
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Δαπάνες γενικών κυβερνήσεων Ελλάδας και Σουηδίας για τον τομέα
της υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π. για την περίοδο 1996-2015**

Κασκάνης Φώτιος

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Δαπάνες γενικών κυβερνήσεων Ελλάδας και Σουηδίας για τον τομέα
της υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π. για την περίοδο 1996-2015**

Κασκάνης Φώτιος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1618

Επιβλέπων: Παντελίδης Παντελής / Καθηγητής Τμήματος Οικ. Επιστήμης Παν. Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of ECO-
NOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**General government expenditure in Greece and Sweden concerning
the health sector as a percentage of GDP for the period 1996-2015**

Kaskanis Fotios

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019

Στην οικογένειά μου.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Παντελή Παντελίδη για τη συμβολή στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και το διδακτικό προσωπικό του Μ.Π.Σ. για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν.

Κλείνοντας, θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία στους γονείς μου και τον αδερφό μου για την υπομονή που επέδειξαν.

Δαπάνες γενικών κυβερνήσεων Ελλάδας και Σουηδίας για τον τομέα της υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π. για την περίοδο 1996-2015

Σημαντικοί όροι: υγεία, συστήματα υγείας, Σουηδικό μοντέλο υγείας, Ελληνικό μοντέλο υγείας, δαπάνες δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, δείκτες υγείας χωρών, Α.Ε.Π.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας της υγείας στις χώρες της Ευρώπη την τελευταία δεκαετία βρίσκεται σε μία διαρκή πίεση προκειμένου να προχωρήσει μία σειρά από αλλαγές τόσο στις υπάρχουσες δομές του, όσο και της αποτελεσματικότητας του. Βασικές αιτίες αυτών των πιέσεων είναι η γήρανση που παρατηρείται στον πληθυσμό της Ευρώπης, η αλλαγή στο νοσολογικό πρότυπο, η διαρκής ανάπτυξη της πληροφορικής και τεχνολογιών που συνδέονται με νέες διαγνωστικές θεραπείες. Όλες αυτές οι αιτίες σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες απαιτήσεις των πολιτών συμβάλλουν στη διαμόρφωση μεταρρυθμίσεων. Στόχος για το σύνολο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και πιο συγκεκριμένα της Ελλάδας και της Σουηδίας, χώρες στις οποίες θα επικεντρωθεί η παρούσα εργασία, είναι να παράσχουν ποιοτικές υπηρεσίες, να άρουν τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες σχετικά με την ελεύθερη πρόσβαση στην υγεία, και να περιορίσουν το κόστος λειτουργίας της υγείας στα πλαίσια ενός περιβάλλοντος με περιορισμένους πόρους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των δαπανών των γενικών κυβερνήσεων Ελλάδας και Σουηδίας για τον τομέα της υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π. για την περίοδο 1996-2015. Η επιλογή των δύο χωρών έγινε καθώς αυτές αποτελούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα δύο εκ των τεσσάρων συστημάτων υγείας που λειτουργούν εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

General government expenditure in Greece and Sweden concerning the health sector as a percentage of GDP for the period 1996-2015

Keywords: health, health systems, Swedish health model, Greek health model, public and private expenditure, country health indicators, GDP.

ABSTRACT

The health sector in the countries of Europe over the last decade is in constant pressure to proceed with a series of changes to both its existing structures and its effectiveness. The underlying causes of these pressures are the aging of the population of Europe, the change in the pattern of diseases, the constant development of information technology and technologies associated with new diagnostic therapies. All these causes, coupled with the growing demands of citizens, contribute to reforms. The goal for all the countries of the European Union, and more specifically Greece and Sweden, the countries in which we focus in this work is to provide quality services, to eliminate social and economic disparities on the free access to health and to reduce the cost of health care in an environment with limited resources.

The purpose of this paper is to analyze the expenditure of the general government of Greece and Sweden for the health sector in percentage of GDP for the period from 1996 to 2015. The two countries were chosen as these are representative examples of two out of the four health systems operating within the European Union.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΟΥΗΔΙΑΣ - ΕΛΛΑΔΑΣ	1
1.1 ΣΟΥΗΔΙΑ	1
1.1.1 Σουηδικός πληθυσμός	1
1.1.2 Σουηδική οικονομία	4
1.1.3 Πολίτευμα και Διοίκηση Σουηδίας	7
1.2 ΕΛΛΑΔΑ	8
1.2.1 Ελληνικός πληθυσμός	9
1.2.2 Ελληνική οικονομία	12
1.2.3 Πολίτευμα και Διοίκηση Ελλάδας	16
1.3 Συγκριτική αξιολόγηση δημογραφικών και οικονομικών δεδομένων Ελλάδας-Σουηδίας	17
1.3.1 Δημογραφικοί Δείκτες	17
1.3.2 Οικονομικοί Δείκτες	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑΣ	23
2.1 Δομή Συστήματος Υγείας της Σουηδίας	23
2.1.1 Πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις στο Σουηδικό Σύστημα Υγείας	27
2.2 Δομή Συστήματος Υγείας της Ελλάδας	31
2.2.1 Αρχές Εθνικού Συστήματος Υγείας	31
2.2.2 Οργάνωση και Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	32
2.2.3 Πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΓΕΝΙΚΕΣ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ-ΕΛΛΑΔΑΣ	41
3.1 Εισαγωγή	41
3.1.1 Οι δαπάνες υγείας	42
3.1.2 Αιτίες αύξησης των Δαπανών Υγείας	43
3.2 Γενικές Κυβερνητικές Δαπάνες Υγείας Σουηδίας	44
3.3 Γενικές Κυβερνητικές Δαπάνες Υγείας Ελλάδας	44

3.4 Σύγκριση Γενικών Κυβερνητικών Δαπανών Υγείας Σουηδίας-Ελλάδας	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Δομή του πληθυσμού βάσει ηλικιακής κλίμακας Σουηδίας	2
Διάγραμμα 2. Γεννήσεις και θάνατοι ανά 1000 άτομα πληθυσμού	2
Διάγραμμα 3. Ποσοστό γονιμότητας	3
Διάγραμμα 4. Το κατά κεφαλή Α.Ε.Π. Σουηδίας	5
Διάγραμμα 5. Ο ρυθμός αύξησης του Α.Ε.Π. της Σουηδίας	6
Διάγραμμα 6. Πληθυσμιακός ρυθμός ανάπτυξης Ελλάδα	9
Διάγραμμα 7. Δομή του πληθυσμού βάσει ηλικιακής κλίμακας Ελλάδα	10
Διάγραμμα 8. Αντιστοιχία γεννήσεων & θανάτων στην Ελλάδα	11
Διάγραμμα 9. Ποσοστά γονιμότητας	11
Διάγραμμα 10. Το κατά κεφαλή Α.Ε.Π. της Ελλάδα	14
Διάγραμμα 11. Ο ρυθμός αύξησης του Α.Ε.Π. της Ελλάδα	15
Διάγραμμα 12. Ελλείμματα και Πλεονάσματα Ελλάδα	15
Διάγραμμα 13. Ανεργία στην Ελλάδα	16
Διάγραμμα 14. Ρυθμός αύξησης πληθυσμού (%)	18
Διάγραμμα 15. Προσδόκιμο Ζωής	19
Διάγραμμα 16. Ποσοστό ηλικιωμένων 65+, στο σύνολο του πληθυσμού	19
Διάγραμμα 17. Δείκτης γονιμότητας	20
Διάγραμμα 18. ΑΕΠ αύξηση, ετήσια %	21
Διάγραμμα 19. Επίπεδα ανεργίας	22
Διάγραμμα 20. Δαπάνες υγείας Ελλάδα	51
Διάγραμμα 21. Δαπάνες υγείας Σουηδίας	54
Διάγραμμα 22. Δαπάνες υγείας Ελλάδα μετά την ενσωμάτωση του μοντέλου Σουηδίας	56

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Συγκεντρωτικά δεδομένα Σουηδίας	3
Πίνακας 2. Αξία παραγωγής Σουηδίας	5
Πίνακας 3. Ποσοστό ανεργίας Σουηδίας	6
Πίνακας 4. Ποσοστό ανεργίας νέων 15-24 Σουηδίας	6
Πίνακας 5. Συγκεντρωτικά δεδομένα Ελλάδα	12
Πίνακας 6. Σύνθεση ΑΕΠ	14
Πίνακας 7. Πρόσφατες αλλαγές συστήματος υγείας Σουηδίας	30
Πίνακας 8. Πρόσφατες αλλαγές συστήματος υγείας Σουηδίας	31
Πίνακας 9. Πρόσφατες αλλαγές συστήματος υγείας Ελλάδα	39
Πίνακας 10. Δαπάνες επί του ΑΕΠ	45
Πίνακας 11. Δαπάνες σε εκατομμύρια Ευρώ	45
Πίνακας 12. Μοντέλο δαπανών Ελλάδα	50
Πίνακας 13. Μοντέλο Δαπανών Σουηδίας	53
Πίνακας 14. Ενσωμάτωση Σουηδικού Μοντέλου στο Ελληνικό	54

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Οργάνωση Σουηδικού συστήματος υγείας	27
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΟΥΗΔΙΑΣ - ΕΛΛΑΔΑΣ

1.1 ΣΟΥΗΔΙΑ

Το βασίλειο της Σουηδίας είναι Σκανδιναβική χώρα και συνορεύει δυτικά με τη Νορβηγία και βορειοανατολικά με τη Φινλανδία. Βρέχεται ανατολικά από το Βοθνιακό κόλπο και τη Βαλτική θάλασσα και ενώνεται με τη Δανία μέσω της γέφυρας Όρεσουντ, καθώς οι πορθμοί Κάτεγακ και Σκάγερακ χωρίζουν αυτές τις δύο χώρες.

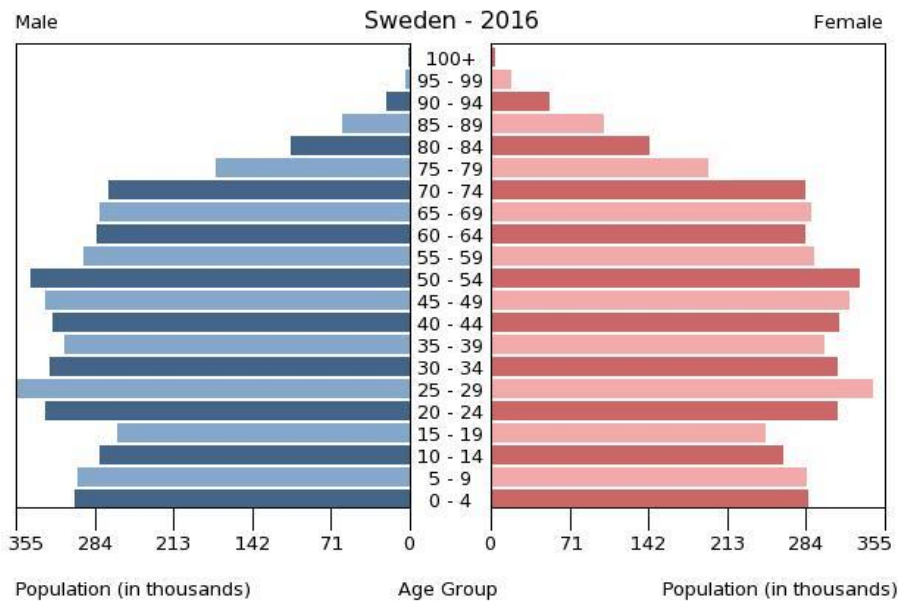
Η Σουηδία είναι χωρισμένη σε 290 δήμους και σε 21 κομητείες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο αντίστοιχα, με το Γκότλαντ να αποτελεί ταυτόχρονα και δήμο και περιοχή της χώρας. Πρωτεύουσα της είναι η Στοκχόλμη και η μεγαλύτερη κομητεία της χώρας είναι αυτή της Στοκχόλμης, η οποία έχει πληθυσμό περίπου ίσο με 2 εκατομμύρια (www.sweden.gov.se).

1.1.1 Σουηδικός Πληθυσμός

Ανέρχεται πληθυσμιακά στα 10.2 εκατομμύρια, με θετικό ρυθμό ανάπτυξης, ο οποίος και ήταν 0.81% (population growth rate) για το 2017 και με το 87,4% συγκεντρωμένο στο μεγάλα αστικά κέντρα (εκτίμηση 2018). Ο συνολικός ρυθμός εξάρτησης (σύμφωνα με εκτίμηση του 2015), είναι 0.56 και υποδηλώνει τον αριθμό του εξαρτώμενου πληθυσμού ως προς τον αριθμό του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, όπου εξαρτώμενοι θεωρούνται παιδιά ηλικίας 0-14 έτη και ηλικιωμένοι 65+ έτη. Ο γηγενής πληθυσμός της χώρας αποτελεί το 81.5% του συνολικού πληθυσμού, ο οποίος συμπληρώνεται από 1.5% Φινλανδούς, 1.7% Σύριους, 1.4% Ιρακινούς και 13.9% από λοιπές χώρες (indexmundi.com).

Η δομή του πληθυσμού βάσει ηλικιακής κλίμακας παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα (1), από το οποίο και εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα. Το συνολικό πληθυσμιακό ποσοστό, το οποίο αντιστοιχεί σε άτομα ηλικίας άνω των 65 αποτελεί το 20.37% του συνόλου της χώρας (άνδρες 946,170 /γυναίκες 1,098,986, υπολογισμένο το 2018), ενώ άνω των 85 είναι ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 5%, χρίζοντας τη Σουηδία ως μια από τις πλέον γερασμένες χώρες. Επιπλέον η μέση ηλικία (median age) των Σουηδών είναι στα 41.1 έτη στο σύνολο του πληθυσμού (άνδρες 40.1 έτη, γυναίκες 42.2 έτη, εκτιμημένα το 2018). Τέλος, όπως αναμένεται, το προσδόκιμο ζωής (Life expectancy) της Σουηδίας είναι από τα υψηλότερα παγκοσμίως και ανέρχεται στα 82.2 έτη (άνδρες 80.3 έτη, γυναίκες 84.3 έτη) (indexmundi.com).

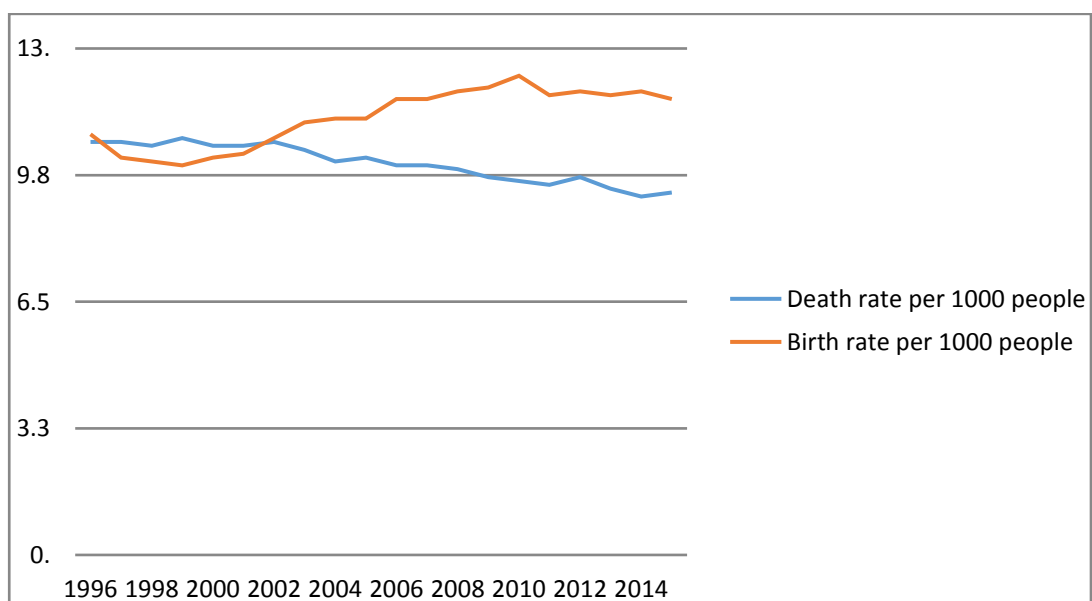
Διάγραμμα 1. Δομή του πληθυσμού βάσει ηλικιακής κλίμακας



Πηγή: CIA World Factbook

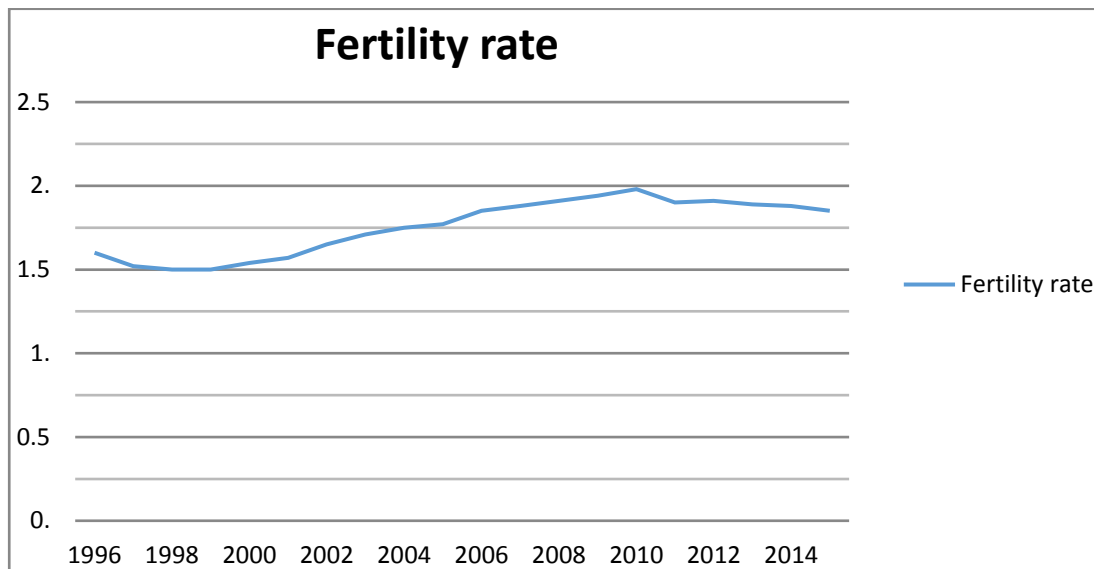
Ο θετικός ρυθμός αύξησης του πληθυσμού καταδεικνύεται και μέσω του υψηλότερου αριθμού γεννήσεων (birth rate per 1000 people) έναντι του ποσοστού των θανάτων (death rate per 1000 people). Συγκεκριμένα, το 2015 οι γεννήσεις αντιστοιχούσαν σε 11.7/ 1000 άτομα, ενώ ο αριθμός των θανάτων σε 9.5/ 1000 άτομα για το ίδιο έτος. Στο παρακάτω διάγραμμα (2) παρατίθενται οι γεννήσεις και οι θάνατοι ανά 1000 άτομα πληθυσμού, για την περίοδο 1996-2015 (indexmundi.com).

Διάγραμμα 2. Γεννήσεις και θάνατοι ανά 1000 άτομα πληθυσμού



Το ποσοστό γονιμότητας (fertility rate) για τις γυναίκες της χώρας αντιστοιχεί σε 1.87 παιδιά έκαστη (εκτίμηση το 2018). Τελευταία έχει παγιωθεί σε αριθμό της τάξης 1.9 παιδιά, εν αντιθέσει με την περίοδο μεταξύ 1996-2000 που ήταν πλησίον του 1.5 (διάγραμμα 3) (indexmundi.com).

Διάγραμμα 3. Ποσοστό γονιμότητας



Ο πληθυσμός διαμορφώνεται σε κάποιο βαθμό από τον ρυθμό μετανάστευσης (net migration rate), ο οποίος μας δείχνει τον αριθμό αυτών που έρχονται στη χώρα αφαιρώντας αυτούς που φεύγουν, σε κλίμακα ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Περιλαμβάνει πρόσφυγες, οικονομικούς μετανάστες και κάθε άλλη πιθανή κατηγορία μεταναστών και δείχνει τη συνεισφορά της μετανάστευσης στις πληθυσμιακές αλλαγές που παρατηρούνται. Για τη Σουηδία ο καθαρός ρυθμός μετανάστευσης για το 2017 ήταν 5.3 μετανάστες ανά 1000 άτομα πληθυσμού (indexmundi.com).

Στον παρακάτω πίνακα 1 απεικονίζονται συγκεντρωτικά τα πιο πρόσφατα δεδομένα για τη Σουηδία.

Πίνακας 1. Συγκεντρωτικά δεδομένα Σουηδίας

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
Πληθυσμός	10.2 εκατομμύρια
Ρυθμός ανάπτυξης πληθυσμού (%)	0.81%
Πληθυσμός στα αστικά κέντρα (%)	87.4%
Ρυθμός εξάρτησης (Συνολικός)	0.56 (εκτ. 2015)

Προσδόκιμο ζωής (σε έτη)	Σύνολο 82.2 Ανδρες 80.3 Γυναίκες 84.3
Μέση ηλικία (σε έτη)	Σύνολο 41.1 Ανδρες 40.1 Γυναίκες 42.2
Ποσοστό γονιμότητας (γεννήσεις ανά γυναίκα)	1.87
Αριθμός γεννήσεων (/1000 άτομα)	11.7 (εκτ. 2015)
Αριθμός θανάτων (/1000 άτομα)	9.5 (εκτ. 2015)
Ρυθμός μετανάστευσης (/1000 άτομα)	5.3

1.1.2 Σουηδική Οικονομία

Η Χώρα αποτελεί μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1995 και χρησιμοποιεί ως εγχώριο νόμισμα την σουηδική κορόνα, με τρέχουσα ισοτιμία ευρώ- κορόνας 1€ = SEK 10,579. Το ευρώ απορρίφθηκε από τους Σουηδούς μέσω δημοψηφίσματος, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 14 Σεπτεμβρίου το 2003 (με ποσοστό 55.9% καταψηφίστηκε το ευρώ στο ερώτημα αν επιθυμούν να το εισάγουν ως εθνικό νόμισμα).

Η οικονομία της χαρακτηρίζεται ως μικρή, ανταγωνιστική, ταχέως αναπτυσσόμενη και εξελιγμένη όντας ένα κράτος πρόνοιας, δίνοντας βάση στην υγεία και το ευ ζην του πληθυσμού, παρέχοντας βοηθήματα, συντάξεις και άλλα οφέλη σε αυτούς που πραγματικά το έχουν ανάγκη και προσφέροντας ίσες ευκαιρίες, δίκαιη κατανομή του πλούτου και πρόληψη. Η Σουηδία ακολουθεί ένα σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο.

Η Σουηδία θεωρείται μια κατ' εξοχήν βιομηχανική χώρα, εξαρτώμενη σε μεγάλο βαθμό από το εξωτερικό εμπόριο. Παρουσιάζει θετικό εμπορικό ισοζύγιο (=εισαγωγές αγαθών & Υπηρεσιών- Εξαγωγές Αγαθών & Υπηρεσιών) με εξαγωγές \$169.7 δις και εισαγωγές \$154.8 δις. Κύριες πηγές εσόδων αποτελούν η εξαγωγή ξυλείας, σιδηρομεταλλευμάτων, χημικών και μηχανημάτων (26,7%). Εμπορικοί εταίροι στους οποίους εξάγει αποτελούν: Γερμανία, Νορβηγία, Φινλανδία, Η.Π.Α., Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Κάτω Χώρες, Κίνα, Βέλγιο, Γαλλία. Αντίθετα χώρες από τις οποίες εισάγει αποτελούν: Γερμανία, Κάτω χώρες, Νορβηγία, Δανία, Κίνα, Ηνωμένο Βασίλειο, Φινλανδία, Βέλγιο.

Η αξία της παραγωγής της Σουηδίας ή το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) της διαμορφώνεται ως το άθροισμα της ιδιωτικής κατανάλωσης $-C$, των επενδύσεων σε πάγια κεφάλαια και σε αποθέματα $-I$, της δημόσιας κατανάλωσης $-G$, και του εμπορικού ισοζυγίου $-NX$ (Εξαγωγές-εισαγωγές) και η σύνθεση του παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (2). Το ΑΕΠ υπολογίζεται για το 2017 στα \$505.48 δις, σε συνθήκες ισοδυναμίας αγοραστικής δύναμης, με πραγματικό ρυθμό ανάπτυξης 2,1%. Αντίστοιχα το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν κατά κεφαλή είναι στα \$50,208 σε συνθήκες ισοδυναμίας αγοραστικής δύναμης (GDP per capita, PPP) (stats.oecd.org).

