

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ



**ΛΕΩΝΙΔΑΣ
ΓΡΗΓΟΡΑΚΟΣ**
Οι νεο-δημοκρατικές
εμμονές
της κυβέρνησης



**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΚΟΝΤΟΛΕΩΝ**
Χρειάζεται αγώνας
ενάντια στην απαξίωση
των γιατρών

ΓΥΡΩ ΑΠ' ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ

■ Οι κύριοι Χάιντ του Βολάν

ΙΔΕΕΣ ΚΑΙ ΣΚΕΨΕΙΣ

- Τι φοβάται ο Έλληνας για το 2007;
- Το Δημόσιο νοσοκομείο «πουλάει» ακόμη
- Πρόταση για μια σύγχρονη πολιτική υγείας

ΚΥΡΙΑ ΑΡΘΡΑ

- Καλύτερη αντιμετώπιση του άσθματος στην παιδική ηλικία
- Νεότερα δεδομένα για την αντιμετώπιση της πνευμονίας

ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

- Περισσότερα για τη θαλιδομίδη στο πολλαπλό μυέλωμα
- Αντιπνευμονιοκοκκικό εμβόλιο και διασπορά των οφελών του
- Ζητήματα διάγνωσης βίας σε ανήλικους
- Κεφαλοσπορίνες για την αλλεργία στην πενικιλίνη;
- Η διάρκεια των εμβολίων κατά του HPV



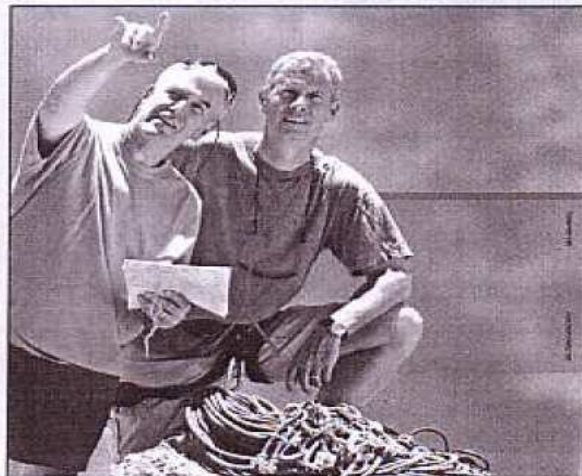
LESCOL^{XL} 80 mg
FLUVASTATIN SODIUM

NOVARTIS

Νοσοκομείο: 74 000
Επικοινωνία: 24 24 24 24
ΤΑΡΑΧΟΔΟΤΗΤΗΤΑ: 24 24 24 24

ΤΑΡΑΧΟΔΟΤΗΤΗΤΑ: 24 24 24 24

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ Α.Ε.Ε.



Co-Diovan¹⁶⁰

Co-Diovan¹⁶⁰

NOVARTIS

Νοσοκομείο: 74 000
Επικοινωνία: 24 24 24 24
ΤΑΡΑΧΟΔΟΤΗΤΗΤΑ: 24 24 24 24



Ηθικός κίνδυνος και προκλητή ζήτηση στον τομέα της υγείας Μελέτη της Σουηδίας, Δανίας και Γερμανίας

Του Δρ. Αθανασίου Χ. Μπαντή, Επιμελητή Ουρολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης προκαλείται μετά από ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των προμηθευτών της υγείας (γιατρών) και χρηστών (ασθενών). Ερμηνεύεται εξ' άλλου και από την αδυναμία του χρήστη να επιλέξει το είδος των υπηρεσιών του προμηθευτή (θεραπεία) για την πάθησή του. Αντίθετα οι προμηθευτές γιατροί των συστημάτων υγείας, ως οι πλέον αρμόδιοι, ορίζουν τις καταλληλότερες προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς δημιουργώντας ίσως, με αυτό τον τρόπο υπερβολική κατανάλωση υπηρεσιών. Ως ηθικός κίνδυνος ορίζεται η τάση πασοτικής αύξησης των υπηρεσιών υγείας η οποία συμποροσύρει την αύξηση του κόστους. Στις περιπτώσεις όπου η ασφαλιστική κάλυψη των υπηρεσιών είναι πλήρης (100%) η ποσότητα των ζητούμενων υπηρεσιών είναι πολύ μεγαλύτερη από τις περιπτώσεις όπου υπάρχει μερική ασφαλιστική κάλυψη. Επακόλουθο του ηθικού κινδύνου αποτελούν οι ανατιμήσεις τύπου «σπιράλι». Η μείωση των τιμών οδηγεί σε υπερκατανάλωση των υπηρεσιών, η υπερκατανάλωση σε αύξηση των αποζημιώσεων των προμηθευτών και η αύξηση των αποζημιώσεων σε αύξηση των τιμών των ασφαλιστρών [1].

