



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΜΥ 60

Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση

Υπηρεσιών Υγείας

Εργασία 1η

Τίτλος «.....»

Όνοματεπώνυμο:

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Νοέμβριος 2021

ΑΘΗΝΑ

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι συνέπειες της πανδημίας του Covid – 19, στα συστήματα υγείας, από πλευράς του οικονομικού κόστους. Επιπλέον αναλύονται τα μέτρα και οι δράσεις που εφαρμόστηκαν τα τελευταία δύο χρόνια από τις κυβερνήσεις, σε μία προσπάθεια ανάδειξης τόσο της ελληνικής όσο και της διεθνούς κατάστασης. Παρουσιάζονται οι μηχανισμοί που τέθηκαν σε εφαρμογή για την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας που αφορούν στην πανδημία.

Λέξεις – κλειδιά: πανδημία, υγειονομικό σύστημα, χρηματοδότηση δαπανών, οικονομικό κόστος, επιρροή στα συστήματα υγείας

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| 1. Εισαγωγή..... | 4 |
| 2. Η επιρροή των συστημάτων υγείας από την πανδημία | 6 |
| 3. Μέτρα και δράσεις που εφαρμόστηκαν από τις κυβερνήσεις για την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας εν μέσω πανδημίας..... | 10 |
| 4. Συμπεράσματα..... | 13 |
| Βιβλιογραφία..... | 13 |

Το θέμα της εργασίας αφορά στην πανδημία και στο πως αυτή έχει επηρεάσει οικονομικά κυρίως, τα συστήματα υγείας. Δεν χρειάζεται ανάλυση γύρω από την κλινική σκοπιά των συνεπειών της πανδημίας, αλλά έμφαση πρέπει να δοθεί στο κομμάτι της χρηματοδότησης των αυξημένων δαπανών, που συνεπάγονται αυξημένη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας.

Παρακάτω σας δίνονται ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ απαντήσεις για κάθε επιμέρους παράγραφο. Δομήστε την εργασία σας όπως θεωρείτε σωστό, και προσπαθήστε να βρείτε τα στοιχεία μόνοι σας, χωρίς να πάρετε αυτά που βρίσκονται στην εργασία. Θα υπάρχει θέμα λογοκλοπής!!!! ΠΡΟΣΟΧΗ!!!!

1. Εισαγωγή

Στην εισαγωγή μπορείτε να μιλήσετε τόσο για την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, όσο και για την πανδημία. Θα μπορούσατε να βάλετε εισαγωγικά τον ρόλο του κράτους όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Thomas Rice (332 – 348). Παρακάτω υπάρχει ενδεικτικά μία εισαγωγή (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016). Η εισαγωγή σας να μην ξεπερνά την μία σελίδα ή τις 300 – 400 λέξεις.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προστασία της υγείας και η καταπολέμηση της αρρώστιας ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Οι υπηρεσίες υγείας στη σύγχρονη εποχή καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, που δεν αποσκοπούν μόνο στη θεραπεία της αρρώστιας αλλά και στην πρόληψη καθώς και στην ιατροκοινωνική φροντίδα. Σήμερα δύσκολα καθορίζεται ακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, εφόσον είναι δύσκολο να διαχωριστεί το που αρχίζει και το που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και η διατήρηση της υγείας. Με το πέρασμα του χρόνου, τα συστήματα υγείας εξελίσσονται και αλλάζουν, άλλοτε με μοχλό τις επιλογές του κράτους και της πολιτικής εξουσίας και άλλοτε κάτω από την επίδραση κοινωνικών διεργασιών και επιστημονικών και τεχνολογικών επιτευγμάτων. Για αυτό άλλωστε και σε κάθε εποχή υπάρχουν διαφορετικά συστήματα υγείας που αντιστοιχούν στις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και κάθε κοινωνίας (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

Κάθε μέθοδος χρηματοδότησης δημόσια ή ιδιωτική, έχει διαμορφωθεί ταυτόχρονα με την πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας. Υφίσταται μεταβολές ανάλογες με το πολιτιστικό, κοινωνικό, οικονομικό περιβάλλον, τα ήθη και τις συμπεριφορές του πληθυσμού. Το σύστημα χρηματοδότησης του ελληνικού δημοσίου τομέα υγείας, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση, οι ίδιες πληρωμές το ημερήσιο νοσήλιο, η αμοιβή με μισθό και κατά πράξη. Καθεμία έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται με τον όγκο, την ποιότητα, την τιμή και το συνολικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συμπερασματικά τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώσουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατέψουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύσουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