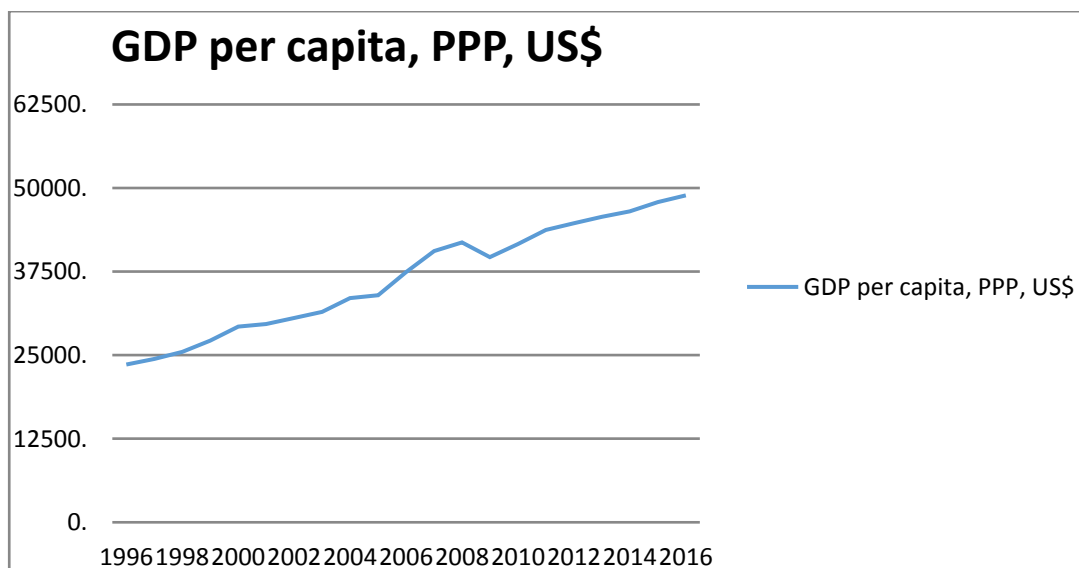
Πίνακας 2. Αξία παραγωγής Σουηδίας

Sweden

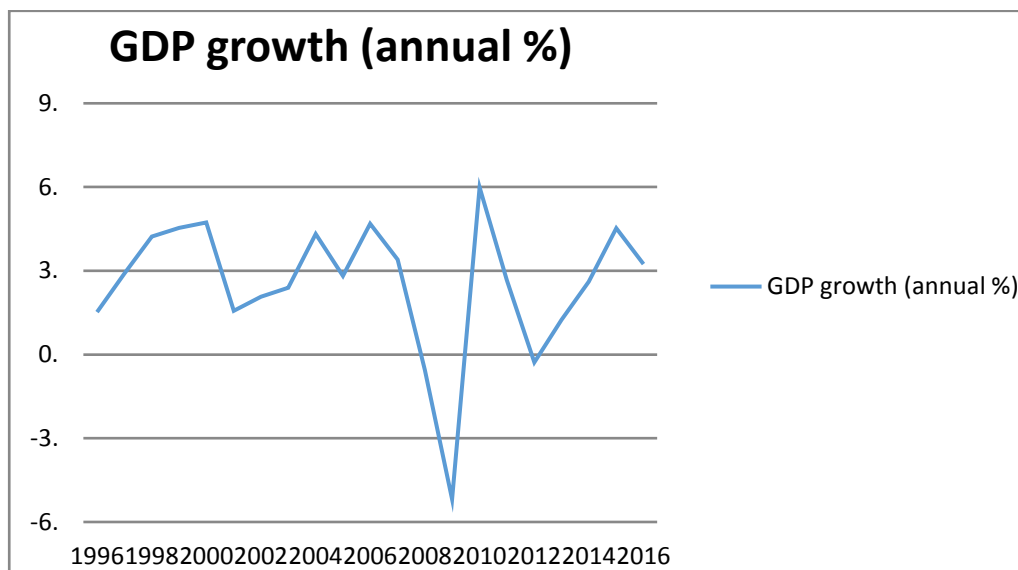
household consumption:	44.1% (2017 est.)
government consumption:	26% (2017 est.)
investment in fixed capital:	24.9% (2017 est.)
investment in inventories:	0.8% (2017 est.)
exports of goods and services:	45.3% (2017 est.)
imports of goods and services:	-41.1% (2017 est.)

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2009, ως αποτέλεσμα της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης η Σουηδία παρουσίασε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ -5,2%, ιστορικό χαμηλό για τη χώρα τον 21^ο αιώνα. Στα παρακάτω διαγράμματα (4, 5) το κατά κεφαλή ΑΕΠ και ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ, αντίστοιχα. Τα στοιχεία αφορούν τη χρονική περίοδο 1996-2017 (databank.worldbank.org).

Διάγραμμα 4. Το κατά κεφαλή Α.Ε.Π. Σουηδίας



Διάγραμμα 5. Ο ρυθμός αύξησης του Α.Ε.Π. της Σουηδίας



Σχετικά με τον κυβερνητικό προϋπολογισμό η Σουηδία παρουσίασε για το 2017 δημοσιονομικό πλεόνασμα σε ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ 0.9%. Ο δείκτης αυτός σύμφωνα με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ μας δείχνει αν μια χώρα αποταμιεύει /δανείζει (πλεόνασμα) ή δανείζεται (έλλειμμα), με βάση το ευρωπαϊκό σύστημα λογαριασμών (European System of Accounts). Κατά την περίοδο 1995-2017 είχε μέσο όρο προϋπολογισμού -0.03% (σε ποσοστό του ΑΕΠ), με μέγιστο πλεόνασμα 3,4% το 2007 και ιστορικό χαμηλό έλλειμμα -7% το 1995 (stats.oecd.org).

Όσον αφορά την ανεργία της χώρας, το ποσοστό της είναι 6,7% στο σύνολο του εργατικού δυναμικού για το 2017, με συνεχώς καθοδική τάση από το 2013 και έπειτα (πίνακας 3). Το ποσοστό ανεργίας για νέους ηλικίας 15 ως 24 ετών παρουσιάζει συνεχή καθοδική τάση και από το 2009 που άγγιξε το 25%, έφτασε το 2018 στο 16,93%. (Πίνακας 4) (databank.worldbank.org).

Πίνακας 3. Ποσοστό ανεργίας Σουηδίας

Unemployment, total (% of total labor force) (national estimate) ⓘ					
	2013	2014	2015	2016	2017
Sweden	8.1	8.0	7.4	7.0	6.7

Πίνακας 4. Ποσοστό ανεργίας νέων 15-24 Σουηδίας

Unemployment, youth total (% of total labor force ages 15-24) (modeled ILO estimate) ⓘ						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sweden	23.2	22.5	20.0	18.7	17.8	16.9

Ένα σημαντικό στοιχείο για την Σουηδία είναι η χαμηλή διαφθορά και σύμφωνα με το δείκτη αντίληψης διαφθοράς (Corruption Perceptions Index) καταλαμβάνει για το 2018 την τρίτη θέση με τις λιγότερο διεφθαρμένες χώρες. Αυτό λέει πολλά για το οικονομικό και πολιτικό σύστημα της χώρας και κατ' επέκταση για την ελευθερία, την υγεία, το χρήμα και τις ζωές των Σουηδών πολιτών.

1.1.3 Πολίτευμα και Διοίκηση Σουηδίας

Το πολίτευμα της Σουηδίας είναι Βασιλευόμενη κοινοβουλευτική δημοκρατία και η χώρα είναι διαιρεμένη σε 290 δήμους και σε 20 συμβούλια κομητειών με 3 συμβούλια κομητειών (Skåne, Västra Götaland and Halland) και ένα δήμο (Gotland) να βρίσκονται υψηλότερα σε αρμοδιότητες καθώς έχουν ευθύνη για θέματα περιφερειακής ανάπτυξης (www.sweden.gov.se).

Ο ρόλος του Βασιλιά/ Βασίλισσας είναι περισσότερο εθιμοτυπικός. Ανώτατο όργανο είναι το κοινοβούλιο (Riksdagen), με 349 θέσεις, το οποίο θέτει τις αρχές και δίνει τις κατευθυντήριες οδηγίες στην εθνική κυβέρνηση και συντάσσει τους νόμους και τα κυβερνητικά διατάγματα. Επικεφαλής της κυβέρνησης είναι ο Πρωθυπουργός ο οποίος εκλέγεται από το κοινοβούλιο και διορίζει τους 22 Υπουργούς. Στη Σουηδία υπάρχει κυβέρνηση μειοψηφίας, όπου οι σοσιαλδημοκράτες και το Οικολογικό κίνημα έχουν την αποδοχή των Κεντρώων και των Φιλελεύθερων, με σύνολο 167 έδρες. Την υποχρέωση να φέρουν εις πέρας τις αποφάσεις του κοινοβουλίου και της εθνικής κυβέρνησης, την έχουν οι κρατικές υπηρεσίες (οι ένοπλες δυνάμεις, Εκτελεστικές αρχές, Εθνική βιβλιοθήκη, Σουηδική αστυνομία and Φορολογική υπηρεσία), οι οποίες λειτουργούν ως αυτόνομα όργανα και αξιολογούνται διαρκώς από την κυβέρνηση (www.sweden.gov.se).

Οι δήμοι και οι κομητείες είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, χωρίς κάποια ιεραρχία και παίρνουν αποφάσεις σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο αντίστοιχα. Είναι ανεξάρτητα πολιτικά σώματα, έχουν την αυτονομία τους και οι δικαιοδοσίες τους είναι κατοχυρωμένες στο σύνταγμα της χώρας. Υπάρχουν 21 διοικητικά συμβούλια στις κομητείες, τα οποία έχουν ευθύνη για την τοπική αυτοδιοίκηση και τα οποία επιβλέπει η κυβέρνηση μέσω περιφερειακού κυβερνητικού εκπροσώπου (County Governor), ο οποίος εκλέγεται κάθε έξι χρόνια (www.sweden.gov.se).

Ο νόμος περί τοπικών κυβερνήσεων (Local Government Act) περάστηκε επιτυχώς την άνοιξη του 1991 από το σουηδικό κοινοβούλιο και ήρθε σε ισχύ το 1992 και κατοχυρώνεται συνταγματικά η ευθύνη για παροχή ζωτικών δημοσίων υπηρεσιών από τους δήμους και τις κομητείες καθώς και η ελευθερία στην επιβολή φόρων ως πηγή εσόδων. Όσον αφορά τους τοπικούς φόρους αποτελούν το 30% των εσόδων των δήμων και των κομητειών (20% αντιστοιχεί στους δήμους και το υπόλοιπο

10% στις κομητείες). Επιπλέον μέρος του τοπικού εισοδήματος χορηγείται από την κρατικές χορηγίες και από το εισόδημα του πληθυσμού των κομητειών και δήμων. Για να υπάρξει δικαιοσύνη και ισορροπία σχετικά με το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών το κράτος ασκεί έλεγχο και επιβλέπει και συνεισφέρει οικονομικά σε κάθε περιοχή αναλογικά προσπαθώντας να τις διατηρήσει σε ανταγωνιστικά επίπεδα (www.sweden.gov.se).

Σχετικά με τις αρμοδιότητες των κομητειών και των περιφερειακών σωμάτων (17 κομητείες +4 περιφερειακά σώματα), αυτές είναι σε ποσοστό της τάξης του 90% η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στο υπόλοιπο 10% η δημόσια συγκοινωνία, η περιφερειακή ανάπτυξη. Σε επίπεδο δήμων, πρωταρχικό ρόλο έχει το εκλεγμένο δημοτικό συμβούλιο διορίζοντας διοικητικό συμβούλιο για την ηγεσία και το συντονισμό των απαιτούμενων δημοτικών δραστηριοτήτων όπως η πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η δευτεροβάθμια εκπαίδευση, η παιδική φροντίδα και η φροντίδα των ηλικιωμένων και αναπήρων καθώς και θέματα ύδρευσης, χωροταξικά, αποχετευτικά, οδικά, αποβλήτων και περιστατικά διάσωσης (www.sweden.gov.se).

Το Ανώτατο Δικαστήριο της Σουηδίας, στα Σουηδικά Högsta domstolen, αποτελεί το ανώτατο δικαστήριο όλων των ποινικών αδικημάτων της Σουηδίας. Είναι ανεξάρτητη αρχή, με την Κυβέρνηση να μην επεμβαίνει στις δικαστικές αποφάσεις (www.sweden.gov.se).

Η Σουηδία μπορεί να αποτελεί μέρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν αποτελεί όμως μέλος της ευρωπαϊκής οικονομικής και νομισματικής ένωσης (EMU), καθώς το 2003 σε δημοψήφισμα απορρίφθηκε το ευρώ και το κοινοβούλιο ήταν υποχρεωμένο να δεχθεί την επιλογή αυτή του εκλογικού σώματος (www.sweden.gov.se).

1.2 Ελλάδα

Η Ελλάδα ή Ελληνική Δημοκρατία (Hellenic Republic) κατά το σύνταγμα βρίσκεται στη νότια Ευρώπη, στο νοτιότερο άκρο των Βαλκανίων. Συνορεύει βορειοδυτικά με την Αλβανία, βόρεια με τη Βουλγαρία και την ΠΓΔΜ και βορειοανατολικά με την Τουρκία. Έχει ακτές στην ανατολική Μεσόγειο και βρέχεται δυτικά από το Ιόνιο πέλαγος, ανατολικά από το Αιγαίο πέλαγος και νότια από το Λιβυκό πέλαγος.

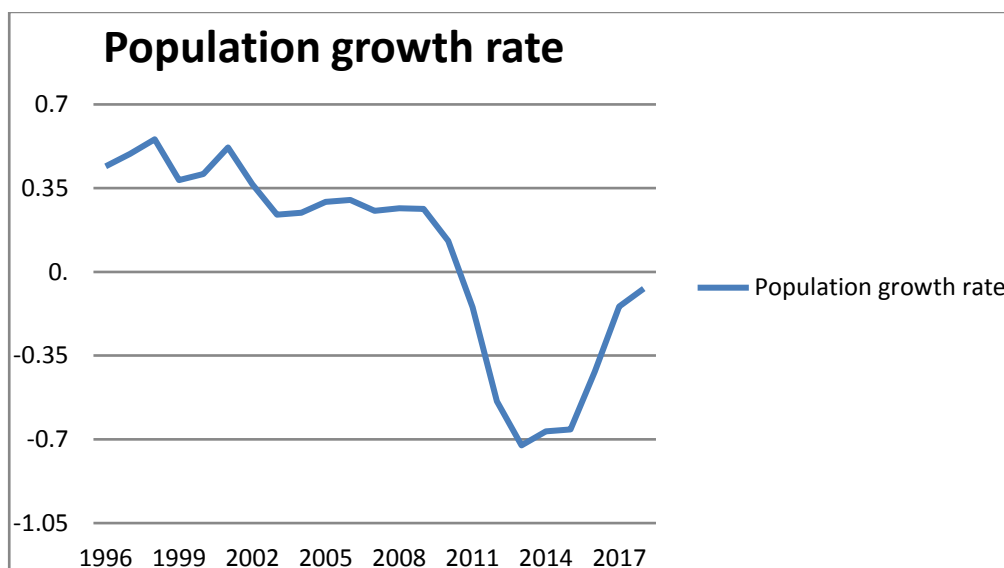
Η Ελλάδα έχει 13 περιφέρειες, οι οποίες σχηματίζουν δευτεροβάθμιους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης και 1 αυτόνομη μοναστική πολιτεία – το Άγιο Όρος. Αυτές είναι η Αττική, η Δυτική Ελλάδα, Ανατολική Μακεδονία και Θράκης, Δυτική Μακεδονία, Ιόνια Νησιά, Ήπειρος, Κεντρική Μακεδονία, Κρήτη, Νότιο Αιγαίο, Πελοπόννησος, Στερεά Ελλάδα, Θεσσαλία και Βόρειο Αιγαίο.

Πρωτεύουσα της χώρας είναι η Αθήνα, ενώ στην Αττική κατοικεί περίπου το ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ήτοι 3.15 εκατομμύρια άνθρωποι (εκτ. 2018).

1.2.1 Ελληνικός Πληθυσμός

Ανέρχεται πληθυσμιακά στα 10.8 εκατομμύρια (εκτίμηση 2018) με αρνητικό πληθυσμιακό ρυθμό ανάπτυξης (Population growth rate) -0.07 για το 2018 και ο οποίος από τη περίοδο της κρίσεως (2009) παρουσίαζε καθοδική τάση και άρχισε να παρουσιάζει κάποια βελτίωση από το 2016 και έπειτα (διάγραμμα 6). Το 79.1% του πληθυσμού είναι συγκεντρωμένο στα μεγάλα αστικά κέντρα. Ο δείκτης εξάρτησης (total Dependency ratio, % of population) είναι 53% σύμφωνα με εκτίμηση του 2015 (indexmundi.com).

Διάγραμμα 6. Πληθυσμιακός ρυθμός ανάπτυξης Ελλάδας

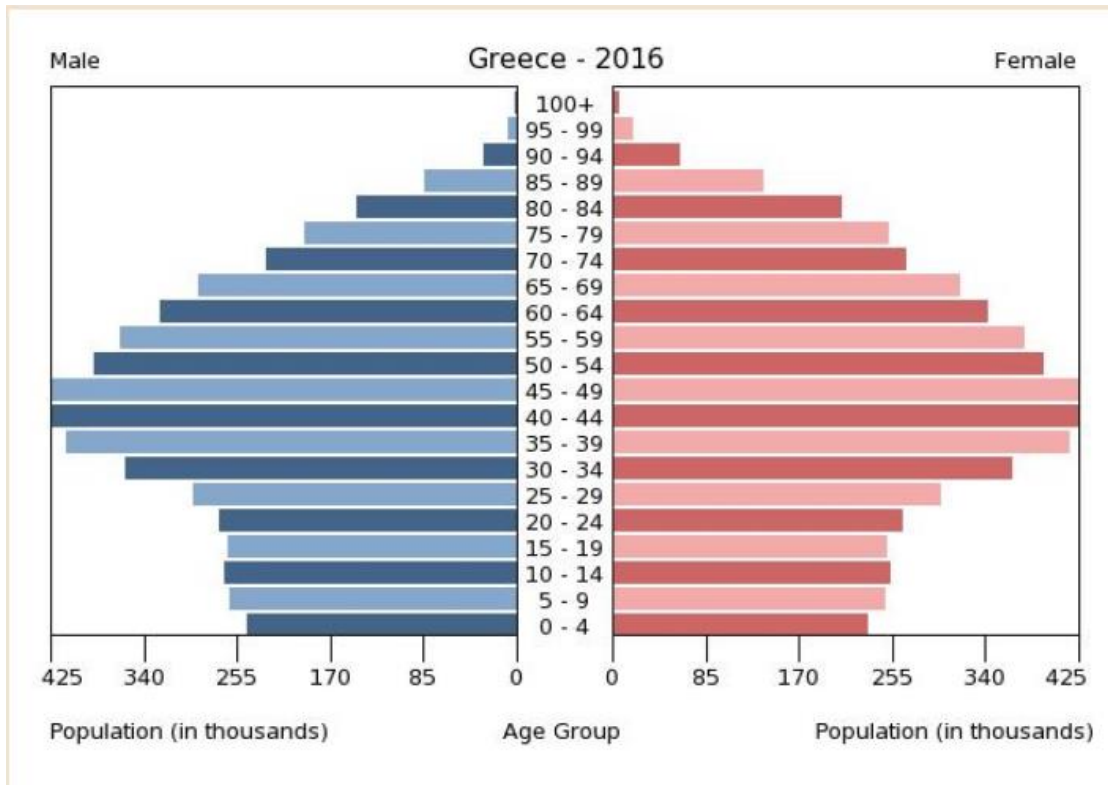


Όσον αφορά τις εθνικότητες του πληθυσμού, η Ελλάδα δε συλλέγει στοιχεία για αυτήν, παρά μόνον για την ιθαγένεια. Με βάση δεδομένα του 2011 ο γηγενής πληθυσμός είναι 91.6%, ενώ 4.4% αναφέρεται σε Αλβανούς και ένα 4% σε υπόλοιπες χώρες. Όπως είναι λογικό, με τις εξελίξεις στο προσφυγικό τα δεδομένα αυτά έχουν μεταβληθεί (indexmundi.com).

Η δομή του πληθυσμού βάσει ηλικιακής κλίμακας παρουσιάζεται στο διάγραμμα (7), μας οδηγεί σε χρήσιμα συμπεράσματα. Η Ελλάδα είναι μια γερασμένη χώρα με το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών να αντιστοιχεί στο 21.14% (άνδρες 997,359 / γυναίκες 1,277,871, εκτίμηση για το 2018) του συνολικού και με όχι ανεπτυγμένη γηριατρική και με πληθυσμό άνω των 200 χιλιάδων ατόμων άνω των 60 να πάσχουν από Αλτσχάιμερ (επιπολασμός 6.9% στην Ευρώπη, με βάση το Alzheimer Europe). Όσον αφορά τη μέση ηλικία, αυτή αντιστοιχεί σε 44.9 έτη ζωής στο σύνολο

ανδρών και γυναικών και σε 43.8 έτη και 45.9 έτη για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα (7^η παγκοσμίως σε μέση ηλικία). Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού είναι 80.8 έτη (78.2 έτη για τους άνδρες, 83.6 για τις γυναίκες), ακολουθώντας τον ευρωπαϊκό μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 (indexmundi.com).

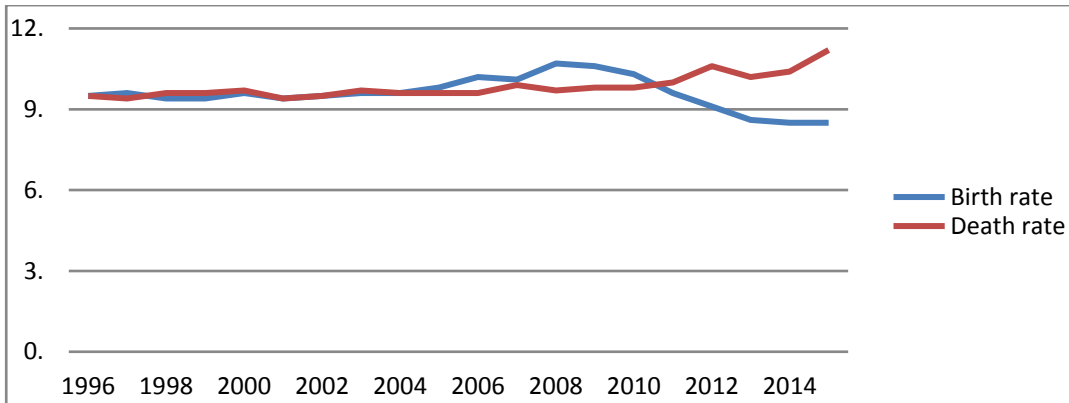
Διάγραμμα 7. Δομή του πληθυσμού βάσει ηλικιακής κλίμακας



Πηγή: CIA World Factbook

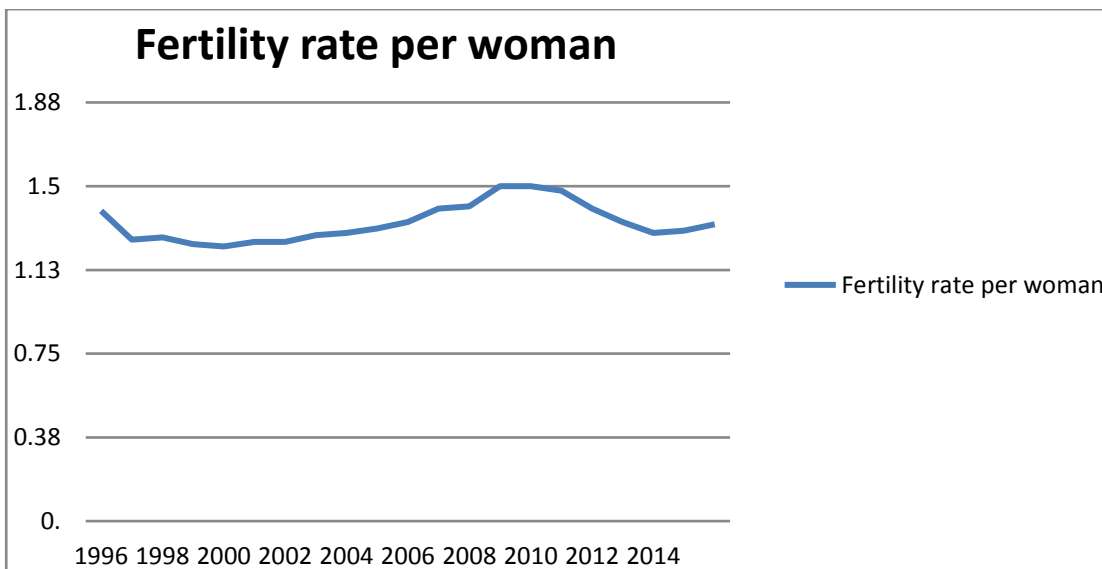
Ο αρνητικός ρυθμός ανάπτυξης του πληθυσμού καταδεικνύεται και μέσω του υψηλότερου αριθμού θανάτων, έναντι του αριθμού γεννήσεων, για το 2018. Συγκεκριμένα, οι θάνατοι άνα 1000 ανθρώπους αντιστοιχούν σε 11.4, ενώ οι γεννήσεις σε 8.3 ανά 1000 ανθρώπους. Στο διάγραμμα (8) που ακολουθεί παρουσιάζονται τα δεδομένα για την περίοδο 1996-2015 (indexmundi.com).

