

Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζονται και συγκρίνονται δείκτες δαπανών υγείας και δείκτες χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, δείκτες νοσοκομειακής επάρκειας και λειτουργίας, δείκτες επάρκειας ανθρώπινων πόρων, καθώς και η δομή και η λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), στη Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, ΗΠΑ, Ισπανία, Ιταλία, Καναδά, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Σουηδία. Από τη συγκριτική ανάλυση διαπιστώνεται, πρώτα απ' όλα, η σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων οργάνωσης και η υιοθέτηση νέων μικτών μοντέλων με περιφερειακή δομή διοίκησης. Επίσης, διαπιστώνεται αύξηση των δαπανών υγείας, ιδιαίτερα των ιδιωτικών, όπου σε ορισμένες χώρες, όπως τις ΗΠΑ και την Ελλάδα, αντιστοιχούν σε υψηλό ποσοστό επί του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) (7,2% και 3,9%, αντίστοιχα). Σε όλες τις χώρες, η πλειοψηφία των νοσοκομείων είναι δημόσια ή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα. Οι δείκτες επάρκειας κλινικών παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις (από 10,8/1000 κατοίκους στην Ολλανδία μέχρι 3,6/1000 κατοίκους στη Σουηδία), κυρίως λόγω των διαφορών σε κλίνες για χρόνιους ασθενείς. Οι κρεβατομήρες κυμαίνονται από 1,1 σε Ισπανία και ΗΠΑ μέχρι 3,6 σε Ολλανδία. Στις περισσότερες χώρες επικρατεί το σύστημα προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών για την πλήρωμή των νοσοκομείων. Στον τομέα της ΠΦΥ, σε έξι χώρες κυριαρχεί ο θεσμός του γενικού γιατρού, που είναι δημόσιοι υπάλληλοι ή συμβεβημένοι ιδιώτες γιατροί. Σε τέσσερις από τις χώρες αυτές λειτουργεί και ο θεσμός των κέντρων υγείας, που μαζί με τους γενικούς γιατρούς ασκούν, στις περισσότερες περιπτώσεις, έλεγχο της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών. Σε ό,τι αφορά τους ανθρώπινους πόρους, παρατηρείται υπερέπάρκεια γιατρών στις χώρες της Ν. Ευρώπης, ενώ ελλείψεις παρουσιάζουν οι περισσότερες από τις άλλες χώρες. Το αντίθετο φαινόμενο παρατηρείται για το νοσηλευτικό προσωπικό.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές συστημάτων υγείας: το ιδιωτικό, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης. Το ιδιωτικό σύστημα λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς, όπου κυριαρχούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι υπηρεσίες υγείας είναι κατά κανόνα ιδιωτικές. Το κρατικό σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας

όλου του πληθυσμού (μοντέλο Beveridge για τα εθνικά συστήματα υγείας και μοντέλο Semashko για τα κρατικοποιημένα συστήματα στα σοσιαλιστικά καθεστάτα). Η τρίτη κατηγορία, των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, στηρίζεται στην ύπαρξη διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας μέσω εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων, για την «αγορά» δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (μοντέλο Bismark).¹

Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης δέχονται τα τελευταία χρόνια σημαντικές πιέσεις για αλλαγή. Πρώτα απ' όλα, η γήρανση του Ευρωπαϊκού πληθυσ-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2003, 20(1):76-87
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2003, 20(1):76-87

Γ. Τούντας

Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας,
Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

Comparative analysis of health care
systems of ten developed
countries

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δαπάνες υγείας
Συστήματα υγείας

Υποβλήθηκε 27.9.2002
Εγκρίθηκε 17.10.2002

σμού με την παρατεινόμενη μέση διάρκεια ζωής και η αλλαγή του νοσολογικού προτύπου με την αύξηση της συχνότητας των χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων επηρεάζουν άμεσα τη μορφή των συστημάτων υγείας. Επίσης, η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών θεραπευτικών τεχνολογιών, καθώς και της πληροφορικής, σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών, λειτουργούν καταλυτικά στην αύξηση της ζήτησης και των δαπανών για την υγεία σε ένα όμως περιβάλλον περιορισμένων κοινωνικών πόρων.²

Ως απάντηση στα νέα αυτά δεδομένα, τα συστήματα υγείας των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών έχουν προχωρήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντικές αλλαγές, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 μεγάλες κατηγορίες: στη διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς, στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης, στην ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών των ασθενών, στην αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης.¹

Βέβαια, σε κάθε χώρα, οι αλλαγές που συντελούνται και οι συγκεκριμένες απαντήσεις που δίνονται στα προβλήματα και τα αιτήματα των καιρών διαφέρουν, γιατί κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Για το λόγο αυτόν, κρίθηκε σκόπιμο στην παρούσα μελέτη να γίνει συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ελλάδας, των ΗΠΑ, της Ισπανίας, της Ιταλίας, του Καναδά, της Μεγάλης Βρετανίας, της Ολλανδίας και της Σουηδίας, οι οποίες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών προσεγγίσεων.

2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

2.1. Γαλλία

2.1.1. Γενικά. Το σύστημα υγείας στη Γαλλία αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismark, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Οι δαπάνες υγείας στη Γαλλία το 2000 αντιστοιχούσαν στο 9,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) (6,2% δημόσιες δαπάνες και 3,3% ιδιωτικές). Οι δαπάνες αυτές καταβάλλονται κατά 76% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο 24% καταβάλλεται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση.

Η κοινωνική ασφάλιση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις υψηλότερες συνεισφορές εργοδοσίας-εργαζομένων στην Ευρώπη, με ποσοστό 19%,³ καλύπτει, ανάλογα με

την περίπτωση, από 40–100% των υγειονομικών δαπανών. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης.

2.1.2. Νοσοκομεία. Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.⁴ Τα δημόσια γαλλικά νοσοκομεία υπήρξαν από παράδοση δυσκίνητοι γραφειοκρατικοί οργανισμοί, γεγονός που οδήγησε το 1996 στη δημιουργία αποκεντρωμένων περιφερειακών νοσοκομειακών οργανισμών, με μεγαλύτερη διοικητική και διαχειριστική αυτονομία.

Το 2000, αντιστοιχούσαν 8,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους (4,1 για οξέα περιστατικά).⁵ Η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά το 1997 ήταν 5,6 ημέρες και οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο 2,5.⁶

Τα δημόσια νοσοκομεία αμειβονται με προοπτικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς με βάση το ποσοστό χρηματοδότησής τους από την κοινωνική ασφάλιση. Κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει κατόπιν διαπραγματεύσεων, ανάλογα με τις ασθενοημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων του κατά την αμέσως προηγούμενη ετήσια χρήση. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές.

2.1.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό του γιατρό, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς.