Εν μέσω πανδημίας, τα συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με πολλές προκλήσεις, εφόσον έχουν αυξημένες ανάγκες σε χρηματοδότηση. Τα συστήματα υγείας όμως σύμφωνα με τον Rice (2006), στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό από τα κράτη, εφόσον παρεμβαίνουν είτε σε μεγάλο, είτε σε μικρότερο βαθμό, σε ζητήματα όπως είναι η διάρθρωση τους, η κάλυψη και διάθεση υπηρεσιών, η ρύθμιση των τιμών και των δαπανών, ο έλεγχος και η ρύθμιση του όγκου (Rice, 2006).

Εναλλακτικοί ρόλοι του κράτους στον τομέα της υγείας

| |
|--|
| Διάρθρωση του συστήματος |
| Καθολικότητα κάλυψης |
| Δημόσια και ιδιωτική διαχείριση της κάλυψης |
| Συντονισμός φορέων πληρωμής |
| Τόπος της διοικητικής εξουσίας |
| Χαρακτήρας κάλυψης και διάθεσης υπηρεσιών |
| Ρόλος ιδιωτικής ασφάλισης |
| Παροχές των υποχρεωτικών δημοσίων συστημάτων |
| Υποχρεώσεις συμμετοχής στο κόστος |
| Μέθοδοι πληρωμής φορέων παροχής υπηρεσιών |
| Επιλογή φορέων παροχής υπηρεσιών |
| Ρύθμιση τιμών και δαπανών |
| Τιμές και δαπάνες νοσοκομείων |
| Τιμές και δαπάνες ιατρών |
| Ρύθμιση όγκου |
| Έλεγχος προσφοράς εισροών |
| Νοσοκομεία |
| Ιατροί |
| Κεφάλαιο και ιατρική τεχνολογία |

2. Η επιρροή των συστημάτων υγείας από την πανδημία

Παρακάτω δίνονται πολλά στοιχεία το πως επηρεάστηκαν τα συστήματα υγείας από πλευράς δαπανών. Προσοχή! Μελετήστε και επιλέξτε τι θα βάλετε στην εργασία σας. Η έκταση της παραγράφου αυτής να είναι περίπου 600 λέξεις. Εδώ σας δίνονται περισσότερες πληροφορίες για να τις κατανοήσετε και να τις αποδώσετε με δικό σας τρόπο στην εργασία σας.

Η πανδημία της νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19), ανέδειξε ως μία από τις σημαντικότερες ανησυχίες των σύγχρονων κοινωνιών, το άμεσο ιατρικό κόστος και την χρήση πόρων που επιβάλλεται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τους Bartsch et. Al (2020), εκτιμάται μέσα από ένα μοντέλο προσομοίωσης η χρήση πόρων και το άμεσο ιατρικό κόστος ανά λοίμωξη σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ, με διάφορα «ποσοστά νόσησης» (ποσοστά μόλυνσης), για να γίνουν κατανοητά τα πιθανά οικονομικά οφέλη από τη μείωση της επιβάρυνσης της νόσου. Ένα μόνο επιπλέον κρούσμα COVID-19 θα μπορούσε να έχει ένα μέσο άμεσο ιατρικό κόστος 3.045 \$ μόνο κατά τη διάρκεια της λοίμωξης. Εάν το 80 τοις εκατό του πληθυσμού των ΗΠΑ μολυνθεί, το αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι κατά μέσο όρο 44,6 εκατομμύρια νοσηλείες, 10,7 εκατομμύρια εισαγωγές σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), 6,5 εκατομμύρια ασθενείς που χρειάζονται αναπνευστήρα, 249,5 εκατομμύρια ημέρες νοσηλείας και 654,0 δισεκατομμύρια δολάρια άμεσο ιατρικό κόστος κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Εάν το 20 τοις εκατό του πληθυσμού των ΗΠΑ μολυνθεί, θα μπορούσε να υπάρξει κατά μέσο όρο 11,2 εκατομμύρια νοσηλείες, 2,7 εκατομμύρια εισαγωγές στη ΜΕΘ, 1,6 εκατομμύρια ασθενείς που χρειάζονται αναπνευστήρα, 62,3 εκατομμύρια ημέρες κρεβάτι στο νοσοκομείο και 163,4 δισεκατομμύρια δολάρια σε άμεσο ιατρικό κόστος κατά τη διάρκεια της πορείας της πανδημίας (Bartsch et. Al, 2020).

