

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΗΠΑ**

**Κουλοπούλου Κ. Γεωργία**

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

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΗΠΑ**

**Κουλοπούλου Κ. Γεωργία, Α.Μ.: ΔΥ/1223**

Επιβλέπων: Παπαηλίας Θεόδωρος / Καθηγητής / ΤΕΙ Πειραιά

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

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Management**

**COMPARATIVE EVALUATION OF HEALTH SYSTEMS  
IN AUSTRALIA AND THE USA**

**Koulopoulou K. Georgia**

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 Management

Piraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

*Στην οικογένειά μου*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## Ευχαριστίες

Τελειώνοντας το κύκλο των μεταπτυχιακών σπουδών μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Θεόδωρο Παπαηλία για το αμέριστο ενδιαφέρον του, για τη συνεργασία και τη πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε με σκοπό να ολοκληρώσω τη διπλωματική μου εργασία.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας» για τη πολύτιμη συμβολή τους καθώς και τις γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και ιδιαίτερα τη μητέρα μου για τη στήριξη και τη βοήθειά τους.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# Συγκριτική αξιολόγηση συστημάτων υγείας Αυστραλίας και ΗΠΑ

**Σημαντικοί Όροι:** Δημογραφικά στοιχεία, μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας, δημόσια ασφάλιση, ιδιωτική ασφάλιση, δαπάνες υγείας, χρηματοδότηση.

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό στόχο τη παρουσίαση, ανάλυση και συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας της Αυστραλίας και των ΗΠΑ. Οι δύο αυτές χώρες παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε ότι αφορά το τρόπο με τον οποίο λειτουργούν, χρηματοδοτούνται και διαθέτουν τους χρηματικούς τους πόρους για τη κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, η Αυστραλία και οι ΗΠΑ αποτελούν δύο χώρες οι οποίες ξεχωρίζουν για τις μεταρρυθμιστικές τους προσπάθειες οι οποίες αποσκοπούν στη βελτίωση του χώρου της υγείας και των παροχών υγείας που προσφέρουν στους πολίτες.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται μία ανάλυση των σημαντικότερων δημογραφικών στοιχείων των δύο χωρών καθώς και μία αναφορά των κυριότερων οικονομικών δεδομένων.

Έπειτα, στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται ανάλυση των βασικότερων μεταρρυθμίσεων που έχουν συντελέσει στο τρόπο διαμόρφωσης λειτουργίας των συστημάτων υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας.

Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται επεξήγηση και συγκριτική αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί και χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας. Συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ βασίζεται στο φιλελεύθερο μοντέλο και εστιάζει κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση. Η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης επιτυγχάνεται κυρίως μέσα από ιδιωτικές πηγές όπως είναι οι εργοδοτικές εισφορές και οι εισφορές των μεμονωμένων ατόμων. Παράλληλα όμως, εκτός από την ιδιωτική ασφάλιση υπάρχει και η κοινωνική ασφάλιση μέσω της οποίας καλύπτονται οι ανάγκες υγείας των ευάλωτων ομάδων του

πληθυσμού. Αντίθετα, το σύστημα υγείας στην Αυστραλία αποτελεί ένα μίγμα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Βασίζεται στο μοντέλο του Beveridge και η χρηματοδότηση του επιτυγχάνεται κυρίως διά μέσου της φορολογίας (έσοδα κρατικού προϋπολογισμού). Επίσης, πολύ σημαντικό θεωρείται ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι καθολική, γεγονός που σημαίνει ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται συγκριτική ανάλυση μεταξύ των δαπανών υγείας της Αυστραλίας και των ΗΠΑ, παρουσιάζοντας τις διαφορές τους καθώς και τους λόγους που οδηγούν στις αποκλίσεις αυτές.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# **Comparative evaluation of health systems in Australia and the USA**

**Keywords:** Demographics data, health systems reforms, public insurance, private insurance, health expenditures, financing.

## **Abstract**

This thesis has as a main goal the presentation, analysis, and comparative evaluation of health systems in Australia and the USA. These two countries are of particular interest in terms of the way they operate, they are funded and have their monetary resources to cover the health care needs and health services. In addition, Australia and the USA are two countries that stand out for their reforms efforts which have as a goal the improvement of the health sector and health services which are offered to citizens.

Initially, in the first chapter of the present thesis, an analysis is made about the major demographics data of the two countries as well as a reference of the principal economic data.

Then, in the second chapter of the present thesis, an analysis is made about the major reforms that have contributed to the configuration mode of the operation of the health systems of the USA and Australia.

Thereafter, in the third chapter of the present thesis, an explanation and a comparative evaluation of the way the healthcare system of the USA and Australia is made for its operation and its funding. Specifically, the health system in the USA is based on the liberal model and focuses primarily on private insurance. The financing of private insurance is mainly achieved through private sources such as employer contributions and contributions of individuals. At the same time, apart from the private insurance, also exists the social security through which the health needs of vulnerable populations are covered. In contrast, the health system in Australia is a mix of public and private sector. It is based on the Beveridge model and its funding is mainly achieved through taxation (income of government budget). Also, very important is

considered to be the fact that health care is national, which means that all citizens have access to health services.

Finally, in the last chapter of the present thesis, a comparative analysis of health expenditures in Australia and the USA is made, showing the differences and the reasons for these divergences.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## Περιεχόμενα

Περίληψη	XI
Abstract	XIII
Κατάλογος Πινάκων	XXI
Κατάλογος Διαγραμμάτων	XXIII

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Βασικές πληροφορίες για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία	1
1.2.1 Πληθυσμιακά στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία	4
1.2.2 Προσδόκιμο ζωής για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία	8
1.2.3 Βρεφική θνησιμότητα στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	12
1.2.4 Ποσοστά παχυσαρκίας στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	16
1.3 Οικονομικά στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία	19
1.4 Ανακεφαλαίωση	21

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας

2.1 Εισαγωγή	23
2.2 Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας των ΗΠΑ	24
2.2.1 Προστασία των Ασθενών και Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας	24
2.2.2 Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας	40
2.3 Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας της Αυστραλίας	43
2.3.1 Συμφωνία Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων και Αρχές Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας	43
2.3.2 Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας	47

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρηματοδότηση και λειτουργία του συστήματος υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας**

3.1 Εισαγωγή	57
3.2 Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ	58
3.2.1 Δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στις ΗΠΑ	58
3.2.2 Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης στις ΗΠΑ	63
3.2.3 Διευθυνόμενη φροντίδα υγείας, Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών	65
3.3 Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας	68
3.3.1 Δημόσιο σύστημα ασφάλισης στην Αυστραλία	68
3.3.2 Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης στην Αυστραλία	72
3.4 Συγκριτική ανάλυση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας	77
3.5 Ανακεφαλαίωση	80

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συγκριτική ανάλυση των δαπανών για το σύστημα υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας**

4.1 Εισαγωγή	83
4.2 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας	83
4.2.1 Συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	84
4.2.2 Συνολικές και δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	86
4.2.3 Δαπάνες υγείας σύμφωνα με το πλαίσιο λειτουργίας της υγειονομικής περίθαλψης	90
4.2.4 Φαρμακευτικές δαπάνες στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	92
4.2.5 Δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ανάλογα με το είδος χρηματοδότησης στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	95

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

4.2.6 Δαπάνες υγείας που βαραίνουν άμεσα τον ασθενή στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	98
4.2.7 Αμοιβές ιατρών στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	100
4.2.8 Αμοιβές νοσηλευτών στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία	103
4.3 Ανακεφαλαίωση	106

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>109</b>
---------------------	------------

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## **Κατάλογος Πινάκων**

3.1 Ιδιωτική Έκπτωση Ασφάλισης Υγείας που είναι σε ισχύ από 1 <sup>η</sup> Απριλίου 2014	74
3.2 Η Προσαύξηση Τελών Medicare για το οικονομικό έτος 2013-2014	75

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1	Μερίδιο του πληθυσμού ηλικίας 65 και 80 ετών και άνω, 2010 και 2050	6
1.2	Προσδόκιμο ζωής, 1970 και 2011	9
1.3	Προσδόκιμο ζωής κατά φύλο, 2011	10
1.4	Ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, 2011	13
1.5	Νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης για το 2011 και αλλαγή μεταξύ των ετών 1990 και 2011	15
1.6	Παχυσαρκία ενηλίκων, 2011	18
3.1	Οι επιλογές ως ασθενής με ιδιωτική ασφάλιση	70
4.1	Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2011	85
4.2	Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2011	86
4.3	Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας σε πραγματικούς όρους, 2000-2011	89
4.4	Τρέχουσες δαπάνες υγείας σύμφωνα με τη λειτουργία υγειονομικής περίθαλψης, 2011	91
4.5	Δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2011	93
4.6	Μέση ετήσια αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο σε πραγματικούς όρους, 2000-2011	94
4.7	Δαπάνες για την υγεία σύμφωνα με το είδος χρηματοδότησης, 2011	96
4.8	Μερίδιο των δημόσιων δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, 2011	97
4.9	Ιατρικές δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τα νοικοκυριά ως ποσοστό της τελικής τους κατανάλωσης, 2011	99
4.10	Αμοιβές των ιατρών σε σχέση με το μέσο όρο των μισθών, 2011	102
4.11	Αμοιβές των νοσηλευτών σε σχέση με το μέσο όρο των μισθών, 2011	104

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



4.12 Αμοιβές των νοσηλευτών εκφρασμένες σε ένα κοινό νόμισμα, το δολάριο,  
2011

105

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

### 1.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία τα οποία σχετίζονται με τη δημογραφία καθώς και κάποια βασικά οικονομικά στοιχεία. Παράλληλα, γίνεται μία συγκριτική ανάλυση μεταξύ των δύο χωρών αναφορικά με τα στοιχεία αυτά.

Πιο συγκεκριμένα, με τη βοήθεια διαγραμματικής απεικόνισης γίνεται ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων που αφορούν σημαντικά δημογραφικά στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία. Επίσης, παρουσιάζονται ομοιότητες ή διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δημογραφικών και των οικονομικών στοιχείων των δύο χωρών.

Πιο αναλυτικά, γίνεται αναφορά σε βασικές πληροφορίες που αφορούν τις ΗΠΑ και την Αυστραλία, οι οποίες σχετίζονται με την τοποθεσία και την έκταση που καταλαμβάνουν οι δύο χώρες. Επίσης, γίνεται αναφορά στη συγκρότηση του Αμερικανικού και Αυστραλιανού πληθυσμού καθώς και σε στοιχεία που αφορούν το θρήσκευμα και τη γλώσσα των πολιτών των δύο χωρών. Στη συνέχεια, σημαντικά στοιχεία παρατίθενται για το πληθυσμό των δύο χωρών καθώς και για το μέσο ετήσιο αριθμό των γεννήσεων και των θανάτων στις δύο χώρες. Ακόμα, με τη βοήθεια διαγραμματικής απεικόνισης γίνεται ανάλυση για το προσδόκιμο ζωής, για τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και για τα ποσοστά παχυσαρκίας που ισχύουν στις δύο χώρες. Τέλος, παρατίθενται σημαντικά στοιχεία που αφορούν την οικονομία των δύο χωρών τα οποία σχετίζονται με την ανεργία, το πληθωρισμό, το δημόσιο χρέος, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για δαπάνες υγείας κ.ά.

### 1.2 Βασικές πληροφορίες για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία

Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) βρίσκονται στη Βόρεια Αμερικανική ήπειρο. Πρόκειται για μία ομοσπονδιακή δημοκρατία η οποία αποτελείται από 50 πολιτείες και τη περιφέρεια της Κολομβίας. Από τις 50 πολιτείες, οι 48 πολιτείες βρίσκονται μεταξύ του Ατλαντικού και του Ειρηνικού Ωκεανού με κατεύθυνση από τα ανατολικά προς τα δυτικά και συνορεύουν με τον Καναδά στα βόρεια και με το Μεξικό και τον Κόλπο του Μεξικού στα νότια. Οι άλλες δύο πολιτείες είναι η Χαβάη που

βρίσκεται στα μέσα του Ειρηνικού Ωκεανού και η Αλάσκα η οποία βρίσκεται στο βορειοδυτικό άκρο της Αμερικανικής ηπείρου και συνορεύει στα νοτιοανατολικά με τον Καναδά.<sup>1</sup>

Η Αυστραλία ή αλλιώς Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας έχει πρωτεύουσα την Καμπέρα, βρίσκεται στην Ωκεανία μεταξύ του Ινδικού και Νότιου Ειρηνικού Ωκεανού και αποτελεί το μεγαλύτερο από τα κράτη της. Όπως και οι ΗΠΑ αποτελείται από πολιτείες οι οποίες είναι η Νότια και η Δυτική Αυστραλία, η Νότια Τασμανία, η Νότια Νέα Ουαλλία, το Κουινσλάντ και η Βικτώρια.<sup>2</sup>

Αναφορικά με την έκταση, οι ΗΠΑ καταλαμβάνουν τη τρίτη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο, μετά την Ρωσία και τον Καναδά. Συγκεκριμένα, η συνολική έκταση των ΗΠΑ υπολογίζεται σε 9.826.675 τετραγωνικά χιλιόμετρα. Από αυτά τα 9.161.966 τετραγωνικά χιλιόμετρα αποτελούν την έκτασή της σε ξηρά και τα 664.709 τετραγωνικά χιλιόμετρα την έκτασή της σε θάλασσα.<sup>3</sup>

Η Αυστραλία από την άλλη μεριά, καταλαμβάνει την έκτη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο. Η συνολική της έκταση είναι 7.741.220 τετραγωνικά χιλιόμετρα. Από αυτά τα 7.682.300 τετραγωνικά χιλιόμετρα αποτελούν την έκτασή της σε ξηρά και τα 58.920 τετραγωνικά χιλιόμετρα την έκτασή της σε θάλασσα.<sup>4</sup>

Η συγκρότηση του Αμερικανικού πληθυσμού στηρίχθηκε κυρίως στις έννοιες της κοινωνικοπολιτικής ελευθερίας, της ισότητας των πολιτών και των ατομικών δικαιωμάτων. Συγκεκριμένα, ο πληθυσμός των ΗΠΑ αποτελεί ένα συνονθύλευμα εθνικοτήτων όπως είναι οι παλιοί Αμερικανοί, οι “έθνικς”, οι μαύροι, οι ισπανόφωνοι, οι Ινδιάνοι και οι Αμερικανοί ασιατικής καταγωγής. Οι παλιοί Αμερικανοί αναφέρονται στο πληθυσμό των ΗΠΑ ο οποίος συγκροτήθηκε με την άφιξη Ευρωπαίων αποίκων από τα Βρετανικά νησιά αλλά και από χώρες της Δυτικής Ευρώπης μέχρι και το έτος 1860. Οι “έθνικς” αναφέρονται στο πληθυσμό των ΗΠΑ που προήλθε από χώρες της

---

<sup>1</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> και [http://www.livopedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82\\_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82](http://www.livopedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82)

<sup>2</sup><http://www.livopedia.gr/index.php/%CE%91%CF%85%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B1%CE%BB%CE%AF%CE%B1> και <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/as.html>

<sup>3</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> και <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2147rank.html?countryname=United%20States&countrycode=us&regionCode=noa&rank=3#us>

<sup>4</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/as.html> και <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2147rank.html?countryname=Australia&countrycode=as&regionCode=aus&rank=6#as>

Νότιας και της Ανατολικής Ευρώπης με ρωμαιοκαθολικό θρήσκευμα στη πλειοψηφία. Οι μαύροι αποτελούν απογόνους των Αφρικανών σκλάβων και μέχρι το έτος 1863 όπου η δουλεία καταργήθηκε κατευθύνονταν στις νότιες πολιτείες για να δουλέψουν ως εργάτες της γης. Οι ισπανόφωνοι αποτελούν απογόνους των κατοίκων των περιοχών του Μεξικού. Οι αυτόχθονες Ινδιάνοι κατοικούν σε καταυλισμούς που τους δόθηκαν στις Δυτικές πολιτείες, αντιμετωπίζοντας προβλήματα όπως είναι η φτώχεια, η ανεργία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και τα μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας. Τέλος, οι Αμερικανοί ασιατικής καταγωγής ξεχωρίζουν για το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, τα υψηλά εισοδήματα καθώς και την ομοιογένεια που παρουσιάζουν σε οργανωτικό επίπεδο.<sup>5</sup>

Από την άλλη μεριά, ο πληθυσμός της Αυστραλίας αποτελεί επίσης ένα συνονθύλευμα εθνικοτήτων. Συγκεκριμένα, αποτελείται από κατοίκους βρετανικής καταγωγής οι οποίοι αποτελούν και την πλειοψηφία του πληθυσμού, από κατοίκους ευρωπαϊκής καταγωγής όπως Έλληνες, Ιταλούς, Γερμανούς, Γιουγκοσλάβους, από Ασιάτες, από μετανάστες που προέρχονται από την Κίνα και το Βιετνάμ καθώς και από αυτόχθονες αμπορίτζινς (aborigines) οι οποίοι προήλθαν από τη νοτιοανατολική Ασία.<sup>6</sup>

Αναφορικά με τη θρησκεία και τη γλώσσα που μιλούν οι κάτοικοι των ΗΠΑ και της Αυστραλίας ισχύουν τα εξής. Στις ΗΠΑ ως επίσημη γλώσσα του κράτους θεωρείται η αγγλική. Μετά την αγγλική γλώσσα η δεύτερη στη σειρά πιο διαδεδομένη είναι η ισπανική γλώσσα. Άλλες γλώσσες που χρησιμοποιούνται είναι η κινεζική, η ιαπωνική, η κορεάτικη, η γερμανική, η γαλλική, η ιταλική, η βιετναμική, η αραβική, η πορτογαλική η ελληνική, η πολωνική και γλώσσες των αυτόχθονων Ινδιάνων. Στην Αυστραλία από την άλλη μεριά, ως επίσημη γλώσσα του κράτους για τη πλειοψηφία των κατοίκων της χώρας θεωρείται η αγγλική. Άλλες γλώσσες που χρησιμοποιούνται είναι οι γλώσσες που μιλούν οι μειονότητες καθώς και οι 50 διάλεκτοι της γλώσσας των αμπορίτζινς.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup>[http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82\\_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82](http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82)

<sup>6</sup><http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%91%CF%85%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B1%CE%BB%CE%AF%CE%B1>

<sup>7</sup>[http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82\\_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82](http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82) και

<http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%91%CF%85%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B1%CE%BB%CE%AF%CE%B1>

Όσον αφορά τη θρησκεία, στις ΗΠΑ παρατηρείται συνονθύλευμα θρησκευτικών αντιλήψεων. Επικρατούσα θρησκεία θεωρείται ο προτεσταντισμός, παράλληλα όμως κατά τη διάρκεια του 17<sup>ου</sup> αιώνα μέχρι και τον 19<sup>ο</sup> αιώνα υπήρχε ανάπτυξη και άλλων θρησκευμάτων και δογμάτων όπως είναι οι βαπτιστές, οι λουθηρανοί, οι πρεσβυτεριανοί και οι μεθοδιστές. Επίσης, κατά τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα υπήρχε ανάπτυξη δογμάτων όπως είναι ο Μορμονισμός, η Χριστιανική Επιστήμη και η εκκλησία των Αντβεντιστών της Εβδόμης Ημέρας και των Μαρτύρων του Ιεχωβά. Άλλες θρησκείες οι οποίες διαδόθηκαν λόγω της μετανάστευσης ήταν ο ρωμαιοκαθολικισμός, η ορθοδοξία και ο ιουδαϊσμός. Επίσης, υπήρχαν δόγματα τα οποία ήταν μη χριστιανικά όπως ο ισλαμισμός, ο βουδισμός και ο ινδουισμός. Από την άλλη μεριά, στην Αυστραλία το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ακολουθεί τη χριστιανική θρησκεία. Παράλληλα υπάρχουν οι ρωμαιοκαθολικοί, οι αγγλικανοί, οι χριστιανοί άλλων δογμάτων όπως είναι οι συνίτες, οι ορθόδοξοι, οι λουθηρανοί, οι βαπτιστές και οι πρεσβυτεριανοί. Επίσης, υπάρχουν μουσουλμάνοι, εβραίοι, βουδιστές και κάποιοι οι οποίοι δεν επιθυμούν να δηλώσουν θρήσκευμα ή δηλώνουν ότι δεν έχουν θρησκεία.<sup>8</sup>

#### 1.2.1 Πληθυσμιακά στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία

Πληθυσμιακά οι ΗΠΑ κατατάσσονται στη τρίτη ή τέταρτη θέση παγκοσμίως μετά την Κίνα και την Ινδία οι οποίες καταλαμβάνουν τη πρώτη και δεύτερη θέση αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, ο πληθυσμός των ΗΠΑ ανέρχεται σε 318.892.103 κατοίκους τον Ιούλιο του έτους 2014. Ο αριθμός όμως αυτός μεταβάλλεται συνεχώς, διότι υπάρχει μία γέννηση ανά 7 δευτερόλεπτα καθώς και ένας θάνατος ανά 13 δευτερόλεπτα. Επίσης, άλλος ένα παράγοντας που επηρεάζει τη πληθυσμιακή κατάσταση στις ΗΠΑ είναι το ποσοστό των μεταναστών το οποίο μεταβάλλεται και αυτό. Αντίστοιχα, τον Ιούλιο του έτους 2013 ο πληθυσμός στις ΗΠΑ ήταν 316.668.567 κάτοικοι. Ο ρυθμός με τον οποίο αυξήθηκε ο πληθυσμός στις ΗΠΑ το έτος 2013 ήταν 0,9%, ενώ το έτος 2014 ήταν 0,77%.<sup>9</sup> Η πυκνότητα του πληθυσμού είναι 29,13 κάτοικοι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Η συγκεκριμένη πυκνότητα κατοίκησης θεωρείται ότι βρίσκεται σε χαμηλό

<sup>8</sup>[http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82\\_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82](http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82) και <http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%91%CF%85%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B1%CE%BB%CE%AF%CE%B1>

<sup>9</sup><http://www.census.gov/popclock/>, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> και [http://www.indexmundi.com/united\\_states/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/united_states/demographics_profile.html)

επίπεδο, γεγονός το οποίο δηλώνει ότι η χώρα δεν αντιμετωπίζει το φαινόμενο του υπερπληθυσμού.<sup>10</sup>

Αντιθέτως, η Αυστραλία πληθυσμιακά κατατάσσεται στην πεντηκοστή έκτη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο. Συγκεκριμένα, ο πληθυσμός της Αυστραλίας τον Ιούλιο του έτους 2014 ανέρχεται σε 22.507.617 κατοίκους, ενώ τον Ιούλιο του έτους 2013 ήταν 22.262.501 κάτοικοι. Ο ρυθμός με τον οποίο αυξήθηκε ο πληθυσμός το έτος 2013 ήταν 1,11%, ενώ το έτος 2014 ήταν 1,09%.<sup>11</sup> Η πυκνότητα του πληθυσμού είναι 2,37 κάτοικοι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, αριθμός ο οποίος δεν είναι απόλυτα ακριβής διότι η χώρα αποτελείται από πολλές ερήμους. Η συγκεκριμένη πυκνότητα πάντως, δείχνει ότι πρόκειται για μία χώρα η οποία είναι ιδιαίτερα αραιοκατοικημένη.<sup>12</sup>

Στο παρακάτω διάγραμμα γίνεται μία ανάλυση για τα ποσοστά του πληθυσμού που ήταν ηλικίας 65 και 80 ετών και άνω το έτος 2010 καθώς και για τα ποσοστά του πληθυσμού ηλικίας 65 και 80 ετών και άνω που προβλέπεται ότι θα προκύψουν το έτος 2050.

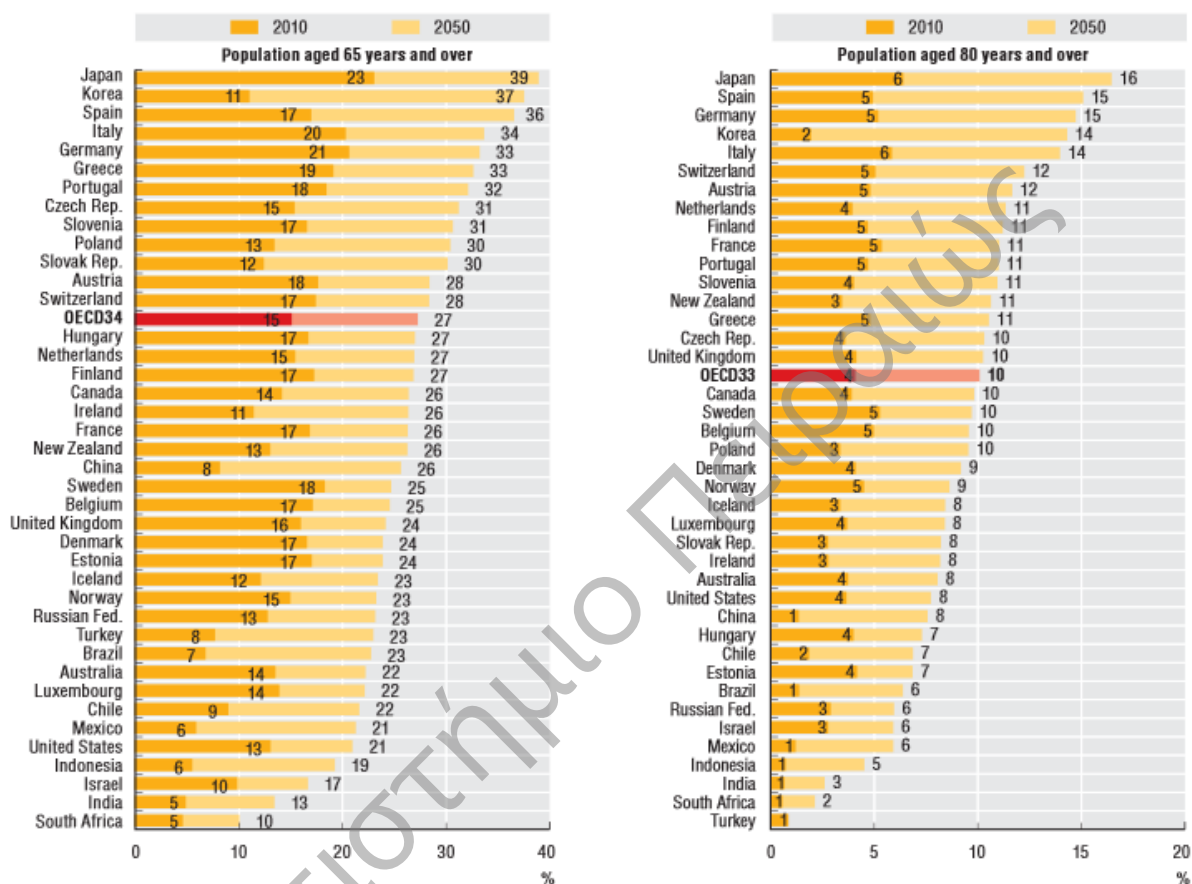
Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.1, στις ΗΠΑ το έτος 2010 το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία 65 ετών και άνω ήταν 13%, ενώ στην Αυστραλία ήταν 14%. Στη περίπτωση του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία 65 ετών και άνω για το ίδιο έτος ήταν 15%. Το ποσοστό αυτό προσεγγίζει το αντίστοιχο ποσοστό τόσο των ΗΠΑ όσο και της Αυστραλίας. Από τη άλλη μεριά, για το έτος 2050 το 21% του πληθυσμού στις ΗΠΑ προβλέπεται να είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, ενώ στην Αυστραλία το ποσοστό του πληθυσμού που θα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω προβλέπεται να φθάσει το 22%. Αντίθετα, κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αναμένεται να φθάσει στο 27%. Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία του Διαγράμματος 1.1 διαπιστώνεται ότι το ποσοστό του πληθυσμού στις ΗΠΑ με ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 65 ετών προσεγγίζει το αντίστοιχο ποσοστό στην Αυστραλία και για τα δύο έτη. Από το Διάγραμμα 1.1 παρατηρείται επίσης ότι το έτος 2050 η γήρανση του πληθυσμού κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ θα αυξηθεί με γρηγορότερους ρυθμούς απ' ότι στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία.

<sup>10</sup>[http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82\\_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82](http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82)

<sup>11</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/as.html> και [http://www.indexmundi.com/australia/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/australia/demographics_profile.html)

<sup>12</sup><http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%91%CF%85%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B1%CE%B%CE%AF%CE%B1>

Συγκεκριμένα, στη περίπτωση των ΗΠΑ η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων με ηλικία 65 ετών και άνω από το έτος 2010 έως το έτος 2050 θα προκύψει λόγω εισροής μεταναστών στη χώρα καθώς και των ποσοστών της γονιμότητας που αναμένεται να αυξηθούν.<sup>13</sup>



Πηγή: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2013

### Διάγραμμα 1.1

#### Μερίδιο του πληθυσμού ηλικίας 65 και 80 ετών και άνω, 2010 και 2050

Από την άλλη μεριά, όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.1, αναφορικά με το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία 80 ετών και άνω για το έτος 2010 τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Αυστραλία ήταν 4%. Το έτος 2050, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία 80 ετών και άνω προβλέπεται να είναι 8% και για τις δύο χώρες. Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι η γήρανση του πληθυσμού αυξήθηκε με τον ίδιο ρυθμό στις δύο χώρες το έτος 2010 και ταυτόχρονα αναμένεται να αυξηθεί επίσης με τον ίδιο

<sup>13</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



ρυθμό και στις δύο χώρες το έτος 2050. Σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ παρατηρείται ότι το έτος 2050 το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία 80 ετών και άνω προβλέπεται να είναι 10% (δηλαδή 2% περισσότερο απ' ό τι στη περίπτωση των ΗΠΑ και της Αυστραλίας), ενώ αντίθετα το έτος 2010 όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.1 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν στο ίδιο επίπεδο με εκείνο των ΗΠΑ και της Αυστραλίας.

Γενικότερα, από τα παραπάνω δεδομένα συμπεραίνεται ότι οι αποκλίσεις μεταξύ των ΗΠΑ και της Αυστραλίας σε ότι αφορά τα ποσοστά του πληθυσμού με ηλικία 65 ετών και άνω είναι ελάχιστες για το έτος 2010 και για το έτος 2050. Σε ότι αφορά τις αποκλίσεις σχετικά με τα ποσοστά του πληθυσμού με ηλικία 80 ετών και άνω στις δύο χώρες, αυτές προβλέπεται να είναι μηδαμινές και για τα δύο έτη.

Σε ότι αφορά τα ποσοστά της γεννητικότητας και των θανάτων ισχύουν τα εξής. Το ποσοστό της γεννητικότητας θεωρείται ότι είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας ο οποίος συντελεί στο καθορισμό του ποσοστού αύξησης του πληθυσμού. Παράλληλα, είναι ένας παράγοντας που εξαρτάται από την ηλικιακή δομή και τα επίπεδα της γονιμότητας. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ αναφορικά με την ηλικιακή δομή, το έτος 2013 και το έτος 2014, το 13,9% του πληθυσμού ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω και το υπόλοιπο ποσοστό ήταν ηλικίας μέχρι 64 ετών. Όσον αφορά το συνολικό ποσοστό της γονιμότητας το έτος 2013 ήταν 2,06 γεννηθέντα παιδιά ανά γυναίκα, ενώ το έτος 2014 ήταν 2,01 γεννηθέντα παιδιά ανά γυναίκα. Ο μέσος ετήσιος αριθμός των γεννήσεων στις ΗΠΑ για το έτος 2014 είναι 13,42 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους, ενώ για το έτος 2013 είναι 13,66 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους. Αντίστοιχα, ο μέσος ετήσιος αριθμός των θανάτων για το έτος 2014 είναι 8,15 θάνατοι ανά 1.000 κατοίκους, ενώ για το έτος 2013 είναι 8,39 θάνατοι ανά 1.000 κατοίκους. Για το έτος 2014, ο μέσος ετήσιος αριθμός τόσο των γεννήσεων όσο και των θανάτων υπολογίζεται μέχρι τα τέλη του πρώτου εξαμήνου. Αντίστοιχα, στην Αυστραλία αναφορικά με την ηλικιακή δομή, το έτος 2013 το 14,7% του πληθυσμού ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω και το υπόλοιπο ποσοστό ήταν ηλικίας μέχρι 64 ετών, ενώ το έτος 2014 το 15,1% του πληθυσμού ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω και το υπόλοιπο ποσοστό ήταν ηλικίας μέχρι 64 ετών. Όσον αφορά το συνολικό ποσοστό γονιμότητας το έτος 2013 και το έτος 2014 ήταν 1,77 γεννηθέντα παιδιά ανά γυναίκα. Ο μέσος ετήσιος αριθμός των γεννήσεων στην Αυστραλία για το έτος 2014 είναι 12,19 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους, ενώ για το έτος 2013 είναι 12,23 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους. Επίσης, ο μέσος ετήσιος αριθμός των

θανάτων στην Αυστραλία για το έτος 2014 είναι 7,07 θάνατοι ανά 1.000 κατοίκους, ενώ για το έτος 2013 είναι 7,01 θάνατοι ανά 1.000 κατοίκους. Για το έτος 2014, ο μέσος ετήσιος αριθμός τόσο των γεννήσεων όσο και των θανάτων υπολογίζεται επίσης μέχρι τα τέλη του πρώτου εξαμήνου.<sup>14</sup>

### 1.2.2 Προσδόκιμο ζωής για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία

Αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής για το σύνολο του πληθυσμού, αλλά και για κάθε φύλο ξεχωριστά, τόσο για τις ΗΠΑ όσο και για την Αυστραλία γίνεται μία ανάλυση σύμφωνα με το Διάγραμμα 1.2 και το Διάγραμμα 1.3.

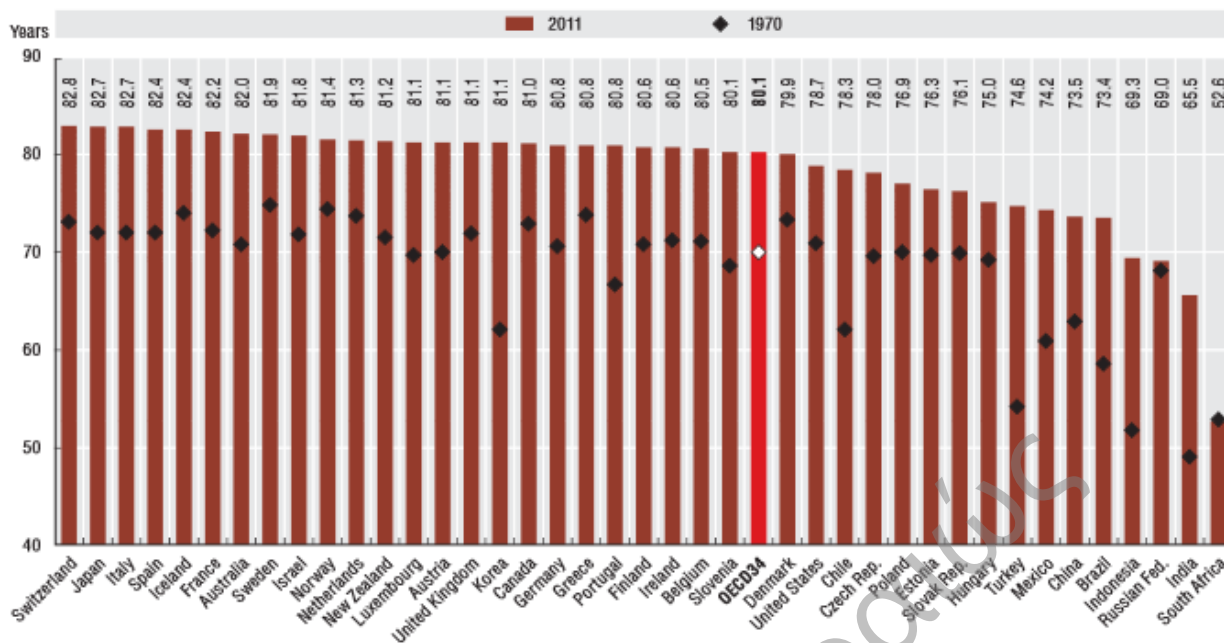
Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.2, το προσδόκιμο ζωής κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2011 υπολογίζεται στα 80,1 χρόνια, σε αντίθεση με το αντίστοιχο προσδόκιμο ζωής για το έτος 1970 το οποίο ήταν περίπου 70 χρόνια. Η αύξηση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε ανάπτυξη του κλάδου της υγείας, βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης για το πληθυσμό των χωρών καθώς και μείωση ιδιαίτερα σημαντικών παραγόντων κινδύνου όπως είναι τα ποσοστά καπνιστών.<sup>15</sup>

Αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής των χωρών των ΗΠΑ και της Αυστραλίας παρατηρούνται τα εξής με βάση το Διάγραμμα 1.2. Το έτος 2011 το προσδόκιμο ζωής στις ΗΠΑ υπολογίζεται στα 78,7 έτη, ενώ στην Αυστραλία στα 82 έτη. Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία που προκύπτουν από το Διάγραμμα 1.2 για το έτος 2011 παρατηρείται ότι ο Αυστραλιανός πληθυσμός σε σχέση με τον Αμερικάνικο πληθυσμό παρουσιάζει μεγαλύτερη μακροζωία λόγω του υψηλότερου προσδόκιμου ζωής. Αντίστοιχα, το έτος 1970 το προσδόκιμο ζωής τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Αυστραλία ήταν λίγο πάνω από τα 70 έτη. Από το Διάγραμμα 1.2 παρατηρείται επίσης ότι οι χώρες με το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής για το έτος 2011 είναι πρώτα η Ελβετία και μετά η Ιαπωνία και η Ιταλία. Αντίστοιχα, οι χώρες με το μικρότερο προσδόκιμο ζωής για το ίδιο έτος ήταν η Ινδία και η Νότια Αφρική.

