόχων και των εγκαταστάσεων, προκειμένου να σχεδιάσουν μια στρατηγική για την παροχή βέλτιστης εξυπηρέτησης (Kontodimopoulos, et.al., 2007).

Η αύξηση της αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί να βοηθήσει τις δημοσιονομικές πιέσεις (οι οποίες θα συνεχίσουν να αυξάνονται, λόγω της προόδου της ιατρικής και της γήρανσης του πληθυσμού) και να απελευθερώσει πόρους για τη βελτίωση των υπηρεσιών. Βελτιωμένα συστήματα πληρωμών μπορούν να ενισχύσουν την παραγωγικότητα, εάν διαχειρίζονται προσεκτικά, χωρίς να επηρεάζεται αρνητικά η φροντίδα των ασθενών και όταν οι συνδεόμενες τιμές ρυθμίζονται σωστά με κατάλληλο έλεγχο της ποιότητας και της στρατηγικής συμπεριφοράς του παρόχου (Docteur, et.al., 2003).

Έτσι, το μέγεθος του προϋπολογισμού είναι από μόνο του ένας καθοριστικός παράγοντας της αποδοτικότητας (και της αποτελεσματικότητας και της ισότητας). Εκτός από το μέγεθος του προϋπολογισμού, οι τρόποι χρηματοδότησης μπορούν από μόνοι τους να επηρεάσουν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Ενώ η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας συχνά ορίζεται σε καθαρά οικονομικούς όρους, υποστηρίζεται ότι τα αποδοτικά συστήματα μεγιστοποιούν την αξία της υγείας των εργαζομένων και την αξία του χρόνου των ασθενών. Η κακή διαχείριση και χρηματοδότηση των συστημάτων οδηγούν σε μείωση της ποιότητας και τελικά σε μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες. Μερικοί δείκτες τέτοιας οργάνωσης μπορεί να είναι τα ποσοστά φθοράς των εργαζομένων και ο χρόνος αναμονής για ραντεβού (Kruka, et.al., 2008).

Η παραγωγικότητα της εργασίας για την υγεία είναι η αναλογία μεταξύ των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας και των εισροών του εργατικού δυναμικού υγείας σε ισοδύναμα πλήρους απασχόλησης. Στην πραγματικότητα, η συνάρτηση παραγωγής της υγείας είναι πιο σύνθετη και περιλαμβάνει επίσης και άλλους παράγοντες εισόδου, όπως την ιατρική τεχνολογία και τα φαρμακευτικά προϊόντα. Ωστόσο, οποιαδήποτε αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας δείχνει την επίδραση αυτών των άλλων παραγόντων και αποτελεί ένα μέτρο της απόδοσης των παραγόντων εισόδου (Eurostat Grant, 2005).

Η αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού σε περίοδο οικονομικής κρίσης καθιστά απαραίτητη την αναγνώριση για σωστή κατανομή των διαθέσιμων πόρων και συνεπάγεται τη σημασία της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζοντας την ποιότητα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Η μέτρηση και η αξιολόγηση της απόδοσης του παραγόμενου έργου και των αποτελεσμάτων του γίνεται εφικτή με τη χρήση δεικτών για τις μονάδες υγείας. Η χρήση των δεικτών αξιολόγησης παρέχει πληροφορίες η αξιοποίηση των οποίων κάνει την διοίκηση ικανή να αποφασίσει για τις αναγκαίες παρεμβάσεις. Οι δείκτες έχουν να κάνουν με την εφαρμοζόμενη υγειονομική πολιτική, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, την παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη και το επίπεδο υγείας (Καστανιώτη, κ.ά., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οικονομική κρίση και Υγεία

2.1 Υγεία και οικονομική κρίση

Ο βαθμός κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης αφορά την έκταση στην οποία λαμβάνει χώρα μια διαδικασία προαγωγής της ευημερίας των ατόμων μαζί με μια δυναμική της οικονομικής μεγέθυνσης. Το παραγόμενο εισόδημα καθώς και τα οφέλη χρησιμοποιούνται για τη μείωση του βάρους της φτώχειας και βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού μιας χώρας. Η μείωση της θνησιμότητας δεν επιτυγχάνεται μόνο μέσω της γρήγορης οικονομικής μεγέθυνσης, αλλά είναι δυνατή και σε περιβάλλον χαμηλότερων ρυθμών ανάπτυξης, με την προϋπόθεση ότι δίνεται προτεραιότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων καθοδηγούμενης κοινωνικής υποστήριξης (Οικονόμου, 2013β).

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε ως χρηματοοικονομική έχει αποκτήσει χαρακτηριστικά κοινωνικής κρίσης με κυριότερες αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση. Ως τέτοια επηρεάζει τον τομέα της υγείας δεδομένου την τάση των κυβερνήσεων να μειώσουν τις δημοσιονομικές τους δαπάνες και κατά δεύτερο λόγο η μείωση της απασχόλησης έχει επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας που στηρίζονται σε εισφορές της εργασίας (Λιαρόπουλος, 2010).

Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια του εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία, οδηγώντας πολλούς ανθρώπους στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια. Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση με τα άτομα και τις οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση να διατρέχουν περισσότερο τον κίνδυνο του πρόωρου θανάτου και της αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, παράγοντες που δρουν αθροιστικά (Κυριόπουλος, κ.ά., 2010).

Ωστόσο, οι επιπτώσεις στην υγεία από τις οικονομικές πολιτικές που διαμορφώνουν την κατανομή του εισοδήματος και του πλούτου συχνά παραβλέπονται. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε την περίοδο 1990-2010, φαίνεται ότι καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία προκύπτουν όταν υπάρχουν θεσπισμένοι νόμοι για υψηλότερες φορολογικές ελαφρύνσεις για τους φτωχούς ή για

υψηλότερο ελάχιστο μισθό, ενώ η απουσία θεσμών για τα εργατικά δικαιώματα περιορίζει την ισχύ των συνδικάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πολιτικές αυτές θα πρέπει να επικεντρώνονται στην αύξηση των εισοδημάτων των ανθρώπων με χαμηλό εισόδημα και των οικογενειών της εργατικής τάξης, αντί για τη διαμόρφωση των διαθέσιμων πόρων σε πλουσιότερα άτομα. Η ενσωμάτωση αυτών των ευρημάτων στις αποφάσεις των φορέων χάραξης πολιτικών για την υγεία θέτει το ζήτημα της αναδιανομής (Rigby, et.al., 2016).

Οι ψυχικές διαταραχές σε όλες τις χρονικές περιόδους αποτελούν σημαντικό μέρος των προβλημάτων υγείας ενός πληθυσμού (Τούντας, κ.ά., 2000). Σήμερα κυριαρχεί το προσωρινό, το επισφαλές τόσο της εργασίας όσο και της κατοικίας και των ατομικών δικαιωμάτων. Γεγονότα όπως η ανεργία, η μερική απασχόληση, οι εισοδηματικές ανισότητες, η φτώχεια, η έλλειψη στέγης, η μετανάστευση, μέσα σε ένα πλαίσιο αποδυνάμωσης των δεσμών της παραδοσιακής οικογένειας, οδηγούν σε διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού όλο και περισσότερες κοινωνικές ομάδες. Όλα αυτά εντείνουν στην εμφάνιση πρόκλησης κατάθλιψης και ψυχικών διαταραχών. Σε αυτές τις ομάδες, εκτός από τους φτωχούς και τους άστεγους, ανήκουν τόσο οι μετανάστες όσο και οι πολιτικοί πρόσφυγες (Χαραλάμπους, κ.ά., 2010).

Η κρίση επηρέασε σοβαρά την αγορά εργασίας και την ευημερία των εργαζομένων και αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα που είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Μελέτες τεκμηριώνουν ότι η αύξηση της ανεργίας, η αύξηση του φόρτου εργασίας, η μείωση του προσωπικού και η μείωση των μισθών είναι συνδεδεμένες με αυξημένο ποσοστό των διαταραχών της διάθεσης, με το άγχος, την κατάθλιψη, την δυσθυμία και την αυτοκτονία. Μερικές μελέτες έδειξαν ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με την κρίση μπορούν να επηρεάσουν επίσης την γενική υγεία των εργαζομένων με την αύξηση του κινδύνου για καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις (Mucci, et.al., 2016).

Η οικονομική κρίση ενέχει σοβαρό κίνδυνο αυτοκτονίας. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα ενεργητικά προγράμματα της αγοράς εργασίας μπορούν να συμβάλλουν στην αντιστάθμιση των επιπτώσεων της οικονομικής ύφεσης στην αυτοκτονία ως επιτυχημένη επανένταξη στην αγορά εργασίας, έχει βρεθεί ότι μειώνουν σημαντικά και σε ορισμένες περιπτώσεις εξαλείφουν τους κινδύνους για την ψυχική υγεία από την απώλεια της θέσης εργασίας. Η τρέχουσα κρίση, τείνει να επηρεάζει τους

νεότερους Ευρωπαίους άνδρες σε αντίθεση με τις προηγούμενες υφέσεις, πιθανώς λόγω της αναλογικά μεγαλύτερης αύξησης της ανεργίας σε αυτή την ομάδα από ότι σε άλλες ηλικιακές ομάδες από το 2008 (Chang, et.al., 2013). Η απώλεια της εργασίας αναφέρεται επίσης ότι οδηγεί σε έλλειψη ανταλλαγής εμπειριών και επαφής, όπως και μείωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου (Καραΐσκου, κ.ά., 2012).

Η έκταση στην οποία οι οικονομικές αλλαγές έχουν επιπτώσεις στην υγεία εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι προστατεύονται από τους κινδύνους. Τονίζοντας τη σημαντικότητα της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης, τα ζητήματα που τίθενται αφορούν την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, την κοινωνική συνοχή (άτυπη πρόνοια) και την κοινωνική προστασία (επίσημη πρόνοια.) Σε περιόδους κρίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει κάποιος στον οποίο μπορείς να στραφείς, είτε για να δανειστείς χρήματα, τροφή ή καταφύγιο, ή να πάρεις συμβουλές σχετικά με το πού μπορείς να λάβεις βοήθεια (Stuckler, et.al., 2009).

Η αξία της κοινωνικής συνοχής στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία φαίνεται σε έρευνα η οποία εξετάζει κατά πόσο η συλλογική αποτελεσματικότητα στη γειτονιά (ένας συνδυασμός της κοινωνικής συνοχής και του ελέγχου) σχετίζεται με βελτιώσεις στην εφηβική ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα παιδιά που μεγάλωσαν στις γειτονιές με υψηλή συλλογική αποτελεσματικότητα παρουσίασαν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους κατά τη διάρκεια της εφηβείας σε σχέση με παιδιά από γειτονιές με χαμηλή συλλογική αποτελεσματικότητα. Τα ευρήματά δεν διαφέρουν ανάλογα με την οικογένεια ή το εισόδημα, τους διαφορετικούς πληθυσμούς και τις αστικές περιοχές (Donnelly, et.al., 2016).

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας όπως είναι το προσδόκιμο επιβίωσης, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η οικονομική ύφεση αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία. Η ισότητα στην υγεία είναι μια έννοια η οποία αναφέρεται σε ίσες ευκαιρίες ως προς τη διανομή και την προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας. Οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με κοινωνικούς δείκτες όπως είναι η κοινωνική τάξη και η ανεργία. Η φτώχεια την οποία βιώνουν άτομα με οικονομική αδυναμία σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να ζουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται

ανεπαρκώς και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα (Μαλλιαρού, κ.ά., 2012).

2.2 Οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών

Το 2010, η ελληνική οικονομία τέθηκε υπό την επιτήρηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, όταν η Ελληνική Δημοκρατία υπέγραψε το πρώτο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ). Το πρόγραμμα περιελάμβανε δημοσιονομικά μέτρα και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με μακροπρόθεσμους στόχους, τη μείωση του κρατικού ελλείμματος και τη βιωσιμότητα του δημόσιου χρέους. Τα μέτρα όπως οι σημαντικές μειώσεις σε μισθούς και σε συντάξεις και οι αυξήσεις των φόρων που εφαρμόστηκαν από το Μάιο του 2010 μπορούν να χαρακτηριστούν ως μια διαδικασία “εσωτερικής υποτίμησης” (Zavras, et.al, 2016).

Η εσωτερική υποτίμηση αφορά την μείωση του κόστους παραγωγής μέσω της μείωσης μισθών. Οι παρεμβάσεις στο σύστημα διαμόρφωσης μισθών, που κατέληξαν στη δραστική μείωση τους, ήταν αποτέλεσμα της εμμονής των διεθνών πιστωτών στο νεοφιλελεύθερο δόγμα ότι η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και η δραστική μείωση του εργατικού κόστους θα λύσουν τα προβλήματα ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας (Μουρίκη, 2012). Ωστόσο, το εμπορικό ισοζύγιο έχει βελτιωθεί, αλλά κυρίως λόγω της πτώσης των εισαγωγών και όχι της αύξησης των εξαγωγών (Matsaganis, 2013).

Τα περισσότερα μέτρα είναι οριζόντια και δεν εξαρτώνται από το εισόδημα, με συνέπεια, να επιφέρουν υψηλότερες επιβαρύνσεις για εκείνους που είναι λιγότερο εύποροι. Η επιβολή περιορισμών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία (όχι περισσότερο από 6% του ΑΕΠ) και η ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ από το 2009, σημαίνει ότι ο τομέας της δημόσιας υγείας με μειωμένους χρηματοδοτικούς πόρους καλείται να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις, ειδικά για τα μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος νοικοκυριά που δεν

έχουν το διαθέσιμο εισόδημα να αγοράζουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Economou, 2015).

Το εισόδημα, η ανεργία και η απουσία ασφάλειας είναι οι βασικές μεταβλητές που επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης ακάλυπτων αναγκών στην υγειονομική περίθαλψη. Το φαινόμενο της μη προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αυτών που ουσιαστικά χρειάζονται περίθαλψη, αντανακλά τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος εξαιτίας τόσο της ανεργίας όσο και των δραματικών μειώσεων σε μισθούς και συντάξεις. Αυτή η αδυναμία παροχής περίθαλψης τελικά καταλήγει στη φτώχεια, την κοινωνική περιθωριοποίηση και τις δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία (Zavras, et.al, 2016).

Η αύξηση της φτώχειας πλήττει τις οικογένειες με παιδιά περισσότερο από ό,τι τα άλλα νοικοκυριά. Λαμβάνοντας υπόψη τα κενά στο δίκτυο κοινωνικής ασφάλειας καθώς και το γεγονός ότι η μακροχρόνια ανεργία αναμένεται να παραμείνει σε υψηλά επίπεδα στο άμεσο μέλλον, η δεινή θέση των ατόμων στα νοικοκυριά των ανέργων καθώς και των παιδιών θα πρέπει να θεωρηθεί ως νέο κοινωνικό ζήτημα στην Ελλάδα (Matsaganis, 2013).

Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ η Ελλάδα παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας που αγγίζει το 23,4% τον Ιούνιο του 2016 (Eurostat, 2016). Επίσης, η ανεργία των νέων είναι ανησυχητική και αποτελεί έναν πολύ σημαντικό δείκτη των επιπτώσεων που επιφέρει η οικονομική κρίση. Στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat τον Ιούλιο του 2016 το ποσοστό των νέων κάτω των 25 ετών που είναι άνεργοι αγγίζει το 42,7%, το μεγαλύτερο ποσοστό που παρατηρήθηκε στην ΕΕ. Σύμφωνα με το Εθνικό Μητρώο Κοινωνικής Ασφάλισης (ATLAS), περίπου 2,5εκατομμύρια πολίτες δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη για υγειονομική περίθαλψη (Economou, 2015).

Τα κουπόνια για την υγεία (health voucher) είναι ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτήθηκε από τα διαρθρωτικά ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σχεδιάστηκε για να αντιμετωπίσει κάποιες ανάγκες υγείας των πολύ φτωχών ασθενών που χάνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη, ιδιαίτερα τον αυξανόμενο αριθμό των ανέργων. Αφορούσε στην κάλυψη προκαθορισμένου συνόλου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και προγεννητικού ελέγχου για τις έγκυες γυναίκες (Kentikelenis, et.al., 2014).