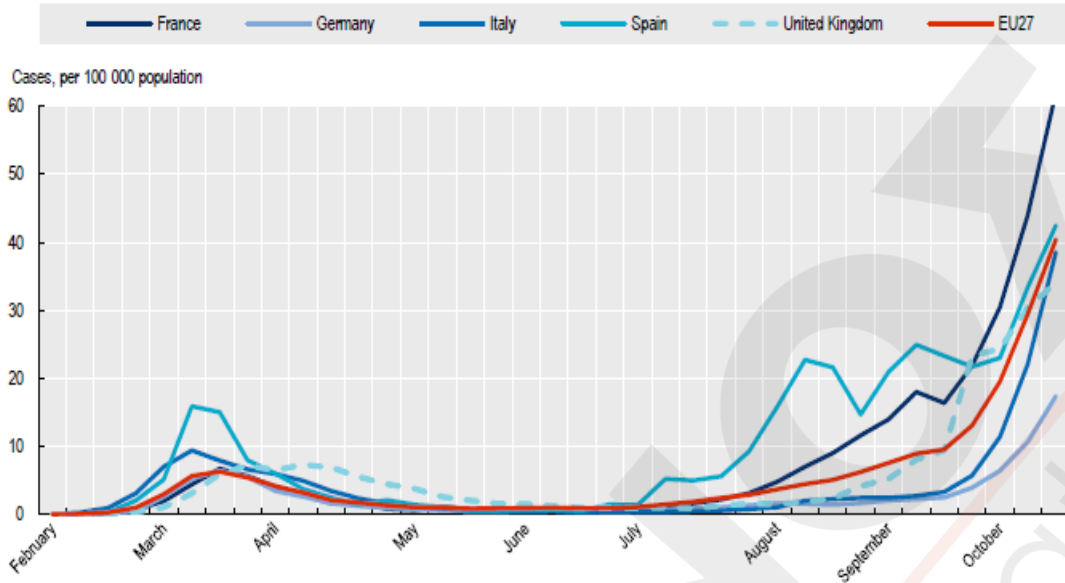
Έτσι γίνεται κατανοητό πως από οικονομική άποψη, φάνηκε από την αρχή της εξάπλωσης της πανδημίας, πως υπάρχει ανάγκη να διασφαλιστεί μια ταχεία αλλά βιώσιμη ανάκαμψη των συστημάτων υγείας. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο αρχικά εκτίμησε μείωση 6,1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος στις προηγμένες οικονομίες το 2020 & 2021, αν και άλλες αναλύσεις δείχνουν ότι η μείωση είναι μεγαλύτερη. Εκτιμήσεις από τη Γερμανία δείχνουν ότι ένα lockdown ενός μήνα κόστισε μεταξύ 4,3% και 7,5% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (E150–260