2.1.4. Ανθρώπινοι πόροι. Το 1998 υπήρχαν περίπου 3 γιατροί και 5,9 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.⁶ Οι νοσοκομειακοί γιατροί στο δημόσιο τομέα διορίζονται από το Υπουργείο Υγείας. Για τον έλεγχο των ιδιωτών γιατρών στην ΠΦΥ, που αμειβονται κατά πράξη, έχουν καθιερωθεί ιατρικά πρωτόκολλα, ενώ προβλέπονται ποινές για προκλητή ζήτηση (υπερκατανάλωση). Γενικότερα, ο τομέας του ποιοτικού ελέγχου και της διαπίστευσης στη Γαλλία έχει αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία ενός ειδικού φορέα (Agence Nationale d' Accreditation et d' Evaluation en Sante).

2.2. Γερμανία

2.2.1. Γενικά. Η Γερμανία αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismark, το οποίο πρωτοϊδρύθηκε στη Γερμανία επί εποχής Bismark στα

τέλη του 19ου αιώνα. Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία, που αντιστοιχούσαν το 2000 στο 10,6% του ΑΕΠ (7% δημόσιες και 3,6% ιδιωτικές), καταβάλλονται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά ιδιωτικές δαπάνες.³ Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας, που καλύπτουν περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους και 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς με 7,1 εκατομμύρια πλήρως ασφαλισμένους.⁷ Οι μισοί περίπου ασφαλισμένοι στα ταμεία υγείας (κυρίως οι υψηλόμισθοι) έχουν ελευθερία επιλογής ταμείου, ενώ το 40% αυτών μπορούν να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση.

2.2.2. Νοσοκομεία. Το 2000 λειτουργούσαν στη Γερμανία 2.019 γενικά νοσοκομεία (753 δημόσια, 832 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και 429 ιδιωτικά) και αντιστοιχούσαν 9,1 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (6,9 για οξεία περιστατικά).⁵ Το 1997, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξεία περιστατικά ήταν 10,8 ημέρες και οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο 2,6.⁸ Οι αρχές των 16 κρατιδίων, που διαχειρίζονται τους επιμέρους φορολογικούς προϋπολογισμούς, έχουν την ευθύνη επενδύσεων κεφαλαίου στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Ακόμα, η χρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων προέρχεται από τα ταμεία υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές και καθορίζεται με βάση συμφωνηθέν νοσήλιο στο πλαίσιο σφαιρικών προοπτικών προϋπολογισμών.⁹ Η εισαγωγή στα νοσοκομεία γίνεται ύστερα από παραπομπή γενικού ή ειδικού γιατρού, ενώ πρόσφατα καταβάλλεται προσπάθεια οι γενικοί γιατροί να αναλάβουν τη γενικότερη ευθύνη ελέγχου της κατανάλωσης (gatekeeping).¹⁰

2.2.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, το 75% των οποίων έχει δικό του ιατρείο (solo practice) και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς (group practice). Το 5% των ιδιωτών γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλπουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο.⁷ Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό από τη λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο του, ενώ του παρέχεται δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και στους συμβεβλημένους γιατρούς ειδικότητων.

2.2.4. Ανθρώπινοι πόροι. Το 2000 υπήρχαν 3,6 γιατροί ανά 1000 κατοίκους. Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται σοβαρές ελλείψεις ιατρικού προσωπικού, κυρίως στα νοσοκομεία, όπου οι γιατροί αμείβονται με μισθό.¹⁰ Μόνο οι επικεφαλής νοσοκομειακών τμημάτων έχουν το δικαίωμα επιπρόσθετων αμοιβών από ιδιωτικούς ασθενείς. Σε ό,τι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, το 1997 υπήρχαν 9,5 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.⁸

Στην ΠΦΥ οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τα τοπικά σωματεία των γιατρών κάθε χρόνο. Ο τρόπος αυτός αμοιβής των γιατρών ελέγχεται μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών για όλους τους γιατρούς κάθε τοπικής ένωσης, με ένα σύστημα βαθμών για 2500 ιατρικές πράξεις, σύμφωνα με το οποίο μειώνεται η τιμή ανά βαθμό σε υπέρβαση της κατανάλωσης.⁹

2.3. Ελλάδα

2.3.1. Γενικά. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge. Εκτός όμως από την ύπαρξη του ΕΣΥ, σημαντικό ρόλο στην Ελλάδα διαδραματίζει τόσο ο ιδιωτικός τομέας όσο και η κοινωνική ασφάλιση, η οποία κάλυπτε το 1999 το 22,8% των δαπανών για την υγεία (η γενική φορολογία 34,2% και οι ιδιωτικές δαπάνες το 43%). Το σύνολο των δαπανών για την υγεία αντιστοιχούσε το 2000 στο 9,1% του ΑΕΠ (5,2% δημόσιες, 3,9% ιδιωτικές).¹¹ Επιπλέον, ο κύριος φορέας της κοινωνικής ασφάλισης, το ΙΚΑ, αλλά και ορισμένοι άλλοι μικρότεροι φορείς (Οίκος Ναύτου, τραπεζοϋπάλληλοι κ.ά.), παρέχουν δικές τους υπηρεσίες υγείας σε σημαντικό αριθμό ασφαλισμένων.

Οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ (νοσοκομεία και κέντρα υγείας) υπάγονται διοικητικά στα 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ), που δημιουργήθηκαν το 2001, ενώ σε εκκρεμότητα παραμένει η εξαγγελθείσα ένταξη των μονάδων υγείας της κοινωνικής ασφάλισης στο ΕΣΥ.

2.3.2. Νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι κυρίως δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και ιδιωτικές κερδοσκοπικές κλινικές. Το 1999 αντιστοιχούσαν 4,9 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (3,9 για οξεία περιστατικά)⁵ και λειτουργούσαν 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ με 32.682 κλίνες (62%), 218 ιδιωτικές κλινικές με 15.806 κλίνες (30%), 24 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ και πανεπιστημιακά) με 4000 περίπου κλίνες (7,5%) και 4 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία με 269 κλίνες (0,5%).¹¹ Η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξεία περιστατικά στα δημόσια νοσοκομεία το 1999 ήταν 6 περίπου ημέρες και στον ιδιωτικό τομέα 4 ημέρες για τις μεγάλες κλινικές και 8 ημέρες για τις μικρές, ενώ οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο το 1996 ήταν 1,2.^{5,6} Χαρακτηριστικό, επίσης, του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα είναι η μεγάλη συγκέντρωση κρεβατιών σε Αθήνα-Θεσσαλονίκη (60%), ενώ ο ιδιωτικός τομέας κα-

ρακτηρίζεται τα τελευταία χρόνια από ολιγοπωλικές τάσεις, με τη δημιουργία λίγων μεγάλων συμπλεγμάτων και το κλείσιμο πολλών μικρών κλινικών. Η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων προέρχεται κατά 60% περίπου από τη γενική φορολογία και κατά 40% από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτών.