ΣΟΥΗΔΙΑ:

Στη Σουηδία υπάρχουν τρία ανεξάρτητα κυβερνητικά επίπεδα: η κεντρική κυβέρνηση, τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι. Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους είναι στην πραγματικότητα ο ακραγωνιαίος λίθος του σουηδικού κράτους κοινωνικής πρόνοιας. Σύμφωνα με νόμο του 1982, κάθε νομαρχιακό συμβούλιο υποχρεούται να προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες στο πληθυσμό της γεωγραφικής του ευθύνης. Τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να επιβάλλουν ανάλογους φόρους εισοδήματος στους πολίτες της επικράτειας, με αποτέλεσμα το σύνολο των φόρων να αντιπροσωπεύει το 70% του συνόλου των εσόδων. Τα οικονομικά έσοδα των δήμων συμπληρώνονται επίσης από την κρατική χρηματοδότηση και την συμμετοχή των χρηστών στις υγειονομικές δαπάνες. Οι επικορηγούμενες της κεντρικής εξουσίας βασίζονται στην αναδιανομή των πόρων στους δήμους και νομαρχιακά συμβούλια βάσει των δημογραφικών, γεωγραφικών και κοινωνικοοικονομικών δεικτών. Από το 1998, εντούτοις, και με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου των δαπανών, η κεντρική κυβέρνηση διέθεσε τους

προϋπολογισμούς των φαρμάκων στα νομαρχιακά συμβούλια. Με εξαίρεση τις μειωμένες επικορηγούμενες για την οδοντοθεραπεία, δεν έχει υπάρξει καμία σημαντική αλλαγή στους υπόλοιπους τομείς κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών [2].

Ευθύνη των νομαρχιακών συμβουλίων είναι η χρήση και σωστή λειτουργία των εγκαταστάσεων και του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι συνήθως γενικοί γιατροί κρατικοί υπάλληλοι ή ιδιώτες σε ποσοστό έως και 60%. Στο σύνολο, το μερίδιο της απασχόλησης από τους ιδιωτικούς προμηθευτές γενικούς γιατρούς αυξήθηκε από 14,9% σε 17,5% μεταξύ των ετών 1993 και 1999. Παράλληλα για την κατ' οίκον νοσηλεία ο αριθμός των ιδιωτικών προμηθευτών αυξήθηκε από 5% σε 8% μεταξύ των ετών 1994 και 1999. Ο Σουηδός ασφαλισμένος πολίτης έχει τυπικά το δικαίωμα να επιλέξει τους οικογενειακούς γιατρούς της πρωτοβάθμιας υγείας ή το νοσοκομείο της αρεσκείας του παρακάμπτοντας με αυτόν τον τρόπο τη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στην πραγματικότητα, περίπου οι μισές από όλες τις επισκέψεις στο γιατρό πραγματοποιούνται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Οι ασθενείς μπορούν επίσης να επιλέξουν νοσηλευτικό ίδρυμα εκτός της γεωγραφικής δικαιοδοσίας του δήμου ή της νομαρχίας [3].