δισεκατομμύρια) και ένα τρίμηνο lockdown κοστίζει, μεταξύ 10% και 20,6% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (E354– 729 δισεκατομμύρια) (Anderson et. al, 2020).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Ιταλία που ήρθε αντιμέτωπη με τεράστια επιβάρυνση από την πανδημία του κορωνοϊού 2019 (COVID-19). Από τις 21 Φεβρουαρίου 2020, όταν καταγράφηκε το πρώτο κρούσμα COVID-19 στην Ιταλία, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας, η οποία προσφέρει καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αντιμετώπισε αυξανόμενη πίεση, με 41.035 συνολικά κρούσματα COVID-19 και 3.405 θανάτους ως τη 19η Μαρτίου 2020. Κατά την περίοδο 2010 – 19, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας υπέστη οικονομικές περικοπές άνω των 37 δισεκατομμυρίων ευρώ, μια σταδιακή ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος ήταν 6,6% για τα έτη 2018–20 και προβλέπεται να μειωθεί στο 6,4% το 2022. Η περιοχή της Λομβαρδίας δέχθηκε το μεγαλύτερο βάρος της πανδημίας COVID-19, με (στις 19 Μαρτίου 2020) 19.884 συνολικά κρούσματα της νόσου, 2168 θανάτους και 1006 ασθενείς που χρειάζονται προηγμένη αναπνευστική υποστήριξη. Για να αντιμετωπίσει την έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού, η Ιταλική Πολιτική Προστασία ανέλαβε μια γρήγορη δημόσια προμήθεια για να εξασφαλίσει 3800 αναπνευστήρες, επιπλέον 30 εκατομμύρια προστατευτικές μάσκες και 67.000 Τεστ για τον κορωνοϊό 2 (SARS-CoV-2) για σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο.4 Για να αποφευχθεί η έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας που προκαλείται από δεκαετίες ανεπαρκών πρακτικών πρόσληψης, η ιταλική κυβέρνηση εξουσιοδότησε τις περιφέρειες να προσλάβουν 20.000 εργαζομένους στον τομέα της υγείας, διαθέτοντας 660 εκατομμύρια ευρώ για το σκοπό αυτό (Armocida et. Al, 2020).

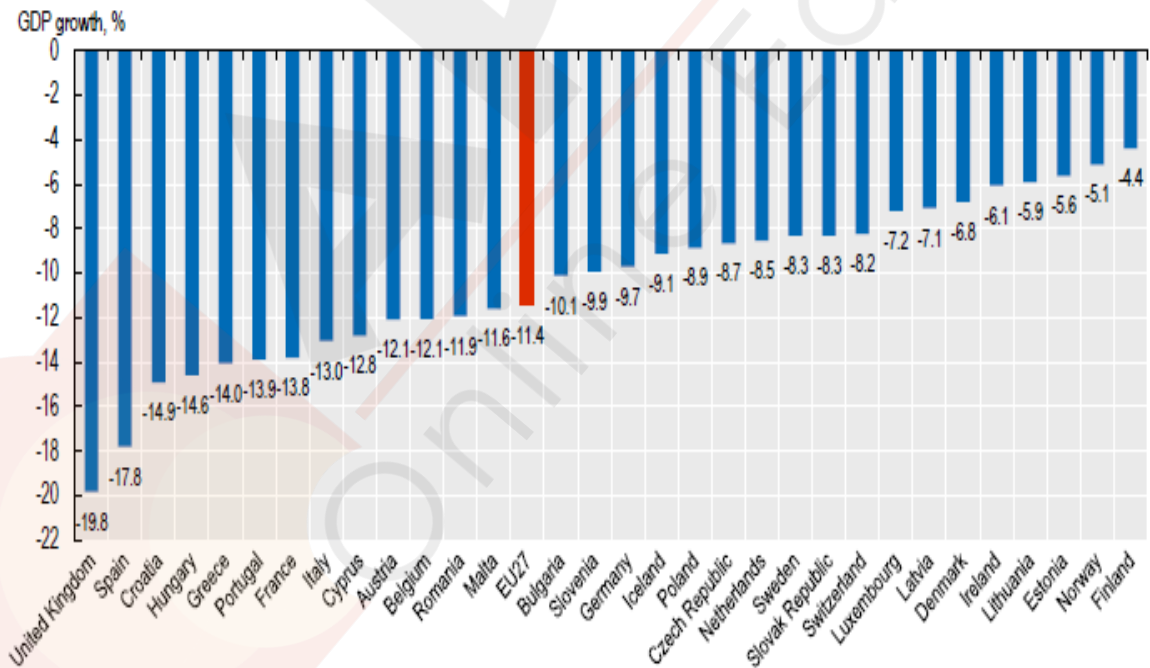
Παρακάτω παρατίθενται διάφορα στοιχεία που δείχνουν την πορεία της πανδημίας στην Ευρώπη, και πως αυτή επηρέασε τα συστήματα υγείας.

Απαντήσεις προτεινόμενες – ενδεικτικές. Υπάρχει μόνο ένας καλός τρόπος... ο Δικός σας!