---

<sup>14</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>,  
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/as.html>,  
[http://www.indexmundi.com/united\\_states/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/united_states/demographics_profile.html),  
[http://www.indexmundi.com/australia/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/australia/demographics_profile.html),  
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/docs/notesanddefs.html?fieldkey=2054&alphaletter=B&term=Birth%20rate> και  
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/docs/notesanddefs.html?fieldkey=2066&alphaletter=D&term=Death%20rate>

<sup>15</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank for non-OECD countries

### Διάγραμμα 1.2

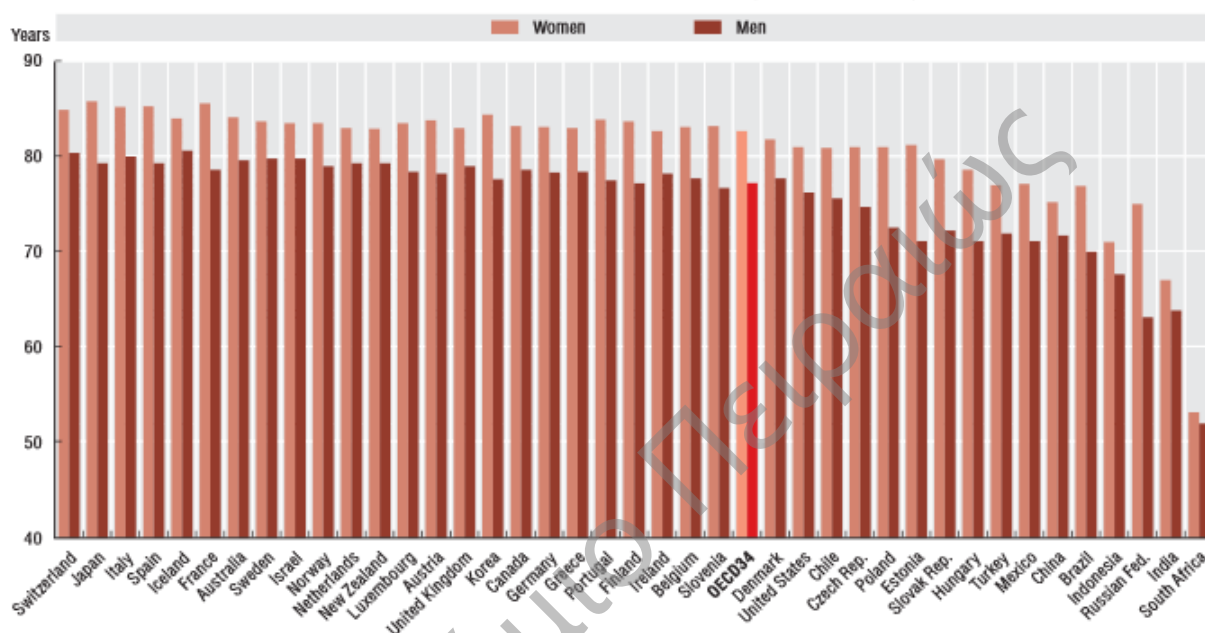
#### Προσδόκιμο ζωής, 1970 και 2011

Οι δαπάνες για την υγεία στην Αυστραλία το έτος 2011 βρίσκονται σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από εκείνο των δαπανών υγείας στις ΗΠΑ. Παρ' όλα αυτά όμως, η Αυστραλία κατέχει υψηλότερο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τις ΗΠΑ. Συγκεκριμένα, οι συνολικές δαπάνες στις ΗΠΑ το έτος 2011 ήταν 8.508 δολάρια, ενώ στην Αυστραλία το έτος 2010 ήταν 3.800 δολάρια.<sup>16</sup> Αντίστοιχα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω το προσδόκιμο ζωής στις ΗΠΑ το έτος 2011 ήταν 78,7 χρόνια, ενώ στην Αυστραλία 82 χρόνια. Η Αυστραλία λοιπόν αποτελεί μία χώρα η οποία παρουσιάζει υψηλό προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τις ΗΠΑ και το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ το έτος 2011.

Οι λόγοι για τους οποίους στις ΗΠΑ το προσδόκιμο ζωής βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με την Αυστραλία, αλλά και με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, είναι οι εξής. Στις ΗΠΑ, το σύστημα υγείας διαθέτει ελάχιστους πόρους που να διοχετεύονται στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Επιπρόσθετα, οι ΗΠΑ αποτελούν μία χώρα η οποία παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας λόγω της περισσότερης κατανάλωσης θερμίδων,

<sup>16</sup>OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

περισσότερους θανάτους από τροχαία ατυχήματα καθώς και υψηλότερα ποσοστά ανθρωποκτονιών. Τέλος, οι ΗΠΑ είναι μία χώρα η οποία σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζει υψηλά ποσοστά φτώχειας και πολλές εισοδηματικές ανισότητες με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να είναι χωρίς ασφαλιστική κάλυψη.<sup>17</sup>



Note: Countries are ranked in descending order of life expectancy for the whole population.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank for non-OECD countries

### Διάγραμμα 1.3

#### Προσδόκιο ζωής κατά φύλο, 2011

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.3, το προσδόκιο ζωής σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ του ανδρικού και του γυναικείου φύλου. Συγκεκριμένα, το προσδόκιο ζωής το έτος 2011 κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 77,3 χρόνια για τους άνδρες και 82,8 χρόνια για τις γυναίκες. Η μεγάλη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες σε ότι αφορά το προσδόκιο ζωής στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ αυξήθηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και μέχρι το μέσο της δεκαετίας του 1980. Από την άλλη μεριά όμως, τα τελευταία 25 χρόνια η διαφορά που υπάρχει μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφορικά με το προσδόκιο ζωής έχει περιοριστεί και μάλιστα κυρίως προς όφελος

<sup>17</sup>National Research Council and Institute of Medicine (2013)

του ανδρικού φύλου. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με έναν πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου όπως είναι το κάπνισμα παρατηρείται περιορισμός στα ποσοστά θνησιμότητας του ανδρικού φύλου τα οποία αφορούν σε καρδιαγγειακά νοσήματα.<sup>18</sup>

Από το Διάγραμμα 1.3 παρατηρείται ότι στις ΗΠΑ το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες το έτος 2011 είναι κάτω από 80 χρόνια και πιο συγκεκριμένα γύρω στα 75 χρόνια, ενώ για τις γυναίκες είναι πάνω από 80 χρόνια. Από την άλλη μεριά στην Αυστραλία, το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες το έτος 2011 υπολογίζεται ότι είναι λίγο μικρότερο από 80 χρόνια, ενώ για τις γυναίκες υπολογίζεται ότι είναι περίπου 85 χρόνια. Από το ανωτέρω διάγραμμα παρατηρείται επίσης ότι οι χώρες με το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες είναι η Ιαπωνία και η Γαλλία, ενώ για τους άνδρες είναι η Ελβετία και η Ισλανδία. Αντιθέτως, η χώρα με το μικρότερο προσδόκιμο ζωής τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες είναι η Νότια Αφρική.

Σε σχέση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.3 διαπιστώνονται τα εξής. Στις ΗΠΑ, το προσδόκιμο ζωής τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες υπολογίζεται ότι είναι λίγο μικρότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.<sup>19</sup> Στην Αυστραλία αντιθέτως, το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες είναι λίγο παραπάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για τις γυναίκες, ενώ το προσδόκιμο ζωής για τους άντρες είναι αρκετά μεγαλύτερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για τους άνδρες χωρίς όμως να υπάρχει τεράστια απόκλιση.

Για το έτος 2013, το προσδόκιμο ζωής για το σύνολο του πληθυσμού στις ΗΠΑ υπολογίζεται στα 78,62 χρόνια, με τους άντρες να έχουν προσδόκιμο ζωής 76,19 χρόνια και τις γυναίκες 81,17 χρόνια. Αντίστοιχα για την Αυστραλία, το προσδόκιμο ζωής για το σύνολο του πληθυσμού υπολογίζεται στα 81,98 χρόνια, με τους άντρες να έχουν προσδόκιμο ζωής 79,55 χρόνια και τις γυναίκες 84,54 χρόνια.<sup>20</sup>

Για το έτος 2014, το προσδόκιμο ζωής για το σύνολο του πληθυσμού στις ΗΠΑ υπολογίζεται στα 79,56 χρόνια, με τους άντρες να έχουν προσδόκιμο ζωής 77,11 χρόνια και τις γυναίκες 81,94 χρόνια. Για την Αυστραλία από την άλλη μεριά, το προσδόκιμο ζωής για το πληθυσμό της χώρας το ίδιο έτος είναι 82,07 χρόνια, γεγονός που την κατατάσσει στη δέκατη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο μεταξύ των χωρών εκείνων που

---

<sup>18</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>19</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>20</sup>[http://www.indexmundi.com/united\\_states/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/united_states/demographics_profile.html) και  
[http://www.indexmundi.com/australia/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/australia/demographics_profile.html)

έχουν υψηλό προσδόκιμο ζωής. Πιο συγκεκριμένα, για τους άντρες το προσδόκιμο ζωής είναι 79,63 χρόνια και για τις γυναίκες 84,64 χρόνια.<sup>21</sup>

### 1.2.3 Βρεφική θνησιμότητα στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία

Αναφορικά με τα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία καθώς και στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ παρέχονται σημαντικές πληροφορίες οι οποίες προκύπτουν βάση του Διαγράμματος 1.4 και του Διαγράμματος 1.5.

Ως ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας αναφέρεται ο αριθμός των θανάτων των παιδιών με ηλικία μικρότερη από ένα έτος και εκφράζεται ανά 1.000 γεννήσεις. Από την άλλη μεριά, η νεογνική θνησιμότητα αναφέρεται στα παιδιά εκείνα που πεθαίνουν κατά τη χρονική διάρκεια των τεσσάρων πρώτων εβδομάδων της ζωής τους, ενώ η μετανεογνική θνησιμότητα αναφέρεται στα παιδιά εκείνα που πεθαίνουν κατά τη χρονική διάρκεια του δεύτερου έως και του δωδέκατου μήνα της ζωής τους.<sup>22</sup>

Γενικά, η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί έναν πολύ σημαντικό δείκτη ο οποίος δείχνει τις επιπτώσεις που προκαλούν οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στην υγεία των μητέρων και των νεογέννητων παιδιών τους και κατ' επέκταση το πόσο αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα υγείας της κάθε χώρας.<sup>23</sup>

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1.4, για το έτος 2011 κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ η βρεφική θνησιμότητα υπολογίζεται στους 4,1 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις. Η χώρα με τη χαμηλότερη βρεφική θνησιμότητα είναι η Ισλανδία, ενώ την υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα για το έτος 2011 παρουσιάζει η Ινδία με 47,2 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις.

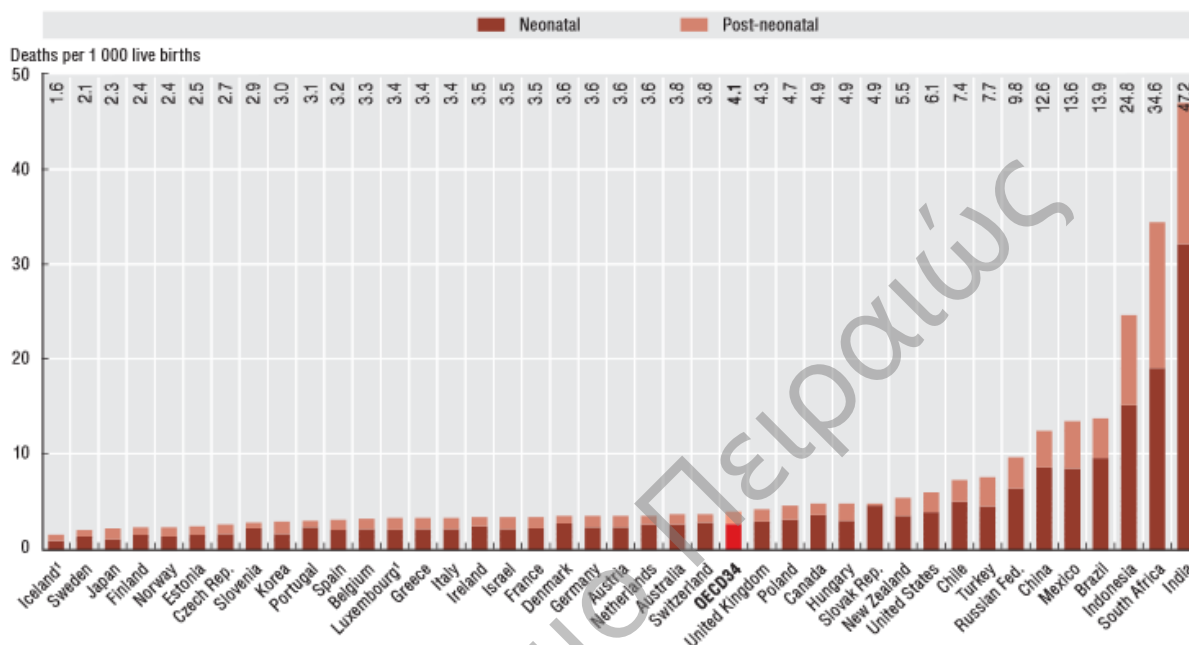
Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.4, στις ΗΠΑ για το έτος 2011 η βρεφική θνησιμότητα είναι πάνω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και υπολογίζεται σε 6,1 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις, ενώ στην Αυστραλία η βρεφική θνησιμότητα είναι κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και υπολογίζεται σε 3,8 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις. Σύμφωνα λοιπόν με τα ανωτέρω στοιχεία διαπιστώνεται ότι στις ΗΠΑ ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν και είναι ηλικίας μικρότερης του ενός έτους είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αριθμό στην Αυστραλία. Πιο συγκεκριμένα, η διαφορά μεταξύ της βρεφικής

<sup>21</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> και <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/as.html>

<sup>22</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>23</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

θνησιμότητας στις ΗΠΑ και της βρεφικής θνησιμότητας στην Αυστραλία είναι 2,3 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις. Από το Διάγραμμα 1.4 παρατηρείται επίσης ότι τόσο η νεογνική όσο και η μετανεογνική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις ΗΠΑ απ' ό τι στην Αυστραλία.



1. Three-year average (2009-11).

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank for non-OECD countries

### Διάγραμμα 1.4

#### Ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, 2011

Σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, οι υψηλότερες δαπάνες που αφορούν το τομέα της υγείας σχετίζονται και με μικρότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας. Παρ' όλα αυτά όμως, υπάρχουν κάποιες χώρες οι οποίες παρ' όλο που διαθέτουν υψηλές δαπάνες στο τομέα της υγείας δεν παρουσιάζουν απαραίτητα και χαμηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας.<sup>24</sup> Συγκεκριμένα, οι ΗΠΑ διαθέτουν το έτος 2011 το 17,7% του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας, ενώ η Αυστραλία διαθέτει το έτος 2010

<sup>24</sup>Retzlaff-Roberts *et. al.* (2004)

ένα μικρότερο ποσοστό το οποίο είναι της τάξης του 8,9% του ΑΕΠ.<sup>25</sup> Παρ' όλα αυτά όμως η Αυστραλία έχει χαμηλότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας απ' ότι οι ΗΠΑ.

Ο λόγος για τους οποίους στις ΗΠΑ τα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλά σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ είναι αφενός οι πρόωροι τοκετοί και αφετέρου η γέννηση παιδιών με χαμηλό βάρος. Σημαντικές αποκλίσεις παρουσιάζονται στα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας και μεταξύ των διάφορων φυλετικών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, για το έτος 2010, το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας για τις Αφροαμερικανές και τις λευκές γυναίκες ήταν 11,6% και 5,2% αντίστοιχα.<sup>26</sup>

Εξάλλου, οι ΗΠΑ είναι μία χώρα η οποία εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά καταγεγραμμένης βρεφικής θνησιμότητας τα οποία προέρχονται από τα βρέφη με βάρος μικρότερο από 500 γραμμάρια με ελάχιστες πιθανότητες να επιζήσουν.<sup>27</sup>

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO) το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση αναφέρεται στα νεογνά τα οποία έχουν βάρος κατά τη γέννησή τους μικρότερο από 2.500 γραμμάρια. Συγκεκριμένα, υπάρχουν δύο κατηγορίες περιπτώσεων χαμηλού βάρους γέννησης. Η πρώτη αναφέρεται στα βρέφη εκείνα που γεννιούνται με χαμηλό βάρος λόγω της περιορισμένης ανάπτυξής τους και η δεύτερη αναφέρεται στα βρέφη εκείνα που έχουν χαμηλό βάρος λόγω της πρόωρης γέννησής τους. Γενικότερα, τα παιδιά που γεννιούνται με χαμηλό βάρος χρήζουν από μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης είναι περισσότερο πιθανό να αποκτήσουν κάποιου είδους αναπηρία και να εκτεθούν σε κινδύνους οι οποίοι σχετίζονται με την υγεία τους ή ακόμα και με το θάνατο.<sup>28</sup>

Οι σχετικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε περιπτώσεις γεννήσεων με χαμηλό βάρος είναι οι κακές διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοολούχων ποτών, το κάπνισμα, η δυσμενής κοινωνική και η οικονομική κατάσταση, ο χαμηλός δείκτης της μάζας του σώματος, η τεχνητή γονιμοποίηση, κ.ά.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup>OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database) και [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-2013-2\\_hlthxp-total-table-2013-2-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-2013-2_hlthxp-total-table-2013-2-en)

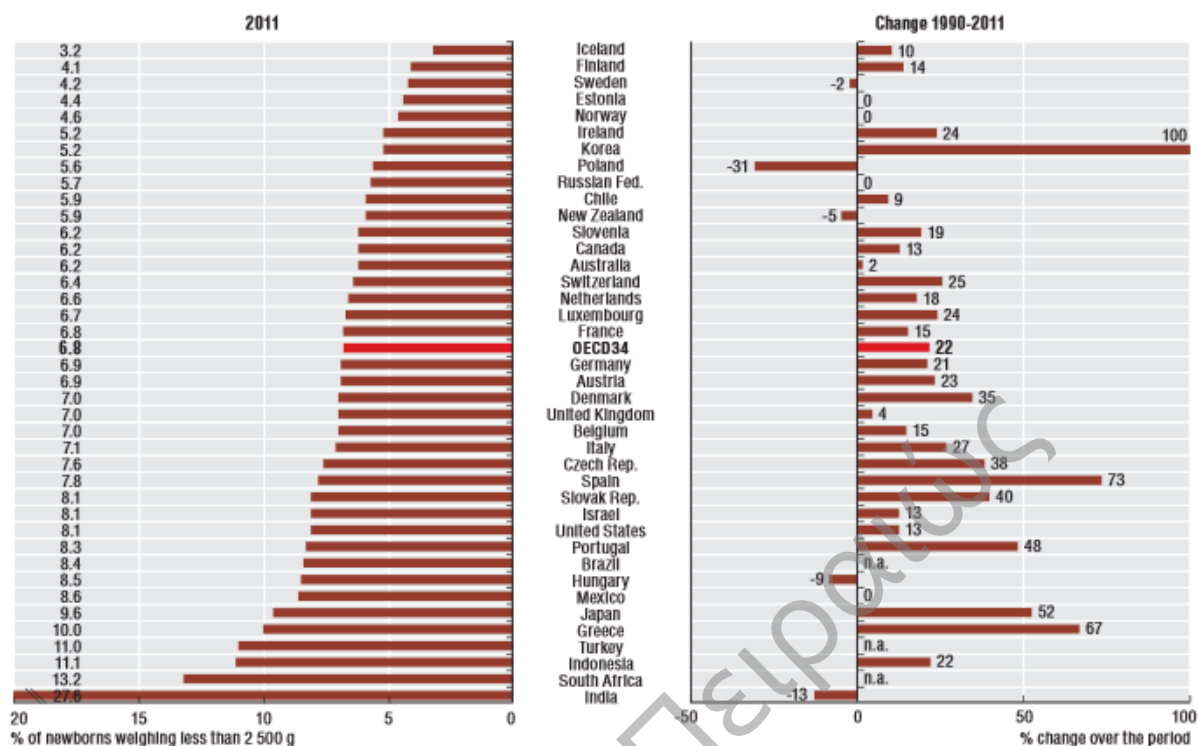
<sup>26</sup>NCHS (2013)

<sup>27</sup>Joseph *et. al.* (2012)

<sup>28</sup>UNICEF and WHO (2004)

<sup>29</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)





Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank and WHO for key partners

### Διάγραμμα 1.5

#### Νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης για το 2011 και αλλαγή μεταξύ των ετών 1990 και 2011

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1.5, για το έτος 2011 το 6,8% των γεννήσεων (και πιο συγκεκριμένα με απόλυτους αριθμούς 1 στα 15 μωρά στις χώρες του ΟΟΣΑ) γεννήθηκαν με βάρος μικρότερο από 2.500 γραμμάρια.<sup>30</sup> Στην περίπτωση των ΗΠΑ, το 8,1% των νεογνών γεννήθηκαν με βάρος μικρότερο από 2.500 γραμμάρια, ποσοστό το οποίο είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Όσον αφορά την Αυστραλία, το ποσοστό των νεογνών που γεννήθηκαν με βάρος μικρότερο από 2.500 γραμμάρια υπολογίζεται στο 6,2%, ποσοστό το οποίο είναι μικρότερο από το αντίστοιχο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Σε σχέση όμως με το αντίστοιχο ποσοστό των ΗΠΑ υπάρχει διαφορά της τάξης του 1,9% χωρίς όμως να υπάρχει πολύ μεγάλη απόκλιση. Από το Διάγραμμα 1.5 παρατηρείται επίσης ότι μεταξύ

<sup>30</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

των ετών 1990 έως 2011, στις ΗΠΑ το ποσοστό των νεογνών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος έχει αυξηθεί κατά 13% ενώ στην Αυστραλία μόνο κατά 2%.

Οι διαφορές αυτές που υπάρχουν στα ποσοστά των νεογνών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος προκύπτουν από το γεγονός ότι οι πληθυσμιακές ομάδες των χωρών έχουν διαφορετικό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο, εντάσσονται σε διαφορετικές εισοδηματικές τάξεις και γενικότερα παρουσιάζουν ένα διαφορετικό επίπεδο συνθηκών διαβίωσης. Στην περίπτωση των ΗΠΑ παρατηρούνται έντονες διακυμάνσεις μεταξύ των φυλετικών ομάδων αναφορικά με το ποσοστό των νεογνών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό για το έτος 2010 είναι πολύ μεγαλύτερο για τα μαύρα βρέφη (13,2%) σε σύγκριση με τα λευκά βρέφη (7,1%).<sup>31</sup>

Όσον αφορά τη περίπτωση της Αυστραλίας, οι λόγοι για τους οποίους έχουν παρατηρηθεί διαφορές στα ποσοστά των νεογνών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος μεταξύ των ιθαγενών αλλά και των μη αυτόχθονων πληθυσμών είναι παρόμοιοι.<sup>32</sup>

Επιπρόσθετα, ένας άλλος λόγος για τον οποίο παρουσιάζονται διαφορές στα ποσοστά των νεογνών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος αφορά το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό στις ΗΠΑ για το έτος 2010 υπολογίζεται σε 12% για τις γυναίκες οι οποίες καπνίζουν, ενώ αντίθετα για τις γυναίκες οι οποίες δεν καπνίζουν το αντίστοιχο ποσοστό υπολογίζεται σε 7,4%.<sup>33</sup>

#### 1.2.4 Ποσοστά παχυσαρκίας στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία

Η παχυσαρκία ορίζεται ως το υπερβολικό βάρος το οποίο προκαλεί σοβαρά προβλήματα υγείας εξαιτίας των υψηλών ποσοστών σωματικού λίπους. Ο δείκτης μάζας σώματος αποτελεί ένα μέτρο το οποίο αξιολογεί το βάρος του ατόμου σε σχέση με το ύψος του.<sup>34</sup>

Σύμφωνα με τη ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα ενήλικα άτομα τα οποία έχουν δείκτη μάζας σώματος 25 με 30 κατατάσσονται στη κατηγορία των ατόμων με υπερβολικό βάρος, ενώ τα άτομα εκείνα με δείκτη μάζας σώματος 30 και άνω κατατάσσονται στα παχύσαρκα άτομα.<sup>35</sup>

---

<sup>31</sup>NCHS (2013)

<sup>32</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>33</sup>NCHS (2013)

<sup>34</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>35</sup>WHO (2000)

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν δύο πολύ σημαντικά προβλήματα διότι ελλοχεύουν κινδύνους για τη δημόσια υγεία των πολιτών και ταυτόχρονα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν σε θνησιμότητα. Η παχυσαρκία συγκεκριμένα, αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου ο οποίος ευθύνεται για προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία των ανθρώπων όπως είναι η υπέρταση, ο διαβήτης, τα υψηλά ποσοστά χοληστερόλης, προβλήματα του αναπνευστικού, καρδιαγγειακές παθήσεις, μυοσκελετικές ασθένειες, κ.ά.<sup>36</sup>

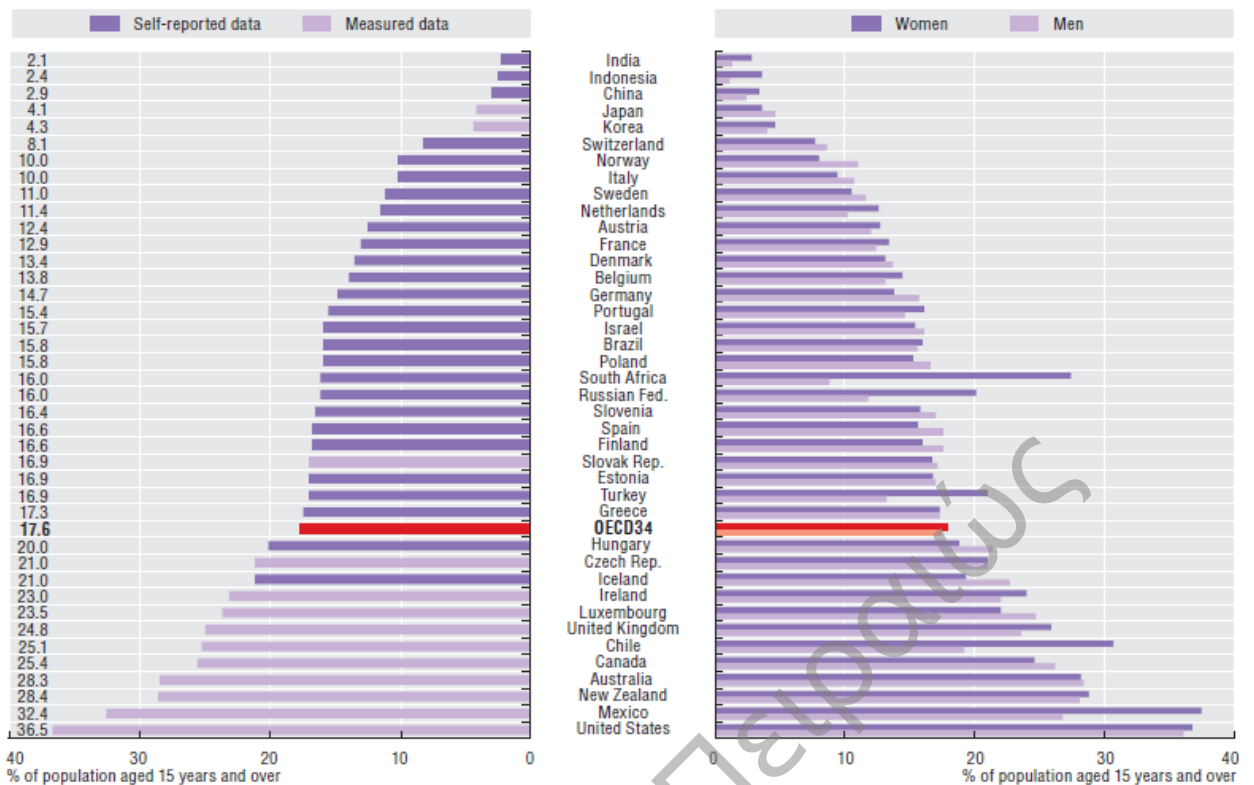
Τα ποσοστά της παχυσαρκίας που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 1.6 υπολογίζονται για τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ με βάση εκτιμήσεις του βάρους και του ύψους που προκύπτουν από επιστημονικές έρευνες και συνεντεύξεις οι οποίες σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού. Αντιθέτως, το ένα τρίτο των χωρών του ΟΟΣΑ χρησιμοποιεί μετρήσιμες εκτιμήσεις που προκύπτουν από ιατρικές εξετάσεις για τον υπολογισμό των ποσοστών παχυσαρκίας.<sup>37</sup>

Στο αριστερό μέρος του Διαγράμματος 1.6 παρατηρείται ότι τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Αυστραλία τα ποσοστά της παχυσαρκίας υπολογίζονται σύμφωνα με μετρήσιμες εκτιμήσεις οι οποίες προκύπτουν από ιατρικές εξετάσεις οι οποίες θεωρούνται πιο αξιόπιστες. Συγκεκριμένα, για τις ΗΠΑ το 36,5% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω είναι παχύσαρκο, ενώ στην Αυστραλία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 28,3%. Από το Διάγραμμα 1.6 παρατηρείται επίσης ότι οι ΗΠΑ παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ που αφορά σε άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω. Επιπρόσθετα, η Αυστραλία κατέχει την τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ με το υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας για άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω.

---

<sup>36</sup>Sassi (2010)

<sup>37</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; national sources for non-OECD countries

### Διάγραμμα 1.6 Παχυσαρκία ενηλίκων, 2011

Στο δεξιό μέρος του Διαγράμματος 1.6 παρατηρούνται τα ποσοστά παχυσαρκίας που αντιστοιχούν στους άνδρες και στις γυναίκες. Στις ΗΠΑ πάνω από το 35% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε φύλο είναι παχύσαρκο, ενώ στην Αυστραλία το αντίστοιχο ποσοστό για κάθε φύλο είναι λιγότερο από 30%. Από το Διάγραμμα 1.6 παρατηρείται επίσης ότι τόσο οι ΗΠΑ όσο και η Αυστραλία παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας αναφορικά και για τα δύο φύλα σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Γενικότερα, η αύξηση της παχυσαρκίας έχει σημαντικές επιπτώσεις σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες των χωρών, χωρίς να παίζει ρόλο το φύλο, η ηλικία, η εισοδηματική κατάσταση καθώς και το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ατόμου. Οι επιπτώσεις όμως αυτές που προκύπτουν από την αύξηση της παχυσαρκίας επιδρούν επάνω στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού των χωρών με διαφορετικό τρόπο. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία μεταξύ των ασθενέστερων ομάδων τόσο

σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, αλλά και μεταξύ των γυναικών, το φαινόμενο της παχυσαρκίας είναι περισσότερο έντονο.<sup>38</sup>

### 1.3 Οικονομικά στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία

Οι ΗΠΑ θεωρούνται η πιο ανεπτυγμένη χώρα και αποτελούν τη μεγαλύτερη δύναμη σε παγκόσμιο επίπεδο τόσο από οικονομική όσο και από τεχνολογική άποψη. Παράλληλα, οι ΗΠΑ αποτελούν παγκοσμίως, από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, τη μεγαλύτερη βιομηχανική δύναμη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ΗΠΑ είναι μία χώρα η οποία εκμεταλλεύεται και αξιοποιεί με αποδοτικό τρόπο το φυσικό της πλούτο και τις ευκαιρίες που τις προσφέρει ο τριτογενής τομέας. Παρά το γεγονός ότι οι ΗΠΑ αποτελούν μόλις το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού, συμμετέχουν στη παραγωγική διαδικασία παράγοντας περίπου το 1/3 των συνολικών αγαθών που διατίθενται στη παγκόσμια οικονομία, καθώς και το 1/3 των βιομηχανικών προϊόντων. Εκτός όμως από το τριτογενή τομέα δραστηριοποιείται και στο χώρο του πρωτογενούς τομέα συμμετέχοντας με το 50% της παραγωγής καλαμποκιού και με άνω του 10% της παραγωγής σιταριού παγκοσμίως. Σε ότι αφορά τα επίπεδα της ανεργίας και του δημόσιου χρέους ισχύουν τα εξής. Το ποσοστό του εργατικού δυναμικού που ήταν άνεργο το έτος 2013 ήταν 7,3%, ενώ το έτος 2012 8,1%. Το δημόσιο χρέος το έτος 2013 υπολογίζεται στο 71,8% του ΑΕΠ και το έτος 2012 στο 70% του ΑΕΠ. Ο πληθωρισμός ήταν 1,5% το έτος 2013 και 2,1% το έτος 2012. Αναφορικά με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης, για το έτος 2013, αυτό υπολογίζεται ότι έφτασε τα 16,72 τρισεκατομμύρια δολάρια οδηγώντας τις ΗΠΑ στη πρώτη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο. Για τα έτη 2012 και 2011, το ΑΕΠ σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης ήταν 16,47 τρισεκατομμύρια δολάρια και 16,02 τρισεκατομμύρια δολάρια αντίστοιχα. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης, για το έτος 2013 υπολογίζεται στα 52.800 δολάρια, το έτος 2012 στα 52.400 δολάρια και το έτος 2011 στα 51.400 δολάρια. Αντίστοιχα, ο ρυθμός με τον οποίο αυξάνεται το ΑΕΠ είναι 1,6% το έτος 2013, 2,8% το έτος 2012 και 1,8% το έτος 2011.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup>Sassi *et. al.* (2009)

<sup>39</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> και <http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82.%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82.%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82>

Η Αυστραλία από την άλλη μεριά, είναι μία χώρα η οποία θεωρείται ιδιαίτερα ευκατάστατη από οικονομικής απόψεως καθώς βρίσκεται ανάμεσα στις είκοσι πρώτες αναπτυγμένες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η Αυστραλία είναι μία χώρα η οποία δραστηριοποιείται κυρίως στο χώρο του πρωτογενούς τομέα, αλλά παρ' όλα αυτά εκμεταλλεύεται και αξιοποιεί, όπως και οι ΗΠΑ, τους πόρους που βρίσκονται στο υπέδαφός της και παράλληλα επεκτείνεται στη βιομηχανική παραγωγή και παρουσιάζει ανάπτυξη στο τριτογενή τομέα. Επιπρόσθετα, πρόκειται για μία χώρα η οποία διαθέτει χαμηλά επίπεδα ανεργίας, δημόσιου χρέους, πληθωρισμού καθώς και ένα σταθερό χρηματοπιστωτικό σύστημα. Σε ότι αφορά τα επίπεδα της ανεργίας και του δημόσιου χρέους ισχύουν τα εξής. Το ποσοστό του εργατικού δυναμικού που ήταν άνεργο το έτος 2013 ήταν 5,7% και το έτος 2012 5,2%. Το δημόσιο χρέος το έτος 2013 υπολογίζεται στο 32,6% του ΑΕΠ και το έτος 2012 στο 32,4% του ΑΕΠ. Ο πληθωρισμός υπολογίζεται στο 2,4% για το έτος 2013 και στο 1,8% για το έτος 2012. Όσον αφορά το ΑΕΠ σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης, για το έτος 2013, αυτό υπολογίζεται ότι έφτασε τα 998,3 δισεκατομμύρια δολάρια κατατάσσοντας την Αυστραλία στην δέκατη όγδοη θέση παγκοσμίως. Για τα έτη 2012 και 2011, το ΑΕΠ σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης ήταν 974,2 δισεκατομμύρια δολάρια και 939,7 δισεκατομμύρια δολάρια αντίστοιχα. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης, για το έτος 2013 υπολογίζεται στα 43.000 δολάρια, το έτος 2012 στα 42.500 δολάρια και το έτος 2011 στα 41.700 δολάρια. Αντίστοιχα, ο ρυθμός με τον οποίο αυξάνεται το ΑΕΠ είναι 2,5% το έτος 2013, 3,7% το έτος 2012 και 2,4% το έτος 2011.<sup>40</sup>

Οι ΗΠΑ σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο δαπάνησε τα περισσότερα χρήματα για παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και υγειονομική περίθαλψη ανά άτομο το έτος 2011. Οι ΗΠΑ επίσης ήταν η μόνη χώρα που διέθεσε ένα αρκετά μεγάλο μέρος του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας τόσο το έτος 2010 όσο και το έτος 2011. Συγκεκριμένα, το έτος 2011 οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες ήταν 8.508 δολάρια, ενώ οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αντιπροσώπευαν το 17,7% και τα δύο έτη (2010 και 2011). Όσον αφορά την

---

<sup>40</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/as.html> και <http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%91%CF%85%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B1%CE%BB%CE%AF%CE%B1>

Αυστραλία, το έτος 2010 οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες ήταν 3800 δολάρια, ενώ οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αντιπροσώπευαν το 8,9%.<sup>41</sup>

Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία αυτά συμπεραίνεται ότι οι ΗΠΑ σε σχέση με την Αυστραλία αφιερώνουν περισσότερα χρήματα τόσο σε κατά κεφαλήν επίπεδο όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ προκειμένου να χρηματοδοτήσουν τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών τους.

#### **1.4 Ανακεφαλαίωση**

Στην ενότητα αυτή αναφέρονται σύντομα τα όσα παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν στις προηγούμενες ενότητες σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα σημαντικά οικονομικά στοιχεία που αφορούν τις ΗΠΑ και την Αυστραλία.

Αρχικά, γίνεται μία σύντομη αναφορά για την τοποθεσία και την έκταση που καταλαμβάνουν οι ΗΠΑ και η Αυστραλία καθώς και για θέματα τα οποία αφορούν τον τρόπο με τον οποίο συγκροτήθηκε ο Αμερικάνικος και ο Αυστραλιανός πληθυσμός, τη θρησκεία και τη γλώσσα των πολιτών.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται και αναλύονται με τη βοήθεια διαγραμματικής απεικόνισης σημαντικά δημογραφικά και άλλα στοιχεία τα οποία αφορούν τη πληθυσμιακή κατάσταση, το προσδόκιμο ζωής των πολιτών συνολικά και κατά φύλο, τη βρεφική θνησιμότητα και τα ποσοστά παχυσαρκίας που ισχύουν στις ΗΠΑ και την Αυστραλία. Επίσης, δίνονται σημαντικές πληροφορίες οι οποίες σχετίζονται με το ποσοστό γεννητικότητας και το ποσοστό των θανάτων και για τις δύο χώρες. Παράλληλα, γίνεται μία σύγκριση μεταξύ των δύο χωρών αναφορικά με τα στοιχεία αυτά.

Τέλος, παρουσιάζονται σύντομα κάποια σημαντικά οικονομικά στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία, όπως είναι τα επίπεδα ανεργίας και δημόσιου χρέους, ο πληθωρισμός, το ΑΕΠ καθώς και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Μετά την παρουσίαση των οικονομικών δεδομένων που επικρατούν και στις δύο χώρες συμπεραίνεται ότι οι ΗΠΑ διαθέτουν γενικότερα περισσότερα χρήματα για δαπάνες υγείας σε σύγκριση με την Αυστραλία.

---

<sup>41</sup>OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database), [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-2013-2\\_hlthxp-total-table-2013-2-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-2013-2_hlthxp-total-table-2013-2-en) και OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

#### 2.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται μεταρρυθμίσεις οι οποίες έχουν διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στη βελτίωση του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν τα συστήματα υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας.

Πιο συγκεκριμένα, γίνεται εξέταση των βασικότερων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, τόσο από τη πλευρά της κυβέρνησης των ΗΠΑ όσο και από αυτήν της κυβέρνησης της Αυστραλίας, δίνοντας έμφαση στα κύρια σημεία τους. Οι μεταρρυθμίσεις που θα εξεταστούν είναι η Προστασία των Ασθενών και η Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) και η Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας (Health Care and Education Reconciliation Act) για τις ΗΠΑ. Αντίστοιχα για την Αυστραλία, θα εξεταστούν η Συμφωνία Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων (National Health and Hospitals Network Agreement), οι Αρχές Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας (Heads of Agreement on National Health Reform), η Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας (National Health Reform Agreement), η Συμφωνία Εθνικής Περίθαλψης του 2011 (National Healthcare Agreement 2011) και η Εθνική Συμφωνία για τη Βελτίωση των Υπηρεσιών των Δημόσιων Νοσοκομείων (National Partnership Agreement on Improving Public Hospitals Services).

Πιο αναλυτικά, το περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων των ΗΠΑ αφορά τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες, τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, την ασφαλιστική κάλυψη νέων παιδιών, ανασφάλιστων ατόμων και ατόμων που πάσχουν από ιατρικές παθήσεις, τις φορολογικές ελαφρύνσεις, την επιβολή φόρων όπου κρίνεται απαραίτητο, τη δημόσια υγεία, τις προληπτικές υπηρεσίες υγείας, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα δημόσια προγράμματα Medicare, Medicaid και το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών (Children's Health Insurance Program, CHIP), κ.ά. Αντίστοιχα, το περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων της Αυστραλίας αφορά τη βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων, τη πρόληψη, την ηλεκτρονική υγεία, τη ψυχική υγεία, τη πρωτοβάθμια φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, το υγειονομικό δυναμικό, τη χρηματοδότηση των

νοσοκομείων, τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών για να λάβουν υπηρεσίες υγείας, τη πρόσβαση σε καλύτερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας, την επέκταση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε τοπικές κοινότητες, κ.ά.