Σε πολιτικά επίπεδα οι σοσιαλιστικές κυβερνήσεις έθεσαν στόχους προστασίας των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων, αντίθετα οι κυβερνήσεις του 1991 και 1994 υιοθέτησαν μεταρρυθμίσεις των ιδιωτικοποιήσεων και της ελεύθερης αγοράς. Το 1993 θεσπίστηκε νόμος εφαρμογής ενός νέου συστήματος όπου οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν ελεύθερη επιλογή του προμηθευτή. Ο νέος νόμος λειτούργησε τον Ιανουάριο του 1994, αλλά δεν εφαρμόστηκε ποτέ πλήρως. Το 1995, η λήψη αποφάσεων σχετικά με την οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δόθηκε πάλι στους δήμους και νομαρχίες, αν και παρέμεινε η δυνατότητα επιλογής του προμηθευτή της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 1999 θεσπίστηκε η ελεύθερη τιμολόγηση των υπηρεσιών που παρείχαν οι προμηθευτές στους χρήστες όσον αφορά τις οδοντιατρικές πράξεις. Παρόλο που οι τιμές ρυθμίσθηκαν από εθνικό τιμολόγιο κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, οι προμηθευτές αύξησαν τις αμοιβές τους κατά 18%. Αυτό αποτελεί ένα συμπληρωματικό κόστος που έπρεπε να επιβαρύνει τους μεμονωμένους ασθενείς χρήστες του συστήματος. Από τον Ιούλιο του 2002 οι χρήστες άνω των 64 ετών επιβαρύνονται άμεσα με συμμετοχή 60% συναδικών δαπανών των οδοντιατρικών πράξεων [4].

Η αγορά για την εθελοντική ασφάλεια υγείας στην Σουηδία

Ιδέες και εκθέσεις

είναι σχετικά μικρή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της ΕΕ. Το 2003, περίπου 200.000 κάτοικοι [2,3% του πληθυσμού] είχαν συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση. Παράλληλα αυξάνεται και η δημόσια χρηματοδότηση για την υγειονομική περίθαλψη. Έως το 1998, οι δαπάνες των συνταγογραφημένων φαρμάκων καλύπτονταν από το κράτος ενώ η διακίνηση ήταν στον έλεγχο των τοπικών αρχών. Δεδομένου ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν επιβαρύνοντας τα οικονομικά της χώρας, αποφασίστηκε η αποκέντρωση και η απόδοση ευθυνών στις τοπικές αρχές. Τα τοπικά συμβούλια δεν αποδέχτηκαν την μετατόπιση της οικονομικής διαχείρισης της συνταγογράφησης. Ανέταξαν την πράταση του κράτους με την απαίτηση να τιμολογούν προσπαθώντας να ελέγξουν το αυξανόμενο κόστος. Παρατηρήθηκε υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων με αποτέλεσμα να υποχρεώνονται τα τοπικά διοικητικά συμβούλια να καλύπτουν τη διαφορά με οικονομικά κονδύλια τα οποία θα μπορούσαν να διατεθούν για άλλους σκοπούς. Λύση δόθηκε με τις συγχωνεύσεις δήμων και νομαρχιών [5].

Ιτόχος ήταν να αυξηθεί η αποδοτικότητα των τοπικών συμβουλίων και η συνεργασία μεταξύ αυτών και της κυβέρνησης. Ιτόχος επίσης, αποτελεί ο περιορισμός της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών. Είναι σαφές ότι για τις χρόνιες παθήσεις οι οποίες απαιτούν και μεγάλο κόστος ο περιορισμός των υπηρεσιών είναι δύσκολος. Οι συμμετοχή των ασθενών στις υγειονομικές δαπάνες κατά κεφαλήν κατά το έτος 1999 ήταν 230 ευρώ ενώ το 40% των ασφαλισμένων δεν χρησιμοποίησε το σύστημα υγείας καθόλο το έτος. Για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις η συμμετοχή κατά μέσο όρο ήταν 450 ευρώ και 900 ευρώ ανάλογα με τον τύπο ασθένειας. Στην ίδια ομάδα των ασθενών το σύνολο των υγειονομικών παροχών των δήμων ήταν 550 και 2.000 ευρώ [3].

ΔΑΝΙΑ:

Στην Δανία εφαρμόζεται από το 1979 το διοικητικό σύστημα των διαπραγματεύσεων των επικορηγήσεων των νομαρχιών και των δήμων για το επόμενο διοικητικό έτος από την κεντρική κυβέρνηση της χώρας. Η αναδιανομή των πόρων είναι στην αρμοδιότητα των τοπικών συμβουλίων η οποία απαιτεί πόρους από την κεντρική κυβέρνηση. Σε γενικές γραμμές θεωρείται ικανό σύστημα ελέγχου των ανεξέλεγκτων αυξήσεων στον τομέα της υγείας. Κατά την δεκαετία του 90 εφαρμόστηκε περιοριστική φορολογική πολιτική αποβλέποντας στην ισορροπία της οικονομίας με περιορισμένη αύξηση των δαπανών για την υγεία. Οποιαδήποτε αύξηση προτείνεται από τα τοπικά συμβούλια και εγκρίνεται από την κεντρική κυβέρνηση και αυτό γίνεται μόνο κατά την αρχή του κάθε οικονομικού έτους. Η αύξηση των φόρων αποτελεί πολιτική μέριμνα της εκάστοτε κυβέρνησης, όπως παραδείγματος χάριν το 2001 κεντροδεξιά κυβέρνηση αποφάσισε να μην επιβληθούν νέοι φόροι. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα κατά το 2002 να υπάρχουν τεράστιες δυσκολίες στις οικονομικές διαπραγματεύσεις μεταξύ των τοπικών συμβουλίων και της κεντρικής κυβέρνησης [6].