Διάγραμμα 8. Αντιστοιχία γεννήσεων & θανάτων στην Ελλάδα



Το ποσοστό γονιμότητας (fertility rate) για τις γυναίκες της χώρας αντιστοιχεί σε 1.44 παιδιά (εκτίμηση το 2018). Η ελληνική κρίση χρέους (2009) με το δημοσιονομικό ελλείμμα και ένα μη βιώσιμο χρέος φαίνεται ότι επηρέασε και το δείκτη γονιμότητας, ο οποίος από το 2010 ως και το 2014 παρουσίασε αρνητικό ρυθμό. Ο συνδυασμός της χαμηλής γονιμότητας, με τη μετανάστευση και την όχι ανεπτυγμένη γηριατρική στην Ελλάδα, δείχνει ένα απροετοίμαστο σύστημα υγείας στις δημογραφικές προκλήσεις (indexmundi.com).

Διάγραμμα 9. Ποσοστά γονιμότητας



Ο ρυθμός μετανάστευσης (net migration rate), σε κλίμακα 1000 ατόμων πληθυσμού είναι 2.3 άνθρωποι για το 2017. Στον πίνακα 5 που ακολουθεί παρατίθενται συγκεντρωτικά οι προαναφερθείσες μεταβλητές (indexmundi.com).

Πίνακας 5. Συγκεντρωτικά δεδομένα Ελλάδα

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
Πληθυσμός	10.8 εκατομμύρια
Ρυθμός ανάπτυξης πληθυσμού (%)	-0.07%
Πληθυσμός στα αστικά κέντρα (%)	79.1%
Ρυθμός εξάρτησης (Συνολικός)	0.53 (εκτ. 2015)
Προσδόκιμο ζωής (σε έτη)	Σύνολο 80.8 Ανδρες 78.2 Γυναίκες 83.6
Μέση ηλικία (σε έτη)	Σύνολο 44.9 Ανδρες 43.8 Γυναίκες 45.9
Ποσοστό γονιμότητας (γεννήσεις ανά γυναίκα)	1.44
Αριθμός γεννήσεων (/1000 άτομα)	8.3 (εκτ. 2018)
Αριθμός θανάτων (/1000 άτομα)	11.4 (εκτ. 2018)
Ρυθμός μετανάστευσης (/1000 άτομα)	2.3

1.2.2 Ελληνική Οικονομία

Η Ελλάδα αποτελεί μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης από την 1^η Ιανουαρίου του 1981 και χρησιμοποιεί από το 2001 ως εθνικό νόμισμα το ευρώ, μετά την επιτυχή πορεία σύγκλισης των δημοσιονομικών μεγεθών και την ικανοποίηση κατά τη διάρκεια του 2000 των τεσσάρων εκ των πέντε κριτηρίων της συνθήκης του Μάαστριχτ (πληθωρισμός, έλλειμμα γενικής κυβέρνησης, δημόσιο χρέος, μηχανισμός συναλλαγματικών ισοτιμιών, μακροπρόθεσμο επιτόκιο δανεισμού) κρήζοντας την την δωδέκατη ευρωπαϊκή χώρα που εντάσσεται στην Ευρωπαϊκή Οικονομική και Νομισματική Ένωση (European Economic and Monetary Union), αντίστοιχα.

Η χώρα μας κατά την περίοδο 2001- 2005 συνέχισε τις ανεξέλεγκτες δαπάνες παραβιάζοντας το κριτήριο της συνθήκης Μάαστριχτ για έλλειμμα 3% και οδηγώντας τη χώρα με μαθηματική ακρίβεια σε ένα υψηλότατο δημόσιο χρέος. Λόγω των συσσωρευμένων σπαταλών και των δομικών ανισοροπιών από το 2009 αντιμετωπίζει κρίση χρέους, με το έλλειμμα να φτάνει στο 15% του ΑΕΠ και το δημόσιο χρέος να απαντάται σε ποσοστό 146.2% (% του ΑΕΠ) το 2010. Οι αποκρύψεις των πραγματικών ελλειμμάτων και του χρέους οδήγησαν το Νοέμβριο του 2010 την Eurostat σε αναθεωρήσεις των ελληνικών ελλειμμάτων των προηγούμενων ετών σε συνδυασμό με την επιδείνωση των δημοσίων οικονομικών και την συνεχή υποβάθμιση της μακροπρόθεσμης πιστοληπτικής ικανότητας μεγάλων χρηματοπιστωτικών οίκων. Η Ελλάδα μπαίνει σε πρόγραμμα διάσωσης (Μνημόνια) και σε έναν τριμερή μηχανισμό οικονομικής ενίσχυσης, αποτελούμενο από την ΕΕ, το ΔΝΤ και την ΕΚΤ. Λαμβάνει τον Μάιο του 2010 δάνεια \$147 δις και καλείται να προβεί σε κυβερνητικές περικοπές στην υγεία και στις συντάξεις, σε οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών, σε πάταξη φορολογικών απατών και σε μεταρρυθμίσεις. Τον Οκτώβριο του 2011 σε σύγκλιση έκτακτης συνόδου κορυφής αποφασίζεται η Ελλάδα να λάβει το δεύτερο πακέτο διάσωσης, της τάξης των \$169 δις το οποίο προέβλεπε κούρεμα του ελληνικού χρέους 50%. Τον Ιούλιο του 2015 συνάπτεται νέο πρόγραμμα με τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας, το οποίο επικυρώθηκε από τη Βουλή με ευρεία διακομματική πλειοψηφία και το οποίο περιλαμβάνει οικονομική ενίσχυση των \$96 δις, για να αντιμετωπίσει τα χρέη προς τους εταίρους και τους πιστωτές και να διατηρήσει τη ρευστότητα στις τράπεζες, καθώς είχαν προηγηθεί τον Ιούνιο του ίδιου έτους τα Capital Controls, στα πλαίσια της οικονομικής και πολιτικής σταθερότητας στη χώρα. Τα πρώτα θετικά σημάδια εμφανίστηκαν το 2017, με βελτίωση του ΑΕΠ και μείωση του δείκτη ανεργίας, όμως η μαύρη αγορά λόγω της υψηλής φορολογίας αντιστοιχεί σε ποσοστά άνω του 20% του ΑΕΠ.

Η οικονομία της Ελλάδας χαρακτηρίζεται ως μικρή, ανοιχτή, με χαμηλή βιομηχανική βάση και συγκαταλέγεται στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου και σε σύγκριση με τις ισχυρές οικονομίες της ένωσης, το κατά κεφαλή ΑΕΠ της αντιστοιχεί στα δύο τρίτα τους. Η σύνθεση του ΑΕΠ με βάση την παραγωγή έχει ως εξής: 4.1% προέρχεται από την αγροτική παραγωγή, κατά 16.9% από τη βιομηχανία και κατά 79.1% από την παροχή υπηρεσιών (εκτιμήσεις 2017). Κύριοι κλάδοι της οικονομίας είναι η επεξεργασία τροφίμων και καπνού, ο τουρισμός, η ναυτιλία, τα χημικά, εξορύξεις πετρελαίου, η υφαντουργία και η μεταλλευτική. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα είναι ο μεγαλύτερος παραγωγός Βωξίτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο τρίτος μεγαλύτερος παραγωγός λαδιού, συνιστώντας το 15% της συνολικής παγκόσμιας παραγωγής (stats.oecd.org).

Η αξία της παραγωγής με βάση την κατανομή στους τελικούς αγοραστές, οι οποίοι είναι τα νοικοκυριά – μεταβλητή Κατανάλωση (C), οι επιχειρήσεις – μεταβλητή Επενδύσεις (I), κυβέρνηση

– Δημόσιες δαπάνες (G) και ο υπόλοιπος κόσμος (Εμπορικό Ισοζύγιο = Εισαγωγές- Εξαγωγές), έχει την σύνθεση, η οποία απεικονίζεται στον πίνακα που ακολουθεί (databank.worldbank.org):

Πίνακας 6. Σύνθεση ΑΕΠ

GDP - composition, by end use:

household consumption: 69.6% (2017 est.)

government consumption: 20.1% (2017 est.)

investment in fixed capital: 12.5% (2017 est.)

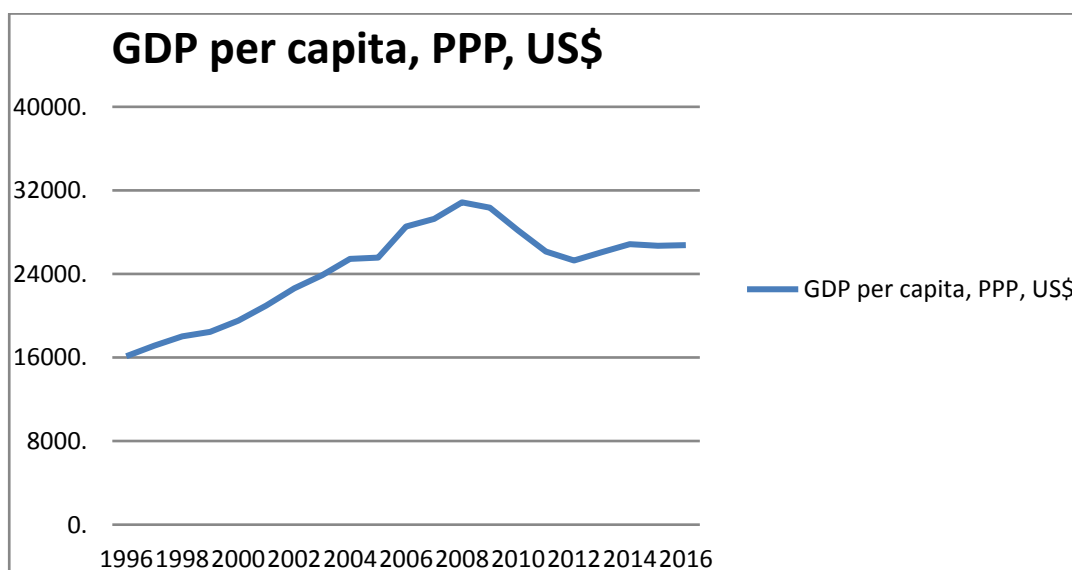
investment in inventories: -1% (2017 est.)

exports of goods and services: 33.4% (2017 est.)

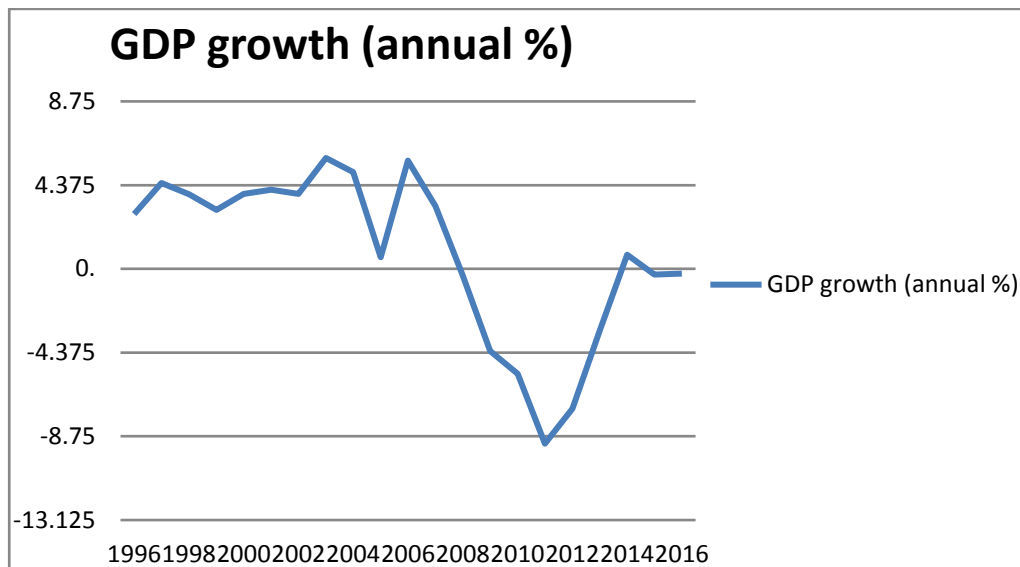
imports of goods and services: -34.7% (2017 est.)

Το ΑΕΠ σε συνθήκες ισοδυναμίας αγοραστικής δύναμης υπολογίζεται για το 2017 σε \$299.3 δις και παρουσίασε θετικό ρυθμό αύξησης 1.4% (GDP growth, annual %), ο οποίος είναι και ο μεγαλύτερος από το 2008 και έπειτα και έφτασε σε ιστορικά χαμηλό την τελευταία εικοσαετία το 2011 με -9.132% αρνητικό ρυθμό, ενώ η συρρίκνωση για τα έτη 2011, 2012 και 2013 ήταν 8.9%, 6.6% και 3.9% αντίστοιχα. Το κατά κεφαλή ΑΕΠ της χώρας για το 2017 είναι στις \$27,601.95, σε συνθήκες ισοδυναμίας αγοραστικής δύναμης (PPP). Στα διαγράμματα (10, 11) που ακολουθούν παρουσιάζονται τα δεδομένα της περιόδου 1996-2016 για το κατά κεφαλή ΑΕΠ και τον ετήσιο ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ, αντίστοιχα (stats.oecd.org).

Διάγραμμα 10. Το κατά κεφαλή Α.Ε.Π. της Ελλάδας

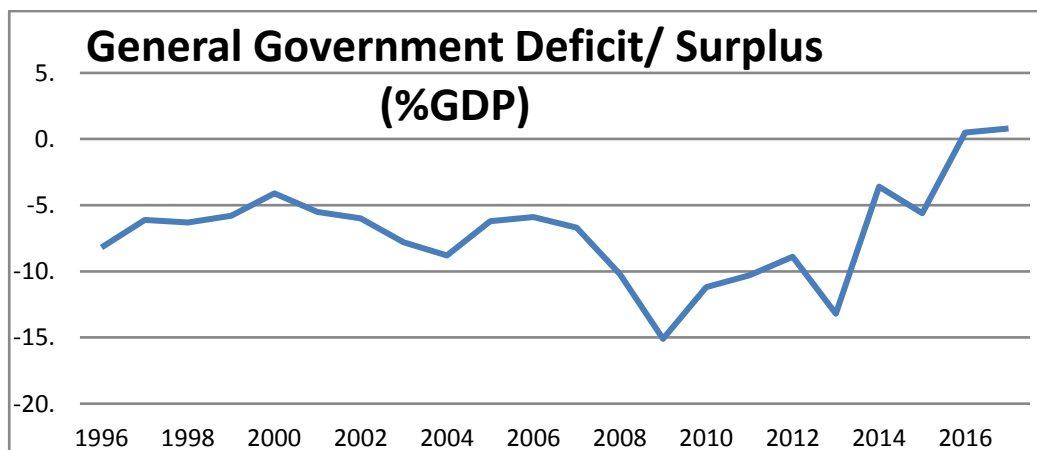


Διάγραμμα 11. Ο ρυθμός αύξησης του Α.Ε.Π. της Ελλάδας



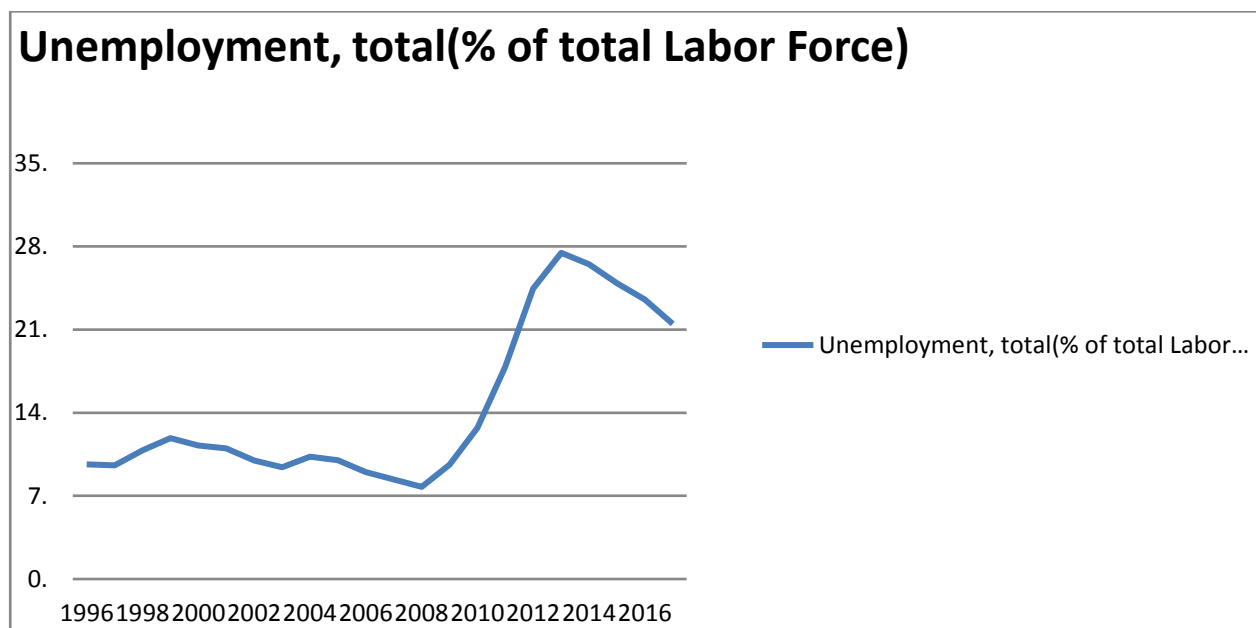
Σχετικά με τον προϋπολογισμό της, η Ελλάδα παρουσίασε για το 2017 πλεόνασμα 0.8% ως ποσοστό του ΑΕΠ. Αναλυτικότερα, τα έσοδα ήταν \$97.99 δις και τα έξοδα \$96.35 δις, ενώ ως ακόλουθο της υψηλής φορολογίας, οι φόροι και τα λοιπά έσοδα (περιλαμβάνουν συμμετοχές για κοινωνική ασφάλεια, νοσοκομειακή ασφάλιση και έσοδα από δημόσιες επιχειρήσεις) αποτελούν το 48.8% των εσόδων της ελληνικής κυβέρνησης, για την παροχή δημοσίων αγαθών και υπηρεσιών (εκτίμηση 2017). Καθ' όλη την περίοδο 1996-2015 παρουσίαζε ελλειμματικό προϋπολογισμό με μέγιστη αρνητική τιμή -15.1% το 2009 και παρουσιάζοντας πλεόνασμα τις περιόδους 2016 και 2017. Αναλυτικά παρουσιάζονται τα ελλείμματα και τα πλεονάσματα στο διάγραμμα (12) που ακολουθεί:

Διάγραμμα 12. Ελλείμματα και Πλεονάσματα Ελλάδας



Η ανεργία βρίσκεται στο 21.48% στο σύνολο του εργατικού δυναμικού για το 2017 και παρουσιάζεται βελτίωση σε σύγκριση με τη μέγιστη τιμή 27.46% που έφτασε το 2013, με τη βελτίωση να εμφανίζεται από το 2014 και έπειτα. Βέβαια αυτά τα νούμερα απέχουν πολύ από το 7.76% που υπήρχε προ κρίσης (2008). Μέσα σε μια πενταετία (2008-2013) είχαμε αύξηση της ανεργίας περίπου ίση με 20%, στα πλαίσια των περιοριστικών δημοσιονομικών μέτρων και της δημοσιονομικής εξυγίανσης. Σύμφωνα με τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής υπηρεσίας, που έχει να κάνει με τις συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα (2013), ο πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό για το 2011 ανέρχεται σε 3.4 εκατομμύρια, ήτοι 31% και το 2009 ανερχόταν σε περίπου 3 εκατομμύρια, ήτοι 27.6%, με τον πληθυσμό των νοικοκυριών με χαμηλή ένταση εργασία να αντιστοιχεί σε 979 χιλιάδες για το 2011, έναντι 539 χιλιάδες το 2009. Τα ποσοστά ανεργίας στο σύνολο της εργατικής δύναμης, για την περίοδο 1996-2017 απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα (databank.worldbank.org).

Διάγραμμα 13. Ανεργία στην Ελλάδα



Η ανεργία στους νέους (15-24 ετών) του συνολικού εργατικού δυναμικού των νέων, είναι 43.6% για το 2017, πολύ υψηλότερη από τον μέσο όρο των χωρών των ΟΟΣΑ για το συγκεκριμένο έτος (11.93%). Το 2013 είχε φτάσει στη μέγιστη τιμή της, ήτοι 58.25%, έναντι του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ, ο οποίος ήταν 16.18%.

Η διαφθορά παραμένει σε υψηλά επίπεδα στο δημόσιο τομέα. Η Ελλάδα λαμβάνει την 47^η θέση σε σύνολο 180 χωρών στον δείκτη αντίληψης διαφθοράς (Corruption Perceptions Index).

1.2.3 Πολίτευμα και Διοίκηση Ελλάδας

Το ελληνικό πολίτευμα είναι Προεδρευόμενη κοινοβουλευτική δημοκρατία από το 1975. Κεφαλή του κράτους είναι ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, ο οποίος εκλέγεται από τα 300 μέλη της Βουλής και ο ρόλος του είναι περισσότερο συμβολικός. Η εκτελεστική εξουσία ανήκει στην εκλεγμένη από τον ελληνικό λαό Κυβέρνηση, της οποίας ηγείται ο Πρωθυπουργός, περιορίζοντας τις αρμοδιότητες του ΠτΔ στην ορκωμοσία της νέας Κυβέρνησης με το διορισμό του Πρωθυπουργού, των Υπουργών και των Υφυπουργών και στην έγκριση νέων νόμων. Ο Πρωθυπουργός ορίζει τους Υπουργούς και μαζί συνθέτουν το Υπουργικό Συμβούλιο. Νομοθετική εξουσία ασκείται από τη Βουλή των Ελλήνων. Δικαστική εξουσία ασκείται στα δικαστήρια, με τον Άρειο Πάγο, ο οποίος είναι ιδρυθείς τις 16 Οκτωβρίου 1834 με βασιλικό διάταγμα, να αποτελεί το ανώτατο ακυρωτικό δικαστήριο της πολιτικής και ποινικής δικαιοσύνης της Ελλάδας. Ανώτατο Διοικητικό Δικαστήριο είναι το Συμβούλιο της Επικρατείας (ΣτΕ), το οποίο ελέγχει αν οι κρατικοί νόμοι και ενέργειες συμπλέουν με το Σύνταγμα της Ελλάδας.