Οι άστεγοι ως ευάλωτη ομάδα ανθρώπων έχουν πληγεί επίσης αφού η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, για την κάλυψη έκτακτων αναγκών, θεραπεία, ιατρικές εξετάσεις και τη φροντίδα ψυχικής υγείας, επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της ύφεσης. Η παροχή υπηρεσιών για αυτές τις ευάλωτες ομάδες στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε φιλανθρωπικές οργανώσεις, οι οποίες τώρα έχουν επίσης να αντιμετωπίσουν τις αυξανόμενες ανάγκες που αντιμετωπίζει ο γενικότερος πληθυσμός για υπηρεσίες υγείας (Karanikolos et.al., 2016).

Ο αριθμός των κρουσμάτων μολύνσεων από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών παρουσιάζει αυξητική τάση : 10-15 κρούσματα την περίοδο 2007-2010, 256 κρούσματα το 2011 και 314 κατά τους πρώτους 8 μήνες του 2012. Ο αντίκτυπος της τρέχουσας ελληνικής οικονομικής κρίσης στις μολυσματικές ασθένειες δεν είναι σε θέση να αποδειχθεί ποσοτικά ακόμα. Ωστόσο, το σημερινό μη ασφαλές και ασταθές οικονομικό περιβάλλον της χώρας δυσχεραίνει τη διαδικασία αποκατάστασης για τους χρήστες ναρκωτικών και τις οικογένειες τους (Simou, et.al., 2014).

Οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν μια αύξηση ως αποτέλεσμα που σχετίζεται με την κρίση με κύρια συμπτώματα το άγχος και την κατάθλιψη (Ifanti, et.al., 2013). Η ανεργία φαίνεται να είναι πιο επιζήμια για την υγεία - ψυχική υγεία και οι γυναίκες πλήττονται περισσότερο αρνητικά από την ανεργία σε σχέση με τις καταστάσεις υγείας και ψυχικής υγείας τους από ότι οι άνδρες (Drydakis, 2014).

Παρόμοια, μια σειρά από εθνικές έρευνες έχουν διεξαχθεί κατά τα έτη 2008, 2009, 2011 και 2013, σε μια προσπάθεια διερεύνησης σχετικά με τον αντίκτυπο της ύφεσης στον επιπολασμό της κατάθλιψης. Τα ευρήματα των ερευνών δείχνουν ότι το 2008, το 2009 και το 2011, οι γυναίκες εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από ότι οι άνδρες, ανεξαρτήτως ηλικίας. Παρ' όλα αυτά, στην έρευνα του 2013 τα δύο φύλα δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επικράτηση κατάθλιψης και για ορισμένες ηλικιακές ομάδες (Economou, et.al., 2016).

Σημαντικά επίσης είναι τα ευρήματα μελέτης η οποία συγκρίνει την αυτοεκτίμηση σε μαθητές λυκείου στην Αθήνα, το 2002 και το 2010 όπου οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της χώρας είναι διαφορετικές. Η έρευνα έδειξε ότι οι έφηβοι ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης το 2002 σε σύγκριση με το 2010. Η οικονομική στασιμότητα στην Ελλάδα οδήγησε σε σημαντικά χαμηλότερα

επίπεδα την αυτοεκτίμηση των εφήβων. Αυτό το αποτέλεσμα είναι παρόμοιο και για τα δύο φύλα και είναι πιο έντονο μεταξύ των εφήβων που φοιτούν σε τεχνικές σχολές σε σχέση με εκείνους που φοιτούν σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης (Lazaratou, et.al., 2015).

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή πραγματοποιήθηκε δειγματοληπτική έρευνα υγείας για το έτος 2014 και η οποία αποσκοπούσε στην καταγραφή του επιπολασμού και της σοβαρότητας των ψυχικών νόσων, ειδικότερα της κατάθλιψης. Οι καταστάσεις που καταγράφηκαν παρέχουν στους ειδικούς σαφή εικόνα της ψυχολογικής κατάστασης του πληθυσμού κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων πριν την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας. Κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%). Οι 3 στους 10 είναι άνδρες (33,0%) και οι 7 γυναίκες (67,0%). Για πρώτη φορά συμπεριλήφθηκε στην έρευνα ερώτημα αναφορικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη συχνότητα εμφάνισής του. Σύμφωνα με τις απαντήσεις «σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του» έκανε, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων πριν τη διενέργεια της έρευνας, το 3,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που απάντησε με σαφήνεια στο συγκεκριμένο υποερώτημα της ψυχικής υγείας (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

2.3 Οι επιπτώσεις στο εθνικό σύστημα υγείας

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ετήσιας έκθεσης αποτελεσμάτων του Υπουργείου Υγείας η χρησιμοποίηση του ΕΣΥ το 2010 και το 2011 αυξήθηκε εξαιτίας της οικονομικής κρίσης αλλά και των διαρθρωτικών μέτρων που έχουν ληφθεί. Η χρηματοδότηση των φορέων του ΕΣΥ, έχει ικανοποιητικά ρυθμιστεί τα τελευταία δύο χρόνια μειώνοντας το ύψος των επιχορηγήσεων και του λειτουργικού κόστους (ΥΥΚΑ, 2012). Όπως γίνεται αντιληπτό η κρίση δεν άφησε ανεπηρέαστο το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας. Η λήψη μέτρων που κρίθηκαν ως αναγκαία περιελάμβαναν την αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων αλλά και την εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών, όπως ο εξορθολογισμός των προμηθειών των

νοσοκομείων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, η καταγραφή και ανάλυση των οικονομικών μεγεθών της υγείας σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (Καϊτελίδου, 2014).

Οι δαπάνες υγείας και ο ρυθμός αύξησης ή μείωσης τους αντικατοπτρίζει τους ποικίλους οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και τη δημοσιονομική και οργανωτική δομή του συστήματος υγείας μιας χώρας, καθώς υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του συνολικού εισοδήματος μιας χώρας και των ποσών που η χώρα δαπανά για την υγεία. (Χαλκιά, κ.ά., 2015).

Η συνολική δαπάνη υγείας για το 2009 αντιστοιχούσε στο 9,8% του ΑΕΠ, ενώ το 2013 μειώθηκε στο 8,6%, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης 9,8%. Αναφορικά με τη δημόσια δαπάνη υγείας το ποσοστό στην Ελλάδα προσέγγισε το 5,5% το 2013, έναντι 7,8% στην ΕΕ και 8% στην Ευρωζώνη. Η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη είναι το τελικό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση όλων των rebates και του clawback. Το 2014 η δαπάνη διαμορφώθηκε στα €2 δις. έναντι €5.1 δις. το 2009, μειωμένη δηλαδή κατά 60,8% την περίοδο 2009-2014, καθώς ο στόχος με βάση τον μηχανισμό στήριξης είχε τεθεί κοντά στα €2 δις. Γίνεται αντιληπτό ότι, από το 2012 και έπειτα, η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι τέτοια που δεν επιτρέπει την κάλυψη των αναγκών των ασθενών από το κράτος, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη μετατόπιση κάλυψης των αναγκών στον ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα, στη φαρμακευτική βιομηχανία. Όπως φαίνεται κατά την περίοδο της ύφεσης το βάρος των δαπανών των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας μετατοπίστηκε, κυρίως για τη κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (ΣΦΕΕ, 2015).

Η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης επιβάρυνε και τους ασθενείς, των οποίων η συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων αυξήθηκε από 12,8% τον Ιανουάριο του 2012 σε 29,3% τον Ιούλιο του 2014, ενώ σήμερα έχει σταθεροποιηθεί στο 25%, όταν η μείωση των εισοδημάτων αγγίζει περίπου το 30% (διανέοσις, 2016).

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ για το 2015 οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ το 20% περίπου των δαπανών υγείας καταβάλλεται απευθείας από τους ασθενείς. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται κάτω από

10% σε χώρες όπως η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ για την Ελλάδα στην έκθεση αναφέρεται ότι το ποσοστό είναι πάνω από 35%. Στην Ελλάδα το μερίδιο των δαπανών για την υγεία που καταβάλλονται απευθείας από τα νοικοκυριά έχει αυξηθεί κατά 4 εκατοστιαίες μονάδες από το 2009 λόγω της μείωσης των δημόσιων δαπανών (ΟΟΣΑ, 2015α).

Η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας από την άποψη των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων είναι ιδιαίτερα σε κίνδυνο (Tatsioni, et.al., 2016). Η χρήση των περιορισμένων πόρων για την υλοποίηση των μεταρρυθμιστικών αναγκών πρέπει να γίνεται στοχευμένα όπως και η χρήση νέων τεχνολογιών, μετά από την καθιέρωση αυστηρής και επιστημονικά τεκμηριωμένης μεθοδολογίας αξιολόγησης. Η αυξημένη χρήση ψηφιακών εργαλείων και εφαρμογών σε ολόκληρο το πεδίο παραγωγής και παροχής φροντίδων υγείας, σε πρωτοβάθμιο και νοσοκομειακό επίπεδο, μειώνει σημαντικά το διοικητικό και λειτουργικό κόστος του συστήματος υγείας, παρέχοντας καλύτερες επιδόσεις και πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες προς όφελος των χρηστών (Παπανικολάου, 2016).

Οι βασικές υποχρεώσεις που ανέλαβε η χώρα μας μέσω των μνημονίων ως προς το σύστημα υγείας, αφορούσαν τη μείωση των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ και την πραγματοποίηση μεταρρυθμίσεων που θα αυξήσουν την αποδοτικότητα του (Νιάκας, 2014). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως το ελληνικό σύστημα υγείας έχει συσσωρεύσει διαρθρωτικά προβλήματα για πάνω από μια δεκαετία που έχουν επιδεινωθεί από την οικονομική κρίση. Η κατανομή των πόρων πάσχει από έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού, αδύναμη διαχειριστική και διοικητική ικανότητα, καθώς και υποτυπώδεις μηχανισμούς για την αξιολόγηση των αναγκών και τον καθορισμό των προτεραιοτήτων, προβλήματα που εμποδίζουν την ικανότητα του συστήματος να παρέχει δίκαιη χρηματοδότηση και πρόσβαση σε υπηρεσίες. Από την άποψη των δαπανών, η μη συγκράτηση του κόστους, εν μέρει λόγω της απουσίας σαφών κριτηρίων χρηματοδότησης, δημιούργησε ελλείμματα προϋπολογισμού για τα ταμεία ασθενείας (Kentikelenis, et.al., 2011).

Οι κρατικοί προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 40% το 2011. Οι ιατρικές ελλείψεις εφοδιασμού σε δύο νοσοκομεία παρουσιάζουν ανησυχητική συχνότητα και έχουν επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς. Επίσης, οι ελλείψεις αυτές συνδέονται σημαντικά με

την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων της υγειονομικής περίθαλψης. Ο επιπολασμός της συναισθηματικής εξάντλησης, η αποπροσωποποίηση και η χαμηλή προσωπική ολοκλήρωση ήταν 44,5%, 43,2% και 51,5%, αντίστοιχα (Rachiotis, et.al., 2014).

Η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας επιτεύχθηκε με οριζόντια μέτρα λιτότητας που αφορούσαν στη μείωση των αποδοχών των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, τις περικοπές στους προϋπολογισμούς των δημόσιων υγειονομικών δομών και την αναστολή των προσλήψεων με στόχο τη μείωση του εργασιακού κόστους. Παράλληλα η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας αυξάνεται με σκοπό, όχι τον περιορισμό της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών, αλλά κυρίως την μείωση των δημοσίων δαπανών ή την βελτίωση των εσόδων των δημοσίων δομών (Νιάκας, 2014). Παρά το γεγονός ότι οι μισθοί των επαγγελματιών υγείας ήταν από τους χαμηλότερους στην Ευρωπαϊκή Ένωση πριν από την κρίση, μειώθηκαν ακόμη κατά 25% για τους γιατρούς και 14% για τους νοσηλευτές (Correia, et.al., 2015).

Οι οργανωτικές αλλαγές για την προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας λαμβάνουν χώρα με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η ίδρυση του νέου αυτού οργανισμού αποτελεί μια σημαντική απόφαση προς αυτό τον στόχο, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας, (ιατρεία ΙΚΑ) και ταυτόχρονα αγοράζοντας αυτές τις υπηρεσίες από τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων των ασφαλισμένων (Ρεκλείτη, κ.ά., 2012). Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ συνιστά μια απόπειρα μεταρρύθμισης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης η οποία είναι κρίσιμη στην παρούσα συγκυρία. Ουσιαστικά συνιστά έναν μεσολαβητικό μηχανισμό είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών και δεν έχει χαρακτηριστικά οργανισμού ο οποίος ασκεί ασφαλιστική πολιτική με κριτήρια την ιατρική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και την κοινωνική ισότητα (ΕΣΔΥ, 2012).

Ωστόσο, προκειμένου ο ΕΟΠΥΥ να παραμείνει ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο σύστημα υγείας αλλά και από τον ιδιωτικό τομέα, δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) στο οποίο παραχωρήθηκε η προσφορά των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο 4238/2014 (Κουκουφίλιππου, κ.ά., 2016).

Η μέχρι σήμερα χρηματοδότηση του ΕΣΥ με βάση ένα μοντέλο υποκοστολογημένης αμοιβής ανά ημέρα και αμοιβής κατά πράξη αντικαθίσταται με την εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων (KEN). Η ανάπτυξη και εφαρμογή του συστήματος αποζημίωσης με βάση τα KEN έχει ως στόχο την αποζημίωση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων, να κάνει ορθότερη και πιο αποτελεσματική τη διαδικασία καταρτισμού των προϋπολογισμών και απολογισμών, να βελτιώσει την καταγραφή του έργου των νοσοκομείων και να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του συστήματος (Θηραΐος, 2015).

Το έργο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που θεσμοθετήθηκε με τον νόμο 3892/2010 (ΦΕΚ 189 Α) είναι μια κρίσιμη μεταρρύθμιση στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης. Η ανάπτυξη της στηρίχτηκε στην αξιοποίηση των τεχνολογιών της πληροφορικής και των επικοινωνιών (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, Ψηφιακή Σύγκλιση, 2015). Οι στόχοι που τέθηκαν αφορούσαν την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, την επίτευξη σημαντικών οικονομιών στον τομέα της φροντίδας υγείας, τον εξορθολογισμό των διαδικασιών συνταγογράφησης – παραπομπής εξετάσεων, καθώς και της εκτέλεσης και του ελέγχου τους. Επίσης, στοχεύει στην ανάπτυξη ενός ανοικτού συστήματος με ενσωμάτωση των διεθνών βέλτιστων προτύπων και πρακτικών και την δυνατότητα ανάπτυξης από τρίτους παράλληλων καινοτόμων υπηρεσιών που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας. Επίσης, ως διαχρονικοί στόχοι αναφέρονται οι καλύτερες υπηρεσίες, η περιστολή των δαπανών, η ευρωπαϊκή συμβατότητα, η βιωσιμότητα και η αποφυγή των λαθών του παρελθόντος (Πάγκαλος, 2011).

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescribing) και το ηλεκτρονικό σύστημα διάγνωσης (e-diagnosis), αποτελούν σημαντικές εξελίξεις καθώς επίσης και η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων, οι νέοι κανόνες τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων, οι αλλαγές στο σύστημα προμηθειών και η αυξανόμενη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων (Πετμεζίδου, 2015).

Ο ρόλος της τεχνολογίας των πληροφοριών (information technology, IT) και των συστημάτων πληροφοριών (information systems, IS) στη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας, είναι πολύ σημαντικός. Ειδικότερα, τα ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα στο πλαίσιο του τομέα της δευτεροβάθμιας υγειονομικής

περίθαλψης αναμένεται να αναβαθμίσουν τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς, να υποστηρίζουν την ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων είτε με την εξοικονόμηση των πόρων ή με την βελτίωση της παραγωγικότητας και τη δημιουργία καινοτόμων προϊόντων και υπηρεσιών (Emmanouilidou, et.al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Μελέτη περίπτωσης. Η Γαλλία.