Οι αμοιβές των γενικών ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας

βασίζονται στην αμοιβή τους κατά πράξη και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το 98% των εισοδημάτων τους προέρχεται από τις συμβάσεις έργου των γενικών γιατρών με τις τοπικές διοικήσεις. Το υπόλοιπο 2% προέρχεται από το ιδιωτικό επάγγελμα των γιατρών εξετάζοντας ασθενείς για πιστοποιητικά υγείας, γνωματεύσεις, εμβολιασμούς κτλ. Έως το 1987 αποτελούσαν εξαίρεση οι γενικοί γιατροί της πρωτεύουσας οι οποίοι αμείβονταν 100% κατά πράξη. Μετά το 1987 πραγματοποιήθηκε συνένωση των γενικών γιατρών της χώρας με στόχο την ενίσχυση του εισοδήματος. Το σύστημα των γενικών γιατρών της πρωτοβάθμιας υγείας αποδείχθηκε αποδοτικό και ιδιαίτερα ευέλικτο όσον αφορά την διαμόρφωσή του ανάλογα με τις κοινωνικοπολιτικές ανάγκες των ασφαλισμένων και των προμηθευτών [7].

Από το 1980 ως το 2003 το ποσοστό από τις συνολικές δαπάνες υγείας των φάρμακων έχει αυξηθεί από 9 σε 12%. Γι' αυτό τον λόγο ελήφθησαν πρωτοβουλίες με στόχο την μείωση του κόστους των φαρμάκων. Ένας τρόπος ήταν η αύξηση της ανταγωνιστικότητας των φαρμάκων μεταξύ των φαρμακευτικών εταιριών και η προτίμηση σε φάρμακα «generics» τα οποία διαθέτουν την ίδια δραστική-χημική ουσία αλλά πολύ χαμηλότερη τιμή εφόσον αποτελεί εμπορικό αντίγραφο του πρωτότυπου φαρμάκου [8].

Το 1992 καθιερώθηκε με νόμο το δικαίωμα των χρηστών για ελεύθερη επιλογή του προμηθευτή. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό υποχρεώθηκαν οι προμηθευτές να ενημερώνουν πλήρως τους ασθενείς για την πάθησή τους καθώς και για τις δυνατότητες επιλογής που έχουν για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου. Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο θεσπίστηκε η ενυπόγραφη συγκατάθεση των ασθενών για οποιαδήποτε ιατρική πράξη που τους παρέχεται. Αργότερα το 1998, με νόμο, έγινε λόγος για τα δικαιώματα των ασθενών με στόχο να ενισχυθεί η αξιοπρέπεια η ακεραιότητα και το δικαίωμα των χρηστών για αυτοδιάθεση. Οι δαπάνες των χρηστών του συστήματος κατά το έτος 1980 για ιδιωτική ασφάλιση ήταν 15,7% και αυξήθηκαν στο 18-19% κατά το έτος 2001. Κατά την ίδια περίοδο οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 9 σε 12%. Αυτό οφείλεται στην αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στην ιατρική πράξη. Πχ η συμμετοχή των χρηστών για οδοντιατρική εργασία το 1980 ήταν 50% και αυξήθηκε σήμερα στο 80%. Αποτέλεσμα αυτών ήταν να αυξηθούν από 385.000 το 1980 σε 500.000 το 2001 οι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι καλύπτουν το 85% των εξόδων για χειρουργική επέμβαση. Το 1993 έγινε για πρώτη φορά (ανεπίσημα) προσπάθεια μείωσης του χρόνου στις λίστες για χειρουργική αντιμετώπιση στους τρεις μήνες από την ημερομηνία παραπομπής. Στην πραγματικότητα το χρονικό όριο αυτό δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Επιτεύχθηκε πολύ αργότερα το 2001 με την αύξηση των επικορηγήσεων και το 2002 μειώθηκε στους δύο μήνες μαζί με μία έκτακτη επικορηγήση της τάξεως των 200 εκατομμυρίων ευρώ. Ικοπός ήταν η αύξηση των χειρουργικών επεμβάσεων σε ποσοστό 14-18%, στόχος που ουσια-

στικά επιτεύχθηκε με την μείωση του χρόνου αναμονής αλλά με επιπρόσθετο κόστος 200.000.000 ευρώ!!! [9].