2.3.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, από τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, από ιδιώτες γιατρούς και από ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Στα κέντρα υγείας του ΕΣΥ και στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ εργάζονται γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, ενώ πολλοί ιδιώτες γιατροί είναι συμβεβλημένοι με τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης. Στα αστικά κέντρα δεν υπάρχει οργανωμένη ΠΦΥ του ΕΣΥ ούτε υφίσταται ουσιαστική διαδικασία ελέγχου της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

2.3.4. Ανθρώπινοι πόροι. Στην Ελλάδα υπάρχει υπερέπάρκεια γιατρών και ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού. Το 1999 αντιστοιχούσαν 4,4 γιατροί ανά 1000 κατοίκους και το 1996 3,7 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.^{5,6} Οι περισσότεροι γιατροί είναι διαφόρων κλινικών ειδικοτήτων, με λίγους γιατρούς Γενικής Ιατρικής. Όπως και οι κλίνες, έτσι και το ιατρικό προσωπικό είναι συγκεντρωμένο στις δύο μεγάλες πόλεις. Οι γιατροί του ΕΣΥ είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με δυνατότητα επιπλέον αμοιβών κατά πράξη από την άσκηση απογευματινών ιατρείων εντός των νοσοκομείων. Οι ιδιώτες γιατροί, συμβεβλημένοι και μη με την κοινωνική ασφάλιση, αμείβονται κατά πράξη, ενώ ορισμένοι απ' αυτούς έχουν και επιπρόσθετο μισθό (μόνιμοι ή συμβασιούχοι).

2.4. ΗΠΑ

2.4.1. Γενικά. Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί παραλλαγή του μοντέλου Bismark, με έμφαση όμως στην ιδιωτική ασφάλιση αντί για την κοινωνική. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ καλύπτει μόνο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι, που αποτελούν το 14% του πληθυσμού και καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicare, και φτωχοί πληθυσμοί γυναικών και παιδιών, που αποτελούν το 15% του πληθυσμού και καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicaid. Περίπου το 65% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 18% είναι ανασφάλιστο.

Οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ είναι οι υψηλότερες στον κόσμο και αντιστοιχούσαν το 2000 στο 13% του ΑΕΠ (5,8% δημόσιες, 7,2% ιδιωτικές).⁵ Οι δαπάνες αυ-

τές καλύπτονται κατά 45% από κρατικούς πόρους, κυρίως για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid, και το υπόλοιπο 55% καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες (ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές).¹²

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί επίσης η ύπαρξη συστημάτων οργανωμένης (ή κατευθυνόμενης) φροντίδας υγείας (managed care), που αποτελούν συνδρομητικά ιατρικοασφαλιστικά συμπλέγματα. Τα συστήματα αυτά, που λειτουργούν με διάφορες οργανωτικές παραλλαγές, παρέχουν στους ασφαλισμένους πλήρη πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή κάλυψη έναντι προκαθορισμένης μηνιαίας ή ετήσιας συνδρομής.⁷

2.4.2. Νοσοκομεία. Στις ΗΠΑ λειτουργούν περίπου 5900 νοσοκομεία, από τα οποία μόνο τα 747 είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά. Το 70% των νοσοκομείων είναι κοινωφελή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, ιδιωτικά, κοινοτικά ή ακαδημαϊκά. Το 2000, αντιστοιχούσαν 3,6 κλίνες για οξέα περιστατικά ανά 1000 κατοίκους. Η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά το 1996 ήταν 8 ημέρες και οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο το 1997 ήταν 1,1.⁶ Τα περισσότερα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από τις υψηλές επενδύσεις στην ακριβή τεχνολογία και από την ύπαρξη αυστηρών κριτηρίων ποιότητας. Παρόλα αυτά, η διαφοροποίηση στην κλινική πρακτική για τις ίδιες νοσολογικές κατηγορίες κυμαίνεται μέχρι και 40%.¹³

2.4.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται με αυξανόμενο ρυθμό κέντρα υγείας, ειδικά κέντρα, χειρουργεία και κλινικές ημέρας, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού κ.ά.¹⁰ Ιδιαίτερη επίσης έμφαση δίνεται στην πρόληψη και στην προαγωγή και αγωγή υγείας. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες ύπαρξης χαμηλών δεικτών επαφής του πληθυσμού με τους γιατρούς και κατά κεφαλή ασθενοημερών νοσηλείας. Παρόλα αυτά, οι δαπάνες παραμένουν υψηλές, λόγω της υψηλής έντασης και του μεγάλου κόστους της παρεχόμενης περίθαλψης.⁹

2.4.4. Ανθρώπινοι πόροι. Οι δείκτες γιατρών προς πληθυσμό είναι από τους χαμηλότερους μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές ελλείψεις γιατρών αλλά και νοσηλευτικού προσωπικού. Το 1999 υπήρχαν 2,8 γιατροί ανά 1000 κατοίκους και το 1997 8,3 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.⁵ Πρόσφατα, είχε εκτιμηθεί ότι στα νοσοκομεία των ΗΠΑ υπήρχαν 168.000 κενές θέσεις εργασίας.⁷ Οι περισσό-

τεροι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, αλλά τόσο οι αμοιβές τους όσο και το περιεχόμενο της πρακτικής τους υπόκειται σε αυστηρούς ελέγχους και αυστηρές ποινικές κυρώσεις.¹⁴

2.5. Ισπανία

2.5.1. Γενικά. Στην Ισπανία, από τη δεκαετία του 1980, λειτουργεί εθνικό σύστημα υγείας στο πλαίσιο του μοντέλου Beveridge. Το εθνικό σύστημα υγείας παρέχει δωρεάν σε όλους τους Ισπανούς πολίτες πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες περιθαλψής. Οι συνολικές δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν το 2000 στο 7,7% του ΑΕΠ (5,4% δημόσιες, 2,3% ιδιωτικές).⁵ Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει περίπου το 10% του πληθυσμού.

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία. Η κεντρική κυβέρνηση συγκροτεί περιφερειακούς προϋπολογισμούς υγείας για καθεμιά από τις 17 ημιαυτόνομες περιφέρειες, ανάλογα με τον πληθυσμό της.⁷ Κάθε περιφέρεια, με τα αρμόδια όργανα, ασκεί διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες εντάσσονται σε διαφορετικές «περιοχές υγείας» (health areas), που καλύπτουν πληθυσμούς 200.000–250.000 κατοίκων. Κάθε «περιοχή υγείας» χωρίζεται σε «ζώνες υγείας» (health zones), που καλύπτουν πληθυσμούς 5000–25.000 κατοίκων. Ο σχεδιασμός προβλέπει τη λειτουργία 2448 τέτοιων μονάδων. Σε 10 από τις 17 περιφέρειες ο ρόλος του κράτους παραμένει σημαντικός (37% του πληθυσμού).¹⁵

2.5.2. Νοσοκομεία. Τα τελευταία χρόνια λειτουργούν περίπου 800 νοσοκομεία (με 170.000 κλίνες), από τα οποία το 80% είναι δημόσια και το 20% ιδιωτικά.⁷ Το 2000, αντιστοιχούσαν 4,2 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (3,0 για οξέα περιστατικά).⁵ Το 1996, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν 8 ημέρες και οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο 1,1.⁶ Στον ιδιωτικό τομέα έχουν αναπτυχθεί τελευταία ορισμένα μεγάλα ιατροκοσμητικά συμπλέγματα στα πρότυπα της οργανωμένης φροντίδας των ΗΠΑ. Κάθε νοσοκομείο έχει τη δική του διοίκηση.