3.1 Το σύστημα υγείας στη Γαλλία

Το γαλλικό σύστημα υγείας βασίζεται σε πολλαπλές δομές : την υγειονομική περίθαλψη (νοσοκομεία), τις ιατρο-κοινωνικές και κοινωνικές υπηρεσίες (για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες) και τα εξωτερικά ιατρεία - πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Χάρη στην αποτελεσματικότητα της οργάνωσής του, την καθημερινή συμμετοχή των επαγγελματιών και την φυσική τάση του να καινοτομεί, θεωρείται ένα σύστημα αριστείας που αναγνωρίζεται ως τέτοιο σε διεθνές επίπεδο (Ministere de la Sante, 2016a).

Το σύστημα υγείας σέβεται την ελευθερία επιλογής του ασθενή, κάθε Γάλλος είναι ελεύθερος να επιλέξει τον θεράποντα ιατρό του, τόσο στον δημόσιο τομέα όπως και στον ιδιωτικό. Ο κύριος στόχος είναι η πρόληψη και η φροντίδα με έναν ολοκληρωμένο και συνεχή τρόπο για την ενίσχυση της φροντίδας των ασθενών και των κατοίκων σε όλη την επικράτεια. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, οι δημόσιες αρχές ενεργούν σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο για να εξασφαλιστεί ο συντονισμός όλων των φορέων, έτσι ώστε κάθε ασθενής και κάτοικος να μπορεί να ωφεληθεί (Ministere de la Sante, 2016a).

Το σύστημα υγείας ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση, με το υπουργείο υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών να είναι αρμόδιο για τη διασφάλιση της συνέπειας της φροντίδας για τους ασθενείς και τους κατοίκους και την ασφάλιση υγείας, η οποία καλύπτει την ασθένεια και τους επαγγελματικούς κινδύνους και εξασφαλίζει την επιστροφή των εξόδων για την υγεία. Από το 2010, το κράτος ανανέωσε τις υπηρεσίες που αποτελούν τον άξονα της οργάνωσης και της διαχείρισης της υγείας και του ιατρο-κοινωνικού συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο (Ministere de la Sante, 2016a).

Ο νόμος της 21ης Ιουλίου 2009 για την μεταρρύθμιση των νοσοκομείων, δημιουργεί στο άρθρο 118 τα Περιφερειακά Γραφεία Υγείας (Agences Regionales de Sante, ARS). Είναι ο πυλώνας της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας. Η ίδρυση των Περιφερειακών Γραφείων Υγείας το 2010, τοποθετεί τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο με τη συμμετοχή όλων των

φορέων της υγείας. Πρόκειται για μια ενιαία αρχή σε περιφερειακό επίπεδο αρμόδια για την περιφερειακή διεύθυνση του συστήματος υγείας, για την καλύτερη ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού και την αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας (Agences Regionales de Sante, 2016a).

Η αποτελεσματικότητα στον τομέα της υγείας δεν περιορίζεται στη σχέση κόστους-αποτελέσματος, είναι μέρος μιας ευρύτερης προσέγγισης. Αφορά την εκτίμηση των οικονομικών επιπτώσεων από τις αλλαγές στην οργάνωση της φροντίδας που προκύπτουν από την επιλογή συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Στόχος είναι να δοθεί προτεραιότητα στις διαφορετικές επιλογές που μπορούν να προβλεφθούν σύμφωνα με την ικανότητά τους να παράγουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα από τους πόρους που πρέπει να κινητοποιηθούν, στην υπηρεσία των φορέων λήψης αποφάσεων με σκοπό την βέλτιστη κατανομή των πόρων (Agences regionales de santé, 2016b).

Μια σειρά από εργασίες του ΟΟΣΑ σχετικά με τις ορθές πρακτικές για τη βελτίωση της αναλογίας κόστους προς έσοδα των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας επισημαίνει τις μεθοδολογικές δυσκολίες στον καθορισμό των δεικτών της αποτελεσματικότητας των δαπανών για την υγεία. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι κλασικοί δείκτες θνησιμότητας και μακροζωίας (προσδόκιμο ζωής, παιδική θνησιμότητα και της πρόωρης θνησιμότητας), αν και ατελείς, παραμένουν οι καλύτεροι δείκτες της απόδοσης της υγείας. Σύμφωνα με τις αναλύσεις της έρευνας, οι επιδόσεις της υγείας (που μετρώνται από το προσδόκιμο ζωής) επηρεάζονται περισσότερο από την καλύτερη χρήση των πόρων σε σταθερές δαπάνες από ότι από την αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, δηλαδή η αύξηση των δαπανών δεν μεταφράζεται αναγκαστικά σε αύξηση της ευημερίας (Gerber, 2010).

Η αναγκαία τεχνογνωσία για τον καλό προσανατολισμό στο σύστημα παρέχεται απευθείας από το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας ή την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίοι είναι εξοικειωμένοι με το ιστορικό, το περιβάλλον και την κοινωνική κατάσταση του ασθενή. Ωστόσο, για τους ασθενείς σε περίπλοκες καταστάσεις όπου απαιτείται η χρήση πολλών επαγγελματιών σε διάφορους τομείς (υγείας, κοινωνικός και ιατρο-κοινωνικός), ο γενικός ιατρός χρειάζεται εξοικονόμηση χρόνου υποστήριξης, για να εκτιμήσει καλύτερα την

κατάσταση και να κινητοποιήσει τους απαραίτητους πόρους (Ministere de la Santé, 2012).

Συγκριτικά με τις παραδοσιακές γενικές πρακτικές, η πρακτική της ομάδας θεωρείται μέσο για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη τη χώρα, βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών φροντίδας και των συνθηκών εργασίας των επαγγελματιών της υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο χρηματοδοτούνται και λειτουργούν ποικίλλει ευρέως. Ορισμένες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας λαμβάνουν επιδοτήσεις για επενδύσεις ή για το κόστος λειτουργίας τους από μια ποικιλία πηγών, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, η κυβέρνηση, η εθνική ασφάλιση υγείας ή τα περιφερειακά ταμεία. Άλλες λειτουργούν αποκλειστικά με ιδιωτική χρηματοδότηση. Επίσης λαμβάνουν επιδοτήσεις από τους δήμους (το ένα τέταρτο του προϋπολογισμού τους κατά μέσο όρο) (Lorenza, et.al., 2010).

Η δημιουργία των δικτύων υγείας αφορά διεπιστημονικές ομάδες από επαγγελματίες υγείας ιατρούς, νοσηλευτές αλλά και κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό. Στόχος των δικτύων υγείας είναι η προώθηση της πρόσβασης στην περίθαλψη, το συντονισμό, τη συνέχεια ή την διεπιστημονικότητα στη φροντίδα. Παρέχουν φροντίδα που είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ατόμου όσον αφορά την εκπαίδευση σε θέματα υγείας, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη φροντίδα. (Ministere de la Sante, 2016b).

Η ιδέα του συνδυασμού δεξιοτήτων ή η μετατόπιση της εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να προσφέρει ευκαιρίες για την προσαρμογή της οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης με πιο αποτελεσματικό τρόπο. Η ποιότητα της φροντίδας πρέπει να είναι το ίδιο, αν όχι καλύτερη, λόγω της πιο προσωπικής παρακολούθησης από παραϊατρικό προσωπικό. Οι πρωτοβουλίες αυτές αντιπροσωπεύουν μια ευκαιρία για τη διατήρηση υπηρεσιών για το σύνολο του πληθυσμού, καθώς και για τη μετάβαση από μια θεραπευτική προσανατολισμένη στη φροντίδα υγείας προς ένα σύστημα υγείας προσανατολισμένο στην πρόληψη (Bourgueil, 2010).

Σήμερα, τα περιφερειακά προγράμματα υγείας διαμορφώνουν την πολιτική που ακολουθείται από τις τοπικές και περιφερειακές αρχές. Η οριζόντια προσέγγιση που χαρακτηρίζει τα περιφερειακά προγράμματα υγείας, διευκολύνεται από το ευρύτερο πεδίο παρέμβασης των περιφερειακών αρχών γύρω από την πρόληψη και

τη διαχείριση των διαλειμμάτων στα "μονοπάτια της υγείας" του πληθυσμού (πρόληψη, φροντίδα και ιατρική παρακολούθηση, κοινωνική και ιατρο-κοινωνική υποστήριξη), είναι αναμφίβολα ένα καινοτόμο στάδιο της αποδοτικότητας. Τα περιφερειακά προγράμματα υγείας εγγυώνται την ασφάλεια και την βιωσιμότητα της υγείας και της ιατρο-κοινωνικής φροντίδας, αφορούν άμεσα την διανομή και την μονιμότητα των αρμοδιοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο (Singly, 2014).

3.2 Η κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία

Το γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι μικτού τύπου, δομικά βασίζεται στην προσέγγιση κατά Bismarck με στόχους του μοντέλου Beveridge και αντικατοπτρίζεται σε ένα ενιαίο μοντέλο δημόσιων πληρωμών, με αυξανόμενη σήμερα τη σημασία των εσόδων που έχουν φορολογική βάση για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και ισχυρή κρατική παρέμβαση (Chevreul, et.al., 2015a).

Η διαχείριση των δαπανών της ασφάλισης υγείας αποτελεί μείζονα πρόκληση για την τήρηση της πορείας των δημόσιων οικονομικών (Senat, 2016). Η οικονομική διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία γίνεται κατά κύριο λόγο από το υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας (Statutory Health Insurance, SHI) ως κλάδος του ευρύτερου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Bellanger, et.al., 2005).

Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (Statutory Health Insurance, SHI) είναι καθολική και χρηματοδοτείται από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο μέσα από τους φόρους μισθοδοσίας (64%), την εθνική φορολογία εισοδήματος (16%), τους φόρους που επιβάλλονται στον καπνό και το αλκοόλ, την φαρμακευτική βιομηχανία και τις εταιρείες προαιρετικής ασφάλισης υγείας (12%), τις κρατικές επιδοτήσεις (2%) και από μεταφορές από άλλους κλάδους της Κοινωνικής Ασφάλισης (6%) (Durand-Zaleski, 2016).

Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στο πλαίσιο διαφόρων προγραμμάτων, καλύπτει σήμερα σχεδόν το 100% του μόνιμου πληθυσμού. Η παροχή της

περίθαλψης μοιράζεται μεταξύ των ιδιωτών γιατρών, των δημόσιων νοσοκομείων, των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων και των ιδιωτικών κερδοσκοπικών νοσοκομείων. Εκτός από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και του κοινωνικού τομέα, υπάρχει ένας τομέας της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας, που είναι γνωστός ως ο "τρίτος" τομέας (ιατρο-κοινωνικός), ο οποίος παρέχει φροντίδα και υπηρεσίες σε ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες (Chevreul, et.al., 2015a).

Η επιλεξιμότητα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας αποκτάται είτε μέσω της απασχόλησης ή χορηγείται ως όφελος στους φοιτητές, στους συνταξιούχους και στους άνεργους ενήλικες που έχουν εργασθεί στο παρελθόν (και τις οικογένειές τους). Το κράτος καλύπτει τα έξοδα ασφάλισης των κατοίκων που δεν είναι επιλέξιμοι (μακροχρόνια άνεργοι) και χρηματοδοτεί υπηρεσίες υγείας για άλλες κατηγορίες πολιτών (μετανάστες) (Durand-Zaleski, 2016).

Η προαιρετική ασφάλιση υγείας (Voluntary Health Insurance, VHI) είναι ιδιωτική ασφάλιση υγείας, περισσότερο συμπληρωματική, που καλύπτει κυρίως τις συμπληρωμές για τη συνήθη φροντίδα, την ισορροπία τιμολογίων και την οδοντιατρική φροντίδα που καλύπτεται ελάχιστα από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (Durand-Zaleski, 2016).

Τα περισσότερα συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (προαιρετική ασφάλιση που λαμβάνεται μέσω των εργοδοτών) καλύπτουν τη δυνατότητα συνασφάλισης και συμπληρωμές στο νοσοκομείο. Τα χαρακτηριστικά του γαλλικού συστήματος υγείας περιλαμβάνουν τον επιμερισμό του κόστους στους ασθενείς και απευθείας πληρωμές από τους ασθενείς στους γιατρούς με επακόλουθη επιστροφή από τα ασφαλιστικά ταμεία (Lundy, et.al., 2009).

Η συμπληρωματική ασφάλιση (Complementary Insurance) παρέχεται κυρίως από μη-κερδοσκοπικές ενώσεις με βάση την αμοιβαία απασχόληση ή από προνοιακά ιδρύματα, τα οποία επιτρέπεται να καλύπτουν μόνο συμπληρωμές για περίθαλψη που παρέχεται στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Το 95% του πληθυσμού καλύπτεται είτε μέσω των εργοδοτών είτε μέσω κουπονιών (vouchers) βάσει ελέγχου των πόρων (Durand-Zaleski, 2016). Το 2010, εννέα στους δέκα Γάλλους καλύπτεται από ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας. Το 57% από αυτούς καλύπτεται από ατομικές συμβάσεις, σε σύγκριση με το 43% που καλύπτεται από τις συλλογικές συμβάσεις με τους εργοδότες (Garnero, et.al., 2013).

Η συμπληρωματική υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκε κατά 8,0%. Η αύξηση αυτή συνδέεται με την αύξηση του αριθμού των δικαιούχων των ενισχύσεων, λόγω της επιδείνωσης του οικονομικού περιβάλλοντος και στην αναβάθμιση των ανώτατων ορίων επιλεξιμότητας της συμπληρωματικής καθολικής κάλυψης υγείας την 1η Ιουλίου 2013 και το 2014. Αντίθετα, η φροντίδα που παρέχεται από τα ταμεία αλληλασφάλισης και τα προνοιακά ιδρύματα μειώθηκε κατά 0,2% (μετά από + 2,6% το 2013) και μειώθηκε κατά 1% η συνολική αύξηση του κινδύνου της ασθένειας το 2014. Η μείωση αυτή οφείλεται στην πτώση των μισθών κατά 6,6% (DREES, 2016a).

Η κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία έχει από τις πιο υψηλές συνεισφορές εργοδοσίας - εργαζομένων στην Ευρώπη (ποσοστό 19%), ενώ καλύπτει στους πολίτες από το 40% έως το 100% των ιατρικών δαπανών, ανάλογα με την περίπτωση (Καρακόλιας, 2013). Οι παροχές καταβάλλονται από το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης (SHI), αλλά οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να πληρώσουν τον πάροχο και να διεκδικήσουν την επιστροφή των χρημάτων από το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης στη συνέχεια. Τα τιμολόγια καθορίζονται βάσει του νόμου μέσω διαπραγματεύσεων μεταξύ των παρόχων και του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης και εγκρίνονται από το υπουργείο υγείας (Chevreul, et.al., 2015a).

Η θεσμική οργάνωση του συστήματος επηρεάστηκε βαθιά από την μεταρρύθμιση Ζιουπέ το 1996. Εκτός από την εισαγωγή του κοινοβουλευτικού ελέγχου στο σύστημα υγείας και τους πόρους του, προσπαθεί να διευκρινίσει τους αντίστοιχους ρόλους του κράτους και των ασφαλιστικών ταμείων υγείας, η μεταρρύθμιση ενίσχυσε σημαντικά τον ρόλο των περιφερειών, δημιουργώντας νέους θεσμούς σε περιφερειακό επίπεδο (Sandier, et.al., 2004). Αποτέλεσμα ήταν να δημιουργηθούν τα αποκεντρωμένα περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα, τα οποία χαρακτηρίζονται από διοικητική αυτονομία. Με κεντρικό στόχο την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι Γάλλοι περιφερειάρχες δημιούργησαν δίκτυα υπηρεσιών όπου η ένταξη αφορούσε όχι μόνο τον δημόσιο αλλά και τον ιδιωτικό τομέα υγείας (Καρακόλιας, 2013).