StatLink 2 <https://stat.link/rphivu>

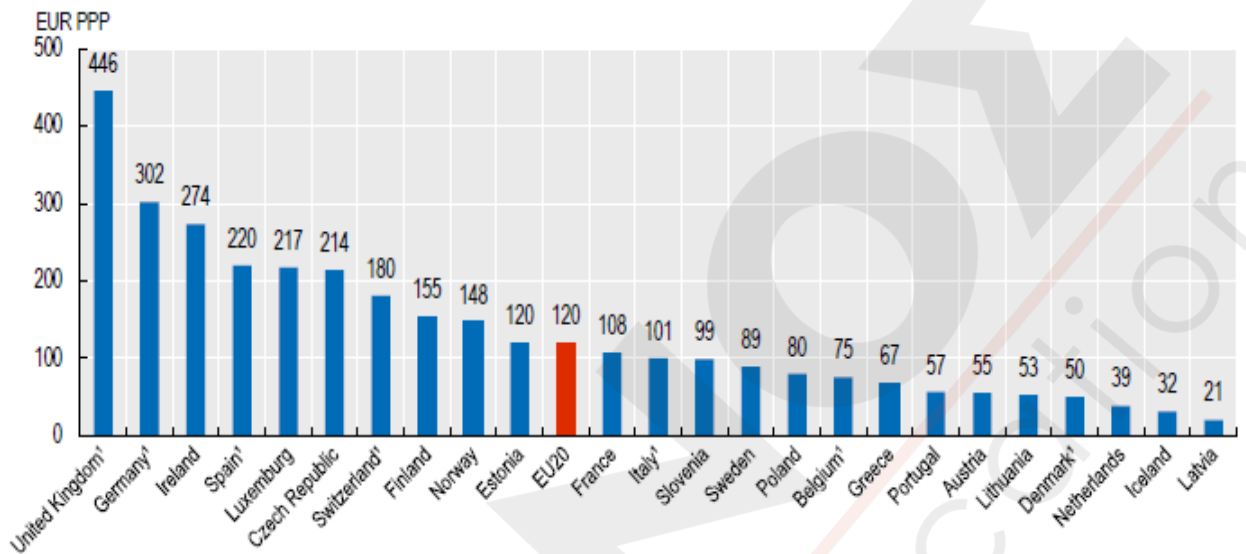
Παρατηρείται στο παραπάνω γράφημα η τεράστια έξαρση της πανδημίας στην Ε.Ε. κατά τον Σεπτέμβρη και Οκτώβρη του 2020. Αυτό έχει αντίκτυπο και στις δαπάνες των συστημάτων υγείας όπως φαίνεται παρακάτω, αλλά και στα εγχώρια ΑΕΠ.



StatLink 2 <https://stat.link/zdqk7n>

Παρατηρείται πως η πορεία του ΑΕΠ ήταν αρνητική για το σύνολο των κρατών, με την Ελλάδα να παρουσιάζει μεταβολή - 14% του ΑΕΠ και το σύνολο των κρατών της Ε.Ε. να παρουσιάζει κατά μέσο όρο μείωση κατά 11,4% του ΑΕΠ.

Figure 1.12. Central government additional COVID-19 health spending commitments per capita, 2020 (between March and September 2020)



Από τον παραπάνω πίνακα φαίνονται τα ποσά που οι κυβερνήσεις ξόδεψαν επιπλέον εν μέσω πανδημίας για την περίοδο Μάρτη έως Σεπτέμβρη του 2020 κατά κεφαλήν.

Ο τομέας της υγείας ήταν φυσικά από τους πρώτους αποδέκτες πρόσθετων οικονομικών πόρων. Μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με συγκρίσιμα δεδομένα, οι δημοσιονομικές δεσμεύσεις της κεντρικής κυβέρνησης για τις ανάγκες του συστήματος υγείας στην COVID-19 κυμαίνονταν από σχεδόν 450 ευρώ ανά άτομο στο Ηνωμένο Βασίλειο και περίπου 300 ευρώ ανά άτομο στη Γερμανία και την Ιρλανδία, έως κάτω από 50 ευρώ ανά άτομο στη Λετονία, Ισλανδία και Ολλανδία.