2.5.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ στο εθνικό σύστημα υγείας παρέχεται από δημόσια κέντρα υγείας και γενικούς γιατρούς.¹⁵ Κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχεί σε μια «ζώνη υγείας», η οποία έχει την ευθύνη της διοίκησής του. Οι γενικοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους και στα ιατρεία τους σε ατομική (solo practice) ή ομαδική βάση (group practice). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται τάση ενίσχυσης της ομαδικής πρα-

κτικής, δημιουργώντας ένα νέο συλλογικό μοντέλο ΠΦΥ. Κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχεί σε μια «ζώνη υγείας», που έχει και την ευθύνη της διοίκησής του. Οι γενικοί γιατροί ελέγχουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ παρέχεται στους πολίτες η δυνατότητα άμεσης προσφυγής σε ορισμένες μόνο ειδικότητες.⁹

2.5.4. Ανθρώπινοι πόροι. Στην Ισπανία υπάρχει επάρκεια ιατρικού προσωπικού, με 4 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους, ενώ οι νοσηλευτές/τριες αντιστοιχούσαν το 1996 σε 4,5 ανά 1000 κατοίκους.⁵ Οι γιατροί στο εθνικό σύστημα υγείας είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι.

2.6. Ιταλία

2.6.1. Γενικά. Και το σύστημα υγείας στην Ιταλία ανήκει, από το 1979 που δημιουργήθηκε εθνικό σύστημα υγείας, στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge, το οποίο παρέχει δωρεάν υπηρεσίες σε κάθε δικαιούχο. Οι δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν το 2000 στο 8,4% του ΑΕΠ (6,1% δημόσιες, 2,3% ιδιωτικές) και καλύπτονται κυρίως από τη γενική φορολογία (67,0%) και τις ιδιωτικές δαπάνες (33%).¹⁶ Το σύστημα είναι αρκετά αποκεντρωμένο και οι αρχές κάθε περιφέρειας διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Το 1995 λειτουργούσαν 228 τομείς υγείας, με πληθυσμό ευθύνης κατά μέσο όρο 250.000 κατοίκους. Η χρηματοδότηση των τομέων υγείας πραγματοποιείται από τις περιφέρειες με σφαιρικούς προϋπολογισμούς ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης τους. Όπως και στην Ισπανία, έτσι και στην Ιταλία η ιδιωτική ασφάλιση έχει συμπληρωματικό ρόλο. Το 1999, το 30% του πληθυσμού είχε και ιδιωτική ασφάλιση.¹⁷

2.6.2. Νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας είναι δημόσια, ενώ λειτουργούν και ιδιωτικά νοσοκομεία. Το 2000 λειτουργούσαν 842 δημόσια νοσοκομεία (61%) και 539 ιδιωτικά (39%), από τα οποία τα περισσότερα είναι μη κερδοσκοπικά. Το 1999, αντιστοιχούσαν 4,4 κλίνες για οξέα περιστατικά ανά 1000 κατοίκους (81,5% δημόσιες κλίνες) και 183 εισαγωγές ανά 1000 κατοίκους.¹⁶ Το 1998, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν 7,1 ημέρες και το 1996 οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο 1,7.⁵

Από το 1995, τα δημόσια νοσοκομεία πληρώνονται κατά πράξη, που υπολογίζεται με βάση τη σύνθεση των διαγνωστικών ομάδων των ασθενών που νοσηλεύουν. Οι αμοιβές για κάθε διαγνωστική κατηγορία νοσηλευόμενων ασθενών διαφοροποιούνται και κατά περιφέρεια, σε ορισμένες από τις οποίες ισχύει η πληρωμή κατά πράξη.⁹

Στο πλαίσιο του νοσοκομειακού συστήματος λειτουργεί ένα δίκτυο 16 δημόσιων και 16 ιδιωτικών ερευνητικών νοσοκομείων, που χρηματοδοτούνται από το κράτος για την ανάπτυξη της έρευνας και της κλινικής πρακτικής.¹⁶

2.6.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ στο εθνικό σύστημα υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς γιατρούς, που είναι ιδιώτες γιατροί. Οι γενικοί γιατροί ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ παρέχεται περιορισμένη δυνατότητα άμεσης προσφυγής σε ορισμένες ειδικότητες. Εκτός εθνικού συστήματος υγείας, υπάρχουν ιδιώτες γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, κυρίως στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Κάθε πολίτης επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό, αρκεί να μην έχει συμπληρωθεί η λίστα του.

2.6.4. Ανθρώπινοι πόροι. Η Ιταλία, το 2000, είχε μια από τις υψηλότερες αναλογίες γιατρών ανά πληθυσμό (6/1000) στον κόσμο, ενώ η αναλογία νοσηλευτών/τριών προς πληθυσμό το 1996 ήταν 4,9/1000.⁵ Οι γενικοί γιατροί που παρέχουν ΠΦΥ στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας αμείβονται με ένα μικτό σύστημα πληρωμής, που βασίζεται σε κατά κεφαλή αποδοχές ανάλογα με το μέγεθος της λίστας του κάθε γιατρού, αλλά και σε αμοιβή κατά πράξη για ορισμένες ιατρικές πράξεις.¹⁸

2.7. Καναδάς

2.7.1. Γενικά. Το σύστημα υγείας στον Καναδά ανήκει στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από περίπου 200 περιφερειακούς οργανισμούς, που λειτουργούν υπό την ευθύνη 12 περιφερειακών αρχών.

Οι δαπάνες υγείας το 2000 αντιστοιχούσαν στο 9,1% του ΑΕΠ (6,5% δημόσιες, 2,6% ιδιωτικές). Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος στηρίζεται κυρίως στη γενική φορολογία (89,6%). Οι υπόλοιποι πόροι προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση και από εργοδότες για πρόσθετες παροχές.¹⁹

Ο Καναδάς υπήρξε το πρώτο κράτος στον κόσμο, το οποίο στήριξε το σύστημα υγείας στην παραδοχή που διατυπώθηκε το 1974 (Lalonde Report) ότι η υγεία είναι προϊόν του τρόπου ζωής, του περιβάλλοντος, της βιολογίας και των υπηρεσιών υγείας.⁹ Είναι επίσης από τις πρώτες χώρες που οργάνωσαν τα τελευταία χρόνια δίκτυα πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης.²⁰

2.7.2. Νοσοκομεία. Στον Καναδά λειτουργούν περίπου 900 νοσοκομεία. Το 95% των νοσοκομείων είναι μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, που διοικούνται από τις τοπικές αρχές ή τα ΔΣ κοινωφελών οργανισμών. Οι κερδοσκοπικές υπηρεσίες περιορίζονται κυρίως στον τομέα των μονάδων χρονίως πασχόντων ή ειδικών κέντρων (π.χ. αποτοξίνωσης).²¹