Οι σχέσεις μεταξύ της ασφάλισης υγείας και των ιδιωτών επαγγελματιών υγείας αποτελούν μέρος ενός συμβατικού πλαισίου όπου οι ιδιώτες γιατροί αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση με ένα σταθερό τιμολόγιο (Le Ciss, 2016). Συνέπεια της νομικής σχέσης μεταξύ των συμβαλλομένων γιατρών και των

ασφαλισμένων ως αποτέλεσμα μιας αμοιβαίας και επίσημης συμφωνίας είναι ότι, σε κάθε γενικό ιατρό έχει εκχωρηθεί ένας πληθυσμός τώρα με σαφώς προσδιορισμένους ασθενείς. Αυτή η νέα πραγματικότητα ανοίγει τη δυνατότητα ανάπτυξης στοχευμένων δράσεων για τους γιατρούς με βάση τα χαρακτηριστικά των ασθενών τους. Έτσι η ασφάλιση υγείας έχει βρει το εργαλείο που απαιτείται για τη σταδιακή εισαγωγή ενός συστήματος κινήτρων θετικό για τον ιατρικό έλεγχο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και ταυτόχρονα, έχει βασιστεί στο σύστημα για να διευρύνει το μέρος της εφάπαξ αμοιβής (Cour des comptes, 2013).

Η αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο διεκδικεί μια αύξηση του μεριδίου από τους εθνικούς προϋπολογισμούς (Touraine, 2014). Όπως πολλά κράτη πρόνοιας, η Γαλλία βρίσκεται αντιμέτωπη με μια αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Η δημόσια κάλυψη για μακροχρόνια φροντίδα έχει εξελιχθεί τα τελευταία 15 χρόνια, παρ'όλα αυτά δεν παρέχει επαρκή και δίκαιη οικονομική προστασία για τον αυξανόμενο αριθμό των αδύναμων ηλικιωμένων ατόμων. Ενώ το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ήταν η κύρια πηγή χρηματοδότησης για την μακροχρόνια φροντίδα η ευθύνη των τοπικών αρχών για τη χρηματοδότηση της έχει αυξηθεί τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες (Chevreul, et.al., 2013).

Η βελτιστοποίηση των διαδικασιών αναδεικνύει τα οικονομικά περιθώρια που μπορούν να επιτευχθούν για την αυξημένη ζήτηση των ιατρικών πράξεων που συνδέονται με την γήρανση του πληθυσμού. Οι βελτιστοποιημένοι οργανισμοί αποδίδουν σημαντικά με καλά οργανωμένη δραστηριότητα και επιτυγχάνουν μειωμένο κόστος. Η διεύρυνση αυτής της προσέγγισης δείχνει το ενδιαφέρον να υπάρχει όραμα για καλές πρακτικές και το κέρδος που μπορεί να φέρει στο σύστημα περίθαλψης πετυχαίνοντας την παραγωγικότητα με στόχο τη βιωσιμότητα του (l'Assurance Maladie, 2015).

3.3 Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την περίθαλψη

Στη Γαλλία, οι κοινωνικές παροχές έχουν αυξηθεί λιγότερο γρήγορα λόγω της κρίσης συγκριτικά με το παρελθόν, αλλά με ταχύτερο ρυθμό από ότι το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ). Η συμμόρφωση με τον εθνικό στόχο των δαπανών της ασφάλισης υγείας, ψηφίζεται κάθε χρόνο από το Κοινοβούλιο, περιορίζει την αύξηση των ωφελειών για την υγεία, ενώ η μεταρρύθμιση του συνταξιοδοτικού συστήματος του 2010 επιβραδύνει την ανάπτυξη των συντάξεων. Η αποζημίωση από τον κίνδυνο της φτώχειας βαρύνει το ενεργό εισόδημα αλληλεγγύης κατατάσσοντας τη Γαλλία δεύτερη ως προς το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανά για κοινωνικές παροχές (31,9%), αντίθετα ως προς την αγοραστική δύναμη ανά κάτοικο βρίσκεται στην έκτη θέση (Barnouin, et.al., 2016).

Όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ένα αυξανόμενο ποσοστό των ατόμων ανέφεραν το 2010 ότι είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας υγείας για οικονομικούς λόγους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας της επιβολής νέων ή αυξημένων τελών χρήσης που περιορίζουν την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα (Brunn, et.al., 2015).

Μελέτη για την εγκατάλειψη της υγειονομικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους επιβεβαιώνει την ισχυρή σχέση μεταξύ της συμπληρωματικής κάλυψης υγείας και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες έχουν επίδραση στην οικονομική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Τα αποτελέσματά της μελέτης δείχνουν επίσης ότι το θέμα της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη δεν υπερέχει από το ζήτημα της πρόσβασης στα δικαιώματα (Despres et.al., 2011).

Μια άλλη έρευνα έχει δείξει ότι οι δικαιούχοι του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες και σημαντικά προβλήματα : το 57% από αυτούς αντιμετώπιζαν κακές συνθήκες διαβίωσης στο τέλος του 2012. Επιπλέον, το 18% εγκατέλειψε την επίσκεψη σε γιατρό για οικονομικούς λόγους. Στη Γαλλία, ένα νοικοκυριό λέγεται ότι ζει σε «κακές συνθήκες διαβίωσης», όταν συσσωρεύονται τουλάχιστον οκτώ δυσκολίες μεταξύ των είκοσι επτά επιλεγμένων, οι οποίες ομαδοποιούνται σε τέσσερις τομείς που είναι : α) οι περιορισμοί του

προϋπολογισμού, β) οι καθυστερημένες πληρωμές, γ) οι περιορισμοί της κατανάλωσης και δ) οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη στέγαση (IseI, 2014).

Σύμφωνα με τα δεδομένα των Γιατρών του Κόσμου, παρατηρείται μια σημαντική αύξηση στην καθυστέρηση της αναζήτησης φροντίδας : 11% το 2007, 17% το 2008, 22 % το 2009 και 24% το 2010. Η πλειοψηφία αυτών των ανθρώπων ζουν στη λογική της επιβίωσης : τα τρία τέταρτα ζουν μόνοι, το ένα τέταρτο έχουν σταθερή στέγη και το 98% ζει κάτω από το όριο της φτώχειας (Corty, 2011).

Η πρόσβαση σε οδοντίατρους και γιατρούς περιορίζεται από αιτίες που σχετίζονται με τη γεωγραφική απόσταση από επαγγελματίες, την έλλειψη διαθεσιμότητας, τον χρόνο αναμονής, ή οικονομικούς λόγους. Το ποσοστό των Γάλλων που είναι ικανοποιημένοι με την πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα μειώθηκε από 82% το 2007 σε 68% το 2013 για τους γιατρούς, και από 81% έως 70% για τους οδοντίατρους. Ενώ η πυκνότητα των ιατρών και των οδοντιάτρων παρέμεινε σε γενικές γραμμές σταθερή κατά τη διάρκεια της περιόδου, το ποσοστό των υπερβάσεων των τελών αυξήθηκε. Η αύξηση αφορά από 15,6% σε 17,4% μεταξύ του 2007 και του 2012 για ειδικούς ιατρούς, καθώς και από 49% έως 53% για τους οδοντίατρους, σύμφωνα με τους Εθνικούς Λογαριασμούς Υγείας (Coppoletta et.al., 2014).

Οι ιδιωτικών δαπάνες για την υγεία αναπτύσσονται με ταχείς ρυθμούς οδηγώντας τους ασθενείς όλο και περισσότερο στην προαιρετική ασφάλιση υγείας ή σε ίδιες πληρωμές, οι οποίες και οι δύο μειώνουν τη δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση. Επίσης, μεταξύ του 2008 και του 2010 η ιδιωτική δαπάνη από τους εντατικούς χρήστες φροντίδας αυξήθηκε ταχύτερα από ότι εκείνη των λιγότερο συχνά χρηστών της φροντίδας. Αυτό υποδηλώνει έντονα ότι οι ασθενείς με υψηλές ανάγκες βιώνουν μια απώλεια της κάλυψης κατά την πάροδο του χρόνου, η οποία είναι μια ισχυρή ένδειξη της οικονομικής ανισότητας (Brunn, et.al., 2015).

Ακόμη και αν η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (Statutory Health Insurance, SHI) καλύπτει ένα ευρύ φάσμα της φροντίδας, οι ασθενείς μένουν με συμπληρωμές οι οποίες υπολογίζονται ως ποσοστά των ρυθμιζόμενων τιμών (30% για ιατρική φροντίδα, 35-65% για φάρμακα, κ.λπ.). Παρά το γεγονός ότι το μερίδιο των δαπανών υγείας που χρηματοδοτούνται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας μειώθηκαν μόνο ελαφρά μεταξύ του 2006 και του 2013 (από 78,2% σε 77,4%), για ορισμένες

υπηρεσίες υγείας, η ιδιωτική χρηματοδότηση, συμπεριλαμβανομένων τόσο της συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας όσο και τις πληρωμές των νοικοκυριών, έχει αυξηθεί σταθερά (οπτικά, οδοντίατροι) (Franc, et.al., 2014).

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί αναφέρουν ισχυρές διαφορές ανάλογα με το προφίλ του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα για τις δαπάνες υγείας από τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Η κατηγορία των Γάλλων στην ηλικιακή ομάδα των 60+ δηλώνει ότι ξοδεύει 834 €, ποσό 3,5 φορές υψηλότερο από το ποσό που ανακοινώθηκε από τα άτομα ηλικίας 18-24 ετών (241 €). Ομοίως, τα νοικοκυριά με υψηλά εισοδήματα αναφέρουν ότι διαθέτουν σημαντικά υψηλότερο προϋπολογισμό για την υγεία τους : για παράδειγμα, εκείνα που κερδίζουν περισσότερα από 3500 € ανά μήνα ισχυρίζονται ότι ξοδεύουν 778 € και εκείνα που αναφέρουν λιγότερο από 999 € μηνιαίως, ξοδεύουν μόνο 282 € (Sofinscope, 2014).

Ωστόσο, φαίνεται πιθανό ότι ορισμένες ανισότητες έχουν εξασθενήσει για τους λιγότερο ευκατάστατους. Υπήρξε μια μικρή αύξηση του αριθμού των δικαιούχων της δημόσιας συμπληρωματικής καθολικής κάλυψης υγείας (Couverture Maladie Universelle Complémentaire, CMU-C) από 4,12 εκατομμύρια το 2009 σε 4.900.000 το 2013 και μια σημαντική αύξηση των δικαιούχων του σχεδίου για βοήθεια συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας (Aide pour une Complémentaire Santé, ACS), των οποίων ο αριθμός σχεδόν διπλασιάστηκε από 469.000 το 2007 σε σχεδόν 1,1 εκατομμύρια το 2013 (Brunn, et.al., 2015).

Σύμφωνα με μελέτη που αναλύει τη γαλλική γνώμη οι Γάλλοι έχουν όλο και περισσότερο το αίσθημα των κοινωνικών ανισοτήτων, αλλά πιστεύουν ότι το κράτος μπορεί και πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση ενός δημόσιου συστήματος κοινωνικής προστασίας. Παρά το γεγονός ότι οι Γάλλοι είναι από τους πιο πολλούς στην Ευρώπη που θεωρούν το σύστημα κοινωνικής προστασίας τους πάρα πολύ ακριβό, παράλληλα πιστεύουν ότι το σύστημα αυτό «μπορεί να χρησιμεύσει ως πρότυπο για άλλες χώρες» το οποίο παρέχει ένα επαρκές επίπεδο προστασίας (Corpoletta, 2012).

Αντίθετα, υπάρχει μια σημαντική αλλαγή στη γνωμοδότηση σχετικά με τις κοινωνικές εισφορές των επιχειρήσεων (έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2013). Έτσι, μόνο το 32% των Γάλλων - κάτω από δέκα πόντους σε δύο χρόνια - είναι υπέρ της αύξησης των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης των εργοδοτών, η πλειοψηφία

60%, (πάνω από 10 μονάδες σε δύο χρόνια) συμφωνεί ότι οι εταιρείες δεν πρέπει να συνεισφέρουν ούτε περισσότερο ούτε λιγότερο. Η υποστήριξη για την αρχή της καθολικότητας της κοινωνικής προστασίας παραμένει γενικά ισχυρή, με τέσσερις στους πέντε Γάλλους να εξακολουθούν να προτιμούν τις υπηρεσίες που ωφελούν όλους χωρίς διάκριση (Corpoletta, 2014).

Οι οργανισμοί κοινωνικής πρόνοιας θα πρέπει να προσφέρουν οφέλη στη σωστή τιμή και να μην προσφέρουν την καλύτερη κάλυψη με ελεύθερες τιμές. Αυτό αναπόφευκτα οδηγεί τους οργανισμούς στην κατεύθυνση αλλαγής του μοντέλου και των σκοπών τους. Ως εκ τούτου, το ζήτημα των συμπληρωματικών μέτρων στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας θα είναι να καταδειχθούν οι υπηρεσίες που παρέχουν και για τους συνεργάτες τους (δημόσιες αρχές, κοινωνικούς εταίρους, επαγγελματίες υγείας, χρήστες) να σχεδιάσουν τις συνέπειες (Caniard, et.al., 2012).

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης 2008-2010 οι μεταβολές της ανεργίας επηρέασαν σημαντικά τον αριθμό των αυτοκτονιών. Σύμφωνα με τη μελέτη των Laanani et.al., στη Γαλλία παρατηρείται ότι υπάρχει μια αύξηση 1,9% στα ποσοστά αυτοκτονίας για μια αύξηση 10% στα ποσοστά ανεργίας. Ο εντοπισμός των πραγματικών προελεύσεων της αύξησης των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της χρηματοοικονομικής κρίσης φαίνεται απαραίτητη προκειμένου να εφαρμοστούν αποτελεσματικές πολιτικές για τη δημόσια υγεία (Laanani, et.al., 2013).

3.4 Η αντίδραση στην κρίση

Το μικτό σύστημα οργάνωσης της υγείας στη Γαλλία επιχειρεί να εξισορροπήσει ανταγωνιστικές αξίες όπως η ισότητα, η επιλογή και η αποτελεσματικότητα για τον ασθενή. Οι προκύπτουσες διαρθρωτικές προκλήσεις έδωσαν το έναυσμα για μεταρρυθμίσεις στην υγειονομική περίθαλψη. Οι στόχοι των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 ήταν :

- η βελτίωση της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας και της διαφάνειας

- ο έλεγχος της αύξησης των δαπανών της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα την οικονομική ισότητα στην πρόσβαση στην περίθαλψη

- η αντιμετώπιση των γεωγραφικών ανισοτήτων στην πρόσβαση στην περίθαλψη

- η κάλυψη των αναγκών των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, ιδιαίτερα για τον αυξανόμενο αριθμό των αδύναμων ηλικιωμένων ανθρώπων και η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (Chevreul, et.al., 2015b).

Η πολιτική για την υγεία πρέπει να καλύπτει όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, από την πρόληψη έως τη φροντίδα, από τον έλεγχο των δαπανών στον έλεγχο της ποιότητας, από την γεωπολιτική της υγείας στα ανθρώπινα δικαιώματα. Θα μπορούσε στη συνέχεια να οργανωθεί γύρω από τέσσερις μεγάλες φιλοδοξίες : την βελτίωση της υγείας, την μείωση των ανισοτήτων, την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και την προώθηση της δημοκρατίας της υγείας (Tabuteau, 2013).