ΓΕΡΜΑΝΙΑ:

Το υγειονομικό σύστημα της Γερμανίας αποτελείται από το κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης SHI (Statutory Health Insurance) και την ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη PHI (Private Health Insurance). Οι ασφαλισμένοι στο SHI έχουν δικαίωμα επιλογής του οικογενειακού γιατρού ο οποίος έχει την αρμοδιότητα παραπομπής του ασθενούς σε δευτεροβάθμιο ίδρυμα εάν το κρίνει απαραίτητο. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων του SHI γίνεται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και από τις τοπικές κυβερνήσεις των κρατιδίων. Το 1980 το 90,3% των Γερμανών ήταν ασφαλισμένοι στο SHI, το 7,5% στο PHI και το 0,2% παρέμενε ανασφάλιστο. Κατά έτος 2003 το 87,8% των Γερμανών είναι ασφαλισμένοι στο SHI, το 9,7% στο PHI το 1,9% αποτελεί ιδιαίτερη κατηγορία συντεχνιών με αυτοδιοικούμενα ταμεία (αστυνομία και ένοπλες δυνάμεις) και τέλος το 0,2% παραμένει ανασφάλιστο. Η κατανομή των κλινών κατά το 2001 ήταν 723 δημόσια νοσοκομεία με αριθμό κλινών 276.754 (53,6%), 804 ιδιωτικά νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με 198.205 κλίνες (38,4%) και 468 ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα με 41.283 κλίνες (8,0%) [10].

Στο παρελθόν (έως το 1989) οι αποζημιώσεις των προμηθευτών της υγείας (γιατρών) αποδίδονταν στις περιφερειακές ενώσεις των γιατρών οι οποίες πραγματοποιούσαν αναδιανομή των πόρων σε κάθε γιατρό ανάλογα του αριθμού των εξεταζόμενων ασθενών και την βεβαιότητα της πάθησης. Μετά το 1989 και ειδικότερα μετά το 1993 τέθηκε ανώτερο όριο αμοιβής ανά υπηρεσία ή πράξη στους γιατρούς των κοινωνικών ασφαλίσεων SHI. Αποτέλεσμα των μέτρων αυτών ήταν η επέκταση των δραστηριοτήτων των γιατρών στο ευρύτερο ιδιωτικό τομέα PHI προσπαθώντας να αυξήσουν το εισόδημα τους. Το 1998 η ομοσπονδιακή ένωση των γιατρών της κοινωνικής ασφάλισης SHI πρότεινε τη συμμετοχή στο κόστος των ιατρικών πράξεων και των ιδίων των ασφαλισμένων. Το 2002 υιοθετήθηκε το σύστημα Disease Management Programmes (DMPs) ή διοικητικά πρόγραμμα ασθενειών το οποίο εφαρμόστηκε σε ασθενείς χρόνιων παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Το σύστημα αυτό προσπάθησε να ταξινομήσει τους ασθενείς χρήστες ανάλογα με την βεβαιότητα της πάθησης, είναι φυσικό εξάλλου ότι οι αποδοτικότεροι χρήστες του συστήματος αποτέλεσαν οι νέοι και υγιείς ασφαλισμένοι και όχι οι χρόνιοι νοσούντες υψηλού κινδύνου χρήστες [11].