Το 1999, αντιστοιχούσαν 3,9 κλίνες για οξέα περιστατικά ανά 1000 κατοίκους. Το 1996, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν 10 ημέρες και οι κρεβατομήρες ανά κάτοικο 1,9.⁶ Τα νοσοκομεία πληρώνονται από τις τοπικές αρχές βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών, που καταρτίζονται ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών.¹²

2.7.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από γενικούς και οικογενειακούς γιατρούς, πολλοί από τους οποίους εργάζονται σε κοινοτικά κέντρα υγείας. Οι γιατροί αυτοί ελέγχουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ απολαμβάνουν σημαντική αυτονομία στην άσκηση του έργου τους.²¹ Ο τομέας της πρόληψης και της προαγωγής είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος, καθώς και ο τομέας των νέων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, όπως είναι η φροντίδα στην κοινότητα (community care) και οι μονάδες άμεσης πρόσβασης (one-stop-shopping).¹⁹

2.7.4. Ανθρώπινοι πόροι. Στον Καναδά παρουσιάζεται υπερεπάρκεια ιατρών στις αστικές περιοχές και ανεπάρκεια στις αγροτικές.¹⁹ Το 2000 αντιστοιχούσαν 2,1 γιατροί ανά 1000 κατοίκους και το 1997 7,6 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.⁵

Οι περισσότεροι γιατροί είναι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί. Το 99% των γιατρών συμμετέχει στο δημόσιο σύστημα υγείας και αμείβεται κατά πράξη από τις τοπικές αρχές. Πολλοί ειδικοί γιατροί ασκούν και ιδιωτική Ιατρική, συνεργαζόμενοι με τα νοσοκομεία. Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται η τάση έμμοισης αμοιβής των ειδικών γιατρών στα ακαδημαϊκά νοσοκομεία και ανάπτυξης του συστήματος πληρωμής κατά κεφαλή στην ΠΦΥ.²¹

2.8. Μεγάλη Βρετανία

2.8.1. Γενικά. Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί το κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και έκτοτε αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες. Οι δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν το 2000 στο 7,3% του ΑΕΠ (5,9% δημόσιες, 1,4% ιδιωτικές).⁵

Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές.²² Οι πόροι από τη φορολογία κατανομούνται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα, διαμέσου αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA). Οι LHA και τα fundholders «αγοράζουν» υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες.⁷ Ο διαχωρισμός αυτός, ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές, εφαρμόστηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.¹²

2.8.2. Νοσοκομεία. Το 1995, τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1600 νοσοκομεία, τα οποία απολαμβάνουν σημαντικής διοικητικής αυτονομίας. Εκτός των δημόσιων, λειτουργούν και λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, που καλύπτουν το 6% του συνόλου των κλινών.²³

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των εισαγωγών και μείωση των κλινών, με παράλληλη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.²⁴ Το 2000, αντιστοιχούσαν 4,1 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (2,0 για οξέα περιστατικά).⁵ Το 1996, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν 5,0 ημέρες και οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο 1,7.⁶

Ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, από σφαιρικούς προϋπολογισμούς σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και LHA ή GP's fundholders, το οποίο βασίζεται σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών.⁹ Επίσης, το 5% περίπου των κρεβατιών στα δημόσια νοσοκομεία διατίθενται για τη νοσηλεία ιδιωτικών ασθενών.¹²

2.8.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ, που παρέχεται από το NHS, στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών γιατρών (General Practitioners, GP's).¹⁸ Οι γενικοί γιατροί, που καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας του 97% του πληθυσμού, είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση (group practice).¹² Ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ παράλληλα δια-

χειρίζονται πόρους για «αγορά» νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους, είτε, μέχρι πρόσφατα, μέσω των GP's fundholders, είτε μέσω των πρωτοβάθμιων ομάδων υγείας (primary health groups), που πρόκειται να αντικαταστήσουν το θεσμό των GP's fundholders.²⁵

2.8.4. Ανθρώπινοι πόροι. Στη Μεγάλη Βρετανία παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα ιατρών. Το 1996 υπήρχαν 1,8 γιατροί και 4,5 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.¹⁹ Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί του NHS με μισθό (60%) ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο.¹² Τα τελευταία χρόνια, πολλοί γιατροί του ASH δουλεύουν συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα.¹⁰

2.9. Ολλανδία

2.9.1. Γενικά. Το σύστημα υγείας στην Ολλανδία ανήκει στην κατηγορία της κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismark), με ισχυρή παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Η κοινωνική ασφάλιση, με 53 διαφορετικούς φορείς, καλύπτει το 70% του πληθυσμού για οξέα περιστατικά και το 100% του πληθυσμού για χρόνια νοσήματα.³ Το 35% του πληθυσμού που δεν καλύπτεται για τα οξέα περιστατικά από την κοινωνική ασφάλιση, κυρίως οι υψηλόμισθοι, καταφεύγει σε επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση.¹² Σε ξεχωριστό ασφαλιστικό σχήμα υπάγονται οι δημόσιοι υπάλληλοι των περιφερειακών υπηρεσιών (5% του πληθυσμού).

Οι δαπάνες υγείας, που αντιστοιχούσαν το 2000 στο 8,1% του ΑΕΠ (5,5 δημόσιες, 2,6% ιδιωτικές), καλύπτονται κατά 62,3% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 24,6% από την ιδιωτική ασφάλιση, κατά 7,5% από ιδιωτικές πληρωμές και κατά 5,6% από τη γενική φορολογία.^{5,26}

2.9.2. Νοσοκομεία. Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ολλανδία ανήκουν σε ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Το 2000, αντιστοιχούσαν 10,8 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (3,4 για οξέα περιστατικά).⁵ Το 1998, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν 8,3 ημέρες και το 1997 οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο 3,6.⁶ Τα νοσοκομεία αμείβονται βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών, τους οποίους καθορίζει η κυβέρνηση μετά από διαπραγματεύσεις με τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης.¹²

2.9.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες γιατροί με λίστες εγγεγραμμένου πληθυσ-

σμού.²⁶ Οι γενικοί γιατροί, που εργάζονται μόνοι τους (54%) ή ομαδικά (46%), ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping).¹⁸ Για τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση αμείβονται κατά πράξη.¹²

2.9.4. Ανθρώπινοι πόροι. Στην Ολλανδία, το 1994, υπήρχαν 2,5 γιατροί και 9 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.²⁶ Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή.

2.10. Σουηδία

2.10.1. Γενικά. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία στηρίζεται στην ύπαρξη εθνικού συστήματος υγείας (μοντέλο Beveridge) με περιφερειακή οργάνωση, το οποίο χρηματοδοτείται κατά 78% από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 22% από ιδιωτικές πληρωμές.²⁷ Η ιδιωτική ασφάλιση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και η συμβολή της στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας δεν υπερβαίνει το 1% των δαπανών.⁶ Οι δαπάνες υγείας το 1998 αντιστοιχούσαν στο 8,6% του ΑΕΠ (74% δημόσιες, 1,2% ιδιωτικές).⁶ Στο 20% περίπου των ιατρικών πληρωμών (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και οδοντιατρικών υπηρεσιών) συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής (co-payment).