Η νομοθεσία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα μέτρων πολιτικής που συνδέονται με βασικές προτεραιότητες : την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, βελτιωμένες υπηρεσίες για την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τον συντονισμό της φροντίδας, καινοτομίες στον τομέα των τεχνολογιών και την παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών, πιο αποδοτική διακυβέρνηση και ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών (Brigham, et.al., 2015). Οι προτεραιότητες πολιτικής για τα επόμενα χρόνια προκειμένου να ανταποκριθούν στις μεγάλες προκλήσεις του συστήματος υγείας (γήρανση του πληθυσμού, χρόνιες ασθένειες, κλπ), συνδυάζονται παράλληλα με ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας και καινοτομίας για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Or, 2013).

Η σταθερή αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης έχει οδηγήσει σε μια σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό της χρήσης ορισμένων φαρμάκων ή και τη μείωση του κόστους για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Τα μέτρα συγκράτησης του κόστους περιλαμβάνουν αύξηση των εισφορών των ασθενών που συχνά καλύπτονται από την προαιρετική ασφάλιση υγείας (Voluntary Health Insurance, VHI), διαγραφή από την λίστα φαρμάκων, μείωση του ποσοστού κάλυψης από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων και την ενθάρρυνση

υποκατάστασης με γενόσημα. Η οικονομική αξιολόγηση είναι το νεότερο εργαλείο στην πολιτική συγκράτησης του κόστους (Chevreul, et.al., 2015b).

Η εισαγωγή σταθερών τιμών για όλες τις ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις στα δημόσια νοσοκομεία αντικατέστησαν τους σφαιρικούς προϋπολογισμούς που λειτουργούσαν στο παρελθόν. Ο κύριος στόχος ήταν η εναρμόνιση των κανόνων που ισχύουν για τους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους γύρω από ένα ενιαίο μοντέλο. Η εισαγωγή εργαλείων διαχείρισης για την παρακολούθηση της δραστηριότητας των νοσοκομείων όπως τα ποσοστά πληρότητας σε πραγματικό χρόνο, η μηχανογραφημένη παρακολούθηση της κυκλοφορίας φαρμάκων, τα εργαλεία αναφοράς για τον προϋπολογισμό και τη δημοσιονομική παρακολούθηση έχουν εξαπλωθεί σημαντικά στα δημόσια νοσοκομεία (Galletto, et.al., 2014).

Οι φαρμακευτικές δαπάνες φαίνεται να είναι ο βασικός λόγος για τις χώρες είτε πλήττονται από την κρίση είτε όχι για να έχουν ως στόχο τη μεταρρύθμιση του φαρμακευτικού τομέα τους. Η συγκράτηση του κόστους είναι ένα ζήτημα για τις χώρες υψηλού εισοδήματος, οι οποίες θέλουν να διατηρήσουν την ισότιμη πρόσβαση στα φάρμακα στο πλαίσιο των περιορισμών των δαπανών του δημόσιου τομέα, με τη Γαλλία να χαρακτηρίζεται από οργανωτικές αλλαγές (Vogler, et. al., 2011).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές περιλαμβάνουν την επιτάχυνση της πρόσβασης και της χορήγησης νέων καινοτόμων φαρμάκων στη μέση ευρωπαϊκή τιμή, διαγραφή από τη λίστα φαρμάκων όταν υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την αξία τους και η υποκίνηση εκπτώσεων σε περιπτώσεις υπερβολικής συνταγογράφησης. Παράλληλα, σε εξέλιξη βρίσκονται πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της συνταγογράφησης οι οποίες περιλαμβάνουν προγράμματα για την ενίσχυση της συνταγογράφησης και της διανομής γενόσημων, καθώς και για τη μείωση της συνταγογράφησης των αντιβακτηριακών και αγχολυτικών-υπνωτικών φαρμάκων (Sermet, et.al., 2010).

Αποτελεί διαπίστωση ότι η διείσδυση γενόσημων φαρμάκων διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών και ότι θα μπορούσε να ενισχυθεί περαιτέρω στις περισσότερες χώρες, όπως η Γαλλία η οποία φαίνεται να έχει τη χαμηλότερη διείσδυση γενόσημων φαρμάκων (Seeley, et.al., 2008).

Στη Γαλλία, η τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων στηρίζεται σε μια εκ των προτέρων αξιολόγηση της ιατρικής αξίας των φαρμάκων. Τα φάρμακα αξιολογούνται με βάση δύο ομάδες σύνθετων κριτηρίων : τη θεραπευτική τους αξία (*service médical rendu*) και την προστιθέμενη θεραπευτική αξία (*amélioration du service médical rendu*). Η θεραπευτική αξία λαμβάνει υπόψη τη σοβαρότητα της ασθένειας και την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Η προστιθέμενη θεραπευτική αξία ενός φαρμάκου είναι μια σχετική έννοια, όπως αυτή μετράται μέσω μιας σύγκρισης με τα κλινικά οφέλη των υφιστάμενων φαρμάκων ή θεραπειών (Sauvage, 2008).

Το πρόγραμμα *Hôpital 2012* το οποίο ξεκίνησε το Φεβρουάριο του 2007 είναι ένα επενδυτικό σχέδιο για τα νοσοκομεία το οποίο έχει τρεις γενικούς στόχους : την αναβάθμιση των νοσοκομειακών κτιρίων σε συμμόρφωση με τα πρότυπα υγείας και ασφάλειας, τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων πληροφορικής των νοσοκομείων και την στήριξη των μέτρων αναδιάρθρωσης που προβλέπονται στο περιφερειακό στρατηγικό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι στόχοι αυτοί θα πρέπει να επιδιώκονται στα πλαίσια των νέων κατευθυντήριων αρχών της αποτελεσματικότητας, του ελέγχου του κόστους και της αυτο-ενίσχυσης των επενδύσεων, μέσω της βελτίωσης της παραγωγικότητας δίνοντας μεγάλη έμφαση στα αποτελέσματα. (Guerrero, et.al., 2009).

Η απόδοση είναι μια εξαιρετικά πολυδιάστατη έννοια η οποία περιλαμβάνει διαστάσεις πέρα και πάνω από τις διαστάσεις της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας της περίθαλψης. Αυτές οι άλλες διαστάσεις είναι οι οργανωτικές και ανθρώπινες αξίες που σχετίζονται με την ποιότητα της εργασιακής ζωής (Minvielle, et.al., 2008).

Οι κοινωνικές παροχές παρέχουν ένα δίκτυο ασφαλείας για τους φτωχότερους ανθρώπους. Η πρόληψη της φτώχειας, η δυνατότητα πρόσβασης στην υγεία και η παροχή βοήθειας στέγασης αποτελούν βασικούς στόχους του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Ένα μεγάλο μερίδιο του διαθέσιμου εισοδήματος των πιο μέτριων νοικοκυριών στηρίζεται σε αυτή την κοινωνική προστασία αφού αγγίζει το 33%. Αντίθετα, οι μισθοί αντιπροσωπεύουν μόνο το ένα τρίτο του εισοδήματος των φτωχότερων νοικοκυριών. Η επίδραση των οικογενειακών παροχών είναι ιδιαίτερα σημαντική, δεδομένου ότι κατάφεραν να μειώσουν την ένταση της φτώχειας κατά 14

μονάδες και τα στεγαστικά επιδόματα κατά 9 μονάδες (Observatoire National de la Pauvrete et de L'Exclusion Sociale, 2012).

Το 2009, το κατώτατο ποσό διαβίωσης αντικαταστάθηκε από το εισόδημα της ενεργής αλληλεγγύης για την παροχή στήριξης του εισοδήματος για τους εργαζόμενους. Επιπλέον, το όριο εισοδήματος που επιτρέπει την πρόσβαση στο ασφαλιστικό κουπόνι υγείας αυξήθηκε από 20% σε 30% το 2011 και σε 35% το 2012. Τέλος, μέτρα για την αύξηση της κάλυψης των μειονεκτούντων μαθητών και των ατόμων άνω των 60 ετών θεσπίστηκαν το 2013 (Brunn, et.al., 2015).

Η κάλυψη υγείας στη Γαλλία είναι καθολική και στηρίζεται σε ένα αρκετά δίκαιο σύστημα. Το 85% του γαλλικού πληθυσμού έχει μια «συμπληρωματική ασφάλιση» υγείας, αλλά για το φτωχότερο 10% η ασφάλιση αυτή καλύπτεται από το κράτος. Συνολικά το 20% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης καταβάλλεται από τους ασθενείς, όσον αφορά την ψυχική νόσο αυτή περιλαμβάνεται στο "σχέδιο μακροπρόθεσμης ασθένειας", που σημαίνει σχεδόν εντελώς δωρεάν περίθαλψη. Η υγειονομική περίθαλψη και το σύστημα ασφάλισης υγείας εξαρτώνται από πόρους οι οποίοι παρέχονται όλο και περισσότερο από τα έσοδα του φόρου εισοδήματος (και όχι από τις συνδρομές των εργαζομένων για την υγεία), το γαλλικό κράτος και οι εκπρόσωποι του εμπλέκονται όλο και περισσότερο στη ρύθμιση της όλης διαδικασίας (Mosse, et.al., 2013).

Οι εισφορές για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας από το 2013 και μετά έχουν αυξηθεί για τους αυτοαπασχολούμενους με ετήσιες αποδοχές πάνω από ένα ορισμένο ποσό και υπό ορισμένους όρους, για τους εκλεγμένους τοπικούς αξιωματούχους και τους πολίτες που απασχολούν οικιακή βοηθό. Επιπλέον, από το 2013 και μετά, οι εργοδότες πρέπει να καταβάλλουν εισφορές (forfait social) σε ένα μέρος των εργαζομένων που αποχωρούν στο πλαίσιο της λήξης της εργασιακής σχέσης με κοινή συναίνεση. Τέλος, ένας νέος φόρος (που προορίζεται για τον προϋπολογισμό της κοινωνικής ασφάλισης) έχει εισπραχθεί το 2013 από τους εργαζόμενους με ετήσιες αποδοχές πάνω από € 150 000 (Brunn, et.al., 2015).

Βασική καινοτομία αποτελεί η δημιουργία των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας το 2009 για την προσαρμογή των εθνικών πολιτικών στις τοπικές συνθήκες και για την αναδιάρθρωση του συστήματος διανομής όπως είναι απαραίτητο. Οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας έχουν πρωταρχική αρχή, περιλαμβανομένης και της

εξουσίας πάνω στα ιδιωτικά νοσοκομεία και στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας. Κάθε ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διαπραγματεύεται τη χρηματοδότησή του, βασιζόμενο σε «έργα», με την περιφερειακή υπηρεσία υγείας η οποία ακολουθεί μια συνεκτική στρατηγική που επικεντρώνεται στην αποτελεσματικότητα του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας (Steffen, 2016).

3.5 Διδάγματα από τη Γαλλία

Σύμφωνα με την Εθνική Συνδιάσκεψη Υγείας είναι σαφές ότι δεν μπορεί να υπάρξει αλληλεγγύη χωρίς αλληλεγγύη στις πρακτικές. Για να ενισχυθεί η οικονομική αλληλεγγύη, είναι συνεπώς απολύτως αναγκαίο να ξαναβρεθεί η έννοια της μη-οικονομικής αλληλεγγύης. Η κρίση δεν μπορεί να είναι ο μόνος λόγος για αυτό. Μπορεί να είναι μόνο το τσίμπημα για μια βαθιά διαρθρωτική αλλαγή για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις για την υγεία στον 21ο αιώνα (Conférence nationale de santé, 2013).

Οι Γάλλοι πολιτικοί υπερασπίζονται το σύστημα υγείας τους ως μια ιδανική σύνθεση της αλληλεγγύης, του φιλελευθερισμού και του πλουραλισμού. Η αρχή της αλληλεγγύης απαιτεί την αμοιβαία βοήθεια και συνεργασία μεταξύ των ασθενών και των μη ασθενών, των ανενεργών και των ενεργών, των φτωχών και των πλουσίων και επιμένει στη χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας με βάση την δυνατότητα τους να πληρώσουν (Rodwin, et.al., 2004).

Η διασφάλιση της οικονομικής και δημοσιονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας απαιτεί τη δημιουργία επάρκειας εσόδων για να αντιμετωπίσει το βάρος της νόσου και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Εάν ένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να συγκεντρώσει αρκετά έσοδα για τη βελτίωση της υγείας, μπορεί να αποτύχει στο λόγο ύπαρξής του, καθώς και στον δευτεροβάθμιο ρόλο του για την παροχή στην οικονομία ενός υγιές εργατικού δυναμικού. Το σύστημα υγείας θα πρέπει να εξασφαλίζει ότι παρέχει αξία στα χρήματα : τα οφέλη της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αντισταθμίζουν το κόστος για την κοινωνία, έτσι υψηλότερες

δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να αποφέρουν απτά οφέλη (Thomson, et.al., 2009).

Τα έσοδα έχουν σημασία για τη χρηματοδότηση της υγείας, ιδίως στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Η εμπειρία της Γαλλίας έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις άλλες χώρες, καθώς έχει μετατοπιστεί από ένα καθαρά μοντέλο που έχει βάση τους μισθούς σε ένα πιο διαφοροποιημένο μοντέλο χρηματοδότησης τα τελευταία χρόνια, με στόχο να δημιουργήσει πόρους μέσω διαφόρων φόρων που προέρχονται από τα χρηματοοικονομικά περιουσιακά στοιχεία και τις επενδύσεις (Barroy, et.al., 2014). Οι δημογραφικές αλλαγές (όπως η γήρανση του πληθυσμού και η μείωση του αριθμού των ενηλίκων σε ηλικία εργασίας) σε συνδυασμό με την παρατεταμένη ύφεση έχουν περιορίσει τα δημοσιονομικά περιθώρια. Έτσι, αναζήτησε τρόπους για να διαφοροποιήσει τη βάση των εσόδων της, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του φόρου κατανάλωσης (Maeda, et.al., 2014).

Από την πλευρά των δαπανών, η Γαλλία έχει επίσης λάβει μέτρα για να περιορίσει το μέγεθος των ελλειμμάτων της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Η κυβέρνηση διαδραματίζει μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση των δαπανών για την υγεία, μέσω της εισαγωγής των στόχων δαπανών και την αυστηρή παρακολούθηση των μηχανισμών για τα ταμεία υγείας, που αποκλίνουν από την ανεξάρτητη διαχείριση της κοινωνικής ασφάλισης. Ο συνδυασμός αυτών των μέτρων έχει βελτιώσει την οικονομική βιωσιμότητα, μολονότι τα ελλείμματα παραμένουν ένα χαρακτηριστικό του συστήματος (Barroy, et.al., 2014).

Το 2013, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στη Γαλλία αυξήθηκαν κατά 1,2% σε πραγματικούς όρους, ακριβώς πάνω από το μέσο όρο ανάπτυξης των χωρών του ΟΟΣΑ. Σε αντίθεση με πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι δαπάνες για την υγεία συνέχισαν να αυξάνονται στη Γαλλία σε όλη την οικονομική κρίση, αλλά με μέτριο ρυθμό. Ενώ οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 1% ετησίως από το 2011, οι απευθείας ιδιωτικές δαπάνες μειώθηκαν και είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Οι ασθενείς φέρουν μόνο το 7% του συνόλου των δαπανών για την υγεία, σε σύγκριση με το 19% του μέσου όρου στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 2015b).

Η Γαλλία έχει εργαστεί σκληρά για να εναρμονίσει διαφορετικά συστήματα ασφάλισης και να καλύψει το σύνολο του πληθυσμού κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης σε μεγάλο βαθμό βασίζεται στον επιμερισμό του κόστους και στην όλο και περισσότερο ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση για την κάλυψη του κόστους (Barroy, et.al., 2014). Το σύστημα υγείας είναι μάλλον ακριβό, επιτυγχάνει κατά μέσο όρο καλές επιδόσεις για την υγεία, αλλά με την ένδειξη των κοινωνικών ανισοτήτων της υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση και η συμπληρωματική ασφάλιση παρέχουν γενναιόδωρη κάλυψη, αλλά με μια άνιση κατανομή των ποσών που τελικά επιβαρύνουν τα νοικοκυριά (Dormont, 2009).