## **2.2 Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας των ΗΠΑ**

Στις ΗΠΑ πραγματοποιήθηκαν πολύ σημαντικές μεταρρυθμίσεις οι οποίες σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Το θέμα των μεταρρυθμίσεων που αφορούσαν την υγειονομική περίθαλψη αποτελούσε σημαντικό πολιτικό ζήτημα στις ΗΠΑ. Βασικός στόχος ήταν να αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων που έχουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας καθώς και να μειωθεί το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και η κοινωνική επιβάρυνση.<sup>42</sup> Δύο πολύ σημαντικές μεταρρυθμίσεις αποτελούν η Προστασία των Ασθενών και η Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας και η Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας.

### **2.2.1 Προστασία των Ασθενών και Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας**

Η Προστασία των Ασθενών και η Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας ή αλλιώς Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας (Affordable Care Act, ACA) είναι ένας νόμος ο οποίος υπογράφηκε στις 23 Μαρτίου του έτους 2010 από τον Πρόεδρο των ΗΠΑ Μπαράκ Ομπάμα. Βασικός στόχος του συγκεκριμένου νόμου ήταν να παρέχει σε όλους τους Αμερικανούς πολίτες τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με ποιότητα και να περιορίσει την αύξηση των δαπανών υγείας.<sup>43</sup>

Με την εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου, μεμονωμένα άτομα, εργαζόμενες οικογένειες και ιδιοκτήτες μικρών επιχειρήσεων έχουν τη δυνατότητα να λάβουν μείωση στο κόστος των ασφαλιστρών, επωφελούμενοι ταυτόχρονα από μεγάλες φορολογικές ελαφρύνσεις (κυρίως για τη μεσαία τάξη). Επιπρόσθετα, ο νόμος αυτός δίνει τη δυνατότητα στις οικογένειες να περιορίσουν το κόστος που επιβαρύνει άμεσα τους ίδιους για τη παροχή υγειονομικής περίθαλψης.<sup>44</sup>

Πιο συγκεκριμένα, η Προστασία των Ασθενών και η Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας περιλαμβάνει μια σειρά από διατάξεις από το έτος 2010 μέχρι και το έτος 2018. Οι διατάξεις αυτές αφορούν την οικονομική προσιτότητα και τις επιδοτήσεις, τη

<sup>42</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care\\_reform\\_debate\\_in\\_the\\_United\\_States](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_reform_debate_in_the_United_States)

<sup>43</sup><http://obamacarefacts.com/health-care-reform-timeline.php>

<sup>44</sup><http://www.hhs.gov/healthcare/rights/law/>

χρηματοδότηση και τους φόρους, την ασφάλιση, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τη πρόληψη, τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, τους εργοδότες, το εργατικό δυναμικό, τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την απάτη και κατάχρηση, την ιατρική αμέλεια και τα δημόσια προγράμματα Medicare, Medicaid και το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών.<sup>45</sup>

Αρχικά, για το έτος 2010 ορισμένες από τις διατάξεις που αφορούν στα παραπάνω είναι οι εξής:<sup>46</sup>

- Ασφαλιστική κάλυψη για τους νέους ενήλικες. Συγκεκριμένα, οι νέοι ενήλικες μπορούν να επωφεληθούν από το ασφαλιστικό πρόγραμμα των γονέων τους μέχρι την ηλικία των 26 ετών.
- Παροχή ασφαλιστικής κάλυψης για ανασφάλιστα άτομα με προϋπάρχουσες ιατρικές παθήσεις μέσω προσωρινών ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας υψηλού κινδύνου. Ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι το Σχέδιο Ασφάλισης σε Προϋπάρχουσες Καταστάσεις (Pre-existing Condition Insurance Plan, PCIP) το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα σε άτομα που είναι ανασφάλιστα πάνω από έξι μήνες να έχουν ασφάλιση υγείας.
- Παροχή φορολογικών ελαφρύνσεων για επιχειρήσεις με αριθμό υπαλλήλων μέχρι 25 άτομα καθώς και με μέσο ετήσιο ποσό για τη παροχή ασφάλισης υγείας στους εργαζομένους της εταιρείας μικρότερο από 50.000 δολάρια. Οι εργοδότες των επιχειρήσεων αυτών, για τα έτη 2010-2013, μπορούν να λάβουν έκπτωση φόρου 35% επειδή παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας στους εργαζόμενους. Αντίστοιχα, από το έτος 2014 και έπειτα, οι εργοδότες μπορούν να λάβουν έκπτωση φόρου έως και 50% εφόσον η αγορά της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας γίνει μέσω της ανταλλαγής ασφάλισης για δύο χρόνια.
- Δημιουργία ενός προσωρινού προγράμματος αντασφάλισης με σκοπό να δώσει τη δυνατότητα στους εργοδότες των επιχειρήσεων να προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε συνταξιούχους ηλικίας άνω των 55 ετών που δεν εντάσσονται στο πρόγραμμα Medicare.

---

<sup>45</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

<sup>46</sup><http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/HealthSystemReform/Health-Care-Reform-Legislation-Timeline.pdf>, <http://www.ppac.com/> και <http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

- Εφαρμογή διαδικασιών αναθεώρησης των αυξήσεων στα ασφάλιστρα της υγείας προσφέροντας επιχορηγήσεις στα κράτη και κατάρτιση σχεδίων από τις ασφαλιστικές εταιρείες σχετικά με τις αυξήσεις αυτές.
- Κάλυψη για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας. Συγκεκριμένα, το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών (Department of Health and Human Services, HHS) προσέφερε 500 εκατομμύρια δολάρια για το έτος 2010 από το Ταμείο Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας (Prevention and Public Health Fund). Από το ποσό αυτό τα 250 εκατομμύρια δολάρια θα αξιοποιηθούν με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Αντίστοιχα, το έτος 2011, το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών διέθεσε ακόμα 750 εκατομμύρια δολάρια από το Ταμείο Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας με σκοπό να ενισχύσει τη πρόληψη έναντι της χρήσης του καπνού, της παχυσαρκίας, των καρδιακών παθήσεων και των εγκεφαλικών επεισοδίων καθώς επίσης και να συμβάλει στην αύξηση των εμβολιασμών.
- Έκπτωση η οποία ανέρχεται στο ποσό των 250 δολαρίων για τους δικαιούχους του κρατικού προγράμματος Medicare Part D με σκοπό τη κάλυψη της χρηματικής διαφοράς (δηλαδή της διαφοράς που υπάρχει μεταξύ του ποσού που πληρώνει ο ασθενής και του συνολικού κόστους των φαρμάκων).
- Γονείς και ενήλικα άτομα χωρίς παιδιά με εισόδημα μέχρι 133% του ορίου της φτώχειας έχουν τη δυνατότητα να λάβουν από τα κράτη μέλη παροχή και κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης στα πλαίσια του δημόσιου προγράμματος Medicaid.
- Αύξηση του ποσοστού της έκπτωσης του κρατικού προγράμματος Medicaid σε 23,1% για φάρμακα που φέρουν επάνω τους εμπορικό σήμα και σε 17,1% για φάρμακα που χρησιμοποιούνται για παιδιατρική χρήση.
- Δημιουργία του Ινστιτούτου Έρευνας με Επίκεντρο τον Ασθενή (Patient-Centered Outcomes Research Institute, PCORI). Το Ινστιτούτο αυτό είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και στοχεύει στη διεξαγωγή ερευνών με σκοπό την συγκριτική αξιολόγηση των κλινικών αποτελεσμάτων των ιατρικών θεραπειών.

- Δημιουργία του Ομοσπονδιακού Γραφείου Συντονισμού Υγείας (Federal Coordinated Health Care Office) με στόχο τη βελτίωση του συντονισμού σε θέματα που αφορούν τη παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη για τα άτομα εκείνα τα οποία εντάσσονται στα δημόσια προγράμματα Medicare και Medicaid.
- Επιβολή πρόσθετων απαιτήσεων για τα νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με στόχο τη διερεύνηση των αναγκών της κοινότητας και τη παροχή οικονομικής βοήθειας. Στη περίπτωση μη εκπλήρωσης των απαιτήσεων αυτών επιβάλλεται στα νοσοκομεία πρόστιμο 50.000 δολαρίων.
- Δημιουργία του Συμβουλίου Εθνικής Πρόληψης, Προαγωγής της Υγείας και Δημόσιας Υγείας (National Prevention, Health Promotion and Public Health Council) με βασικό στόχο την ανάπτυξη της στρατηγικής εκείνης που σχετίζεται με την εθνική πρόληψη, τη δημόσια υγεία καθώς και τη προαγωγή της υγείας. Το σχετικό εκτελεστικό διάταγμα για τη δημιουργία του Εθνικού Συμβουλίου Πρόληψης (National Prevention Council) υπογράφηκε στις 10 Ιουνίου του έτους 2010 από τον Πρόεδρο των ΗΠΑ Μπαράκ Ομπάμα.
- Απαίτηση από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών για τη δημιουργία ιστοσελίδας με σκοπό οι κάτοικοι σε οποιοδήποτε κράτος να έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν την κατάλληλη γι' αυτούς ασφαλιστική κάλυψη υγείας. Ο συγκεκριμένος ιστότοπος επιπρόσθετα, παρέχει πληροφορίες οι οποίες απευθύνονται σε μικρές επιχειρήσεις και αφορούν σε θέματα όπως είναι τα προγράμματα αντασφάλισης για τα άτομα εκείνα που συνταξιοδοτούνται πρόωρα, τους φόρους και τις διαθέσιμες επιλογές που υπάρχουν για κάλυψη. Την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του έτους 2010, η συγκεκριμένη ιστοσελίδα εγκαινιάστηκε από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών, ενώ την 1<sup>η</sup> Οκτωβρίου του έτους 2010 καταχωρήθηκαν νέες πληροφορίες που αφορούσαν την ιδιωτική ασφάλιση και τα ασφάλιστρα.
- Απαγόρευση στο να τίθενται όρια στη χρονική διάρκεια κάλυψης όταν πρόκειται για ατομικά και ομαδικά προγράμματα υγείας, με εξαίρεση τις περιπτώσεις εκείνες που αφορούν σε απάτη, παραπλάνηση ή αποκλεισμό παιδιών ηλικίας κάτω των 19 ετών λόγω ασθενειών.

- Δυνατότητα στους καταναλωτές να ασκήσουν έφεση αναφορικά με αποφάσεις που σχετίζονται με σχέδια για την υγεία. Στις 23 Ιουλίου του έτους 2010, το Γραφείο Ενημέρωσης Καταναλωτών και Εποπτείας Ασφαλίσεων (Office of Consumer Information and Insurance Oversight, OCPIO) όρισε σχετικούς κανονισμούς οι οποίοι προϋποθέτουν από τη πλευρά των καταναλωτών εφαρμογή εσωτερικών και εξωτερικών διαδικασιών έτσι ώστε να μπορούν να ασκήσουν έφεση έναντι σχεδίων για την υγεία.
- Δημιουργία νέων προγραμμάτων που αφορούν την υγεία με σκοπό τη παροχή και κάλυψη υπηρεσιών πρόληψης, χωρίς επιμερισμό του κόστους, από την Αμερικάνικη Υπηρεσία Πρόληψης Task Force (US Preventive Services Task Force). Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν εμβολιασμούς, προληπτική φροντίδα για βρέφη, παιδιά, εφήβους και γυναίκες. Στις 19 Ιουλίου του έτους 2010, το Γραφείο Ενημέρωσης Καταναλωτών και Εποπτείας Ασφαλίσεων όρισε σχετικούς κανονισμούς αναφορικά με τις προϋποθέσεις που πρέπει να τηρηθούν για τη κάλυψη της παροχής προληπτικών υπηρεσιών υγείας.
- Αύξηση της χρηματοδότησης της Εθνική Υπηρεσίας Υγείας του Σώματος (National Health Service Corps) και του Ομοσπονδιακά Αναγνωρισμένου Κέντρου Υγείας (Federally Qualified Health Center). Στις 8 Οκτωβρίου του έτους 2010, ανακοινώθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών ποσό επιχορήγησης 727 εκατομμυρίων δολαρίων σε 143 κέντρα υγείας με σκοπό τη βελτίωση των υποδομών. Επιπρόσθετα, στις 26 Οκτωβρίου του έτους 2010, το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών έδωσε 335 εκατομμύρια δολάρια για τα ήδη υπάρχοντα κοινοτικά κέντρα υγείας με σκοπό την ενίσχυση και βελτίωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών υγείας.
- Δημιουργία της Συμβουλευτικής Επιτροπής Εργατικού Δυναμικού (Workforce Advisory Committee) με στόχο το συντονισμό των δραστηριοτήτων και την εφαρμογή μίας εθνικής στρατηγικής που αφορά στο εργατικό δυναμικό.
- Δυνατότητα έγκρισης γενόσημων εκδόσεων των βιολογικών φαρμάκων από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration).

Επιπρόσθετα, με τη διάταξη αυτή, η συγκεκριμένη υπηρεσία θα έχει τη δυνατότητα να δίνει στους παρασκευαστές των βιολογικών προϊόντων 12 χρόνια αποκλειστικής χρήσης προτού εισέλθουν στην αγορά τα γενόσημα φάρμακα.

- Επιβολή ενός φόρου της τάξης του 10% επί του ποσού που πληρώνουν τα άτομα για υπηρεσίες και προϊόντα πολυτελείας.
- Δυνατότητα παροχής φορολογικών ελαφρύνσεων και επιχορηγήσεων σε εργοδότες επιχειρήσεων οι οποίοι απασχολούν μέχρι 250 υπαλλήλους με σκοπό την ανάπτυξη έργων που στοχεύουν στη παραγωγή νέων θεραπειών με ταυτόχρονη εξοικονόμηση κόστους.
- Δυνατότητα επιλεξιμότητας από τα κράτη των υπηρεσιών που θα παρέχονται στο σπίτι και θα είναι βασισμένες στη κοινότητα (για συγκεκριμένα άτομα) μέσω τροποποιητικού σχεδίου του κρατικού προγράμματος Medicaid. Επιπρόσθετα, μέσω της διάταξης αυτής δίνεται η δυνατότητα στα άτομα που συμμετέχουν στο πρόγραμμα αυτό να λαμβάνουν περισσότερες παροχές.
- Δυνατότητα παροχής εκπτώσεων στα φάρμακα μέσω της εφαρμογής του προγράμματος 340(B). Συγκεκριμένα, η έκπτωση αυτή αφορά σε φάρμακα τα οποία διατίθενται μέσω των νοσοκομείων της κοινότητας, νοσοκομείων που νοσηλεύονται παιδιά, νοσοκομείων θεραπείας του καρκίνου, αγροτικών κέντρων, καθώς και στα ενδονοσοκομειακά φάρμακα.<sup>47</sup>
- Χρηματοδότηση και επέκταση των δραστηριοτήτων της ομοσπονδιακής υπηρεσίας Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC) σε θέματα που αφορούν την αξιολόγηση και εκτίμηση υπηρεσιών για τους ενήλικες στα πλαίσια του προγράμματος Medicaid. Η συγκεκριμένη υπηρεσία είναι αρμόδια για τη διατύπωση συστάσεων προς το Κογκρέσο, τον Γραμματέα του Αμερικάνικου Υπουργείου και Ανθρώπινων Υπηρεσιών και τις πολιτείες για θέματα τα οποία σχετίζονται με το πρόγραμμα Medicaid και το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup><http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill04.pdf>

<sup>48</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/> και <http://www.macpac.gov/>

Στη συνέχεια, θα αναφέρουμε ορισμένες σημαντικές διατάξεις του νόμου για τα έτη 2011 έως 2018.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2011:<sup>49</sup>

- Δημιουργία μίας ανεξάρτητης διοικητικής επιτροπής με συμβουλευτικό χαρακτήρα με 15 μέλη τα οποία διορίζονται από τον Πρόεδρο και το Κογκρέσο. Βασική επιδίωξη της συγκεκριμένης επιτροπής είναι να προτείνει τρόπους που θα αποσκοπούν στη μείωση του κατά κεφαλήν ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας για το κρατικό πρόγραμμα Medicare στη περίπτωση που οι τελευταίες θα βρίσκονται πάνω από κάποιο όριο.
- Δημιουργία του Προγράμματος Εξισορρόπησης Κινήτρων Κρατών (State Balancing Incentive Program), στα πλαίσια του Medicaid, με σκοπό την οικονομική ενίσχυση για τη παροχή των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Παράλληλα, προβλέπει ένα κοινοτικό σχέδιο βάση του οποίου θα παρέχονται υπηρεσίες υποστήριξης σε άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Περιορισμός της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος για προληπτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες προτείνονται από την Αμερικάνικη Υπηρεσία Πρόληψης Task Force.
- Παροχή μόνου της τάξης του 10% από το πρόγραμμα Medicare για τη κάλυψη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Οι παρασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων οφείλουν να παρέχουν έκπτωση της τάξης του 50% στους δικαιούχους του προγράμματος Medicare Part D για τις συνταγές που αφορούν σε επώνυμα φάρμακα με στόχο τη κάλυψη της χρηματικής διαφοράς (δηλαδή της διαφοράς που υπάρχει μεταξύ του ποσού που πληρώνει ο ασθενής και του συνολικού κόστους των φαρμάκων). Επίσης, ξεκινούν οι ομοσπονδιακές επιδοτήσεις για τις συνταγές που αφορούν σε γενόσημα φάρμακα με στόχο και πάλι τη κάλυψη της χρηματικής διαφοράς.
- Στα προγράμματα που αφορούν την υγεία θα πρέπει να αναγράφεται το ποσοστό των ασφαλιστρών που διατίθεται για τη παροχή κλινικών υπηρεσιών, τη παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών, κ.ά. Επιπρόσθετα, στη περίπτωση εκείνη όπου το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο από 80% ή 85%

---

<sup>49</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>



(ανάλογα με την αγορά που απευθύνονται), οι καταναλωτές θα έχουν τη δυνατότητα να λάβουν εκπτώσεις για τα προγράμματα υγείας.

- Δημιουργία του Κέντρου Καινοτομίας για Medicare και Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Innovation) με σκοπό να εφαρμοστούν νέοι μέθοδοι πληρωμών και παροχής υπηρεσιών για να μειωθεί το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και παράλληλα να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων υγείας.
- Παροχή επιχορηγήσεων στα κράτη, για χρονικό διάστημα τριών ετών, με σκοπό τη δημιουργία προγραμμάτων τα οποία θα δίνουν τη δυνατότητα σε αυτούς που εντάσσονται στο πρόγραμμα Medicaid να λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα που σχετίζονται με τον υγιεινό τρόπο ζωής, τη πρόληψη χρόνιων παθήσεων και τη συμπεριφορά της υγείας.
- Δημιουργία, ανάπτυξη και ενημέρωση κάθε χρόνο, από τον Γραμματέα του Υπουργείου υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών, μίας εθνικής στρατηγικής που θα εστιάζει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στα αποτελέσματα από την εξέλιξη της πορείας υγείας των ασθενών, αλλά και ολόκληρου του πληθυσμού.
- Δημιουργία των Κέντρων Διδασκαλίας για την Υγεία (Teaching Health Centers). Επιπρόσθετα, προσφέρονται χρηματικά ποσά ως επιχορηγήσεις για την υλοποίηση προγραμμάτων στο σπίτι που αφορούν τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και είναι βασισμένα στις τοπικές ανάγκες.
- Τα κράτη λαμβάνουν επιχορηγήσεις με στόχο τη δημιουργία προγραμμάτων Ανταλλαγών Ασφάλισης της Υγείας (Health Benefit Exchanges), καθώς και Προγραμμάτων Ανταλλαγών Επιλογών Υγείας για Μικρές Επιχειρήσεις (Small Business Health Options Program Exchanges). Μέσω των συγκεκριμένων προγραμμάτων, οι ιδιώτες και οι μικρές επιχειρήσεις θα έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν ευκολότερα ασφάλιση υγείας.
- Τα μενού στις αλυσίδες εστιατορίων καθώς και όλα τα μηχανήματα αυτόματης πώλησης τροφίμων υποχρεούνται να φέρουν ετικέτες οι οποίες θα αναφέρουν επάνω τα συστατικά που εμπεριέχονται στα τυποποιημένα φαγητά. Στις 21 Ιανουαρίου του έτους 2011, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων απέσυρε τη συγκεκριμένη διάταξη, η οποία περιλαμβανόταν στη Πράξη προσιτής οικονομικά φροντίδας. Λίγους μήνες αργότερα, στις 6

Απριλίου του έτους 2011, εξέδωσε στον Ομοσπονδιακό Κατάλογο (Federal Register) δύο προτεινόμενους κανόνες σχετικά με τα διατροφικά συστατικά που θα πρέπει να αναφέρονται με ετικέτες στα φαγητά που παρέχονται από τις αλυσίδες εστιατορίων και τους αυτόματους πωλητές τροφίμων.

- Διατήρηση των πληρωμών για το έτος 2011 στα επίπεδα του έτους 2010. Επιπρόσθετα, επιβάλλει στα προγράμματα Medicare Advantage να μην ορίζουν υψηλότερη συμμετοχή στο κόστος αναφορικά με υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το πρόγραμμα Medicare.
- Τα Κέντρα για Medicare και Medicaid Υπηρεσίες (Centers for Medicare and Medicaid Services), στις 6 Ιουνίου του έτους 2011, εξέδωσαν μία διάταξη σύμφωνα με την οποία απαγορεύονταν οι πληρωμές σε κράτη για υπηρεσίες, κάτω από το πλαίσιο του προγράμματος Medicaid, οι οποίες αφορούν σε νοσοκομειακές λοιμώξεις.
- Αύξηση του αριθμού των πτυχιούχων της ιατρικής που συμμετέχουν σε προγράμματα κατάρτισης και παράλληλα εκπαίδευση αυτών σε εξωνοσοκομειακές μονάδες.
- Το κόστος των ασφαλιστρών που επωμίζονται οι καταναλωτές και δικαιούχοι του προγράμματος Medicare είναι συνάρτηση του εισοδήματος. Συγκεκριμένα, στις 4 Νοεμβρίου του έτους 2010, δόθηκε ενημερωτικό έντυπο στο οποίο αναφερόταν για το έτος 2011 ότι τα άτομα εκείνα τα οποία εντάσσονται στο δημόσιο πρόγραμμα Medicare θα πληρώνουν υψηλότερα ασφαλίστρα εφόσον το εισόδημά τους βρίσκεται πάνω από ένα ορισμένο χρηματικό ποσό.
- Δυνατότητα παροχής υγείας στο σπίτι από το πρόγραμμα Medicaid. Η συγκεκριμένη διάταξη έχει ως στόχο τη καλύτερευση της υγείας των ομάδων του πληθυσμού, τη βελτίωση εμπειρίας της φροντίδας καθώς επίσης και το περιορισμό του κατά κεφαλήν κόστους υγειονομικής περίθαλψης χωρίς βέβαια να άτομα να τίθενται σε κίνδυνο.<sup>50</sup>
- Δημιουργία ενός εθνικού προγράμματος προαιρετικής ασφάλισης με την ονομασία Κοινοτικές Υπηρεσίες Υποστήριξης και Παροχής Βοήθειας για Διαβίωση (Community living assistance services and supports, CLASS). Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για ένα αυτοχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα

<sup>50</sup><http://downloads.cms.gov/cmsovg/archived-downloads/SMDL/downloads/SMD10024.pdf>

ασφάλισης μακροχρόνιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας, το οποίο αποσκοπεί στην αγορά υποστηρικτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών διαβίωσης για άτομα με ειδικές ανάγκες.<sup>51</sup>

- Δυνατότητα χορήγησης επιδοτήσεων σε εργοδότες μικρών επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στο χώρο των προγραμμάτων ευεξίας.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2012:<sup>52</sup>

- Επιβολή συγκέντρωσης και αναφοράς δεδομένων τα οποία αφορούν την εθνικότητα, τη φυλή, το φύλο, τη γλώσσα, τη κατάσταση αναπηρίας και τους αγροτικούς και συνοριακούς πληθυσμούς οι οποίοι δεν λαμβάνουν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας λόγω της περιορισμένης πρόσβασης που έχουν σε αυτές.
- Μείωση των χρηματικών πληρωμών του προγράμματος Medicare για τα νοσοκομεία που προχωρούν σε υπερβολικό αριθμό επανεισαγωγών των ασθενών.
- Δίνει τη δυνατότητα στους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας να λειτουργούν ως Υπεύθυνοι Φορείς Φροντίδας (Accountable Care Organizations, ACOs). Οι τελευταίοι είναι αρμόδιοι για το κόστος που επωμίζονται οι ασθενείς καθώς και για τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη περίπτωση που επιτυγχάνουν ικανοποιητικά επίπεδα κόστους και ποιότητας, θα έχουν τη δυνατότητα να λάβουν ένα μέρος των χρηματικών ποσών που εξοικονόμησαν για το πρόγραμμα Medicare.
- Απαίτηση από τις ασφαλιστικές εταιρείες να παρέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τις παροχές και την ασφαλιστική κάλυψη που προβλέπουν τα ατομικά και ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας. Βασική επιδίωξη της συγκεκριμένης διάταξης είναι να δώσει τη δυνατότητα στους αγοραστές-δικαιούχους να προβούν σε συγκριτική αξιολόγηση πριν να ενταχθούν σε κάποιο ασφαλιστικό πρόγραμμα. Η συγκεκριμένη διάταξη τέθηκε σε ισχύ από τις 23 Φεβρουαρίου τους έτους 2012.
- Καθορισμός διαδικασιών που σχετίζονται με τον έλεγχο και τις αναφορές εκθέσεων για τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

<sup>51</sup><http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/HealthSystemReform/Health-Care-Reform-Legislation-Timeline.pdf> και <http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill04.pdf>

<sup>52</sup><http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/HealthSystemReform/Health-Care-Reform-Legislation-Timeline.pdf> και <http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

που λαμβάνουν μέρος στα δημόσια προγράμματα που απευθύνονται στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπως είναι το Medicare, το Medicaid και το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών. Η εν λόγω διάταξη τέθηκε σε εφαρμογή την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του έτους 2012.

- Επιβολή νέων ετήσιων τελών στο κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων.
- Δημιουργία νέων προγραμμάτων στα πλαίσια του κρατικού προγράμματος Medicaid με σκοπό τη πληρωμή για τη παροχή φροντίδας η οποία αφορά σε νοσοκομειακές εισαγωγές. Επιπρόσθετα, δίνεται η δυνατότητα στις παιδιατρικές κλινικές που ορίζονται ως οργανώσεις υπεύθυνης φροντίδας να επωφεληθούν από τη μείωση του κόστους.
- Δημιουργία ενός νοσοκομειακού προγράμματος στο Medicare για την αποζημίωση των νοσοκομείων με βάση ποιοτικά χαρακτηριστικά. Παράλληλα, η διάταξη αυτή προβλέπει την ανάπτυξη σχεδίων για την εισαγωγή παρόμοιων προγραμμάτων σε εξειδικευμένα νοσηλευτικά ιδρύματα, χειρουργικά κέντρα και υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο σπίτι.
- Δημιουργία του προγράμματος Independence at Home demonstration με σκοπό τη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σπίτι για τα άτομα που εντάσσονται στο δημόσιο πρόγραμμα Medicare.
- Μείωση των χρηματικών ποσών (υπό μορφή έκπτωσης) που διατίθενται στα προγράμματα Medicare Advantage. Παράλληλα, μέσω της συγκεκριμένης διάταξης προσφέρεται η δυνατότητα πριμοδότησης για τα προγράμματα εκείνα τα οποία παρέχουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Η εν λόγω διάταξη τέθηκε σε εφαρμογή την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του έτους 2012.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2013:<sup>53</sup>

- Επιβολή ενός ειδικού φόρου κατανάλωσης της τάξης του 2,3% που αφορά στη πώληση φορολογητέων ιατρικών συσκευών.
- Παράταση της χρηματοδότησης και έγκριση της λειτουργίας έως το έτος 2015 του Προγράμματος Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών.

---

<sup>53</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

- Απαίτηση δημοσιοποίησης κάθε είδους οικονομικών σχέσεων που πραγματοποιούνται μεταξύ των αρμόδιων φορέων υγείας όπως είναι οι ιατροί, τα νοσοκομεία, οι φαρμακοποιοί, οι προμηθευτές, οι παρασκευαστές και διανομείς των φαρμάκων, των συσκευών, των βιολογικών προϊόντων και των ιατρικών υλικών.
- Αναφορικά με τους φόρους του προγράμματος Medicare Part A, η συγκεκριμένη διάταξη προβλέπει άνοδο του φορολογικού συντελεστή κατά 0,9% για τις αποδοχές που υπερβαίνουν τα 200.000 δολάρια για τους άγαμους και για τις αποδοχές που υπερβαίνουν τα 250.000 για τους έγγαμους. Επιπρόσθετα, προβλέπει φόρο της τάξης του 3,8% για τα άτομα εκείνα τα οποία έχουν μεγαλύτερο εισόδημα. Στις 29 Νοεμβρίου του έτους 2013, η Υπηρεσία Εσωτερικού Εισοδήματος (Internal Revenue Service, IRS) εξέδωσε οδηγίες για τους εργοδότες των επιχειρήσεων και τις μεμονωμένες οντότητες σχετικά με την υλοποίηση των φόρων αυτών.
- Δυνατότητα αύξησης των κρατικών ενισχύσεων κατά μία ποσοστιαία μονάδα για τις υπηρεσίες εκείνες που αφορούν τη πρόληψη και παρέχονται από το κρατικό πρόγραμμα Medicaid.
- Άνοδος του κατώτατου ορίου του φόρου για ιατρικές δαπάνες που λαμβάνουν έκπτωση από 7,5% σε 10% του ακαθάριστου εισοδήματος. Επιπρόσθετα, για τα άτομα εκείνα τα οποία υπερβαίνουν το 65ο έτος της ηλικίας τους ισχύει το αρχικό ποσοστό 7,5%, χωρίς να υπάρχει αύξηση, για τα έτη 2013 έως 2016.
- Τα κράτη απευθύνονται στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών με σκοπό να δηλώσουν αν θα λειτουργήσει το Αμερικάνικο Πρόγραμμα Ανταλλαγών Ασφάλισης της Υγείας (American Health Benefit Exchanges).
- Θέσπιση ενός εθνικού πιλοτικού προγράμματος στα πλαίσια του Medicare με σκοπό την εκτίμηση των δαπανών για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, υπηρεσίες εντατικής φροντίδας, καθώς και για παροχή υπηρεσιών από ιατρούς και εξωτερικά ιατρεία.
- Δημιουργία ενός προγράμματος με την ονομασία Consumer Operated and Oriented Plan (CO-OP) με σκοπό να παρακινήσει τους πολίτες να απευθυνθούν σε ασφαλιστικές εταιρείες υγείας μη κερδοσκοπικού

χαρακτήρα οι οποίες θα τους προσφέρουν ανταγωνιστικά προγράμματα υγείας.<sup>54</sup>

- Αύξηση των χρηματικών πληρωμών του δημόσιου προγράμματος Medicaid οι οποίες αφορούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από ιατρούς που εντάσσονται στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η αύξηση αυτή υπολογίζεται στο 100% του ποσοστού πληρωμής του προγράμματος Medicare για τα έτη 2013 και 2014.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2014:<sup>55</sup>

- Περιορισμός των χρηματικών πληρωμών του προγράμματος Medicare της τάξης του 1% για τα νοσοκομεία εκείνα που προκαλούν περιστατικά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Άδεια στους εργοδότες των επιχειρήσεων να καλύπτουν στους υπαλλήλους τους το 30% ή και το 50% του κόστους συμμετοχής σε προγράμματα που σχετίζονται με την ευεξία και παράλληλα ανταποκρίνονται σε βασικά πρότυπα υγείας. Επιπρόσθετα, δημιουργεί 10 πιλοτικά προγράμματα με σκοπό να παρακινήσει τα κράτη που λαμβάνουν μέρος να εφαρμόσουν παρόμοιες τακτικές για τη συμμετοχή σε προγράμματα ευεξίας.
- Δημιουργία ενός βασικού προγράμματος υγείας που θα αφορά στα ανασφάλιστα άτομα με εισόδημα από 133% έως 200% του ορίου της φτώχειας, που σε διαφορετική περίπτωση θα μπορούσαν να λάβουν επιδοτήσεις στα ασφάλιστρα. Στις 12 Μαρτίου του έτους 2014, το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών εξέδωσε ρύθμιση που αφορούσε στις προϋποθέσεις εγγραφών και επιλεξιμότητας στο πρόγραμμα αυτό και στα οφέλη από τη παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Δυνατότητα σε όλα τα νοσοκομεία που λαμβάνουν μέρος και λειτουργούν σύμφωνα με το πλαίσιο του δημόσιου προγράμματος Medicaid να θέτουν κριτήρια συμμετοχής στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.
- Απαγόρευση των ετήσιων ορίων που αφορούν την κάλυψη αναγκών υγείας και παροχής υγειονομικής περίθαλψης.
- Επιβολή νέων τελών στο κλάδο ασφάλισης της υγείας.

<sup>54</sup><http://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Insurance-Programs/Consumer-Operated-and-Oriented-Plan-Program.html>

<sup>55</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

- Επιβολή τελών στους εργοδότες των επιχειρήσεων. Η συγκεκριμένη διάταξη ισχύει στη περίπτωση εκείνη όπου οι εργοδότες οι οποίοι απασχολούν από 50 και πάνω υπαλλήλους χωρίς ασφαλιστική κάλυψη, διαθέτουν τουλάχιστον έναν εργαζόμενο ο οποίος εργάζεται με πλήρες ωράριο και ταυτόχρονα λαμβάνει πίστωση φόρου ασφαλιστρών. Το τέλος αυτό ανέρχεται στο ποσό των 2.000 δολαρίων για κάθε υπάλληλο με πλήρες ωράριο εργασίας χωρίς να συνυπολογίζονται οι 30 πρώτοι εργαζόμενοι. Από την άλλη μεριά, στη περίπτωση που οι εργοδότες των επιχειρήσεων απασχολούν από 50 και πάνω υπαλλήλους με ασφαλιστική κάλυψη και ταυτόχρονα διαθέτουν έναν εργαζόμενο ο οποίος λαμβάνει πίστωση φόρου ασφαλιστρών τότε ισχύουν τα εξής. Ο εργοδότης είτε θα καταβάλλει ένα τέλος το οποίο ανέρχεται σε λιγότερο από 3.000 δολάρια για κάθε υπάλληλο ο οποίος εισπράττει ένα πιστωτικό ασφάλιστρο είτε θα καταβάλλει ένα τέλος της τάξης των 2.000 δολαρίων για κάθε υπάλληλο με πλήρες ωράριο εργασίας χωρίς να συνυπολογίζονται οι 30 πρώτοι εργαζόμενοι.
- Δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από το κρατικό πρόγραμμα Medicaid για άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών των οποίων το εισόδημα δεν υπερβαίνει το 138% του ορίου της φτώχειας και ταυτόχρονα δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για να ενταχθούν στο δημόσιο πρόγραμμα Medicare.
- Όλοι οι Αμερικανοί πολίτες συμπεριλαμβανομένων και των νόμιμων κατοίκων της χώρας έχουν την υποχρέωση να έχουν ασφάλιση υγείας με ορισμένες εξαιρέσεις. Αν δεν συμβαίνει αυτό τότε επιβάλλεται στους ανωτέρω φορολογική ποινή η οποία έχει ως εξής. Για το έτος 2014, η ποινή που επιβάλλεται είτε ανέρχεται στα 95 δολάρια για κάθε έφηβο και στα 47,50 δολάρια για κάθε παιδί (συνολικά έως 285 δολάρια για κάθε οικογένεια), είτε στο 1% του οικογενειακού εισοδήματος. Έπειτα, για το έτος 2015, η ποινή που επιβάλλεται ανέρχεται είτε στα 325 δολάρια για κάθε έφηβο και στα 162,50 δολάρια για κάθε παιδί (συνολικά έως 975 δολάρια για κάθε οικογένεια), είτε στο 2% του οικογενειακού εισοδήματος. Τέλος, για το έτος 2016 και έπειτα, η ποινή που επιβάλλεται ανέρχεται είτε στα 695 δολάρια για κάθε έφηβο και στα 347,50 δολάρια για κάθε παιδί (συνολικά έως 2.085 δολάρια για κάθε οικογένεια), είτε στο 2,5% του οικογενειακού

εισοδήματος. Το τελικό ποσό της ποινής για κάθε έτος θα καθοριστεί ανάλογα με το ποιο από τα δύο ποσά θα είναι μεγαλύτερο.<sup>56</sup>

- Δημιουργία ενός κράτους στηριζόμενο στο Αμερικάνικο Πρόγραμμα Ανταλλαγών Ασφάλισης της Υγείας και στο Πρόγραμμα Ανταλλαγών Επιλογών Υγείας για Μικρές Επιχειρήσεις. Τα προγράμματα αυτά τα διαχειρίζεται η κυβέρνηση καθώς και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί με σκοπό να παρέχουν σε μικρές επιχειρήσεις με αριθμό εργαζομένων έως 100 άτομα καθώς και σε μεμονωμένες οντότητες τη δυνατότητα να αποκτήσουν μία ικανοποιητική ασφαλιστική κάλυψη.
- Πρόβλεψη για φορολογικές ελαφρύνσεις και επιδοτήσεις που αφορούν τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος για ορισμένα άτομα. Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη διάταξη προβλέπει επιδοτήσεις στα ασφαλιστρα με σκοπό οι οικογένειες που βρίσκονται σε δυσμενή οικονομική θέση και συγκεκριμένα κάτω από το όριο της φτώχειας να μπορέσουν να ενταχθούν σε κάποιο ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας.
- Δημιουργία δύο κρατικών σχεδίων στα πλαίσια του προγράμματος Ανταλλαγής Ασφάλισης της Υγείας, όπου το ένα σχέδιο θα παρέχεται από κάποιον οργανισμό μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και το άλλο δεν θα πρέπει να περιλαμβάνει ασφαλιστική κάλυψη για τις περιπτώσεις εκείνες που αφορούν σε εκτρώσεις πέρα από αυτές που ορίζονται στα πλαίσια του ομοσπονδιακού νόμου.
- Δημιουργία ενός προγράμματος αντασφάλισης περιορισμένης χρονικής διάρκειας με σκοπό τη συλλογή ασφαλιστικών πληρωμών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς του κλάδου υγείας και τη χρησιμοποίηση αυτών για τη κάλυψη των ασφαλιστικών αναγκών υγείας των ατόμων υψηλού κινδύνου.
- Δυνατότητα ανανέωσης των ασφαλιστικών συμβολαίων υγείας ανεξάρτητα από το αν τα άτομα εντάσσονται στη κατηγορία υψηλού ή χαμηλού κινδύνου και καθορισμός των ασφαλιστρών βάση εισοδηματικών κριτηρίων, ηλικίας, γεωγραφικής τοποθεσίας, οικογενειακής σύνθεσης και κατηγορίας ασφάλισης.