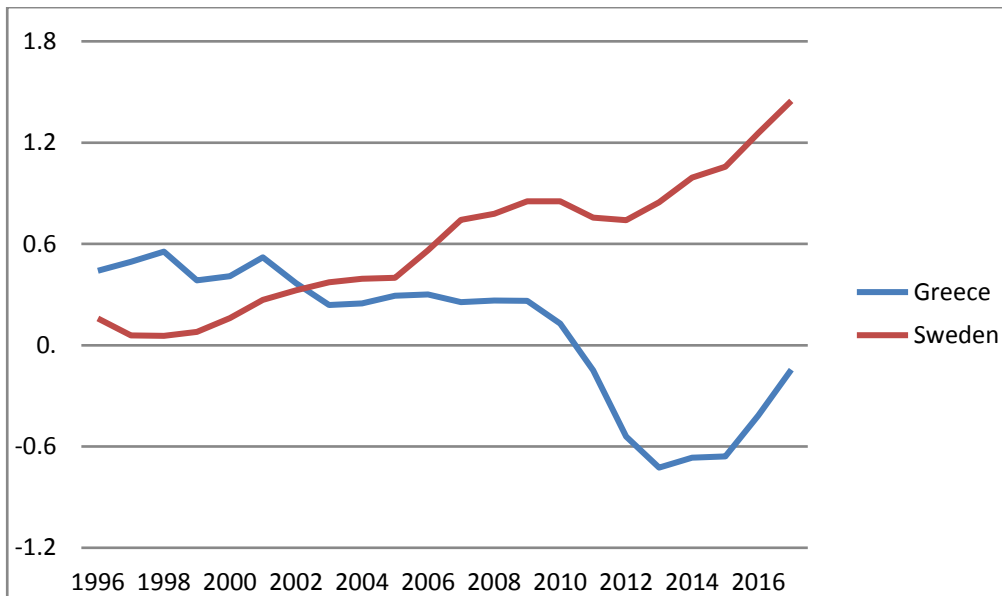
Η διοικητική διαίρεση της Ελλάδας, διαμορφωμένη από το πρόγραμμα ‘Καλλικράτης’ Ν. 3852/10, αποτελείται από επτά Αποκεντρωμένες Διοικήσεις, Δεκατρείς Περιφέρειες και 325 Δήμους. Η κυβέρνηση ορίζει ένα Συντονιστή Αποκεντρωμένης Διοίκησης για κάθε αποκεντρωμένη διοίκηση, ενώ για τη διοίκηση των Δήμων και Περιφερειών εκλέγονται κάθε 5 χρόνια Δήμαρχοι και Περιφερειάρχες. Το Άγιον Όρος αποτελεί αυτόνομη περιφέρεια και διοικείται από την εκκλησία.

1.3 Συγκριτική αξιολόγηση κύριων Δημογραφικών και Οικονομικών δεδομένων Ελλάδας και Σουηδίας

1.3.1 Δημογραφικοί Δείκτες

Ο πληθυσμός της Ελλάδας της Ελλάδας ανέρχεται στα 10.8 εκατομμύρια κατοίκους για το 2018 και από το 2011 ως και το 2018 παρουσιάζει αρνητικό ρυθμό αύξησης, ο οποίος είναι για το τελευταίο έτος -0.07%. Η απόκλιση με τη Σουηδία είναι μικρή, με τη σκανδιναβική χώρα να έχει πληθυσμό 10.2 εκατομμύρια κατοίκους για το 2018, με τη διαφορά όμως ότι παρουσιάζει θετικό ρυθμό αύξησης 0.81% για το αναφερθέν έτος. Η μεγάλη αυτή διαφορά στο ρυθμό είναι εμφανής από το 2003 και απεικονίζεται στο διάγραμμα (14) που ακολουθεί.

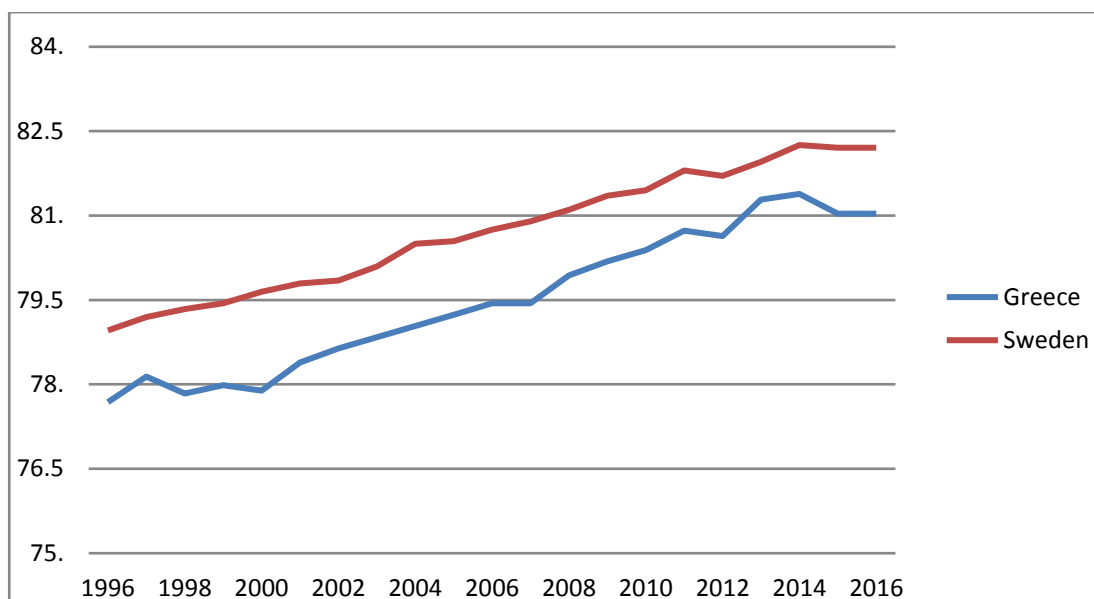
Διάγραμμα 14. Ρυθμός αύξησης πληθυσμού (%)



Όπως είναι λογικό αυτοί οι ρυθμοί αύξησης των πληθυσμών για τις δύο χώρες έχουν εξήγηση από τους δείκτες γεννήσεων και θανάτων (Death rate/ 1000 people, Birth rate/ 1000 people). Από τη μια μεριά στην Ελλάδα που από το 2011 ως και το 2018, οι θάνατοι ξεπερνούν τις γεννήσεις, λόγω χάρη το 2013 10.2 θάνατοι και 8.6 γεννήσεις, έχουμε ως συνέπεια αρνητικούς ρυθμούς αύξησης, με ρυθμό -0.73% για το 2013. Από την άλλη, για τη Σουηδία οι ρυθμοί αύξησης είναι θετικοί καθ' όλη την περίοδο μελέτης και ως συνέπεια οι αριθμοί γεννήσεων είναι μεγαλύτεροι του αριθμού των θανάτων, λόγω χάρη το 2013 είχαμε 11.8 γεννήσεις, έναντι 9.4 θανάτων. Δεν είναι τυχαία πάντως η υψηλότερη τιμή του δείκτη στη Σουηδία, η οποία προωθεί έμμεσα μέσω της ισότητας των δύο φύλων την αύξηση των γεννήσεων, με μεικτά πακέτα υψηλών αποδοχών για τις γυναίκες, ευέλικτων ωραρίων για τους γονείς και υψηλότερης ποιότητας φροντίδα υγείας για τα βρέφη.

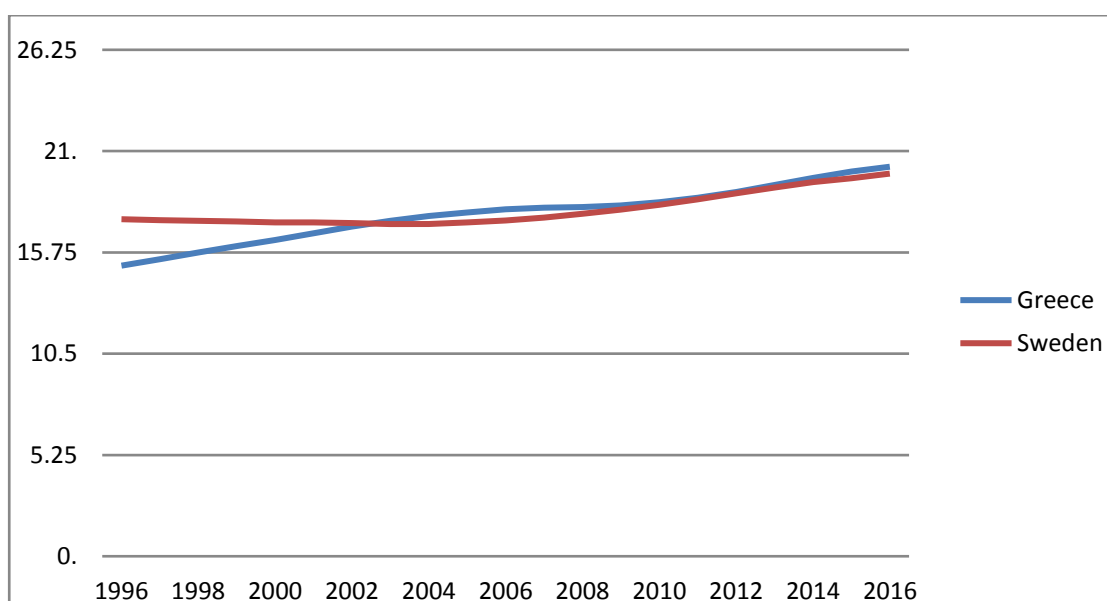
Και οι δύο χώρες παρουσιάζουν υψηλό προσδόκιμο ζωής, το οποίο για την Ελλάδα είναι τα 80.8 έτη ζωής (78.2 για τους άνδρες, 83.6 γυναίκες, 40^ο μεγαλύτερο παγκοσμίως) και της Σουηδίας να είναι στα 82.2 (80.3 για τους άνδρες, 84.3 για τις γυναίκες, 17^ο παγκοσμίως) για το 2018. Το προσδόκιμο αυξάνεται συνεχώς και αντιστοιχούσε σε 79 έτη ζωής για τη Σουηδία και σε 77.7 για την Ελλάδα το 1996, δηλαδή σε μια εικοσαετία έχουμε αύξηση του κατά 3 έτη περίπου (διάγραμμα 15).

Διάγραμμα 15. Προσδόκιμο Ζωής



Το ανησυχητικό με την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού, είναι ότι και οι δύο χώρες παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων (65+ έτη). Συγκεκριμένα, η Ελλάδα έχει 20.4% ηλικιωμένους στο σύνολο του πληθυσμού της για το 2018, ενώ και η Σουηδία έχει 20% για το συγκεκριμένο έτος. Η εξέλιξη της ιατρικής μέσω νέων τεχνολογιών και θεραπειών και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής, έφεραν ως λογικό επακόλουθο την παραπάνω αύξηση. Λεπτομερώς παρατίθενται τα δεδομένα για την περίοδο 1996- 2016 στο παρακάτω διάγραμμα (16).

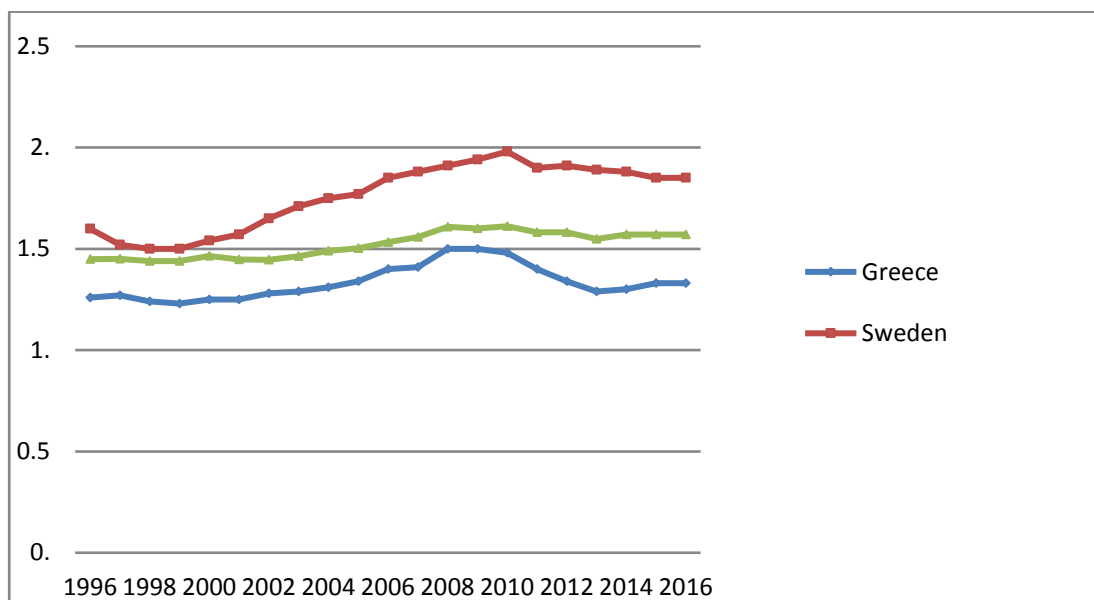
Διάγραμμα 16. Ποσοστό ηλικιωμένων 65+, στο σύνολο του πληθυσμού



Ο δείκτης γονιμότητας (fertility rate), ο οποίος υπολογίζει τις γεννήσεις για κάθε γυναίκα αντιστοιχεί σε 1.44 γεννήσεις για την Ελλάδα και σε 1.87 για τη Σουηδία, για το 2018, ενώ ο μέσος

όρος για τη διατήρηση του πληθυσμού αντιστοιχεί σε 2.1 γεννήσεις για την Ευρώπη. Αν υπολογίσουμε διαχρονικά (1996-2016) τις τιμές του δείκτη, θα δειχθεί ότι στην Ελλάδα είναι χαμηλότερος του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ για τη Σουηδία είναι αρκετά υψηλότερη η τιμή. Το διάγραμμα (17) το αποτυπώνει με τον πλέον ξεκάθαρο τρόπο.

Διάγραμμα 17. Δείκτης γονιμότητας



Η γήρανση του πληθυσμού προκαλεί ανησυχία καθώς έχει λογική βάση η συσχέτιση της με οικονομική ύφεση, με μικρότερο αριθμό νέου εργατικού δυναμικού, το οποίο θα πρέπει να καλύψει την ασφάλεια υγείας και τις συντάξεις των ηλικιωμένων, δημιουργώντας πονοκεφάλους οικονομικής φύσεως στα κράτη της Ευρώπης. Έτσι, εγείρονται ερωτήματα σχετικά με τη βιωσιμότητα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

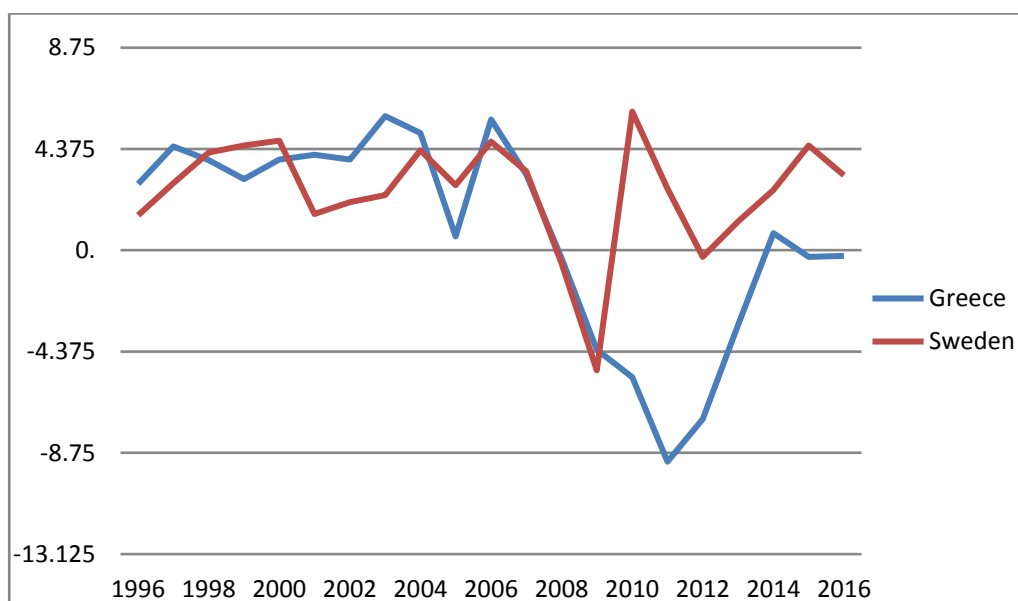
1.3.2 Οικονομικοί Δείκτες

Η ελληνική οικονομία χαρακτηρίζεται ως μικρή, ανοιχτή, με χαμηλή βιομηχανική βάση με κύριους κλάδους τον τουρισμό (18% του ΑΕΠ), τη ναυτιλία, τη παραγωγή τροφίμων, επεξεργασία καπνού, τα χημικά, την υφαντουργία, τη μεταλλευτική και τις μονάδες διύλισης πετρελαίου. Από την άλλη, η Σουηδία είναι μια κατ' εξοχήν βιομηχανική χώρα και βασίζεται στο εξωτερικό εμπόριο. Κύριες πηγές εσόδων είναι η εξαγωγή μηχανημάτων (26.7% του ΑΕΠ), ξυλείας, σιδηρομεταλλευμάτων και χημικών.

Μιλώντας σε απόλυτα μεγέθη, η διαφορά της παραγωγής μεταξύ των 2 οικονομιών είναι μεγάλη. Η αξία παραγωγής (ΑΕΠ) της Ελλάδας είναι \$299.3 δις (2017), ενώ της Σουηδίας είναι \$505.48 δις (2017), σε συνθήκες ισοδυναμίας αγοραστικής δύναμης (PPP). Επιπλέον και το κατά κεφαλήν

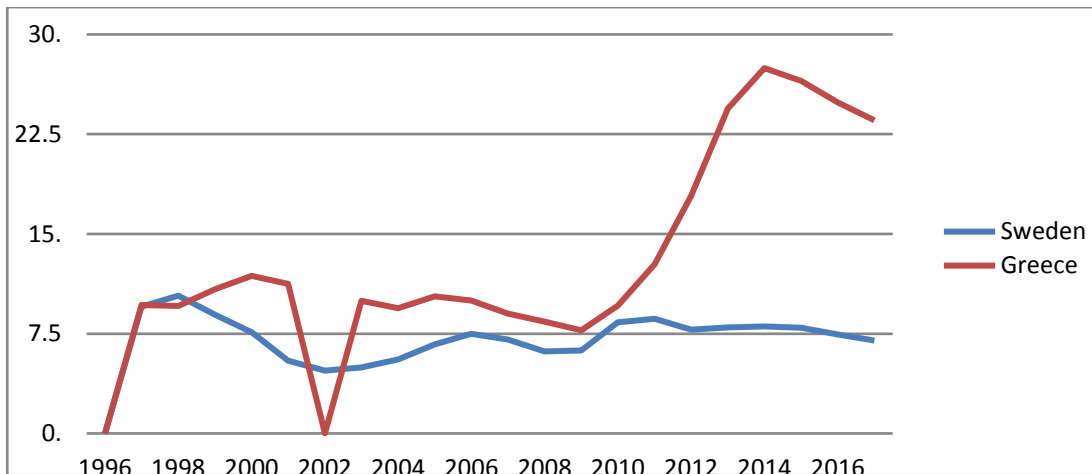
εισόδημα της Σουηδίας είναι υψηλότερο αυτού της Ελλάδας με τιμή για το 2017 \$27,601.95 για την Ελλάδα και \$50,208 για τη Σουηδία. Και οι 2 χώρες παρουσίασαν θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης για το 2017, με της Ελλάδας να είναι 1.4% (GDP growth, annual %) και της Σουηδίας 2.1%. Οι 2 χώρες παρουσίασαν αρνητικούς ρυθμούς αύξησης λόγω της Παγκόσμιας Οικονομικής Ύφεσης του 2008, προϊόν της Χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2007, με σημαντική διαφορά ότι η Σουηδία ανέκαμψε γρήγορα, έναντι της Ελλάδας η οποία λόγω των συσσωρευμένων χρεών και των ανισορροπιών βυθίστηκε και άργησε να ανέβει στην επιφάνεια. Για του λόγου το αληθές, το διάγραμμα (18) που ακολουθεί, μας δείχνει την διαχρονική εξέλιξη του ρυθμού αύξησης.

Διάγραμμα 18. ΑΕΠ αύξηση, ετήσια %



Μεγάλη είναι και η διαφορά στους δείκτες ανεργίας, με τα επίπεδα στην Ελλάδα να είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα και να έχουν διογκωθεί στην περίοδο της κρίσεως από 7.75% (στο σύνολο του εργατικού δυναμικού) το 2008, σε 27.46% το 2013 και τα τελευταία χρόνια να έχει παρουσιάσει μια μικρή βελτίωση ο δείκτης, φτάνοντας στο 21.48%. Αντίθετα στη Σουηδία, το ποσοστό για το 2017 είναι 6.7%, συμβαδίζοντας με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος είναι 7.6%. Το 2008 το επίπεδο ανεργίας ήταν λίγο χαμηλότερο από αυτό της Ελλάδας, στις 6.2% μονάδες, όμως σε αντίθεση με την Ελλάδα, το 2013 έφτασε μόλις στο 8.1% (διάγραμμα 19). Πιο δραματική είναι η κατάσταση στην Ελλάδα όσον αφορά ανεργία των νέων (% 15-24 εργατικού δυναμικού), με το επίπεδο της να είναι 43.6% για το 2017 και για τη Σουηδία είναι 17.9% και πλησίον του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (18.9%).

Διάγραμμα 19. Επίπεδα ανεργίας



Το έγκριτο Wall Street Journal σε συνεργασία με το εκπαιδευτικό και ερευνητικό ινστιτούτο The Heritage Foundation, δημιούργησαν ένα Δείκτη Οικονομικής Ελευθερίας (heritage.org). Ο James Gwartney (1996) διατύπωσε το εξής: “ Ένας δείκτης οικονομικής ελευθερίας θα πρέπει να μετρά τον βαθμό που η δικαίως αποκτηθείσα ιδιοκτησία προστατεύεται και τα άτομα συμμετέχουν σε εθελούσιες συναλλαγές”. Ο δείκτης λαμβάνει υπόψιν το μέγεθος του κράτους και της φορολόγησης, την οικονομική υγεία του κράτους και τις δαπάνες του, το νομικό σύστημα, ιδιοκτησιακά δικαιώματα, τη δικαστική αποτελεσματικότητα, το σταθερό νόμισμα, τις εμπορικές ρυθμίσεις και δασμούς και ρυθμίσεις στην επιχειρηματικότητα, τις εργασιακές και κεφαλαιακές αγορές.

Βίοι αντίθετοι οι δύο χώρες με την Ελλάδα να καταλαμβάνει την 106^η θέση για το 2019 και τη Σουηδία τη 19^η στον δείκτη οικονομικής ελευθερίας. Για την Ελλάδα το υψηλό δημόσιο χρέος δημιουργεί εμπόδια και σε συνδυασμό με το μεγάλο δημόσιο τομέα και την άκαμπτη αγορά εργασίας, περιορίζουν την παραγωγικότητα. Η διαφθορά είναι μεγάλη και το κράτος υπομονεύει επιχειρηματικές πρωτοβουλίες. Η Σουηδία παρά την κυβέρνηση μειοψηφίας εμπνέει σταθερότητα και έχει ως αρχή τη συναίνεση. Το υψηλό εξωτερικό εμπόριο, σε συνδυασμό με μια ανοιχτή, ευέλικτη και ανταγωνιστική οικονομία δημιουργούν υψηλή ποιότητα ζωής για τους Σουηδούς, η οποία και απεικονίζεται από δείκτες όπως το προσδόκιμο ζωής. Υπάρχει στήριξη και ενθάρρυνση νέων επιχειρηματικών πρωτοβουλιών μέσα από ένα διαφανές ρυθμιστικό καθεστώς. Συν τις άλλους, το νομικό σύστημα παρέχει ισχυρή προστασία των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας, ενισχύοντας τη δικαστική δικαιοσύνη και την ακεραιότητα της Σουηδικής κυβέρνησης. Σημαντικές έρευνες σε κορυφαία επιστημονικά περιοδικά έχουν καταδείξει ότι οι άνθρωποι που ζουν σε χώρες με μεγάλο βαθμό οικονομικής ελευθερίας απολαμβάνουν υψηλότερο επίπεδο ευημερίας. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη οικονομική ελευθερία τείνουν να αναπτύσσονται πιο ραγδαία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Συστήματα Υγείας Σουηδίας και Ελλάδας

2.1 Δομή Συστήματος Υγείας της Σουηδίας

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας εντάσσεται στην κατηγορία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας και συγκεκριμένα στο μοντέλο Beveridge, όπου ισχύει η υποχρεωτική ασφάλιση, η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, με αυξημένη κρατική παρέμβαση και ως επί το πλείστον δημόσιες υποδομές. Αυτού του τύπου τα συστήματα χαρακτηρίζονται από υψηλές δαπάνες υγείας και δημόσια χρηματοδότηση μέσω φορολογίας των πολιτών.