Το 2000 στην Γερμανία υπήρχαν 563 νοσοκομειακά φαρμακεία και 21.592 δημόσια εξωνοσοκομειακά φαρμακεία. Κατά το ίδιο έτος η κίνηση των φαρμακείων ήταν για τα συνταγογραφούμενα είδη/φάρμακα 72,1% για τα μη συνταγογραφούμενα 26,3% και για τα ελεύθερα φαρμακευτικά είδη 1,6% δηλαδή σύνολο 93,3%. Το 2004 θεσπίστηκε νόμος για τη μεταρρύθμιση του SHI με σκοπό την περικοπή των φαρμακευτικών δαπανών, ορίστηκε ως

αμοιβή του φαρμακοποιού το 3% της αξίας του φαρμάκου συν ένα σταθερό ποσό των 8,10 ευρώ ανά συσκευασία. Με αυτό το μέτρο περιορίστηκε η κατανάλωση ακριβών φαρμάκων καταργώντας ουσιαστικά τον ανταγωνισμό των τιμών, όλα αυτά βεβαίως είναι στην ευχέρεια του φαρμακοποιού, παράλληλα μειώθηκε και η ποσότητα των φαρμάκων διότι ο φαρμακοποιός είχε κέρδος να διαθέτει μικρότερες ποσότητες πωλησιολησιάζοντας το σταθερό ποσό των 8,10 ευρώ ανά συσκευασία. Δυστυχώς όμως αποτελέσματα του μέτρου δεν έχουν ανακαινωθεί έως τώρα [12].

Οι εισφορές των ασφαλισμένων στο SHI (δαπάνες των χρηστών) αυξάνονται σταδιακά ανά έτος ξεκινώντας 3,1% το 1980 σε 3,6% το 1992 και 4,3% το 2001. Από τον Ιανουάριο του 2004 οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται να καταβάλλουν το ποσό των 10 ευρώ ως αποζημίωση για ιατρική ή οδοντιατρική εξέταση στο SHI. Ανεξάρτητα από το ποσό αυτό οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν ως κατώτερο όριο το 2% των ακαθαρίστων αποδοχών τους, ενώ για τους χρόνιους νοσούντες το κατώτερο ποσό ορίστηκε στο 1%. Με αριθμούς το μέτρο αυτό ερμηνεύεται ως εξοικονόμηση 3,2 δισεκατομμυρίων ευρώ ανά έτος ή ετήσια αύξηση των δαπανών για το SHI κατά 2,4%. Από τα μέτρα αυτά εξαιρούνται τα παιδιά κάτω των 18 ετών (10,2% για το 1993 και 13,0% το 2000) και οι φορολογούμενοι με πολύ χαμηλά εισοδήματα (7.000.000 για το 1993 και 9.300.000 για το 2000) [13].

Βιβλιογραφία

1. Β. Αλιερός, Μ. Ματαγγόνης, Δ. Νιάκος. Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, ΕΑΠ, κεφάλαιο 1, Α1.2.2 & 1.2.5, (2002).
2. Landstingsförbundet. Statistisk Årsbok for Landstingen 2004. Landstingsförbundet: Stockholm, (2004).
3. Svensson M, Edebalk P. 90-talets anbuds-konkurrens i äldreomsorgen – några utvecklingstendenser. IHE-årsrapport nr. 1. IHE: Lund, (2001).
4. Riksforskningsverket. Utvärdering av det reformerade tandvårdsstodet. RFV-anser 2000:3. Stockholm, (2000).
5. Harrison M, Callhorp J. The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care. Health Policy; 50: 219–240, (2000).
6. Kjeld Møller Pedersen, Terkel Christiansen and Mikkael Bech The Danish health care system: evolution Not revolution in a decentralized system Health Econ. 14: 541–557 (2005).
7. Ellis RP, McGuire Th. Optimal payment systems for health services. J Health Econ; 9: 375–396, (1990).
8. Pedersen KM. Pricing and reimbursement of drugs in Denmark. Eur J Health Econ; 4: 60–65, (2003).
9. Sundhedsministeriet. Lov om patienters retsstilling, lov nr. 462 (in Danish: Law About the Rights of Patients). Sundhedsministeriet [Ministry of Health]; København/Copenhagen, (1998).
10. Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhauser und Versorgungs- oder Rehabilitationseinrichtungen: 2001. Metzler-Poeschel Stuttgart, (2003).
11. Krauth C, Schwartz FW, Perleth M et al. Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Hannover, (1997).
12. Mossialos E, Mrazek M. The regulation of pharmacies in six countries. Report prepared for the Office of Fair Trading, LSE Health & Social Care and the European Observatory on Health Care Systems, (2003).
13. Federal Health Monitoring System. <http://www.gbe-bund.de>. [02 December 2003]. +