Τόσο η χρηματοδότηση όσο και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, που συγκροτούνται σε 21 περιφερειακά συμβούλια και 289 δημοτικά. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες συγκροτούνται συνήθως από ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς ΠΦΥ. Κάθε τομέας ΠΦΥ χωρίζεται σε υποτομείς ΠΦΥ, που αντιστοιχούν συνήθως στους επιμέρους δήμους της χώρας.²⁷ Το 2000, υπήρχαν 370 υποτομείς ΠΦΥ. Η κεντρική κυβέρνηση χρηματοδοτεί τη δημόσια υγεία, την ιατρική έρευνα και τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 επιχειρήθηκε, όπως και στη Μεγάλη Βρετανία, διαχωρισμός αγοραστών και προμηθευτών, ενώ παράλληλα δόθηκαν κίνητρα για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, στον οποίο περιλαμβάνονται ξενώνες ήπιας νοσηλείας και μικρά νοσοκομεία (<50 κλίνες).²⁸

2.10.2. Νοσοκομεία. Υπό την ευθύνη των περιφερειακών συμβουλίων λειτουργούν 9 περιφερειακά-ακαδημαϊκά νοσοκομεία και 84 τοπικά νοσοκομεία.²⁷ Το 2000, αντιστοιχούσαν 3,6 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (2,6 για οξεία περιστατικά).⁵ Το 1996, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξεία περιστατικά ήταν 5,1 ημέρες και οι κρεβατοπρόσες ανά κάτοικο 1,3.⁶ Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διοίκηση των νοσοκομείων έχει παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς.²⁹

2.10.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ στη Σουηδία παρέχεται από γενικούς γιατρούς και 1200 κέντρα υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10.000–50.000 ατόμων.²⁷ Σε όλη τη χώρα αντιστοιχεί 1 γενικός γιατρός για κάθε 2500 κατοίκους. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές/τριες δημόσιας υγείας και μαίες. Οι ασθενείς μπορούν και επιλέγουν το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό τους γιατρό και το νοσοκομείο της προτίμησής τους. Δεν υφίσταται σύστημα ελέγχου της χρήσης των υπηρεσιών. Το 1997 πραγματοποιήθηκαν 2,8 πρωτοβάθμιες επισκέψεις κατά κεφαλή, σημαντικά λιγότερες από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (6,2 επισκέψεις). Η χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, γιατί το 46% των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων.²⁷

2.10.4. Ανθρώπινοι πόροι. Το 1999 υπήρχαν 2,9 γιατροί και 10,2 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.⁵ Τα τελευταία χρόνια, η μείωση των γιατρών προκαλεί προβλήματα ανεπάρκειας, με αποτέλεσμα τις λίστες αναμονής.²⁷ Μόνο το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί με συμβάσεις με το δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Οι υπόλοιποι γιατροί είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι (κυρίως οι νοσοκομειακοί) ή αμείβονται κατά κεφαλή (κυρίως οι γενικοί γιατροί).¹²

Οι γιατροί στην ΠΦΥ πρέπει να έχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Το 1997 υπήρχαν 5000 γενικοί γιατροί, από τους οποίους το 86% εργάζονταν σε δημόσια κέντρα υγείας.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τη συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα διαφορετικών αναπτυγμένων χωρών προκύπτουν ορισμένες χρήσιμες διαπιστώσεις σε ό,τι αφορά τις εξελίξεις και τις τάσεις σε διεθνές επίπεδο.

Πρώτα απ' όλα, διαπιστώνεται μια σταδιακή εγκατάλειψη της αυστηρής προσκόλλησης στα παραδοσιακά μοντέλα, με την ανάπτυξη «νοθευμένων» ή μικτών μοντέλων. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις χώρες της Ν. Ευρώπης, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, οι οποίες καθιέρωσαν εθνικό σύστημα υγείας χωρίς να εξαλείψουν τελείως το προηγούμενο καθεστώς της κοινωνικής ασφάλισης.⁸ Ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, ακόμα και στις χώρες με αναπτυγμένο εθνικό σύστημα υγείας, όπως είναι η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία. Επίσης, σε χώρες με συστήματα υγείας

που βασίζονται στο μοντέλο Bismark (κοινωνικής ασφάλισης), όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η χρηματοδότηση προέρχεται και από τη γενική φορολογία.

Οι δαπάνες υγείας, οι οποίες, ως γνωστό, παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις,¹ κυμαίνονται πλέον, πλην των ΗΠΑ, σε ένα όλο και πιο στενό εύρος διακυμάνσεων (από 7,3% του ΑΕΠ στη Μεγάλη Βρετανία στο 10,6% του ΑΕΠ στη Γερμανία). Σε ό,τι αφορά το ποσοστό συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών, που και αυτό αυξάνει, το εύρος διακυμάνσεων είναι ακόμα μικρότερο, πλην των ΗΠΑ, που χαρακτηρίζονται από υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών (7,2% του ΑΕΠ), και δευτερευόντως της Ελλάδας (3,9% του ΑΕΠ). Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα σχετίζεται με το χαμηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών (5,2% του ΑΕΠ), που είναι το χαμηλότερο μεταξύ των υπό εξέταση ευρωπαϊκών χωρών.

Σε ό,τι αφορά τα νοσοκομεία, σε όλες τις χώρες η πλειοψηφία τους είναι δημόσιας ή ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ιδιοκτησίας. Ακόμα και στις ΗΠΑ, μόνο το 30% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά ιδρύματα. Επίσης, στις περισσότερες υπό εξέταση χώρες είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος ο ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός νοσοκομειακός τομέας. Μόνο στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στην Ιταλία και στη Μεγάλη Βρετανία δεν παρατηρείται ανάλογο φαινόμενο, λόγω της παρουσίας των εθνικών συστημάτων υγείας.

Σε αντίθεση με τις δαπάνες, οι νοσοκομειακές κλίνες παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερες διακυμάνσεις, από 10,8/1000 στην Ολλανδία μέχρι 3,6/1000 στη Σουηδία και στις ΗΠΑ. Οι διακυμάνσεις αυτές οφείλονται κυρίως σε διαφορές στις κλίνες χρόνιων ασθενών, ενώ οι κλίνες για οξεία περιστατικά παρουσιάζουν μικρότερες διακυμάνσεις (πίν. 1). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε όλες τις χώρες παρατηρείται μια αρκετά γρήγορη μείωση των νοσοκομειακών κλινών, λόγω της ανάπτυξης νέων υπηρεσιών (χειρουργεία και κλινικές ημέρας, νοσηλεία στο σπίτι κ.ά.) και της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ).¹

Τα στοιχεία της ΜΔΝ, που αναγράφονται στον πίνακα 1, είναι της περιόδου 1996–1998, γεγονός που δεν εκφράζει τη σημερινή πραγματικότητα. Από επιμέρους υπολογισμούς, η ΜΔΝ τα τελευταία 4 χρόνια έχει μειωθεί κατά 25% περίπου.¹¹

Οι κρεβατομέρες (εισαγωγές × ΜΔΝ) ανά κάτοικο κυμαίνονται από 1,1 (Ισπανία και ΗΠΑ) μέχρι 3,6 (Ολλανδία). Οι υψηλές τιμές σε Ολλανδία, αλλά και Γερμανία (2,6) και Γαλλία (2,5), πιθανόν να οφείλονται στο συνυπολογισμό ειδικών μονάδων νοσηλείας χρόνιων ασθενών.