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας στοχεύει στην καλή υγεία και στην ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού σε αυτή. Βασικές αρχές του: α) η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, όπου όλοι δικαιούνται αξιοπρεπή αντιμετώπιση και έχουν τα ίδια δικαιώματα ανεξαρτήτως του κοινωνικού τους επιπέδου, β) Ανάγκη και Αλληλεγγύη, όπου όσοι βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη έχουν προτεραιότητα και γ) σχέση κόστους αποδοτικότητας, όταν πρόκειται να παρθεί μια απόφαση πρέπει να μετρηθούν τα κόστη και τα οφέλη, όπου τα κόστη συσχετίζονται με την υγεία και την ποιότητα ζωής.

Το σουηδικό σύστημα είναι οργανωμένο σε τρία επίπεδα, το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό (national, regional, local). Κομβικό σημείο στην απόκτηση της σημερινής του μορφής αποτελεί ο Νόμος των Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Υγείας (1982), μέσω του οποίου κατανέμονται ευθύνες στα συμβούλια των κομητειών (County councils) και στους δήμους (Municipalities) για το σχεδιασμό και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι δήμοι και τα συμβούλια κομητειών αποκτούν ελευθερία στην οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου κ.σ., 2001; Πολύζος, 2013).

Η πολιτεία μέσω του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων (Ministry of Health and Social Affairs) έχει την ευθύνη για την καθολική κάλυψη των υπηρεσιών, επιβλέποντας τις κομητείες και τους δήμους. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, έχει ως στόχο να φέρει εις πέρας τους στόχους που τέθηκαν από το Κοινοβούλιο. Οι αρμοδιότητες του αφορούν τη φροντίδα υγείας, την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση. Στη φροντίδα υγείας και την κάλυψη της δημόσιας υγείας αναλαμβάνουν ρόλους οι 8 κυβερνητικοί φορείς.

Ο Σουηδικός Οργανισμός των Τοπικών Αρχών και Περιφερειών (Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR), ιδρυθείς το 2007, αποτελεί την αντιπροσωπεία των τοπικών και περιφερειακών αρχών της Σουηδίας, με όλους τους δήμους, τα συμβούλια κομητειών και τις περιφέρειες να αποτελούν μέλη της, παρά την μη υποχρεωτική συμμετοχή στον οργανισμό. Ο αριθμός των εκλεγμένων αντιπροσώπων σε δήμους, κομητείες και περιφέρειες είναι 44.000 και

παίρνουν αποφάσεις για υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών, με τη φορολογία να είναι ανεξάρτητη σε κάθε μια από αυτές. Αυτού του είδους η μορφή τοπικής κυβέρνησης είναι κατοχυρωμένη από το Σουηδικό σύνταγμα. Επιπλέον, προμηθεύονται και ιδιωτικές υπηρεσίες μέσω ιδιωτικών εταιριών ή ιδιωτών και τους αποζημιώνουν μέσα από τα φορολογικά έσοδα. Η επιβολή φόρων και τελών για δημόσιες υπηρεσίες διαφέρει σε κάθε περιοχή και επιβαρύνει το εισόδημα του πολίτη αυτής. Η τοπική φορολογία αγγίζει το 30%, εκ των οποίων το 20% πηγαίνει στους δήμους και το υπόλοιπο 10% στα συμβούλια κομητειών. Ο Στόχος του οργανισμού είναι να δια φωτίσει την κοινή γνώμη σχετικά με τα φλέγοντα θέματα των μελών του και έρχεται σε διάλογο με την Κυβέρνηση, το Κοινοβούλιο (Riksdag), τις κρατικές υπηρεσίες και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο οργανισμός προσπαθεί ταυτόχρονα να συντονίσει τις τοπικές αρχές και περιφέρειες ώστε να έχουν κοινούς κανόνες και στρατηγικές. Παράδειγμα αυτής της εναρμόνισης είναι η περίπτωση της τεχνητής γονιμοποίησης, όπου όλες οι κομητείες ακολουθούν κοινά όρια ηλικίας και δέχονται ίδιο ύψος δημόσιας χρηματοδότησης.

Η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί θεμέλιο του συστήματος υγείας, με 1100 μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, αν και πολλές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες παρέχονται στα ιατρεία των νοσοκομείων. Στις κομητείες υπάρχουν περίπου 70 δημόσια νοσοκομεία και 6 ιδιωτικά ενώ οι υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης (Highly specialized care) που απαιτούν σύγχρονο εξοπλισμό παρέχονται από τα 7 δημόσια πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας. Το 2007 μάλιστα, ήρθε στο φως η μεταρρύθμιση Εθνικού συντονισμού της υψηλά εξειδικευμένης φροντίδας υγείας, όπου τα εθνικά κέντρα υγείας θα έπρεπε να συντονιστούν ακολουθώντας τις συντεταγμένες του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Πρόνοιας. Για την παροχή τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Tertiary medical care), οι κομητείες ομαδοποιούνται σε 6 ιατρικές περιφέρειες (Στοκχόλμη, Νοτιο- Ανατολική, Νότια, Δυτική, Ουψάλα- Έρεμπρο, Βόρεια). Αξίζει να σημειωθεί ότι η εθνική κυβέρνηση προωθεί τη συνεργασία μεταξύ των κομητειών και την πρόληψη ασθενειών και το 2011 ιδρύθηκαν 6 περιφερειακά καρκινικά κέντρα στις 6 ιατρικές περιφέρειες (Γιανασμίδης & Τσιαούσης, 2012).

Οι κομητείες είναι υπεύθυνες για την καλή υγεία και ισότιμη πρόσβαση όσων ζουν στη Σουηδία. Οι αρχές της τοπικής αυτοδιοίκησης δίνουν την ευχέρεια στα συμβούλια των κομητειών να σχεδιάσουν και να δομήσουν τις δραστηριότητές τους υπό το πρίσμα των τοπικών αναγκών. Μέσω των κέντρων υγείας, οι ασθενείς λαμβάνουν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες δεν απαιτούν τεχνικό και ιατρικό εξοπλισμό. Στις αρμοδιότητές τους είναι και η παροχή ψυχιατρικής και υψηλά εξειδικευμένης φροντίδας. Για την οδοντιατρική φροντίδα υπάρχει κάλυψη σε παιδιά και νέους ως 19 ετών, ενώ για τον υπόλοιπο πληθυσμό υπάρχει μια επιβάρυνση. Είναι ευθύνη των κομητειών η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών, την οποία προσφέρουν και δημόσιοι, αλλά και

ιδιωτικοί πάροχοι. Οι δαπάνες των περιφερειών και των κομητειών είναι σε συντριπτικό ποσοστό για τον τομέα της υγείας και κατανέμονται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες (16%), εξειδικευμένη σωματική φροντίδα (46%), εξειδικευμένη ψυχιατρική φροντίδα (8%), οδοντιατρική φροντίδα (4%), λοιπές ιατρικές και υγείας υπηρεσίες (8%), φαρμακευτικές (7%), δηλαδή αθροιστικά το 89% των συνολικών δαπανών κατευθύνεται στον τομέα της φροντίδας υγείας. Οι φαρμακευτικές δαπάνες καλύπτονται από κρατικές επιχορηγήσεις, οι οποίες έρχονται ως συμπλήρωμα στο εισόδημα των κομητειών και των δήμων από τη φορολογία. Παρά την ανεξαρτησία που υφίσταται στις κομητείες, υπάρχει σύμπραξη με την κεντρική κυβέρνηση για τον σχεδιασμό και τους πόρους στις τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και στις νέες υψηλές τεχνολογίες. Οι πληροφορίες για τις ανάγκες αυτές παρέχονται από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας καθώς και από άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες.

Ο ρόλος των Δήμων (Municipalities) είναι να παράσχουν ένα μεγάλο μερίδιο δημόσιων υπηρεσιών, όπως η παιδική φροντίδα και η προσχολική, η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι κοινωνικές υπηρεσίες, η παροχή νερού, το αποχετευτικό σύστημα, οι υποδομές. Οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία είναι η φροντίδα των ηλικιωμένων και των αναπήρων, καθώς και η παρακολούθηση ασθενών που έχουν θεραπευτεί πλήρως και προετοιμάζονται για εξιτήριο από νοσοκομειακή μονάδα (μεταρρύθμιση βελτιωμένης συνεργασίας μεταξύ κομητειών και δήμων, 2003) και οι δαπάνες των δήμων για αυτές τις υπηρεσίες αντιστοιχούν στο 35% των συνολικών τους εξόδων (19% φροντίδα ηλικιωμένων, 11% φροντίδα αναπήρων, 5% ατομική και οικογενειακή φροντίδα).

Όσον αφορά τις 8 κυβερνητικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι σε συντονισμό με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων (*Socialdepartementet*), αυτές είναι (www.sweden.gov.se):

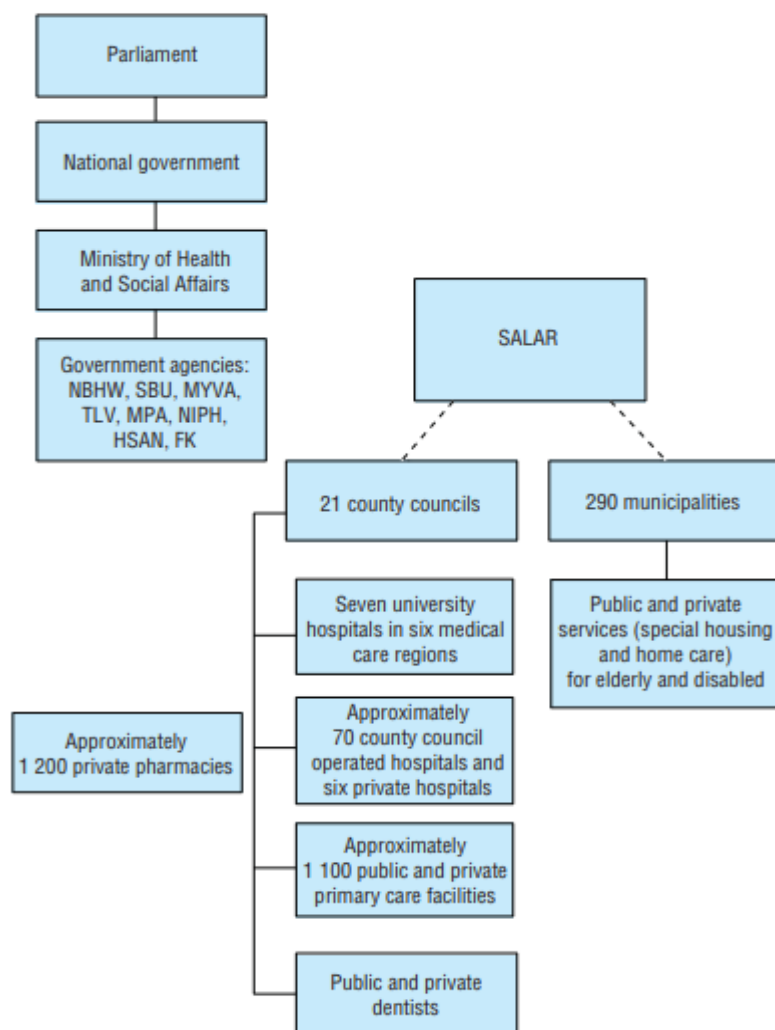
- i) Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας (National Board of Health and Welfare), με καθήκοντα στους τομείς των κοινωνικών υπηρεσιών, στη διατήρηση υψηλής ποιότητας υγείας, στην ασφάλεια ασθενών και την επιδημιολογία. Μέρος του συμβουλίου είναι το Κέντρο Επιδημιολογίας, το οποίο σε συνεργασία με την περιφερειακή υπηρεσία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει αναπτύξει βάση δεδομένων με επιδημιολογικά και κοινωνικά δεδομένα και παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες μέσα από μελέτες για τη φροντίδα και την θεραπεία ασθενών με χρόνια νοσήματα. Επιπλέον ορίζει κανονιστικές κατευθυντήριες οδηγίες ως προς τους κοινούς κανόνες και στρατηγικές των τοπικών και περιφερειακών αρχών.
- ii) Σουηδικό Συμβούλιο στην Τεχνολογική Αξιολόγηση στη Φροντίδα Υγείας (SBU), όπου αξιολογείται η τεχνολογία στη φροντίδα υγείας από την ιατρική, οικονομική, ηθική και

κοινωνική της πλευρά. Εξετάζεται ποια μέθοδος είναι η πιο αποτελεσματική για την αντιμετώπιση κάθε κατηγορίας ασθενών, μέσω αναλύσεων κόστους αποτελεσματικότητας για κάθε τεχνολογική παρέμβαση.

- iii) Οργανισμός Ιατρικών Προϊόντων (MPA), με ευθύνη για τον έλεγχο και την εποπτεία της ανάπτυξης, κατασκευής και του μάρκετινγκ των φαρμάκων και των ιατρικών προϊόντων. Η έγκριση φαρμάκου, έχει πενταετή ισχύ και πρέπει να ανανεώνεται (Νόμος Ιατρικών Προϊόντων, 1992).
- iv) Συμβούλιο Ιατρικής Ευθύνης (HSAN), όπου καταγράφονται ιατρικά λάθη και κακές πρακτικές μέσα από παράπονα ασθενών. Οι ιατροί οδηγούνται είτε σε προειδοποίηση για τη συμπεριφορά, ενώ μπορούν να τεθούν περιορισμοί και πειθαρχικές κυρώσεις οι οποίες φτάνουν μέχρι και σε ανάκληση της άδειας εργασίας τους (περίπου 20 ιατροί ετησίως χάνουν την άδεια τους) .
- v) Οργανισμός Οδοντιατρικών και Φαρμακευτικών οφελών (TLV), όπου αξιολογούνται φαρμακευτικά προϊόντα, ιατρικές συσκευές και οδοντιατρικές διαδικασίες. Η αξιολόγηση αφορά την κρατική τους επιδότηση ή όχι.
- vi) Οργανισμός Ανάλυσης Υπηρεσιών Υγείας και Φροντίδας, όπου αναλύει δημόσιες και ιδιωτικές χρηματοδοτούμενες ιατρικές υπηρεσίες και κοινωνικές υπηρεσίες από την πλευρά του πολίτη και του ασθενή. Αναλύει την ποιότητα και αποδοτικότητα και την επίδραση των μεταρρυθμίσεων και τα κίνητρα που παρέχει η κυβέρνηση.
- vii) Εθνικό Ινστιτούτο της Δημόσιας Υγείας, όπου αναλύονται αποδοτικές παρεμβάσεις που μπορούν να παρθούν προς όφελος της δημόσιας υγείας. Στα καθήκοντα του είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη ασθενειών, καθώς και επιδημιολογικές και μικροβιολογικές μελέτες. Θέτει 11 αντικειμενικά πεδία για τη δημόσια υγεία, όπου όλοι οι δημόσιοι φορείς πρέπει να έχουν ως κατευθυντήρια γραμμή.
- viii) Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης, όπου διευθύνεται η παροχή κοινωνικής ασφάλισης. Αφορά επιδόματα σε μετανάστες, συντάξεις, οφέλη μητρότητας, αναρρωτική άδεια, άδεια εθισμένων ατόμων, γονεϊκή ισότητα, οφέλη κλπ.

Εικόνα 1. Οργάνωση Σουηδικού συστήματος υγείας.

Overview of the health system



2.1.1 Πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις στο Σουηδικό Σύστημα Υγείας

Πυρήνας των μεταρρυθμίσεων του Σουηδικού συστήματος υγείας αποτελεί η αποκεντροποίηση των ευθυνών από το εθνικό επίπεδο προς τους δήμους και τις κομητείες. Διαχρονικά μεταρρυθμιστικά ζητήματα από την δεκαετία του 80, αποτέλεσαν η ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, ο περιορισμός του κόστους καθώς και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών και θεραπειών. Εστίαση εμφανίστηκε και σε δομικά στοιχεία του συστήματος, από τα μέσα του 1990, όπως: i) η συγκέντρωση υπηρεσιών σε δευτεροβάθμιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία), ii) ο συντονισμός για την παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένους (αρχές 2000), iii) η δυνατότητα επιλογής παρόχου, είτε ιδιώτη, είτε δημόσιου, καθώς και η ιδιωτικοποίηση στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας, iv) συγχωνεύσεις κομητειών, v) ανταγωνισμός στον φαρμακευτικό κλάδο και αλλαγές στις επιδοτήσεις και αλλαγές στις συμμετοχές σε φαρμακευτικά και οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Διαχρονικά ζητήματα που χρήζουν βελτίωσης είναι η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες, θεραπείες και απεικονιστικές εξετάσεις λόγω των ουρών αναμονής και η βελτίωση στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι επιδοτήσεις σε φαρμακευτικό και οδοντιατρικό κλάδο αλλάζουν μέσω μεταρρυθμίσεων. Όσον αφορά τη σύσταση αυτών των μεταρρυθμίσεων, κατά την τελευταία δεκαετία πραγματοποιούνται ως επί το πλείστο από τις τοπικές αρχές.

Το 1970 οι υπηρεσίες για εξωτερικούς ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία μετατέθηκαν από εθνικό επίπεδο, σε επίπεδο κομητειών. Η μορφή του συστήματος υγείας της Σουηδίας με τη σημερινή του μορφή, ξεκινά από τον νόμο Υγείας και Ιατρικών Υπηρεσιών του 1982, όπου οι κομητείες είναι υπεύθυνες για τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό πυλώνα στη σημερινή μορφή αποτελεί η ÄDEL μεταρρύθμιση (1992), όπου κατένειμε αρμοδιότητες μακροχρόνιας παροχής υπηρεσιών υγείας και υπηρεσιών πρόνοιας στους ηλικιωμένους και σε άτομα με αναπηρίες στους δήμους.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 υπάρχει τάση για αυξημένη εξειδίκευση και συγκέντρωση υπηρεσιών σε νοσοκομειακές μονάδες. Οργανωτικά αυτό συμβαίνει μέσω συγχωνεύσεων μικρών νοσοκομείων και συμπράξεων των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, με τα τελευταία να είναι πάροχοι των εξειδικευμένων υπηρεσιών τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Χαρακτηριστικά, το 1997 στην περιοχή της Γκέτεμποργκ, σχηματίστηκε το Σαλγκρένσκα Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, μέσω της συγχώνευσης 3 νοσοκομείων, ενώ το 2003 αποφασίστηκε από την κομητεία της Στοκχόλμης η συγχώνευση 2 πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Κάτι αντίστοιχο συνέβη και με την ενοποίηση 2 πανεπιστημιακών νοσοκομείων στην περιοχή του Μάλμο, το 2010. Οι συγχωνεύσεις αυτές καθώς και η δημιουργία Περιφερειακού Καρκινικού Κέντρου το 2011, σε κάθε μια από τις 6 ιατρικές περιφέρειες της χώρας, στόχευσαν στην αντιμετώπιση των διαφορών των χρόνων αναμονής μεταξύ των περιοχών και στην συγκέντρωση στοιχείων για ασθενείς με καρκίνο και στην πρόσβαση τους σε απεικονιστικές εξετάσεις, για την πρόληψη τους.

Μπορεί σε νοσοκομειακό επίπεδο να υπήρξαν αλλαγές με κατεύθυνση την ανάπτυξη των υπηρεσιών στα μέσα του 1990, σε επίπεδο όμως της φροντίδας των ηλικιωμένων, της πρωτοβάθμιας και της ψυχιατρικής φροντίδας η πρώτη μεγάλη αλλαγή συνέβη το 2000 μέσω του Εθνικού Πλάνου για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας και της φροντίδας των ηλικιωμένων, όπου η εθνική κυβέρνηση όρισε επιπλέον επιδοτήσεις, ύψους 9 δις SEK για την περίοδο 2001-04. Σε τοπικό επίπεδο δημιουργήθηκαν μεταρρυθμιστικά σχέδια από τις κομητείες με κατεύθυνση την βελτίωση των κοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού για θεραπεία και πρόληψη. Οι μεταρρυθμίσεις των κομητειών εστίαζαν είτε στον ρόλο των μικρότερων νοσοκομείων, είτε στην ανάγκη για ανάπτυξη πρωτοβάθμιας για να επιτευχθεί η φροντίδα ηλικιωμένων και ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Σημαντικό ζήτημα των μεταρρυθμίσεων αποτέλεσε και η δυνατότητα της επιλογής παρόχου και της ιδιωτικοποίησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ιδιωτικοποίηση ή μη των μονάδων υγείας διαμορφώθηκε σε μεγάλο βαθμό από το κυβερνών κόμμα, με την κεντροδεξιά παράταξη και τους Σοσιαλδημοκράτες να εναλλάσσονται. Οι μεν σοσιαλδημοκράτες, τίθενται υπέρ της ελευθερίας επιλογής, αλλά κατά της ιδιωτικοποίησης, οι δε κεντροδεξιοί συνδέουν την ελευθερία επιλογής με την ιδιωτικοποίηση των παρόχων. Δηλαδή, κύριο στοιχείο της διαμάχης είναι τα υπέρ και τα κατά της ιδιωτικοποίησης. Η ανάληψη της διεύθυνσης και λειτουργίας του νοσοκομείου St. Goran από ιδιώτη πάροχο κινητοποίησε την κεντροαριστερή κυβέρνηση σε δημιουργία του νόμου Παύσης (Stop Law), για να εμποδίσει την περαιτέρω ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων των κομητειών και την ανάληψη της διεύθυνσής τους σε κερδοσκοπικές ιδιωτικές εταιρείες. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε εθνική μελέτη την ίδια περίοδο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, ώστε να τεθούν εμπόδια σχετικά με την ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων από τις κομητείες. Οι περιορισμοί που τέθηκαν από τον παραπάνω νόμο, έπαυσαν το 2007, όταν και συνοδεύτηκαν με τη μεταρρύθμιση που προέβλεπε κατάργηση του Νόμου Παύσης. Από τα μέσα του 1990, όταν και ήταν στην εξουσία η κεντροδεξιά κυβέρνηση, επιχειρήθηκε η ελευθερία στην επιλογή παρόχου. Συγκεκριμένα, το 1994 δημιουργήθηκε ο Νόμος Ελευθερίας σε Ιδιωτικές Πρακτικές, με την κατάργηση του το 1995 από την κεντροαριστερή νέα κυβέρνηση, με το νόμο να εφαρμόζεται όμως σε κάποιες κομητείες. Μπορεί οι δομικές αλλαγές να παρέμειναν ανολοκλήρωτες, όμως η κεντροδεξιά κυβέρνηση που επανήλθε το 2006, επανέφερε την επιλογή πρωτοβάθμιου παρόχου και την είσοδο πιστοποιημένων ιδιωτικών παρόχων στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, η οποία πραγματοποιήθηκε από τις μεταρρυθμίσεις επιλογής και ιδιωτικοποίησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα για την περίοδο 2007-10. Αυτό που έκανε επιτυχείς τις μεταρρυθμίσεις, έναντι αυτής του 1994, είναι ότι πραγματοποιήθηκαν αυτόνομα από τις κομητείες, αναγκάζοντας την επόμενη εθνική κυβέρνηση να δείξει ευελιξία και να επιτρέψει διαφορετικά μοντέλα.