---

<sup>56</sup><http://kff.org/infographic/the-requirement-to-buy-coverage-under-the-affordable-care-act/>



- Δημιουργία ενός επαρκούς συνόλου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με ταυτόχρονη μείωση της ετήσιας συμμετοχής των χρηστών στο κόστος.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2015:<sup>57</sup>

- Προβλέπεται αύξηση επιχορήγησης κατά 23% που αφορά το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2016:<sup>58</sup>

- Οι πολιτείες θα έχουν τη δυνατότητα να δημιουργούν επιλογές πακέτων υγειονομικής περίθαλψης και παράλληλα οι ασφαλιστές θα έχουν τη δυνατότητα να πουλήσουν τη πολιτική τους σε κάθε πολιτεία που συμμετέχει.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2018:<sup>59</sup>

- Προβλέπεται επιβολή ειδικού φόρου κατανάλωσης στις ασφαλίσσεις που χρηματοδοτούνται από τους εργοδότες για προγράμματα υγείας με δαπάνες που ανέρχονται σε ποσό μεγαλύτερο των 10.200 δολαρίων για ατομική ασφάλιση καθώς και για προγράμματα υγείας με ποσό μεγαλύτερο των 27.500 δολαρίων για οικογενειακή ασφάλιση.

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω και σύμφωνα με το περιεχόμενο των διατάξεων της Προστασίας των Ασθενών και της Πράξης Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας παρατηρείται ότι ο συγκεκριμένος μεταρρυθμιστικός νόμος περιλαμβάνει πολλά πλεονεκτήματα τα οποία αφορούν τις φορολογικές ελαφρύνσεις, τη θέσπιση μέτρων φορολογίας, τους κανόνες λειτουργίας και οργάνωσης των ασφαλιστικών εταιρειών, την εκπαίδευση, τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης του εργατικού δυναμικού και τη προστασία και τα δικαιώματα μεμονωμένων ατόμων, οικογενειών και επιχειρήσεων. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι μέσω του συγκεκριμένου νόμου πολλά κυβερνητικά προγράμματα υγείας και ανθρώπινων υπηρεσιών αποκτούν πιο ενεργό ρόλο ο οποίος εντοπίζεται σε θέματα μεταρρύθμισης υγειονομικής περίθαλψης.<sup>60</sup>

<sup>57</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

<sup>58</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

<sup>59</sup><http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

<sup>60</sup><http://obamacarefacts.com/affordablecareact-summary.php>

### 2.2.2 Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας

Ο Πρόεδρος των ΗΠΑ Μπαράκ Ομπάμα, στις 30 Μαρτίου του έτους 2010, υπέγραψε άλλον ένα νόμο ο οποίος είναι γνωστός ως Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας. Με το νόμο αυτό τροποποίησε ορισμένα τμήματα του προηγούμενου νόμου, δηλαδή της Προστασίας των Ασθενών και της Πράξης Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας και πραγματοποίησε αλλαγές στο χώρο των μεταρρυθμίσεων της υγείας.<sup>61</sup>

Πιο συγκεκριμένα, η Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας αποτελείται από δύο τίτλους. Ο ένας τίτλος αφορά τις μεταρρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης και ο άλλος αφορά μεταρρυθμίσεις που σχετίζονται με τη χορήγηση δανείων στους φοιτητές.<sup>62</sup>

Αναφορικά με τις μεταρρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει τα εξής:<sup>63</sup>

- Προσφορά 2 δισεκατομμυρίων δολαρίων προς τα κολλέγια που ανήκουν σε κοινότητες με σκοπό τη δημιουργία και την ανέλιξη προγραμμάτων κατάρτισης εκπαιδευτικού και επαγγελματικού περιεχομένου.
- Ίδρυση κέντρων ψυχική υγείας σε κοινοτικό επίπεδο τα οποία παρέχουν υπηρεσίες νοσηλείας στα πλαίσια του δημόσιου προγράμματος Medicare με σκοπό την αποφυγή περιπτώσεων απάτης και κατάχρησης.
- Αύξηση των χρηματικών ποσών της χρηματοδότησης κατά 250 εκατομμύρια δολάρια με σκοπό την αντιμετώπιση καταστάσεων που σχετίζονται με φαινόμενα απάτης, κατάχρησης και σπατάλης.
- Παροχή χρηματοδότησης η οποία αφορά τη μείωση του κόστους των ασφαλιστρών και της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος. Αυτό ισχύει για τα άτομα εκείνα που διαθέτουν εισόδημα μέχρι 400% του ομοσπονδιακού επιπέδου της φτώχειας.
- Αύξηση των χρηματικών πληρωμών μέσω της ομοσπονδιακής βοήθειας για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται στα πλαίσια του δημόσιου προγράμματος Medicaid στα ποσοστά των

<sup>61</sup><http://www.ocap.org/partners/Legislation/HCERA.shtml>

<sup>62</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_Care\\_and\\_Education\\_Reconciliation\\_Act\\_of\\_2010#Provisions](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Care_and_Education_Reconciliation_Act_of_2010#Provisions)

<sup>63</sup><http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill61.pdf>,

<http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill63.pdf> και

[http://www.politico.com/livepulse/0310/BREAKING\\_Reconciliation\\_bill\\_posted\\_.html](http://www.politico.com/livepulse/0310/BREAKING_Reconciliation_bill_posted_.html)

χρηματικών πληρωμών του δημόσιου προγράμματος Medicare για τα έτη 2013 και 2014.

- Παροχή ομοσπονδιακής χρηματοδότησης με σκοπό τη κάλυψη υπηρεσιών υγείας για τα άτομα που εντάσσονται στο κρατικό πρόγραμμα Medicaid. Πιο συγκεκριμένα, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση θα καλύψει όλες τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας για τα έτη 2014, 2015 και 2016. Το έτος 2017 θα καλύψει το 95%, το έτος 2018 το 94%, το έτος 2019 το 93% και από εκεί και πέρα το 90% του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, από το έτος 2014, για ορισμένες πολιτείες οι οποίες βρίσκονται σε κατάσταση ανάπτυξης παρέχεται επιπρόσθετη επιχορήγηση από το κράτος με σκοπό να περιοριστεί το κόστος που αφορά τη κάλυψη άτεκνων ενηλίκων. Αντιθέτως, από το έτος 2019 και για μετέπειτα χρονικό διάστημα, όλες οι πολιτείες θα επιβαρύνονται με το ίδιο κόστος για τη κάλυψη άτεκνων ενηλίκων.
- Επιβολή φόρου στα πλαίσια του κρατικού προγράμματος Medicare για τα μη δεδουλευμένα εισοδήματα στα άτομα εκείνα τα οποία διαθέτουν ακαθάριστο ατομικό εισόδημα μεγαλύτερο από 200.000 δολάρια και στα άτομα εκείνα τα οποία διαθέτουν ακαθάριστο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο από 250.000 δολάρια.
- Τα προγράμματα Medicare Advantage θα πρέπει να διαθέτουν το λιγότερο το 85% των εσόδων τους σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας και σε ιατρικές δαπάνες για ιατρικά προϊόντα και υπηρεσίες με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας. Επιπρόσθετα, περιορίζονται τα υπερβολικά ποσά των χρηματικών πληρωμών του προγράμματος Medicare Advantage σε ένα λογικό επίπεδο, με τέτοιο τρόπο όμως που να εξυπηρετούνται οι βασικές ανάγκες του αστικού και αγροτικού πληθυσμού.
- Επιβολή ειδικού φόρου κατανάλωσης στον κατασκευαστή ιατρικών μηχανημάτων της τάξης του 2,3% της τιμής πώλησης των ιατρικών συσκευών. Η συγκεκριμένη διάταξη αφορά τις πωλήσεις οι οποίες πραγματοποιούνται μετά από τις 31 Δεκεμβρίου του έτους 2012. Επιπρόσθετα, προβλέπεται απαλλαγή από το φόρο για τις περιπτώσεις

εκείνες όπου η πώληση των ιατρικών μηχανημάτων γίνεται με σκοπό τη χρησιμοποίησή τους σε μετέπειτα παραγωγική διαδικασία.

- Παροχή 1 δισεκατομμυρίου δολαρίων στον Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών με σκοπό τη χρηματική ενίσχυση του κόστους που σχετίζεται με την υλοποίηση της μεταρρύθμισης που αφορά την ασφάλιση της υγείας.
- Αύξηση στα χρηματικά ποσά εκπτώσεων φόρου για τις μεσαίες εισοδηματικές τάξεις με σκοπό τη αγορά ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας.
- Περιορισμός της χρηματικής ποινής από 750 δολάρια σε 695 δολάρια. Η χρηματική αυτή ποινή επιβάλλεται στις περιπτώσεις μη αγοράς ασφαλιστικής κάλυψης.
- Κάλυψη της χρηματικής διαφοράς (δηλαδή της διαφοράς που υπάρχει μεταξύ του ποσού που πληρώνει ο ασθενής και του συνολικού κόστους των φαρμάκων) αναφορικά με το πρόγραμμα Medicare Part D από το έτος 2011. Επίσης, τα άτομα της τρίτης ηλικίας λαμβάνουν μία έκπτωση της τάξης των 250 δολαρίων.
- Παροχή πιο ευνοϊκών επιδοτήσεων για τα άτομα που διαθέτουν χαμηλό εισόδημα. Συγκεκριμένα, οι οικογένειες οι οποίες βρίσκονται κάτω από το 150% του ομοσπονδιακού επιπέδου της φτώχειας θα έχουν τη δυνατότητα να διαθέσουν από 2% έως 4% από το εισόδημά τους για το κόστος των ασφαλίσεων.<sup>64</sup>
- Παράταση της παροχής ασφαλιστικής κάλυψης σε ενήλικα παιδιά μέχρι την ηλικία των 26 ετών. Η ρύθμιση αυτή αφορά όλα τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας. Επιπρόσθετα, η διάταξη αυτή σε ότι αφορά τα ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα απαγορεύει να αποκλείονται από τη κάλυψη άτομα με προϋπάρχουσες παθήσεις για το έτος 2014.
- Αύξηση της χρηματοδότησης για τα κοινοτικά κέντρα υγείας στο ποσό των 11 δισεκατομμυρίων δολαρίων για τα έτη 2011 έως 2015 με σκοπό να πραγματοποιηθούν επενδυτικά σχέδια τα οποία θα εξασφαλίσουν στους

---

<sup>64</sup><http://www.nytimes.com/interactive/2010/03/19/us/politics/20100319-health-care-reconciliation.html#tab=3>

πολίτες που κατοικούν στις κοινότητες αυτές τη δυνατότητα προσπελασιμότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας μαζί με τη Προστασία των Ασθενών και τη Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας προσφέρει τη δυνατότητα σε όλους τους Αμερικανούς πολίτες να αποκτήσουν ασφάλιση υγείας με ποιοτικούς και οικονομικούς όρους. Συγκεκριμένα, το Γραφείο Προϋπολογισμού του Κογκρέσου σχετικά με αυτούς τους δύο νόμους προέβλεψε ότι η πλειονότητα των Αμερικανών πολιτών θα έχει πρόσβαση σε προσιτές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης θα μειωθεί και ότι το έλλειμμα θα μειωθεί κατά 143 δισεκατομμύρια δολάρια μέσα στα επόμενα δέκα χρόνια (2010-2020).<sup>65</sup>

### **2.3 Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας της Αυστραλίας**

Η κατάσταση ενός καλού επιπέδου υγείας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για όλους τους πολίτες της Αυστραλίας και αυτό γιατί συμβάλλει στην ενθάρρυνση της παραγωγικής ικανότητας των ατόμων, αλλά και γενικότερα στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας.<sup>66</sup> Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, η Αυστραλιανή κυβέρνηση μέσω των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών της στοχεύει στη διασφάλιση της υγείας των πολιτών.

#### **2.3.1 Συμφωνία Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων και Αρχές Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας**

Τον Απρίλιο του έτους 2010, όλες οι πολιτείες με εξαίρεση τη Δυτική Αυστραλία υπέγραψαν την Συμφωνία Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων. Η συμφωνία αυτή στοχεύει σε μεταρρυθμίσεις οι οποίες σχετίζονται με τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, τα νοσοκομεία, τις υπηρεσίες πρόληψης που αποσκοπούν στη διασφάλιση της ψυχικής υγείας, κ.ά.<sup>67</sup>

Η συμφωνία αυτή περιλαμβάνει τα εξής:<sup>68</sup>

- Χρηματοδότηση από τη πλευρά της Κοινοπολιτείας με σκοπό τη κάλυψη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα, η Κοινοπολιτεία χρηματοδοτεί το 60% του χρηματικού κόστους των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς από τα δημόσια νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, η Κοινοπολιτεία χρηματοδοτεί το 60%

<sup>65</sup><http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill61.pdf>

<sup>66</sup><https://www.coagreformcouncil.gov.au/agenda/healthcare>

<sup>67</sup><https://ama.com.au/national-health-and-hospitals-network-coag-agreement>

<sup>68</sup><https://ama.com.au/national-health-and-hospitals-network-coag-agreement>

των δαπανών κεφαλαίου που προορίζονται για τη διεξαγωγή ερευνών που πραγματοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και για εκπαιδευτική κατάρτιση.

- Ευθύνη της Κοινοπολιτείας για τη χρηματοδότηση και για τους ιατρούς της γενικής ιατρικής, των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας.
- Ευθύνη των Τοπικών Δικτύων Νοσοκομείων (Local Hospital Networks) για τις επιδόσεις που παρουσιάζουν τα νοσοκομεία καθώς και για τη διοικητική λειτουργία αυτών.
- Ευθύνη των κρατών τα οποία αποτελούν τους διαχειριστές του δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος περίθαλψης για την αγορά υπηρεσιών υγείας από τα Τοπικά Δίκτυα Νοσοκομείων κάτω από το πλαίσιο συμφωνίας που πραγματοποιείται μεταξύ κρατών και Τοπικών Δικτύων Νοσοκομείων.
- Δημιουργία οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κάτω από ένα πλαίσιο συνεργασίας με ιατρούς της γενικής ιατρικής και άλλων επαγγελματιών υγείας. Οι οργανισμοί αυτοί επιπρόσθετα, θα πρέπει να συνεργάζονται με τα Τοπικά Δίκτυα Νοσοκομείων με στόχο τη προαγωγή της υγείας και την ενθάρρυνση των προληπτικών υπηρεσιών υγείας.
- Εφαρμογή νέων προδιαγραφών με σκοπό τη διασφάλιση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.
- Υποβολή εκθέσεων από την Εθνική Αρχή Αποδόσεων (National Performance Authority) σχετικά με την αποδοτικότητα των νοσοκομείων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, των τοπικών Δικτύων Νοσοκομείων, των οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και γενικότερα του συστήματος υγείας.

Η επόμενη συμφωνία που υπογράφηκε ήταν οι Αρχές Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας. Η συγκεκριμένη συμφωνία αντικαθιστά την Συμφωνία Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων. Οι Αρχές Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας υπογράφηκαν στις 13 Φεβρουαρίου του έτους 2011 από το

Συμβούλιο των κυβερνήσεων της Αυστραλίας (Council of Australian Governments, COAG).<sup>69</sup>

Μέσω της συμφωνίας αυτής, η κυβέρνηση μαζί με τις πολιτείες και τις περιφέρειες στοχεύουν σε αποδοτικότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες της Αυστραλίας, στην εξασφάλιση της βιώσιμης ανάπτυξης του αυστραλιανού συστήματος υγείας, στην αύξηση της διαφάνειας, στη διασφάλιση καλύτερων προτύπων απόδοσης και στη προσφορά μίας ασφαλούς χρηματοδοτικής βάσης για τα νοσοκομεία και γενικότερα για το κλάδο της υγείας.<sup>70</sup>

Η συμφωνία αυτή ασχολείται με θέματα που αφορούν τα δημόσια νοσοκομεία, τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα πρότυπα απόδοσης, κ.ά. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τα εξής:<sup>71</sup>

- Αύξηση της χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομειακών δαπανών από την Κοινοπολιτεία στο 45% από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του έτους 2014 και στο 50% από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του έτους 2017 με σκοπό τη παροχή αποδοτικότερων και πιο βελτιωμένων δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παράλληλα, εγγυάται ότι αυτή η χρηματοδοτική συνεισφορά δεν θα υπολείπεται του ποσού των 16,4 δισεκατομμυρίων δολαρίων για τα έτη 2014-2015 έως 2019-2020.
- Παροχή 7,8 δισεκατομμυρίων δολαρίων για τα έτη 2014-2015 έως 2019-2020 με σκοπό τη βελτίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και των νοσοκομείων, την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων, την εκπαιδευτική κατάρτιση ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας και την ενίσχυση της πρόληψης. Επιπρόσθετα, από αυτό το χρηματικό ποσό τα 3,4 δισεκατομμύρια δολάρια θα χρησιμοποιηθούν για τη κάλυψη αναγκών των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών, προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων και τη δημιουργία 1316 νοσοκομειακών κλινών υπέρμετρης φροντίδας.

<sup>69</sup><http://www.health.vic.gov.au/healthreform/news.htm>

<sup>70</sup><http://www.coag.gov.au/node/299>

<sup>71</sup><http://www.coag.gov.au/node/299> και

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/reformQA01#.U9T50VfLMbM>

- Εφαρμογή ενός νέου κονδυλίου επιχορήγησης για τα δημόσια νοσοκομεία και σύσταση μιας νέας εθνικής επιτροπής από το έτος 2012 η οποία θα είναι αρμόδια για τη διανομή και τον έλεγχο των χρηματικών κεφαλαίων με σκοπό να υπάρχει διαφάνεια σε ότι αφορά τη διαχείριση των κυβερνητικών κονδυλίων που προορίζονται για τη χρηματοδοτική ενίσχυση των νοσοκομειακών μονάδων.
- Δημιουργία 64 κλινικών γενικής ιατρικής σε τοπικές κοινότητες.
- Παροχή επιχορηγήσεων με σκοπό την ανάπτυξη περίπου 425 εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.
- Εκπαιδευτική κατάρτιση και αξιοποίηση των ικανοτήτων του ήδη υπάρχοντος υγειονομικού δυναμικού και εξασφάλιση περισσότερων ιατρών γενικής ιατρικής, νοσηλευτών και επαγγελματιών υγείας.
- Δημιουργία των τοπικών Medicare (Medicare Locals) με στόχο τον εντοπισμό και τη κάλυψη των αναγκών υπηρεσιών υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις τοπικές κοινότητες. Επιπρόσθετα, αυτά θα έχουν υπό την αρμοδιότητά τους τη διαχείριση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Υποβολή εκθέσεων από την Εθνική Αρχή Απόδοσης σχετικά με τις επιδόσεις των τοπικών Medicare για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των τοπικών κοινοτήτων, τα αποτελέσματα της έκβασης της υγείας του πληθυσμού όπως είναι τα ποσοστά των ατόμων της τοπικής κοινότητας με χρόνιες ασθένειες και γενικότερα τη κατάσταση υγείας της πληθυσμιακής κοινότητας.
- Ανάθεση της διοίκησης των νοσοκομείων σε Τοπικά Δίκτυα Νοσοκομείων με σκοπό οι τοπικές κοινότητες και οι ιατροί να έχουν πιο ενεργό ρόλο σε ότι αφορά τη παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, τα Τοπικά Δίκτυα Νοσοκομείων σε συνεργασία με τα τοπικά Medicare θα συμβάλουν στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού των τοπικών κοινοτήτων.
- Υποβολή εκθέσεων από την Εθνική Αρχή Απόδοσης που θα αφορά τις επιδόσεις των νοσοκομείων, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



- Παροχή ολοκληρωμένων πληροφοριών σχετικά με τις αποδόσεις των νοσοκομείων διά μέσου μίας ιστοσελίδας η οποία ονομάζεται MyHospitals, προκειμένου οι ασθενείς να είναι σε θέση να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τα νοσοκομεία της περιοχής τους καθώς και τις αποδόσεις αυτών. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς θα έχουν τη δυνατότητα να διαλέξουν μόνοι τους από πού θα λάβουν υπηρεσίες υγείας οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους με σκοπό να βελτιώσουν τη κατάσταση της υγείας τους.
- Πλήρη ευθύνη για τη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας από την κυβέρνηση της Αυστραλίας.
- Αύξηση της χρηματοδότησης από την Αυστραλιανή κυβέρνηση με σκοπό την εφαρμογή περαιτέρω μεταρρυθμίσεων στους τομείς της ψυχικής υγείας, της οδοντιατρικής περίθαλψης και της φροντίδας των ηλικιωμένων.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας. Η Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας αντικατέστησε τις προηγούμενες συμφωνίες, δηλαδή την Συμφωνία Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων που υπογράφηκε τον Απρίλιο του έτους 2010 και τις Αρχές Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας που υπογράφηκαν τον Φεβρουάριο του έτους 2011.<sup>72</sup>

### 2.3.2 Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας

Το Αυστραλιανό σύστημα υγείας θεωρείται ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Παρ' όλα αυτά όμως, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού, του αυξανόμενου αριθμού των ατόμων με χρόνιες παθήσεις καθώς και του υψηλού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, η Αυστραλιανή κυβέρνηση συνεργαζόμενη από κοινού με τα κράτη και τις περιφέρειες υπέγραψε τον Αύγουστο του έτους 2011 την Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας. Με την υπογραφή της συμφωνίας αυτής είχε σκοπό να επιφέρει σημαντικές αλλαγές οι οποίες αφορούν τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται και χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας καθώς και τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών.<sup>73</sup>

<sup>72</sup><https://ama.com.au/coag-national-health-reform-agreement-2-august-2011>

<sup>73</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/health-reform-overview#.U80-5KPLMbN> και [http://health.nt.gov.au/Health\\_Reform/National\\_Health\\_Reform/index.aspx](http://health.nt.gov.au/Health_Reform/National_Health_Reform/index.aspx)

Πιο συγκεκριμένα, με τη συμφωνία αυτή η κυβέρνηση της Αυστραλίας είχε σαν βασική επιδίωξη να προσφέρει στους πολίτες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που κατοικούσαν σε τοπικές κοινότητες, τη δυνατότητα να αποκτήσουν και να έχουν πρόσβαση σε καλύτερες και πιο βελτιωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καθώς επίσης και να διασφαλίσει τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας μέσω της αύξησης της χρηματοδότησης.<sup>74</sup>

Τα κράτη και οι περιφέρειες αποτελούν τους διαχειριστές του δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος περίθαλψης και ταυτόχρονα είναι υπεύθυνα.<sup>75</sup>

- Να παρέχουν σε όλους τους ασθενείς τη δυνατότητα να έχουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η γεωγραφική τους θέση.
- Να δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα τα οποία εντάσσονται στο δημόσιο πρόγραμμα Medicare να επιλέγουν και να επωφελούνται χωρίς κόστος από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και έκτακτης ανάγκης.
- Να παρέχουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και έκτακτης ανάγκης στους δικαιούχους σύμφωνα με τις κλινικές ανάγκες των ασθενών και κάτω από το πλαίσιο μίας εύλογης κλινικά χρονικής περιόδου.
- Να χρηματοδοτούν τα δημόσια νοσοκομειακά συστήματα και να παρέχουν εκπαίδευση και δυνατότητες έρευνας.

Αναφορικά με την Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας ισχύουν τα εξής:<sup>76</sup>

- Είναι υπεύθυνη για τη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς επίσης και για θέματα που αφορούν τους ιατρούς που ανήκουν στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Είναι υπεύθυνη για τη χρηματοδότηση του προγράμματος που αφορά τη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς επίσης και για τις παροχές που επωφελούνται οι ηλικιωμένοι από το πρόγραμμα αυτό.

Πιο συγκεκριμένα η Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας περιλαμβάνει θέματα που αφορούν:

---

<sup>74</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nhra-justreleased#.U85UEaPLMbM>

<sup>75</sup><https://ama.com.au/coag-national-health-reform-agreement-2-august-2011> και [http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health\\_reform/national-agreement.pdf](http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health_reform/national-agreement.pdf)

<sup>76</sup><https://ama.com.au/coag-national-health-reform-agreement-2-august-2011> και [http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health\\_reform/national-agreement.pdf](http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health_reform/national-agreement.pdf)

- Τα νοσοκομεία: Η κυβέρνηση της Αυστραλίας μέσω της Συμφωνίας Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας έχει ως βασικό στόχο να προωθήσει τη παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα τα οποία έχουν ανάγκη να επωφεληθούν από αυτές. Συγκεκριμένα, στοχεύει στη δημιουργία και διάθεση μεγαλύτερου αριθμού νοσοκομειακών κλινών, στη μείωση του χρόνου αναμονής των ατόμων που θέλουν να λάβουν υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία και στη κατασκευή νέων υποδομών υγείας για τη καλύτερη εξυπηρέτηση και πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, στοχεύει στο να βοηθήσει τα νοσοκομεία να λειτουργούν σωστά και να διασφαλίσουν τον τρόπο με τον οποίο θα πραγματοποιείται η χρηματοδότηση και η διαχείρισή τους.<sup>77</sup>
- Τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Η κυβέρνηση της Αυστραλίας στοχεύει στη στροφή των πολιτών προς τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με σκοπό να περιορίσει τη ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία. Μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι πολίτες που ζουν σε τοπικές κοινότητες έχουν τη δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες υγείας και να μην αποκλείονται από αυτές. Γενικότερα όμως, οι άνθρωποι μέσω αυτής εκπαιδεύονται και μαθαίνουν να διαχειρίζονται με όσο το δυνατόν καλύτερο τρόπο την υγεία τους, να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης ασθενειών και θεραπείας αυτών καθώς και να υπόκεινται σε σωστή διαχείριση στις περιπτώσεις όπου αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες.<sup>78</sup>
- Τη ψυχική υγεία: Η κυβέρνηση της Αυστραλίας στοχεύει στη δημιουργία και ανάπτυξη ενός αποδοτικού συστήματος ψυχικής υγείας με σκοπό τη παροχή βέλτιστων ποιοτικά υπηρεσιών για τους ασθενείς εκείνους που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Επιπρόσθετα η κυβέρνηση, το Μάιο του έτους 2011, γνωστοποίησε τη παροχή 2,2 δισεκατομμυρίων δολαρίων με σκοπό τη χρηματοδότηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα πλαίσια του προγράμματος Εθνικής Μεταρρύθμισης της Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Reform). Το συγκεκριμένο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα

<sup>77</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-hospitals#.U9JKbqPLMbM>

<sup>78</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-primarycare#.U9JKoKPLMbM>

στόχευε στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, στη πρόληψη από την εκδήλωση κάποιας ψυχικής νόσου για τα παιδιά και τους εφήβους καθώς και στη προώθηση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες για τη συμμετοχή τους στο κοινωνικό και εργασιακό τομέα.<sup>79</sup>

- Τη παροχή φροντίδας σε άτομα της τρίτης ηλικίας: Η κυβέρνηση της Αυστραλίας λόγω του γεγονότος ότι υπάρχει αύξηση του προσδόκιμου ζωής μεριμνά για τα άτομα της τρίτης ηλικίας παρέχοντάς τους υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας τόσο σε οικιακό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, από το έτος 2010, η Αυστραλιανή κυβέρνηση κάτω από το πλαίσιο της Συμφωνίας Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων χρηματοδότησε με 739 εκατομμύρια δολάρια την υγειονομική φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων εξασφαλίζοντας 5.000 θέσεις φροντίδας υγείας. Επίσης, η κυβέρνηση στόχευε στην ενθάρρυνση παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο σπίτι από τους γενικούς ιατρούς.<sup>80</sup>
- Τη πρόληψη: Τον Ιανουάριο του έτους 2011, ιδρύθηκε ο Αυστραλιανός Οργανισμός Εθνικής Προληπτικής Υγείας (Australian National Preventive Health Agency, ANPHA). Η κυβέρνηση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις υπηρεσίες πρόληψης και στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας όπως είναι οι χρόνιες ασθένειες. Πιο συγκεκριμένα, η κυβέρνηση της Αυστραλίας εστιάζει σε προληπτικές υπηρεσίες που αφορούν την αντιμετώπιση του φαινομένου της παχυσαρκίας, του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Με τον τρόπο αυτό αποσκοπεί στην παρακίνηση των πολιτών να ακολουθήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής για την αποφυγή εκδηλώσεων χρόνιων ασθενειών καθώς και στη μείωση των παραγόντων κινδύνου που αφορούν την υγεία και κατ' επέκταση τις χρόνιες νόσους.<sup>81</sup>
- Την ηλεκτρονική υγεία: Η ηλεκτρονική υγεία αφορά τη συλλογή και τη διαχείριση πληροφοριών για θέματα που σχετίζονται με την υγεία των

---

<sup>79</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-mentalhealth#.U9JKq6PLMbM>

<sup>80</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-agedcare#.U9OHFfLMbM>

<sup>81</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-prevention#.U9OXHFfLMbN>

πολιτών σε ηλεκτρονική μορφή. Αποσκοπεί στη παροχή καλύτερων και αποδοτικότερων, σε ποιοτικούς όρους, υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός ηλεκτρονικού συστήματος. Επιπρόσθετα, διά μέσου της ηλεκτρονικής υγείας άτομα τα οποία ζουν σε απομακρυσμένες ή αγροτικές περιοχές έχουν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με απευθείας σύνδεση με γενικούς ή εξειδικευμένους ιατρούς και να λάβουν πληροφορίες υγειονομικού περιεχομένου.<sup>82</sup>

- Το εργατικό δυναμικό: Η Αυστραλιανή κυβέρνηση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο απαιτούμενο εργατικό δυναμικό του υγειονομικού τομέα. Λόγω του ότι η βασική προτεραιότητα της κυβέρνησης είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών και των γενικών και εξειδικευμένων ιατρών, να είναι υψηλά καταρτισμένοι και να έχουν ικανότητες έτσι ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του συστήματος υγείας της χώρας. Γι' αυτό το λόγο, η κυβέρνηση προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του περιορισμένου αριθμού ατόμων που αποτελούν το υγειονομικό δυναμικό και παράλληλα την αυξημένη ζήτηση για μελλοντικές υπηρεσίες υγείας εκ μέρους των πολιτών, διέθεσε 1,8 δισεκατομμύρια δολάρια για το χρονικό διάστημα 2010-2011 έως 2014-2015. Με τον τρόπο αυτό, η κυβέρνηση θα διασφάλιζε ένα επαρκές αριθμητικά εργατικό δυναμικό στο κλάδο υγείας.<sup>83</sup>
- Τα θέματα που σχετίζονται με τα εθνικά πρότυπα και τις επιδόσεις: Κάτω από το πλαίσιο της Εθνικής Μεταρρύθμισης Υγείας (National Health Reform) οι πολίτες της Αυστραλίας έχουν τη δυνατότητα, μέσα από τον διαδικτυακό τόπο MyHospitals, να ενημερώνονται και να λαμβάνουν πληροφορίες οι οποίες σχετίζονται με τις επιδόσεις των νοσοκομείων, τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται, τα στοιχεία εκθέσεων που αφορούν τα ποσοστά των νοσοκομειακών λοιμώξεων, τα πρότυπα κλινικής φροντίδας καθώς επίσης και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρουν.

---

<sup>82</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-ehealth#.U9JKyKPLMbM>

<sup>83</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-workforce#.U9OaJfLMbM>

Αυτή επομένως η μεταρρυθμιστική προσπάθεια έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση και τη καλύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας.<sup>84</sup>

Επιπρόσθετα, η ανωτέρω συμφωνία αποτελείται από δύο ακόμα συμφωνίες. Η μία είναι η Συμφωνία Εθνικής Περίθαλψης του 2011 και η άλλη η Εθνική Συμφωνία για τη Βελτίωση των Υπηρεσιών των Δημόσιων Νοσοκομείων.<sup>85</sup>

Οι κυβερνήσεις μέσω της Συμφωνίας Εθνικής Περίθαλψης του 2011 επιδιώκουν τα εξής για το Αυστραλιανό σύστημα υγείας.<sup>86</sup>

- Θα πρέπει να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες όλων των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και των οικογενειών τους, καθώς επίσης και των ατόμων εκείνων που κατοικούν σε κοινοτικές περιοχές.
- Θα πρέπει να εστιάζει κυρίως σε θέματα πρόληψης και εξασφάλισης ενός καλού επιπέδου υγείας και όχι να επικεντρώνεται μόνο σε θέματα που αφορούν τη θεραπευτική διαδικασία των ασθενών.
- Θα πρέπει να δίνει τη δυνατότητα σε όλους τους πολίτες της χώρας να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας ποιοτικού περιεχομένου. Επιπρόσθετα, οι πολίτες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να επωφελούνται από αυτές χωρίς να παίζει ρόλο η οικονομική τους κατάσταση, αλλά οι υγειονομικές τους ανάγκες.
- Θα πρέπει να λάβει τα απαραίτητα μέτρα έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις διαφορές που αφορούν τη κατάσταση υγείας μεταξύ ατόμων με σοβαρά προβλήματα υγείας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Οι κυριότεροι στόχοι της Συμφωνίας Εθνικής Περίθαλψης του 2011 ήταν οι εξής:<sup>87</sup>

- Πρόληψη: Οι Αυστραλοί πολίτες γεννιούνται υγιείς και θα πρέπει να παραμένουν σε αυτή τη κατάσταση.
- Πρωτοβάθμια και Κοινοτική υγεία: Οι Αυστραλοί πολίτες πρέπει να επωφελούνται από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και κοινοτικής υγείας με ποιοτικούς και οικονομικούς όρους.

---

<sup>84</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-standards#.U9Oiw1fLMbM>

<sup>85</sup><https://ama.com.au/coag-national-health-reform-agreement-2-august-2011>

<sup>86</sup>[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nha-agreement/\\$File/National%20Healthcare%20Agreement%202011.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nha-agreement/$File/National%20Healthcare%20Agreement%202011.pdf)

<sup>87</sup>[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nha-agreement/\\$File/National%20Healthcare%20Agreement%202011.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nha-agreement/$File/National%20Healthcare%20Agreement%202011.pdf)

- Νοσοκομειακή περίθαλψη: Οι Αυστραλοί πολίτες πρέπει να επωφελούνται από υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης και φροντίδας με ποιοτικούς και οικονομικούς όρους.
- Φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων: Τα άτομα που ανήκουν στη κατηγορία της τρίτης ηλικίας πρέπει να επωφελούνται από ποιοτικές και οικονομικές υπηρεσίες υγείας και φροντίδας.
- Κοινωνική ενσωμάτωση: Καταπολεμάται το φαινόμενο της κοινωνικής περιθωριοποίησης και ενισχύεται η κοινωνική ένταξη με το να συμπεριλαμβάνονται και οι αυτόχθονες Αυστραλοί στο σύστημα υγείας της χώρας λαμβάνοντας υπηρεσίες υγείας.
- Διασφάλιση της βιώσιμης ανάπτυξης του αυστραλιανού συστήματος υγείας.

Η Εθνική Συμφωνία για τη Βελτίωση των Υπηρεσιών των Δημόσιων Νοσοκομείων έχει ως βασικό στόχο να προσφέρει τη δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες που σχετίζονται με προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, επείγοντα περιστατικά και υπηρεσίες υπέρμετρης φροντίδας υγείας μέσω της βελτίωσης της ικανότητας λειτουργίας των νοσοκομείων. Προκειμένου όμως να επιτευχθεί ο στόχος αυτός ο οποίος αφορά τη καλύτερη και ποιοτικότερη παροχή δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών απαιτείται συνεργασία μεταξύ της Κοινοπολιτείας, των πολιτειών και των περιφερειών με τα δίκτυα των τοπικών νοσοκομείων.<sup>88</sup>

Η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση διαφέρει από την επείγουσα επέμβαση και αναφέρεται στην επέμβαση εκείνη η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά από 24 ώρες χωρίς όμως να υπάρξει οποιοσδήποτε κίνδυνος για τον ασθενή. Στη περίπτωση τώρα των δημόσιων νοσοκομείων, οι ασθενείς που πρέπει να υποβληθούν σε κάποια προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση μπαίνουν σε λίστες αναμονής. Ο χρόνος αναμονής των ασθενών ξεκινάει από τη στιγμή που ο ασθενής μπαίνει στη λίστα αναμονής μέχρι τη στιγμή εκείνη που θα υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση.<sup>89</sup>

Η υπέρμετρη φροντίδα απευθύνεται σε ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και παρέχονται σε νοσοκομειακή βάση. Οι ασθενείς

<sup>88</sup>[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/\\$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf)

<sup>89</sup><http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/Expert-Panel-Report~Section-4#.U8-vZaPLMbM>

αυτοί δεν βρίσκονται σε κατάσταση οξείας φάσης της ασθένειας ή του τραυματισμού, ωστόσο όμως απαιτούν μία πιο εντατική νοσηλευτική φροντίδα υγείας από αυτή που παρέχεται στους περισσότερους ασθενείς.<sup>90</sup>

Η ενίσχυση της αποδοτικότητας και η βελτίωση της ικανότητας των δημόσιων νοσοκομείων μπορεί να επιτευχθεί με τα εξής:<sup>91</sup>

- Παροχή μέχρι 1,6 δισεκατομμύρια δολάρια με σκοπό τη δημιουργία νέων κλινών για τους ασθενείς εκείνους που χρειάζονται υπέρμετρη φροντίδα.
- Παροχή μέχρι 250 εκατομμύρια δολάρια για τη κάλυψη των αναγκών του τμήματος των επειγόντων περιστατικών.
- Παροχή μέχρι 150 εκατομμύρια δολάρια για τις προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις.
- Παροχή μέχρι 650 εκατομμύρια δολάρια για την επίτευξη του Εθνικού Στόχου Επιλεκτικής Χειρουργικής (National Elective Surgery Target, NEST). Βασική επιδίωξη του Εθνικού Στόχου Επιλεκτικής Χειρουργικής είναι να διασφαλίσει ότι θα αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών οι οποίοι υπόκεινται σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση μέσα στα πλαίσια ενός κλινικά συνιστώμενου χρόνου καθώς επίσης και να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των ασθενών οι οποίοι υπόκεινται στις επεμβάσεις αυτές.<sup>92</sup>
- Παροχή μέχρι 500 εκατομμύρια δολάρια για την επίτευξη του στόχου της μείωσης παραμονής στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών των δημόσιων νοσοκομείων. Βασική επιδίωξη του Εθνικού Στόχου Επείγουσας Πρόσβασης (National Emergency Access Target, NEAT) είναι να περιορίσει το χρονικό διάστημα όπου οι ασθενείς μένουν στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών μέχρι τη διάρκεια των τεσσάρων ωρών. Με τον τρόπο αυτό

---

<sup>90</sup>[http://www.living-options.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4:subacute-care&catid=2:skilled-care&Itemid=11](http://www.living-options.org/index.php?option=com_content&view=article&id=4:subacute-care&catid=2:skilled-care&Itemid=11) και <http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Pages/SubacuteCare.aspx>

<sup>91</sup>[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/\\$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf)

<sup>92</sup>[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/\\$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf) και [http://www.health.wa.gov.au/hrit/home/elective\\_services\\_reform.cfm](http://www.health.wa.gov.au/hrit/home/elective_services_reform.cfm)



επιδιώκεται ποιοτικότερη και γρηγορότερη παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους ασθενείς.<sup>93</sup>

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται μέσα από τη χρηματοδότηση των πολιτειών και των περιφερειών κάτω από το πλαίσιο της Εθνικής Συμφωνίας για τη Βελτίωση των Υπηρεσιών των Δημόσιων Νοσοκομείων.<sup>94</sup>

## 2.4 Ανακεφαλαίωση

Στην ενότητα αυτή αναφέρονται σύντομα τα όσα παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν στις παραπάνω ενότητες σχετικά με τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες των δύο χωρών, των ΗΠΑ και της Αυστραλίας, για το σύστημα υγείας.