Σε ό,τι αφορά τον τρόπο πληρωμής των νοσοκομείων, στις περισσότερες χώρες επικρατεί το σύστημα των προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών, που κατά κανόνα στηρίζεται στην ταξινόμηση των ασθενών βάσει των διαγνωστικών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups, DRGs). Εξαιρέση αποτελούν η Μεγάλη Βρετανία, η οποία εγκαινίασε πρόσφατα το σύστημα των συμβάσεων (contracting), και η Ελλάδα, όπου ο μεν ιδιωτικός τομέας πληρώνεται κατά πράξη, ο δε δημόσιος καλύπτει αναδρομικά τα ελλείμματά του από τις κρατικές συνεισφορές.

Σημαντική επίσης εξέλιξη αποτελεί η προσπάθεια των περισσότερων χωρών για αποκεντρωμένη οργάνωση και διοίκηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, πλην των ΗΠΑ, οι δημόσιες υπηρεσίες είναι οργανωμένες σε περιφερειακό επίπεδο, είτε για τη χρηματοδότησή τους (Γερμανία), είτε για τη διοίκησή τους (Γαλλία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία). Στον Καναδά και στη Σουηδία είναι ιδιαίτερα ισχυρός ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Στον τομέα της ΠΦΥ, σε έξι χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Σουηδία), ραχοκοκαλιά του συστήματος είναι ο θεσμός του γενικού γιατρού. Σε ορισμένες απ' αυτές (Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία), οι γενικοί γιατροί είναι ενταγμένοι στο εθνικό σύστημα υγείας και πληρώνονται είτε με μισθό (Ισπανία), είτε κατά κεφαλή (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία). Στις υπόλοιπες τρεις χώρες (Ιταλία, Καναδάς, Ολλανδία), οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας. Στη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ελλάδα και τις ΗΠΑ, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων.

Σημαντικός είναι επίσης και ο θεσμός των κέντρων υγείας, που λειτουργεί στην Ισπανία, τον Καναδά, τη Σουηδία και στις αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα. Τα κέντρα υγείας, όπως και οι γενικοί γιατροί, ασκούν σε πολλές χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία) έλεγχο στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ στη Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα και Σουηδία υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών σε εξειδικευμένες ή νοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες. Ιδιαίτερη μορφή ελέγχου ασκείται στις ΗΠΑ στο πλαίσιο της οργανωμένης φροντίδας υγείας, όπου, λόγω του ιατροασφαλιστικού της χαρακτήρα, αποφεύγεται η άσκοπη κατανάλωση δαπανηρών-νοσοκομειακών υπηρεσιών.¹²

Πίνακας 1. Οικονομικοί δείκτες και δείκτες χρήσης και επάρκειας σε 10 επιλεγμένες χώρες.

Χώρες	Δαπάνες (% ΑΕΠ)			Χρηματοδότηση			Νοσοκομεία			Ανθρώπινοι πόροι	
	Συνολικές	Δημόσιες	Ιδιωτικές	Φορολογία	Κοινωνική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κλίνες ανά 1.000 άτομα	ΜΔΝ	Κρεβατοπρόσωμα ανά κάτοικο	Γιατροί ανά 1.000 άτομα	Νοσηλεύτες ανά 1.000 άτομα
Γαλλία	9,5%*****	6,2%	3,3%	-	75,8%	24,2%	4,1*****	5,6***	2,5**	3***	5,9**
Γερμανία	10,6%*****	7%	3,6%	19%	56,5%	24,5%	6,9*****	10,8**	2,6**	3,6*****	9,5**
Ελλάδα	9,1%*****	5,2%	3,9%	34,2%	22,8%	43%	3,9****	6****	1,2*	4,4****	3,7*
ΗΠΑ	13%*****	5,8%	7,2%	22,5%	22,1%	55,4%	3,6*****	8*	1,1**	2,8****	8,3**
Ισπανία	7,7%*****	5,4%	2,3%	62,9%	7,2%	29,9%	3,0*****	8*	1,1*	3,3*****	4,5*
Ιταλία	8,1%*****	5,9%	2,2%	72,7%	0,1%	27,2%	4,4****	7,1***	1,7*	6*****	4,9*
Καναδάς	9,1%*****	6,5%	2,6%	69,5%	1,9%	28,6%	3,9****	10*	1,9*	2,1*****	7,6**
Μεγάλη Βρετανία	7,3%*****	5,9%	1,4%	71%	10%	19%	2,0*****	5,0*	1,7*	1,8*****	4,5*
Ολλανδία	8,1%*****	5,5%	2,6%	5,6%	6,23%	32,1%	3,4*****	8,3***	3,6**	2,5*	9*
Σουηδία	7,9%***	6,6%	1,3%	83,5%	-	16,5%	2,6*****	5,1*	1,3*	2,9****	10,2*

ΑΕΠ: Ακαθάριστο εθνικό προϊόν, ΜΔΝ: Μέση διάρκεια νοσηλείας

* 1996, ** 1997, *** 1998, **** 1999, ***** 2000

Πηγή: OECD^{5,6}

Εκτός από τον έλεγχο της εξειδικευμένης και νοσοκομειακής Ιατρικής μέσω του συστήματος παραπομπών, η συγκράτηση του κόστους επιχειρείται και με άλλους τρόπους. Ορισμένες χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία και πρόσφατα η Ελλάδα, επιχειρούν να δημιουργήσουν συνθήκες ελεγχόμενου ανταγωνισμού και εσωτερικής αγοράς, με το διαχωρισμό «αγοραστών» και «πωλητών» και με τη διαπραγμάτευση, με κριτήρια κόστους και ποιότητας.⁹ Άλλες χώρες, όπως η Γαλλία και οι ΗΠΑ, εφαρμόζουν οργανωμένα συστήματα ποιοτικού ελέγχου με αυστηρές ποινές για τους παραβάτες, ενώ επίσης σε ορισμένες χώρες, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα την Ολλανδία, εφαρμόζεται το σύστημα της ίδιας συμμετοχής (cost-sharing). Το σύστημα της ίδιας συμμετοχής εφαρμόζεται στις μισές τουλάχιστον χώρες της Δυτικής Ευρώπης κατά την πρώτη επαφή, ενώ ο ίδιος περίπου αριθμός χωρών εφαρμόζει το σύστημα αυτό στη χρήση ειδικευμένης ή νοσοκομειακής Ιατρικής. Από τις πολιτικές ίδιας συμμετοχής συχνά εξαιρούνται τα φτωχότερα οικονομικά στρώματα.⁹

Σε ό,τι αφορά τους ανθρώπινους πόρους, υπερεπάρκεια γιατρών παρατηρείται κυρίως στις χώρες της Ν. Ευρώπης (Ιταλία, Ελλάδα), ενώ ελλείψεις παρουσιάζουν οι περισσότερο αναπτυγμένες χώρες, όπως οι ΗΠΑ, η Μεγάλη Βρετανία, η Ολλανδία και η Σουηδία. Αντίθετα, οι χώρες αυτές εμφανίζουν υψηλούς δείκτες επάρκειας νοσηλευτικού προσωπικού, γεγονός που δεν συμβαίνει στις χώρες της Ν. Ευρώπης.