Για τον περιορισμό της κλιμάκωσης των δαπανών και τη βελτίωση των επιδόσεων, έχουν εισαχθεί νέοι μηχανισμοί πληρωμών, που δείχνουν κάποια ελπιδοφόρα αποτελέσματα. Η εμπειρία της πληρωμής με βάση την απόδοση (pay for performance) για τους ιατρούς γενικής ιατρικής δείχνει ότι η προσέγγιση αυτή μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα και την υπευθυνότητα των παρόχων, αλλά η αμοιβή με βάση την υπηρεσία (fee for service) περιορίζει την ικανότητα να αλλάξει η συμπεριφορά των κλινικών ιατρών για την εξασφάλιση του συντονισμού της περίθαλψης και της αποτελεσματικότητας μακροπρόθεσμα (Barroy, et.al., 2014). Οι δημόσιοι και ιδιωτικοί πάροχοι συνυπάρχουν και ανταγωνίζονται για τους ίδιους ασθενείς. Ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα στη Γαλλία είναι κατά πόσον οι δύο τύποι παρόχων θα πρέπει να πληρώνονται με το ίδιο τιμολόγιο, με τους ιδιώτες παρόχους σήμερα να αμείβονται λιγότερο (Siciliani, et.al., 2016).

Η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης μέσω μηχανισμών χρηματοδότησης από το κράτος έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επέκταση της αποτελεσματικής πρόσβασης και στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των στοχοθετημένων μέτρων όπως είναι τα συμπληρωματικά κουπόνια ασφάλισης υγείας (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé, ACS). Ένα άλλο σημαντικό μάθημα είναι ότι οι στρατηγικές ελέγχου του κόστους παρακολουθούνται συνεχώς για τις επιπτώσεις τους στα ίδια κεφάλαια και την οικονομική προστασία (Barroy, et.al., 2014).

Το 2015, η αύξηση της νοσοκομειακής περίθαλψης ήταν πιο μετριοπαθής από ό,τι το 2014 (+ 1,9% έναντι + 2,8% σε αξία) μετά την πτώση των τιμών σε αυτόν τον τομέα (-0,2% μετά από + 0,5% το 2014). Παρ'όλα αυτά το 2015, η νοσοκομειακή

περίθαλψη εξακολουθεί να είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στην αύξηση της κατανάλωσης της ιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών (la consommation de soins et de biens médicaux, CSBM). Το 2015, η ανάπτυξη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ήταν επίσης υψηλότερη από ότι το 2014 (+ 2,3%) (Drees, 2016b).

Πολλά ανεπτυγμένα κράτη όπως και η Γαλλία αγκαλιάζουν την καθολική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας χρηματοδοτούμενες από φορολογικά έσοδα (Gleckman, 2010). Επιπλέον, ένα σύνολο μέσων έχουν εισαχθεί για να μετακινηθούν από μια προσέγγιση προσανατολισμένη στην προσφορά προς μια καλύτερη εξυπηρέτηση του πληθυσμού σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες και τη ζήτηση (Barroy, et.al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συμπεράσματα

Η φροντίδα υγείας του πληθυσμού αντανακλά το σύστημα κοινωνικής προστασίας μιας χώρας. Η υγεία είναι αγαθό και συμβάλλει στην ευημερία του κάθε ατόμου. Το κράτος θα πρέπει να παρέχει υπηρεσίες υγείας διασφαλίζοντας το αγαθό της υγείας σε ένα πλαίσιο ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης με επίκεντρο τον άνθρωπο και τις ανάγκες του, εξασφαλίζοντας τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Οι κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την υγεία και το σύστημα υγειονομικής φροντίδας είναι απαραίτητο να προσαρμόζεται κατάλληλα στις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας των ανθρώπων. Όπως αναφέρει ο Παπαθεοδώρου όταν υπάρχει ύφεση, δραματική αύξηση της ανεργίας, μεγάλη μείωση των εισοδημάτων και αύξηση της φτώχειας η υγεία του πληθυσμού επιδεινώνεται (Παπαθεοδώρου, 2015).

Η προώθηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και η λογοδοσία είναι απαραίτητες για την επίτευξη προόδου (Kutzin, 2012). Η οικονομία και η ανάπτυξη διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Η αδυναμία ύπαρξης οικονομικών πόρων δημιουργεί αρνητικές συνέπειες στο επίπεδο παροχών υπηρεσιών υγείας και στην υγεία του πληθυσμού. Η κατάλληλη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων θα πρέπει να είναι στόχος τόσο για την εξοικονόμηση δαπανών όσο και για την επίτευξη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης που οι άνθρωποι στρέφονται περισσότερο στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Η υγειονομική περίθαλψη και η παροχή υπηρεσιών υγείας ως μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας δέχονται τις επιδράσεις και τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης η οποία έχει ενφωλιάσει στην καθημερινή μας διαβίωση, όπου το κόστος της φροντίδας (Or, 2010) μπορεί να γίνει ένα πραγματικό εμπόδιο για υγειονομική περίθαλψη για τους λιγότερο πλούσιους ανθρώπους. Η κρίση αποτελεί απειλή για την υγεία και για την απόδοση του συστήματος υγείας καθώς αυξάνει την ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη και την φορολογική πίεση τεντώνοντας τους κυβερνητικούς πόρους (Thomson, et.al., 2014).

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ στο πλαίσιο της βαθιάς και συνεχιζόμενης οικονομικής ύφεσης από το 2008, το ελληνικό σύστημα υγείας ήταν ένας από τους τομείς προτεραιότητας για τις μεταρρυθμίσεις και τις περικοπές στις δημόσιες δαπάνες. Οι ετήσιες κρατικές δαπάνες για την υγεία έχουν μειωθεί κατά περισσότερο από 5 δις € το 2013 σε σύγκριση με το 2009, μια μείωση σχεδόν κατά το ένα τρίτο σε πραγματικούς όρους. Αλλαγές σε δικαιώματα, οφέλη και τέλη χρήσης, καθώς και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις έχουν επηρεάσει όλους τους τομείς του ελληνικού συστήματος υγείας (OECD, 2015c).

Όπως αναφέρεται και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση και οι επακόλουθοι περιορισμοί στους προϋπολογισμούς που εφαρμόζονται σε πολλές χώρες έχουν οδηγήσει σε ορισμένες περιπτώσεις σε μειώσεις στους προϋπολογισμούς στην κοινωνική πολιτική και την υγεία. Αύξηση των επενδύσεων σε συνεχή, θεσμοθετημένα μέτρα είναι αναγκαία έτσι ώστε η υγεία και οι κοινωνικές υπηρεσίες να ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες του πληθυσμού (WHO, 2008).

Σύμφωνα με την εκτίμηση της Τράπεζας της Ελλάδος για τις συνέπειες της κρίσης στην υγεία των πολιτών είναι ότι αυτή θα εξακολουθήσει να υποβαθμίζεται. Αυτό θα έχει αρνητικές συνέπειες για τις δαπάνες υγείας οι οποίες θα αυξάνονται και αυτό επακόλουθα θα επηρεάζει τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνοντας τα οικονομικά. Επιπρόσθετα, η υποβάθμιση του επιπέδου υγείας των πολιτών δύναται να έχει συνέπειες στον τομέα της εργασίας οδηγώντας σε απώλειες ωρών εργασίας και σε κάμψη της παραγωγικότητας της εργασίας. Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις όπως αναφέρεται στη σχετική έκθεση θα μπορούσαν να συνδέονται με χειροτέρευση της γενικής υγείας του πληθυσμού και την αναστροφή της ανοδικής τάσης στο προσδόκιμο ζωής (Τράπεζα της Ελλάδος, 2016).

Στη Γαλλία η συνολική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού είναι καλή καθώς και ο βαθμός οικονομικής προστασίας που παρέχεται από το σύστημα υγείας (Chevreul et.al., 2015b). Τα διδάγματα από την γαλλική εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι προσιτή, υψηλής ποιότητας περίθαλψη απαιτεί υψηλά επίπεδα δημοσίων δαπανών και ότι η ύπαρξη σε εθνικό επίπεδο συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επιτρέπει όχι μόνο τη μετατόπιση των δαπανών στις ιδιωτικές τσέπες, αλλά και την αύξηση των "συμπληρωματικών" κεφαλαίων που μπορούν να

βοηθήσουν τη χρηματοδότηση της δωρεάν περίθαλψης για σοβαρές ασθένειες και για ένα δημόσιο δίκτυ ασφαλείας. Ανταποκρινόμενη στις υψηλές προσδοκίες του κοινού παραμένει πρόκληση για τις ρυθμιστικές αρχές και τους φορείς χάραξης πολιτικής (Steffen, 2016).

Σύμφωνα με τους Morrissey et.al., χρήσιμες και εντυπωσιακά οικονομικές αποδοτικές λύσεις μπορεί μερικές φορές να προέρχονται από χώρες με χαμηλό εισόδημα οι οποίες πρέπει να καινοτομούν ώστε με λιγότερους πόρους να πάνε μακρύτερα. Αγωνιζόμενα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχουν μερικά κρυμμένα διαμάντια που μπορεί να εμπνεύσουν σε μεγάλο βαθμό παραγωγικές αλλαγές. (Morrissey, et.al., 2015).

Οι αρχές της χρηστής διακυβέρνησης είναι μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική που βοηθάει στην αντιμετώπιση των βραχυπρόθεσμων χρηματοοικονομικών εφιαλτών, παράλληλα χτίζοντας ένα μέλλον πιο ορθολογικό, αποτελεσματικό, ανθρώπινο και με αυστηρή ιατρική. Αποτελεσματικές, ασφαλείς και ικανοποιητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μαζί με ένα δημόσιο σύστημα υγείας που είναι ικανό να θέτει προτεραιότητες και να συντονίζει δράσεις, προγράμματα και δίκτυα. Η ποιότητα της κυβέρνησης είναι η βασική μεταβλητή για να θέσει αυτές τις ιδέες σε πράξη (Repullo, 2016).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αντωνοπούλου, Λ., 2008. Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2), σ.109-120. Διαθέσιμο στο http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_2.Antonopoulou.pdf Ανάκτηση 6-2-2017
- Γεωργακόπουλος, Νικόλαος., 2014. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ : Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διαθέσιμο στο <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Ανάκτηση 15-11-2016.
- Δημητρακάκη, Χ. & Τούντας, Γ., 2013. Κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στη σημερινή Ευρώπη : Πηγές δεδομένων, αποτελέσματα της ερευνητικής δραστηριότητας και προτεραιότητες της πολιτικής. Στο Χ. Οικονόμου, επιμ. Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισόμενες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. σ.79-102.
- διαΝεοσις, Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης. 2016. Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στο http://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf Ανάκτηση 7-11-2016
- Δικαίος, Κ., 1999. Πολιτική υγείας. Στο Δ. Αγραφιώτης, επιμ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Β. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σ.17-96.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), 2012. Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011. Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-

2013. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Γενική Γραμματεία (ΥΥΚΑ). Διαθέσιμο στο <file:///C:/Users/User/Downloads/%CE%95%CF%84%CE%AE%CF%83%CE%B9%CE%B1%20%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7%202011.pdf> Ανάκτηση 30-5-2016

- Θεοδώρου, Μ. κ.ά., 2001. Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.
- Θηραϊός, Ε., 2015. Αναπτύσσοντας εργαλεία ηλεκτρονικής κλινικής διακυβέρνησης. Διαθέσιμο στο file:///C:/Users/User/Downloads/Thiraios_L.pd Ανάκτηση 12-11-2016.
- Καϊτελίδου, Δ., 2014. Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. *Νοσηλευτική*. 53(2), σ.129-132. Διαθέσιμο στο <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/5655/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%9A%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%92%CE%B9%CF%89%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1.pdf?sequence=1> Ανάκτηση 5-11-2016.
- Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., 2009. Υπηρεσίες υγείας, οργάνωση και διοίκηση, αποδοτικότητα, ποιότητα. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Καραϊσκού, Α., κ.ά., 2012. Οικονομική κρίση : Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 4(2), σ.49-54. Διαθέσιμο στο : <http://www.inhealthcare.gr/article/el/oikonomiki-krisi-epidrasi-stin-ugeia-ton-politon-kai-epiptoseis-sta-sustimata-ugeias> Ανάκτηση 26-10-2016
- Καρακόλιας, Σ., 2013. Οργανισμοί Ασφάλισης Υγείας Επιλεγμένων Χωρών: Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία και ΗΠΑ. Στο Ν. Πολύζος, επιμ. Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον

ΕΟΠΥΥ. Κομοτηνή -Αθήνα : Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. σ.197-233.

Διαθέσιμο

στο

<http://www.socadm.duth.gr/conferences/news/%CE%9C%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A4%CE%97%20%CE%9F%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%9D%CE%A9%CE%A3%CE%97%CE%A3-%CE%A7%CE%A1%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3%20%CE%9C%CE%9F%CE%9D%CE%91%CE%94%CE%A9%CE%9D%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CE%A0%CE%9F%CE%A5%20%CE%A3%CE%A5%CE%9C%CE%92%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%9F%CE%9D%CE%A4%CE%91%CE%99%20%CE%9C%CE%95%20%CE%A4%CE%9F%CE%9D%20%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5.pdf> Ανάκτηση

11-7-2016.

- Καστανιώτη, Α. & Πολύζος, Ν., 2016. Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 33(2), σ.198-206. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2016-2/pdf/198.pdf> Ανάκτηση 15-7-2016
- Κουκουφιλίππου, Ι., κ.ά., 2016. Συγκράτηση Δαπανών Υγείας & Εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης του ΕΣΥ. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 8(2), σ.57-63. Διαθέσιμο στο [file:///C:/Users/User/Downloads/sugkratisi-dapanon-ugeias-enallaktikes-piges-xrimatodotisis-tou-esu_el%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/sugkratisi-dapanon-ugeias-enallaktikes-piges-xrimatodotisis-tou-esu_el%20(3).pdf) Ανάκτηση 15-8-2016
- Κυριόπουλος, Γ. κ.ά., 2003. Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια. Αθήνα: Παπαζήση.

- Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β., 2010. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 27(5), σ.834-840. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>
Ανάκτηση 8-2-2016
- Λιαρόπουλος, Λυκούργος., 2010. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Βήτα.
- Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π., 2012. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 11(1), σ.202-212. Διαθέσιμο στο : www.vima-asklipiou.gr. Ανάκτηση 23-10-2016
- Ματσαγγάνης, Μ., 2002. Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Στο Δ. Νιάκας, επιμ. Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σ.15-40.
- Μουρίκη, Α., 2012. Στον βωμό της ‘ανταγωνιστικότητας’: η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και των εργασιακών σχέσεων την περίοδο 2010-2012 και οι επιπτώσεις της στις προοπτικές ανάκαμψης. Στο Α. Μουρίκη κ.ά., επιμ. Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας 2012, όψεις της κρίσης. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. σ.55-87. Διαθέσιμο στο <http://www.ekke.gr>
Ανάκτηση 25-10-2016
- Νιάκας, Δ., 2014. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*. 5(1), σ.3-7. Διαθέσιμο στο <http://www.dmy.gr/sites/default/files/Niakas%20for%20HJNUTRDIET.pdf>
Ανάκτηση 5-11-2016.
- Ξένος, Π. κ.ά., 2014. Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 31(2),

σ.172-185. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf>
Ανάκτηση 8-2-2017

- Οικονόμου, Χαράλαμπος., 2012. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Οικονόμου, Χαράλαμπος., 2013α. Ανισοτιμίες στην υγεία, Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα. Στο Χ. Οικονόμου, επιμ. Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισότιμες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. σ.19-55.
- Οικονόμου, Χαράλαμπος., 2013β. Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία.... Διαθέσιμο στο : <http://www.foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blapte-i-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>
Ανάκτηση 26-10-2016
- Πάγκαλος, Γ., 2011. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. Διαθέσιμο στο [http://www.ictplus.gr/files/1 TELECOM STRATEGIES/PANGALOS GIO RGOS_HDIKA_270711.pdf](http://www.ictplus.gr/files/1_TELECOM_STRATEGIES/PANGALOS_GIO_RGOS_HDIKA_270711.pdf) Ανάκτηση 14-11-2016.
- Παπαγεωργίου, Γ. & Μπίζας, Λ., 2013. Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 6(1), σ.12-20. Διαθέσιμο στο http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/alileksartisi_igeias_koinonias.pdf Ανάκτηση 8-2-2017
- Παπαθεοδώρου, Χ. & Μωυσίδου, Α., 2011. Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. Διαθέσιμο στο <http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/study-16.pdf> Ανάκτηση 25-7-2016.