Αρχικά, γίνεται αναφορά και ανάλυση δύο πολύ σημαντικών μεταρρυθμίσεων για το σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Η πρώτη είναι η Προστασία των Ασθενών και η Πράξη Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας. Μέσω αυτής η Αμερικάνικη κυβέρνηση είχε ως βασικό στόχο να παρέχει σε όλους τους Αμερικανούς πολίτες τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καθώς επίσης και να περιορίσει το κόστος των δαπανών υγείας. Η δεύτερη αφορά την Πράξη Συμφιλίωσης Φροντίδας Υγείας και Παιδείας η οποία δημιουργήθηκε με στόχο την τροποποίηση ορισμένων τμημάτων της Προστασίας των Ασθενών και της Πράξης Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας.

Έπειτα, γίνεται αναφορά και ανάλυση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών για το σύστημα υγείας της Αυστραλίας. Συγκεκριμένα, γίνεται ανάλυση της Συμφωνίας Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων και των Αρχών Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας οι οποίες στη συνέχεια αντικαθίστανται από την Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας. Η Συμφωνία Εθνικής Υγείας και Δικτύου Νοσοκομείων στοχεύει σε μεταρρυθμίσεις οι οποίες σχετίζονται με τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, τα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες πρόληψης που αποσκοπούν στη διασφάλιση της ψυχικής υγείας. Οι Αρχές

---

<sup>93</sup>[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/\\$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf) και <http://www.health.nsw.gov.au/Performance/Pages/NEAT.aspx>

<sup>94</sup>[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/\\$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf)

Συμφωνίας για την Εθνική Μεταρρύθμιση της Υγείας στοχεύουν σε αποδοτικότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες της Αυστραλίας και στην εξασφάλιση της βιώσιμης ανάπτυξης του Αυστραλιανού συστήματος υγείας. Η Συμφωνία Αναδιοργάνωσης της Εθνικής Υγείας αναφέρεται σε διαρθρωτικές αλλαγές που σχετίζονται με τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της χώρας καθώς και τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών και αποτελείται από την Συμφωνία Εθνικής Περίθαλψης του 2011 και την Εθνική Συμφωνία για τη Βελτίωση των Υπηρεσιών των Δημόσιων Νοσοκομείων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

#### 3.1 Εισαγωγή

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί και χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας. Αναφέρονται και αναλύονται τα βασικά γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν το κάθε σύστημα, οι κύριες πηγές εσόδων που τα χρηματοδοτούν και τέλος γίνεται μία συγκριτική ανάλυση παρουσιάζοντας τα κύρια σημεία και τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία.

Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται και αναλύεται το δημόσιο και το ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας τόσο των ΗΠΑ όσο και της Αυστραλίας. Επίσης, αναφέρονται οι πηγές των εσόδων που συμβάλλουν στη χρηματοδότηση τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα υγείας κάθε χώρας καθώς επίσης και ο ρόλος που έχει το κράτος σε κάθε ένα από τα συστήματα αυτά.

Αρχικά, παρουσιάζεται το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στις ΗΠΑ εξετάζοντας τα δημόσια προγράμματα ασφάλισης υγείας, τις παροχές που προσφέρουν και τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται. Επίσης, παρουσιάζεται το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης που έχει μείζονα ρόλο στις ΗΠΑ, ο τρόπος με τον οποίο χρηματοδοτείται και ακόμα εξετάζεται ο ρόλος των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Έπειτα, γίνεται αναφορά στο προαιρετικό χαρακτήρα της ιδιωτικής ασφάλισης καθώς και στο ρόλο που έχουν οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs) και οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organisations, PPOs) στην ιδιωτική ασφάλιση.

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται το δημόσιο σύστημα ασφάλισης της Αυστραλίας εξετάζοντας το κρατικό πρόγραμμα Medicare, τις παροχές που προσφέρει και τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτείται. Έπειτα, παρουσιάζεται το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης στην Αυστραλία που αποτελεί είδος συμπληρωματικής κάλυψης για τους πολίτες καθώς επίσης και τις πολιτικές που εφαρμόζει η κυβέρνηση με σκοπό την ενθάρρυνσή της.

Τέλος, γίνεται μία συγκριτική ανάλυση στο τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτείται το δημόσιο και το ιδιωτικό σύστημα υγείας κάθε χώρας, αναφέροντας τα βασικά χαρακτηριστικά και τις διαφορές τους.

### 3.2 Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ

Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ χαρακτηρίζεται από έντονη πολυπλοκότητα κυρίως σε ότι αφορά την ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών η οποία οργανώνεται σε τοπικό επίπεδο.<sup>95</sup> Αυτό συμβαίνει διότι οι ΗΠΑ είναι ένα ομοσπονδιακό κράτος που αποτελείται από 50 πολιτείες, η κάθε μία από τις οποίες είναι αυτόνομη με δικό της Σύνταγμα και νόμους.<sup>96</sup>

#### 3.2.1 Δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στις ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας χωρίς όμως να απουσιάζει από το σύστημα η κοινωνική ασφάλιση μέσω της οποίας καλύπτονται άτομα που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπως είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, οι ηλικιωμένοι κ.ά.).<sup>97</sup>

Το Medicare αποτελεί ένα δημόσιο πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο διοικείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ από το έτος 1966 και καλύπτει όλους τους Αμερικανούς πολίτες οι οποίοι είναι ηλικίας άνω των 65 ετών, όπως επίσης άτομα με προβλήματα αναπηρίας και άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου. Το πρόγραμμα αυτό, όπως ήδη αναφέρθηκε, διοικείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, καλύπτοντας μεγάλο φάσμα ιατρικών υπηρεσιών για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Η χρηματοδότησή του επιτυγχάνεται μέσω των ασφαλιστρών που χρεώνουν οι ιδιωτικές εταιρείες, των φόρων που επιβάλλονται στους μισθούς και τα γενικά ομοσπονδιακά έσοδα. Το κράτος με το πρόγραμμα αυτό έχει ως βασικό στόχο να προστατέψει τους ευάλωτους πολίτες από κινδύνους που σχετίζονται

---

<sup>95</sup>Μωραΐτης (2006)

<sup>96</sup>[http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CF%84%CF%89%CE%BD\\_%CE%97%CE%A0%CE%91](http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CF%84%CF%89%CE%BD_%CE%97%CE%A0%CE%91)

<sup>97</sup><http://www.healthview.gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%87%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF/1260/%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>

με κάθε είδους ασθένεια, σε αντίθεση με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη σε άτομα σύμφωνα με τον κίνδυνο που διατρέχουν.<sup>98</sup>

Το εθνικό πρόγραμμα Medicare χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα.<sup>99</sup>

- Το πρώτο τμήμα (Part A) απευθύνεται σε άτομα ηλικίας κυρίως άνω των 65 ετών και προσφέρει νοσοκομειακή περίθαλψη (η οποία περιλαμβάνει γεύματα, ιατρικά τεστ, ημι-ιδιωτικό δωμάτιο, και άλλες υπηρεσίες), φιλοξενία σε γηροκομεία, φροντίδα σε μονάδες νοσηλείας και κάποια υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι. Επίσης παρέχει κάλυψη σε ιατρικό εξοπλισμό στις ευάλωτες ομάδες όπως είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Η μέγιστη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο που καλύπτει το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι 90 ημέρες. Η δαπάνη για τις πρώτες 60 ημέρες καταβάλλεται εξ' ολοκλήρου από το Medicare Part A με εξαίρεση ένα ποσό που θα πρέπει να καταβληθεί στην αρχή από τον πολίτη, ενώ για παραμονή από 61 έως 90 ημέρες απαιτείται μία συμμετοχή (ανά ημέρα) από τον ασθενή, ένα ποσό δηλαδή που θα πρέπει ο ίδιος να καταβάλλει για τις υπηρεσίες υγείας που θα χρησιμοποιήσει.<sup>100</sup> Επίσης το Medicare Part A μπορεί να καλύψει έξοδα που αφορούν διαμονή σε μονάδες νοσηλείας με σκοπό την ανάρρωση του ασθενή. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα αυτό μπορεί να καλύψει 100 ημέρες ανά ασθένεια. Το ποσό που αντιστοιχεί στις πρώτες 20 ημέρες καταβάλλεται ολόκληρο από το Medicare Part A, ενώ για τις υπόλοιπες 80 ημέρες απαιτείται και πάλι συμμετοχή από τον ασθενή. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα πληρώνουν φόρους για το Medicare συνεισφέροντας έτσι στο πρόγραμμα δεν υποχρεούνται να πληρώσουν μηνιαίο ασφάλιστρο. Επίσης τα άτομα με ειδικές ανάγκες κάτω των 65 ετών που εντάσσονται στη Κοινωνική Ασφάλιση (Social Security) μπορούν να συμμετέχουν στο

<sup>98</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_%28United\\_States%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_%28United_States%29),  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf) και  
[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)

<sup>99</sup><http://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10043.pdf>,  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_%28United\\_States%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_%28United_States%29),  
<http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/#medicare>, <http://medicare.com/about-medicare/medicare-plan-types/medicare-part-a>, <http://medicare.com/about-medicare/medicare-plan-types/medicare-part-b>, <http://medicare.com/medicare-advantage-part-c/about-medicare-advantage-part-c/medicare-advantage-plans>, <http://medicare.com/medicare-part-d/about/medicare-part-d>

<sup>100</sup><http://www.medicare.gov/your-medicare-costs/costs-at-a-glance/costs-at-a-glance.html> και  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_%28United\\_States%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_%28United_States%29)

πρόγραμμα και να λαμβάνουν υπηρεσίες δωρεάν. Σε διαφορετική περίπτωση μπορούν να επωφεληθούν από το πρόγραμμα Medicare Part A αγοράζοντάς το και καταβάλλοντας κάποιο ασφάλιστρο κάθε μήνα. Το τελευταίο ισχύει για άτομα με ειδικές ανάγκες κάτω των 65 ετών που έχουν επιστρέψει στην εργασίας τους και για άτομα που δεν πλήρωσαν αρκετούς φόρους τη περίοδο όπου εργάζονταν και είναι 65 ετών και άνω.

- Το δεύτερο τμήμα (Part B) προσφέρει συμπληρωματική ασφαλιστική κάλυψη σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονται από το πρώτο τμήμα του προγράμματος Medicare. Καλύπτει κυρίως επισκέψεις σε ιατρούς εξωτερικών ιατρείων, κόστος υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, διαγνωστικές και άλλου είδους εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες, εξονοσοκομειακή περίθαλψη, εμβόλια, ιατρικό εξοπλισμό, ιατρικά αναλώσιμα, φροντίδα νοσηλείας, παροχή και διάθεση ασθενοφόρων και άλλες παρεμφερείς υπηρεσίες υγείας. Εκτός όμως από τις υπηρεσίες αυτές, παρέχει και υπηρεσίες πρόληψης. Το πρόγραμμα Medicare Part B μαζί με το πρόγραμμα Medicare Part A αποτελούν το Original Medicare. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα άτομα εκείνα που δικαιούνται δωρεάν τα προγράμματα της νοσοκομειακής ασφάλισης Medicare Part A έχουν τη δυνατότητα να εγγραφούν στα προγράμματα της ιατρικής ασφάλισης Medicare Part B καταβάλλοντας κάθε μήνα ένα ασφάλιστρο ανάλογο με το εισόδημά τους.
- Το τρίτο τμήμα (Part C) ή αλλιώς πρόγραμμα Medicare Advantage αναφέρεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι δικαιούχοι απολαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν τα προγράμματα Medicare Part A και Medicare Part B εκτός από τη φροντίδα νοσηλείας καθώς και επιπρόσθετα οφέλη, μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, μέρος του κόστους των οποίων αναλαμβάνει το κρατικό πρόγραμμα Medicare. Τα προγράμματα Medicare Advantage παρέχονται επομένως από ιδιωτικές εταιρείες οι οποίες έχουν εγκριθεί από το Medicare. Μέσω των συγκεκριμένων προγραμμάτων μπορεί να καλυφθούν υπηρεσίες που αφορούν την οδοντιατρική περίθαλψη, την όραση, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα καθώς και τη συμμετοχή σε προγράμματα υγείας. Τα μέλη του προγράμματος αυτού πρέπει επίσης να πληρώνουν κάθε μήνα ένα επιπλέον ασφάλιστρο πέραν αυτού που

καταβάλλουν για το δεύτερο τμήμα με σκοπό να καλυφθούν οι παραπάνω υπηρεσίες.

- Το τέταρτο τμήμα (Part D) εφαρμόστηκε την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του έτους 2006 και αφορά τη κάλυψη για συνταγογραφούμενα φάρμακα. Για να μπορέσει κάποιος να γραφτεί στο Medicare Part D πρέπει να είναι εγγεγραμμένος στα προγράμματα Medicare Part A και Medicare Part B. Οι ασθενείς για να μπορέσουν να έχουν πρόσβαση στα φάρμακα αυτά θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στα ειδικά προγράμματα παροχής συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ένας άλλος τρόπος για να μπορέσουν να έχουν κάλυψη είναι μέσω του προγράμματος Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug plan, MA-PD). Τα συγκεκριμένα προγράμματα διοικούνται και λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες αφενός προσφέρουν στους δικαιούχους διαφορετικά οφέλη σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και αφετέρου χρεώνουν με διαφορετικές τιμές ασφαλιστρών. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το συμφέρον των ασφαλιστικών εταιρειών έρχεται σε αντίθεση με το συμφέρον των φαρμακοβιομηχανιών και αυτό γιατί οι τελευταίες έχουν ως στόχο τη μεγιστοποίηση τους κέρδους τους πουλώντας ακριβά τα φάρμακα, ενώ οι ασφαλιστικές εταιρίες επιδιώκουν πάντοτε την ελαχιστοποίηση του κόστους τους. Όσον αφορά λοιπόν τη φαρμακευτική κάλυψη απαιτείται αφενός η καταβολή ενός μηνιαίου ασφαλιστρου, αφετέρου όμως δίνεται η δυνατότητα στον δικαιούχο να μειώσει μέσω του συγκεκριμένου προγράμματος το κόστος που θα έπρεπε ο ίδιος να πληρώσει για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Από τα παραπάνω λοιπόν συμπεραίνεται ότι το πρόγραμμα Medicare κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στην αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας των ΗΠΑ.

Ωστόσο όμως, ορισμένες ιατρικές δαπάνες και υπηρεσίες υγείας δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicare, αλλά από τα Σχέδια Medigap (Medigap Gaps) τα οποία έχουν συμπληρωματικό χαρακτήρα. Βασικός στόχος των Σχεδίων Medigap είναι η μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και η παροχή υπηρεσιών όπως π.χ. η ιατρική περίθαλψη σε χώρες εκτός των ΗΠΑ. Τα σχέδια αυτά παρέχονται σε

διαφορετικές χρεώσεις από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες είναι εξουσιοδοτημένες από τα Κέντρα για Medicare και Medicaid Υπηρεσίες (Center for Medicare and Medicaid Services). Απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση ενός Σχεδίου Medigap είναι το άτομο να ενταχθεί πρώτα στα προγράμματα Medicare Part A και Medicare Part B. Τα σχέδια αυτά δεν παρέχουν κάλυψη για συνταγογραφούμενα φάρμακα και έτσι οι πολίτες θα πρέπει να εγγραφούν στο πρόγραμμα Medicare Part D.<sup>101</sup>

Το Medicaid είναι ένα ακόμα κρατικό πρόγραμμα φροντίδας υγείας το οποίο θεσπίστηκε το 1965 και καλύπτει άτομα με χαμηλό εισόδημα, άπορους, άτομα με ειδικές ανάγκες και έγκυες γυναίκες. Πρόκειται για ένα δημόσιο πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται από τις πολιτείες και την ομοσπονδιακή κυβέρνηση.<sup>102</sup> Κάθε πολιτεία θέτει τα δικά της κριτήρια για το αν τα άτομα δικαιούνται να ενταχθούν στο πρόγραμμα καθώς επίσης και το είδος των υπηρεσιών που θα λάβουν. Η ένταξη των κρατών στο πρόγραμμα Medicaid δεν είναι υποχρεωτική, αλλά παρ' όλα αυτά τα περισσότερα κράτη συμμετέχουν. Το δημόσιο αυτό πρόγραμμα αποτελεί κύρια πηγή χρηματοδότησης καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες εκείνους που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, εμβόλια, κ.ά. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει επίσης να αναφερθεί, ότι οι οικονομικά ασθενέστεροι και τα άτομα με αναπηρία που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το πρόγραμμα Medicare μπορούν να χρησιμοποιήσουν ως συμπληρωματική ασφάλιση το πρόγραμμα Medicaid κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου της Προστασίας των Ασθενών και Πράξης Προσιτής Οικονομικά Φροντίδας (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) όλοι οι πολίτες, συμπεριλαμβανομένων των νόμιμων κατοίκων της χώρας καθώς και των ενήλικων κατοίκων χωρίς προστατευόμενα μέλη, με εισόδημα μέχρι 133% του ορίου της φτώχειας μπορούν να επωφεληθούν από το πρόγραμμα Medicaid. Τέλος, άλλο ένα επιπρόσθετο όφελος που προσφέρει το πρόγραμμα Medicaid είναι η

---

<sup>101</sup><http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/#medicare> και

<http://www.medicare.gov/supplement-other-insurance/medigap/whats-medigap.html>

<sup>102</sup><http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Financing-and-Reimbursement/Financing-and-Reimbursement.html>



δυνατότητα που προσφέρει σε άτομα με χαμηλό εισόδημα να απευθυνθούν σε εξωτερικά ιατρεία για να συνταγογραφήσουν φάρμακα.<sup>103</sup>

Εκτός από τα παραπάνω δημόσια προγράμματα ασφάλισης υπάρχουν και άλλα προγράμματα τα οποία μέσω της ύπαρξης και της λειτουργίας τους εξυπηρετούν και άλλες ομάδες ευάλωτων πολιτών. Πολύ σημαντικό πρόγραμμα αποτελεί το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών (Children's Health Insurance Program, CHIP) το οποίο σχεδιάστηκε το 1997. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εντάσσονται παιδιά οικογενειών με οικονομικές δυσκολίες τα οποία δεν μπορούν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα Medicaid, αλλά δεν έχουν και την οικονομική δυνατότητα να αποκτήσουν ιδιωτική ασφάλεια υγείας.<sup>104</sup>

Μερικά ακόμα προγράμματα δημόσιας ασφάλισης είναι τα εξής. Η Ινδική Υπηρεσία Υγείας (The Indian Health Service) η οποία είναι αρμόδια για τη παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους αυτόχθονες Ινδιάνους με στόχο τη διασφάλιση ενός καλύτερου επιπέδου υγείας. Η Διοίκηση Υγείας Βετεράνων (The Veterans Health Administration) η οποία παρέχει ιατρική περίθαλψη στους βετεράνους με τη βοήθεια των Ιατρικών Κέντρων Υποθέσεων Βετεράνων (Veterans Affairs Medical Centers, VAMC) και άλλων κέντρων και βοηθητικών προγραμμάτων. Και τέλος, το Tricare το οποίο παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους στρατιωτικούς και τις οικογένειές τους.<sup>105</sup>

### 3.2.2 Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης στις ΗΠΑ

Το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης στις ΗΠΑ βασίζεται στο ατομοκεντρικό μοντέλο σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες δεν είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν σε κάποιο πρόγραμμα ασφάλισης (ιδιωτικό ή δημόσιο). Αντίθετα, στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης κυριαρχεί το κοινωνικοκεντρικό μοντέλο δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ασφάλιση η οποία και αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας.

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες παρέχουν στους χρήστες υπηρεσίες υγείας έναντι ασφαλιστρών. Τα ασφαλιστρα αυτά βασίζονται:<sup>106</sup>

- Στη πιθανότητα κινδύνου το άτομο να ασθενήσει σε μελλοντικό χρονικό διάστημα.

<sup>103</sup><http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid> και <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Benefits/Prescription-Drugs/Prescription-Drugs.html>

<sup>104</sup><http://www.ncsl.org/research/health/childrens-health-insurance-program-overview.aspx>

<sup>105</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Indian\\_Health\\_Service](http://en.wikipedia.org/wiki/Indian_Health_Service),

[http://en.wikipedia.org/wiki/Veterans\\_Health\\_Administration](http://en.wikipedia.org/wiki/Veterans_Health_Administration), και <http://en.wikipedia.org/wiki/TRICARE>

<sup>106</sup> Αλετράς *et. al.* (2002)

- Στο μέσο κίνδυνο της πληθυσμιακής ομάδας ή της ομάδας των εργαζομένων με παρόμοια επαγγελματικά χαρακτηριστικά που θα συμμετέχει στο πρόγραμμα ασφάλισης να ασθενήσει.

Τα προγράμματα της ιδιωτικής ασφάλισης απευθύνονται είτε σε φυσικά πρόσωπα ως μεμονωμένες οντότητες (αυτοαπασχολούμενοι, συνταξιούχοι, κ.ά.) είτε σε ομάδες εργαζομένων ως πακέτο παροχών (αμοιβές και ασφάλιση). Στη πρώτη περίπτωση τα άτομα πληρώνουν τα ασφάλιστρα με βάση το εισόδημα που διαθέτουν. Στη δεύτερη περίπτωση το ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης της υγείας χρηματοδοτείται μέσα από τις εισφορές των εργοδοτών οι οποίοι καταβάλλουν το μεγαλύτερο μέρος της ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ το υπόλοιπο χρηματικό κόστος καλύπτεται από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Όσον αφορά τα ασφάλιστρα, όταν πρόκειται για ομαδικά πακέτα ασφάλισης, αυτά είναι χαμηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα που θα πρέπει να πληρώσουν εκείνοι που συνάπτουν ατομικά συμβόλαια. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι επιχειρήσεις παρουσιάζουν μεγάλη διαπραγματευτική ισχύ με αποτέλεσμα να μπορούν να εξασφαλίσουν χαμηλότερα ασφάλιστρα και ταυτόχρονα τα έξοδά τους να καλύπτονται από τα καθαρά κέρδη.<sup>107</sup>

Η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ παρέχει πολλά οφέλη στο κοινωνικό σύνολο. Το σημαντικότερο είναι ότι επιτρέπει στους πολίτες να διαλέξουν οποιοδήποτε ασφαλιστικό πρόγραμμα θεωρούν ότι καλύπτει τις ανάγκες τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών με σκοπό την εξασφάλιση μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας στη παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, άλλο ένα όφελος που προκύπτει είναι ότι η ιδιωτική ασφάλιση ενισχύει περαιτέρω οικονομικά το σύστημα υγείας της χώρας εξασφαλίζοντας επιπρόσθετους πόρους και καλύπτοντας ανάγκες υγείας του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού το οποίο δεν απορροφά δαπάνες υγείας από το κράτος. Επιπρόσθετα, μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης ενισχύεται η εισαγωγή νέων, σύγχρονων και καινοτόμων τεχνολογιών που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με αποτέλεσμα οι πολίτες να λαμβάνουν σημαντικά οφέλη.<sup>108</sup>

Εκτός όμως από τις θετικές παρεμβάσεις της προαιρετικής ιδιωτικής ασφάλισης στο σύστημα υγείας παρουσιάζονται και κάποια προβλήματα. Σημαντικότερο θεωρείται η αδυναμία που έχουν οι ασφαλιστικές εταιρίες να προσδιορίσουν το ύψος των

---

<sup>107</sup>Αλετράς *et. al.* (2002)

<sup>108</sup>Chollet and Lewis (1997)

ασφαλιστρών ανάλογα με το κίνδυνο που διατρέχει το κάθε άτομο. Στις ΗΠΑ, τα άτομα μεσαίου και υψηλού εισοδήματος λόγω της οικονομικής τους κατάστασης έχουν τη δυνατότητα να ενταχθούν σε ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας. Από την άλλη μεριά όμως, τα άτομα χαμηλού εισοδήματος εξαιτίας της δυσμενούς οικονομικής θέσης στην οποία βρίσκονται καθώς και τα άτομα που εντάσσονται στη κατηγορία του υψηλού κινδύνου (άτομα με ειδικές ανάγκες, χρόνια πάσχοντες, ηλικιωμένοι, κ.ά.) αποκλείονται από τα προγράμματα ασφάλισης υγείας των ασφαλιστικών εταιρειών και έτσι καθίστανται αδύναμα να αποκτήσουν κάποιου είδους ασφάλιση. Τα άτομα αυτά όμως ασφαλιζονται στα δημόσια προγράμματα Medicaid και Medicare που αφορούν τους άπορους και χρόνια πάσχοντες και τα άτομα της τρίτης ηλικίας αντίστοιχα. Άλλο ένα πρόβλημα που προκύπτει είναι ότι μεγάλο μέρος του πληθυσμού των ΗΠΑ παραμένει ανασφάλιστο διότι τα άτομα που τον αποτελούν είτε δεν ανήκουν σε κάποια επαγγελματική ομάδα έτσι ώστε να μπορέσουν να λάβουν κάποιο ασφαλιστικό πακέτο παροχών, είτε δεν έχουν οι ίδιοι μεμονωμένα την οικονομική δυνατότητα για να αγοράσουν κάποιο ασφαλιστικό πρόγραμμα με βάση το εισόδημά τους. Τέλος, μία ακόμα μεγάλη αδυναμία που παρουσιάζει η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι το γεγονός ότι υπάρχει ελλιπής ελεγκτικός μηχανισμός στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και το υψηλό διοικητικό κόστος. Το κόστος αυτό προκύπτει μέσα από τις προσπάθειες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών να γίνουν περισσότερο ανταγωνιστικοί προκειμένου να προσελκύσουν τους ενδιαφερόμενους πολίτες παρέχοντας τους ικανοποιητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και έτσι να αυξήσουν το μερίδιό τους στην αγορά. Αυτή την αδυναμία λοιπόν καλείται να αντιμετωπίσει ο θεσμός της διευθυνόμενης φροντίδας υγείας.<sup>109</sup>

### 3.2.3 Διευθυνόμενη φροντίδα υγείας, Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών

Η διευθυνόμενη φροντίδα υγείας κατέχει κεντρικό ρόλο στις ΗΠΑ δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο θεσμό της ασφάλισης. Βασική επιδίωξη είναι να επιτευχθεί μέσω αυτής μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να εξασφαλισθεί η διατήρηση ή και η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος της δεν περιορίζεται μόνο σε θέματα χρηματοδότησης, αλλά επεκτείνεται και σε ότι αφορά τον έλεγχο της παραγωγής των υπηρεσιών υγείας. Με τον τρόπο αυτό στοχεύει στην

---

<sup>109</sup>Αλετράς *et. al.* (2002)

αποφυγή της υπερβάλλουσας προσφοράς και ζήτησης από την πλευρά των ιατρών και των χρηστών-καταναλωτών αντίστοιχα.<sup>110</sup>

Κύριο εκφραστή στις ΗΠΑ της διευθυνόμενης φροντίδας υγείας αποτελούν οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας. Οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας είναι οργανισμοί οι οποίοι προσφέρουν αφενός ασφαλιστική κάλυψη στους πολίτες και αφετέρου υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για οργανισμούς οι οποίοι αποτελούνται από ιατρούς ή νοσοκομεία και μέσω συμβολαίων που έχουν συνάψει με εργοδότες επιχειρήσεων ή με ασφαλιστικούς οργανισμούς παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες στους ασφαλισμένους πολίτες. Σκοπός της δημιουργίας τους είναι η αποφυγή της υπερβολικής κατανάλωσης και χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών και της δημιουργίας υψηλού κόστους υπηρεσιών υγείας που απορρέει από τους παραγωγούς. Τα άτομα που εντάσσονται στους συγκεκριμένους οργανισμούς πληρώνουν ένα προκαθορισμένο ποσό σε ετήσια βάση για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, ενώ οι οργανισμοί αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση.<sup>111</sup>

Στους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας μέσω της συμβολής των γενικών ιατρών. Οι τελευταίοι αναλαμβάνουν το ρόλο του φρουρού του συστήματος υγείας (Gatekeeper) και ταυτόχρονα αναλαμβάνουν το συντονισμό των υπηρεσιών υγείας. Με λίγα λόγια, είναι αρμόδιοι για τη κάλυψη των ιατρικών αναγκών των ασθενών, αλλά και για τη παραπομπή τους μέσα στο σύστημα υγείας (π.χ. σε κάποιον ειδικό ιατρό). Οι ιατροί μέσω των συμβάσεων που έχουν με τους οργανισμούς αυτούς παρέχουν στους ασθενείς ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ιατρικών υπηρεσιών και έχουν ως σύστημα αμοιβής την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, την αποζημίωση με πάγιο μισθό και την κατά κεφαλήν αποζημίωση.<sup>112</sup>

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το έτος 1973 η Πράξη Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations Act, HMO Act) ήταν εκείνη η οποία συνέβαλλε στην επέκταση της λειτουργίας των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας στις ΗΠΑ. Σύμφωνα λοιπόν με τη Πράξη αυτή, οι εργοδότες έπρεπε να απασχολούν τουλάχιστον 25 εργαζόμενους για να μπορέσει η επιχείρηση να παρέχει σε αυτούς ομοσπονδιακά πιστοποιημένα προγράμματα HMOs.<sup>113</sup>

---

<sup>110</sup>Αλετράς *et. al.* (2002)

<sup>111</sup>Αλετράς *et. al.* (2002) και Μωραΐτης (2006)

<sup>112</sup>Μωραΐτης (2006)

<sup>113</sup><http://www.investopedia.com/terms/h/hmo.asp>

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται επίσης από Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών. Οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών είναι οργανισμοί οι οποίοι αποτελούνται από ιατρούς, νοσοκομεία καθώς και άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας και συνάπτουν συμβόλαιο με ασφαλιστικούς φορείς ή τρίτους με σκοπό τη παροχή υπηρεσιών υγείας με λιγότερα χρήματα. Οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών συνάπτουν συγκεκριμένα συμβόλαιο με ένα δίκτυο παροχών, δίνοντας όμως τη δυνατότητα στους χρήστες να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και έξω από αυτό σε εξειδικευμένες περιπτώσεις. Επομένως, οι ασθενείς μπορούν να λάβουν υπηρεσίες υγείας από τον πάροχο της προτίμησής τους, πληρώνοντας όμως οι ίδιοι μικρότερο χρηματικό ποσό όταν απευθύνονται στο δίκτυο των Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών.<sup>114</sup>

Οι ανωτέρω οργανισμοί παρουσιάζουν έντονες διαφορές μεταξύ τους όπως για παράδειγμα σε ποιες κατηγορίες ιατρών μπορούν να απευθυνθούν οι ασθενείς, το κόστος που πρέπει να καταβάλλουν για τις υπηρεσίες που θα λάβουν, κ.ά. Η σημαντικότερη και πιο ουσιώδη διαφορά μεταξύ των δύο αφορά την επιλογή των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών δίνουν το δικαίωμα στους ασθενείς να επιλέξουν τον προμηθευτή της προτίμησής τους είτε αυτός βρίσκεται εντός του δικτύου παροχών, είτε εκτός, χωρίς να απαιτείται κάποια παραπομπή. Αντίθετα, στους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας οι ασθενείς απευθύνονται αποκλειστικά σε ιατρούς που ανήκουν στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ταυτόχρονα κατευθύνονται από αυτούς για να αναζητήσουν ειδικούς ιατρούς ανάλογα με τις ανάγκες τους. Αναφορικά με το κόστος των υπηρεσιών, στη περίπτωση των Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών η επιλογή του ιατρού ή του νοσοκομείου που βρίσκεται εκτός του δικτύου είναι ακριβότερη σε σχέση με την αντίστοιχη επιλογή μέσα στο δίκτυο. Στη περίπτωση λοιπόν που οι ασθενείς επιλέξουν να απευθυνθούν εκτός του δικτύου θα πρέπει να καταβάλλουν όλο το ποσό στον προμηθευτή που θα απευθυνθούν και έπειτα μετά από αίτηση που θα υποβάλλουν στους Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών για επιστροφή θα λάβουν πίσω τη δαπάνη που έχουν πληρώσει. Συνήθως στη περίπτωση αυτή, ο οργανισμός θα καταβάλλει το μεγαλύτερο μερίδιο και το υπόλοιπο χρηματικό ποσό θα πληρωθεί από τον ίδιο τον ασθενή εφόσον έχει καλύψει το ποσό των ασφαλιστικών του εισφορών. Αν όμως ο ασθενής δεν έχει

---

<sup>114</sup>[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf), και [http://en.wikipedia.org/wiki/Preferred\\_provider\\_organization](http://en.wikipedia.org/wiki/Preferred_provider_organization)

καταβάλλει το ποσό των ασφαλιστικών του εισφορών (αυτό δηλαδή που οφείλει να πληρώσει πριν την ενεργοποίηση της ασφαλιστικής του κάλυψης) θα πρέπει να καταβάλλει ο ίδιος ολόκληρο το ποσό. Αντίθετα, στη περίπτωση των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν ένα συγκεκριμένο ποσό για τις χρησιμοποιούμενες υπηρεσίες που λαμβάνουν εντός του δικτύου. Σε περίπτωση όμως που απευθυνθούν εκτός του συγκεκριμένου δικτύου τότε οι οργανισμοί δεν τους καλύπτουν καμία δαπάνη για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, με εξαίρεση ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας εντός του δικτύου.<sup>115</sup>

### 3.3 Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας

Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας λειτουργεί κάτω από ένα πλαίσιο συνύπαρξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η υγειονομική περίθαλψη είναι καθολική και παρέχεται τόσο από κυβερνητικά όργανα όσο και από ιδιωτικούς φορείς. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιατρούς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία ή κλινικές καθώς και από κυβερνητικούς ή μη οργανισμούς. Το σύστημα αυτό βασίζεται κυρίως στο μοντέλο του Beveridge. Πρόκειται δηλαδή για ένα σύστημα το οποίο χρηματοδοτείται από τη φορολογία (έσοδα κρατικού προϋπολογισμού), από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αλλά και από τη συμμετοχή των ίδιων των πολιτών. Πηγές εσόδων αποτελούν επίσης τα έσοδα που προέρχονται από τις περιφέρειες και τις τοπικές κυβερνήσεις.<sup>116</sup>

#### 3.3.1 Δημόσιο σύστημα ασφάλισης στην Αυστραλία

Το κρατικό πρόγραμμα Medicare αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας της Αυστραλίας το οποίο θεσμοθετήθηκε το έτος 1984 και το οποίο συνυπάρχει ταυτόχρονα με τον ιδιωτικό τομέα. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δημιουργήθηκε από την κυβέρνηση με σκοπό να παρέχει στους πολίτες της Αυστραλίας νοσοκομειακή περίθαλψη και άλλες ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε χαμηλό κόστος ή δωρεάν σε ορισμένες περιπτώσεις. Επίσης δεν περιορίζει τους πολίτες, αλλά τους δίνει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής για να λάβουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Η χρηματοδότησή του πραγματοποιείται μέσω της επιβολής φόρου εισφοράς 1,5% για

<sup>115</sup><http://www.wisegeek.com/what-is-the-difference-between-a-hmo-and-ppo.htm> και [http://healthinsurance.about.com/od/understandingmanagedcare/a/HMOs\\_vs\\_PPOs.htm](http://healthinsurance.about.com/od/understandingmanagedcare/a/HMOs_vs_PPOs.htm)

<sup>116</sup><http://dmaa.pbworks.com/w/page/17960761/Australia%20%20Health%20Care%20System%20Structure%20and%20Organization>

τους πολίτες εκείνους που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο ποσό (εδώ δεν περιλαμβάνονται τα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα), 1% για τους πολίτες που έχουν υψηλά εισοδήματα και δεν εντάσσονται σε κάποιο ιδιωτικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας, ενώ το υπόλοιπο μέρος προέρχεται από έσοδα τους κράτους.<sup>117</sup>

Το Υπουργείο Υγείας (Department of Health) το οποίο είναι αρμόδιο για την αναπτυξιακή πολιτική του προγράμματος Medicare έχει αναθέσει τη διαχείριση και την εποπτεία του στο Υπουργείο Ανθρώπινων Υπηρεσιών (Department of Human Services).<sup>118</sup>

Οι παροχές που προσφέρει το πρόγραμμα Medicare είναι οι εξής:<sup>119</sup>

- Νοσοκομειακή περίθαλψη (In hospital services): Ο ασθενής εισάγεται σε δημόσιο νοσοκομείο το οποίο είναι ιδιοκτησία της κυβέρνησης. Στη περίπτωση αυτή, ο ασθενής μπορεί να λάβει υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης δωρεάν από ιατρό όμως που ορίζεται από το νοσοκομείο και όχι της δικής του επιλογής. Ο ασθενής όμως που εισάγεται σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο της δικής του προτίμησης σαν ιδιωτικός ασθενής επιλέγει τον ιατρό της προτίμησής του ο οποίος καθορίζει και το κόστος περίθαλψης που πρέπει να καταβληθεί. Το πρόγραμμα Medicare καλύπτει το 75% της αμοιβής του προγράμματος προνομίων Medicare (δηλαδή το 75% του χρηματικού τέλους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας) και το υπόλοιπο χρηματικό ποσό πληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή για να μπορέσει να καλυφθεί το ιατρικό κόστος και βέβαια υπάρχει η δυνατότητα να ζητηθεί από την ασφαλιστική του εταιρεία.