Παρόλα αυτά αξίζει επίσης να σημειωθεί πως ανεξάρτητα από το μέγεθος και τη σύνθεση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας των χωρών πριν από την έναρξη του πρώτου κύματος, η πανδημία COVID-19 αύξησε σημαντικά τον φόρτο εργασίας των περισσότερων εργαζομένων στον τομέα της υγείας – ιδιαίτερα των εργαζομένων πρώτης γραμμής στα νοσοκομεία, σε όλες τις χώρες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 60% των νοσοκομειακών γιατρών στην Αγγλία και την Ουαλία ανέφεραν ότι εργάστηκαν επιπλέον ώρες μεταξύ Μαρτίου και Αυγούστου 2020 ως μέρος της ανταπόκρισης στον COVID-19. Το ποσοστό αμοιβής για την υπερωριακή εργασία των εργαζομένων πρώτης γραμμής στα νοσοκομεία αυξήθηκε σε πολλές χώρες ως αναγνώριση των εξαιρετικών περιστάσεων και του φόρτου εργασίας. Στη Γαλλία, για παράδειγμα, το ασφάλιστρο υπερωρίας για άτομα που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε σημαντικά τον Μάρτιο και τον Απρίλιο του 2020, ενώ

χορηγήθηκε επίσης ένα εφάπαξ μόνου σε όσους εργάζονται στις πιο πληγείσες περιοχές για να αναγνωριστεί η προσπάθεια και η δέσμευσή. Παρόμοια μέτρα ελήφθησαν στη Γερμανία και στο Βέλγιο (OECD/European Union, 2020).

3. Μέτρα και δράσεις που εφαρμόστηκαν από τις κυβερνήσεις για την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας εν μέσω πανδημίας

Στην παράγραφο αυτή δίνονται στοιχεία γύρω από την χρηματοδότηση των δαπανών από πλευράς συστημάτων υγείας. Αναφέρονται προτάσεις, αποφάσεις που συνδέονται με την συγκράτηση του οικονομικού κόστους της πανδημίας και νέοι μηχανισμοί χρηματοδότησης των δαπανών αυτών.

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας η έννοια παίρνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης και τέλος τα κριτήρια κατανομής τους. Τα συστήματα υγείας και ο έντονος ρυθμός εξέλιξης τους, ώθησε τους οικονομολόγους υγείας να ασχοληθούν συστηματικότερα με την εύρεση πόρων για την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας (Σούλης, 1999). Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας γίνεται από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Οι δημόσιες πηγές είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, δηλαδή η άμεση και η έμμεση φορολογία και η Κοινωνική Ασφάλιση δηλαδή τα έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999).

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Η χώρα μας, αποτελεί κλασικό παράδειγμα «ιδιωτικοποιημένου» εθνικού συστήματος υγείας, αφού χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη του ΕΣΥ και ενός εξαιρετικά ανεπτυγμένου ιδιωτικού τομέα, ο οποίος δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια περίθαλψη. Το σύστημα χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας συνιστά μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης

του συστήματος υγείας που εντοπίζονται, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές πληρωμές (Σουλιώτης, 2002).

Σύμφωνα με τους Mossialo et al (2002), η ορθή χρηματοδότηση περιορίζει την αβεβαιότητα. Η αβεβαιότητα αφορά άμεσα στην ίδια την υγεία, και συνδέεται με τις έννοιες του χρόνου και του κόστους (Mossialos et. al, 2002; Kutzin, 2001). Εν μέσω πανδημίας λοιπόν καλούνται οι κυβερνήσεις, να προβούν σε λήψη μέτρων, και να εφαρμόσουν νέους μηχανισμούς για την χρηματοδότηση των αυξημένων δαπανών.