Ένα διαχρονικά φλέγον ζήτημα για την φροντίδα υγείας αποτελεί η προσβασιμότητα σε αυτήν και συγκεκριμένα οι χρόνοι αναμονής για την εξυπηρέτηση των πολιτών, η οποία και βρίσκεται στην πολιτική ατζέντα από την δεκαετία του 1990 και είναι ένα από τα χαρακτηριστικά των Εθνικών Συστημάτων Υγείας. Η μεταρρύθμιση που προέβλεπε τα μέγιστα όρια σε ουρές αναμονής, πραγματοποιήθηκε την 1^η Νοεμβρίου το 2005 με την εγγύηση νέου χρόνου αναμονής και υπάχθηκε σε Νόμο Φροντίδας Υγείας από την 1^η Ιουλίου του 2010. Στόχος του ορίου αναμονής είναι η ρύθμιση σε ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας και περιγράφεται με τον κανόνα '0-7-90-90'. Ο κανόνας αυτός ερμηνεύεται ως εξής: άμεση επικοινωνία με το σύστημα υγείας, επίβλεψη από γενικό ιατρό εντός 7 ημερών, πρώτη επίσκεψη για εξειδικευμένη φροντίδα εντός 90 ημερών και χειρουργική επέμβαση ή θεραπεία εντός 90 ημερών. Η κυβέρνηση για αυτό το σκοπό επιχειρεί να

δώσει κίνητρα στις κομητείες και το 2008 παρουσίασε τη μεταρρύθμιση P4P για την μείωση του χρόνου, όπου οι κομητείες πληρωνόταν με βάση του πόσο αποδοτικά εξυπηρετούν τους ασθενείς της περιοχής τους, στα πρότυπα τα οποία έχει θέσει η κυβέρνηση. Στόχος αποτελεί το κόσμιμο των ουρών αναμονής, η διαφάνεια και η καταγραφεί ατομικά από τους ασθενείς των δεδομένων για τις ουρές αναμονής, ώστε ο ασθενής να πάρει την σωστή απόφαση, αλλά και να μεταφέρει πίεση στις περιοχές για την τήρηση των ορίων. Η καταγραφή δεδομένων για το 2015 έδειξε ότι, ανεξαρτήτως οικονομικού στρώματος (υψηλό εισόδημα / χαμηλό εισόδημα), οι Σουηδοί πολίτες λαμβάνουν εντός των χρονικών ορίων την υπηρεσία/ θεραπεία τους και βρίσκονται σε πολύ καλό σημείο με βάση τον μέσο όρο εξυπηρέτησης της ιατρικής ανάγκης στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επομένως, το διαρκές και ουσιαστικό πρόβλημα στις ουρές αναμονής είναι ο συντονισμός της παροχής υπηρεσιών φροντίδας μεταξύ των παρόχων και των περιοχών.

Στον φαρμακευτικό κλάδο επιχειρήθηκε η εν- μέρει ιδιωτικοποίηση του, με τη μεταρρύθμιση επαναρύθμισης της φαρμακευτικής ιδιοκτησίας και την πώληση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων το 2009. Σαν αποτέλεσμα, το επόμενο έτος παρατηρήθηκε μια αύξηση της τάξεως του 20% σε φαρμακεία. Στόχος της ιδιωτικοποίησης του 50% των φαρμακείων ήταν η βελτίωση της πρόσβασης σε φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του ανταγωνισμού και της αύξησης των ωραρίων λειτουργίας τους. Από την άλλη, η πώληση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε παντοπωλεία, βενζινάδικα και σε αδειοδοτημένες εγκαταστάσεις ήταν ένας μοχλός πίεσης για τον ορθολογισμό στις τιμές τους.

Μια χρονολογική απεικόνιση των σημαντικότερων μεταρρυθμίσεων στη φροντίδα υγείας της Σουηδίας, με βάση χρονολογική σειρά (2000-11) παρουσιάζεται στους παρακάτω πίνακες (7 και 8) (Anell et al., 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι όσον αφορά την ιδιωτικότητα των παρόχων και την κυβερνητικότητα στην εκάστοτε κομητεία, παρουσιάζονται διαφορές.

Πίνακας 7. Πρόσφατες αλλαγές συστήματος υγείας Σουηδίας

Year	Reform	Purpose
2000	“Stop Law” to prevent privatization of hospitals	Temporary law introduced by national government to prevent privatization of emergency hospitals to profit-making companies across county councils.
2000	National action plan for the development of primary care and care for older people	The national government introduced extra grants between 2001 and 2004 to improve primary care and care for older people.
2002	Dental care reform	A new high-cost protection scheme covering prosthetic treatment for patients from 65 years of age was introduced from July 2002.
2002	Pharmaceutical benefits reform	Set up of a new authority, the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (LFN, later TLV), with responsibility for reimbursement of prescription drugs from October 2002.
2002	Maximum co-payments for municipality health and care services	Monthly maximum co-payments for services offered to older and disabled people by municipalities introduced in July 2002.
2003	Improved collaboration between county councils and municipalities	Payment responsibility introduced in July 2003 for municipalities for patients (including psychiatric patients) who are prepared for discharge from hospital and are in need of municipality care resources.
2003	Merger between university hospitals	Merger between Huddinge and Karolinska hospitals decided by Stockholm county council.

Πίνακας 8. Πρόσφατες αλλαγές συστήματος υγείας Σουηδίας

2005	New waiting-time guarantee (<i>vårdgaranti</i>) introduced	Introduction of new national waiting-time guarantee for elective services from 1 November 2005; the new guarantee has been regulated by a new Health Care Act since 1 July 2010.
2006	Transparent comparison of quality and efficiency across county councils (<i>Öppna jämförelser</i>)	Introduction of regional comparison of indicators reflecting quality and efficiency in collaboration between National Board of Health and Welfare and the SALAR.
2007	National coordination of highly specialized care	Highly specialized care to be coordinated in national centres following decisions by the National Board of Health and Welfare from January 2007.
2007–2010	Choice and privatization in primary care	Introduction of free establishment for accredited private providers and capitation payment following choice of provider by individuals.
2007	Abolition of Stop Law	Abolition of previous limitations regarding possibilities for county councils to contract with profit-making companies to run emergency hospitals.
2008	P4P to shorten waiting times	The government introduced a bonus payment to county councils that meet national waiting-time targets.
2008	Dental care reform	Introduction of a new high-cost protection scheme.
2009	Re-regulation of pharmacy ownership and sale of OTCs	Introduction of competition across privately owned pharmacy chains and sale of select OTC drugs outside pharmacies from July and November 2009, respectively.
2011	New act on patient safety	Introduction of new act to clarify health care providers' responsibility for patient safety through preventive work, 1 January 2011.
2011	Formation of Regional Cancer Centres (RCCs)	Formation of six RCCs following national decision to develop cancer prevention, treatment and care in all stages of cancer disease.

2.2 Δομή Συστήματος Υγείας της Ελλάδας

2.2.1 Αρχές Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) εντάσσεται στην κατηγορία των μεικτών συστημάτων υγείας, με ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων και με την παρουσία δημόσιας χρηματοδότησης με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και με ιδιωτική χρηματοδότηση από τις ίδιες δαπάνες των πολιτών και την ιδιωτική ασφάλιση. Το ΕΣΥ θεσπίστηκε με τη σημερινή του μορφή το 1983 με το Νόμο 1397/1983 και περιλαμβάνει 47 αρχές. Στο δημόσιο τομέα υπάρχει συνύπαρξη του ΕΣΥ με το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης.

Γενικές αρχές του εθνικού συστήματος υγείας, οι οποίες και διατυπώνονται στο άρθρο 1, είναι οι ακόλουθες:

- Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.

- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

2.2.2 Οργάνωση και Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό με άμεσους και έμμεσους φόρους και από την υποχρεωτική συμμετοχή στην κοινωνική ασφάλιση. Παρέχει την περιπατητική φροντίδα (ambulatory care: εξειδικευμένη και εξωνοσοκομειακή φροντίδα που παρέχονται στους λήπτες υπηρεσιών από τα κέντρα υγείας) και την πρωτοβάθμια φροντίδα σε ασθενείς και νοσηλευόμενους. Το προσωπικό που απασχολείται στις μονάδες του ΕΣΥ πληρώνεται βάσει μισθού και δεν έχουν το δικαίωμα της ιδιωτικής πρακτικής παράλληλα, εκτός και αν εργάζονται ιδιωτικά και είναι μόνο συμβεβλημένοι. Πιο συγκεκριμένα, δημόσιοι πάροχοι όσον αφορά την περιπατητική φροντίδα είναι οι γενικοί ιατροί του δημόσιου τομέα, οι ιατρικές κλινικές και τα αγροτικά ιατρεία. Για τη φροντίδα εξωτερικών ασθενών υπάρχουν οι συμβεβλημένοι με τον Εθνικό Οργανισμό Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ για τους νοσηλευόμενους πάροχοι είναι τα δημόσια νοσοκομεία και τα ιδιωτικά που έχουν συνάψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ.

Από την άλλη, ο ιδιωτικός κλάδος περιλαμβάνει ιδιωτικά νοσοκομεία και μαιευτήρια, διαγνωστικά κέντρα, υπηρεσίες αποκατάστασης, γηριατρική/ γηροκομεία και ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι χρηματοδοτούνται από ίδιες πληρωμές των ασθενών ή συνάπτουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ, είτε μέσω της δυνατότητας επιλογής του ασθενούς για πάροχο της αρεσκείας του μέσα από ένα συμβαλλόμενο δίκτυο παρόχων με περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης (PPOs: Preferred Provider Organizations), με τις ασφαλιστικές να στοχεύουν στην κάλυψη του ηθικού κίνδυνου, δηλαδή στον έλεγχο της μη-λελογισμένης χρήσης των υπηρεσιών οι οποίες θα παρέχονταν στην περίπτωση της πλήρους κάλυψης, είτε μέσω καθετοποίησης μέσω της ενοποίησης του ασφαλιστικού φορέα και του παρόχου υπηρεσιών υγείας, με ευθυγράμμιση των στόχων τους (οι αντίστοιχοι οργανισμοί διευθυνόμενης φροντίδας, όπως στις ΗΠΑ οι HMOs (Health Maintenance Organization)). Ειδικότερα, ιδιωτικοί πάροχοι περιπατητικής φροντίδας είναι οι ιδιώτες ιατροί με το ιατρείο τους, ενώ για τους εξωτερικούς ασθενείς παρέχουν τις υπηρεσίες τους εξειδικευμένοι ιατροί σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Όσον αφορά την νοσηλεία των ασθενών στον ιδιωτικό κλάδο, αυτή προσφέρεται από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Ιδιωτικές είναι και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες, λόγω της έλλειψης συμβάσεων μεταξύ ΕΟΠΥΥ και οδοντιάτρων. Η ιδιωτική και η δημόσια υποχρεωτική ασφάλιση καλύπτουν την ίδια γκάμα ζημιολογικών ενδεχόμενων και η πρώτη αγοράζεται ως επί τω πλείστω από τις υψηλές εισοδηματικές ομάδες, με τους ιδιωτικά ασφαλιζόμενους να αναλαμβάνουν ουσιαστικά διπλό κόστος. Η ιδιωτική ασφάλιση προτιμάται για πρόσβαση σε προμηθευτές

υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι δεν είναι προσβάσιμοι μέσω του δημόσιου συστήματος, για τη δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής ιατρού, διαγνωστικού κέντρου ή ιδιωτικού νοσοκομείου, για την αποφυγή ουρών αναμονής και για την υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την τήρηση των γενικών αρχών του ΕΣΥ, ενώ παίρνει αποφάσεις για πολιτικές υγείας και για το συνολικό σχεδιασμό και εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών για την υγεία. Θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει τη χρηματοδότηση και την κατανομή των πόρων για τις δραστηριότητες, προτείνει αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο και εφαρμόζει νόμους και μεταρρυθμίσεις και έχει την ευθύνη για τον συντονισμό και την πρόσληψη επαγγελματιών υγείας. Αρμοδιότητες έχουν μετατεθεί στις υγειονομικές περιφέρειες, αλλά τον κυρίαρχο ρόλο συνεχίζει να τον έχει το Υπουργείο Υγείας. Στη δικαιοδοσία του Υπουργείου βρίσκεται και ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ο οποίος περιλαμβάνει ενοποιημένα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που προ-υπήρχαν πριν το 2011. Τη διοίκηση του Υπουργείου αναλαμβάνει ο Υπουργός Υγείας, ο αναπληρωτής Υπουργός Υγείας και τρεις γενικοί γραμματείς, με κατευθυντήριες γραμμές τη γενική διεύθυνση για τη Δημόσια Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας, τη γενική διεύθυνση Ανθρωπίνων Πόρων και Διοικητικής Υποστήριξης και την γενική διεύθυνση των Οικονομικών.

Υπό την εποπτεία του Υπουργείου υγείας βρίσκονται οργανισμοί και ιδρύματα. Αυτά είναι (Παρασκευόπουλος, 2004):

- το Εθνικό Κέντρο Άμεσης βοήθειας (ΕΚΑΒ) με κέντρο την Αθίνα,
- το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ),
- ο Εθνικός Οργανισμός φαρμάκων (ΕΟΦ) για την αξιολόγηση και έγκριση των φαρμάκων,
- το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) για τη στατιστική ανάλυση και την κατανομή των φαρμακευτικών προϊόντων,
- το Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ), το οποίο παρέχει πιστοποιήσεις, έλεγχο ποιότητας και έρευνα σε ιατρικές συσκευές,
- ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), για το σχεδιασμό, συντονισμό και εφαρμογή πολιτικών κατά των ναρκωτικών,
- το Κέντρο Θεραπείας εξαρτημένων ατόμων (ΚΕΘΕΑ), με υπηρεσίες απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης των ατόμων,

- το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας (ΕΚΕΑ), το οποίο αποτελεί το επιστημονικό και οργανωτικό σώμα για εθελοντές αιμοδότες,
- ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ),
- η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, με εκπαιδευτική και ερευνητική δράση στην αντιμετώπιση των αναγκών της Δημόσιας Υγείας και των Υπηρεσιών Υγείας,
- το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, με έρευνα, πρόληψη και παροχή ψυχικής φροντίδας υγείας,
- το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (ΙΥΠ), για τη διενέργεια ερευνών σε θέματα σχετιζόμενα με τη σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού και την κοινωνική προστασία του,
- η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη,
- το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, για τη διεύθυνση και εφαρμογή συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών στα πρότυπα του DRG (Diagnosis-related group)
- το Εθνικό κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), για συντονισμό σε επείγουσες καταστάσεις και καταστροφές οι οποίες θέτουν είναι επιβλαβείς για τη δημόσια υγεία.
- η Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ).

Παράλληλα με το Υπουργείο Υγείας υπάρχουν συμβουλευτικά όργανα με συνεισφορά στο σχεδιασμό και τους κανόνες της δημόσιας υγείας. Αυτά είναι:

- το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), το οποίο έχει ουσιαστική ευθύνη για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, τον προσδιορισμό των γενικών στόχων και κατευθύνσεων και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα υγείας και την υποβολή των σχετικών προτάσεων στον Υπουργό Υγείας, γνωμοδοτώντας σε θέματα τρέχουσας πολιτικής για την υγεία.
- Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ), για την εποπτεία και συντονισμό των δημόσιων οργανισμών υγείας.
- Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕΣΥΠΕ), για το συντονισμό των πολιτικών των υγειονομικών περιφερειών (ΥΠΕς), σε κοινή γραμμή με το Υπουργείο Υγείας.

- Η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ), η οποία συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας ως αυτοτελής δημοσία υπηρεσία με οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια. Αρμοδιότητα της ο στρατηγικός σχεδιασμός του συστήματος προμηθειών στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.
- Το Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης της Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΣΔΗΥ), με ευθύνη για την ανάπτυξη ηλεκτρονικής στρατηγικής για την υγεία και τη λειτουργικότητα, τη χρηματοδότηση και τον έλεγχο των πρότζεκτ προς αυτή.
- Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), το οποίο αποτελεί υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, με ρόλο την ανάπτυξη και λειτουργία κεντρικού και περιφερειακού μηχανισμού για τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων και ελέγχων στους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας, παραγωγικότητας και αποδοτικότητας τους.

Το 2011 πραγματοποιήθηκε η λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με τον νόμο 3918/2011. Ο ΕΟΠΥΥ είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και αποτελεί αγοραστή υπηρεσιών υγείας, στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Ήρθε να αντικαταστήσει τα ταμεία ασθενειών που προϋπήρχαν με τη μετάθεση του δικτύου της περιπατητικής / πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αυτόν. Λειτουργεί υπό την επίβλεψη του Υπουργείου της Υγείας, το οποίο έχει τη δύναμη να δεσμεύσει και να ελέγξει το λογαριασμό του ταμείου, ενώ λόγω των ελλειμμάτων του ταμείου, το κράτος συνεισφέρει οικονομικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ως ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας θέτει τα προ-απαιτούμενα και συνάπτει συμβάσεις με παρόχους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως ιδιώτες ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικές κλινικές και φαρμακεία, παρέχοντας τους αποζημιώσεις για την εξυπηρέτηση των ασθενών. Στις ευθύνες του ΕΟΠΥΥ έγκειται η βελτίωση στην ποιότητα και την αποδοτικότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ελάφρυνση της πίεσης στην άμεση φροντίδα και στη φροντίδα εξωτερικών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία.

Το 2014, η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με το νόμο 4238/2014, έφερε μετάθεση της δικαιοδοσίας των εγκαταστάσεων περιπατητικής φροντίδας, των αγροτικών ιατρείων και των χειρουργικών τους μονάδων προς τις Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες αναλαμβάνουν το συντονισμό του ιδρυθέντος Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ). Βάσει του νόμου πραγματοποιείται αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος πλέον λειτουργεί μόνον ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Οι μονάδες του Π.Ε.Δ.Υ, με τη σειρά τους παίρνουν υπό την ευθύνη τους τα κέντρα υγείας και συμβεβλημένους παρόχους, περιλαμβάνοντας τις δημόσιες δομές

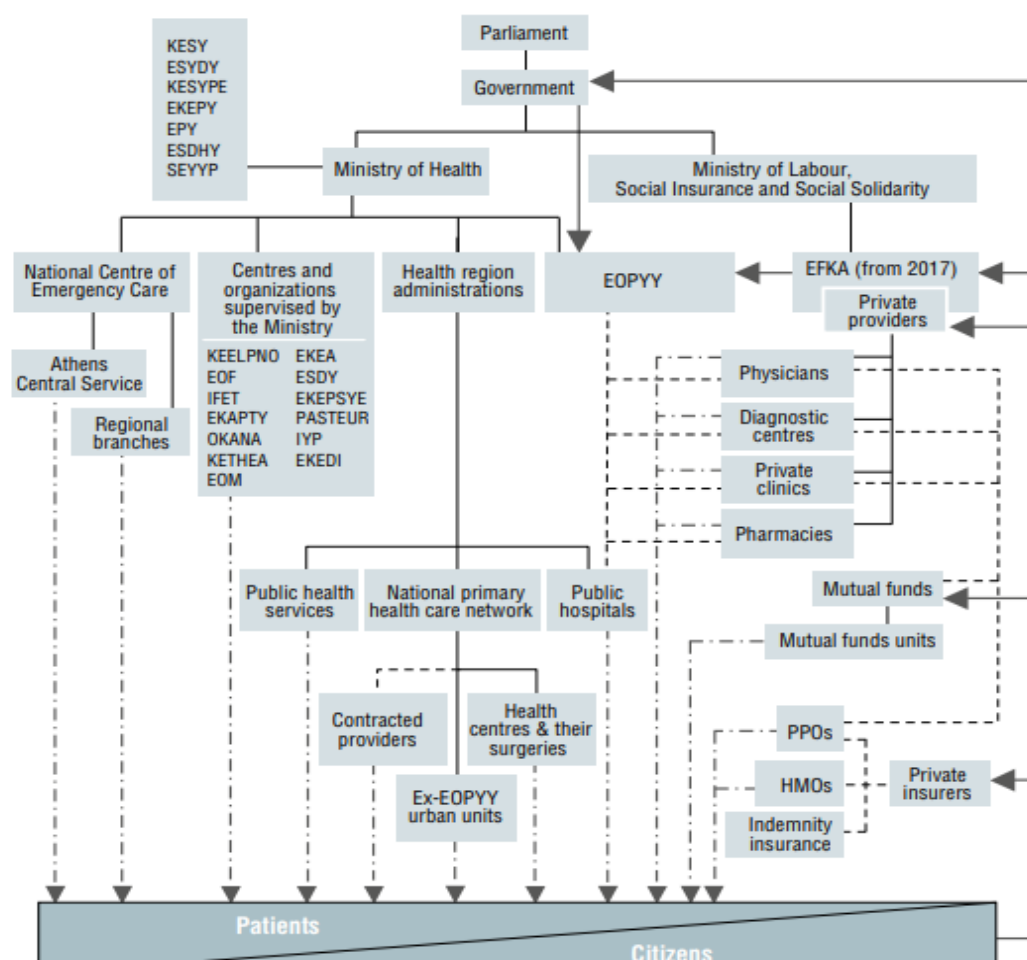
παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και σηματοδοτεί την μετακίνηση υγειονομικού, οικονομικού και διοικητικού προσωπικού από τοπικές μονάδες του ΕΟΠΥΥ στις υγειονομικές περιφέρειες. Ο συγκεκριμένος νόμος προέβλεπε και τη δημιουργία ενός συστήματος αναφοράς μέσω γενικών ιατρών (gatekeeping), το οποίο δεν έχει υλοποιηθεί ακόμη, καθώς η πλειοψηφία των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι εξειδικευμένοι ιατροί. Σύμφωνα με στοιχεία του 2014 από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, μόλις το 3.8% των ιατρών ήταν γενικοί ιατροί.

Από το 2017 και σε βάθος τριετίας έχει ξεκινήσει ένα νέο σχέδιο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με την δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), οι οποίες θα στελεχώνονται από ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας, με γνώμονα την ποιοτική παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης τους. Επιδιώκεται η προσβασιμότητα και η συνέχεια της φροντίδας υγείας, με έμφαση στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και στην παροχή υπηρεσιών προς όφελος της δημόσιας υγείας.

Το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει υπό την δικαιοδοσία του τον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), σύμφωνα με το νόμο 4387/2016, ο οποίος είναι προϊόν της ενοποίησης των προϋπαρχόντων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και στον οποίο κατατίθενται οι ασφαλιστικές εισφορές σε ένα ταμείο και όχι άμεσα στον ΕΟΠΥΥ. Τα ταμεία τα οποία εντάσσονται στο νέο υπερ-ταμείο είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων- Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης μισθωτών (Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ.), το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Ε.Τ.Α.Π. Μ.Μ.Ε.), το ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (Ε.Τ.Α.Α.), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) πλην του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας, το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.), το Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.) και το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ). Ουσιαστικά ο ΕΦΚΑ λειτουργεί ως μεσάζων συλλέγοντας οικονομικούς πόρους από τα ασφαλιστικά ταμεία και εν συνεχεία κατανέμοντάς τα στον ΕΟΠΥΥ, με τον τελευταίο να είναι εξίσου ένας συγκεντρωτικός μηχανισμός οικονομικών πόρων για την κάλυψη μέρους των υπηρεσιών υγείας. Υπό την αιγίδα του Υπουργείου της Εθνικής Άμυνας βρίσκονται 14 στρατιωτικά νοσοκομεία, τα οποία δεν εντάσσονται στο ΕΣΥ.

Συγκεντρωτικά, με βάση τα προαναφερθέντα, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι διαμορφωμένο ως εξής:

Overview of the Greek health care system



2.2.3 Πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Από τη μεταπολίτευση και μετά στην Ελλάδα έχει πραγματοποιηθεί μία πληθώρα μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Ο ιδρυτικός νόμος 1397/1983 ιδρύει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με τη μορφή ενός οργανωμένου συστήματος υγείας το οποίο έχει ως στόχο να παράσχει εναρμονισμένα δωρεάν, υψηλής ποιότητας, υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού (Σαραντοπούλου, 2015). Ο νόμος αυτός συγκρότησε τα περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕΣΥ), τα οποία είχαν υπό τον έλεγχο τους και ήταν υπεύθυνα να συντονίζουν τις κατά τόπους δομές υγείας, ενώ παράλληλα διαμορφώθηκε και το καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς στο ΕΣΥ, αλλά και η δημιουργία των κέντρων υγείας για την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας. Το σημαντικό αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η θεμελίωση της λειτουργίας πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών υγείας τόσο στο κέντρο όσο και στη περιφέρεια.

Ο νόμος 2071/92 αποδέσμευσε τον ιδιωτικό τομέα από τον κρατικό έλεγχο, και δίνεται η δυνατότητα σε ιδιωτικές κλινικές να παράσχουν υπηρεσίες υγείας σε προ-νοσοκομειακό επίπεδο,

να μεταφέρουν ασθενείς, αλλά και μία σειρά άλλων υπηρεσιών υγείας που μέχρι πρότινος βρισκόταν στην αποκλειστική δικαιοδοσία της δημόσιας υγείας. Ο νόμος 2519/97 έδωσε τη δυνατότητα στους ασφαλιστικούς φορείς να συμπράξουν τόσο με ιδιωτικές κλινικές όσο και με νοσοκομεία στο εξωτερικό, ενώ ιδρύθηκε και το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.