- Παπαθεοδώρου, Χ., 2015. Η ανισότητα στην υγεία μέσα από τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών. Στο Μ. Πετμεζίδου, επιμ. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. σ.253-268. Διαθέσιμο στο <http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf> Ανάκτηση 18-11-2016
- Παπανικολάου, Χ., 2016. Υγειονομική Μεταρρύθμιση : Ένα Εθνικό Ζήτημα. Διαθέσιμο στο <http://ekyklos.gr/sb/125-ygeionomiki-metarrythmisi-ena-ethniko-zitima.html> Ανάκτηση 14-11-2016.
- Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Π., 2013. Κοινωνικές ανισότητες και δικαίωμα στην προστασία της υγείας στην Ελλάδα. Στο Χ. Οικονόμου, επιμ. Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισόμενες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. σ.103-124.
- Πετμεζίδου, Μ., 2015. Οι «επιταγές» των Μνημονίων και οι υπό εξέλιξη θεσμικές αλλαγές στην υγεία : Κριτική επισκόπηση. Στο Μ. Πετμεζίδου, επιμ. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. σ.93-126. Διαθέσιμο στο <http://www.inegsee.gr/ekdosi/igia-ke-makrochronia-frontida-stin-ellada/> Ανάκτηση 18-9-2016
- Πολύζος, Νικόλαος., 2014. Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Κριτική.
- Ρεκλείτη, Μ. κ.ά., 2012. Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*. 1(1), σ.3-14. Διαθέσιμο στο http://www.spnj.gr/articlefiles/volume1_issue1/112.pdf Ανάκτηση 8-2-2017
- Σίσκου, Ο. κ.ά., 2008. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό παράδοξο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 25(5), σ.663-672. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf> Ανάκτηση 6-2-2017
- Σουλιώτης, Κυριάκος., 2013. Αύξηση των δαπανών υγείας και το ελληνικό «παράδοξο» (;) της πολιτικής υγείας. Στο Χ. Οικονόμου, επιμ. Υγεία,

Κοινωνία και Οικονομία, Ανισότιμες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. σ.125-144.

- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), 2015. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & Στοιχεία 2014. IOBE Παρατηρητήριο Οικονομικών της υγείας. Διαθέσιμο στο http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_23122015_REP_GR.pdf Ανάκτηση 10-11-2016
- Τούντας, Γ. κ.ά., 2000. Δείκτες υγείας στην Ευρώπη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 17(1), σ.89-100. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2000-1/pdf/89.pdf> Ανάκτηση 2-11-2016
- Τούντας, Ι., 2005. Η Μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Στο Ε. Χατζηανδρέου & Κ. Σουλιώτης, επιμ. Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας, Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τούντας, Γιάννης., 2008. Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Τσελέπη, Χ., 2000. Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Στο Δ. Αγραφιώτης, επιμ. Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σ.151-180.
- Τράπεζα της Ελλάδος, 2016. Νομισματική Πολιτική 2015-2016. Διαθέσιμο στο <http://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/NomPol20152016.pdf> Ανάκτηση 7-11-2016
- Χαλκιά, Β. κ.ά., 2015. Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 7(4), σ.151-164. Διαθέσιμο στο file:///C:/Users/User/Downloads/sugkritiki-meleti-tis-katastasis-ugeias-tou-ellinikou-plithusmou-me-tin-ugeia-ton-28-xoron-tis-europis_el.pdf Ανάκτηση 8-2-2017
- Χαραλάμπους, Α. & Τσίτση, Θ., 2010. Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού

- πλασιού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 27(1), σ.106-112. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/106.pdf> Ανάκτηση 2-11-2016.
- Χατζηπουλίδης, Γ., 2004. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας : ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 3(3), σ. 1-12. Διαθέσιμο στο https://www.researchgate.net/publication/260421963_E_chrematodotese_ton_Yperesion_Ygeias_O_rolos_tes_ste_beltiose_tes_apodotikotetas_Health_services_financing_Its_role_in_efficiency_improvement Ανάκτηση 6-2-2017
 - Χλέτσος, Μ., 1999. Κοινωνική Πολιτική. Στο Δ. Αγραφιώτης, επιμ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Β. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σ.97-232.
 - Χλέτσος, Μ., _ Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και προοπτικές στο Κύκλο διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία». Διαθέσιμο στο http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/ei_sagogikes_enies_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf Ανάκτηση 17-7-2016
 - Φιλαλήθης, Τ., 2002. Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο : Σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του ΚΑ αιώνα. 4^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και Επιθεώρηση Υγείας. Κρήτη 24-26 Οκτωβρίου 2002.

Ξένη

- Androutsou, L., et.al., 2011. Measuring Efficiency and Productivity Across Hospitals in the Regional Health Authority of Thessaly, in Greece. *Journal of Health Management.* 13(2), p.121–140. Διαθέσιμο στο [file:///C:/Users/User/Downloads/JHM-13_2-01-Androutsou%20&%20Yfantopoulos\[1\]%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/JHM-13_2-01-Androutsou%20&%20Yfantopoulos[1]%20(2).pdf) Ανάκτηση 6-2-2017
- Barnouin, T., et.al., 2016. Prestations sociales : depuis la crise, une croissance modérée en France et en Europe. *Études et Résultats, DREES.* No 941. p. 1-4. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er962.pdf> Ανάκτηση 10-12-2016
- Barroy, H. et.al., 2014. SUSTAINING UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN FRANCE : A Perpetual Challenge. World Bank Group. Διαθέσιμο στο <http://documents.worldbank.org/curated/en/452591468038118776/pdf/913230WP0UHC0C00Box385331B00PUBLIC0.pdf> Ανάκτηση 16-1-2017.
- Bellanger, M., et.al., 2005. The “Health Benefit Basket” in France. *The European Journal of Health Economics.* Vol. 6, p.24–29. Διαθέσιμο στο <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-005-0315-0> Ανάκτηση 7-12-2016
- Bigot, R., et. al., 2012. L'évolution du bien-être en France depuis 30 ans. CREDOC, Cahier De Recherche. Διαθέσιμο στο <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C298.pdf> Ανάκτηση 17-12-2016.
- Bodenheimer, T.S. & Grumbach, K., 2010. Κατανοώντας την πολιτική υγείας, Μια κλινική προσέγγιση. Αθήνα: Παρισιάνου.

- Bourgueil, Y., 2010. "National Policy for Professional Skill Mix". *Health Policy Monitor*. No 15, p.1-5. Διαθέσιμο στο http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/15/National_Policy_for_Professional_Skill_Mix.html Ανάκτηση 2-1-2017
- Bradby, Hannah., 2010. Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Πεδίο: Αθήνα.
- Brigham, K. B. & Durand-Zaleski, I., 2015. European Observatory on Health Systems and Policies. The Health Systems and Policy Monitor. Διαθέσιμο στο <http://www.hspm.org/countries/france25062012/countrypage.aspx> Ανάκτηση 4-1-2017
- Brunn, M. et.al., 2015. The impact of the crisis on the health system and health in France. In A. Maresso, eds et.al. Economic crisis, health systems and health in Europe : Country experience. Copenhagen: World Health Organization. p. 75-101. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf Ανάκτηση 24-11-2016.
- Caniard, É. & Meyer, C., 2012. Les complémentaires et la crise : menace ou opportunité? *Les Tribunes de la santé*. No 36, p.55-66. Διαθέσιμο στο http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SEVE_036_0055#pa32 Ανάκτηση 4-12-2016
- Chang, S.S., et.al., 2013. Impact of 2008 global economic crisis on suicide : time trend study in 54 countries. *BMJ*. 347, p.1-15. Διαθέσιμο στο <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5239.full> Ανάκτηση 10-1-2017

- Chevreul, K. & Brigham, K. B., 2013. Financing long-term care for frail elderly in France : The ghost reform. *Health Policy*. 111. p.213–220
Διαθέσιμο στο [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(13\)00150-4/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(13)00150-4/pdf) Ανάκτηση 24-11-2016
- Chevreul, K., et.al., 2015a. Overview of the health system. European Observatory on health systems and policies, The Health Systems And Policy Monitor Διαθέσιμο στο [file:///C:/Users/User/Downloads/HSPM_FraGre_%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/HSPM_FraGre_%20(4).pdf) Ανάκτηση 20-10-2016
- Chevreul, K., et.al., 2015b. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. 17(3), p.1–218. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf?ua=1 Ανάκτηση 2-12-2016.
- Coppoletta, R., 2012. Les attentes des Français en matière de protection sociale. *ÉTUDES et RÉSULTATS*. No 821. p.1-4. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er821.pdf> Ανάκτηση 3-12-2016
- Coppoletta, R., 2014. Cotiser plus, baisser ou cibler les prestations : l'opinion des Français sur le financement de la protection sociale. In La protection sociale en France et en Europe en 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. p.43-51. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes-protection-sociale-2012.pdf> Ανάκτηση 3-12-2016
- Coppoletta, R. & Palud, V., 2014. Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? *ÉTUDES et RÉSULTATS*. No 866. p. 1-6. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er866.pdf> Ανάκτηση 2-12-2016

- Correia, T., et.al., 2015. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*. p.1-6. Διαθέσιμο στο [file:///C:/Users/User/Downloads/Correia_Dussault_Pontes_in%20press%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Correia_Dussault_Pontes_in%20press%20(1).pdf) Ανάκτηση 13-12-2016
- Corty, Jean F., 2011. Comment mieux garantir l'accessibilité financière des soins ? In *Le renoncement aux soins, actes du colloque*. p. 139-140. Διαθέσιμο στο http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf Ανάκτηση 2-12-2016
- Damon, J., 2016. The socio-economic impact of social security. ISSA (International Social Security Association). p.1-36. Διαθέσιμο στο file:///C:/Users/User/Downloads/2-ISSA_SEISS.pdf Ανάκτηση 28-12-2016
- Després, C., et.al., 2011. Giving up on Health Care for Economic Reasons: an Econometric Approach. Institut De Recherche Et Documentation En Économie De La Sante (Irdes). *Issues in Health Economics*. No.170. p.1-6. Διαθέσιμο στο <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES170.pdf> Ανάκτηση 24-11-2016
- Docteur, E. & Oxley, H., 2003. Health-Care Systems : Lessons from the Reform Experience. OECD. p.1-97. Διαθέσιμο στο <http://www.oecd.org/els/health-systems/22364122.pdf> Ανάκτηση 8-12-2016.
- Donnelly, L., et.al., 2016. Cohesive Neighborhoods Where Social Expectations Are Shared May Have Positive Impact On Adolescent Mental Health. *Health Affairs*. No35, p.2083-2091. Διαθέσιμο στο <http://content.healthaffairs.org/content/35/11/2083.abstract?=&right> Ανάκτηση 16-11-2016

- Dormont, B., 2009. « Un système si parfait... », *Regards croisés sur l'économie*. 2009/1 No5, p. 11-26. Διαθέσιμο στο <http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-11.html> Ανάκτηση 2-1-2017
- Drydakis, N., 2014. The Effect of Unemployment on Self-Reported Health and Mental Health in Greece from 2008 to 2013 : A Longitudinal Study Before and During the Financial Crisis. *IZA Discussion Papers*. No.8742, p.1-25. Διαθέσιμο στο <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/107534/1/dp8742.pdf> Ανάκτηση 6-2-2017
- Durand-Zaleski, I., 2016. The French Health Care System. In E. Mossialos, eds, et.al. *International Profiles of Health Care Systems 2015*. p.59-68. Διαθέσιμο στο http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en Ανάκτηση 13-12-2016
- Economou, Charalampos., 2015 BARRIERS AND FACILITATING FACTORS IN ACCESS TO HEALTH SERVICES IN GREECE. Copenhagen: World Health Organization. Διαθέσιμο http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf?ua=1 στο Ανάκτηση 9-2-2017
- Economou, C., et. al., 2015. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In A. Maresso, eds, et.al. *Economic crisis, health systems and health in Europe : Country experience*. Copenhagen: World Health Organization. p.103-142. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf Ανάκτηση 24-11-2016
- Economou, M., et.al., 2016. Major depression amid financial crisis in Greece: Will unemployment narrow existing gender differences in the prevalence of

the disorder in Greece? *Psychiatry Research*. Vol.242, p.260–261. Διαθέσιμο στο <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116300415>
Ανάκτηση 28-10-2016

- Emmanouilidou, M. & Burke, M., 2012. A thematic review and a policy-analysis agenda of Electronic Health Records in the Greek National Health System. *Health Policy*. 109, p.31–37. Διαθέσιμο στο [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(12\)00274-6/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(12)00274-6/pdf)
Ανάκτηση 8-2-2017 Ανάκτηση 8-2-2017
- Franc, C. & Pierre, A., 2014. Compulsory private Complementary Health Insurance offered by employers in France: Implications and current debate (Accepted Manuscript). *Health Policy*. 119(2), p.1-11. Διαθέσιμο στο https://www.researchgate.net/publication/270223083_Compulsory_private_Complementary_Health_Insurance_offered_by_employers_in_France_Implications_and_current_debate Ανάκτηση 13-12-2016
- Galetto, M., et.al., 2014. Collective bargaining and reforms to hospital healthcare provision: A comparison of the UK, Italy and France. *European Journal of Industrial Relations*. 20(2), p.131–147. Διαθέσιμο στο <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0959680113508852> Ανάκτηση 7-1-2017
- Garnero, M. & Palud, V., 2013. Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010. *ÉTUDES et RÉSULTATS*. No 837, p.1-6. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er837.pdf> Ανάκτηση 18-12-2016
- Gerber, S. L., 2010. Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ? Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé. *La note de veille*. Paris: Centre d'analyse strategique. No.171, p.1-8. Διαθέσιμο στο

http://www.educsantepicardie.org/_admin/Repertoire/documents/482_100527121554.pdf Ανάκτηση 17-12-2016

- Gleckman, Howard., 2010. Long-Term Care Financing Reform : Lessons From The U.S. and abroad. The Commonwealth Fund. Διαθέσιμο στο http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Feb/1368_Gleckman_longterm_care_financing_reform_lessons_US_abroad.pdf Ανάκτηση 16-1-2017
- Greer, Scott L., et. al., 2016. Introduction : strengthening governance amidst changing governance. In Scott L. Greer, et.al., eds. Strengthening Health System Governance : Better policies, stronger performance. Copenhagen: World Health Organization. p.3-26. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1 Ανάκτηση 3-12-2016
- Guerrero, I., et.al., 2009. Hospital investment policy in France : Pathways to efficiency and the efficiency of the Pathways. *Health Policy*. 93(1), p.35-40. Διαθέσιμο στο http://www.research.ed.ac.uk/portal/files/9130728/Hospital_investment_policy_in_France.pdf Ανάκτηση 13-1-2017
- Ifanti, A., et.al., 2013. Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*. 113(1-2), p.8-12. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23790265>. Ανάκτηση 10-8-2016
- Isel, A., 2014. Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : privations et difficultés financiers. *ÉTUDES et RÉSULTATS*. No 871, p.1-8. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er871.pdf> Ανάκτηση 2-12-2016

- Karanikolos, M. & Kentikelenis, A., 2016. Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*. p.1-3. Διαθέσιμο στο http://download.springer.com/static/pdf/138/art%253A10.1186%252Fs12939-016-0374-0.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fequityhealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12939-016-0374-0&token2=exp=1486633820~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F138%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12939-016-0374-0.pdf*~hmac=359cfc5a11f5e4b0f550780e81d95cea897eeb63e246741390aa1dae1dab47db Ανάκτηση 28-10-2016
- Karanikolos, M., et.al., 2013. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 381(9874), p.1323-1331. Διαθέσιμο στο http://www.antonioacasella.eu/salute/lancet_crisis_health_27mar13.pdf Ανάκτηση 4-2-2017
- Kentikelenis, A. & Papanicolas, I., 2011. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *European Journal of Public Health*. 22(1), p.4-5. Διαθέσιμο στο <https://academic.oup.com/eurpub/article/22/1/4/490107/Economic-crisis-austerity-and-the-Greek-public> Ανάκτηση 7-2-2017
- Kentikelenis, A., et.al., 2014. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*. 383(9918), p.748–753. Διαθέσιμο στο https://www.researchgate.net/profile/Aaron_Reeves/publication/260373830_Greece's_health_crisis_From_austerity_to_denialism/links/55b74c7408aec0e5f4381592.pdf Ανάκτηση 6-2-2017
- Kontodimopoulos, N., et.al., 2007. The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. *Cost*

Effectiveness and Resource Allocation. 5:14. Διαθέσιμο στο http://download.springer.com/static/pdf/306/art%253A10.1186%252F1478-7547-5-14.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fresource-allocation.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1478-7547-5-14&token2=exp=1486453743~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F306%2Fart%25253A10.1186%25252F1478-7547-5-14.pdf*~hmac=05f19e4daa6a5add07b083347e1c87382d21b4cd208354e83530e0020f5955a0 Ανάκτηση 6-2-2017

- Kruka, Margaret E. & Freedman, Lynn P., 2008. Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy.* 85. p.263–276. Διαθέσιμο στο <http://ppmrn.newark.rutgers.edu/storage/ppmrn/Margaret%20Elizabeth%20Kruk%20Lynn%20P.%20Freedman.pdf> Ανάκτηση 18-11-2016
- Kutzin, J., 2012. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Διαθέσιμο στο file:///C:/Users/User/Desktop/%CE%93%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/WHO%20_%20Anything%20goes%20on%20the%20path%20to%20universal%20health%20coverage_%20No..html Ανάκτηση 25-1-2017
- Laanani, M., et.al., 2013. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000–2010). *J Epidemiol Community Health.* 69(2), p.103-109. Διαθέσιμο στο <http://jech.bmj.com/content/69/2/103.full.pdf+html> Ανάκτηση 5-12-2016.