Οι γιατροί στα ασφαλιστικά μοντέλα τύπου Bismark πληρώνονται, κατά κανόνα, κατά πράξη, ενώ στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge με μισθό. Βέβαια, και στα δύο μοντέλα η ιδιωτική Ιατρική ασκείται περισσότερο στην ΠΦΥ και λιγότερο στα νοσοκομεία. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις συναντώνται συνδυασμοί των τριών βασικών συστημάτων πληρωμής (μισθός, κατά κεφαλή, κατά πράξη), προκειμένου να αξιοποιηθούν τα πλεονεκτήματα του κάθε τρόπου. Έχει διαπιστωθεί ότι η πληρωμή κατά κεφαλή και οι μισθοί βοηθούν στον έλεγχο της κατανάλωσης και στη συγκράτηση του κόστους, ενώ η πληρωμή κατά πράξη συνδέεται με πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου.⁹

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, σε όλες σχεδόν τις υπό εξέταση χώρες, παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη. Οι κλινικές και τα χειρουργεία ημέρας, η νοσηλεία στο σπίτι, η Τηλεϊατρική, τα κέντρα αποκατάστασης, οι ξενώνες χρόνιας νοσηλείας, οι μονάδες Γηριατρικής και οι μονάδες άμεσης πρόσβασης δημιουργούν ένα νέο τοπίο στο χώρο της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Στο νέο αυτό τοπίο, τα νοσοκομεία του μέλλοντος θα είναι κυρίως μονάδες εντατικής νοσηλείας και, συγχρόνως, ο εγκέφαλος ενός αποκεντρωμένου και ενιαίου συστήματος υγείας, όπου τα παραδοσιακά όρια μεταξύ νοσοκομειακής περίθαλψης και ΠΦΥ θα αμβλυνθούν.¹

ABSTRACT

Comparative analysis of health care systems of ten developed countries

Υ. ΤΟΥΝΤΑΣ

*Center for Health Services Research, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School,
University of Athens, Athens, Greece*

Archives of Hellenic Medicine 2003, 20(1):76–87

A comparative study of the health systems of 10 developed countries is presented. Specifically, various indicators such as health services, hospital availability and functional ability and human resource indicators are examined as well as the structure and functions of primary health care, in France, Germany, Greece, USA, Spain, Italy, Canada, Great Britain, Holland and Sweden. It becomes evident from the various country comparisons that there is a gradual abandonment of traditional organizational models while adoption of mixed models with a peripheral administrative structure is prevailing. There is also an increase in health expenditures, primarily private health expenditures, which in certain countries, for instance the USA and Greece, are highly compared to the GNP (7.2% and 3.9% respectively). In most countries the majority of hospitals are public and non-profit institutions. Bed sufficiency indicators show wide fluctuations (from 10.8/1000 residents in Holland to 3.6/1000 residents in Sweden) primarily because of differences in the number of beds for chronically ill patients. The number of bed-days are estimated to be from 1.1 in Spain and the USA to 3.6 in Holland. In most countries hospitals are paid based on a global perspective budget system. There is a general doctor system which prevails in the area of primary health care in six countries. These doctors are public servants or contracted private employees. A system of health centers also functions in four of these countries, which along with general doctors constitute the primary controllers of the consumption of health services. Concerning human resources, overavailability of doctors is noted in South Europe and at the same time an inadequate number of nursing personnel.

Key words: Health expenditures, Health systems

Βιβλιογραφία

1. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217
2. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. *Κοινωνία και Υγεία*. Οδυσσέας, Αθήνα, 2001
3. OECD. The Reform of Health Care Systems: a review of seventeen OECD countries. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris, 1994 (Health Policy Studies, No 5)
4. WHO. Highlights on Health in France. WHO Regional Office for Europe, European Commission, Denmark, 1997
5. OECD. Health Data 2002: A comparative analysis of 29 countries. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris, 2002
6. OECD. Health Data 1999. A comparative analysis of 29 countries. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris, 1999
7. CENTER ON STRATEGIES FOR PUBLIC AND CIVIL ENTREPRENEURS. An exploration of future hospital care in 10 countries. Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs, Amsterdam, 2001
8. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Healthcare systems in transition: Germany. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000
9. SALTMAN RB, FIGUERAS J (eds). *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*. WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen, 1997
10. WIENERS WW (ed). *Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena*. Jossey-Bass Inc, San Francisco, 2001
11. ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. *Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 2000
12. WOLPER LF. *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας*. Mediforce, Αθήνα, 2001
13. WENNBERG JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Affairs* 1984, 3:6–31
14. WHITE J. *Competing solutions*. Brookings Institution, Washington, DC, 1995
15. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Healthcare systems in transition: Spain. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000
16. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Healthcare systems in transition: Italy. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001
17. HARCUS I. European Health Care Insurance—growing opportunities in the private sector. *Financial Times Business Information*, London, 1993 (Financial Times Management Report)

18. PAUL S. *Capacity building for health sector reform*. WHO, Geneva, 1995
19. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Healthcare systems in transition: Canada*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000
20. ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION. *Future health, hospitals in the 21st century*. Ontario Hospital Association, Ontario, 2001
21. HEALTH CANADA. *Canada's health care system*. Health System and Policy Division, Ontario, 1999
22. OECD. *The reform of health care: A complete analysis of seventeen OECD countries*. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris 1992 (Health Policy Studies, No 2)
23. JAKUBOWSKI E, BUSSE R. *Health care systems in the EU. A comparative study*. European Parliament, Directorate General for Research, Luxembourg, 1998
24. HENSCHER M, EDWARDS N, STOKES R. *The hospital of the future: International trends in the provision and utilization of hospital care*. *Br Med J* 1999, 319:845–848
25. LAING'S HEALTHCARE MARKET REVIEW 2000–2001. Laing, Buisson Publ, 13th ed, 2001
26. WHO. *Highlights on health in the Netherlands*. WHO Regional Office for Europe, European Commission, Denmark, 1997
27. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Healthcare systems in transition: Sweden*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001
28. HJERTQVIST J. *The Purchase-Provider Split, Swedish Health Care Reform: from public monopolies to market services*. Frontier Centre for Public Policy, Frontier Backgrounder, 2000
29. KARLBERG. *Principal characteristics of the Swedish care system*. The Nordic School of Public Health, 2001

Corresponding author:

Y. Tountas, Center for Health Services Research, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens, 25 Alexandroupoleos street, GR-115 27 Athens, Greece