Το πρόγραμμα προνομίων Medicare (Medicare Benefits Schedule) είναι ένας κατάλογος ο οποίος περιλαμβάνει το είδος των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και διαδικασιών και το κόστος αυτών που αναγνωρίζονται και καλύπτονται από το Medicare. Η αμοιβή του προγράμματος προνομίων Medicare (Medicare Benefits Schedule Fee) είναι σαν μία προτεινόμενη τιμή πώλησης η οποία έχει διαμορφωθεί από τη κυβέρνηση της Αυστραλίας για

<sup>117</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care\\_in\\_Australia](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Australia) και <http://www.hica.com.au/content/medicare>

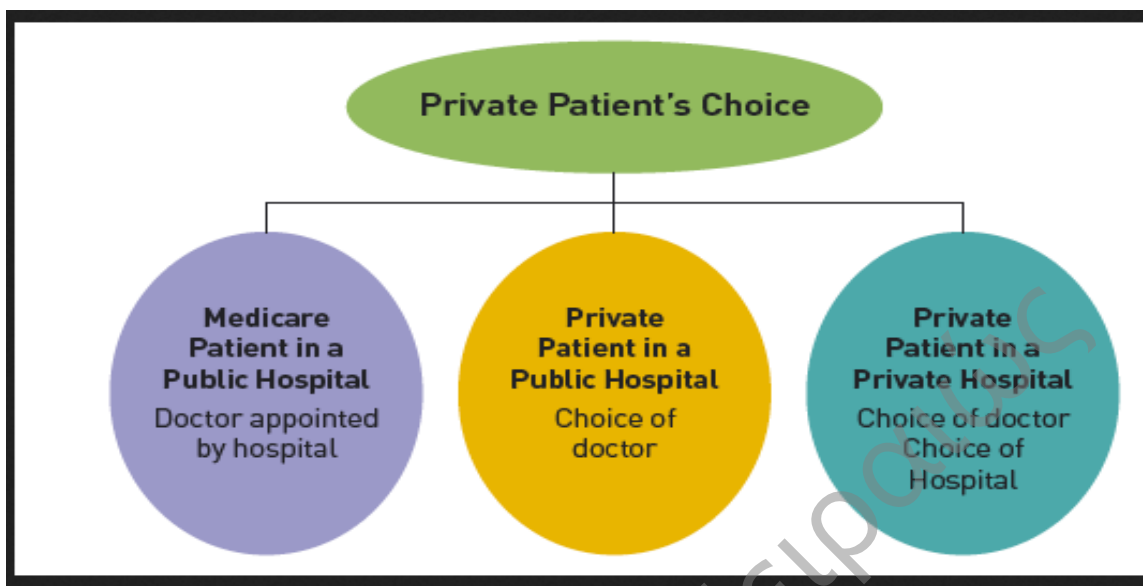
<sup>118</sup><http://www.humanservices.gov.au/customer/subjects/medicare-services#a3>

<sup>119</sup><http://www.hica.com.au/content/medicare-benefits>,

<http://www.nib.com.au/home/newtonib/whynib/Pages/Medicare.aspx>, <http://www.workingin-australia.com/live-and-settle/health-and-wellness/healthcare-system#.U1IrTXYwb41> και

<http://www.humanservices.gov.au/customer/services/medicare/pbs-safety-net#a5>

κάθε στοιχείο που βρίσκεται στο κατάλογο του προγράμματος προνομίων Medicare.<sup>120</sup>



Πηγή: <http://phiaac.gov.au/consumers/private-health-insurance-guide/general-information/#INOptions>

### Διάγραμμα 3.1

#### Οι επιλογές ως ασθενής με ιδιωτική ασφάλιση

- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Out of hospital services): Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν μόνοι τους ιατρό. Για να μπορέσουν όμως να απευθυνθούν σε ειδικό ιατρό χρειάζεται να έχουν παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό που συνήθως είναι γενικός παθολόγος και έχει το ρόλο του φρουρού του συστήματος υγείας (Gatekeeper). Το Medicare στη περίπτωση του ειδικού ιατρού καλύπτει το 85% της αμοιβής του προγράμματος προνομίων Medicare (δηλαδή το 85% του χρηματικού τέλους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας), ενώ το υπόλοιπο 15% πληρώνεται από τον ασθενή. Επομένως, οι ασθενείς με τη παραπομπή τους σε κάποιον ειδικό ιατρό έχουν τη δυνατότητα να λάβουν μεγαλύτερες εκπτώσεις για τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με εκείνους που θα απευθυνθούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο σαν ιδιωτικοί ασθενείς. Ο γενικός ιατρός μπορεί να χρεώσει τον ασθενή με την αμοιβή του προγράμματος προνομίων που δίνει το

<sup>120</sup><http://www.nib.com.au/home/newtonib/whynib/Pages/Medicare.aspx>



πρόγραμμα Medicare. Στη περίπτωση αυτή το Medicare καλύπτει ολόκληρο το ποσό της πληρωμής και έτσι με τον τρόπο αυτό ο ασθενής δεν πληρώνει τίποτα. Αν όμως ο γενικός ιατρός χρεώσει τον ασθενή με ποσό μεγαλύτερο από αυτό της αμοιβής του προγράμματος προνομίων Medicare, τότε ο ασθενής θα πρέπει να καταβάλλει ο ίδιος το ποσό που υπολείπεται. Αυτό λοιπόν το φαινόμενο ονομάζεται άτυπη πληρωμή (out of pocket cost). Αν τώρα ο ασθενής δεν έχει τη συγκεκριμένη παραπομπή είτε δεν θα μπορέσει να λάβει επίδομα από το πρόγραμμα Medicare, είτε θα λάβει ένα μικρό χρηματικό ποσό. Το πρόγραμμα Medicare επιδοτεί επίσης προληπτικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στους πολίτες από τους γενικούς ιατρούς. Η επιδότηση αυτή αφορά είτε σε ολόκληρο το ποσό, είτε σε μέρος αυτού.

- Φαρμακευτική περίθαλψη: Όπως ορίζει το Σχέδιο Φαρμακευτικών Επιδοτήσεων (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS), το οποίο δημιουργήθηκε το έτος 1948, ο πολίτης θα πρέπει να πληρώσει μέρος της δαπάνης για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ το υπόλοιπο ποσό που προκύπτει καλύπτεται από το Σχέδιο Φαρμακευτικών Επιδοτήσεων. Συμμετέχοντας λοιπόν η κυβέρνηση της Αυστραλίας στο κόστος αυτό βοηθάει τους πολίτες να αποκτήσουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα σε πιο προσιτές τιμές. Κάποιες φορές όμως ο ιατρός μπορεί να συνταγογραφήσει κάποιο φάρμακο το οποίο δεν περιλαμβάνεται στις λίστες των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Στη περίπτωση αυτή ο ασθενής θα πρέπει να πληρώσει τη κανονική τιμή του φαρμάκου χωρίς να λάβει κάποια έκπτωση.

Συγκεντρωτικά λοιπόν, οι υπηρεσίες που παρέχονται από το Medicare είναι τεστς, παθολογικές και λοιπές εξετάσεις, ακτινογραφίες οι οποίες είναι απαραίτητες για τη θεραπεία του ασθενή, οφθαλμολογικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται από οπτομέτρες, κάλυψη ολόκληρου ή μέρους του ποσού που χρεώνουν οι γενικοί και οι ειδικοί ιατροί, διαγνωστικές απεικονιστικές εξετάσεις, κάλυψη κόστους για συνταγογραφούμενα φάρμακα, χειρουργικές και θεραπευτικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται από τους ιατρούς κ.ά. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένες υπηρεσίες υγείας οι οποίες δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicare όπως είναι το κόστος για ιδιωτικά νοσοκομεία, η οδοντιατρική περίθαλψη, η φυσικοθεραπεία, η παροχή ασθενοφόρων, η φιλοξενία σε γηροκομείο, τα ιατρικά και νοσοκομειακά έξοδα του

εξωτερικού, οι επεμβάσεις για αισθητικούς λόγους, η μακροχρόνια φροντίδα, ο βελονισμός κ.ά.<sup>121</sup>

Συμπερασματικά λοιπόν, η κυβέρνηση μέσω του προγράμματος Medicare και του Σχεδίου Φαρμακευτικών Επιδοτήσεων (PBS) παρέχει επιδοτήσεις για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας όταν οι ασθενείς εισέρχονται στις νοσοκομειακές μονάδες σαν ιδιώτες, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και συνταγογραφούμενα φάρμακα. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκει να καλύψει τις ανάγκες υγείας όλων των Αυστραλών πολιτών παρέχοντάς τους ένα ποιοτικά καλύτερο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης με πρόσβαση στις περισσότερες υπηρεσίες υγείας.

### 3.3.2 Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης στην Αυστραλία

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Αυστραλία παρέχεται μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών (κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα) οι οποίοι είναι ενταγμένοι στο πλαίσιο της Πράξης Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας 2007 (Private Health Insurance Act 2007). Την οικονομική επίβλεψη αυτών έχει η Διοίκηση Συμβουλίου Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας (Private Health Insurance Administration Council, PHIAC). Οι κερδοσκοπικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί προκειμένου να είναι βιώσιμοι έχουν ως βασικό στόχο την επίτευξη του κέρδους. Ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να διαθέτουν και τα απαραίτητα χρηματικά κεφάλαια για να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις συχνές περιπτώσεις ρευστότητας (τις δαπάνες δηλαδή που απαιτούνται για τη παροχή υπηρεσιών υγείας των πελατών τους).<sup>122</sup>

Όπως αναφέρθηκε, το ιδιωτικό σύστημα υγείας στην Αυστραλία χρηματοδοτείται κυρίως από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελεί το Medibank. Το Medibank είναι μία αυστραλιανή ιδιωτική εταιρεία η οποία ιδρύθηκε το έτος 1975 από την κυβέρνηση Whitlam μέσω της Επιτροπής Ασφάλισης Υγείας (Health Insurance Commission) και ανήκει στο κράτος.<sup>123</sup>

Οι Αυστραλιανοί πολίτες επομένως, εκτός από την ασφαλιστική κάλυψη και τα οφέλη που τους παρέχει το κρατικό πρόγραμμα Medicare μπορούν να έχουν και ιδιωτική ασφάλιση υγείας η οποία είναι προαιρετική και αποτελεί ένα είδος

<sup>121</sup><http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/medicare.htm> και <http://www.workingin-australia.com/live-and-settle/health-and-wellness/healthcare-system#.U1IrTXYwb41>

<sup>122</sup><http://www.privatehealth.gov.au/healthfunds/howhealthfundswork/>

<sup>123</sup><http://en.wikipedia.org/wiki/Medibank> και [http://www.aph.gov.au/About\\_Parliament/Parliamentary\\_Departments/Parliamentary\\_Library/Publications\\_Archive/archive/medicare](http://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/Publications_Archive/archive/medicare)

συμπληρωματικής κάλυψης. Η κάλυψη αυτή αφορά σε παροχές όπως είναι η νοσοκομειακή κάλυψη, η φιλοξενία σε γηροκομείο, η φυσιοθεραπεία, η οδοντιατρική περίθαλψη, η παροχή ασθενοφόρου καθώς και άλλες υπηρεσίες οι οποίες δεν είναι διαθέσιμες μέσω του προγράμματος Medicare.<sup>124</sup>

Αναφορικά με τη νοσοκομειακή κάλυψη, ο ασθενής ο οποίος έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, έχει το δικαίωμα να επιλέξει αν θα εισαχθεί σε νοσοκομείο του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα καθώς επίσης και τον ιατρό που θα τον παρακολουθεί. Το πρόγραμμα Medicare καλύπτει το 75% της αμοιβής του προγράμματος προνομίων Medicare (δηλαδή το 75% του χρηματικού τέλους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας) και το υπόλοιπο 25% πληρώνεται από το ιδιωτικό ασφαλιστικό ταμείο που ανήκει ο ασθενής εφόσον υπάρχει το κατάλληλο πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλισης. Ανάλογα με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχει υπογραφεί μεταξύ της ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας και του πελάτη, η κάλυψη μπορεί να είναι πλήρης με υψηλά ασφάλιστρα ή μη-πλήρης με χαμηλότερα ασφάλιστρα. Στη δεύτερη περίπτωση μάλιστα, ο χρήστης θα πρέπει να καλύψει μέρος των δαπανών με δικό του χρηματικό κόστος. Όσον αφορά τη φαρμακευτική κάλυψη, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να παρέχει ορισμένα φάρμακα στον ιδιώτη ασθενή που δεν συμπεριλαμβάνονται στη λίστα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με την προϋπόθεση να συμμετέχουν και αυτοί στο κόστος.<sup>125</sup>

Η κυβέρνηση της Αυστραλίας δημιούργησε τρεις πολιτικές με κύριο σκοπό τη προώθηση και την ενθάρρυνση των πολιτών για να λάβουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι πολιτικές αυτές είναι οι εξής:<sup>126</sup>

- Ιδιωτική Έκπτωση Ασφάλισης Υγείας (Private health insurance rebate): Οι πολίτες εκείνοι οι οποίοι έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ταυτόχρονα είναι δικαιούχοι του προγράμματος Medicare, σύμφωνα με την Ιδιωτική Έκπτωση Ασφάλισης Υγείας, θα λάβουν πίσω ένα ποσό σαν έκπτωση με σκοπό τη μείωση του κόστους των ασφαλιστρών. Ανάλογα με την ηλικία και το φορολογητέο εισόδημα που έχει ο δικαιούχος μεταβάλλεται και το ποσοστό αυτό.

<sup>124</sup><http://www.workingin-australia.com/move/private-health-insurance/overview#.U1JWAXYwb40>

<sup>125</sup><http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/privatehealth.htm> και <http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/>

<sup>126</sup><http://www.mydr.com.au/first-aid-self-care/australian-health-system-how-it-works>, <http://www.workingin-australia.com/move/private-health-insurance/overview#.U1OgJnYwb42> , <http://www.hica.com.au/content/lifetime-health-cover> και <http://www.hica.com.au/content/medicare-levy-surcharge>

### Πίνακας 3.1

#### Ιδιωτική Έκπτωση Ασφάλισης Υγείας που είναι σε ισχύ από 1<sup>η</sup> Απριλίου 2014

	Base Tier	Tier 1	Tier 2	Tier 3
Singles	\$88,000 or less	\$88,001 - 102,000	\$102,001 - 136,000	\$136,001 +
Families	\$176,000 or less	\$176,001 - 204,000	\$204,001 - 272,000	\$272,001 +
Under 65	29.040%	19.360%	9.680%	0%
65 - 69	33.880%	24.200%	14.520%	0%
70+	38.720%	29.040%	19.360%	0%

Πηγή: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phi-rebate&medicarelevy-surcharge>

Στον Πίνακα 3.1 παρατηρείται ότι η κυβέρνηση της Αυστραλίας προσφέρει στα άτομα ηλικίας μέχρι και 65 ετών περίπου 30% έκπτωση στο κόστος των ασφαλιστρών. Αντίστοιχα για τα άτομα ηλικίας 65 έως 69 ετών η έκπτωση υπολογίζεται περίπου στο 35% και για τους ηλικιωμένους άνω των 70 ετών περίπου στο 40%. Τα ποσοστά αυτά ισχύουν για τους άγαμους με φορολογητέο εισόδημα μέχρι και 88.000 δολάρια και για οικογένειες με φορολογητέο εισόδημα μέχρι 176.000 δολάρια. Κάτι αντίστοιχο ισχύει και για τα άτομα εκείνα που έχουν υψηλότερα εισοδήματα. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι για τις οικογένειες με παιδιά το όριο του εισοδήματος αυξάνεται κατά 1.500 δολάρια για κάθε προστατευόμενο μέλος μετά το πρώτο.

- Προσαύξηση Τελών Medicare (Medicare levy surcharge): Η Προσαύξηση Τελών Medicare τέθηκε σε εφαρμογή την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του έτους 1997 με σκοπό τη παρακίνηση των πολιτών με υψηλά εισοδήματα να λάβουν ιδιωτική νοσοκομειακή κάλυψη. Το μέτρο αυτό αφορά στους πολίτες εκείνους που δεν έχουν ιδιωτική νοσοκομειακή κάλυψη και έχουν φορολογητέο εισόδημα υψηλότερο από ένα καθορισμένο όριο. Αυτή λοιπόν

η κατηγορία πολιτών πρέπει να καταβάλλει μία προσαύξηση επί τις εκατό. Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται σύμφωνα με το φορολογητέο εισόδημα.

**Πίνακας 3.2**

**Η Προσαύξηση Τελών Medicare για το οικονομικό έτος 2013-2014**

Tier	Income for MLS purposes	
	Thresholds from 1 July 2013	Medicare Levy Surcharge
No tier	Singles - \$0 - \$88,000	nil
	Families - \$0 - \$176,000	
Tier 1	Singles - \$88,001 - \$102,000	1%
	Families - \$176,001 - \$204,000	
Tier 2	Singles - \$102,001 - \$136,000	1.25%
	Families - \$204,001 - \$272,000	
Tier 3	Singles - \$136,001 +	1.50%
	Families - \$272,001 +	

**NOTE:** The family income threshold increases by \$1500 for each dependent child after the first

Πηγή: <http://www.hica.com.au/content/medicare-levy-surcharge>

Από τον Πίνακα 3.2 παρατηρείται ότι για το οικονομικό έτος 2013-2014 τα άτομα που δεν έχουν ιδιωτική νοσοκομειακή ασφάλιση και έχουν φορολογητέο εισόδημα ετησίως από 88.001 δολάρια έως 102.000 δολάρια (για τους άγαμους) ή από 176.001 δολάρια έως 204.000 δολάρια (για τις οικογένειες), τότε θα πρέπει να πληρώσουν μία προσαύξηση η οποία ανέρχεται στο 1% του εισοδήματός τους. Στη περίπτωση τώρα που το φορολογητέο εισόδημα είναι μέχρι 88.000 δολάρια (για τους άγαμους) και

μέχρι 176.000 δολάρια (για τις οικογένειες), τότε ο πολίτης δεν επιβαρύνεται με καμία περαιτέρω προσαύξηση. Τέλος, σύμφωνα με τον Πίνακα 3.2, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το όριο του οικογενειακού εισοδήματος αυξάνεται κατά 1.500 δολάρια για κάθε προστατευόμενο μέλος μετά το πρώτο.

- **Ισόβια Κάλυψη Υγείας (Lifetime Health Cover):** Η Ισόβια Κάλυψη Υγείας τέθηκε σε εφαρμογή από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του έτους 2000 με σκοπό να παρακινήσει τους πολίτες της Αυστραλίας να λάβουν νοσοκομειακή κάλυψη σε όσο το δυνατόν πιο μικρή ηλικία. Πρόκειται για μία χρηματική προσαύξηση επάνω στο ασφάλιστρο που επιβαρύνεται το άτομο εάν λάβει ιδιωτική νοσοκομειακή κάλυψη μετά το 31<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του. Το επιπλέον αυτό ποσό που πρέπει να καταβληθεί ανέρχεται στο 2% ετησίως. Η επιβάρυνση αυτή συνεχίζει να αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας για τα άτομα εκείνα που δεν έχουν λάβει ιδιωτική ασφάλιση. Η επιβάρυνση αυτή επίσης συνεχίζεται για 10 έτη και αφορά μόνο τα ασφάλιστρα. Συμπεραίνεται επομένως, ότι τα άτομα τα οποία θα μεριμνήσουν για να λάβουν ιδιωτική νοσοκομειακή κάλυψη σε νεαρή ηλικία θα πληρώσουν χαμηλότερα ασφάλιστρα από τα άτομα εκείνα τα οποία θα ενταχθούν σε μεγαλύτερη ηλικία σε κάποιο ιδιωτικό πρόγραμμα. Ωστόσο, η συγκεκριμένη πολιτική απαλλάσσει από αυτή τη χρηματική προσαύξηση τα άτομα εκείνα που έχουν γεννηθεί την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του έτους 1934 (ή και πριν την ημερομηνία αυτή).

Συμπερασματικά λοιπόν, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση της Αυστραλίας διαδραματίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην αναπτυξιακή πολιτική της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Με την εφαρμογή αυτών των τριών πολιτικών η Αυστραλιανή κυβέρνηση στοχεύει στα εξής: Πρώτον, στην αύξηση του αριθμού των πολιτών που εντάσσονται σε ιδιωτικό πρόγραμμα ασφάλισης από νεαρή ηλικία. Δεύτερον, στη παρότρυνση των ατόμων με υψηλό εισόδημα να στραφούν στην ιδιωτική ασφάλιση εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό ότι δεν θα χρειαστεί να πληρώνουν περισσότερους φόρους παράλληλα με τα ποσά που απαιτούνται για τη κάλυψη των ιδιωτικών νοσοκομειακών δαπανών τους. Τρίτον, στη μείωση της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη από δημόσιους φορείς και ταυτόχρονα στη στροφή των πολιτών προς τους ιδιωτικούς φορείς.

## Κάλυψη διαφοράς

Ο ασθενής πολλές φορές λαμβάνοντας νοσοκομειακή κάλυψη και άλλες υπηρεσίες υγείας επιβαρύνεται με ένα επιπλέον χρηματικό ποσό. Το ποσό αυτό είναι η διαφορά που υπάρχει μεταξύ του ποσού που λαμβάνει πίσω ο δικαιούχος από το πρόγραμμα Medicare και ενδεχομένως από το ασφαλιστικό του ταμείο εφόσον εντάσσεται σε κάποιο πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλισης και του ποσού που χρεώνει ο ιατρός σαν αμοιβή (πλην του γενικού παθολόγου).<sup>127</sup>

Η κάλυψη διαφοράς (gap cover) έχει ως βασικό στόχο να βοηθήσει τα άτομα να αποφύγουν να καταβάλλουν αυτή την επιπλέον διαφορά. Κάθε ιδιωτικό ασφαλιστικό ταμείο έχει κάνει συμφωνία με ορισμένες κατηγορίες ιατρών για να παρέχουν τις ιατρικές τους υπηρεσίες στους πολίτες χωρίς επιπλέον επιβάρυνση. Με τον τρόπο λοιπόν αυτό παρέχεται η δυνατότητα στους πολίτες να μην επιβαρυνθούν με επιπλέον κόστος.<sup>128</sup>

Συμφωνία επίσης με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συνάπτουν και ορισμένα νοσοκομεία. Οι συμφωνίες αυτές έχουν ως σκοπό τη διευκόλυνση του πολίτη έτσι ώστε να μην επιβαρύνεται με επιπλέον χρηματικές δαπάνες που σχετίζονται με τη διαμονή στα νοσοκομεία. Στη περίπτωση βέβαια που απευθυνθούν για να λάβουν υγειονομική περίθαλψη σε νοσοκομεία που δεν είναι συμβεβλημένα, τότε θα πρέπει να καταβάλλουν τις όποιες επιπλέον χρηματικές δαπάνες (out of pocket expenses).<sup>129</sup>

### 3.4 Συγκριτική ανάλυση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας

Στην ενότητα αυτή γίνεται μία συγκριτική ανάλυση που αφορά το τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτείται και λειτουργεί το σύστημα υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας. Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα.

Πρώτον, το σύστημα υγείας των ΗΠΑ βασίζεται στο φιλελεύθερο υπόδειγμα. Η ιδιωτική ασφάλιση κατέχει κύρια θέση αποτελώντας βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος, ενώ ο ρόλος του κράτους περιορίζεται στη κάλυψη ατόμων που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού μέσω της δράσης προγραμμάτων όπως είναι το Medicare, το Medicaid κ.ά. Επομένως, συμπεραίνεται ότι το κράτος στις ΗΠΑ μεριμνά και για τα άτομα εκείνα που βρίσκονται σε δυσμενή οικονομική θέση καθώς και για τα άτομα εκείνα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας χωρίς να εστιάζει αποκλειστικά

<sup>127</sup><http://phiaac.gov.au/consumers/private-health-insurance-guide/general-information/#INOptions>

<sup>128</sup><http://www.mydr.com.au/first-aid-self-care/australian-health-system-how-it-works>

<sup>129</sup><http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/howitworks/outofpocket.htm>

και μόνο στον ιδιωτικό τομέα. Από την άλλη μεριά, το σύστημα υγείας της Αυστραλίας στηρίζεται στο εθνικό σύστημα υγείας όπου η κρατική παρέμβαση έχει έντονο χαρακτήρα. Βασικό γνώρισμα του συστήματος αυτού είναι το δημόσιο πρόγραμμα Medicare, παρ' όλα αυτά όμως το κράτος δίνει ιδιαίτερη σημασία στην ιδιωτική ασφάλιση θεσπίζοντας και προωθώντας πολιτικές που αποσκοπούν στην ενθάρρυνσή της. Και στις δύο περιπτώσεις πάντως η ιδιωτική ασφάλιση έχει τη μορφή της προαιρετικής και όχι της υποχρεωτικής κάλυψης το οποίο σημαίνει ότι οι πολίτες είναι εκείνοι που θα επιλέξουν αν θα ενταχθούν ή όχι σε κάποιο ασφαλιστικό πρόγραμμα.

Δεύτερον, στις ΗΠΑ μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι ανασφάλιστο διότι είτε δεν εργάζεται και δεν έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει σε ομαδικά πακέτα ασφάλισης που προσφέρονται από τους εργοδότες ως είδος παροχών, είτε δεν έχει την οικονομική δυνατότητα και την ικανότητα να επωμιστεί το υψηλό κόστος των ασφαλιστρών και των υπηρεσιών υγείας.<sup>130</sup> Αντιθέτως, στην Αυστραλία η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και είναι καθολική το οποίο σημαίνει ότι όλοι οι πολίτες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν υπηρεσίες υγείας και ταυτόχρονα να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Με τον τρόπο αυτό όλοι οι Αυστραλοί πολίτες ανεξάρτητα από τη κατάσταση στην οποία βρίσκονται έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε δωρεάν ή χαμηλού κόστους υπηρεσίες και φροντίδες υγείας.<sup>131</sup>

Τρίτον, το Αυστραλιανό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία (έσοδα δηλαδή από το κρατικό προϋπολογισμό), από τα έσοδα της περιφέρειας και από τα έσοδα των τοπικών κυβερνήσεων. Επίσης, χρηματοδοτείται και από την ιδιωτική ασφάλιση η οποία έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα στη παροχή υγειονομικής περίθαλψης.<sup>132</sup> Αντίθετα, το σύστημα υγείας των ΗΠΑ χρηματοδοτείται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αλλά και μέσω της συνεισφοράς των δημόσιων προγραμμάτων ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας χρηματοδοτείται μέσα από τα ατομικά εισοδήματα των πολιτών (αυτοαπασχολούμενοι, συνταξιούχοι, κ.ά.), αλλά και μέσω των εισφορών που προκύπτουν από τη σύναψη συμφωνιών μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των εργοδοτών για ομαδικά πακέτα ασφάλισης των εργαζομένων.<sup>133</sup>

---

<sup>130</sup> Αλετράς *et. al.* (2002)

<sup>131</sup> <http://dmaa.pbworks.com/w/page/17960761/Australia%20%20Health%20Care%20System%20Structure%20and%20Organization>

<sup>132</sup> <http://dmaa.pbworks.com/w/page/17960761/Australia%20%20Health%20Care%20System%20Structure%20and%20Organization>

<sup>133</sup> Αλετράς *et. al.* (2002)



Τέταρτον, στις ΗΠΑ το κρατικό πρόγραμμα Medicare παρέχει νοσοκομειακή κάλυψη, συμπληρωματική ασφαλιστική κάλυψη καθώς και κάλυψη σε συνταγογραφούμενα φάρμακα σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Επίσης, έντονο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και άλλα δημόσια προγράμματα όπως το Medicaid, το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών, κ.ά. μέσω των οποίων παρέχονται υπηρεσίες υγείας επίσης σε ευπαθείς ομάδες. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το πρόγραμμα Medicare χρηματοδοτείται μέσω των ασφαλιστρών που χρεώνουν οι ιδιωτικές εταιρείες, των φόρων που επιβάλλονται στους μισθούς και τα γενικά ομοσπονδιακά έσοδα.<sup>134</sup> Αντίστοιχα, το πρόγραμμα Medicaid χρηματοδοτείται από τα έσοδα που προέρχονται τις πολιτείες και την ομοσπονδιακή κυβέρνηση.<sup>135</sup> Στην Αυστραλία το δημόσιο πρόγραμμα Medicare με τη σειρά του καλύπτει ανάγκες εξωνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και παρέχει επιδοτήσεις σε συνταγογραφούμενα φάρμακα όχι μόνο σε ευάλωτες ομάδες αλλά σε ολόκληρο το πληθυσμό. Η χρηματοδότησή του, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, πραγματοποιείται μέσω της επιβολής φόρου εισφοράς 1,5% στους πολίτες εκείνους που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο ποσό χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, 1% στους πολίτες που έχουν υψηλά εισοδήματα και δεν εντάσσονται σε κάποιο ιδιωτικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας καθώς επίσης και από έσοδα τους κράτους.<sup>136</sup> Μέσω λοιπόν των συγκεκριμένων προγραμμάτων και των πόρων που διαθέτουν χρηματοδοτείται το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και στις δύο περιπτώσεις.

Συνοψίζοντας επομένως, με βάση τα όσα αναφέρθηκαν στη συγκεκριμένη ενότητα διαπιστώνεται ότι βασική διαφορά των δύο συστημάτων είναι ότι το σύστημα υγείας των ΗΠΑ χρηματοδοτείται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το σύστημα υγείας της Αυστραλίας χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία (έσοδα του κράτους). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, αυτό θεωρείται το καλύτερο σύστημα για τα άτομα εκείνα που ανήκουν στην ανώτερη και μεσαία εισοδηματική τάξη. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα αυτά έχουν την οικονομική ευχέρεια να ενταχθούν σε ιδιωτικό πρόγραμμα ασφάλισης της προτίμησής τους και να λαμβάνουν όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Για τα άτομα όμως εκείνα που ανήκουν στις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις διαπιστώνεται ότι το σύστημα υγείας δεν ανταποκρίνεται πλήρως

---

<sup>134</sup>[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)

<sup>135</sup><http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Financing-and-Reimbursement/Financing-and-Reimbursement.html>

<sup>136</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care\\_in\\_Australia](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Australia)

στις ανάγκες τους, διότι εξαιτίας του ιδιωτικού κυρίως χαρακτήρα που έχει η ασφάλιση μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Παρ' όλα αυτά όμως, θα πρέπει να τονισθεί η προσπάθεια της κυβέρνησης των ΗΠΑ να βοηθήσει τα άτομα που βρίσκονται σε δυσμενή θέση (άτομα με ειδικές ανάγκες, άποροι, χρόνια πάσχοντες, ηλικιωμένοι, κ.ά.) μέσω κρατικών προγραμμάτων. Με τον τρόπο αυτό, η κυβέρνηση ενισχύει το σύστημα υγείας της χώρας παρέχοντας σε αυτές τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού τη δυνατότητα να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Στον αντίποδα βρίσκεται το Αυστραλιανό σύστημα υγείας το οποίο θεωρείται ένα καλό σύστημα υγείας. Βασικό του πλεονέκτημα είναι ότι προσφέρει σε όλο τον πληθυσμό ασφαλιστική κάλυψη ανεξαρτήτως εισοδηματικών κριτηρίων. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και το δικαίωμα να απολαύσουν το συγκεκριμένο αγαθό. Επίσης, θα πρέπει ακόμα να αναφερθεί ότι μέσω του κρατικού προγράμματος Medicare χρηματοδοτείται μέρος των δαπανών για προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας από ιδιωτικούς φορείς. Αυτό το γεγονός ενισχύει τις προσπάθειες της Αυστραλιανής κυβέρνησης να στρέψει τους πολίτες προς τον ιδιωτικό τομέα έτσι ώστε να μην επιβαρύνεται σε μεγάλο βαθμό ο δημόσιος τομέας.

### **3.5 Ανακεφαλαίωση**

Στην ενότητα αυτή αναφέρονται σύντομα τα όσα αναλύθηκαν παραπάνω στις προηγούμενες ενότητες κάνοντας μία πολύ σύντομη επισκόπηση των συστημάτων υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας.

Αρχικά, εξετάστηκε και αναλύθηκε το σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Το σύστημα αυτό δίνει έμφαση κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας η οποία έχει προαιρετικό χαρακτήρα. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν στους μεμονωμένους πολίτες πακέτα κάλυψης ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας χρεώνοντας διαφορετικά ασφάλιστρα. Επίσης, ιδιωτική ασφάλιση παρέχεται στους Αμερικανούς πολίτες και μέσω ομαδικών πακέτων ασφάλισης για τα άτομα που εργάζονται. Παράλληλα όμως το σύστημα αυτό αποτελεί παραλλαγή του μοντέλου Bismark.<sup>137</sup>

---

<sup>137</sup><http://www.healthview.gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%87%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF/1260/%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>

Εστιάζει κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση χωρίς όμως να αγνοεί τη δημόσια κοινωνική ασφάλιση. Στις ΗΠΑ, η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται στους πολίτες μέσα από τη συμβολή και τη λειτουργία κρατικών προγραμμάτων, εκ' των οποίων τα κυριότερα είναι το Medicare και το Medicaid. Το πρώτο αφορά τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τα άτομα με ειδικές ανάγκες και το δεύτερο άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα καθώς και περιπτώσεις ατόμων που αγγίζουν τα όρια της φτώχειας. Άλλο ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Αμερικάνικου συστήματος υγείας είναι η παρουσία οργανισμών διευθυνόμενης φροντίδας υγείας όπως είναι οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών οι οποίοι συνάπτουν συμβόλαια με ασφαλιστικούς φορείς με στόχο την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Έπειτα, έγινε αναφορά στο σύστημα υγείας της Αυστραλίας. Το σύστημα αυτό είναι ένα μίγμα συνύπαρξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται στους πολίτες μέσω του κρατικού προγράμματος Medicare το οποίο προσφέρει νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη καθώς και άλλες υπηρεσίες υγείας είτε σε χαμηλό κόστος ή ακόμα και δωρεάν σε ορισμένες περιπτώσεις. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει προαιρετικό χαρακτήρα και παρέχεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στόχος είναι η κάλυψη αναγκών υγείας που δεν καλύπτει το δημόσιο πρόγραμμα Medicare.

Τέλος, κάνοντας μία συγκριτική ανάλυση μεταξύ των δύο συστημάτων υγείας διαπιστώθηκε ότι το σύστημα υγείας των ΗΠΑ αφενός αποτελεί ιδανικό σύστημα για τα άτομα εκείνα που έχουν υψηλά και μεσαία εισοδήματα, αφετέρου όμως προκαλεί εμπόδια στα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το σύστημα υγείας των ΗΠΑ βασίζεται στο φιλελεύθερο μοντέλο σύμφωνα με το οποίο η χρηματοδότηση διασφαλίζεται μέσω ιδιωτικών πηγών, δηλαδή μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων στους οποίους είναι ασφαλισμένοι οι πολίτες. Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί όμως, εξαιτίας της αδυναμίας που παρουσιάζουν να διαμορφώσουν τα ασφάλιστρα σύμφωνα με τον κίνδυνο που διατρέχει το κάθε άτομο έχει σαν αποτέλεσμα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να μένει χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Παρ' όλα αυτά όμως, η κυβέρνηση των ΗΠΑ βοηθάει μέσω κρατικών προγραμμάτων τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού να καλύψουν τις ανάγκες τους για υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά το σύστημα υγείας της Αυστραλίας, αυτό αποτελεί

μίγμα του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Η χρηματοδότησή του επιτυγχάνεται κυρίως από τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού και το βασικό του πλεονέκτημα είναι ότι παρέχει ασφαλιστική κάλυψη σε όλο το πληθυσμό. Σημαντικό επίσης θεωρείται το κρατικό πρόγραμμα Medicare το οποίο επιδοτεί την ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχοντας συμπληρωματική κάλυψη στους πολίτες.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ**

#### **4.1 Εισαγωγή**

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο χρηματοδοτούνται οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία. Θα αναφερθούν οι κυριότερες κατηγορίες των δαπανών υγείας, θα αναλυθούν και παράλληλα θα γίνει μία συγκριτική ανάλυση αυτών παρουσιάζοντας τα σημεία εκείνα στα οποία συγκλίνουν ή αποκλίνουν.

Πιο συγκεκριμένα, εξηγείται τι περιλαμβάνει η κάθε κατηγορία δαπανών υγείας δίνοντας κάποιους βασικούς ορισμούς. Έπειτα, με τη βοήθεια διαγραμματικής απεικόνισης γίνεται ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων που αφορούν τις συγκεκριμένες δαπάνες υγείας για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δαπανών υγείας των ΗΠΑ και της Αυστραλίας καθώς και οι λόγοι που οδηγούν στις διαφορές αυτές.

Πιο αναλυτικά, γίνεται αναφορά στις συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγείας, στις δημόσιες και συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες, στις δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τους ασθενείς και στις φαρμακευτικές δαπάνες. Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στις δαπάνες υγείας που διατίθενται για ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, για μακροχρόνια φροντίδα υγείας, για ιατρικά προϊόντα και για συλλογικές υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και στις δαπάνες εκείνες που προορίζονται για υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με το είδος χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα εξετάζεται τι ποσοστό των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, από την ιδιωτική ασφάλιση καθώς και από άλλες πηγές. Τέλος, παρουσιάζονται γενικά οι κατηγορίες των αμοιβών των ιατρών, αναφέρονται οι τρόποι πληρωμής των ιατρών στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία καθώς και οι δαπάνες που προορίζονται για αμοιβές ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία.

#### **4.2 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας**

Ο τρόπος με τον οποίο χρηματοδοτείται ένα σύστημα υγείας εξαρτάται από το οργανωτικό, θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο που εφαρμόζει κάθε χώρα καθώς επίσης και από τη λειτουργική μορφή που έχει το κάθε σύστημα υγείας<sup>138</sup> (εθνικό σύστημα

---

<sup>138</sup>Μωραΐτης (2006)

υγείας, σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, μικτό σύστημα, φιλελεύθερο). Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά στους δημόσιους πόρους (έσοδα από το κρατικό προϋπολογισμό και εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων) και η δεύτερη στους ιδιωτικούς (ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία και ιδιωτικές πληρωμές των χρηστών).

#### 4.2.1 Συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (total expenditure on health) μετρούν τη τελική κατανάλωση των αγαθών και υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τις τρέχουσες δαπάνες για την υγεία καθώς επίσης και τις επενδύσεις κεφαλαίου που αφορούν τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, περιλαμβάνει δαπάνες από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, προγράμματα που αφορούν τη δημόσια υγεία, τη πρόληψη καθώς και τη διαχείριση.<sup>139</sup>

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 4.1, το έτος 2011 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στις ΗΠΑ αντιπροσώπευαν το 17,7% του ΑΕΠ, ενώ οι συνολικές δαπάνες για την υγεία κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ αντιπροσώπευαν το 9,3% του ΑΕΠ.<sup>140</sup> Η διαφορά επομένως μεταξύ των δαπανών υγείας των ΗΠΑ και του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8,4 ποσοστιαίες μονάδες.<sup>141</sup> Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι ΗΠΑ αποτελούν μία χώρα η οποία διαθέτει μεγάλο μέρος από τους χρηματικούς της πόρους στο τομέα της υγείας σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Από το Διάγραμμα 4.1 παρατηρείται επίσης ότι μετά τις ΗΠΑ οι οποίες κατέχουν και την υψηλότερη θέση, οι χώρες που έχουν υψηλές δαπάνες υγείας είναι η Ολλανδία η οποία αφιερώνει το 11,9% του ΑΕΠ, η Γαλλία και η Γερμανία οι οποίες αφιερώνουν το 11,6% και το 11,3% του ΑΕΠ αντίστοιχα και ο Καναδάς ο οποίος διαθέτει το 11,2% του ΑΕΠ. Αναφορικά με την Αυστραλία, τα στοιχεία που διατίθενται στο παρακάτω διάγραμμα αφορούν το έτος 2010, ενώ για το έτος 2011 δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Συγκεκριμένα, στην Αυστραλία οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αποτελούσαν το 8,9% του ΑΕΠ, ποσοστό το οποίο είναι σημαντικά μικρότερο από εκείνο που αντιστοιχεί στις ΗΠΑ το 2010 (επίσης 17,7% του ΑΕΠ).<sup>142</sup> Επομένως,

<sup>139</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

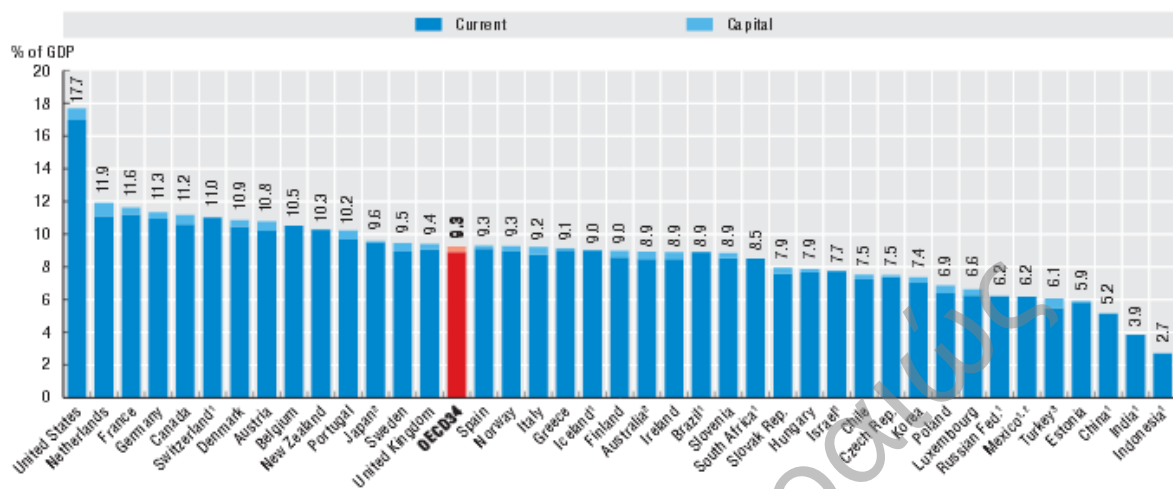
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>140</sup><http://www.oecd.org/unitedstates/Briefing-Note-USA-2013.pdf>

<sup>141</sup><http://www.oecd.org/unitedstates/Briefing-Note-USA-2013.pdf>

<sup>142</sup>[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-2013-2\\_hlthxp-total-table-2013-2-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-2013-2_hlthxp-total-table-2013-2-en) και OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database)

σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνεται ότι οι ΗΠΑ δίνουν το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ (σε παγκόσμιο επίπεδο) για δαπάνες υγείας.