- Lazaratou, H., et.al., 2015. Self-esteem of Greek Adolescents : Changes in a Decade of socioeconomic Hardship. *Adolescent Psychiatry*. 5(1), p.3-11. Διαθέσιμο στο : <http://www.ingentaconnect.com/content/ben/aps/2015/00000005/00000001/art00002> Ανάκτηση 23-10-2016
- Liaropoulos, L. & Tragakes, E., 1998. Public/private financing in the Greek health care system : implications for equity. *Health Policy*. 43(2), p. 153-169. Διαθέσιμο στο [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(97\)00093-6/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(97)00093-6/abstract) Ανάκτηση 6-2-2017
- Lorenza, L., et.al., 2010. "Payment pilots in primary care group practices". *Health Policy Monitor*. No.15, p.1-7. Διαθέσιμο στο http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/15/Payment_pilots_in_primary_care_group_practices.html Ανάκτηση 2-1-2017
- Lundy, J. & Finder, Benjamin D., 2009. Cost Sharing for Health Care : France, Germany, and Switzerland. The Henry J. Kaiser Family Foundation. Διαθέσιμο στο <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7852.pdf> Ανάκτηση 13-12-2016
- Maeda, A. et.al., 2014. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development : A Synthesis of 11 Country Case Studies. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.. Διαθέσιμο στο <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/18867/888620PUB0REPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Ανάκτηση 25-1-2017

- Matsaganis, Manos., 2013. The Greek Crisis: Social Impact and Policy Responses. Friedrich Ebert Stiftung. Διαθέσιμο στο <https://pdfs.semanticscholar.org/508a/90615256866d6548d6ae49d893b86c9768ec.pdf> Ανάκτηση 6-2-2017
- McKee, M., et.al., 2012. Investing in health systems : drawing the lessons. In J. Figueras & M. McKee, eds. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being : Assessing the case for investing in health systems. New York : World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. p.281-288. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf Ανάκτηση 12-1-2017
- Minvielle, E., et.al., 2008. Hospital performance: Competing or shared values? *Health Policy*. 87, p.8–19. Διαθέσιμο στο https://www.researchgate.net/profile/Claude_Sicotte/publication/5813073_Hospital_performance_Competing_or_shared_values/links/5511219b0cf2ba844840d500.pdf Ανάκτηση 16-1-2017
- Morrissey, S., et.al., 2015. International Health Care Systems. *The New England Journal of Medicine*. 372, p.75-76. Διαθέσιμο στο <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe1415036> Ανάκτηση 28-1-2017
- Mosse, P., et.al., 2013. Mental Health in France, Policies and Actors : Developing administrative knowledge in a segmented world. *International Journal of Health Planning and Management*. 28(3), p.242-255. Διαθέσιμο στο https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00860156/file/Ment_Health_Fra_July_3rd_2012.pdf Ανάκτηση 12-1-2017

- Mucci, N., et al., 2016. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Dove press journal*. 12, p. 983-993. Διαθέσιμο στο file:///C:/Users/User/Downloads/NDT-98525-the-correlation-between-stress-and-economic-crisis--a-system_042116.pdf Ανάκτηση 6-2-2017
- Or, Zeynep., 2010. "Measures for curbing health expenditure". *Health Policy Monitor*. p.1-6. Διαθέσιμο στο http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/16/Measures_for_curbing_health_expenditure.html Ανάκτηση 2-1-2017.
- Or, Zeynep., 2013. National Health Strategy. European Observatory on Health Systems and Policies. *The Health Systems and Policy Monitor*. Διαθέσιμο στο <http://www.hspm.org/countries/france25062012/countrypage.aspx> Ανάκτηση 5-1-2017
- Quaglio, G., et.al., 2013. Austerity and health in Europe. *Health Policy*. 113, p.13–19. Διαθέσιμο στο [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(13\)00230-3/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(13)00230-3/pdf) Ανάκτηση 20-11-2016
- Rachiotis, G., et.al., 2014. Medical Supplies Shortages and Burnout among Greek Health Care Workers during Economic Crisis : a Pilot Study. *International Journal of Medical Sciences*. 11(5), p.442-447. Διαθέσιμο στο <http://www.medsci.org/v11p0442.pdf> Ανάκτηση 6-2-2017
- Repullo, J. R., 2016. Austerity : reforming systems under financial pressure. In S. L. Greer, eds, et.al. *Strengthening Health System Governance Better policies, stronger performance*. New York: World Health Organization. p.207-222. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1 Ανάκτηση 3-12-2016

- Rice, Thomas., 2006. Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση. Αθήνα: Κριτική.
- Rigby, E. & Hatch, M. E., 2016. Incorporating Economic Policy Into A ‘Health-In-All-Policies’ Agenda. *Health Affairs*. 35(11), p.2044-2052. Διαθέσιμο στο <http://content.healthaffairs.org/content/35/11/2044.abstract?=&right> Ανάκτηση 16-11-2016
- Rodwin, V. G. & Claude, Le P., 2004. Health Care Reform in France—The Birth of State-Led Managed Care. *The New England Journal of Medicine*. 351, p.2259-2262. Διαθέσιμο στο <http://www.nr9.org/releif.org/media/pdfs/nejmrodwin.pdf> Ανάκτηση 31-12-2016
- Sandier, S. et.al., 2004. Health care systems in transition, France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf Ανάκτηση 8-12-2016
- Sauvage, P., 2008. Pharmaceutical pricing in France: a critique. *Eurohealth*. 14(2), p.6-8. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/80445/Eurohealth14_2.pdf#page=21 Ανάκτηση 14-1-2017
- Sermet, C., et al., 2010. Ongoing pharmaceutical reforms in France. *Applied Health Economics and Health Policy*. 8(1), p.7-24. Διαθέσιμο στο <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03256162> Ανάκτηση 14-1-2017
- Seeley, E. & Kanavos P., 2008. Generic medicines from a societal perspective : Savings for health care systems? *Eurohealth*. 14(2), p.18-22. Διαθέσιμο στο

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/80445/Eurohealth14_2.pdf#page=21 Ανάκτηση 14-1-2017

- Siciliani, L., et.al., 2016. Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*. 121(2), p.103-110. Διαθέσιμο στο http://ac.els-cdn.com/S0168851016303190/1-s2.0-S0168851016303190-main.pdf?_tid=0183e26c-e004-11e6-82d1-00000aacb360&acdnat=1485022029_fd0867d01fa394a14bfad500f8564921 Ανάκτηση 14-1-2017
- Simou, E. & Koutsogeorgou, E., 2014. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013 : A systematic review. *Health Policy*. 115, p.111–119. Διαθέσιμο στο [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00047-5/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00047-5/pdf) Ανάκτηση 7-2-2017
- Singly, de Chantal., 2014. Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS). Διαθέσιμο στο http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/2014-07-16_Rapport_Mission_de_Singly.pdf Ανάκτηση 10-12-2016
- Steffen, M., 2016. Universalism, Responsiveness, Sustainability — Regulating the French Health Care System. *The New England Journal of Medicine*. 374, p.401-405. Διαθέσιμο στο <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1504547#t=article> Ανάκτηση 15-1-2017
- Stuckler, D., et.al., 2009. The health implications of financial crisis : A review of the evidence. *The Ulster Medical Journal*. 78(3), p.142-145. Διαθέσιμο στο

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773609/> Ανάκτηση 23-10-2016

- Szucs, T. D., et.al., 2016. The enigma of value: in search of affordable and accessible health care. *The European Journal of Health Economics*. p.1-4. Διαθέσιμο στο <http://link.springer.com/article/10.1007/s10198-016-0857-3> Ανάκτηση 7-12-2016
- Tabuteau, D. 2013. 1983-2013 : LES ÉVOLUTIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ. 31(1), p.53-67. Διαθέσιμο στο [file:///C:/Users/User/Downloads/JGEM_131_0053\(4\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/JGEM_131_0053(4)%20(1).pdf) Ανάκτηση 9-2-2017
- Tatsioni, A. & Lionis, C., 2016. Responding to financial and economic crisis: what methodology and interventions we need in family practice research. *Family Practice*. 33(1), p.1-3. Διαθέσιμο στο <http://fampra.oxfordjournals.org/content/33/1/1.extract#> Ανάκτηση 14-11-2016
- Thomson, S., et.al., 2009. Financing health care in the European Union : Challenges and policy responses. Denmark: World Health Organization. on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf Ανάκτηση 13-12-2016
- Thomson, S., et.al., 2014. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Denmark: World Health Organization. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/257579/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy.pdf Ανάκτηση 24-11-2016
- Touraine, M. 2014. Health inequalities and France's national health strategy. *The Lancet*. 383(9923), p.1101-1102. Διαθέσιμο στο

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60423-2/abstra](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60423-2/abstra) Ανάκτηση 13-12-2016

- Vogler, S., et.al., 2011. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review*. 4(2), p.22-32. Διαθέσιμο στο <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19046en/s19046en.pdf> Ανάκτηση 13-1-2017
- Zavras D., et.al., 2016. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Services Research*. 16(1), p.2-7. Διαθέσιμο στο http://eprints.lse.ac.uk/68163/1/Kyriopoulos_economic_crisis.pdf Ανάκτηση 10-8-2016

Ιστοσελίδες

- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012. Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας - Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αθήνα. Διαθέσιμο στο http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%85%CE%B3%CE%BA%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A7%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B4%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_final.pdf Ανάκτηση 12-11-2016
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ (ΕΛΣΤΑΤ), 2016. ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2014. Διαθέσιμο στο http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=213361&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el Ανάκτηση 3-11-2016
- Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ψηφιακή Σύγκλιση, Γενική Γραμματεία Τηλεπικοινωνιών και Ταχυδρομείων (ΓΓΤΤ), 2015. Διαθέσιμο στο <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/Hlektronikh-Syntagografhsh> Ανάκτηση 13-11-2016

- ΟΟΣΑ, 2015α. Η Υγεία με μια ματιά, Δείκτες ΟΟΣΑ. Διαθέσιμο στο http://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b6ff47e-el/index.html?itemId=/content/summary/6b6ff47e-el&mimeType=text/html&csp_=6c77333c5ef968600dbde0db7a9d7f92& Ανάκτηση 20-10-2016
- Agences Régionales de Santé, 2016a. Διαθέσιμο στο <http://www.ars.sante.fr/Qu-est-ce-que-l-ARS.89783.0.html> Ανάκτηση 10-12-2016.
- Agences Régionales de Santé, 2016b. PARCOURS DE SOINS, PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE VIE. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Διαθέσιμο στο http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf Ανάκτηση 10-12-2016.
- l'Assurance Maladie, 2015. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Διαθέσιμο στο http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charge_produits_2016.pdf Ανάκτηση 15-12-2016
- Conférence nationale de santé, 2013. Avis sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé : Comment sortir plus forts de la crise ? Paris. Ministère des affaires sociales et de la santé. Direction générale de la santé. Διαθέσιμο στο **Σφάλμα! Η αναφορά της υπερσύνδεσης δεν είναι έγκυρη.**
- Drees, 2016a. La protection sociale en France et en Europe en 2014. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche10-2.pdf> Ανάκτηση 9-12-2016
- Drees, 2016b. La consommation de soins et de biens médicaux. Les dépenses de sante en 2015. Διαθέσιμο στο <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche1-7.pdf> Ανάκτηση 9-12-2016

- Eurostat Grant, 2005. Development of a Methodology for Collection and Analysis of Data on Efficiency and Effectiveness in Health Care Provision. p. 1-143. Διαθέσιμο στο <http://www.basys.de/aktuelles/sha-efficiency.pdf> Ανάκτηση 3-12-2016
- Eurostat, 2016. Unemployment Statistics. Διαθέσιμο στο [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics#Further Eurostat information](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics#Further_Eurostat_information) Ανάκτηση 29-10-2016
- OECD, 2015b. Country Note : How does health spending in France compare? OECD Health Statistics. Διαθέσιμο στο <http://www.oecd.org/health/health-systems/Country-Note-FRANCE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf> Ανάκτηση 24-11-2016
- OECD, 2015c. Country Note : How does health spending in Greece compare? OECD Health Statistics. Διαθέσιμο στο <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-GREECE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf> Ανάκτηση 24-11-2016
- Cour des comptes. 2013. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. Διαθέσιμο στο file:///C:/Users/User/Downloads/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf Ανάκτηση 15-12-2016.
- LE CISS. 2016. SÉCURITÉ SOCIALE L'EXERCICE LIBÉRAL DE LA MÉDECINE, HONORAIRES MÉDICAUX ET TAUX DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE. Διαθέσιμο στο <http://www.leciss.org/sites/default/files/44-Exercice%20liberal%20medecine-fiche-CISS.pdf> Ανάκτηση 15-12-2016.
- Ministère de la Santé. 2012. Guide méthodologique, Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé. Διαθέσιμο στο http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf Ανάκτηση 10-12-2016

- Ministère de la Santé, 2016a. Système de santé, médico-social et social. Διαθέσιμο στο <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social> Ανάκτηση 10-12-2016.
- Ministère de la Santé, 2016b. Les réseaux de santé. Διαθέσιμο στο <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante> Ανάκτηση 10-12-2016
- Observatoire National de la Pauvreté et de L'Exclusion Sociale, 2012. Crise économique, marché du travail et pauvreté. Paris. Διαθέσιμο στο <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000172.pdf> Ανάκτηση 12-1-2017.
- Sénat, 2016. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Διαθέσιμο στο <http://www.senat.fr/rap/a13-127/a13-12716.html> Ανάκτηση 16-12-2016
- Sofinscope, 2014. Les Français et leur budget santé (3) : Une baisse et des renoncements. Διαθέσιμο στο <https://www.sofinscope.sofinco.fr/les-francais-leur-budget-sante-3/> Ανάκτηση 3-12-2016.
- World Health Organization (WHO), 2008. Promoting health and reducing health inequities by addressing the social determinants of health. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/141226/Brochure_promoting_health.pdf Ανάκτηση 13-12-2016