Τον Ιούλιο του 2000, ο νέος Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας ανακοίνωσε τη νέα μεταρρύθμιση των 200 μέτρων. Τα μέτρα αυτά σχεδιάστηκαν σύμφωνα με τα προβλήματα και τις ανάγκες του ΕΣΥ λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που προέκυψαν από τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που εφαρμόστηκαν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες την προηγούμενη περίοδο. Έτσι, οι κύριοι στόχοι της μεταρρύθμισης ήταν η αποκέντρωση του συστήματος και της περιφερειακής οργάνωσής του, ο διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών και παρόχων και η δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς, η ενίσχυση του Πρωτογενούς Συστήματος Υγείας, η αποτελεσματική διαχείριση των νοσοκομείων και η δημιουργία και μια νέα σχέση συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Η σημαντικότερη αλλαγή που εισήχθη είναι η δημιουργία Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Η χώρα χωρίστηκε σε 17 περιοχές υγείας, καθεμία από τις οποίες θα διέθετε αυτόνομο περιφερειακό σύστημα υγείας (Tountas et al., 2002). Ο Νόμος 2885/2001 είχε ως στόχο να βελτιώσει και να εκσυγχρονίσει περαιτέρω το ΕΣΥ. Ο Νόμος 3329/2005 μετονόμασε τα ΠΕΣΥ σε ΔΥΠΕ, ενώ σύστησε και το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας σε κάθε μία από τις υπάρχουσες 17 υγειονομικές περιφέρειες, κατοχυρώνοντας ταυτόχρονα τον αυτοτελή νομικό χαρακτήρα των νοσοκομείων. Ο Νόμος 3918/2 - 3 - 2011 προσπάθησε επίσης να επιφέρει ορισμένες διορθώσεις σε αγκυλώσεις που υπήρχαν μέχρι τότε στο σύστημα, με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (OECD, 2017).

Καθώς διαπιστώθηκε ότι ο ΕΟΠΥΥ παρουσίαζε σημαντικές ελλείψεις επί τη βάση της αρχικής του δημιουργίας, απαιτήθηκε η ψήφιση νέου νόμου, του Ν. 4328/2014, σύμφωνα με τον οποίο άλλαξε τόσο η φυσιογνωμία όσο και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος από πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών υγείας, μετατράπηκε αποκλειστικά σε αγοραστή υπηρεσιών και από το δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Ο στόχος αυτής της αλλαγής ήταν να συγκεντρωθούν όλοι οι πόροι σε έναν και μόνο φορέα, προκειμένου να επιτευχθεί μία πιο όρη διαχείριση στις δαπάνες και να προκύψει κατά αυτό τον τρόπο αύξηση στους χρηματοδοτικούς πόρους.

Μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και την είσοδο της χώρας στα μνημόνια, υπήρξε η ανάγκη να παρθούν μία σειρά από μέτρα, τα οποία είχαν ως στόχο να αυξήσουν την πρόσβαση των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014 θεσμοθέτησαν το Health Voucher με το οποίο αποκτούσαν δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε κάθε υπηρεσία πρωτοβάθμιας φροντίδας όλοι οι πρώην ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ που είχαν

ετησίως μικρότερο εισόδημα από 15000 ευρώ. Με τους ίδιους νόμους αποκτούσαν δικαίωμα νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης όλοι οι ανασφάλιστοι.

Με το ΦΕΚ 4114/Β/2017 αντικείμενο του νόμου ήταν η οριοθέτηση της λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ ο ΦΕΚ 4079/Β/2018 έφερε τροποποιήσεις προς βελτίωση της λειτουργίας των ΤΟΜΥ.

Πίνακας 9. Πρόσφατες αλλαγές συστήματος υγείας Ελλάδας

Year(s)	Content
Administration	
2010	Change in administrative structure, creating 13 regions to replace 76 prefectures, and reducing the number of municipalities to 325 from over a thousand [N]
Financing	
2010	Ceiling on public expenditure on health set at 6% of GDP, which translated into extensive cuts in pharmaceutical expenditure, as well as health care services, staff salaries, etc. [EAP]
2011–2015	Introduction of user fees for outpatient and emergency visits, which were later abolished [EAP]
Health insurance	
2011	Establishment of ΕΟΠΥΥ (single-payer health insurance system) and standardized benefits package [EAP]
2016	Legislation to provide comprehensive health insurance coverage to the unemployed and vulnerable groups [N]
2017	Establishment of ΕΦΚΑ [EAP]
Health services management and delivery	
2010–2012	Reforms to hospital accounting: the introduction of a double-entry accounting system, regular publication of audited balance sheets, revising pricing and costing mechanisms, use of uniform coding system for medical supplies [EAP]
2011–ongoing	Hospital restructuring [N and EAP]
2013	Introduction and roll-out of hospital payments via DRG system [EAP]
2014	Establishment of PEDYs and transfer of responsibility for primary care provision to YPEs [EAP]
2015–ongoing	Creation of two-tiered primary care with gatekeeping function [N]
Pharmaceutical policy	
2010	Ceiling on pharmaceutical spending where expenditure should not exceed €2.44 billion in 2013, €2 billion in 2014, and €1.94 billion in 2015–2017 [EAP]
2010–2012	Key measures aimed at reducing pharmaceutical expenditure include: <ul style="list-style-type: none"> • cap on public expenditure for outpatient drugs at 1% of GDP by 2014 • rollout of compulsory e-prescribing system for doctors and pharmacists and monitoring of doctors' prescription behaviour • compulsory prescription by active substance (international nonproprietary name) • new reference pricing system to reduce the prices of medicines • promotion of the use of generics, mandatory generic substitution by pharmacies • introduction of new positive and negative lists of medicines • reduction of pharmacists' and wholesalers trade margins • implementation of claw-back mechanisms Increased cost-sharing for pharmaceuticals set at 25% of the value of the drug; set between 10% and 0% for chronic diseases and life-threatening diseases

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Γενικές Κυβερνητικές Δαπάνες Υγείας Σουηδίας και Ελλάδας

3.1 Εισαγωγή

Σήμερα, η υγεία θεωρείται ένα από τα ουσιαστικά εργαλεία, που διαμορφώνουν και χαρακτηρίζουν τη διαδικασία ανάπτυξης ενός κράτους (Bayati et al., 2013). Η υγεία του πληθυσμού, ως συνέπεια του τομέα της υγείας, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, οι εισροές στον τομέα της υγείας και ο τύπος των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων και των συνεπειών του τομέα της υγείας αποτελεί μέρος των απαιτήσεων σε οποιαδήποτε χώρα. Στην πραγματικότητα, μια χώρα έχει πιο αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εάν έχει καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία από χώρες με παρόμοιο επίπεδο πόρων υγείας (Jaba et al., 2014).

Τα αποτελέσματα της υγείας αποκαλύπτουν τον αντίκτυπό τους στο ανθρώπινο κεφάλαιο με πολλούς τρόπους. Πριν από την εισαγωγή της θεωρίας του ανθρωπίνου κεφαλαίου, μόνο η διάσταση του φυσικού κεφαλαίου λαμβάνονταν σε σχέση με το ανθρώπινο κεφάλαιο. Ωστόσο, μετά την διαμόρφωση αυτής της θεωρίας το 1960, έχουν ληφθεί περισσότερο υπόψη τα αποτελέσματα της υγείας και η επίδρασή τους. Με άλλα λόγια, οι οικονομολόγοι έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση στους ρόλους του ανθρωπίνου κεφαλαίου στη διαδικασία ανάπτυξης από το 1960 και έπειτα (Memarian, 2015). Από την άποψη αυτή, έχουν ληφθεί περισσότερο υπόψη διάφοροι παράγοντες, όπως το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (το ποσοστό των δαπανών για την υγεία), ο τρόπος ζωής, το περιβάλλον, το πολιτικό σύστημα και οι κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων (Lalonde, 1975).

Προκειμένου να επιτευχθεί το κατάλληλο επίπεδο ανάπτυξης, θα πρέπει να δαπανώνται διαρκώς και με δίκαιο τρόπο οι δαπάνες για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Βάσει αυτού του μηχανισμού, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνουν το κεφάλαιο για την υγεία και συνεπώς αυξάνουν το ανθρώπινο κεφάλαιο (Scheffer, 2004). Με βάση τις θεωρητικές αρχές, η αύξηση του αποθέματος ανθρωπίνου κεφαλαίου θα αυξήσει την ταχύτητα απόδοσης των επενδύσεων σε ανθρώπινους πόρους και, τέλος, θα αυξήσει τις συνολικές επενδύσεις της οικονομίας. Με άλλα λόγια, αυτή η αύξηση της επένδυσης της οικονομίας οφείλεται στην αυξημένη χρησιμοποίηση των πόρων και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, με θετική απόδοση της επένδυσης στην κοινότητα. Ως εκ τούτου, το αυξημένο προσδόκιμο ζωής θα αυξήσει τις αποταμιεύσεις και τις επενδύσεις στον ιδιωτικό τομέα, βελτιώνοντας τις οικονομικές συνθήκες της χώρας. η βελτίωση αυτή θα βελτιώσει τους δείκτες υγείας σύμφωνα με τη διαδικασία του κύκλου (Kalemli-Ozcan et al., 2000).

Σύμφωνα με διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, το ποσό και ο τύπος των δαπανών για την υγεία είναι διαφορετικά στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των χωρών (Anyanwu & Erihjakpor, 2009). Οι συνολικές δαπάνες υγείας μπορούν να παρέχονται από τον δημόσιο τομέα ή την κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, σε ορισμένα συστήματα, οι δαπάνες για την υγεία μπορούν να παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα και τα ίδια τα άτομα με τη μορφή ιδιωτικών πληρωμών. Σε ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οι μέθοδοι χρηματοδότησης δεν είναι κυρίαρχες και υπάρχουν διάφοροι τρόποι χρηματοδότησης και παράδοσης υπηρεσιών (Miller et al., 2008). Σύμφωνα με τις συνέπειες στην υγεία των χωρών, υπάρχουν διαφορές στους δείκτες υγείας μεταξύ αυτών των ομάδων συστημάτων. Αυτό με τη σειρά του αντανακλά στη διαφορά μεταξύ της αποτελεσματικότητας των δαπανών για την υγεία σε χώρες με διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Στη σημερινή εποχή οι πολίτες κάθε χώρας επιθυμούν να λαμβάνουν από το σύστημα υγείας της χώρας τους συνδρομή σε μία σειρά από προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν, και δεν αφορά μόνο στη θεραπεία από κάποια ασθένεια, αλλά και στις οδηγίες και συμβουλές σχετικά με την πρόληψη διαφόρων παθήσεων. Το σύστημα υγείας μίας χώρας έχει τη βασική ευθύνη να βελτιώνει την υγεία των πολιτών, αλλά και να προστατεύει τους πολίτες από το οικονομικό κόστος που συνοδεύει την υγειονομική περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα, ένα σύστημα υγείας οφείλει να έχει και να καλύπτει τέσσερις κύριους σκοπούς:

- Τη βελτίωση της υγείας των πολιτών της χώρας.
- Την αποτελεσματική ανταπόκριση και κάλυψη των προσδοκιών που έχουν οι πολίτες.
- Την παροχή οικονομικής προστασίας απέναντι στις υπέρογκες ή όχι δαπάνες που συνοδεύουν την υγεία.
- Τη θεραπεία από κάποια ασθένεια με ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

3.1.1 Οι δαπάνες υγείας

Όταν αναφερόμαστε στις δαπάνες υγείας περιγράφουμε κάθε είδους δαπάνη που πραγματοποιείται με κύριο σκοπό, όπως αναφέραμε, να βελτιώσει ή να προλάβει την κατάσταση της υγείας των πολιτών της χώρας. Ορίζοντας τις δαπάνες υγείας κατά αυτόν τον τρόπο έχουμε τη δυνατότητα να μετρήσουμε τις οικονομικές δραστηριότητες σύμφωνα με τον κύριο σκοπό, αλλά και να μελετήσουμε τα παραγόμενα από το σύστημα υγείας αποτελέσματα. Οι δραστηριότητες αφορούν τόσο στον τρόπο με τον οποίο εξυπηρετείται ο κύριος σκοπός που έχει ένα σύστημα υγείας, όσο όμως και τις δράσεις που λαμβάνουν χώρα με σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση των επιπέδων υγείας (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Τις δαπάνες υγείας μπορούμε να τις κατηγοριοποιήσουμε σε τρεις βασικές ομάδες δαπανών:

- Τις ιατρικές δαπάνες, που σχετίζονται με τις αμοιβές των γιατρών, τα έξοδα που απαιτούνται για τη μεταφορά ασθενών, και τα έξοδα για διαφορετικών μορφών θεραπείες.
- Τις νοσοκομειακές δαπάνες, που σχετίζονται με τα έξοδα για τα νοσηλεία, τις δαπάνες για τα χειρουργία και τις επεμβάσεις, τις δαπάνες των φαρμάκων, και τις δαπάνες για τις παρακλινικές εξετάσεις.
- Τις φαρμακευτικές δαπάνες, που σχετίζονται με δαπάνες για ορθοπεδικά και οπτικά.

Αν τώρα σε αυτές τις τρεις κατηγορίες προσθέσουμε και τις δαπάνες για τις υγειονομικές υπηρεσίες στο στρατό, για εκπαιδευτική ιατρική, για εργασιακή ιατρική, για πρόληψη, για κατάρτιση και έρευνα, αλλά και λειτουργικές δαπάνες, το αποτέλεσμα που έχουμε είναι αυτό που ορίζουμε ως σύνολο δαπανών για την υγεία.

Το συνολικό ποσό που ένα κράτος δαπανά για τον τομέα της υγείας αθροίζεται από την ιδιωτική και δημόσια κατανάλωση και τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις. Δημόσια κατανάλωση είναι τα έξοδα που έχει ένα σύστημα υγείας, τα οποία καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ιδιωτική κατανάλωση είναι η συμμετοχή στο υγειονομικό κόστος που γίνεται με ίδια κεφάλαια των πολιτών. Το κράτος μπορεί να συμμετέχει στο σύστημα υγείας και μέσα από δημόσιες επενδύσεις, ενώ η ιδιωτική επένδυση αφορά στις επενδύσεις, σε υποδομές και παροχές υπηρεσιών, από ιδιώτες (Σούλης, 1998). Σε αρκετές χώρες τόσο η σύνθεση όσο και το συνολικό κόστος της δαπάνης για την υγεία είναι άγνωστα, καθώς ενώ υπάρχει η δυνατότητα να υπολογίσουμε τη δημόσια δαπάνη, αλλά και τις ιδιωτικές επενδύσεις, τα στοιχεία για την ιδιωτική δαπάνη στην υγεία δεν είναι διαθέσιμα (Κυριόπουλος-Νιάκας, 1994). Επιπρόσθετα παρατηρείται μία δυσκολία στην εκτίμηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία, καθώς τα έξοδα δε διακρίνονται σε κάθε βαθμίδα περίθαλψης, καθώς σε πολλές περιπτώσεις ένας ασθενής έχει ανάγκη την ίδια στιγμή τόσο από ενδονοσοκομειακή περίθαλψη όσο και από εξωνοσοκομειακή.

3.1.2 Αιτίες Αύξησης των Δαπανών Υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες για την υγεία έχουν παρουσιάσει μία σχετική αύξηση σε παγκόσμιο επίπεδο. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε μία σειρά από παράγοντες (Mack, 2016):

- Γήρανση του πληθυσμού
- Αύξηση χρόνιων παθήσεων
- Αυξημένο κόστος περίθαλψης, περιλαμβανομένων των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης εξωτερικού ιατρείου και φροντίδας στα δωμάτια έκτακτης ανάγκης

- Αυξημένα ασφάλιστρα υγείας
- Υψηλότερο ιδιωτικό κόστος για παροχή υπηρεσιών
- Ανεπάρκεια και έλλειψη διαφάνειας
- Αλόγιστη συνταγογράφηση φαρμάκων
- Η εξέλιξη της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται από τον τομέα υγείας
- Ο τρόπος ζωής

3.2 Γενικές Κυβερνητικές Δαπάνες Υγείας Σουηδίας

Στη Σουηδία η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι οι τοπικοί και δημοτικοί φόροι και στη συνέχεια η χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat η Σουηδία για την περίοδο που μας απασχολεί παρουσιάζει μία σημαντική συνέπεια όσον αφορά την αύξηση του ποσού των γενικών κυβερνητικών δαπανών τόσο σε ποσοστό επί του Α.Ε.Π. όσο και σε απόλυτους αριθμούς σε εκατομμύρια ευρώ. Η δυνατότητα αυτή που δείχνει να έχει η Σουηδική οικονομία έτσι ώστε να μπορεί να αυξάνει ετησίως τη δημόσια δαπάνη για την υγεία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με το γεγονός ότι παρά την οικονομική ύφεση που κατά διαστήματα βίωνε η Ευρώπη, με πιο σημαντική αυτήν της τελευταίας δεκαετίας, η Σουηδία είχε τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε αυτήν και μάλιστα χωρίς να επηρεαστεί, ανάμεσα σε άλλους και, ο τομέας της υγείας.

3.3 Γενικές Κυβερνητικές Δαπάνες Υγείας Ελλάδας

Στην Ελλάδα η κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Μέσα από τον προϋπολογισμό χρηματοδοτούνται, η ασφάλεια υγείας του αγροτικού δυναμικού, μέρος της ασφάλειας του δημόσιου τομέα, το σύνολο των δαπανών για τη δημόσια υγεία, οι επενδύσεις που απαιτείται να γίνουν στην υγεία, η έρευνα και η εκπαίδευση του προσωπικού. Οι πόροι που διαθέτει ο κρατικός προϋπολογισμός για τον τομέα της υγείας κατηγοριοποιείται στις ακόλουθες δαπάνες:

- Κάλυψη ετήσιου προϋπολογισμού νοσοκομείων και κέντρων υγείας.
- Επενδύσεις στον τομέα της υγείας.
- Έρευνα και κατάρτιση.
- Δημόσια υγεία.
- Λειτουργία κεντρικής διοίκησης.
- Κάλυψη οικονομικών αναγκών ασφαλιστικών ταμείων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat η Ελλάδα δείχνει μία σταθερότητα στις δαπάνες για την υγεία με ελαφρά αυξητική τάση, πλην των τελευταίων τεσσάρων ετών, της υπό εξέταση περιόδου, όπου οι δαπάνες για την υγεία περικόπηκαν σημαντικά κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης, η οποία επέβαλε στην Ελλάδα τη λήψη πολύ σκληρών μέτρων περικοπών.

3.4 Σύγκριση Γενικών Κυβερνητικών Δαπανών Υγείας Σουηδίας-Ελλάδας

Οι δύο πίνακες (Eurostat) που ακολουθούν δείχνουν με σαφήνεια τις τεράστιες διαφορές που υπάρχουν όσον αφορά τη φιλοσοφία, αλλά και τις δυνατότητες, σχετικά με τις δαπάνες στην υγεία σε Ελλάδα και Σουηδία.

GEO	Greece	Sweden
TIME		
1996	4.9	6.3
1997	4.9	6.1
1998	5.2	6.0
1999	5.6	6.0
2000	5.6	5.9
2001	6.3	6.2
2002	6.0	6.5
2003	6.0	6.7
2004	5.6	6.5
2005	6.2	6.5
2006	5.9	6.4
2007	6.0	6.4
2008	6.5	6.6
2009	6.8	7.1
2010	6.9	6.8
2011	6.5	6.8
2012	5.8	6.9
2013	5.2	7.0
2014	4.7	7.0
2015	4.7	6.9

GEO	Greece	Sweden
TIME		
1996	5,687.6	14,304.4
1997	6,201.4	14,170.6
1998	6,726.8	14,235.9
1999	7,826.3	15,322.2
2000	8,032.1	16,560.1
2001	9,568.0	16,740.1
2002	9,755.0	18,350.2
2003	10,696.0	19,727.8
2004	10,913.0	19,955.2
2005	12,313.0	20,380.5
2006	12,846.0	21,439.3
2007	13,989.0	22,696.6
2008	15,629.0	23,215.9
2009	16,184.0	21,896.2
2010	15,507.0	24,990.8
2011	13,429.0	27,683.2
2012	11,177.0	29,317.1
2013	9,457.0	30,471.7
2014	8,400.0	30,323.9
2015	8,364.0	31,067.9

Πίνακας 10. Δαπάνες επί του ΑΕΠ. **Πίνακας 11.** Δαπάνες σε εκατομμύρια Ευρώ

Από τα στοιχεία είναι ξεκάθαρο πως διαχρονικά η τάση στη Σουηδία είναι η διαρκής αύξηση των πόρων για την υγεία, σε αντίθεση με την Ελλάδα όπου παρατηρούμε μία σχετική στασιμότητα, η οποία όπως προαναφέραμε οφείλεται από τη μία στο σύστημα υγείας της χώρας, αλλά τα τελευταία χρόνια και στην οικονομική κρίση, την οποία δεν αντιμετώπισε η Σουηδία στον ίδιο βαθμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Εμπειρική στατιστική ανάλυση

Στην παρούσα εργασία το SPSS χρησιμοποιήθηκε για την ποσοτική εκτίμηση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ των συνολικών κυβερνητικών δαπανών για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ), σε συνάρτηση με βασικούς οικονομικούς δείκτες, όπως ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, καθώς και ποιοτικοί δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής και δείκτες πόρων για την υγεία, όπως ο αριθμός ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού και δείκτες πόρων διατιθέμενων για την φροντίδα ηλικιωμένων, ως ποσοστό των συνολικών κυβερνητικών δαπανών για την υγεία.

Τα δεδομένα προέρχονται από την βάση της παγκόσμιας τράπεζας (Worldbank) καθώς και από τη βάση του Ο.Ε.С.Д. Υπό εξέταση χώρες είναι η Σουηδία και η Ελλάδα και η περίοδος εξέτασης των δεδομένων έχει βάση το 1996 και φτάνει ως και το 2015. Για την κάθε χώρα γίνεται προσπάθεια να βρεθεί το μοντέλο το οποίο παρουσιάζει ακριβέστερα τις γενικές κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία. Στο τελικό στάδιο του κεφαλαίου, εφαρμόζονται τα δεδομένα της Σουηδίας στην Ελλάδα και παρουσιάζονται οι υποθετικές γενικές κυβερνητικές δαπάνες της Ελλάδας με βάση τα δεδομένα του Σουηδικού συστήματος υγείας.

Ως εξαρτημένη μεταβλητή και στις δύο χώρες ορίσαμε τις γενικές κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ. Σαν ανεξάρτητες εξετάσαμε τις παρακάτω μεταβλητές, από τις οποίες επιλέξαμε αυτές που ερμηνεύουν ακριβέστερα τις γενικές κυβερνητικές δαπάνες της κάθε χώρας. Αυτές είναι:

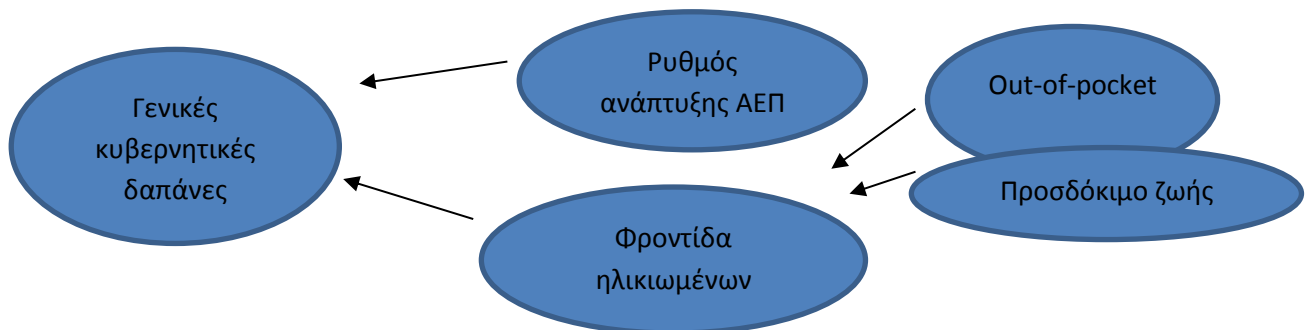
- Προσδόκιμο ζωής (Life expectancy), με μονάδα μέτρησης τα έτη που αναμένεται να ζήσει κάποιος/α που γεννάται στην Ελλάδα και τη Σουηδία αντίστοιχα
- Αριθμός ιατρών (Physicians), με μονάδα μέτρησης πόσοι γιατροί αντιστοιχούν σε 1000 άτομα πληθυσμού
- Αριθμός νοσηλευτών (Nurses), με μονάδα μέτρησης τους νοσηλευτές που αντιστοιχούν ανά 1000 άτομα του πληθυσμού
- Αριθμός κλινών (Hospital beds), πυκνότητα ανά 1000 άτομα του πληθυσμού
- Μέρες νοσηλείας σε σοβαρά περιστατικά (Acute care episodes)
- Μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Long term health care), ως ποσοστό των συνολικών γενικών κυβερνητικών δαπανών για την υγεία
- Ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ (GDP growth rate), σε ετήσια ποσοστιαία βάση
- Κακή/ Πολύ κακή υγεία (Bad/ Very Bad health), ως ποσοστό του πληθυσμού για άτομα άνω των 15 ετών

- Ιδιωτικές δαπάνες (Out-of-pocket payments), ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία
- Χαμένα έτη ζωής (Potential years of life lost), για άτομα ηλικίας 0-69 ετών και μετρημένα ανά 100.000 πληθυσμού

Μέσω του SPSS και αναλύσεων γραμμικής παλινδρόμησης για την κάθε χώρα καταλήξαμε στο μοντέλο που αντιπροσωπεύει έкаστη.