1. Total expenditure only.
2. Data refers to 2010.
3. Data refers to 2008.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

#### Διάγραμμα 4.1

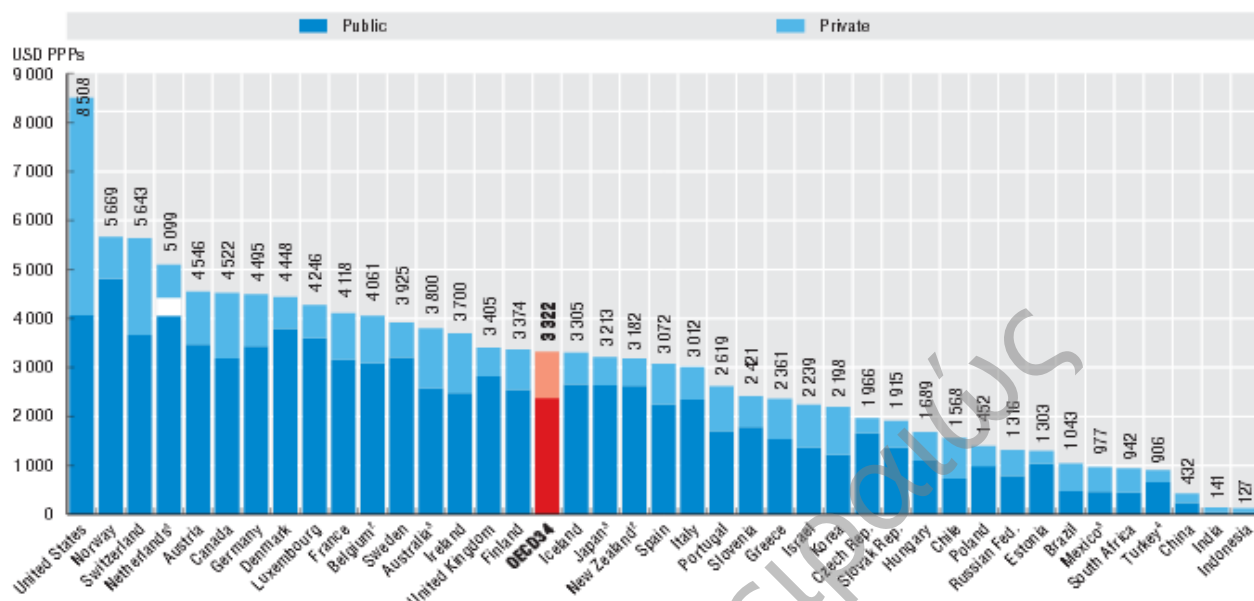
#### Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2011

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ διαπιστώνεται ότι η Αυστραλία το έτος 2010 διέθεσε ένα σημαντικό ποσοστό για δημόσιες δαπάνες υγείας το οποίο ανέρχεται στο 67,8% των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ το έτος 2011 διέθεσε το 68,4%. Αντίθετα, οι ΗΠΑ το έτος 2010 και το έτος 2011 αφιέρωσαν για δημόσιες δαπάνες το 47,4% και 47,5% αντίστοιχα των συνολικών δαπανών για την υγεία.<sup>143</sup>

Συγκρίνοντας λοιπόν τα ποσοστά αυτά συμπεραίνεται ότι η Αυστραλιανή κυβέρνηση διαθέτει περισσότερο από το ήμισυ των εσόδων της προκειμένου να προσφέρει στους πολίτες ένα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Οι ΗΠΑ από την άλλη πλευρά, διαθέτουν ένα σημαντικό ποσοστό από τα κρατικά έσοδα επενδύοντας στην υγεία των Αμερικανών πολιτών. Παρ' όλα αυτά όμως, το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών εξασφαλίζεται από τον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτική ασφάλιση και πληρωμές χρηστών με βάση το διαθέσιμο εισόδημά τους).

<sup>143</sup>[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health\\_20758480-table3](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health_20758480-table3) και OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database)

#### 4.2.2 Συνολικές και δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Current health expenditure.
3. Data refers to 2010.
4. Data refers to 2008.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

### Διάγραμμα 4.2

#### Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2011

Σύμφωνα με το ανωτέρω διάγραμμα οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στις ΗΠΑ το έτος 2011 ήταν περίπου 8.508 δολάρια. Αντίστοιχα, στην Αυστραλία το έτος 2010 οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες ήταν 3.800 δολάρια.

Από το Διάγραμμα 4.2 παρατηρείται ότι για το έτος 2011 οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στις ΗΠΑ είναι υψηλότερες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Επίσης, παρατηρείται ότι δαπανούν παραπάνω από τα διπλάσια χρήματα για υγειονομική περίθαλψη ανά άτομο απ' ότι δαπανούν κατά μέσο όρο οι χώρες του ΟΟΣΑ.<sup>144</sup> Αυτό συμβαίνει διότι οι ΗΠΑ δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη χρησιμοποίηση και εκμετάλλευση προϊόντων τελευταίας τεχνολογίας που σχετίζονται με τις φροντίδες υγείας καθώς επίσης στην έρευνα και ανάπτυξη νέας τεχνολογίας.<sup>145</sup> Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν, οι ΗΠΑ στοχεύουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση και

<sup>144</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>145</sup>Μωραΐτης (2006)



παροχή των υπηρεσιών και φροντίδων υγείας. Μετά τις ΗΠΑ, οι αμέσως επόμενες χώρες με τις υψηλότερες συνολικά κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας είναι η Νορβηγία και η Ελβετία με 5.669 δολάρια και 5.643 δολάρια αντίστοιχα.

Όσον αφορά την Αυστραλία, τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα από τον ΟΟΣΑ με βάση το Διάγραμμα 4.2 είναι για το έτος 2010. Σε σύγκριση με τις ΗΠΑ, η Αυστραλία παρουσιάζει πολύ χαμηλότερο επίπεδο συνολικών κατά κεφαλήν δαπανών.<sup>146</sup> Η Αυστραλία παρατηρείται επίσης ότι προσεγγίζει το ποσό που δαπανούν για υγειονομική περίθαλψη ανά άτομο κατά μέσο όρο οι χώρες του ΟΟΣΑ με μία μικρή απόκλιση της τάξης των 478 δολαρίων. Πιο συγκεκριμένα, οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες στην Αυστραλία είναι 3.800 δολάρια, ενώ οι αντίστοιχες δαπάνες κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 3.322 δολάρια.

Από το Διάγραμμα 4.2 παρατηρείται ακόμα, ότι παρά το γεγονός ότι στις ΗΠΑ το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, οι δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία το έτος 2011 είναι μεγαλύτερες απ' ό,τι στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ με εξαίρεση την Νορβηγία και την Ολλανδία.<sup>147</sup> Αντιθέτως, οι δημόσιες δαπάνες που διαθέτει η Αυστραλία για υγειονομική περίθαλψη ανά άτομο προσεγγίζουν τις δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες που διαθέτουν οι χώρες του ΟΟΣΑ και είναι σημαντικά μικρότερες από τις αντίστοιχες δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες στις ΗΠΑ.

Πιο συγκεκριμένα, οι δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στις ΗΠΑ ήταν 4066 δολάρια το έτος 2011 και 3923 δολάρια το έτος 2010. Αντίστοιχα, στην Αυστραλία οι δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες για το έτος 2010 ήταν 2578 δολάρια, ενώ για το έτος 2011 δεν υπάρχουν και πάλι διαθέσιμα στοιχεία.<sup>148</sup>

Σύμφωνα με το Γραφείο της Απογραφής των ΗΠΑ (U.S. Census Bureau), το ποσοστό των ατόμων που ήταν ανασφάλιστοι στις ΗΠΑ το έτος 2011 ήταν 15,7% ενώ το έτος 2012 έπεσε στο 15,4%.<sup>149</sup> Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ υψηλά με αποτέλεσμα να συμπεραίνεται ότι παρά το γεγονός ότι η υγειονομική δαπάνη ανά άτομο (τόσο η

<sup>146</sup><http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-AUSTRALIA-2013.pdf>

<sup>147</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>148</sup><http://www.oecd-ilibrary.org/sites/pubexhltcap-table-2013-2-en/index.html?contentType=%2fns%2fStatisticalPublication%2c%2fns%2fKeyTableEdition%2c%2fns%2fTable&itemId=%2fcontent%2ftable%2fpubexhltcap-table-2013-2-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2ftable%2fpubexhltcap-table-en&accessItemIds=%2fcontent%2ftablecollection%2f20758480> και OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database)

<sup>149</sup>[http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/income\\_wealth/cb13-165.html](http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/income_wealth/cb13-165.html)

δημόσια όσο και η συνολική) είναι υψηλή δεν καλύπτονται οι υγειονομικές ανάγκες όλου του πληθυσμού. Αυτό συμβαίνει διότι το σύστημα υγείας των ΗΠΑ στηρίζεται κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να μην μπορεί να εξασφαλίσει κάποιου είδους ασφαλιστική κάλυψη. Με λίγα λόγια, υπάρχουν αρκετοί πολίτες οι οποίοι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ενταχθούν σε κάποιο ασφαλιστικό πρόγραμμα και να αντιμετωπίσουν το υψηλό κόστος των ασφαλιστρών είτε γιατί δεν εργάζονται, είτε γιατί έχουν πολύ χαμηλό εισόδημα.

Τέλος, από το Διάγραμμα 4.2 παρατηρείται ότι στις ΗΠΑ οι ιδιωτικές δαπάνες είναι μεγαλύτερες από τις δημόσιες, ενώ στην Αυστραλία ισχύει το αντίθετο. Αυτό συμβαίνει διότι το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ στηρίζεται στο φιλελεύθερο μοντέλο το οποίο δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι δαπάνες υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση, αλλά και από πληρωμές των ιδιωτών,<sup>150</sup> ενώ η παρέμβαση του κράτους σε θέματα χρηματοδότησης δαπανών υγείας είναι περιορισμένη. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες υγείας που καλύπτονται από κρατικά έσοδα χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση των δημόσιων προγραμμάτων Medicare και Medicaid.<sup>151</sup> Αντιθέτως, η Αυστραλία στηρίζεται στο εθνικό σύστημα υγείας όπου ο ρόλος του κράτους είναι ιδιαίτερα ενεργός. Οι δαπάνες υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από δημόσιες πηγές,<sup>152</sup> και πιο συγκεκριμένα κυρίως από τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού.

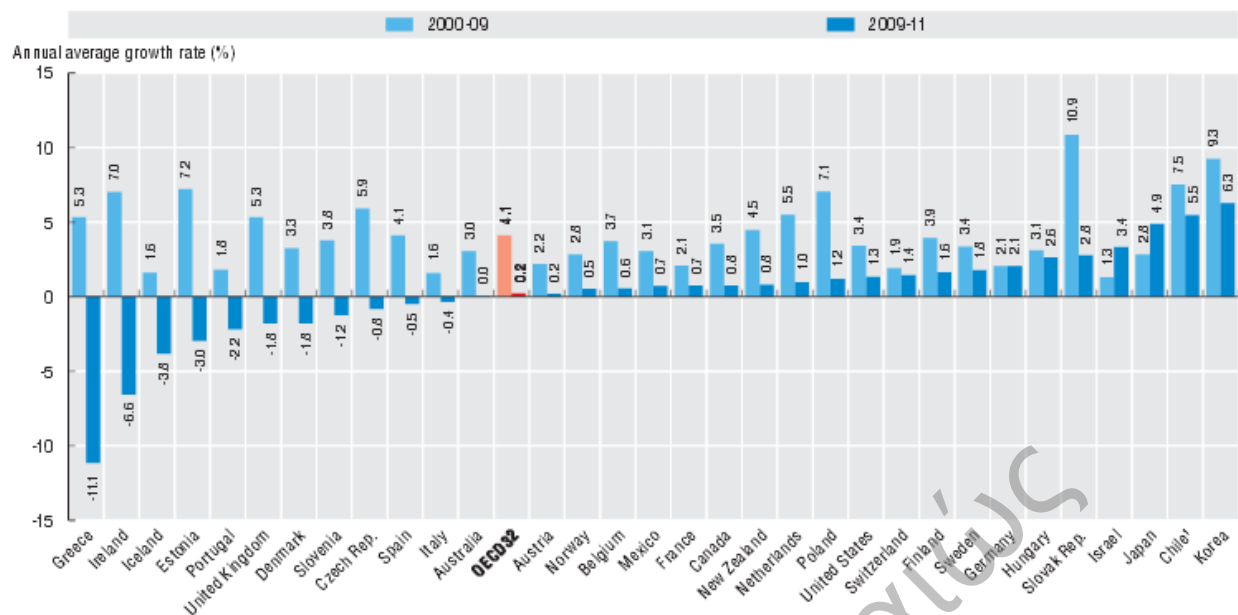
Αναφορικά με τις χώρες του ΟΟΣΑ, οι περισσότερες από αυτές χρηματοδοτούνται κυρίως από το δημόσιο τομέα (μέσω της φορολογίας και των εισφορών της κοινωνικής ασφάλισης) και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση και τις πληρωμές των χρηστών.<sup>153</sup>

<sup>150</sup><http://www.healthview.gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%87%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF/1260/%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>

<sup>151</sup><http://www.healthview.gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%87%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF/1260/%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>

<sup>152</sup><http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-AUSTRALIA-2013.pdf>

<sup>153</sup><http://www.oecd.org/unitedstates/Briefing-Note-USA-2013.pdf>



1. CPI used as deflator.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

### Διάγραμμα 4.3

#### Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας σε πραγματικούς όρους, 2000-2011

Από το Διάγραμμα 4.3 προκύπτουν στοιχεία σχετικά με το μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία σε πραγματικούς όμως όρους για τα έτη 2000-2011. Κατά τη διάρκεια των ετών 2000 έως 2009 παρατηρούμε ότι όλες οι χώρες παρουσίαζαν αρκετά έως πολύ ικανοποιητικούς μέσους ετήσιους ρυθμούς αύξησης σχετικά με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. Αντίθετα, τη χρονική περίοδο 2009 έως 2011 οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ λόγω της οικονομικής κρίσης παρουσίασαν επιβράδυνση στον μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας, ενώ παράλληλα κάποιες άλλες εμφάνισαν αρνητικούς μέσους ρυθμούς αύξησης ετησίως.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Διάγραμμα 4.3 την περίοδο 2000 έως 2009 στην Αυστραλία και στις ΗΠΑ οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σε ετήσια βάση κατά 3% και 3,4% αντίστοιχα, ενώ κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ αυξήθηκαν κατά 4,1% ετησίως. Αντίθετα, την περίοδο 2009 έως 2011 στην Αυστραλία οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας παρουσίασαν μηδενικό μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης, ενώ στις ΗΠΑ και κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ παρατηρήθηκε μεγάλη μείωση στον μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης των αντίστοιχων δαπανών.

4.2.3 Δαπάνες υγείας σύμφωνα με το πλαίσιο λειτουργίας της υγειονομικής περίθαλψης

Σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts) του ΟΟΣΑ, η συνολική δαπάνη υγείας υπολογίζεται ως το άθροισμα της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας και της επένδυσης παγίου κεφαλαίου. Η συνολική τρέχουσα δαπάνη για την υγεία περιλαμβάνει τις θεραπευτικές φροντίδες (curative care), τη φροντίδα αποκατάστασης (rehabilitative care), τη μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα (long term nursing care), τις βοηθητικές υπηρεσίες (ancillary care), το υγειονομικό υλικό εξωτερικών ασθενών και τη συλλογική φροντίδα υγείας. Η τελευταία αφορά τις υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας καθώς και τη διοίκηση των υπηρεσιών και ασφάλιση υγείας.<sup>154</sup>

Αντίστοιχα, η επένδυση παγίου κεφαλαίου σχετίζεται με τη κατασκευή νέων νοσοκομείων και κέντρων υγείας, τη κατασκευή νέων πτερόγων στα νοσοκομεία, καθώς και με τις επενδύσεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ιατρικά μηχανήματα, κ.ά.<sup>155</sup>

Πριν ξεκινήσει η ανάλυση και με βάση τα στοιχεία που προκύπτουν από το Διάγραμμα 4.4 πρέπει να αναφερθεί ότι η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (inpatient care) αναφέρεται στις θεραπευτικές φροντίδες και στη φροντίδα αποκατάστασης οι οποίες πραγματοποιούνται σε χώρους νοσηλείας και ημερήσιας φροντίδας. Επίσης, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (outpatient care) περιλαμβάνει την κατ' οίκον φροντίδα και τις βοηθητικές υπηρεσίες. Αναφορικά με τις ΗΠΑ, οι ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τους ανεξάρτητους ιατρούς τιμολόγησης περιλαμβάνονται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.<sup>156</sup>

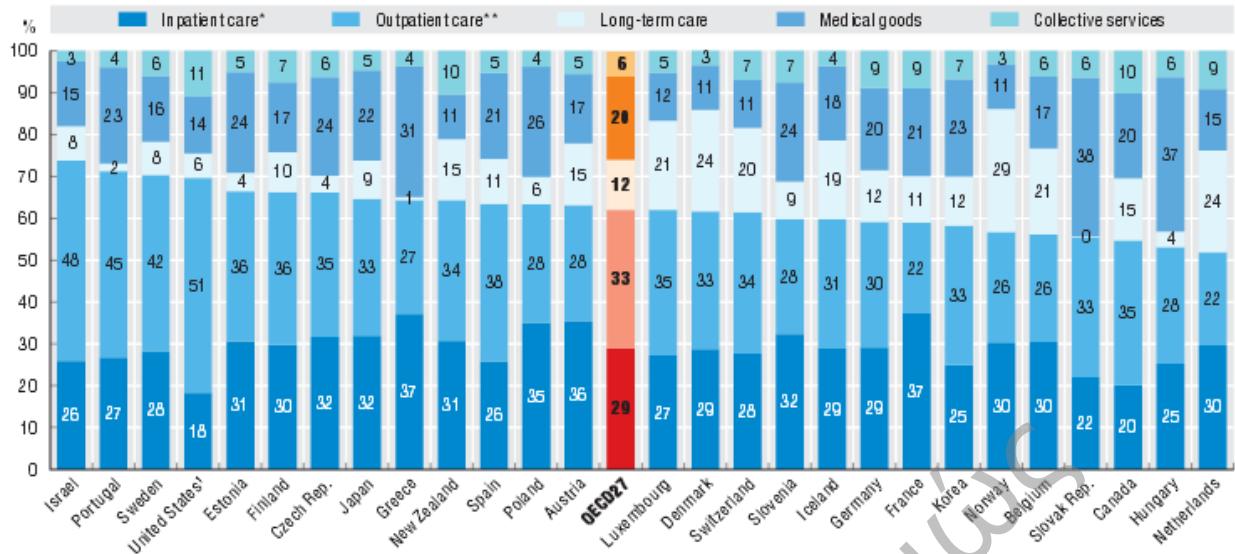
Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι από το Διάγραμμα 4.4 δεν προκύπτουν στοιχεία που να αφορούν την Αυστραλία.

---

<sup>154</sup>Βοζίκης (2013) και OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>155</sup>Βοζίκης (2013)

<sup>156</sup>OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>



Note: Countries are ranked by curative-rehabilitative care as a share of current expenditure on health.  
 \* Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day care settings.  
 \*\* Includes home-care and ancillary services.  
 †. Inpatient services provided by independent billing physicians are included in outpatient care for the United States.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

#### Διάγραμμα 4.4

### Τρέχουσες δαπάνες υγείας σύμφωνα με τη λειτουργία υγειονομικής περίθαλψης, 2011

Από το Διάγραμμα 4.4 παρατηρείται ότι οι ΗΠΑ διαθέτουν το 18% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ την υψηλότερη κατηγορία δαπανών αντιπροσωπεύει η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη η οποία ανέρχεται στο 51% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονισθεί με βάση τα στοιχεία του ανωτέρω διαγράμματος ότι οι ΗΠΑ είναι η μοναδική χώρα που διαθέτει παραπάνω από το μισό των τρεχουσών δαπανών της για την ανοικτή περίθαλψη, ενώ παράλληλα είναι η μόνη χώρα που διαθέτει το μικρότερο ποσοστό σε τρέχουσες δαπάνες για τη κλειστή περίθαλψη. Αντίθετα, οι χώρες του ΟΟΣΑ αφιερώνουν κατά μέσο όρο το 29% και το 33% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία για ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αντίστοιχα. Με βάση λοιπόν τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι οι ΗΠΑ δίνουν κατά βάση μεγαλύτερη έμφαση στην ανοικτή περίθαλψη σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και γι' αυτό το λόγο διαθέτουν και περισσότερα χρήματα.

Αναφορικά με τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, από τα στοιχεία του Διαγράμματος 4.4 παρατηρείται ότι οι χώρες του ΟΟΣΑ κατά μέσο όρο αφιερώνουν το διπλάσιο ποσό από τις ΗΠΑ, δηλαδή το 12% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Όσον αφορά τις

συλλογικές υπηρεσίες υγείας, στις ΗΠΑ αντιπροσωπεύουν το 11% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, ενώ κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ αντιπροσωπεύουν μόλις το 6%. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τα ποσοστά αυτά συμπεραίνεται ότι οι ΗΠΑ σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις υπηρεσίες εκείνες οι οποίες σχετίζονται με τη πρόληψη, τη δημόσια υγεία, τη διοίκηση των υπηρεσιών και την ασφάλιση. Τέλος, τα ιατρικά προϊόντα αποτελούν επίσης μία κατηγορία δαπανών. Συγκεκριμένα, οι ΗΠΑ διαθέτουν το 14% των τρεχουσών δαπανών υγείας για ιατρικά προϊόντα, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ διαθέτει το 20%.

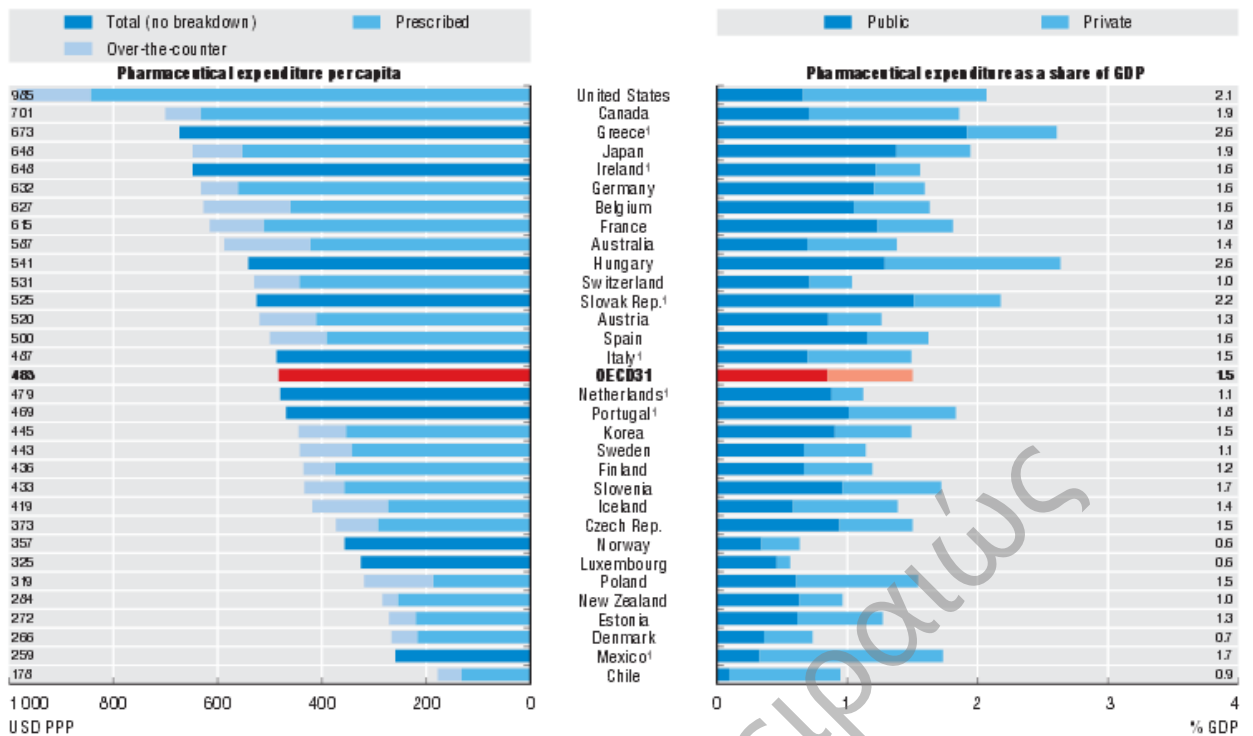
#### 4.2.4 Φαρμακευτικές δαπάνες στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αφορούν τις δαπάνες για συνταγογραφούμενα φάρμακα, για αποκατάσταση του ατόμου (μη συνταγογραφούμενα προϊόντα) καθώς και εκείνες που προορίζονται για μη διαρκή ιατρικά αγαθά. Οι φαρμακευτικές δαπάνες περιλαμβάνουν ακόμα τις αμοιβές των φαρμακοποιών όταν αυτές διαχωρίζονται από τις τιμές των φαρμάκων. Επίσης, εξαιρούνται οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα που χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία.<sup>157</sup>

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν τη τρίτη μεγαλύτερη σε σειρά κατηγορία δαπανών μετά από αυτές που αντιστοιχούν στην ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Οι φαρμακευτικές δαπάνες το έτος 2011 αντιπροσωπεύουν το 1,5% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Από το ποσοστό αυτό περίπου το 0,8% χρηματοδοτείται από το δημόσιο και το υπόλοιπο 0,7% από πηγές του ιδιωτικού τομέα.<sup>158</sup>

<sup>157</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>158</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



1. Includes medical non-durables.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

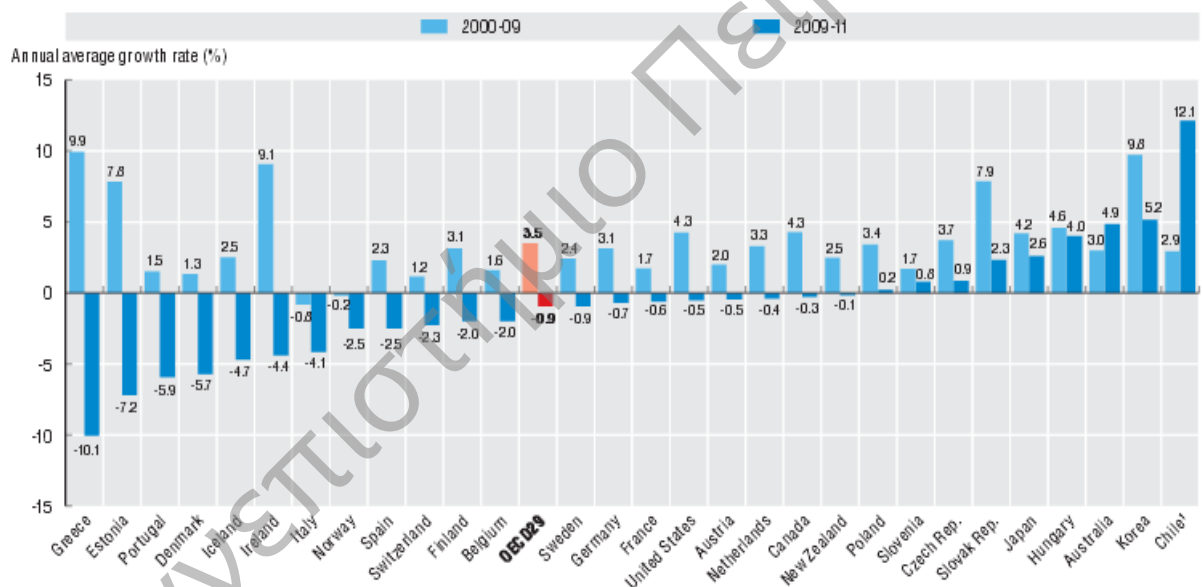
#### Διάγραμμα 4.5

#### Δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2011

Από το Διάγραμμα 4.5 παρατηρείται ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες στις ΗΠΑ αντιπροσωπεύουν το 2,1% του ΑΕΠ, ποσοστό το οποίο τις κατατάσσει στις χώρες με τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες. Στην πρώτη θέση βρίσκεται η Ελλάδα και η Ουγγαρία των οποίων οι φαρμακευτικές δαπάνες υπολογίζονται στο 2,6% του ΑΕΠ. Στην Αυστραλία από την άλλη μεριά, οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν το 1,4% του ΑΕΠ, ποσοστό το οποίο σχεδόν συγκλίνει με το αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (1,5%) και αποκλίνει από εκείνο των ΗΠΑ. Αναφορικά με τις δημόσιες και ιδιωτικές φαρμακευτικές δαπάνες παρατηρούνται από το ανωτέρω διάγραμμα τα εξής. Στις ΗΠΑ οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες ανέρχονται σε λιγότερο από 1% του ΑΕΠ. Επομένως διαπιστώνεται ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες χρηματοδοτούνται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα. Στην Αυστραλία αντίστοιχα, οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες είναι περίπου ίσες με τις ιδιωτικές.

Από το Διάγραμμα 4.5 παρατηρείται επίσης ότι στις ΗΠΑ το έτος 2011 οι κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες ανέρχονται στα 985 δολάρια. Το μεγαλύτερο μέρος

των χρημάτων αυτών δαπανάται για συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ ένα μικρό ποσό διατίθεται για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (over-the-counter). Στην Αυστραλία οι κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες υπολογίζονται στα 587 δολάρια, όπου και εδώ το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων δαπανάται για συνταγογραφούμενα φάρμακα. Αντίστοιχα, κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ οι φαρμακευτικές δαπάνες ανά άτομο υπολογίζονται στα 483 δολάρια. Με βάση λοιπόν τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι οι ΗΠΑ διέθεσαν περισσότερα χρήματα για φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ.<sup>159</sup> Η Αυστραλία από την άλλη μεριά, διέθεσε και αυτή περισσότερα χρήματα σε σχέση με τη πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ, ωστόσο όμως υπήρχαν χώρες οι οποίες αφιέρωσαν ακόμη μεγαλύτερο χρηματικό ποσό, όπως είναι ο Καναδάς με 701 δολάρια, η Ελλάδα με 673 δολάρια και η Ιαπωνία με την Ιρλανδία 648 δολάρια.



1. CPI used as deflator.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

#### Διάγραμμα 4.6

**Μέση ετήσια αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο σε πραγματικούς όρους, 2000-2011**

<sup>159</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



Από το Διάγραμμα 4.6 προκύπτουν στοιχεία σχετικά με τη μέση ετήσια αύξηση για τις φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο σε πραγματικούς όρους για τα έτη 2000-2009 και 2009-2011. Συγκεκριμένα, για τη χρονική περίοδο 2000 έως 2009 παρατηρούμε ότι στις ΗΠΑ οι φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο παρουσίασαν μέση ετήσια αύξηση της τάξης του 4,3%. Αντίστοιχα, οι φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο στην Αυστραλία εμφάνισαν μέση ετήσια αύξηση της τάξης του 3%. Με βάση λοιπόν τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι οι ΗΠΑ διέθεταν περισσότερους χρηματικούς πόρους ανά κάτοικο απ' ό τι η Αυστραλία για τη κάλυψη των φαρμακευτικών προϊόντων. Από την άλλη μεριά, τη χρονική περίοδο 2009 έως 2011 παρατηρούμε ότι οι κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες στις ΗΠΑ παρουσίασαν αρνητική μέση ετήσια αύξηση η οποία ήταν -0,5%, ενώ οι κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες στην Αυστραλία παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση ετήσια αύξηση (4,9%) σε σύγκριση με τη χρονική περίοδο 2000 έως 2009 (3%).

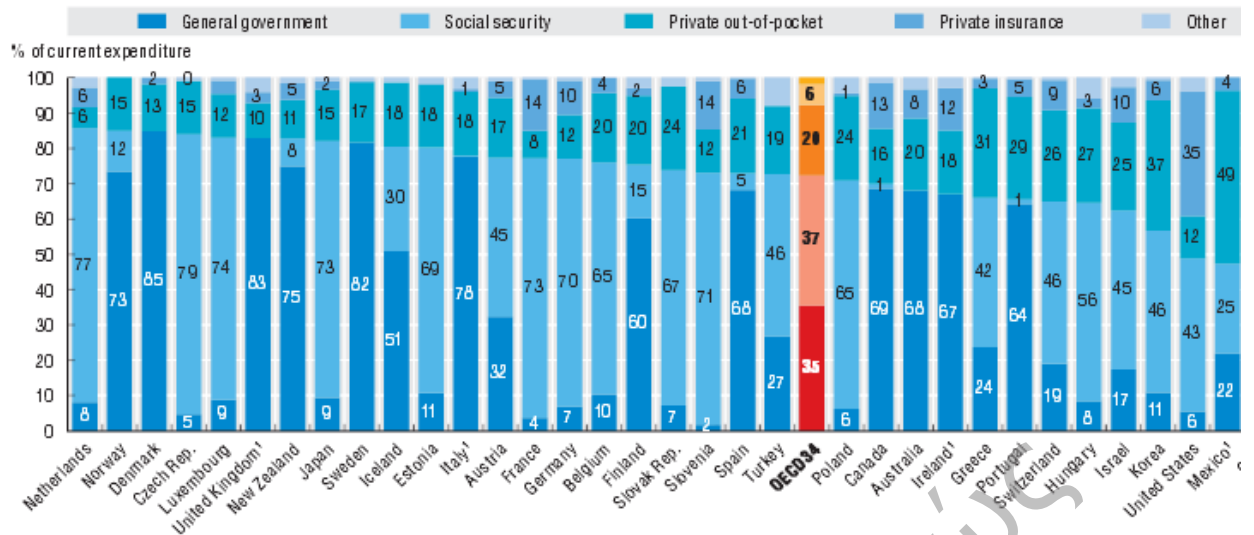
Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί με βάση τα στοιχεία του Διαγράμματος 4.6 ότι τη περίοδο 2009-2011 σε σύγκριση με τη περίοδο 2000-2009 ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών ήταν χαμηλότερος σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ με εξαίρεση την Αυστραλία και τη Χιλή.<sup>160</sup>

#### 4.2.5 Δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ανάλογα με το είδος χρηματοδότησης στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία

Αναφορικά με τις δαπάνες χρηματοδότησης πριν ξεκινήσει η περαιτέρω ανάλυση του Διαγράμματος 4.7 θα πρέπει να αναφερθούν οι πηγές χρηματοδότησης καθώς και το τι ακριβώς αυτές περιλαμβάνουν. Καταρχήν, η πρώτη πηγή χρηματοδότησης είναι η δημόσια χρηματοδότηση η οποία περιλαμβάνει τις δαπάνες από τη κυβέρνηση και από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης, υπάρχει η ιδιωτική χρηματοδότηση η οποία καλύπτει τις πληρωμές των νοικοκυριών, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καθώς και άλλα ιδιωτικά κεφάλαια. Και τέλος, υπάρχουν και οι δαπάνες εκείνες που βαρύνουν άμεσα τους ασθενείς (out of pocket payments). Οι τελευταίες περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος και σε κάποιες χώρες περιλαμβάνουν και τις εκτιμήσεις των άτυπων πληρωμών προς τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.<sup>161</sup>

<sup>160</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>161</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



1. Data refer to total health expenditure.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

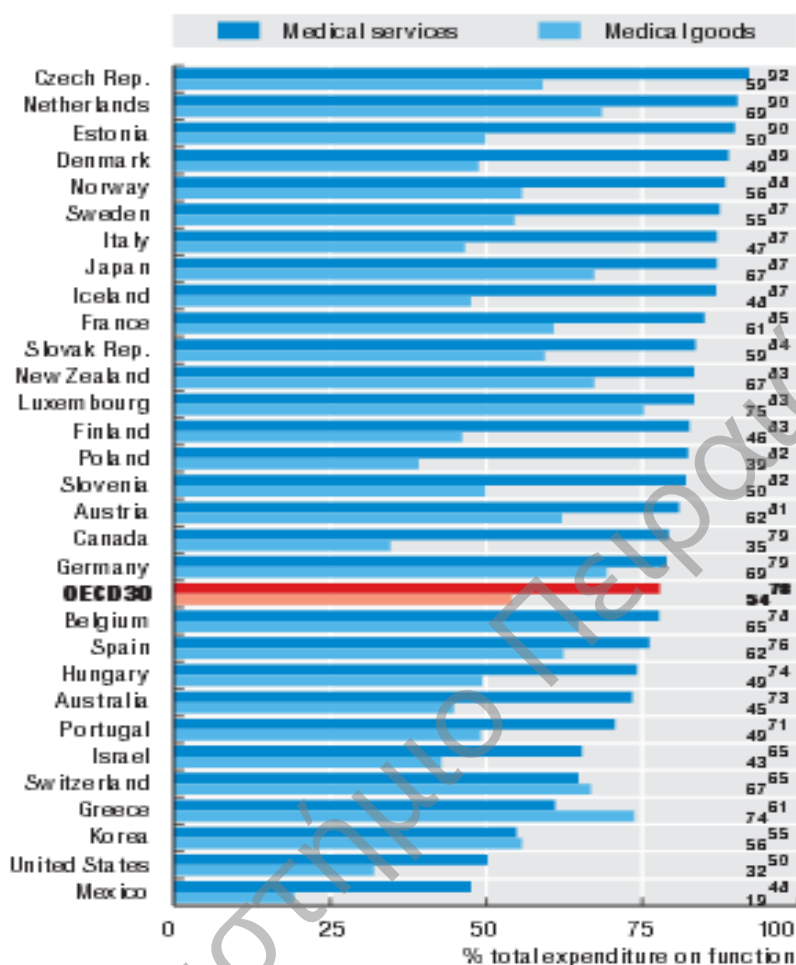
### Διάγραμμα 4.7

#### Δαπάνες για την υγεία σύμφωνα με το είδος χρηματοδότησης, 2011

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 4.7 παρατηρείται ότι στην Αυστραλία το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη (68%) χρηματοδοτείται κυρίως από τον δημόσιο τομέα, το 28% από την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τους χρήστες (με 8% και 20% αντίστοιχα) και το υπόλοιπο από άλλες πηγές. Αντιθέτως στις ΗΠΑ, μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 6% χρηματοδοτείται από τη κυβέρνηση, ενώ το 43% των δαπανών υγείας χρηματοδοτείται από τη κοινωνική ασφάλιση. Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό των δαπανών χρηματοδοτείται από την ιδιωτική ασφάλιση (35%), από τις ιδιωτικές δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τους χρήστες (12%) και από άλλες πηγές (4%), σε αντίθεση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ όπου οι δαπάνες χρηματοδοτούνται κατά 6% από την ιδιωτική ασφάλιση, κατά 20% από τις ιδιωτικές δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τους χρήστες και κατά 2% από άλλες πηγές. Με βάση λοιπόν τα στοιχεία του ΟΟΣΑ διαπιστώνεται ότι στις ΗΠΑ οι δαπάνες για την υγεία χρηματοδοτούνται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα με ένα σημαντικό ποσοστό όμως να καλύπτεται από το δημόσιο τομέα (49%). Αντίθετα, στην Αυστραλία η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι το δημόσιο χωρίς όμως να απουσιάζει η ιδιωτική χρηματοδότηση.