Οι παγκόσμιες προσπάθειες για τον περιορισμό της επιδημίας δεν μπορούν να αγνοήσουν την ισότητα στον τομέα της υγείας, ειδικά στο επίκεντρο, όπου το ξέσπασμα εξακολουθεί να βρίσκεται σε εξέλιξη. Η διασφάλιση ευκαιριών ίσης μεταχείρισης για όλους είναι το κλειδί για τη νίκη αυτής της μάχης. Στο αρχικό στάδιο της επιδημίας COVID-19, οι δαπάνες από τους πολίτες, αποτελούσαν σημαντική οικονομική επιβάρυνση για τους φτωχούς πληθυσμούς με σοβαρά συμπτώματα, ακόμη και για εκείνους που καλύπτονταν από την κοινωνική υγεία και το ασφαλιστικό σύστημα. Στην συνέχεια, και αφού οι σύγχρονες κοινωνίες συνειδητοποίησαν τη σοβαρότητα της επιδημίας, οι περισσότερες έλαβαν την απόφαση να εγγυηθούν ότι τα έξοδα ιατρικής περίθαλψης όλων των ασθενών που έχουν επιβεβαιωθεί ότι έχουν COVID-19 επιδοτούνται από η κυβέρνηση (Wang & Tang, 2020).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) αναμένεται να διαθέσει πάνω από 9 δισεκατομμύρια ευρώ χρηματοδότησης στο πρόγραμμα EU4Health μεταξύ 2021 και 2027 για να επικεντρωθεί σε τρεις πρωταρχικούς στόχους: την αντιμετώπιση διασυνοριακών απειλών για την υγεία, τη διάθεση φαρμάκων και την ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Πρόκειται για μια εικοσαπλάσια αύξηση των δαπανών για την υγεία από τα 450 εκατομμύρια ευρώ που δαπάνησε η ΕΕ για τις προτεραιότητες υγείας τα προηγούμενα επτά χρόνια και αντιπροσωπεύει μια θεμελιώδη αλλαγή στην προσέγγιση της ΕΕ προς τα συστήματα υγείας των κρατών μελών. Ιστορικά, η ΕΕ ήταν επιφυλακτική για να διασφαλίσει ότι δεν θα υπερβεί τη συμμετοχή της στον τρόπο με τον οποίο τα κράτη μέλη λειτουργούν τα συστήματα υγείας τους, καθώς οι προϋπάρχουσες συμφωνίες, όπως η Συνθήκη για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλώνουν ότι η ΕΕ πρέπει να σέβεται την αυτονομία των κρατών μελών στη λειτουργία των δικών τους συστημάτων υγείας. Η ΕΕ επιθυμεί να μην επαναλάβει λάθη του παρελθόντος. Σε αντίθεση με το παρελθόν, η ΕΕ υποστηρίζει τώρα ότι έχει

κρίσιμο ρόλο στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της ετοιμότητας της ΕΕ για μελλοντικές απειλές για την υγεία (Anderson & Mossialos, 2020).

Από τη σκοπιά της δημόσιας πολιτικής, υπάρχουν πολλές προκλήσεις για τα κράτη ώστε να υιοθετηθούν τα κατάλληλα μέτρα στήριξης των συστημάτων υγείας. Αξίζει να αναφερθεί πως πολλές χώρες χρησιμοποιούν τεχνολογίες με νέους τρόπους για να διευκολύνουν τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης που μπορεί να προσβάλλουν τις πολιτικές ελευθερίες. Όλα αυτά έχουν ως στόχο την μείωση των κρουσμάτων και άρα τις εισαγωγές στο σύστημα υγείας. Για παράδειγμα η Κίνα χρησιμοποιεί μια εφαρμογή για να παρακολουθεί την κίνηση των ανθρώπων, ταξινομώντας τους σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας τους και το ιστορικό ταξιδιού. Μια παρόμοια εφαρμογή έχει προταθεί στη Γερμανία. Αυτό εγείρει ηθικά ερωτήματα σχετικά με τον θεμιτό ρόλο της κρατικής παρέμβασης στον περιορισμό της ελευθερίας μετακίνησης, και ανησυχίες για την προστασία της ιδιωτικής ζωής σχετικά με την αποθήκευση και τη χρήση δεδομένων (Anderson et. al, 2020).

Από την άλλη στην Ευρώπη, το πρόγραμμα EU4Health περιλαμβάνει πολλές προτεραιότητες, όπως η αποθήκευση ιατρικών προμηθειών, συμπεριλαμβανομένου του ατομικού εξοπλισμού προστασίας, η δημιουργία αποθεματικού προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και εμπειρογνομόνων που μπορούν να κινητοποιηθούν σε μια κρίση και η αύξηση της επιτήρησης των απειλών για την υγεία (European Commission, 2020). Ωστόσο, παραμένει έλλειψη σαφήνειας. Υπάρχει ανάγκη για μια οργάνωση που θα αναλάβει την ευθύνη για αυτές τις ενέργειες. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), που ιδρύθηκε το 2004, το οποίο παρέχει ήδη επιστημονικές συμβουλές για την ετοιμότητα σε όλες τις χώρες της ΕΕ καθώς και στην Ισλανδία και τη Νορβηγία θα ήταν η προφανής επιλογή. Το ECDC έχει ήδη δημιουργήσει σχέσεις με φορείς δημόσιας υγείας και υπουργεία υγείας σε όλη την Ευρώπη. Έχει επίσης καθιερώσει πρωτοβουλίες όπως το Early Warning and Response System (EWRS), μια διαδικτυακή πύλη που συνδέει φορείς δημόσιας υγείας σε όλη την Ευρώπη για να διευκολύνει την ανταλλαγή δεδομένων επιτήρησης όσο το δυνατόν πλησιέστερα σε πραγματικό χρόνο (Anderson & Mossialos, 2020).

4. Συμπεράσματα

Υπάρχουν διδάγματα που πρέπει να αντληθούν από την τρέχουσα πανδημία COVID-19. Πρώτον, η αποκέντρωση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να έχει περιορίσει τις έγκαιρες παρεμβάσεις και την αποτελεσματικότητα και πρέπει να υπάρχει ισχυρότερος εθνικός συντονισμός. Δεύτερον, η ικανότητα και η χρηματοδότηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι πιο ευέλικτες ώστε να λαμβάνονται υπόψη καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Τρίτον, για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, θα πρέπει να θεσμοθετηθούν σταθερές σχέσεις μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα. Τέλος, η πρόσληψη ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να προγραμματιστεί και να χρηματοδοτηθεί με μακροπρόθεσμο όραμα. Απαιτούνται συνεπείς επιλογές διαχείρισης και ισχυρή πολιτική δέσμευση για τη δημιουργία ενός πιο βιώσιμου συστήματος Υγείας μακροπρόθεσμα

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Anderson M. & Mossialos E. (2020), *Time to strengthen capacity in infectious disease control at the European level*, International Journal of Infectious Diseases, 99, 263 – 265.
- Anderson M., Mckee M. & Mossialos E. (2020). *Developing a sustainable exit strategy for COVID-19: health, economic and public policy implications*, Journal of the Royal Society of Medicine, 113(5), 176 – 178.
- Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., Missoni, E. (2020). *The Italian health system and the COVID-19 challenge*. The Lancet Public Health, 5(5), e253
- Bartsch, S.M., Ferguson, M.C., McKinnell, J.A., O’Shea, K.J., Wedlock, P.T., Siegmund, S.S., & Lee, B.Y. (2020). *The potential health care costs and resource use associated with COVID-19 in the United States: A simulation estimate of the direct medical costs and health care resource use associated with COVID-19 infections in the United States*. Health Affairs, 39(6), 927 – 935.
- Δίκαιος Κ. & Χλέτσος Μ. *Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, Τόμος Β, ΕΑΠ Πάτρα 1999

Απαντήσεις προτεινόμενες – ενδεικτικές. Υπάρχει μόνο ένας καλός τρόπος... ο Δικός σας!

- Kutzin J., (2001), “A descriptive framework for country-level analysis of health care services arrangements”, *Health Policy*, vol. 56(3), pp. 171-204.
- Mossialos et al., (2002), *Funding health care: options for Europe*, Policy brief, European Observatory on Health Care Systems.
- Μπιστώρη Ζ. & Μπαλάσκα Δ. (2016), *Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότηση τους*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική (2016), τόμος 5, τεύχος 2 σελ. 113 – 124
- Rice T. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*, εκδόσεις Κριτική
- Σούλης Σ. (1999), *Οικονομική της υγείας*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999
- Σουλιώτης Κ. (2002), *Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2002.
- European Commission (2020). *EU4Health – a vision for a safer and healthier European Union 2021-2027*. 2020. https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en.
- Wang, Z. & Tang, K. (2020). *Combating COVID-19: health equity matters*. *Nature Medicine*, 26(4), 458 – 458.
- OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, Chapter 1 "How resilient have European systems been to the COVID-19 crisis?", <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.