Ελλάδα

Για την Ελλάδα οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν οδήγησαν σε ένα μοντέλο το οποίο απεικονίζεται σχηματικά με την παρακάτω μορφή:



Στο παραπάνω σχήμα βλέπουμε ότι οι γενικές κυβερνητικές δαπάνες είναι συνάρτηση των δαπανών για την φροντίδα των ηλικιωμένων καθώς και του ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης του Α.Ε.Π. Η φροντίδα των ηλικιωμένων ερμηνεύεται από τις ιδιωτικές δαπάνες και από το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού. Με βάση τα παραπάνω, η μαθηματική έκφραση του υποδειγμάτος είναι η ακόλουθη:

$GovExp = \alpha_0 + \alpha_1 * longterm_{t} + \alpha_2 * GDPgrowth_{t}$, με $t=1996, 1997, \dots, 2015$, α_0 η σταθερά του μοντέλου, και με α_1 και α_2 συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών μακροχρόνια φροντίδα υγείας και ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, αντίστοιχα. Για την φροντίδα των ηλικιωμένων, η στατιστική ανάλυση οδήγησε στο ακόλουθο μοντέλο:

$LongTerm = -52,207 + 0,623 * LifeExp + 0,085 * OOP$, με LifeExp: προσδόκιμο ζωής και OOP: ιδίες δαπάνες

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.920 ^b	.846	.812	.3227	.163	9.525	1	9	.013

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Regression	4.171	1	4.171	21.630	.001 ^b
1	Residual	.937	9	.104		
	Total	6.100	11			

a. Dependent Variable: ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Coefficients^a

B	Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.	
		Std. Error	Beta			
	1	(Constant)	6.591	.151	43.646	.000
		longterm_care	-.798	.122	-8.53	.000
		GDP, growth rate	-.063	.021	-4.04	.013

Το υπόδειγμα μας είναι το ακόλουθο:

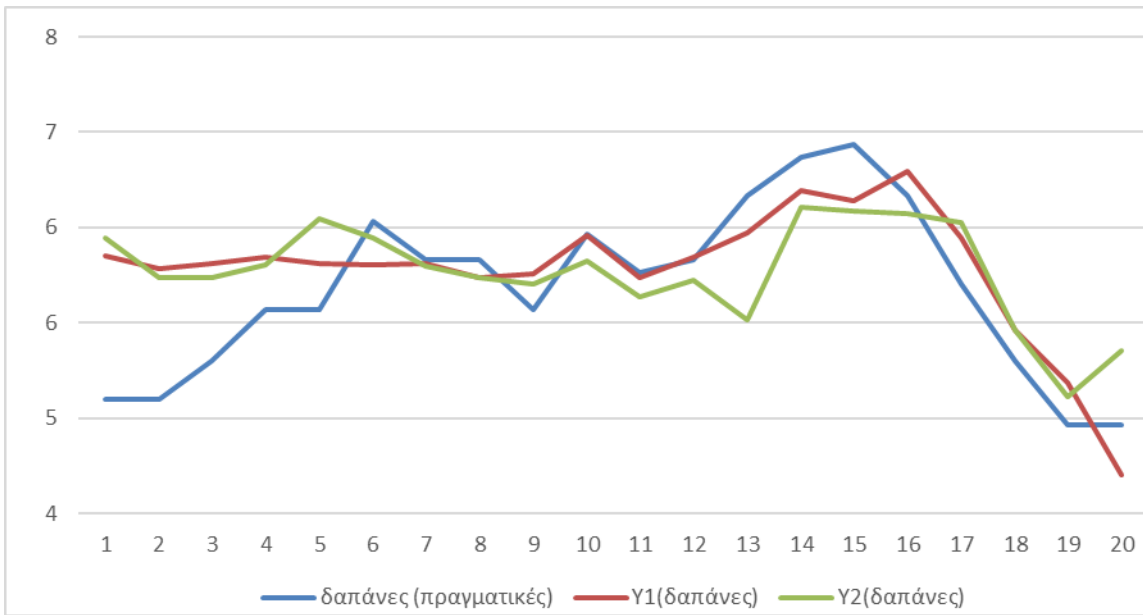
$$\text{Govexp} = 6,591 - 0,798 * \text{longterm} - 0,063 * \text{GDP, growth rate}$$

Το R Square του υποδείγματος αποτελεί κριτήριο της ερμηνευτικής του ικανότητας με τιμές μεταξύ του 0 και 1 και όσο το R Square πλησιάζει στη μονάδα τόσο καλύτερα ερμηνεύεται η εξαρτημένη μεταβλητή από το εκτιμηθέν υπόδειγμα. Για το υπόδειγμα μας ο συντελεστής είναι $R^2 = 0,846$ με το 84,6% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης Govexp να ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές longterm και GDP, growth rate.

Πίνακας 12. Μοντέλο δαπανών Ελλάδας

Έτος	δαπάνες (πραγματικές)	προσδόκιμο ζωής	out of pocket	long term (πρόβλεψη)	long term	ΑΕΠ (ρυθμός ανάπτυξης)	Y1 (δαπάνες)	Y2 (δαπάνες)
1996	4,9	78	45,9	0,29	0,47	2,9	6,03	6,1781
1997	4,9	78,4	46,1	0,55	0,47	4,5	5,93	5,8648
1998	5,2	78,4	46,7	0,61	0,47	3,9	5,97	5,8620
1999	5,6	78,5	45,2	0,54	0,47	3,1	6,02	5,9644
2000	5,6	78,6	38,4	0,02	0,47	3,9	5,97	6,3255
2001	6,3	79,1	36,8	0,20	0,47	4,1	5,96	6,1729
2002	6	79,2	39,5	0,49	0,47	3,9	5,97	5,9526
2003	6	79,3	38,3	0,45	0,47	5,8	5,85	5,8646
2004	5,6	79,4	39,1	0,58	0,47	5,1	5,89	5,8047
2005	6,2	79,7	38,3	0,70	0,46	0,6	6,19	5,9933
2006	5,9	79,9	36,3	0,66	0,48	5,7	5,85	5,7083
2007	6	79,7	38,1	0,68	0,45	3,3	6,02	5,8368
2008	6,5	80,3	41,7	1,36	0,5	-0,3	6,21	5,5211
2009	6,8	80,4	31,5	0,56	0,4	-4,3	6,54	6,4153
2010	6,9	80,7	30,9	0,70	0,6	-5,5	6,46	6,3824
2011	6,5	80,8	33,8	1,00	0,6	-9,1	6,69	6,3628
2012	5,8	80,7	33,8	0,94	1,1	-7,3	6,17	6,2991
2013	5,2	81,4	37,4	1,68	1,7	-3,2	5,44	5,4486
2014	4,7	81,5	40,7	2,03	1,9	0,7	5,03	4,9294
2015	4,7	81,1	39,3	1,66	2,9	-0,3	4,30	5,2862

Διάγραμμα 20. Δαπάνες υγείας Ελλάδα

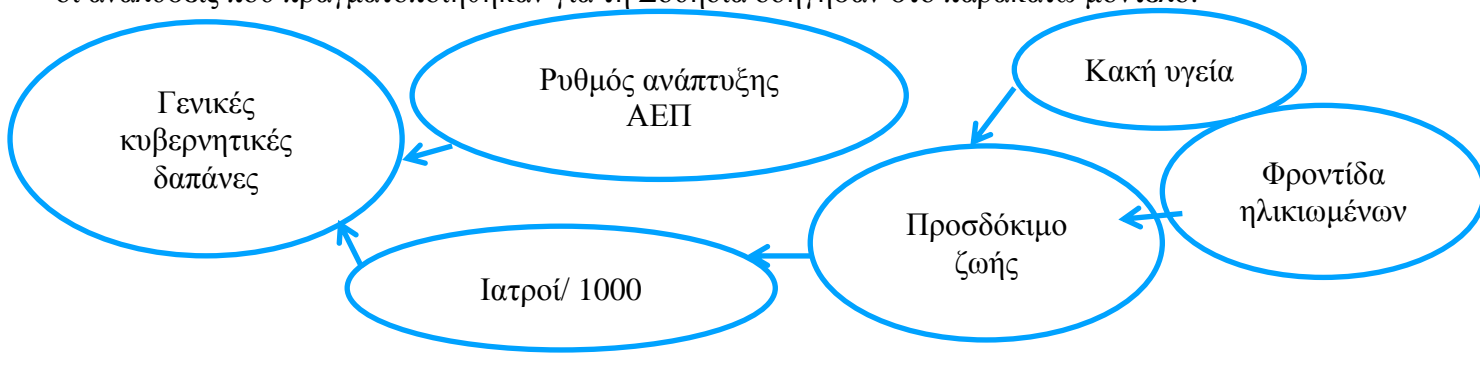


Σουηδία

Για την Σουηδία το μοντέλο που προέκυψε απεικονίζεται ως εξής:

$$GovExp = \alpha_0 + \alpha_1 * Docs/1000(Worldbank\ data),t + \alpha_2 * GDPgrowth,t$$

με $t=1996,1997,\dots,2015$, α_0 η σταθερά του μοντέλου, και με α_1 και α_2 συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών Αριθμός ιατρών (Physicians), με μονάδα μέτρησης πόσοι γιατροί αντιστοιχούν σε 1000 άτομα πληθυσμού και ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, αντίστοιχα. Σχηματικά, οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για τη Σουηδία οδήγησαν στο παρακάτω μοντέλο:



Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,943 ^b	,890	,874	,1352

a. Country = Sweden

b. Predictors: (Constant), ΑΕΠ, ρυθμος αναπτυξης, Docs/1000(Worldbank data)

ANOVA^{a,b}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,073	2	1,037	56,708	,000 ^c
	Residual	,256	14	,018		
	Total	2,329	16			

a. Country = Sweden

b. Dependent Variable: ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

c. Predictors: (Constant), ΑΕΠ, ρυθμος αναπτυξης, Docs/1000(Worldbank data)

Coefficients^{a,b}

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,209	,292		14,433	,000
	Docs/1000(Worldbank data)	,683	,079	,819	8,639	,000
	ΑΕΠ, ρυθμος αναπτυξης	-,038	,014	-,260	-2,742	,016

Το υπόδειγμα μας είναι το ακόλουθο:

$GovExp=4,209+0,683* Docs/1000(Worldbank data),t - 0,038*GDPgrowth,t$

Για το υπόδειγμα μας ο συντελεστής είναι $R^2= 0,890$ με το 89% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης $Govexp$ να ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές $Docs/1000(Worldbank data)$ και $GDP, growth rate$.

Στον πίνακα 13 που ακολουθεί απεικονίζονται οι πραγματικές δαπάνες, οι Y1 δαπάνες και Y2 δαπάνες. Για τις Y1 δαπάνες έχει χρησιμοποιηθεί το πραγματικό προσδόκιμο ζωής των Σουηδών, ενώ για τις Y2 δαπάνες έχει πραγματοποιηθεί πρόβλεψη του προσδόκιμου ζωής των Σουηδών, μέσω της εξάρτησης τους από τις δαπάνες για την φροντίδα των ηλικιωμένων καθώς και του δείκτη κακής υγείας.

Το μοντέλο για την πρόβλεψη του προσδόκιμου ζωής, είναι το ακόλουθο:

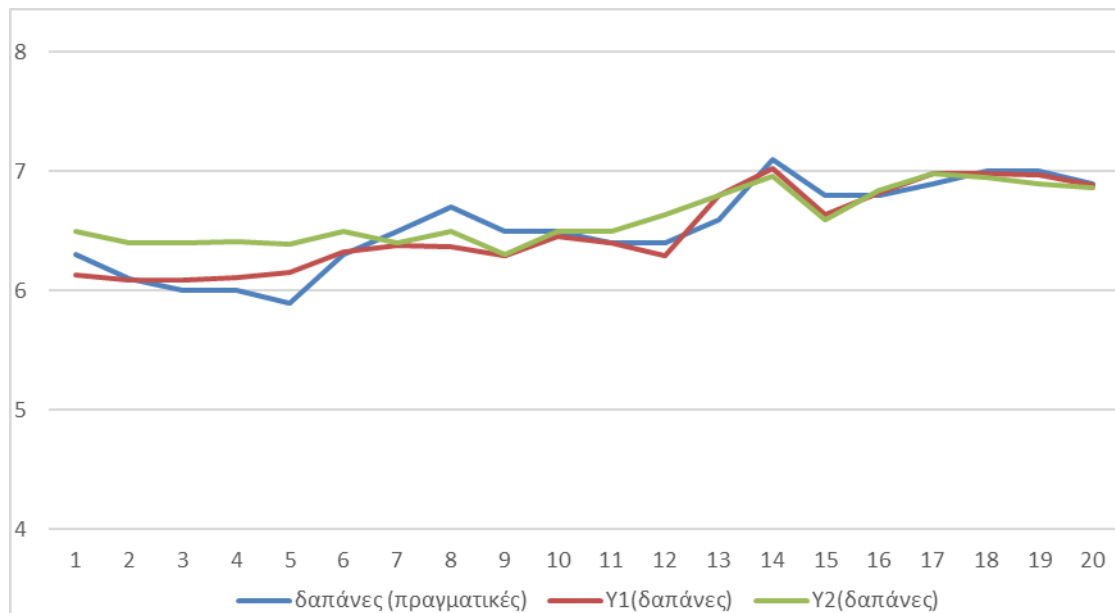
$LifeExp=83,173+0,02*LongTermCare-0,393*BadHealth,$ με $LongTermCare$:φροντίδα ηλικιωμένων και $BadHealth$: Κακή Υγεία.

Πίνακας 13. Μοντέλο Δαπανών Σουηδίας

Έτος	δαπάνες (πραγματικές)	Φροντίδα ηλικιωμένων	Κακή υγεία	προσδόκιμο ζωής (πρόβλεψη)	προσδόκιμο ζωής	γιατροί/1000 άτομα (προβλεψη1)	γιατροί/1000 άτομα (προβλεψη2)	γιατροί/1000 άτομα	ΑΕΠ (ρυθμός ανάπτυξης)	Y1 (δαπάνες)	Y2 (δαπάνες)
1996	6,3	7,8	6,9	80,60	79,2	2,88	3,47	2,9	1,5	6,13	6,5154
1997	6,1	7,9	6,9	80,61	79,4	2,96	3,47	2,92	2,9	6,09	6,4662
1998	6	7,9	6,9	80,60	79,5	3,01	3,47	2,99	4,2	6,09	6,4182
1999	6	8,1	6,9	80,62	79,6	3,05	3,47	3,03	4,5	6,11	6,4110
2000	5,9	8,1	7,0	80,60	79,7	3,09	3,46	3,1	4,7	6,15	6,3989
2001	6,3	8,1	6,9	80,63	79,9	3,17	3,48	3,2	1,6	6,33	6,5203
2002	6,5	8,1	7,1	80,56	79,9	3,17	3,45	3,3	2,1	6,38	6,4826
2003	6,7	7,9	6,7	80,70	80,3	3,34	3,51	3,3	2,4	6,37	6,5100
2004	6,5	8	7,4	80,42	80,6	3,46	3,39	3,28	4,3	6,29	6,3635
2005	6,5	7,9	6	80,97	80,7	3,51	3,62	3,45	2,8	6,46	6,5743
2006	6,4	8	5,9	81,01	81	3,63	3,64	3,59	4,7	6,49	6,5178

2007	6,4	7,9	5,2	81,29	81,1	3,67	3,75	3,24	3,4	6,29	6,6427
2008	6,6	7,7	5,1	81,32	81,3	3,76	3,77	3,77	-0,6	6,80	6,7968
2009	7,1	7,6	5,1	81,32	81,5	3,84	3,76	3,87	-5,2	7,03	6,9618
2010	6,8	7,6	4,7	81,48	81,6	3,88	3,83	3,89	6	6,64	6,6036
2011	6,8	26,3	4,6	81,89	81,9	4,01	4,00	3,97	2,7	6,82	6,8406
2012	6,9	26,3	4,3	82,01	81,8	3,96	4,05	4,05	-0,3	6,98	6,9823
2013	7	26,3	4,1	82,09	82	4,05	4,08	4,13	1,2	6,98	6,9508
2014	7	26,2	4	82,13	82,3	4,17	4,10	4,19	2,6	6,97	6,9111
2015	6,9	26,2	3,8	82,20	82,3	4,17	4,13	4,16	4,5	6,88	6,8652

Διάγραμμα 21. Δαπάνες υγείας Σουηδίας



Πίνακας 14. Ενσωμάτωση Σουηδικού Μοντέλου στο Ελληνικό

δαπάνες (πραγματικές)	Φροντίδα ηλικιωμένων	προσδόκιμο ζωής (πρόβλεψη)	προσδόκιμο ζωής	Υ1 (δαπάνες)	Υ2 (δαπάνες)
4,9	0,47	79,67	78	6,76	6,1967

4,9	0,47	79,66	78,4	6,77	6,1388
5,2	0,47	79,67	78,4	6,86	6,1606
5,6	0,47	79,67	78,5	6,96	6,1899
5,6	0,47	79,66	78,6	7,00	6,1595
6,3	0,47	79,67	79,1	7,06	6,1540
6	0,47	79,67	79,2	7,22	6,1625
6	0,47	79,65	79,3	7,26	6,0866
5,6	0,47	79,68	79,4	7,38	6,1230
6,2	0,46	79,68	79,7	7,64	6,2850
5,9	0,48	79,57	79,9	7,70	6,0677
6	0,45	79,72	79,7	7,94	6,1989
6,5	0,5	79,49	80,3	8,40	6,2614
6,8	0,4	79,37	80,4	8,61	6,3711
6,9	0,6	79,37	80,7	8,66	6,4154
6,5	0,6	79,65	80,8	8,81	6,6237
5,8	1,1	79,54	80,7	8,76	6,5280
5,2	1,7	79,08	81,4	8,62	6,2490
4,7	1,9	78,97	81,5	8,50	6,0760
4,7	2,9	79,30	81,1	8,54	6,2076

Διάγραμμα 22. Δαπάνες υγείας Ελλάδας μετά την ενσωμάτωση του μοντέλου Σουηδίας



Στο κεφάλαιο αυτό διερευνήθηκε η συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα και τη Σουηδία σε σχέση με διάφορες μακρό-οικονομικές μεταβλητές. Από την ανάλυση της παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε προέκυψαν στατιστικά αποτελέσματα που δείχνουν τις ουσιαστικές διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις δύο χώρες. Από τη χρήση των μεταβλητών στην εξέταση της συμπεριφοράς των δαπανών για την υγεία ερμηνεύονται ότι μεταξύ των δύο χωρών διακρίνεται σημαντική διαφορά στη φιλοσοφία πίσω από τις δαπάνες στον τομέα της υγείας, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τα ποσοστά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από όσα προηγήθηκαν διαπιστώνουμε ότι το σύστημα υγείας της Ελλάδας, σε αντίθεση με το Σουηδικό, δε χαρακτηρίζεται ούτε από ισότητα ευκαιριών, αλλά ούτε και από αποδοτικότητα. Το Σουηδικό σύστημα παρέχει στον πολίτη δωρεάν κάθε υπηρεσία υγείας και η χρηματοδότηση του γίνεται από ίδιους πόρους, χωρίς να υπάρχει καμία ανάγκη να συμβάλει ο ιδιωτικός τομέας. Αντίθετα, το Ελληνικό σύστημα χρηματοδοτείται από το κράτος, από τους ασφαλιστικούς φορείς, και από ιδιώτες, και η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται κατά βάση με κοινωνικά-οικονομικά χαρακτηριστικά.

Από την εμπειρική έρευνα διαπιστώθηκε ότι η Σουηδία αυξάνει τις δαπάνες της για την υγεία σε σχέση με την Ελλάδα, η οποία προχωράει σε μειώσεις, με δεδομένο βέβαια τις περικοπές και την οικονομική κρίση.

Τα παραπάνω έρχονται να επιβεβαιώσουν ότι το σύστημα της Σουηδίας είναι μεταξύ των καλύτερων στην Ευρώπη, καθώς οι υπηρεσίες παρέχονται στους πολίτες δωρεάν, χωρίς να συμβάλει ο ιδιωτικός τομέας. Αναφορικά με το Ελληνικό σύστημα, αυτό χαρακτηρίζεται από έλλειψη χρηματοδότησης.

Στην Ελλάδα οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώνονται τα τελευταία χρόνια της περιόδου 1996-2015, λόγω κυρίως της κρίσης, σε αντίθεση με τη Σουηδία που παρατηρείται αύξηση πλην του 2015 που είχε μικρή μείωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ. (2012), Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 1(29)106-115.

Θεοδώρου, Μ. κ.σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Κυριόπουλος, Γ. & Νιάκας, Δ. (1994), *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Σαραντοπούλου, Ζ. (2015), Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(3), 256 - 262.

Σούλης, Σ. (1998), *Οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Παρασκευόπουλος, Λ. (2004), *Συστήματα Υγείας - θέματα οργάνωσης & διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας*. Σημειώσεις διδασκαλίας.

Πολύζος, Ν. (2013), *Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*, Κομοτηνή: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Ξενόγλωσση

Anell, A. et al. (2012), Sweden. Health system review. *Health Systems in Transition*, 14, 1-160.

Anyanwu, J.C. & Erhijakpor, A.E. (2009), Health expenditures and health outcomes in Africa. *Afr Dev Rev.*, 21(2), 400–33.

Bayati, M. et al. (2013), Determinants of life expectancy in eastern mediterranean region: a health production function. *Int J Health Policy Manag.* 1(1), 57-61.

Canadian Institute for Health Information (2002), *Health Care in Canada*, Toronto.

Gwartney, J. et al. (1996), *Economic Freedom of the World: 1975 – 1995*. Vancouver: The Fraser Institute,.

Jaba, E. et al. (2014), The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis. *Procedia Econ and Financ.*

Kalemli-Ozcan, S. et al. (2000), Mortality decline, human capital investment, and economic growth. J Dev Econ., 62(1), 1–23.

Lalonde, M. (1975), A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa, Canada: Information Canada.

Mack, M. (2016). What Drives Rising Health-Care Costs? Government Finance Review.

Memarian, E. (2015), The Relationship between Health Care Expenditure, Life Expectancy and Economic Growth in Iran. J Appl Environ Biol Sci. 5(10), 284-290.

Miller, G. et al. (2008), Quantifying national spending on wellness and prevention. In Beyond Health Insurance: Public Policy to Improve Health. Emerald Group Publishing Limited.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

SALAR (2013). An association of its members. Stockholm.

Scheffler, R.M. (2004), Health expenditure and economic growth: An international perspective. Occasional Papers on Globalization, 1(10), 1–9.

Tountas, Y. et al. (2002), Reforming the reform: the greek national health system in transition. Health Policy, 62, 15-29.

Διαδικτυακές Πηγές

heritage.org

www.sweden.gov.se

CIA World Factbook: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

indexmundi.com

stats.oecd.org

databank.worldbank.org

<https://ec.europa.eu/eurostat>