Όσον αφορά τις χώρες του ΟΟΣΑ, από το ανωτέρω διάγραμμα είναι φανερό ότι οι περισσότερες από αυτές χρηματοδοτούνται κυρίως από το δημόσιο μέσω της φορολογίας (έσοδα κρατικού προϋπολογισμού) και τη κοινωνική ασφάλιση. Οι ΗΠΑ

αποτελούν εξαίρεση διότι το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών της που αφορούν την υγεία χρηματοδοτείται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση.<sup>162</sup>



Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

#### Διάγραμμα 4.8

#### Μερίδιο των δημόσιων δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, 2011

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 4.8, κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ το έτος 2011 ο δημόσιος τομέας κάλυπτε το 78% του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών και το 54% του κόστους των ιατρικών προϊόντων.<sup>163</sup> Όσον αφορά την Αυστραλία, από το ανωτέρω διάγραμμα παρατηρούμε ότι ο δημόσιος τομέας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη κάλυψη των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες (73%) χωρίς όμως να αγνοεί τα ιατρικά

<sup>162</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>163</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

προϊόντα καλύπτοντας το 45% του κόστους. Αντίθετα, οι ΗΠΑ καλύπτουν το ήμισυ του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών και το 32% του κόστους για ιατρικά προϊόντα.

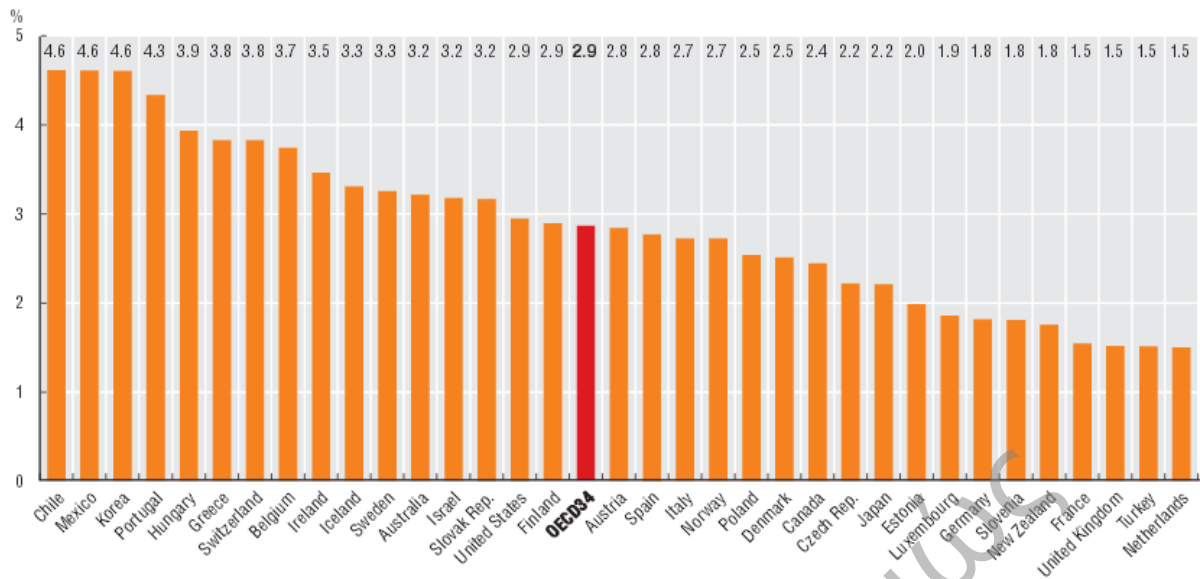
Από το Διάγραμμα 4.8, παρατηρείται επίσης ότι στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία αφενός ο δημόσιος τομέας συμβάλλει σε ικανοποιητικό βαθμό στη κάλυψη του κόστους για παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και ιατρικά προϊόντα, αφετέρου όμως υπάρχουν χώρες στις οποίες ο δημόσιος τομέας έχει πιο ενεργό ρόλο. Ενδεικτικά, θα αναφερθεί η περίπτωση της Ολλανδίας όπου ο δημόσιος τομέας καλύπτει το 90% και το 69% του κόστους για ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα αντίστοιχα. Τέλος, από το ανωτέρω διάγραμμα, διαπιστώνεται ότι στη πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ η κάλυψη του κόστους για ιατρικές υπηρεσίες από το δημόσιο υπερέρχει της κάλυψης του κόστους για ιατρικά προϊόντα με εξαίρεση ορισμένες περιπτώσεις χωρών. Το τελευταίο δείχνει ότι στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ το δημόσιο δίνει μεγαλύτερη σημασία στη ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών που λαμβάνουν οι πολίτες χωρίς όμως να αγνοεί τη κάλυψη της δαπάνης που απαιτείται για τη παροχή ιατρικών προϊόντων.

**4.2.6 Δαπάνες υγείας που βαραίνουν άμεσα τον ασθενή στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία**  
Πρόκειται για δαπάνες οι οποίες δεν καλύπτονται από τη δημόσια και την ιδιωτική ασφάλιση και επιβαρύνουν άμεσα τον ασθενή. Ακόμα, περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος, δαπάνες που καταβάλλονται απευθείας από τα ιδιωτικά νοικοκυριά καθώς επίσης και εκτιμήσεις άτυπων πληρωμών προς τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες χώρες.<sup>164</sup>

Πριν ξεκινήσει η ανάλυση του παρακάτω διαγράμματος θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι δαπάνες που λαμβάνονται υπόψη είναι οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία χωρίς όμως να γίνεται αναφορά στις δαπάνες που αφορούν τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας.<sup>165</sup>

<sup>164</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>165</sup>OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>



Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

#### Διάγραμμα 4.9

### Ιατρικές δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τα νοικοκυριά ως ποσοστό της τελικής τους κατανάλωσης, 2011

Από το Διάγραμμα 4.9 παρατηρείται ότι τόσο κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ όσο και στις ΗΠΑ για το έτος 2011 το 2,9% της τελικής κατανάλωσης των νοικοκυριών διατίθεται για ιατρικές δαπάνες. Αντιθέτως, στην Αυστραλία το ποσοστό της τελικής κατανάλωσης των νοικοκυριών που διατίθεται για ιατρικές δαπάνες είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 3,2%. Με βάση λοιπόν τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι τα νοικοκυριά στην Αυστραλία διαθέτουν μεγαλύτερο μέρος από το διαθέσιμο ατομικό ή οικογενειακό τους εισόδημα προκειμένου να καλύψουν ανάγκες που αφορούν σε ιατρικές δαπάνες απ' ότι στις ΗΠΑ. Εξάλλου όπως προκύπτει και από το Διάγραμμα 4.7, στην Αυστραλία οι ιδιωτικές δαπάνες που βάραιναν άμεσα τον ασθενή (private out of pockets) το έτος 2011 αντιστοιχούσαν στο 20% των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ στις ΗΠΑ αντιστοιχούσαν στο 12%. Από το Διάγραμμα 4.9 παρατηρείται επίσης ότι σε χώρες όπως είναι η Χιλή, το Μεξικό και η Κορέα τα νοικοκυριά αφιερώνουν το 4,6% της τελικής τους κατανάλωσης για ιατρικές δαπάνες, ενώ σε χώρες όπως η Γαλλία, η Αγγλία, η Τουρκία και η Ολλανδία διαθέτουν μόνο το 1,5%.

#### 4.2.7 Αμοιβές ιατρών στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία

Οι αμοιβές των ιατρών παίζουν καθοριστικό ρόλο στο τρόπο με τον οποίο καθορίζονται και διαμορφώνονται οι δαπάνες για την υγεία και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Οι 3 βασικοί τρόποι πληρωμής των ιατρών είναι:<sup>166</sup>

- Η αμοιβή με μισθό (salary). Η αμοιβή με μισθό αποτελεί μέθοδο αποζημίωσης των ιατρών για τις προσφερόμενες ιατρικές φροντίδες και υπηρεσίες υγείας οι οποίες σχετίζονται με τη πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη. Η συγκεκριμένη αμοιβή καθορίζεται σύμφωνα με τις ώρες που έχει εργαστεί ο ιατρός, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και το αν υπόκειται σε καθεστώς πλήρους ή μερικής απασχόλησης. Εφαρμόζεται σε δημόσια συστήματα υγείας καθώς και σε συστήματα υγείας όπου η κοινωνική ασφάλιση έχει ενεργό ρόλο.
- Η κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation payment). Η κατά κεφαλήν αμοιβή αποτελεί μέθοδο αποζημίωσης των ιατρών, το ύψος της οποίας καθορίζεται σύμφωνα με τον αριθμό των ασφαλισμένων ατόμων που αναλαμβάνει να περιθάλψει για μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο ιατρός στη περίπτωση αυτή, θα πρέπει να εξυπηρετήσει και να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών για υπηρεσίες υγείας χωρίς όμως η αμοιβή του να εξαρτάται από τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων και το είδος των ιατρικών φροντίδων.
- Τέλος, η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service). Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση αποτελεί μέθοδο αποζημίωσης σύμφωνα με την οποία ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να χρεώνει τον ασθενή μία αμοιβή για κάθε πράξη η οποία μπορεί να είναι επίσκεψη σε ιατρείο, εξετάσεις κ.ά. Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ιατρός αμοιβεται είτε με άμεση καταβολή του ποσού που έχει χρεώσει από τον ίδιο τον ασθενή ο οποίος στη συνέχεια εισπράττει μέρος ή όλο το ποσό από τον ασφαλιστικό φορέα που ανήκει, είτε απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα εφόσον όμως έχει συνάψει σύμβαση. Στη δεύτερη περίπτωση, η αμοιβή για κάθε πράξη είναι αποτέλεσμα συμφωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασφαλιστικού φορέα.

<sup>166</sup>Αλετράς *et. al.* (2002) και Μωραΐτης (2006)

Στη περίπτωση της Αυστραλίας, οι ιατροί που ανήκουν στη πρωτοβάθμια περίθαλψη ανήκουν στη κατηγορία των αυτοαπασχολούμενων. Η μέθοδος που εφαρμόζεται για τη πληρωμή των ιατρών είναι η μικτή μέθοδος αμοιβής (αμοιβή με μισθό, κατά κεφαλήν αμοιβή, αμοιβή κατά πράξη). Από την άλλη μεριά, στη περίπτωση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ όπου υπάρχει κοινωνική ασφάλιση οι ιατροί είναι ιδιώτες συμβεβλημένοι και αμείβονται κυρίως κατά πράξη. Όσον αφορά τους εξειδικευμένους ιατρούς, αυτοί που εργάζονται στο δημόσιο τομέα πληρώνονται με μισθό, ενώ εκείνοι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα πληρώνονται κατά πράξη.<sup>167</sup>

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στις ΗΠΑ παρέχεται από γενικούς ιατρούς μέσω των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs). Η μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών που εφαρμόζεται στη περίπτωση αυτή είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, η κατά κεφαλήν αμοιβή και η αποζημίωση με πάγιο μισθό.<sup>168</sup>

Η αμοιβή των ιατρών αναφέρεται στο μέσο ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα συμπεριλαμβάνοντας τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης καθώς και τους φόρους που πληρώνουν οι εργαζόμενοι.<sup>169</sup>

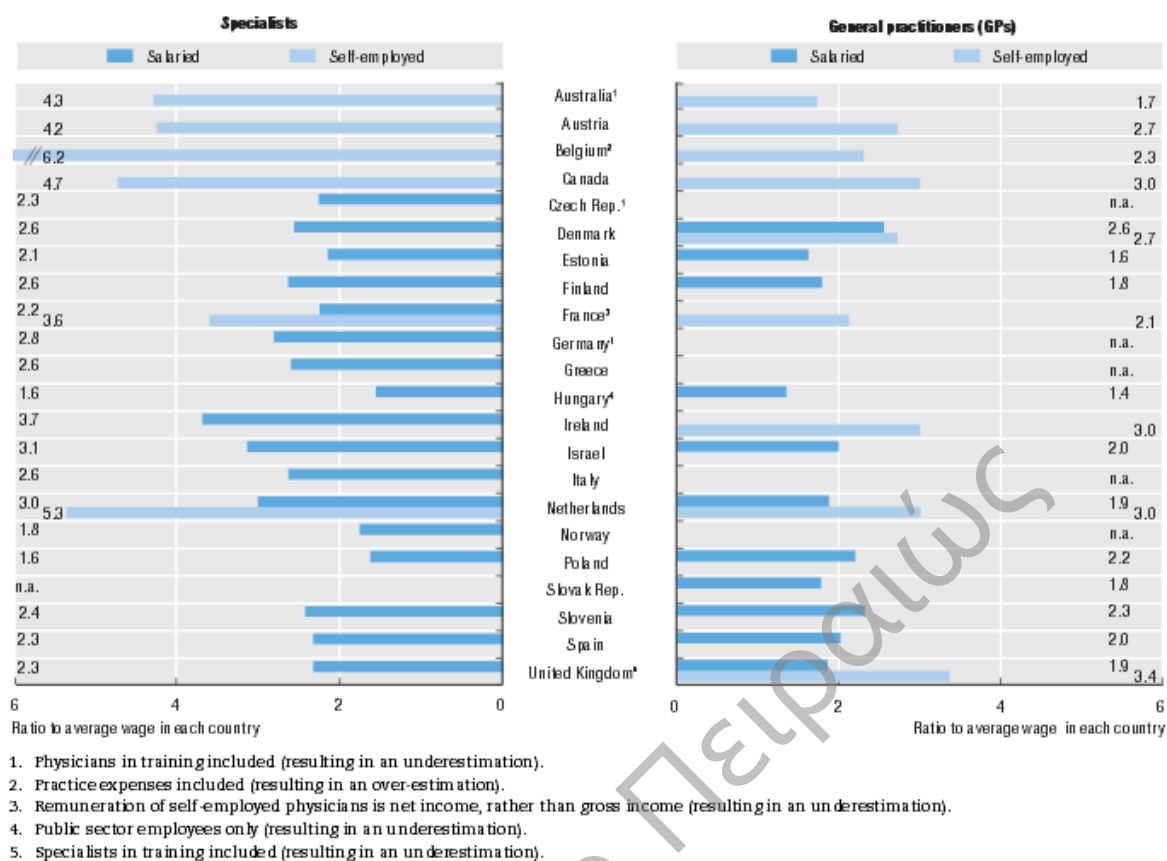
Το Διάγραμμα 4.10 παρουσιάζει τις αμοιβές των γενικών ιατρών (general practitioners) και τις αμοιβές των εξειδικευμένων ιατρών (specialists). Πιο συγκεκριμένα, στο αριστερό διάγραμμα φαίνονται οι αμοιβές των εξειδικευμένων ιατρών και στο δεξιό διάγραμμα οι αμοιβές των γενικών ιατρών, συμπεριλαμβανομένων των μισθωτών ιατρών (salaried) και των αυτοαπασχολούμενων (self-employed).

---

<sup>167</sup><http://www.oecd.org/health/health-systems/35987490.pdf>

<sup>168</sup>Μωραΐτης (2006)

<sup>169</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

### Διάγραμμα 4.10

#### Αμοιβές των ιατρών σε σχέση με το μέσο όρο των μισθών, 2011

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι με βάση το ανωτέρω διάγραμμα δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τις αμοιβές των εξειδικευμένων ιατρών στις ΗΠΑ. Στην Αυστραλία, το έτος 2011 το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων εξειδικευμένων ιατρών ήταν 4,3 φορές ο μέσος όρος των μισθών των χωρών του ΟΟΣΑ. Αντίστοιχες πληροφορίες για τη κατηγορία των μισθωτών εξειδικευμένων ιατρών δεν υπάρχουν. Από το Διάγραμμα 4.10 παρατηρείται επίσης ότι η χώρα με το υψηλότερο εισόδημα στη κατηγορία των αυτοαπασχολούμενων εξειδικευμένων ιατρών είναι το Βέλγιο το οποίο υπολογίζεται στις 6,2 φορές του μέσου όρου των μισθών.

Από το Διάγραμμα 4.10 παρατηρείται ακόμα ότι στην Αυστραλία το έτος 2011 το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων γενικών ιατρών ήταν 1,7 φορές ο μέσος όρος των μισθών των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ για τη κατηγορία των μισθωτών γενικών ιατρών δεν υπάρχουν αντίστοιχα στοιχεία. Η χώρα με το μεγαλύτερο εισόδημα αυτοαπασχολούμενων γενικών ιατρών φαίνεται να είναι το Ηνωμένο Βασίλειο το οποίο



υπολογίζεται στις 3,4 φορές του μέσου όρου των μισθών. Αναφορικά με τις αμοιβές των γενικών ιατρών στις ΗΠΑ παρατηρούμε και πάλι με βάση το ανωτέρω διάγραμμα ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι στη περίπτωση του Βελγίου τα στοιχεία που υπάρχουν για τους αυτοαπασχολούμενους ιατρούς περιλαμβάνουν και τα έξοδα πρακτικής με αποτέλεσμα την υπερεκτίμηση των επιπέδων αποδοχών. Στη περίπτωση της Αυστραλίας περιλαμβάνονται οι ιατροί που εκπαιδεύονται και στη περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου περιλαμβάνονται οι ειδικοί ιατροί που εκπαιδεύονται. Αυτά τα στοιχεία οδηγούν σε υποτίμηση των επιπέδων αποδοχών για τις δύο αυτές χώρες.<sup>170</sup>

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, ότι στη περίπτωση της Αυστραλίας το εισόδημα των εξειδικευμένων αυτοαπασχολούμενων ιατρών είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο εισόδημα των γενικών αυτοαπασχολούμενων ιατρών.

#### 4.2.8 Αμοιβές νοσηλευτών στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία

Η αμοιβή των νοσηλευτών αναφέρεται στο μέσο ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα συμπεριλαμβάνοντας τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης καθώς και τους φόρους εισοδήματος που πληρώνουν οι εργαζόμενοι.<sup>171</sup>

Στην περίπτωση των ΗΠΑ και της Αυστραλίας, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται αναφέρονται σε εγγεγραμμένους επαγγελματίες νοσηλευτές οδηγώντας σε υπερεκτίμηση, σε σύγκριση με άλλες χώρες που περιλαμβάνουν νοσηλευτές χαμηλότερου επιπέδου οι οποίοι ανήκουν σε συναφείς κατηγορίες επαγγελμάτων. Επίσης, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση αναφέρονται στις αμοιβές των νοσηλευτών που απασχολούνται στα νοσοκομεία.<sup>172</sup>

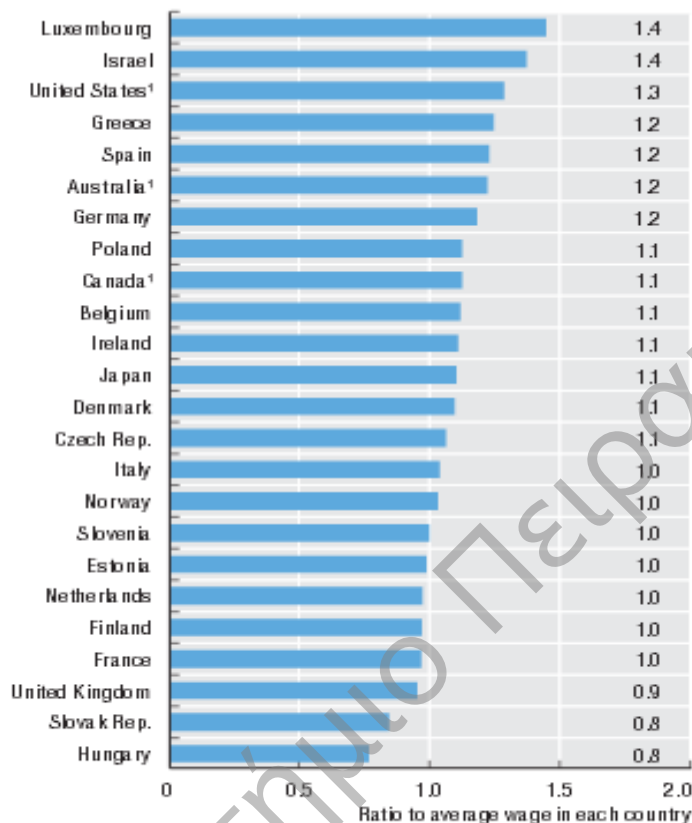
Από το Διάγραμμα 4.11 παρατηρείται ότι το Λουξεμβούργο και το Ισραήλ είναι οι χώρες με τις υψηλότερες αμοιβές σε νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, το εισόδημα των νοσοκομειακών νοσηλευτών αντιστοιχεί στο 1,4 του μέσου όρου των μισθών. Έπειτα, ακολουθούν οι ΗΠΑ όπου το εισόδημα των νοσοκομειακών νοσηλευτών υπολογίζεται στο 1,3 του μέσου όρου των μισθών και στη συνέχεια ακολουθούν η Ελλάδα, η Ισπανία, η Γερμανία και η Αυστραλία όπου το εισόδημα νοσοκομειακών νοσηλευτών ανέρχεται στο 1,2 του μέσου όρου των μισθών. Επομένως,

<sup>170</sup>OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

<sup>171</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

<sup>172</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

διαπιστώνεται ότι υπάρχει μικρή απόκλιση ανάμεσα στην Αυστραλία και στις ΗΠΑ αναφορικά με τις αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία για το έτος 2011.



1. Data refer to registered ("professional") nurses in the United States, Australia and Canada (resulting in an over-estimation).

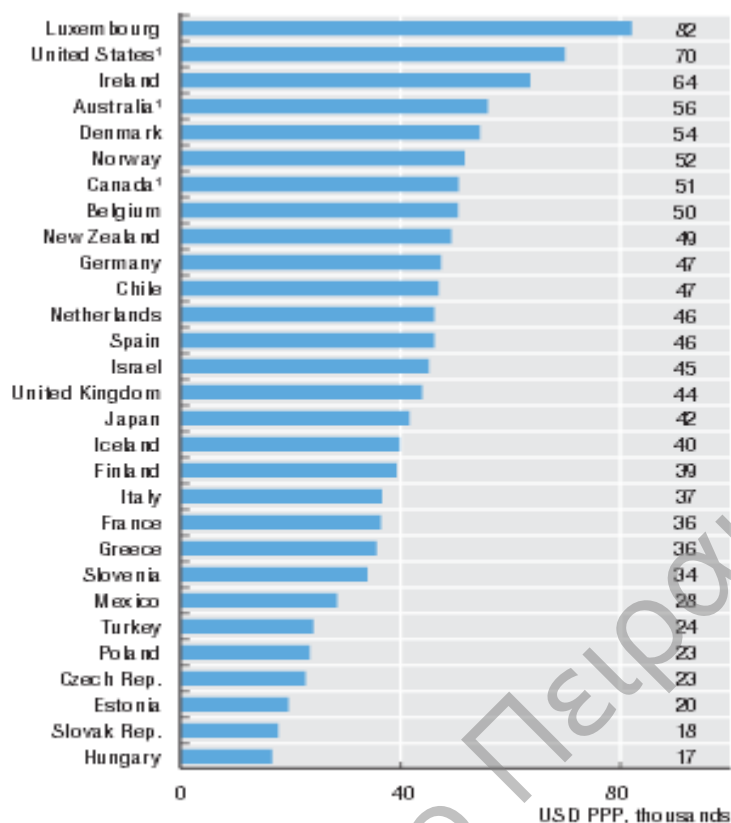
Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

#### Διάγραμμα 4.11

#### Αμοιβές των νοσηλευτών σε σχέση με το μέσο όρο των μισθών, 2011

Από το Διάγραμμα 4.12 προκύπτει ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώνονται οι αμοιβές των νοσηλευτών με βάση ένα κοινό νόμισμα που είναι το δολάριο. Όπως και προηγουμένως, τα στοιχεία που αναφέρονται στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία αφορούν τους εγγεγραμμένους επαγγελματίες νοσηλευτές, γεγονός που οδηγεί σε υπερεκτίμηση. Επιπρόσθετα, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση αναφέρονται στις αμοιβές των νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία.<sup>173</sup>

<sup>173</sup>OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)



1. Data refer to registered ("professional") nurses in the United States, Australia and Canada (resulting in an over-estimation).

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

#### Διάγραμμα 4.12

#### Αμοιβές των νοσηλευτών εκφρασμένες σε ένα κοινό νόμισμα, το δολάριο, 2011

Από το Διάγραμμα 4.12, παρατηρείται ότι στις ΗΠΑ το έτος 2011, οι αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία ανέρχονται στα 70 δολάρια, γεγονός που τις κατατάσσει στη δεύτερη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Από την άλλη μεριά, στην Αυστραλία οι αντίστοιχες αμοιβές των νοσηλευτών για το ίδιο έτος ανέρχονται στα 56 δολάρια, γεγονός που τις κατατάσσει στη τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία αυτά συμπεραίνεται ότι οι ΗΠΑ και η Αυστραλία αποτελούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα χωρών οι οποίες αμοιβούν το νοσηλευτικό προσωπικό με αρκετά υψηλά ποσά σε σύγκριση πάντοτε με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ.

### 4.3 Ανακεφαλαίωση

Στην ενότητα αυτή αναφέρονται σύντομα τα όσα παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν παραπάνω κάνοντας μία πολύ σύντομη αναφορά στις βασικότερες κατηγορίες δαπανών υγείας για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία.

Αρχικά, παρουσιάζονται οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία καθώς επίσης οι συνολικές και οι δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας για το έτος 2011. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, διαπιστώνεται ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας των ΗΠΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι οι υψηλότερες σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ οι συνολικές δαπάνες υγείας της Αυστραλίας ως ποσοστό του ΑΕΠ βρίσκονται σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από εκείνο των ΗΠΑ. Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. Οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες στις ΗΠΑ είναι οι υψηλότερες σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες στην Αυστραλία είναι σημαντικά μικρότερες σε σχέση με τις αντίστοιχες των ΗΠΑ. Αναφορικά με τις δημόσιες δαπάνες, διαπιστώνεται ότι η κυβέρνηση της Αυστραλίας διέθεσε πολλούς από τους χρηματικούς της πόρους (συγκεκριμένα παραπάνω από το ήμισυ των εσόδων της) απ' ότι η κυβέρνηση των ΗΠΑ με σκοπό τη παροχή ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση των ΗΠΑ, το κράτος δαπανά αφενός μεν ένα σημαντικό ποσό για την υγεία των πολιτών (κυρίως αυτών που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού), αφετέρου όμως το σύστημα υγείας στηρίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση οπότε και το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών εξασφαλίζεται κυρίως από ιδιωτικές πηγές. Όσον αφορά τις δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες, παρ' όλο που το σύστημα υγείας των ΗΠΑ χρηματοδοτείται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, αυτές ήταν σε πολύ υψηλότερο επίπεδο σε σχέση με τις δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες στην Αυστραλία.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι δαπάνες που σχετίζονται με την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, τα ιατρικά αγαθά και τις συλλογικές υπηρεσίες μόνο όμως για τις ΗΠΑ. Για την Αυστραλία δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για τη συγκεκριμένη κατηγορία δαπανών. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία διαπιστώνεται ότι οι ΗΠΑ δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και γι' αυτόν το λόγο δαπανούν για αυτήν και τα περισσότερα χρήματα.

Έπειτα, διαπιστώθηκε ότι οι ΗΠΑ κατατάσσονται στις χώρες με τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες, ενώ οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Αυστραλία βρίσκονται σε

αρκετά χαμηλότερο επίπεδο από εκείνο των ΗΠΑ. Επιπροσθετα, διαπιστώθηκε ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες στις ΗΠΑ χρηματοδοτούνται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ στην Αυστραλία οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες είναι περίπου ίσες με τις ιδιωτικές.

Επίσης, βάση των διαθέσιμων στοιχείων διαπιστώθηκε ότι στην Αυστραλία το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από το δημόσιο τομέα όπως και στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Αντίθετα, στις ΗΠΑ η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας επιτυγχάνεται κυρίως μέσα από την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τους ασθενείς. Σημαντικό επίσης είναι να αναφερθεί ότι τα νοικοκυριά στην Αυστραλία διαθέτουν μεγαλύτερο μέρος από το διαθέσιμο ατομικό ή οικογενειακό τους εισόδημα προκειμένου να καλύψουν ανάγκες που αφορούν σε ιατρικές δαπάνες απ' ότι στις ΗΠΑ.

Τέλος, γίνεται μία σύντομη παρουσίαση, σε θεωρητικό επίπεδο, των τρόπων πληρωμής των ιατρών και αναφέρεται ποιοι από αυτούς τους τρόπους πληρωμής εφαρμόζονται στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία. Γίνεται μία ανάλυση σχετικά με τα εισοδήματα των εξειδικευμένων και γενικών αυτοαπασχολούμενων ιατρών μόνο όμως για την Αυστραλία. Για τις ΗΠΑ δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη συγκεκριμένη κατηγορία δαπανών. Επιπρόσθετα, γίνεται μία ανάλυση σχετικά με τις αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και για τις δύο χώρες.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ. και Νιάκας, Δ. (2002), Θεματική ενότητα: Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα.

Βοζίκης, Α. (2013), Σημειώσεις για το μάθημα Οικονομικά της υγείας, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Υγείας» Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά.

Μωραΐτης, Κ. Ε. (2006), Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υγείας» Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά.

### Ξένα

Chollet, D. J. and Lewis, M. (1997), «Private insurance: Principles and practice», στο Schieber G. J., Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bank Conference, World Bank, Washington D.C.

Joseph, K. S. et al. (2012), “Influence of Definition Based Versus Pragmatic Registration on International Comparisons of Perinatal and Infant Mortality: Population Based Retrospective study”, British Medical Journal, Vol. 344, e746.

National Research Council and Institute of Medicine, Woolf, S. and Aron, L. (eds.) (2013), US Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health, Panel on Understanding Cross-National Health Differences Among High-Income Countries, National Academies Press, Washington, DC.

NCHS (2013), Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care, NCHS, Hyattsville, MD.

Retzlaff-Roberts, D., Chang, C. and Rubin, R. (2004), “Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries”, Health Policy, Vol. 69, pp. 55-72.

Sassi, F. (2010), Obesity and the Economics of Prevention – Fit not Fat, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>.

Sassi, F., Devaux, M., Church, J. et al. (2009), “Education and Obesity in Four OECD Countries”, OECD Health Working Paper, No. 46, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/5km4psmtn8zx-en>.

Unicef and WHO (2004), Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates, UNICEF, New York.

WHO –World Health Organization (2000), Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series No. 894, WHO, Geneva.

#### Διαδικτυακές Πηγές

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>

<http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82>

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2147rank.html?countryname=United%20States&countrycode=us&regionCode=noa&rank=3#us>

<http://www.census.gov/popclock/>

[http://www.indexmundi.com/united\\_states/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/united_states/demographics_profile.html)

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/docs/notesanddefs.html?fieldkey=2054&alphaletter=B&term=Birth%20rate>





OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; national sources for non-OECD countries.

OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank and WHO for key partners

OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank for non-OECD countries

OECD Historical Population Data and Projections Database, 2013

[http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care\\_reform\\_debate\\_in\\_the\\_United\\_States](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_reform_debate_in_the_United_States)

<http://obamacarefacts.com/health-care-reform-timeline.php>

<http://www.hhs.gov/healthcare/rights/law/>

<http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/HealthSystemReform/Health-Care-Reform-Legislation-Timeline.pdf>

<http://www.ppaca.com/>

<http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill04.pdf>

<http://www.macpac.gov/>

<http://downloads.cms.gov/cmsgov/archived-downloads/SMDL/downloads/SMD10024.pdf>

<http://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Insurance-Programs/Consumer-Operated-and-Oriented-Plan-Program.html>

<http://kff.org/infographic/the-requirement-to-buy-coverage-under-the-affordable-care-act/>

<http://obamacarefacts.com/affordablecareact-summary.php>

<http://www.ocap.org/partners/Legislation/HCERA.shtml>

[http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_Care\\_and\\_Education\\_Reconciliation\\_Act\\_of\\_2010#Provisions](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Care_and_Education_Reconciliation_Act_of_2010#Provisions)

<http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill61.pdf>

<http://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill63.pdf>

[http://www.politico.com/livepulse/0310/BREAKING\\_Reconciliation\\_bill\\_posted.html](http://www.politico.com/livepulse/0310/BREAKING_Reconciliation_bill_posted.html)

<http://www.nytimes.com/interactive/2010/03/19/us/politics/20100319-health-care-reconciliation.html#tab=3>

<https://www.coagreformcouncil.gov.au/agenda/healthcare>

<https://ama.com.au/national-health-and-hospitals-network-coag-agreement>

<http://www.health.vic.gov.au/healthreform/news.htm>

<http://www.coag.gov.au/node/299>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/reformQA01#.U9T50VfLMbM>

<https://ama.com.au/coag-national-health-reform-agreement-2-august-2011>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/health-reform-overview#.U80-5KPLMbN>

[http://health.nt.gov.au/Health\\_Reform/National\\_Health\\_Reform/index.aspx](http://health.nt.gov.au/Health_Reform/National_Health_Reform/index.aspx)

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nhra-justreleased#.U85UEaPLMbM>

[http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health\\_reform/national-agreement.pdf](http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health_reform/national-agreement.pdf)

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-hospitals#.U9JKbqPLMbM>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-primarycare#.U9JKoKPLMbM>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-mentalhealth#.U9JKq6PLMbM>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-agedcare#.U9OHFfLMbM>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-prevention#.U9OXHFfLMbN>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-ehealth#.U9JKyKPLMbM>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-workforce#.U9OaJlLMbM>

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-standards#.U9Oiw1fLMbM>

[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nha-agreement/\\$File/National%20Healthcare%20Agreement%202011.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nha-agreement/$File/National%20Healthcare%20Agreement%202011.pdf)

[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/\\$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/npa-improvingpublichospitals-agreement/$File/National%20Partnership%20Agreement%20on%20Improving%20Public%20Hospital%20Services.pdf)

<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/Expert-Panel-Report~Section-4#.U8-vZaPLMbM>

[http://www.living-options.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4:subacute-care&catid=2:skilled-care&Itemid=11](http://www.living-options.org/index.php?option=com_content&view=article&id=4:subacute-care&catid=2:skilled-care&Itemid=11)

<http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Pages/SubacuteCare.aspx>

[http://www.health.wa.gov.au/hrit/home/elective\\_services\\_reform.cfm](http://www.health.wa.gov.au/hrit/home/elective_services_reform.cfm)

<http://www.health.nsw.gov.au/Performance/Pages/NEAT.aspx>

[http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CF%84%CF%89%CE%BD\\_%CE%97%CE%A0%CE%91](http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CF%84%CF%89%CE%BD_%CE%97%CE%A0%CE%91)

<http://www.healthview.gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%87%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF/1260/%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>

[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)

<http://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10043.pdf>

[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_%28United\\_States%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_%28United_States%29)

<http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/#medicare>

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf)

<http://medicare.com/about-medicare/medicare-plan-types/medicare-part-a>

<http://medicare.com/about-medicare/medicare-plan-types/medicare-part-b>

<http://medicare.com/medicare-advantage-part-c/about-medicare-advantage-part-c/medicare-advantage-plans>

<http://medicare.com/medicare-part-d/about/medicare-part-d>

<http://www.medicare.gov/your-medicare-costs/costs-at-a-glance/costs-at-a-glance.html>

<http://www.medicare.gov/supplement-other-insurance/medigap/whats-medigap.html>

<http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Financing-and-Reimbursement/Financing-and-Reimbursement.html>

<http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid>

<http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Benefits/Prescription-Drugs/Prescription-Drugs.html>

<http://www.ncsl.org/research/health/childrens-health-insurance-program-overview.aspx>

[http://en.wikipedia.org/wiki/Indian\\_Health\\_Service](http://en.wikipedia.org/wiki/Indian_Health_Service)

[http://en.wikipedia.org/wiki/Veterans\\_Health\\_Administration](http://en.wikipedia.org/wiki/Veterans_Health_Administration)

<http://en.wikipedia.org/wiki/TRICARE>

<http://www.investopedia.com/terms/h/hmo.asp>

[http://en.wikipedia.org/wiki/Preferred\\_provider\\_organization](http://en.wikipedia.org/wiki/Preferred_provider_organization)

<http://www.wisegeek.com/what-is-the-difference-between-a-hmo-and-ppo.htm>

[http://healthinsurance.about.com/od/understandingmanagedcare/a/HMOs\\_vs\\_PPOs.htm](http://healthinsurance.about.com/od/understandingmanagedcare/a/HMOs_vs_PPOs.htm)

<http://dmaa.pbworks.com/w/page/17960761/Australia%20-%20Health%20Care%20System%20Structure%20and%20Organization>

[http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care\\_in\\_Australia](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Australia)

<http://www.hica.com.au/content/medicare>

<http://www.hica.com.au/content/medicare-benefits>

<http://www.workingin-australia.com/live-and-settle/health-and-wellness/healthcare-system#.U1IrTXYwb41>

<http://www.nib.com.au/home/newtonib/whynib/Pages/Medicare.aspx>

<http://www.humanservices.gov.au/customer/services/medicare/pbs-safety-net#a5>

<http://www.humanservices.gov.au/customer/subjects/medicare-services#a3>

<http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/medicare.htm>

<http://en.wikipedia.org/wiki/Medibank>

[http://www.aph.gov.au/About\\_Parliament/Parliamentary\\_Departments/Parliamentary\\_Library/Publications\\_Archive/archive/medicare](http://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/Publications_Archive/archive/medicare)

<http://www.workingin-australia.com/move/private-health-insurance/overview#.U1JWAXYwb40>

<http://www.privatehealth.gov.au/healthfunds/howhealthfundswork/>

<http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/privatehealth.htm>

<http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/>

<http://www.mydr.com.au/first-aid-self-care/australian-health-system-how-it-works>

<http://www.hica.com.au/content/lifetime-health-cover>

<http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/howitworks/outofpocket.htm>

<http://www.workingin-australia.com/move/private-health-insurance/overview#.U1OgJnYwb42>

<http://phiac.gov.au/consumers/private-health-insurance-guide/general-information/#INOptions>

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phi-rebate&medicarelevy-surcharge>

<http://www.hica.com.au/content/medicare-levy-surcharge>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς