
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**

Μαρία Κιουρτζόγλου

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
ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**

Μαρία Κιουρτζόγλου, Α.Μ.: ΔΥ/1218

Επιβλέπων: Θεόδωρος Παπαλιάς / Καθηγητής / Τ.Ε.Ι 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 THE HEALTHCARE
SYSTEMS OF GERMANY AND UNITED KINGDOM**

Maria Kiourtzoglou

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

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Σημαντικοί Όροι: Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, δείκτες υγείας, σύστημα υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Μπίσμαρκ, Μπέβεριτζ, γενικός γιατρός, ειδικός γιατρός, χρηματοδότηση, κοινωνική ασφάλιση, γενική κυβέρνηση, ιδιωτική ασφάλιση, ιδιωτικές πληρωμές, δαπάνες υγείας, αμοιβές γιατρών, στάτα, παλινδρόμηση

Περίληψη

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης και συγκριτικής αξιολόγησης των συστημάτων υγείας της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες χώρες είναι δύο. Πρώτον, επειδή παρέχουν ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους τους, εξασφαλίζοντας υψηλή αποδοτικότητα και ισότητα στην πρόσβαση. Δεύτερον, επειδή αποτελούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα των δύο μοντέλων συστημάτων υγείας, τύπου Bismarck (Γερμανία) και τύπου Beveridge (Ηνωμένο Βασίλειο), που κυριαρχούν στην Ευρώπη.

Στη θεωρητική επισκόπηση του θέματος (κεφάλαια ένα έως τέσσερα), γίνεται μια παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών των δύο χωρών, της κατάστασης υγείας του πληθυσμού που επιτυγχάνεται με τη χρήση κάποιων βασικών δεικτών υγείας, της ιστορικής εξέλιξης των συστημάτων υγείας από τη βιομηχανική επανάσταση έως σήμερα και των κυριότερων μεταρρυθμίσεων των τελευταίων ετών. Επιπλέον, μελετάται η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας και γίνεται μια σύγκριση μεταξύ των δύο χωρών και άλλων χωρών του ΟΟΣΑ, όσον αφορά τις διάφορες κατηγορίες δαπανών το 2011. Τέλος, αναλύονται οι τρόποι και οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, καθώς επίσης τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε συστήματος.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας (κεφάλαιο πέντε) γίνεται, με τη χρήση δεδομένων που συλλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ, μια εμπειρική μελέτη

του τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ) που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες από τον αριθμό των γενικών γιατρών (ανά 1.000 κατοίκους), τον αριθμό των ειδικών γιατρών (ανά 1.000 κατοίκους), το συνολικό αριθμό κλινών (ανά 1.000 κατοίκους), τους ψηφιακούς τομογράφους (ανά 1.000.000 κατοίκους) και τις μονάδες μαγνητικής τομογραφίας (ανά 1.000.000 κατοίκους) και επιχειρείται η εφαρμογή του πολλαπλού γραμμικού υποδείγματος που προκύπτει, στην περίπτωση άλλων χωρών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε χώρες που έχουν σύστημα υγείας Bismarck ή Beveridge, όπως η Γερμανία και η Ιταλία, το υπόδειγμα έχει εφαρμογή, ενώ σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, με φιλελεύθερο μοντέλο το οποίο στηρίζεται κυρίως στην ιδιωτική δαπάνη, το υπόδειγμα δεν εφαρμόζεται.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

COMPARATIVE EVALUATION OF THE HEALTHCARE SYSTEMS OF GERMANY AND UNITED KINGDOM

Keywords: Germany, United Kingdom, health indicators, healthcare system, National Healthcare System (NHS), Bismarck, Beveridge, general practitioner, specialist medical practitioner, funding, social security, general government, private insurance, out of pocket payments, health expenditure, remuneration of doctors, stata, regression

Abstract

In the frames of this paper, there is an effort of a presentation and comparative evaluation of Germany's and United Kingdom's healthcare systems. These countries were chosen for two reasons. First of all, because of the high level of healthcare they have achieved for their citizens by ensuring high efficiency and equal access to everyone. Secondly, because they are representative countries of the two health systems, Bismarck (in Germany) and Beveridge (in the United Kingdom) model, that dominate Europe.

In the theoretical overview of the subject (chapters one to four), there is a presentation of the basic characteristics of the two countries, the population health status which is achieved by the use of some basic health indicators, the historical evolution of the health systems since the Industrial Revolution to our days and the main reforms that took place the recent years. Furthermore, the evolution of health expenditures is studied and a comparison between the two countries, concerning the different types of expenditures in 2011, takes place. Finally, the ways and the sources of funding of the Germany's and United Kingdom's health systems are analysed, as well as the advantages and the disadvantages of each system.

The research part of this paper, in which data come from the O.E.C.D.'s database are used, is an empirical valuation study over the way that the total health expenditure (as a percentage of GDP) funded by the public sector is affected by the number of general

practitioners (per 1000 citizens), the number of specialist medical practitioners (per 1000 citizens), the total number of hospital beds (per 1000 citizens), the computed tomography scanners (per 1000000 citizens) and the magnetic resonance imaging units (per 1000000 citizens) and the application of the multiple linear model in other countries cases. According to the results, the model applies to countries, such as Czech Republic or Italy, where the health system is Bismarck or Beveridge type and does not apply to countries, such as USA, where the health system is liberal type and it is mainly based on the private payment.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	vii
Abstract.....	ix
Κατάλογος Πινάκων.....	xv
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xvii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ.....	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Γερμανία.....	2
1.2.1 Γενικά στοιχεία για τη χώρα.....	2
1.2.2 Δημογραφικά στοιχεία – Βασικοί Δείκτες.....	3
1.2.3 Οικονομία.....	9
1.3 Ηνωμένο Βασίλειο.....	10
1.3.1 Γενικά στοιχεία για τη χώρα.....	10
1.3.2 Δημογραφικά στοιχεία – Δείκτες.....	11
1.3.3 Οικονομία.....	17
1.4 Σύγκριση Γερμανίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε δημογραφικά στοιχεία και βασικούς δείκτες.....	18
1.5 Ανακεφαλαίωση.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	23
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ.....	23
2.1 Εισαγωγή.....	23
2.2 Ιστορική εξέλιξη και μεταρρυθμίσεις του γερμανικού συστήματος υγείας.....	24
2.3 Ιστορική εξέλιξη και μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.....	34
2.4 Ανακεφαλαίωση.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	53

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ..	53
3.1 Εισαγωγή	53
3.2 Εξέλιξη των δαπανών υγείας σε Ηνωμένο Βασίλειο και Γερμανία την περίοδο 1960 – 2009	54
3.3 Σύγκριση των συνολικών κατά κεφαλή δαπανών υγείας σε Γερμανία και Ηνωμένο Βασίλειο.....	60
3.4 Σύγκριση των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο	62
3.5 Σύγκριση της διάρθρωσης των τρεχουσών δαπανών υγείας ανά κατηγορία στη Γερμανία και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ.....	66
3.6 Σύγκριση φαρμακευτικών δαπανών σε Γερμανία και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (κατά κεφαλή και ως ποσοστό του ΑΕΠ).....	70
3.7 Σύγκριση των αμοιβών των γιατρών σε Ηνωμένο Βασίλειο και Γερμανία	74
3.8 Σύγκριση των αμοιβών των νοσηλευτών σε Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ	77
3.9 Ανακεφαλαίωση.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ	81
4.1 Εισαγωγή	81
4.2 Χρηματοδότηση Γερμανικού Συστήματος Υγείας	82
4.2.1 Κοινωνική ασφάλιση.....	84
4.2.2 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	88
4.2.3 Ιδιωτική δαπάνη	92
4.3 Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου	93
4.3.1 Κρατικός Προϋπολογισμός	93
4.3.2 Ιδιωτική Ασφάλιση	94
4.3.3 Ιδιωτική δαπάνη	98
4.4 Σύγκριση των πηγών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γερμανίας και άλλων χωρών του ΟΟΣΑ.....	100
4.5 Ανακεφαλαίωση.....	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	109

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ STATA.....	109
5.1 Εισαγωγή	109
5.2 Περιγραφική Στατιστική.....	110
5.3 Διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων (graph box, ιστόγραμμα)	113
5.3.1 Διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων της εξαρτημένης μεταβλητής.	114
5.3.2 Διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων των ανεξάρτητων μεταβλητών.....	115
5.4 Ανάλυση Παλινδρόμησης.....	123
5.5 Γραμμικά υποδείγματα σταθερών και τυχαίων επιδράσεων	128
5.6 Προβλήματα εγκυρότητας αποτελεσμάτων παλινδρόμησης.....	131
5.7 Έλεγχος της εφαρμογής του υποδείγματος σε άλλες χώρες.....	134
5.8 Ανακεφαλαίωση.....	137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	139
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	143

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Πινάκων

1.1 Βασικά Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της Γερμανίας.....	4
1.2 Βασικά Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου.....	12
2.1 Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις του Γερμανικού Συστήματος Υγείας της περιόδου 1950-1988.....	27
3.1 Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, μεταξύ 1960 και 2009 στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο.....	55
3.2 Δείκτης γονιμότητας, αριθμός παιδιών ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 ετών, μεταξύ 1960 και 2010 στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο.....	55
3.3 Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω, μεταξύ 1960 και 2010 στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο.....	57
4.1 Διαφορές Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στη Γερμανία.....	91
4.2 Οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρείες του Ηνωμένου Βασιλείου το 2006.....	97
4.3 Ίδιες πληρωμές για τα διάφορα είδη υγειονομικής περίθαλψης.....	99
5.1 Τα δεδομένα του δείγματος.....	111
5.2 Περιγραφική στατιστική για τα δεδομένα του δείγματος.....	112
5.3 Ανάλυση παλινδρόμησης για τα δεδομένα του δείγματος.....	124
5.4 Γραμμικό υπόδειγμα Σταθερών Επιδράσεων (Fixed Effects Model, FE).....	129
5.5 Γραμμικό υπόδειγμα Τυχαίων Επιδράσεων (Random Effects Model, RE).....	130
5.6 Έλεγχος Hausman.....	131
5.7 Έλεγχος ύπαρξης πολυσυγγραμμικότητας.....	132

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Διαγραμμμάτων

1.1 Διαγραμματική απεικόνιση της μεταβολής του πληθυσμού στη Γερμανία την περίοδο 1999-2011 (καθαρή μετανάστευση και έλλειμμα του ρυθμού γεννήσεων).....	6
1.2 Διαγραμματική απεικόνιση της ηλικιακής κατανομής του γηγενή πληθυσμού και των μεταναστών στη Γερμανία το 2011.....	7
1.3 Διαγραμματική απεικόνιση του ποσοστού του πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 και άνω των 80 ετών το 2010 και το 2050.....	20
2.1 Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Γερμανικού Συστήματος Υγείας.....	29
2.2 Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας το 1948.....	36
2.3 Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας, σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1991.....	40
2.4 Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας, σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1999.....	42
2.5 Διαγραμματική απεικόνιση της διάρθρωσης του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	46
3.1 Διαγραμματική απεικόνιση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση (1970-2011).....	56
3.2 Διαγραμματική απεικόνιση των συνολικών κατά κεφαλήν δαπανών υγείας (2011).....	60
3.3 Διαγραμματική απεικόνιση του μέσου ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης των δαπανών υγείας τα έτη 2000-2009 και 2010-2011.....	62
3.4 Διαγραμματική απεικόνιση δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (2011).....	63
3.5 Διαγραμματική απεικόνιση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ την περίοδο 2000-2011, σε επιλεγμένες χώρες από τις G7.....	64
3.6 Διαγραμματική απεικόνιση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ την περίοδο 1997-2011, στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	65
3.7 Διαγραμματική απεικόνιση τρεχουσών δαπανών υγείας ανά κατηγορία το 2011.....	66
3.8 Διαγραμματική απεικόνιση του μέσου ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης των δαπανών υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ για επιλεγμένες κατηγορίες, σε	

πραγματικούς όρους 2007-2011.....	69
3.9 Διαγραμματική απεικόνιση των φαρμακευτικών δαπανών (κατά κεφαλή και ως ποσοστό του ΑΕΠ) το 2011.....	71
3.10 Διαγραμματική απεικόνιση του μέσου ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης στις κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες, σε πραγματικούς όρους, το 2000-2011.....	73
3.11 Διαγραμματική απεικόνιση της αμοιβής των γενικών και ειδικών γιατρών, σε αναλογία με το μέσο μισθό της χώρας (2011).....	75
3.12 Διαγραμματική απεικόνιση της αμοιβής των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία, σε αναλογία με το μέσο μισθό της χώρας και σε USD PPP (2011)....	78
4.1 Διαγραμματική απεικόνιση των δικαιούχων ασφάλισης στα δύο είδη Ασφάλισης.....	82
4.2 Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού που ασφαλίζεται μέσω SHI και PHI (2013).....	83
4.3 Διαγραμματική απεικόνιση των πέντε αρχών του SHI.....	85
4.4 Διαγραμματική απεικόνιση των μεγαλύτερων γερμανικών ασφαλιστικών εταιρειών.....	89
4.5 Διαγραμματική απεικόνιση των πηγών χρηματοδότησης των συνολικών δαπανών υγείας το έτος 2011.....	101
4.6 Διαγραμματική απεικόνιση της μεταβολής των ιδίων πληρωμών ως ποσοστό των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας από το 2000 έως το 2011.....	105
5.1 Graph Box της μεταβλητής totexp.....	114
5.2 Histogram της μεταβλητής totexp.....	115
5.3 Graph Box της μεταβλητής genpr.....	116
5.4 Histogram της μεταβλητής genpr.....	117
5.5 Graph Box της μεταβλητής spmedpr.....	118
5.6 Histogram της μεταβλητής spmedpr.....	118
5.7 Graph Box της μεταβλητής hosbeds.....	119
5.8 Histogram της μεταβλητής hosbeds.....	120
5.9 Graph Box της μεταβλητής comtomsc.....	121
5.10 Histogram της μεταβλητής comtomsc.....	121
5.11 Graph Box της μεταβλητής magresimun.....	122
5.12 Histogram της μεταβλητής magresimun.....	123

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

1.1 Εισαγωγή

Η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελούν δύο από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, αλλά και παγκοσμίως, με υψηλό βιοτικό επίπεδο, ισχυρή οικονομία, άριστο εκπαιδευτικό σύστημα και σύστημα υγείας. Σύμφωνα με τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης¹, το 2013 η Γερμανία βρίσκεται στην 5^η και το Ηνωμένο Βασίλειο στην 26^η θέση μεταξύ των πιο ανεπτυγμένων χωρών.

Παρουσιάζουν τα τυπικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανεπτυγμένων χωρών, με υψηλούς δείκτες προσδόκιμου ζωής, χαμηλούς δείκτες γονιμότητας, χαμηλούς ρυθμούς θανάτων και μηδενικά ποσοστά αναλφαβητισμού. Η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού υποδηλώνει ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα γήρανσης. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν προβλήματα από τους υψηλούς ρυθμούς μετανάστευσης, κυρίως από χώρες που πλήττονται από την οικονομική κρίση, και από τα υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια παρουσίαση των γενικών και κυρίως δημογραφικών στοιχείων της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Στο πρώτο μέρος του κεφαλαίου αναλύονται κάποια γενικά στοιχεία για τη Γερμανία, όσον αφορά τη γεωγραφική της θέση, το πολίτευμα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, διάφορους βασικούς δείκτες, την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και την οικονομία της χώρας. Στη συνέχεια ακολουθεί η ίδια ανάλυση για το Ηνωμένο Βασίλειο. Στο τέλος του κεφαλαίου πραγματοποιείται μια σύγκριση μεταξύ των δύο χωρών σε βασικά δημογραφικά στοιχεία και δείκτες.

¹ Ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (Human Development Index, HDI) αποτελεί μέτρο σύγκρισης του προσδόκιμου ηλικίας, του αλφαβητισμού, της εκπαίδευσης και της ποιότητας ζωής ανά τον κόσμο. Με βάση αυτόν το Δείκτη, γίνεται χαρακτηρισμός μιας χώρας σε υπανάπτυκτη ή αναπτυσσόμενη ή αναπτυγμένη (Βικιπαίδεια).

1.2 Γερμανία

Το επίσημο όνομά της είναι Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας (Bundesrepublik Deutschland). Αποτελεί κράτος της Κεντρικής Ευρώπης, που σχηματίστηκε από την πολιτική ένωση της Δυτικής με την Ανατολική Γερμανία (3 Οκτωβρίου 1990)². Είναι ένα από τα ιδρυτικά μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (1952), μέλος του Σένγκεν από το 1985 και μέλος της Ευρωζώνης από το 1999.

1.2.1 Γενικά στοιχεία για τη χώρα

Η Γερμανία έχει συνολική έκταση 356.854 τετραγωνικά χιλιόμετρα³. Το έδαφος της εκτείνεται από τη Βόρειο θάλασσα και τη Βαλτική, βορείως, μέχρι τις Άλπεις, νοτίως, και τη διασχίζουν μερικοί από τους μεγαλύτερους ποταμούς της Ευρώπης, όπως ο Ρήνος, ο Δούναβης και ο Έλβας. Συνορεύει προς τα βόρεια με τη Δανία, στα ανατολικά με την Πολωνία και την Τσεχική Δημοκρατία, στα νότια με την Αυστρία και την Ελβετία και στα δυτικά με τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο, το Βέλγιο και την Ολλανδία.

Διαιρείται σε δεκαέξι ομόσπονδα κρατίδια (*Bundesländer*), καθένα από τα οποία έχει τη δική του κυβέρνηση, το δικό του κοινοβούλιο, καθώς και τα δικά του σύμβολα (σημαία, εθνόσημο): 1. Βάδη-Βυρτεμβέργη (πρωτεύουσα Στουτγάρδη), 2. Βαυαρία (Μόναχο), 3. Βερολίνο (Βερολίνο), 4. Βρανδεμβούργο (Πότσταμ), 5. Βρέμη (Βρέμη), 6. Αμβούργο (Αμβούργο), 7. Έσση (Βισμπάντεν), 8. Μεκλεμβούργο-Δυτική Πομερανία (Σβερίν), 9. Κάτω Σαξωνία (Ανόβερο), 10. Βόρεια Ρηνανία-Βεστφαλία (Ντίσελντορφ), 11. Ρηνανία-Παλατινάτο (Μάιντς), 12. Σάαρλαντ (Σααρμπρύνκεν), 13. Σαξωνία (Δρέσδη), 14. Σαξωνία-Άνχαλτ (Μαγδεμβούργο), 15. Σλέσβιχ-Χολστάιν (Κιέλο), 16. Θουριγγία (Ερφούρτη). Ο αρχηγός του κάθε κράτους κατέχει τον τίτλο του πρωθυπουργού (*Ministerpräsident*).

Το πολίτευμα της Γερμανίας είναι Ομοσπονδιακή Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία. Ο Ομοσπονδιακός Πρόεδρος είναι ο αρχηγός του κράτους, εκπροσωπεί το γερμανικό κράτος διεθνώς και είναι ο εγγυητής του πολιτεύματος. Ο Καγκελάριος είναι ο αρχηγός της κυβέρνησης και ασκεί εκτελεστική εξουσία. Σε ομοσπονδιακό επίπεδο

² Εγκυκλοπαίδεια Υδρία Cambridge Ήλιος (1992)

³ http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/germany/index_el.htm

υπάρχουν δύο νομοθετικά σώματα: η Ομοσπονδιακή Βουλή (Bundestag) και το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο (Bundesrat).

1.2.2 Δημογραφικά στοιχεία – Βασικοί Δείκτες

Η Γερμανία έχει τον μεγαλύτερο πληθυσμό από όλες τις χώρες της ΕΕ, ο οποίος ανερχόταν τον Ιούλιο του 2013 σε 81.147.265 κατοίκους, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1.1, όπου παρουσιάζονται τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού στη χώρα. Ο ρυθμός γεννήσεων (8,37 γεννήσεις/1000 άτομα), όμως, είναι ένας από τους χαμηλότερους στην ήπειρο αλλά και παγκοσμίως, ενώ ο δείκτης γονιμότητας αντιστοιχεί σε 1,42 παιδιά ανά γυναίκα. Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι αρνητικός και αντιστοιχεί σε -0,19% για το 2013. Λόγω της χαμηλής γεννητικότητας, ο πληθυσμός της Γερμανίας αναμένεται να μειωθεί ως το 2060 σε μόλις 65-70 εκατομμύρια κατοίκους, σύμφωνα με τις προβολές της γερμανικής ομοσπονδιακής στατιστικής υπηρεσίας⁴.

Το προσδόκιμο ζωής (2013), στο σύνολο του πληθυσμού είναι 80,32 έτη (78,04 χρόνια για τους άνδρες και 82,72 για τις γυναίκες). Ο ρυθμός θανάτων (2013) είναι 11,17 θάνατοι/1000 άτομα και η παιδική θνησιμότητα ανέρχεται συνολικά σε 3,48 θανάτους/1000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά (3,78 για γυναίκες και 3,17 για άντρες).

Η ηλικιακή κατανομή των κατοίκων έχει ως εξής: το 13,1% του πληθυσμού είναι κάτω από 15 ετών, το 66,1% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 15-64 ετών και το 20,9% είναι πάνω από 65 ετών. Επομένως, η αναλογία των ηλικιωμένων είναι αρκετά μεγάλη, καθώς το ένα πέμπτο του πληθυσμού είναι άνω των 65 ετών, ενώ μόνο το 13.1% είναι κάτω των 15 ετών.

⁴ <http://www.real.gr/DefaultArthro.aspx?page=arthro&id=202550&catID=4>

Πίνακας 1.1

Βασικά Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της Γερμανίας

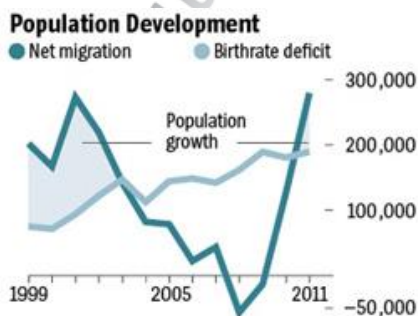
Population	81,147,265 (July 2013 est.)
Age structure	0-14 years: 13.1% (male 5,435,658/female 5,155,065) 15-24 years: 10.8% (male 4,457,412/female 4,267,366) 25-54 years: 42% (male 17,268,604/female 16,786,146) 55-64 years: 13.3% (male 5,354,690/female 5,469,884) 65 years and over: 20.9% (male 7,360,711/female 9,591,729) (2013 est.)
Dependency ratios	total dependency ratio: 52 % youth dependency ratio: 19.9 % elderly dependency ratio: 32.1 % potential support ratio: 3.1 (2013)
Median age	total: 45.7 years male: 44.7 years female: 46.8 years (2013 est.)
Population growth rate	-0.19% (2013 est.)
Birth rate	8.37 births/1,000 population (2013 est.)
Death rate	11.17 deaths/1,000 population (2013 est.)
Net migration rate	0.89 migrant(s)/1,000 population (2013 est.)
Urbanization	urban population: 74% of total population (2010) rate of urbanization: 0% annual rate of change (2010-15 est.)
Major cities - population	BERLIN (capital) 3.438 million; Hamburg 1.786 million; Munich 1.349 million; Cologne 1.001 million (2009)
Sex ratio	at birth: 1.06 male(s)/female 0-14 years: 1.05 male(s)/female 15-24 years: 1.05 male(s)/female 25-54 years: 1.03 male(s)/female 55-64 years: 0.98 male(s)/female 65 years and over: 0.76 male(s)/female total population: 0.97 male(s)/female (2013 est.)
Mother's mean age at first birth	28.9 note: Data are based on events and not on fertility rates. Data refer to first birth within current marriage. (2010 est.)
Infant mortality rate	total: 3.48 deaths/1,000 live births male: 3.78 deaths/1,000 live births female: 3.17 deaths/1,000 live births (2013 est.)
Life expectancy at birth	total population: 80.32 years male: 78.04 years female: 82.72 years (2013 est.)
Total fertility rate	1.42 children born/woman (2013 est.)
Contraceptive prevalence rate	66.2%

	note: percent of women aged 18-49 (2005)
HIV/AIDS - adult prevalence rate	0.1% (2009 est.)
HIV/AIDS - people living with HIV/AIDS	67,000 (2009 est.)
HIV/AIDS - deaths	fewer than 1,000 (2009 est.)
Drinking water source	improved: urban: 100% of population rural: 100% of population total: 100% of population (2010 est.)
Sanitation facility access	improved: urban: 100% of population rural: 100% of population total: 100% of population (2010 est.)
Nationality	noun: German(s) adjective: German
Ethnic groups	German 91.5%, Turkish 2.4%, other 6.1% (made up largely of Greek, Italian, Polish, Russian, Serbo-Croatian, Spanish)
Religions	Protestant 34%, Roman Catholic 34%, Muslim 3.7%, unaffiliated or other 28.3%
Languages	German
Literacy	definition: age 15 and over can read and write total population: 99% male: 99% female: 99% (2003 est.)
School life expectancy (primary to tertiary education)	total: 16 years male: 16 years female: 16 years (2006)
Education expenditures	5.1% of GDP (2009)
Maternal mortality rate	7 deaths/100,000 live births (2010)
Children under the age of 5 years underweight	1.1% (2006)
Health expenditures	11.1% of GDP (2011)
Physicians density	3.689 physicians/1,000 population (2010)
Hospital bed density	8.3 beds/1,000 population (2010)
Obesity - adult prevalence rate	25.1% (2008)

Πηγή: http://www.indexmundi.com/germany/demographics_profile.html

Η πλειονότητα των κατοίκων είναι Γερμανικής καταγωγής. Οι μεγαλύτερες ομάδες μεταναστών προέρχονται κυρίως από χώρες της ανατολικής Ευρώπης, έχοντας γερμανική καταγωγή, όπως Ρώσοι και Πολωνοί. Επίσης, μεγάλο τμήμα προέρχεται από χώρες της Ασίας, όπως Τούρκοι, Κούρδοι, Ιρανοί και Άραβες. Το υπόλοιπο ποσοστό των μεταναστών προέρχεται από χώρες της νότιας Ευρώπης, όπως την Ιταλία, τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, τη Σλοβενία, τη Σερβία, την Αλβανία και την Ελλάδα. Τέλος, μικρό ποσοστό προέρχεται από χώρες της Αφρικής⁵. Ο καθαρός ρυθμός μετανάστευσης ανέρχεται σε 0,89 μετανάστες ανά 1000 κατοίκους το 2013.

Η αύξηση του πληθυσμού της Γερμανίας το 2012, για δεύτερη συνεχή χρονιά (και μάλιστα με ταχύτερο ρυθμό από ότι το προηγούμενο έτος), ύστερα από οχτώ συνεχόμενα έτη δημογραφικής μείωσης (Διάγραμμα 1.1), οφείλεται στην ταχεία αύξηση της μετανάστευσης, κυρίως από χώρες που πλήττονται από την οικονομική κρίση, σύμφωνα με την ομοσπονδιακή στατιστική υπηρεσία Destatis. Το μεταναστευτικό ισοζύγιο (η διαφορά μεταξύ αφίξεων και αναχωρήσεων) το 2012 ήταν θετικό, εκτιμάται ότι ανήλθε σε τουλάχιστον 340.000 ανθρώπους και υπερκαλύπτει την κάμψη του αριθμού των γεννήσεων⁶.



Πηγή: <http://www.prapolitiki.com/2013/01/metanastes-auxisi-plithismou-sti-germania.html>

Διάγραμμα 1.1

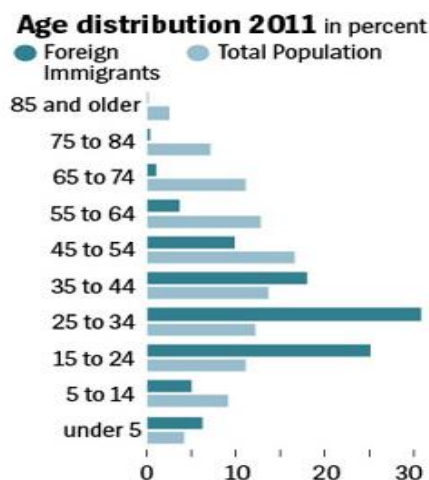
Διαγραμματική απεικόνιση της μεταβολής του πληθυσμού στη Γερμανία την περίοδο 1999-2011 (καθαρή μετανάστευση και έλλειμμα του ρυθμού γεννήσεων)

Οι μετανάστες που υποδέχεται η Γερμανία στα χρόνια της οικονομικής κρίσης είναι ηλικιακά νεότεροι και πιθανώς καλύτερα μορφωμένοι από τον γηγενή πληθυσμό. Όπως

⁵ <http://el.wikipedia.org/wiki/>

⁶ <http://www.real.gr/DefaultArthro.aspx?page=arthro&id=202550&catID=4>

φαίνεται στο Διάγραμμα 1.2, ο πληθυσμός των μεταναστών είναι ηλικιακά μικρότερος από τον γηγενή πληθυσμό, ειδικότερα στις ηλικίες 15-44.



Πηγή: <http://www.prapolitiki.com/2013/01/metanastes-auxisi-plithismou-sti-germania.html>

Διάγραμμα 1.2

Διαγραμματική απεικόνιση της ηλικιακής κατανομής του γηγενή πληθυσμού και των μεταναστών στη Γερμανία το 2011

Η επίσημη και κυρίαρχη γλώσσα είναι τα γερμανικά, τα οποία αποτελούν και την ευρύτερα ομιλούμενη μητρική γλώσσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Άλλες γλώσσες που ομιλούνται από Γερμανούς είναι τα Δανικά, τα Σορβικά, τα Ρωμανικά και τα Φριζικά, ενώ όσον αφορά τους μετανάστες, οι πιο διαδεδομένες γλώσσες είναι τα Τουρκικά, τα Πολωνικά, τα Ρώσικα, και διάφορες Βαλκανικές γλώσσες. Παρατηρούνται, επίσης, διάφορες τοπικές διάλεκτοι⁷.

Ο χριστιανισμός είναι η επικρατέστερη θρησκεία στη Γερμανία (68% του συνολικού πληθυσμού). Συγκεκριμένα, το 34% είναι προτεστάντες, κυρίως ευαγγελιστές, και το υπόλοιπο 34% καθολικοί. Επίσης, υπάρχουν μειονότητες ορθοδόξων και άλλων χριστιανικών δογμάτων. Ο μωαμεθανισμός αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη θρησκευτική κοινότητα της χώρας που αντιστοιχεί στο 3,7% του συνολικού πληθυσμού. Το υπόλοιπο 28,3% του πληθυσμού ανήκει σε άλλες θρησκείες (Βουδιστές, Εβραίοι, Ινδουιστές κτλ).

⁷ <http://el.wikipedia.org/wiki/>

Το 74% του πληθυσμού (2010) συγκεντρώνεται σε μεγάλα αστικά κέντρα. Οι τέσσερις μεγαλύτερες σε πληθυσμό πόλεις (2009) είναι το Βερολίνο με 3.438 εκατ. κατοίκους, το Αμβούργο με 1.786 εκατ. κατοίκους, το Μόναχο με 1.349 εκατ. κατοίκους και η Κολωνία με 1.001 εκατ. κατοίκους. Η επαρχία της χώρας είναι αρκετά πυκνοκατοικημένη, με μικρές πόλεις, κωμοπόλεις, αλλά και μεγάλα χωριά, σε όλη την έκτασή της.

Υγεία -Πρόνοια- Συνθήκες διαβίωσης

Η Γερμανία διαθέτει ένα από τα αρτιότερα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης στον κόσμο και δαπανά περισσότερα κονδύλια για τον τομέα της υγείας σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Τα έξοδα για την υγεία το 2011 ανέρχονταν στο 11,3% του ΑΕΠ της χώρας. Σε κάθε 1.000 άτομα αντιστοιχούσαν 3.689 γιατροί και 8,3 κρεβάτια νοσοκομείου. Η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική για τις περισσότερες ομάδες εργαζομένων, ενώ την κάλυψη των εξόδων αναλαμβάνουν οι εργοδότες. Στους εργαζόμενους παρέχονται όλες οι βασικές παροχές, όπως συνταξιοδότηση, επιδότηση για ασθένεια ή ατύχημα, προστασία της μητρότητας, επιδόματα παιδιών, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, επιδόματα σε ειδικές κατηγορίες ασφαλισμένων κ.ά. Το επίπεδο της δημόσιας υγείας είναι υψηλό. Οι θάνατοι από HIV/AIDS ήταν το 2009 λιγότεροι από 1.000, σε συνολικό αριθμό νοσούντων ίσο με 67.000. Το 100% του πληθυσμού, τόσο στις πόλεις όσο και στην ύπαιθρο, είχε το 2010 πρόσβαση σε πόσιμο νερό και σε εγκαταστάσεις υγιεινής.

Εκπαίδευση

Το εκπαιδευτικό σύστημα του Γερμανικού κράτους θεωρείται ως ένα από τα καλύτερα οργανωμένα σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, σε παγκόσμιο επίπεδο. Το 2009, τα έξοδα για την εκπαίδευση αντιστοιχούσαν στο 5,1% του ΑΕΠ και σύμφωνα με στοιχεία του 2003, ο αναλφαβητισμός ήταν μόνο 1%. Η εκπαίδευση στη Γερμανία είναι υποχρεωτική για τα παιδιά από 6 μέχρι 16 ετών και παρέχεται δωρεάν. Κάθε ομόσπονδο κρατίδιο της χώρας έχει απόλυτη αυτονομία στην εκπαιδευτική του πολιτική αλλά υπάρχει μια εθνική επιτροπή για να εξασφαλίζει ομοιομορφία στα εκπαιδευτικά θέματα σε εθνική κλίμακα.

1.2.3 Οικονομία

Με Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ίσο με 3,4 τρισεκατομμύρια USD, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα (2012), η Γερμανία αποτελεί την μεγαλύτερη εθνική οικονομία στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και μια από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως. Σημαντικό ρόλο στην οικονομική ανάπτυξη έπαιξε ο μεγάλος αριθμός φθηνού εργατικού δυναμικού. Η οικονομία της βασίζεται κυρίως στον βιομηχανικό τομέα και στον τομέα παροχής υπηρεσιών.

Η χώρα έχει ανεπτυγμένη βαριά βιομηχανία στο Βορρά και το Κέντρο, κυρίως σε σίδηρο και ασάλι, εξορύσσει κάρβουνο, παράγει τσιμέντα, προϊόντα μετάλλου, χημικά, υφάσματα, μηχανήματα, ηλεκτρικά προϊόντα, τηλεπικοινωνιακό εξοπλισμό, επεξεργασμένα τρόφιμα, υλικό οπτικών συσκευών και ακριβείας, αυτοκίνητα, σιδηρομετάλλευμα, τσίγκο, μόλυβδο, ποτάσα, χημικά και φαρμακευτικά προϊόντα⁸.

Η Γερμανία είναι ο δεύτερος κατά σειρά μεγέθους παραγωγός λυκίσκου παγκοσμίως και είναι γνωστή για την παραγωγή μπίρας εκλεκτής ποιότητας. Διατηρεί βιομηχανίες οίνου στις κοιλάδες του Μοζέλα και του Ρήνου⁹. Έχει ανεπτυγμένη γεωργία και κτηνοτροφία και παράγει, κυρίως, φρούτα, σιτηρά, κριθάρι, πατάτες, ζαχαρότευτλα, καπνός, καλαμπόκι και λαχανικά. Όσον αφορά την κτηνοτροφία, εκτρέφονται κυρίως βοοειδή, χοίροι και πρόβατα.

Τα γερμανικά βιομηχανικά προϊόντα διακρίνονται για την ποιότητα και την τεχνολογική τους υπεροχή και εξάγονται σε μεγάλες ποσότητες σε όλο τον κόσμο. Η Γερμανία ήταν η μεγαλύτερη εξαγωγός χώρα του κόσμου από το 2003 έως το 2008. Το 2011 παραμένει ο δεύτερος μεγαλύτερος εξαγωγέας¹⁰. Εξάγει προϊόντα βαριάς βιομηχανίας, όπως αυτοκίνητα, ηλεκτρικά και ηλεκτρονικά είδη, χημικά προϊόντα, κρασιά και τρόφιμα. Τα προϊόντα που εισάγει είναι κυρίως πρώτες ύλες και προϊόντα του πρωτογενούς τομέα.

Έχει πλούσιο υπέδαφος, κυρίως σε λιθάνθρακα και λιγνίτη, αλλά και σημαντικές ποσότητες μεταλλευμάτων σιδήρου, μολύβδου και ψευδαργύρου. Στις νοτιοδυτικές περιοχές έχει αποθέματα πετρελαίου και φυσικού αερίου.

Σύμφωνα με το υπουργείο Οικονομίας της χώρας, η βιομηχανική παραγωγή αυξήθηκε τον Ιανουάριο του 2014 κατά 0,8% σε εποχικά προσαρμοσμένους όρους,

⁸ Εγκυκλοπαίδεια Υδρία Cambridge Ήλιος, (1992)

⁹ http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/germany/index_el.htm

¹⁰ <http://el.wikipedia.org/wiki/>

ξεπερνώντας τις προσδοκίες για μια μηνιαία άνοδο της τάξης του 0,7%. Η γερμανική οικονομία «έτρεξε» με ρυθμό 0,4% το τελευταίο τρίμηνο του 2013, ενώ για το σύνολο του 2014 αναμένεται ρυθμός ανάπτυξης σχεδόν 2%¹¹.

1.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και της Βορείου Ιρλανδίας (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) είναι συχνά γνωστό, ως κρατική οντότητα, με το όνομα Μεγάλη Βρετανία ή Αγγλία (μη αποδεκτό από τους Σκώτους, τους Ουαλούς και τους κατοίκους της Βορείου Ιρλανδίας). Η χώρα ονομάστηκε Μεγάλη Βρετανία κατά τον 17ο αιώνα, όταν οι βασιλείς της Σκωτίας έγιναν και Βασιλείς της Αγγλίας¹². Είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1973, ενώ δεν αποτελεί μέλος του Σένγκεν¹³.

1.3.1 Γενικά στοιχεία για τη χώρα

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι κράτος της βορειοδυτικής Ευρώπης και έχει συνολική έκταση 244.820 km². Βρίσκεται ανατολικά της Ιρλανδίας και βορειοδυτικά της Γαλλίας, βρέχεται στα βόρεια και βορειοανατολικά από τη Βόρεια θάλασσα, στα βορειοδυτικά από τον Ατλαντικό ωκεανό και στα νοτιοανατολικά χωρίζεται από τη Γαλλία με τη θάλασσα της Μάγχης. Πρόκειται για νησιωτική χώρα με μοναδικά χερσαία σύνορα έκτασης 360 km² περίπου με τη Δημοκρατία της Ιρλανδίας. Το συνολικό έδαφος της χώρας διαμοιράζεται ανάμεσα στις Βρετανικές Νήσους και τα πολυάριθμα μικρά νησιά που βρίσκονται κοντά στις βρετανικές ακτές, όπως οι Ορκάδες, οι νήσοι Σέτλαντ και οι Εβρίδες, το Άνγκλεσι και το νησί Μαν στην Ιρλανδική θάλασσα. Τμήμα του Ηνωμένου Βασιλείου αποτελεί επίσης η νήσος Γουάιτ και τα Νησιά της Μάγχης¹⁴.

Η χώρα διαιρείται σε τέσσερις περιοχές: 1. Αγγλία (πρωτεύουσα Λονδίνο), 2. Ουαλία (Κάρντιφ), 3. Σκωτία (Εδιμβούργο), 4. Βόρεια Ιρλανδία (Μπέλφαστ) και σε

¹¹ <http://www.naftemporiki.gr/finance/story/777648/germania>

¹² <http://el.wikipedia.org/wiki/>

¹³ http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/unitedkingdom/index_el.htm

¹⁴ <http://el.wikipedia.org/wiki/>

τρεις μεγάλες περιφέρειες: της Αγγλίας και Ουαλίας, της Σκωτίας και της Βόρειας Ιρλανδίας, που με τη σειρά τους υποδιαιρούνται σε μικρότερες διοικητικές περιφέρειες. Έτσι η Αγγλία και η Ουαλία διαιρούνται σε 47 κομητείες και 7 μητροπολιτικές κομητείες, η Σκωτία σε 9 περιοχές και 3 νησιωτικές περιοχές και η Βόρεια Ιρλανδία σε 26 επαρχίες

Το πολίτευμα του Ηνωμένου Βασιλείου είναι Βασιλευομένη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία. Επικεφαλής του κράτους είναι ο μονάρχης, το αξίωμα του οποίου είναι κληρονομικό. Ο ρόλος του είναι περισσότερο διακοσμητικός και δε διαθέτει ουσιαστικές εξουσίες. Η νομοθετική εξουσία ασκείται από το κοινοβούλιο, που αποτελείται από δύο σώματα, τη Βουλή των Λόρδων και τη Βουλή των Κοινοτήτων. Η εκτελεστική εξουσία ασκείται από τον πρωθυπουργό και την κυβέρνηση, τα μέλη της οποίας διορίζει ο μονάρχης σύμφωνα με την αρχή της δεδηλωμένης. Η Σκωτία, η Βόρεια Ιρλανδία και η Ουαλία διατηρούν περιορισμένο καθεστώς αυτονομίας¹⁵.

1.3.2 Δημογραφικά στοιχεία – Δείκτες

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η χώρα που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση πληθυσμού (ρυθμός αύξησης ίσος με 0,55% το 2013) σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, εδώ και σαράντα χρόνια. Τον Ιούλιο του 2013 ο πληθυσμός ανερχόταν σε 63.395.574 κατοίκους, ο δείκτης γεννητικότητας ήταν ίσος με 12,26 γεννήσεις/1,000 κατοίκους και ο δείκτης γονιμότητας ίσος με 1,9 παιδιά/γυναίκα, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1.2, που απεικονίζει τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου.

¹⁵ <http://www.livepedia.gr/index.php/>

Πίνακας 1.2

Βασικά Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου

Population	63,395,574 (July 2013 est.)
Age structure	0-14 years: 17.3% (male 5,625,040/female 5,346,815) 15-24 years: 12.8% (male 4,158,813/female 3,986,831) 25-54 years: 41.1% (male 13,250,434/female 12,807,328) 55-64 years: 11.5% (male 3,589,345/female 3,680,392) 65 years and over: 17.3% (male 4,877,079/female 6,073,497) (2013 est.)
Dependency ratios	total dependency ratio: 54 % youth dependency ratio: 27.1 % elderly dependency ratio: 26.9 % potential support ratio: 3.7 (2013)
Median age	total: 40.3 years male: 39.1 years female: 41.4 years (2013 est.)
Population growth rate	0.55% (2013 est.)
Birth rate	12.26 births/1,000 population (2013 est.)
Death rate	9.33 deaths/1,000 population (2013 est.)
Net migration rate	2.57 migrant(s)/1,000 population (2013 est.)
Urbanization	urban population: 80% of total population (2010) rate of urbanization: 0.7% annual rate of change (2010-15 est.)
Major cities - population	LONDON (capital) 8.615 million; Birmingham 2.296 million; Manchester 2.247 million; West Yorkshire 1.541 million; Glasgow 1.166 million (2009)
Sex ratio	at birth: 1.05 male(s)/female 0-14 years: 1.05 male(s)/female 15-24 years: 1.04 male(s)/female 25-54 years: 1.03 male(s)/female 55-64 years: 0.97 male(s)/female 65 years and over: 0.8 male(s)/female total population: 0.99 male(s)/female (2013 est.)
Mother's mean age at first birth	30 (2006 est.)
Infant mortality rate	total: 4.5 deaths/1,000 live births male: 4.93 deaths/1,000 live births female: 4.05 deaths/1,000 live births (2013 est.)
Life expectancy at birth	total population: 80.29 years male: 78.16 years female: 82.54 years (2013 est.)
Total fertility rate	1.9 children born/woman (2013 est.)
Contraceptive	84%

prevalence rate	note: percent of women aged 16-49 (2008/09)
HIV/AIDS - adult prevalence rate	0.2% (2009 est.)
HIV/AIDS - people living with HIV/AIDS	85,000 (2009 est.)
HIV/AIDS - deaths	fewer than 1,000 (2009 est.)
Drinking water source	improved: urban: 100% of population rural: 100% of population total: 100% of population (2010 est.)
Sanitation facility access	improved: urban: 100% of population rural: 100% of population total: 100% of population (2010 est.)
Nationality	noun: Briton(s), British (collective plural) adjective: British
Ethnic groups	white (of which English 83.6%, Scottish 8.6%, Welsh 4.9%, Northern Irish 2.9%) 92.1%, black 2%, Indian 1.8%, Pakistani 1.3%, mixed 1.2%, other 1.6% (2001 census)
Religions	Christian (Anglican, Roman Catholic, Presbyterian, Methodist) 71.6%, Muslim 2.7%, Hindu 1%, other 1.6%, unspecified or none 23.1% (2001 census)
Languages	English note: the following are recognized regional languages: Scots (about 30% of the population of Scotland), Scottish Gaelic (about 60,000 in Scotland), Welsh (about 20% of the population of Wales), Irish (about 10% of the population of Northern Ireland), Cornish (some 2,000 to 3,000 in Cornwall) (2012)
Literacy	definition: age 15 and over has completed five or more years of schooling total population: 99% male: 99% female: 99% (2003 est.)
School life expectancy (primary to tertiary education)	total: 17 years male: 16 years female: 17 years (2010)
Education expenditures	5.6% of GDP (2009)
Maternal mortality rate	12 deaths/100,000 live births (2010)
Health expenditures	9.3% of GDP (2011)
Physicians density	2.765 physicians/1,000 population (2011)
Hospital bed density	3 beds/1,000 population (2010)
Obesity - adult prevalence rate	26.9% (2008)

Πηγή: http://www.indexmundi.com/united_kingdom/demographics_profile.html

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και το 2013, στο σύνολο του πληθυσμού ήταν 80,29 έτη (78,16 χρόνια για τους άνδρες και 82,54 για τις γυναίκες). Η αύξηση αυτή οφείλεται στη μείωση του καπνίσματος και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, σε συνδυασμό με τη βελτίωση των παροχών του «εθνικού συστήματος υγείας» (NHS) όσον αφορά την αντιμετώπιση του καρκίνου, των εγκεφαλικών και των καρδιοπαθειών¹⁶. Ο ρυθμός θανάτων (2013) είναι 9,33 θάνατοι/1000 άτομα και η παιδική θνησιμότητα ανέρχεται συνολικά σε 4,5 θανάτους/1000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά (4,93 για γυναίκες και 4,05 για άντρες).

Η ηλικιακή κατανομή των κατοίκων έχει ως εξής: το 17,3% του πληθυσμού είναι κάτω από 15 ετών, το 65,4% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 15-64 ετών και το 17,3% είναι πάνω από 65 ετών. Επομένως, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού αποτελείται από νέους ανθρώπους, αλλά και το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών είναι σημαντικό.

Όσον αφορά τη σύνθεση του πληθυσμού, οι σημαντικότερες εθνικές ομάδες της Μεγάλης Βρετανίας είναι τέσσερις: Οι Άγγλοι, οι Σκωτσέζοι, οι Ουαλοί και οι Ιρλανδοί που κατοικούν στη Βόρεια Ιρλανδία, οι οποίοι σύμφωνα με την απογραφή του 2001, αποτελούσαν το 83.6%, το 8.6%, το 4.9% και το 2.9% των γηγενών αντίστοιχα.

Υπάρχουν, επίσης, πολλοί μετανάστες από χώρες του Τρίτου Κόσμου και πρώην αποικίες της Βρετανικής Αυτοκρατορίας (Καραϊβική, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Σρι Λάνκα, Ινδία.κ.ά.). Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι πολυπολιτισμικό, πολυεθνικό και πολυγλωσσικό στη σύνθεση του πληθυσμού του. Η πλειοψηφία των μεταναστών έχει γεννηθεί στη Βρετανία, δεν ομιλούν καθόλου τη μητρική τους γλώσσα και η πολιτισμική τους ταυτότητα έχει υποστεί σημαντική διαφοροποίηση¹⁷.

Ο αριθμός των μεταναστών στη Μεγάλη Βρετανία αυξήθηκε σημαντικά κατά την περίοδο μεταξύ Ιουλίου 2012 και Ιουνίου 2013. Το διάστημα αυτό εγκαταστάθηκαν στη χώρα 182.000 μετανάστες, αριθμός μεγαλύτερος κατά 15.000 σε σχέση με τον αντίστοιχο του προηγούμενου έτους. Ο καθαρός αριθμός των μεταναστών από χώρες εκτός Ευρώπης μειώθηκε, ενώ ο αριθμός εκείνων που προέρχονταν από χώρες της Ε.Ε. ήταν αρκετά αυξημένος. Ο καθαρός ρυθμός μετανάστευση ανέρχεται το 2013 σε 2,57 μετανάστες ανά 1000 κατοίκους. Σύμφωνα με στοιχεία από το Γραφείο Εθνικών

¹⁶ <http://tvxs.gr/news/egrapsan-eipan/i-ekriksi-ton-genniseon-sti-bretania-einai-eylogia-oxi-katara-tis-poli-toinmpi> και <http://ppol.gr/cm/index.php?Datain=8714&LID=1>.

¹⁷ <http://el.wikipedia.org/>.

Στατιστικών, το 12μηνο έως τον Ιούνιο του 2013 ήρθαν στη Βρετανία 118.000 μετανάστες από την ΕΕ, μεταξύ των οποίων 37.000 Πολωνοί, που αποτελούν τα τελευταία χρόνια τη δεύτερη μεγαλύτερη εθνική μειονότητα στη χώρα. Μεγάλη ήταν, ωστόσο, και η εισροή μεταναστών από τις χώρες του νότου που αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση, όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ιταλία και η Ελλάδα¹⁸.

Επίσημη γλώσσα του κράτους, του εμπορίου, της διοίκησης και της εκπαίδευσης είναι η αγγλική, που χρησιμοποιείται σε ολόκληρη τη χώρα. Στις διάφορες επαρχίες χρησιμοποιούνται οι τοπικές διάλεκτοι. Στη Σκωτία και τα νησιά, χρησιμοποιούν τη σκωτική γαελική ως επίσημη γλώσσα της λατρείας και των συναλλαγών, στην καθημερινή ζωή όμως ομιλείται από ένα πολύ μικρό ποσοστό του συνολικού πληθυσμού. Η ουαλική γλώσσα χρησιμοποιείται σήμερα περίπου από το 20% του πληθυσμού της Ουαλίας. Η ιρλανδική γαελική θεωρείται επίσημη γλώσσα στη Βόρεια Ιρλανδία, στην καθημερινή ζωή όμως οι κάτοικοι χρησιμοποιούν την αγγλική.

Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, το 71,6% του πληθυσμού είναι χριστιανοί, με τη μεγάλη πλειοψηφία να ανήκει στην Αγγλικανική Εκκλησία. Ένα μικρότερο ποσοστό του πληθυσμού είναι ρωμαιοκαθολικοί, κυρίως Ουαλοί και Ιρλανδοί και ένα 2% ανήκει σε άλλα προτεσταντικά δόγματα, όπως οι πρεσβυτεριανοί (κυρίως στη Σκωτία), οι μεθοδιστές, οι βαπτιστές, οι ευαγγελιστές κ.ά. Το υπόλοιπο ποσοστό του πληθυσμού είναι οπαδοί άλλων θρησκειών όπως εβραίοι, ορθόδοξοι χριστιανοί, ινδουιστές, σιχ, βουδιστές κ.α. ή δεν δηλώνουν κάποιο θρήσκευμα¹⁹.

Σύμφωνα, όμως, με έρευνα του Γραφείου Εθνικών Στατιστικών (ONS) το 2011, τα δεδομένα αυτά έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Ο χριστιανισμός έχει μειωθεί σημαντικά ενώ έχει αυξηθεί ο μουσουλμανικός πληθυσμός, κυρίως στην Ουαλία και την Αγγλία, και οι οπαδοί του Ινδουισμού, του Σιχισμού, του Βουδισμού και του Ιουδαισμού. Η πλειοψηφία των χριστιανών είναι πάνω από τα 60 ετών, ενώ μεγάλο ποσοστό των νέων κάτω των 25 είναι μουσουλμάνοι. Ο αριθμός των άθεων έχει αυξηθεί σε 25%²⁰.

Η Μεγάλη Βρετανία παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά αστικοποίησης παγκοσμίως, με το 80% του πληθυσμού (2010) να κατοικεί σε πόλεις και μόλις το 20% στην ύπαιθρο. Οι πέντε μεγαλύτερες σε πληθυσμό πόλεις (2009) είναι το Λονδίνο με

¹⁸ <http://offsite.com.cy/afxisi-evropeon-metanaston/>

¹⁹ <http://www.livopedia.gr/index.php/>

²⁰ <http://www.antistasi.info/showthread.php?t=5452>

8.615 εκατ. κατοίκους, το Μπίρμινγχαμ με 2.296 εκατ. κατοίκους, το Μάντσεστερ με 2.247 εκατ. κατοίκους, το Δυτικό Γιόρκσαϊρ με 1.541 εκατ. κατοίκους και η Γλασκώβη με 1.166 εκατ. κατοίκους. Η διαδικασία της μετακίνησης του πληθυσμού προς τις πόλεις ξεκίνησε από το 18ο αι. και κορυφώθηκε κατά τη βιομηχανική επανάσταση, όταν πολλοί άνθρωποι από την επαρχία εγκαταστάθηκαν στις περιοχές όπου βρίσκονταν οι μεγάλες βιομηχανικές μονάδες. Ο δείκτης αστικοποίησης είναι ίσος με 0,7% ετήσιο ρυθμό αλλαγής για τα έτη 2010-2015²¹.

Υγεία – Πρόνοια - Συνθήκες Διαβίωσης

Το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας και της ασφάλισης είναι πολύ υψηλό. Τα έξοδα για την υγεία το 2011 ανέρχονταν στο 9,3% του ΑΕΠ της χώρας. Σε κάθε 1.000 άτομα αντιστοιχούσαν 2.765 γιατροί και 3 κρεβάτια νοσοκομείου. Σε όλους τους εργαζόμενους παρέχεται δωρεάν υγειονομική περίθαλψη, η ασφάλισή τους είναι υποχρεωτική, σε όλους παρέχεται σύνταξη, επιδόματα ανεργίας και οικογενείας κ.τ.λ. Οι θάνατοι από HIV/AIDS ήταν το 2009 λιγότεροι από 1.000, σε συνολικό αριθμό νοσούντων ίσο με 85.000. Το 100% του πληθυσμού, τόσο στις πόλεις όσο και στην ύπαιθρο, είχε το 2010 πρόσβαση σε πόσιμο νερό και σε εγκαταστάσεις υγιεινής.

Εκπαίδευση

Το 2009, τα έξοδα για την εκπαίδευση αντιστοιχούσαν στο 5,6% του ΑΕΠ. Το ποσοστό των αναλφάβητων είναι μηδενικό. Η εκπαίδευση είναι δωρεάν και υποχρεωτική για έντεκα χρόνια, στις ηλικίες μεταξύ 5-16 χρονών. Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση διαρκεί πέντε χρόνια, η δευτεροβάθμια έξι χρόνια και διαιρείται σε δύο τριετείς κύκλους σπουδών.

²¹ <http://www.livopedia.gr/index.php/>

1.3.3 Οικονομία

Η Μεγάλη Βρετανία διαθέτει ισχυρή οικονομία που στηρίζεται κυρίως στη βιομηχανία και το εμπόριο. Ανήκει στην ομάδα των είκοσι ισχυρότερων κρατών του κόσμου (G20), ενώ είναι τρίτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά τη Γαλλία και τη Γερμανία. Το 2012 η χώρα παρήγαγε ΑΕΠ αξίας 2,375 τρισ. Δολάρια. Σύμφωνα με μελέτη του Κέντρου Οικονομικών Ερευνών και Επιχειρήσεων (CEBR)²², έως το 2030 το βρετανικό ΑΕΠ θα είναι υψηλότερο του γαλλικού (2,609 τρισ. δολ. το 2012) αλλά και του γερμανικού (3,401 τρισ. δολ. το 2012) και η Βρετανία θα αναδειχθεί στην μεγαλύτερη οικονομία της Ευρώπης και τη δεύτερη σε μέγεθος στο δυτικό κόσμο μετά τις ΗΠΑ. Αυτή η πρόβλεψη στηρίζεται, στα θετικά δημογραφικά στοιχεία σε συνδυασμό με την συνεχόμενη εισροή μεταναστών και τη χαμηλή φορολογία²³.

Ο εκβιομηχανισμός της χώρας ξεκίνησε πολύ νωρίς, καθώς από τη Μεγάλη Βρετανία ξεκίνησε η βιομηχανική επανάσταση. Οι σημαντικότεροι βιομηχανικοί τομείς της είναι: η χαλυβουργία, η μηχανουργία, η υφαντουργία (μάλλινα υφάσματα, κασμίρια) και η χημική βιομηχανία. Η χώρα διαθέτει βιομηχανία τροφίμων, ζυθοποιία, ποτοποιία, πετρελαιοβιομηχανίες, ναυπηγεία, μεταλλουργίες, αναπτυγμένη πολεμική βιομηχανία, ξυλουργίες, βυρσοδεψίες κ.ά. Από τις βιομηχανικές μονάδες της χώρας παράγεται εξοπλισμός μεταφορών και βιομηχανικός εξοπλισμός (μηχανήματα, εργαλεία, ανταλλακτικά), ηλεκτρικές και ηλεκτρονικές συσκευές (ηλεκτρονικοί υπολογιστές, ηλεκτρονικός εξοπλισμός), χημικά προϊόντα (λιπάσματα, φάρμακα, πλαστικά κ.τ.λ.), αυτοκίνητα, τρακτέρ, αεροσκάφη και μοτοσικλέτες.

Η Μεγάλη Βρετανία καταλαμβάνει μία από τις πρώτες θέσεις στο παγκόσμιο εξωτερικό εμπόριο. Τα κυριότερα είδη που εξάγονται είναι βιομηχανικά προϊόντα, μηχανήματα, εξοπλισμός μεταφορών, καύσιμα, υφάσματα (συνθετικά και μάλλινα), αυτοκίνητα, τρακτέρ, αεροσκάφη και πλοία, είδη ρουχισμού, σιδηρομετάλλευμα και χημικά προϊόντα. Η χώρα εισάγει πρώτες ύλες, βιομηχανικά προϊόντα, τρόφιμα και μηχανήματα.

Τα λιμάνια της είναι από τα πιο σύγχρονα στον κόσμο, ενώ ο εμπορικός της στόλος και οι αεροπορικές της συγκοινωνίες κατέχουν μια από τις πρώτες θέσεις παγκοσμίως.

²² <http://bankingnews.gr/>

²³ <http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=552405>

Σε όγκο διεθνών συναλλαγών κατέχει την τρίτη θέση ανάμεσα στις χώρες του δυτικού κόσμου.

Η χώρα διαθέτει, επίσης, αναπτυγμένη γεωργία και κτηνοτροφία, με υψηλό βαθμό αυτοματοποίησης. Τα σημαντικότερα γεωργικά προϊόντα που παράγονται είναι το στάρι, το καλαμπόκι, το κριθάρι, η βρώμη, τα ζαχαρότευτλα, οι πατάτες, τα λαχανικά και τα φρούτα. Εκτρέφονται αιγοπρόβατα, βοοειδή, χοίροι, πουλικά και παράγονται κτηνοτροφικά προϊόντα (γάλα, κρέας, αυγά και μαλλί). Η Μεγάλη Βρετανία είναι η χώρα με τη μεγαλύτερη εξαγωγή βελτιωμένων φυλών ζώων. Σημαντική είναι η αλιεία ρέγγας, μπακαλιάρου, γαρίδων κλπ αλλά και η βιομηχανία αλιπιάστων και κονσερβών.

Στη Βόρεια θάλασσα έχουν βρεθεί υποθαλάσσια κοιτάσματα πετρελαίου και φυσικού αερίου. Το υπέδαφος διαθέτει μεγάλες ποσότητες γαιάνθρακα και σιδηρομεταλλεύματος, φυσικό αέριο, χαλκό, αλάτι, κιμωλία, ψευδάργυρο, κασσίτερο, μόλυβδο, ασβεστόλιθο και σχιστόλιθο²⁴.

1.4 Σύγκριση Γερμανίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε δημογραφικά στοιχεία και βασικούς δείκτες.

Η Γερμανία έχει το μεγαλύτερο πληθυσμό από όλες τις χώρες της ΕΕ, ο οποίος ανερχόταν τον Ιούλιο του 2013 σε 81.147.265 κατοίκους, αλλά ο ρυθμός αύξησής του το ίδιο έτος ήταν αρνητικός και ίσος με -0,19%. Το Ηνωμένο Βασίλειο, αντίθετα, αν και έχει λιγότερους κατοίκους από τη Γερμανία (63.395.574 το 2013) είναι η χώρα που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση πληθυσμού (ρυθμός αύξησης ίσος με 0,55% το 2013) σε ολόκληρη την ΕΕ, ξεπερνώντας κατά πολύ τον αντίστοιχο δείκτη της Γερμανίας.

Ο δείκτης γεννητικότητας στη Γερμανία (8,37 γεννήσεις/1000 άτομα), είναι ένας από τους χαμηλότερους παγκοσμίως, ενώ ο δείκτης γονιμότητας που αντιστοιχεί σε 1,42 παιδιά ανά γυναίκα είναι αρκετά χαμηλότερος από το 2,1 που είναι το όριο αντικατάστασης για την αναπαραγωγή του ανθρώπινου είδους²⁵, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός της να αναμένεται να μειωθεί ως το 2060 σε 65-70 εκατομμύρια κατοίκους (όσος περίπου είναι ο σημερινός πληθυσμός του Ηνωμένου Βασιλείου). Στο Ηνωμένο

²⁴ Εγκυκλοπαίδεια Υδρία Cambridge Ήλιος (1992), <http://el.wikipedia.org/>, <http://www.livepedia.gr/index.php/>

²⁵ <http://www.i-siatras.gr/permalink/3085.html>

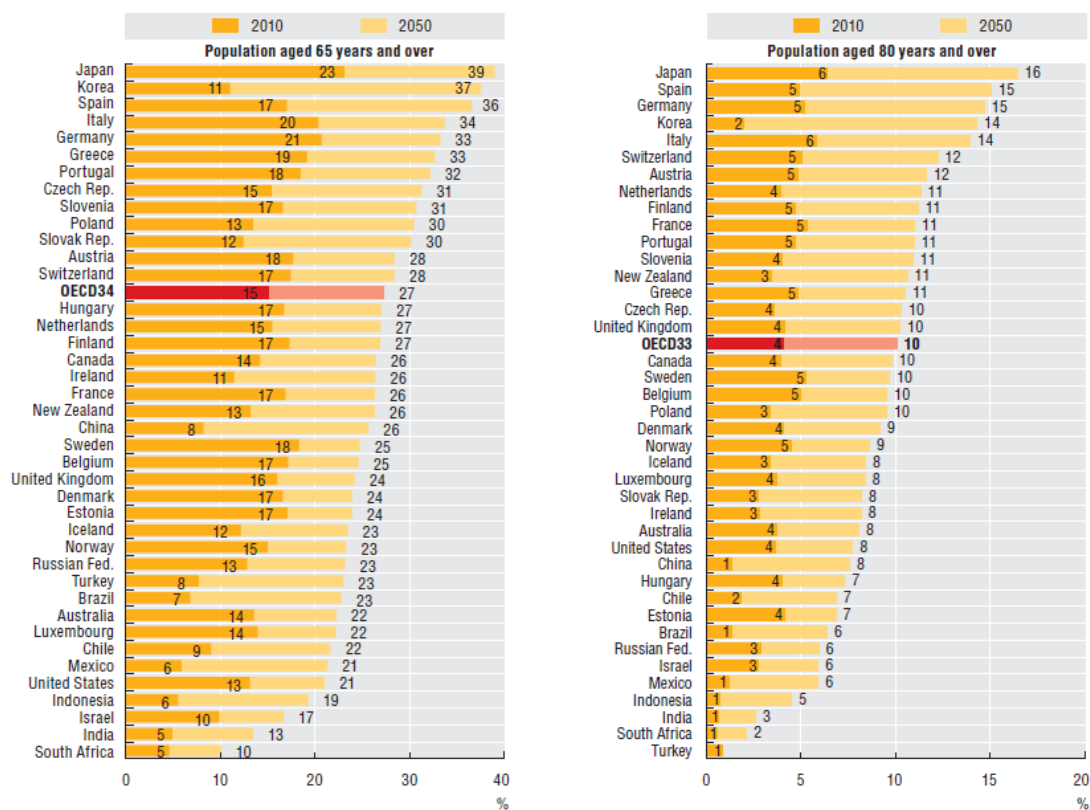
Βασιλείο, αντίθετα, ο δείκτης γεννητικότητας είναι ένας από τους υψηλότερους και αντιστοιχεί σε 12,26 γεννήσεις/1.000 κατοίκους, ενώ ο δείκτης γονιμότητας ίσος με 1,9 παιδιά/γυναίκα, που είναι κοντά στο όριο αντικατάστασης.

Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του γερμανικού πληθυσμού είναι 80,32 έτη (78,04 χρόνια για τους άνδρες και 82,72 για τις γυναίκες) το 2013 και είναι ελάχιστα υψηλότερο από του βρετανικού (80,29 έτη: 78,16 για τους άνδρες και 82,54 για τις γυναίκες). Και στις δύο χώρες το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι σημαντικότεροι λόγοι είναι η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η αύξηση του εθνικού εισοδήματος, η μείωση ορισμένων παραγόντων κινδύνου (όπως το κάπνισμα), η βελτίωση του επιπέδου υγείας κ.τ.λ.

Ο δείκτης θνησιμότητας στη Γερμανία είναι 11,17 θάνατοι/1000 άτομα το 2013, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο 9,33 θάνατοι/1000 άτομα. Η παιδική θνησιμότητα, όμως ανέρχεται συνολικά σε 3,48 θανάτους/1000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά (3,78 για γυναίκες και 3,17 για άντρες) στη Γερμανία, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό αυτό είναι αρκετά υψηλότερο και ανέρχεται συνολικά σε 4,5 θανάτους/1000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά (4,93 για γυναίκες και 4,05 για άντρες). Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει από τα μεγαλύτερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας σε παιδιά κάτω των 5 ετών στην Ευρώπη και οφείλεται κυρίως στη μεγάλη έλλειψη παιδιατρικών συμβούλων²⁶.

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή των κατοίκων της Γερμανίας, το 13,1% του πληθυσμού είναι κάτω από 15 ετών, το 66% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 15-64 ετών και το 20,9% είναι πάνω από 65 ετών, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 17,3% του πληθυσμού είναι κάτω από 15 ετών, το 65,4% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 15-64 ετών και το 17,3% είναι πάνω από 65 ετών. Επομένως και οι δύο χώρες αντιμετωπίζουν πρόβλημα γήρανσης του πληθυσμού, καθώς η αναλογία των ηλικιωμένων είναι αρκετά μεγάλη (περίπου το ένα πέμπτο του πληθυσμού). Στο Διάγραμμα 1.3 απεικονίζεται η αναμενόμενη αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 και άνω των 80 το 2050 σε διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ.

²⁶ <http://www.zougla.gr/kosmos/article/ixiroxadt>



Διάγραμμα 1.3

Διαγραμματική απεικόνιση του ποσοστού του πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 και άνω των 80 ετών το 2010 και το 2050

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.3, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών στη Γερμανία αντιστοιχεί σε 21% του συνολικού πληθυσμού το 2010 και αναμένεται να φτάσει στο 33% το 2050. Πρόκειται για μια αύξηση της τάξεως του 36% σε διάστημα 40 ετών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται σε 16% το 2010 και 24% το 2050, δηλαδή μια αύξηση ίση με 33%. Και στις δύο χώρες, το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών ξεπερνά το μέσο όρο των 34 χωρών του ΟΟΣΑ που είναι 15% για το 2010 και 27% το 2050. Η Γερμανία αντιμετωπίζει μεγαλύτερο πρόβλημα σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και τις περισσότερες χώρες, καθώς το 2010 είχε το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 ετών μετά την Ιαπωνία και το 2050 αναμένεται να έχει το τέταρτο σε σειρά μεγαλύτερο ποσοστό μετά την Ιαπωνία, την Κορέα, την Ισπανία και την Ιταλία.

Το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 80 ετών στη Γερμανία αντιστοιχεί σε 5% του συνολικού πληθυσμού το 2010 και αναμένεται να φτάσει στο 15% το 2050, δηλαδή

αναμένεται να τριπλασιαστεί. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται σε 4% το 2010 και 10% το 2050, δηλαδή 2,5 φορές πάνω. Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα ποσοστά για τα έτη 2010 και 2050 είναι ακριβώς ίδια με το μέσο όρο των 33 χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ στη Γερμανία το 2050 το ποσοστό θα είναι σημαντικά υψηλότερο και θα αποτελεί την τρίτη σε σειρά χώρα (μεταξύ των 33 χωρών) με το μεγαλύτερο πρόβλημα γήρανσης πληθυσμού μετά την Ιαπωνία και την Ισπανία.

1.5 Ανακεφαλαίωση

Η Γερμανία αποτελεί χώρα της κεντρικής Ευρώπης και διαιρείται σε 16 Ομόσπονδα Κρατίδια. Έχει το μεγαλύτερο πληθυσμό (81.147.265 κατοίκους το 2013) από όλες τις χώρες της Ε.Ε., αλλά ο ρυθμός γεννήσεων είναι από τους χαμηλότερους παγκοσμίως και ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού αρνητικός, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός να αναμένεται να μειωθεί σημαντικά έως το 2060. Η αναλογία των ηλικιωμένων είναι αρκετά μεγάλη, καθώς το 1/5 του πληθυσμού είναι άνω των 65 ετών. Ο καθαρός ρυθμός μετανάστευσης ανέρχεται σε 0,89 μετανάστες ανά 1000 κατοίκους. Η χώρα διαθέτει ένα από τα αρτιότερα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης στον κόσμο και δαπανά για την υγεία περισσότερα κονδύλια σε σχέση με τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Το επίπεδο της δημόσιας υγείας είναι πολύ υψηλό.

Πρόκειται για μία από τις μεγαλύτερες εθνικές οικονομίες παγκοσμίως, με Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ίσο με 3,4 τρισεκατομμύρια USD, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα. Η οικονομία της βασίζεται κυρίως στο βιομηχανικό τομέα και στον τομέα παροχής υπηρεσιών. Είναι ο δεύτερος κατά σειρά μεγέθους παραγωγός λυκίσκου παγκοσμίως και είναι γνωστή για την παραγωγή μπίρας εκλεκτής ποιότητας. Από το 2003 έως το 2008 ήταν η μεγαλύτερη εξαγωγός χώρα του κόσμου ενώ από το 2011 παραμένει ο δεύτερος μεγαλύτερος εξαγωγέας.

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι κράτος της βορειοδυτικής Ευρώπης και διαιρείται σε τέσσερις περιοχές. Παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση πληθυσμού σε ολόκληρη την Ε.Ε. και πολύ υψηλούς δείκτες γονιμότητας και γεννητικότητας. Ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού είναι άνω των 65 ετών. Είναι πολυπολιτισμικό, πολυεθνικό και πολυγλωσσικό στη σύνθεση του πληθυσμού του, με τον καθαρό ρυθμό μετανάστευσης το 2013 να ανέρχεται σε 2,57 μετανάστες ανά 1000 κατοίκους. Το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας και της ασφάλισης είναι πολύ υψηλό.

Διαθέτει ισχυρή οικονομία που στηρίζεται κυρίως στη βιομηχανία και το εμπόριο και ανήκει στην ομάδα των είκοσι ισχυρότερων κρατών του κόσμου (G20). Καταλαμβάνει μία από τις πρώτες θέσεις στο παγκόσμιο εξωτερικό εμπόριο. Τα λιμάνια της είναι από τα πιο σύγχρονα στον κόσμο, ενώ ο εμπορικός της στόλος και οι αεροπορικές της συγκοινωνίες κατέχουν μια από τις πρώτες θέσεις παγκοσμίως.

Συγκρίνοντας τις δύο χώρες μεταξύ τους, είναι φανερό ότι και στις δύο το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και αντιμετωπίζουν πρόβλημα γήρανσης πληθυσμού, καθώς η αναλογία των ηλικιωμένων είναι αρκετά μεγάλη. Οι περισσότεροι δείκτες των δύο χωρών βρίσκονται στα ίδια επίπεδα. Οι σημαντικότερες διαφορές τους είναι ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, είναι πολύ υψηλός, ενώ στη Γερμανία είναι αρνητικός και ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο, σε αντίθεση με τη Γερμανία, τα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας κάτω των 5 ετών είναι πολύ υψηλά.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

2.1 Εισαγωγή

Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας αποτελεί ένα κατεξοχήν Ευρωπαϊκό φαινόμενο που έχει τις ρίζες του στη βιομηχανική επανάσταση, αλλά αναπτύχθηκε ουσιαστικά και παγιώθηκε μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, με την αναγνώριση του ρόλου και των ευθυνών του κράτους για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και την αύξηση της ανθρώπινης ευημερίας. Τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκαν παράλληλα με το κράτος πρόνοιας. Ο 19^{ος} και ο 20^{ος} αιώνας χαρακτηρίζονται από έντονη κρατική παρέμβαση στις υπηρεσίες υγείας, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης όσο και λειτουργίας. Κατά την περίοδο 1950-1970 οι πόροι που διατίθενται για την υγεία αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς. Οι ρυθμοί αυτοί θα ανακοπούν τη δεκαετία του '70 λόγω της οικονομικής κρίσης, ενώ τη δεκαετία του '80 τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη επικεντρώνονται στην αναζήτηση πολιτικών και μέτρων για τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Η δεκαετία του '90 και του 2000 χαρακτηρίζεται από μια σειρά μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία κ.α.) και την εισαγωγή στοιχείων αγοράς στα συστήματα, με σκοπό τη μείωση των δαπανών και την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων για την υγεία.

Στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, καθοριστικός ήταν ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία στην αρχή ήταν εθελοντική και αργότερα έγινε υποχρεωτική. Το πρώτο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε το 1883 στη Γερμανία, από την κυβέρνηση του Bismarck, με την καθιέρωση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας για όλους τους εργαζόμενους. Ακολούθησε η Βρετανία το 1911 με τον Lloyd George και στη συνέχεια οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Το 1948 η Μεγάλη Βρετανία με εισήγηση του λόρδου Beveridge εγκαθίδρυσε το πρώτο εθνικό σύστημα υγείας²⁷ (Μ.). Τα συστήματα υγείας των δύο χωρών εξακολουθούν να λειτουργούν έως σήμερα, με ορισμένες τροποποιήσεις και μεταρρυθμίσεις κατά τη διάρκεια των ετών, που έχουν

²⁷ Θεοδώρου *et.al.* (2001)

οδηγήσει στη μείωση της κρατικής παρέμβασης και την εισαγωγή νεοφιλελεύθερων στοιχείων της αγοράς και στοιχείων ανταγωνισμού.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν συνοπτικά οι σημαντικότεροι σταθμοί στην ιστορική εξέλιξη των συστημάτων υγείας της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, καθώς και οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις των τελευταίων ετών.

2.2 Ιστορική εξέλιξη και μεταρρυθμίσεις του γερμανικού συστήματος υγείας

Οι πρώτες μορφές ασφάλισης υγείας στη Γερμανία εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια του μεσαίωνα, με τη δημιουργία των συντεχνιών και των ενώσεων των ανθρακωρύχων, σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των βασικών κινδύνων και ανάπτυξης κάποιας μορφής αλληλεγγύης. Η ασφάλιση κάλυπτε την αρρώστια και την ανικανότητα για εργασία.

Τη δεκαετία του 1880 έλαβαν χώρα μεγάλες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Η εκβιομηχάνιση οδήγησε στη μαζική μετανάστευση εργατικού δυναμικού από την ύπαιθρο στις πόλεις. Μεγάλο τμήμα του πληθυσμού υπέφερε από ανεπαρκή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που είχε σαν αποτέλεσμα την ανικανότητα για εργασία. Τα παραδοσιακά συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, δηλαδή η οικογένεια, η κοινότητα ή το φεουδαρχικό σύστημα, δεν μπορούσαν να χειριστούν όλο τον πληθυσμό που είχε εγκατασταθεί στις πόλεις και έτσι, η βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης έγινε ο κύριος στόχος των εργατικών κινητοποιήσεων²⁸.

Το 1883 εισήχθη από τον καγκελάριο Otto von Bismarck (1880-1914) το κοινωνικό σύστημα υγείας της Γερμανίας, το οποίο με τον καιρό διαμορφώθηκε σε ένα εξαιρετο πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης. Σκοπός του ήταν να αποτελέσει εξαίρεση στους κανόνες του συναγωνισμού της αγοράς και περιλάμβανε:

- Κάποιες ιδιομορφίες των ασφαλιστικών αγορών.
- Κοινωνικά και πολιτικά κίνητρα. Το κράτος έχει την ευθύνη να προστατεύει τους πολίτες από τους κινδύνους της ασθένειας και της απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας.

Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας εφαρμόζεται αρχικά στους χαμηλόμισθους εργάτες και ορισμένους κυβερνητικούς υπαλλήλους, αλλά σταδιακά επεκτείνεται και καλύπτει

²⁸ <http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/>

το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού²⁹. Τα ασφάλιστρα διαμορφώνονται ανάλογα με τον κίνδυνο του ασφαλισμένου, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, τη νοσηρότητα κ.τ.λ., καθώς επίσης και το εισόδημα. Οι μισές εισφορές πληρώνονται από τους εργοδότες και οι άλλες μισές από τους ασφαλισμένους (διμερής χρηματοδότηση)³⁰.

Το 1884 ψηφίζεται για πρώτη φορά νόμος για την κάλυψη των εργατών, κυρίως για εργατικά ατυχήματα, αναπηρίες, ασθένειες, γήρας και ανεργία³¹. Το 1885 περίπου το 11% του πληθυσμού είχε κάλυψη από ένα από τα 18.000 ταμεία ασθενοείας, με μέσο όρο ασφαλισμένων ανά ταμείο 300 άτομα. Στην αρχή οι πληρωμές κάλυπταν κυρίως την απώλεια εισοδημάτων κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Η αναλογία μεταξύ χρηματικών πληρωμών και κόστους παροχής ιατρικών υπηρεσιών ήταν 1,7 προς 1. Το ίδιο έτος ιδρύεται το Ταμείο Ατυχημάτων, ενώ το Ταμείο Συντάξεων ιδρύεται το 1891. Η πρώτη συμφωνία μεταξύ των ταμείων ασθενοείας και των παρόχων υπηρεσιών υγείας επετεύχθη το 1892. Έκτοτε, τα ταμεία ασθενοείας μπορούσαν να αποφασίσουν ποιοι θα είναι οι συμβεβλημένοι γιατροί του συστήματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης³².

Όλοι οι ανωτέρω νόμοι που ψηφίστηκαν κατά την περίοδο της καγκελαρίας του Bismarck είχαν τα εξής χαρακτηριστικά³³:

- Η συμμετοχή στην ασφάλιση είναι υποχρεωτική από το νόμο για όλους τους εργάτες που έχουν εισόδημα κάτω από ένα ορισμένο ποσό.
- Η διοίκηση των ασφαλιστικών προγραμμάτων έχει ανατεθεί σε μη κρατικά όργανα που διοικούνται από εκπροσώπους των ασφαλισμένων και των εργοδοτών.
- Το δικαίωμα στα ευεργετήματα συνδέεται με τη συμμετοχή στο παρελθόν.
- Τα ευεργετήματα και η συμμετοχή σχετίζονται κυρίως με το μισθό ή το ημερομίσθιο.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος εξασφαλίζεται μέσω φόρων εισοδήματος, που κατανέμονται ισομερώς μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων. Ορισμένες φορές υπάρχει πρόσθετη χρηματοδότηση από το κράτος.

²⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#History

³⁰ Γαρδίκας (2000)

³¹ Θεοδώρου *et.al.* (2001)

³² <http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/>

³³ Μπούντα (2007)

- Μέχρι το 1897 η επιστροφή του ποσού για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών δινόταν στον προμηθευτή και όχι στον καταναλωτή.

Κατά την περίοδο της Δημοκρατίας της Βαϊμάρης (1919-1933), καταργήθηκε η παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τους γιατρούς – υπαλλήλους των ταμείων ασθενοείας και τη θέση τους πήραν ομάδες γιατρών – ελεύθεροι επαγγελματίες που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασφαλισμένους των ταμείων. Οι ομάδες αυτές αποτέλεσαν την πρόωπη μορφή των Περιφερειακών Ενώσεων των γιατρών στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη³⁴.

Το 1933 ανήλθαν στην εξουσία οι Εθνικοσοσιαλιστές. Όπως αναφέρει ο Θεοδώρου (2001) “Κατά την περίοδο του Τρίτου Ράιχ (1933-1945) οι προσπάθειες που έγιναν αποσκοπούσαν στη δημιουργία ενός υγειονομικού συστήματος που θα υπηρετεί μια φυλετικά καθαρή και στρατιωτικά ισχυρή Γερμανία”. Το 1934 οι εθνικοσοσιαλιστές κατήργησαν τα ταμεία ασθενοείας που διοικούντο από δικό τους διοικητικό συμβούλιο, ορίζοντας ένα διευθυντή για κάθε πρόγραμμα ο οποίος αναφερόταν απευθείας στην κεντρική εξουσία. Το 1941 η ασφάλιση υγείας επεκτάθηκε και στους συνταξιούχους, ενώ το 1942 όλοι οι μισθωτές ανεξαρτήτως επαγγέλματος είχαν ασφάλιση ατυχημάτων και η περίοδος αναρρώσεως δεν είχε πλέον περιορισμούς. Η άδεια εγκυμοσύνης επεκτάθηκε σε 12 εβδομάδες και άρχισαν να δίνονται επιδόματα μητρότητας. Το 1945 η Γερμανία χωρίστηκε σε Ανατολική και Δυτική. Στην Ανατολική οι κομμουνιστές απέκτησαν μονοπώλιο και έλεγχαν τα πάντα. Το κράτος έγινε πανίσχυρο και έλεγχε το σύνολο της οικονομίας. Οι ιδιωτικές οργανώσεις μειώθηκαν στο ελάχιστο. Η Δυτική Γερμανία επέστρεψε στο καθεστώς της αποκέντρωσης που είχε προ πολέμου. Η επίδραση του ιατρικού σώματος αυξήθηκε και συνέχισε να έχει επίδραση και τα επόμενα έτη³⁵.

Η περίοδος μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο χαρακτηρίζεται από υψηλούς δείκτες οικονομικής ανάπτυξης που επιτρέπουν τη διεύρυνση και την αναμόρφωση του συστήματος υγείας. Το επάγγελμα του γιατρού αποκτά υψηλό επαγγελματικό και κοινωνικό κύρος και οι γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες σε ιδιωτικά ιατρεία (κυρίως σε ατομική βάση). Η κοινωνική ασφάλιση επεκτείνεται και διευρύνεται, καλύπτοντας άτομα που έως τότε ήταν ανασφάλιστα ή υποασφαλισμένα, όπως αγρότες, φοιτητές

³⁴ Θεοδώρου *et.al.* (2001)

³⁵ Γαρδίκας (2000)

κ.τ.λ. και υπήρξε σημαντική βελτίωση των παροχών³⁶. Οι σημαντικότερες αλλαγές των ετών που ακολούθησαν φαίνονται στον Πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1
Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις του Γερμανικού Συστήματος Υγείας της
περιόδου 1950-1988

1951	Αποκατάσταση των αυτοκυβερνομένων για δημόσια ασφάλιση υγείας
1955	Δημιουργία τοπικών και εθνικών ταμείων ασθευείας
1957	Μεταρρύθμιση των ασφαλίσεων υγείας με χορήγηση τμήματος των αποδοχών κατά τα χρόνια της αναπηρίας
1972	Υποχρεωτική ασφάλεια υγείας για ανεξάρτητους αγρότες και η ανάθεση των δαπανών στα νοσοκομεία να ορισθεί για τα ομοσπονδιακά κράτη
1981	Ρύθμιση των τιμών στα νοσοκομεία
1985	Οι επαρχίες (Lander) κατέστησαν υπεύθυνες για τη διαχείριση των νοσοκομείων και για το ύψος των νοσηλείων
1988	Νόμος που επεκτείνει και την προληπτική ιατρική, check up και φροντίδα για το σπίτι

Πηγή: Κ. Δ. Γαρδίκας (2000)

Τη δεκαετία του '80 καθιερώθηκε η συμμετοχή των ασθενών, σε μια προσπάθεια αποθάρρυνσης της υπερβολικής χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και ελέγχου του κόστους³⁷. Οι γιατροί στα νοσοκομεία διατήρησαν την κλινική και επαγγελματική αυτονομία τους. Όλοι οι Γερμανοί εργάτες που είχαν μισθό κάτω από ένα ορισμένο ποσό ήταν υποχρεωτικά ασφαλισμένοι σε ένα ταμείο ασθευείας, με βάση τον τόπο κατοικίας, εργασίας κ.τ.λ. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας εξαρτιόταν από ένα μίγμα προμηθευτών που μπορεί να ήταν από ιατρικοί και οδοντιατρικοί επιχειρηματίες που πληρώνονταν κατά υπηρεσία μέχρι τα μεγάλα νοσοκομεία, στα οποία υπήρχε άφθονο έμμισθο προσωπικό.

Υπήρχαν νοσοκομεία τριών τύπων, τα δημόσια, τα μη κερδοσκοπικά και τα κερδοσκοπικά. Το 1989 υπήρχαν 1046 δημόσια νοσοκομεία, που ανήκαν είτε στη χώρα

³⁶ Θεοδώρου *et.al.* (2001)

³⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#History

είτε σε τοπικές κυβερνήσεις και παρείχαν το 50% των νοσοκομειακών κλινών. Τα μη κερδοσκοπικά και κοινωνικά νοσοκομεία ανήκαν σε θρησκευτικές (προτεσταντικές ή καθολικές) οργανώσεις και παρείχαν το 35% και 15% των κλινών αντίστοιχα. Η Δυτική Γερμανία είχε 2,3 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 1988, ποσοστό ελάχιστα μικρότερο από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ε.С.Д. που ήταν 2,4. Τους περισσότερους γιατρούς είχαν η Έσση και η Βαυαρία που έφταναν τους 11,5 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους³⁸.

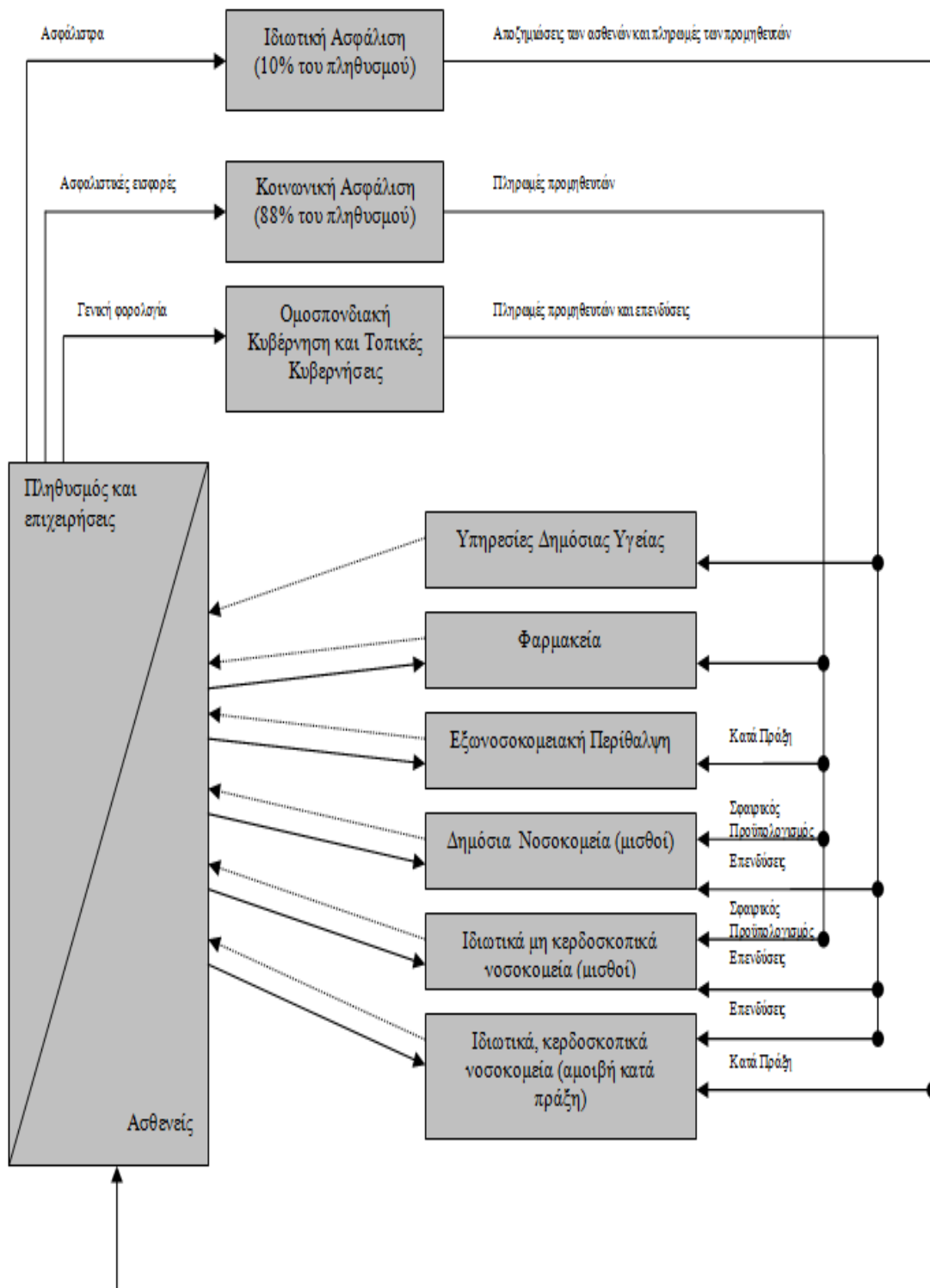
Ο νόμος για την υγειονομική μεταρρύθμιση που ψηφίστηκε τον Ιανουάριο του 1989 ήταν η πρώτη προσπάθεια για την αντιμετώπιση των δομικών αδυναμιών που αντιμετώπισε το σύστημα υγείας της χώρας τη δεκαετία του '80. Ο νόμος αυτός εισήγαγε στο σύστημα στοιχεία που οδηγούσαν σε μεγαλύτερο ανταγωνισμό και μεγαλύτερη οικονομική αποδοτικότητα. Ο μέσος όρος των εισφορών των εργαζομένων μειώθηκε κατά 0,7% και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών προσαρμόστηκε καλύτερα στις σύγχρονες ανάγκες των ασθενών, π.χ. αυξήθηκαν οι ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις προληπτικού χαρακτήρα και άρχισαν να προσφέρονται νέες υπηρεσίες σε ειδικές κατηγορίες ασφαλισμένων³⁹.

Η μεταρρύθμιση του 1989 έδωσε μια σαφή πολιτική εντολή στις εταιρείες κεφαλαίων ασθένειας, τους γιατρούς και τα νοσοκομεία να διαπραγματεύονται νέα εθνικά συμβόλαια τα οποία θα συγχώνευαν φροντίδα γραφείου και νοσοκομείου. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είχε το δικαίωμα να καθορίζει πολιτικές αλλά δεν μπορούσε να ορίσει πώς να τις διαχειρίζονται. Η διαχείριση ανατίθεται στις ενώσεις των ταμείων ασθένειας, τις Εθνικές Ενώσεις γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και νοσηλευτών καθώς και στις ενώσεις των νοσοκομείων.

Έτσι, δημιουργήθηκαν ενδιάμεσες ρυθμίσεις σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο. Οι ομοσπονδιακές ενώσεις ταμείων ασθένειας και η ομοσπονδιακή ένωση των γιατρών των ταμείων ασθένειας διαπραγματεύονται συμφωνίες βασισμένες σε ομοσπονδιακές οδηγίες για παροχή ιατρικής φροντίδας. Η δομή του Γερμανικού συστήματος υγείας τα τέλη της δεκαετίας του '80 φαίνεται στο Διάγραμμα 2.1.

³⁸ Γαρδίκας (2000)

³⁹ Θεοδώρου *et.al.* (2001)



Πηγή: Hurst (1991)

Διάγραμμα 2.1

Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Γερμανικού Συστήματος Υγείας

Οι δαπάνες του συστήματος υγείας είχαν ανέβει πολύ. Ο κύριος λόγος ήταν ότι οι υπηρεσίες υγείας ήταν δωρεάν στο σημείο παροχής γεγονός που ενθάρρυνε την υπερβολική χρήση τους. Επιπλέον, για πολλά χρόνια οι κυβερνήσεις είχαν επιλέξει τον περιορισμό των πληρωμών στο ύψος που καθοριζόταν από το κράτος, αντί να ενθαρρύνουν ανταγωνισμό τιμών. Οι γιατροί ασκούσαν μεγάλη επίδραση στο μηχανισμό των τιμών. Οι αμοιβές τους δεν πληρώνονταν κατ' ευθείαν από τον ασθενή, αλλά κάθε ταμείο έδινε στους συνδρομητές του μια βεβαίωση την οποία παρουσίαζαν στο γιατρό για θεραπεία χωρίς επιπλέον επιβάρυνση. Τα ταμεία ασθενείας δεν πλήρωναν κατ' ευθείας τους γιατρούς, αλλά πλήρωναν τους τοπικούς συλλόγους γιατρών, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώναν το γιατρό.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90 σημειώθηκε ύφεση και η γερμανική κυβέρνηση αναγκάστηκε να ψηφίσει μια σειρά από νόμους για την καλύτερη λειτουργία και τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα των πόρων. Τα ταμεία ασθενείας αύξησαν τη συμμετοχή τους κατά 1% (το 1992 τα ταμεία επέβαλλαν εισφορά 12,5% επί του ακαθάριστου μηνιαίου εισοδήματος του εργαζόμενου, ενώ το 1993 η κατά μέσον όρο εισφορά ανήλθε στο 13,4%). Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αποφάσισε να προβεί σε οικονομικούς περιορισμούς, που είχαν ως αποτέλεσμα να παγώσουν για δύο χρόνια οι αποζημιώσεις των ταμείων. Επιπλέον, εφαρμόστηκαν σταθεροί προϋπολογισμοί για τους γιατρούς περιπατητικής φροντίδας που συνοδεύτηκαν από οικονομικές κυρώσεις για όσους δεν τους τηρούσαν. Η κυβέρνηση επέβαλλε οικονομικά μέτρα στα φάρμακα, στις φαρμακοβιομηχανίες, στους φαρμακοποιούς και μειώθηκαν οι πληρωμές των οδοντιατρικών επεμβάσεων.

Με το νόμο του 1993 εισήχθησαν στο σύστημα σημαντικοί οικονομικοί περιορισμοί, κυρίως προς την κατεύθυνση των προμηθευτών, σχετικά με τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τις αμοιβές των γιατρών, τα φάρμακα και την οδοντιατρική φροντίδα. Ως προς την κατεύθυνση των ασθενών, καθιερώθηκε ή αυξήθηκε η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, τα φάρμακα και την οδοντιατρική φροντίδα. Δόθηκαν κίνητρα για τη συγχώνευση των μικρών ταμείων, έτσι ώστε αυτά να μειωθούν σε 20 έως 30 μεγαλύτερα ανά κρατίδιο, με αποτέλεσμα να μειωθεί η διαφορά μεταξύ των μικρών και των μεγάλων ταμείων αναφορικά με το ύψος των εισφορών.

Ο λειτουργικός ανταγωνισμός αποφασίστηκε με τη μεταρρύθμιση του 1992. Η ασφάλιση υγείας, ενώ διατηρεί την αρχή της αλληλεγγύης, συνοδεύεται από ευθύνη του

ατόμου και την ευκαιρία επιλογής. Η εισαγωγή του ανταγωνισμού στο γερμανικό σύστημα άρχισε να εφαρμόζεται το 1997, καθώς από τον Ιανουάριο του '97 η εγγραφή σε ειδικό ταμείο δεν είναι υποχρεωτική και τα ταμεία μπορούν να συναγωνίζονται μεταξύ τους. Οι εργαζόμενοι αποκτούν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του ταμείου ασθενοίας που επιθυμούν, εφόσον βέβαια καταβάλλουν τις εισφορές που ορίζει το ταμείο⁴⁰. Στα περίπου 1500 ταμεία που υπήρχαν, επιβλήθηκε να πληρώνουν όχι μόνο την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και επιδόματα ασθενοίας και άλλες υπηρεσίες. Κάθε ταμείο χρεώνει το δικό του ασφάλιστρο, που κυμαίνεται μεταξύ 7 και 14% των εσόδων. Η δαπάνη μοιράζεται εξίσου σε εργοδότη και εργαζόμενο⁴¹.

Η μεταρρύθμιση του 2000 στο SHI ενδυνάμωσε το ρόλο του οικογενειακού γιατρού, επιτρέποντας στα ταμεία ασθενοίας να προσφέρουν οικονομικό bonus σε εκείνους που χρησιμοποιούν τους οικογενειακούς γιατρούς ως πυλωρούς (gatekeepers) που θα τους παραπέμπουν στις υπηρεσίες των ειδικευμένων γιατρών. Από τότε έχει εισαχθεί ένας αριθμός ασφαλιστικών σχημάτων που επιτρέπει στα ασφαλιστικά ταμεία να έχουν ορισμένες παραμέτρους που ευνοούν τον ανταγωνισμό και την συνείδηση του κόστους από την πλευρά των εγγεγραμμένων, όπως π.χ. Σχέδια Διαχείρισης Ασθενειών, πληρωμές ασθενοίας για τους αυτοαπασχολούμενους ή προαιρετικές απαλλαγές.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος αποζημίωσης με βάση τον κίνδυνο του 2003, εισήγαγε τα προγράμματα διαχείρισης ασθενειών (DMPs) σαν μια νέα μορφή οργάνωσης του SHI, που θα διαχειρίζεται τα εργαλεία περίθαλψης που προορίζονται για να βελτιώσουν το συντονισμό της φροντίδας για τους χρόνια ασθενείς. Εκτός από την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών για τους ασθενείς, τα DMPs θα μειώσουν την επιλογή των κινδύνων εφόσον οι ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι αντιμετωπίζονται σαν μια ιδιαίτερη κατηγορία του συστήματος αποζημίωσης με βάση τον κίνδυνο. Οι γενικοί γιατροί και τα ταμεία ασθενοίας θα λάβουν μια χρηματική αποζημίωση για κάθε ασθενή που είναι εγγεγραμμένος σε ένα DPM. Τα ταμεία ασθενοίας είναι ελεύθερα να προσφέρουν κίνητρα για την εγγραφή σε ένα DPM (που είναι εθελοντική), όπως απαλλαγές από συμμετοχές σε φαρμακευτικά προϊόντα. Τα DMPs υπάρχουν για τους διαβητικούς τύπου 1 και 2, για τους πάσχοντες από καρκίνο

⁴⁰ Abel-Smith and Mossialos (1994)

⁴¹ Θεοδώρου *et.al.* (2001), Γαρδίκας (2000)

του στήθους, άσθμα και ορισμένους άλλους. Μέχρι το 2007 υπήρχαν περίπου 3,8 εκ. ασθενείς εγγεγραμμένοι σε ένα DPM.

Το 2004 ιδρύθηκε το Ινστιτούτο Ποιότητας και Αποτελεσματικότητας της Υγειονομικής Περίθαλψης (IQWiG) που παρέχει τεχνολογία στον τομέα της υγείας και εκτίμηση για τα φάρμακα και τις διαδικασίες. Όλες οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες που εφαρμόζονται στην περιπατητική φροντίδα πρέπει να εκτιμηθούν από άποψη οφέλους και αποτελεσματικότητας προτού αποζημιωθούν από τα ταμεία ασθενείας. Εφαρμόστηκε, επίσης, ένα σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς ποιότητας για όλα τα νοσοκομεία οξείας φροντίδας. Τα νοσοκομεία λαμβάνουν ανατροφοδότηση για τα άτομα βασισμένη σε δείκτες ποιότητας. Από το 2007 όλα τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να δημοσιεύουν αποτελέσματα σε 27 επιλεγμένους δείκτες του Ομοσπονδιακού Γραφείου Διασφάλισης της Ποιότητας (Federal Office for Quality Assurance), το οποίο επιτρέπει τις συγκρίσεις μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων.

Από το 2007 έχει δοθεί μεγαλύτερη ελευθερία στα ταμεία ασθενείας στη διαπραγμάτευση των τιμών και της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν, για παράδειγμα μέσω επιλεκτικών συμβολαίων. Αυτό θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα και θα βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας σε όλους τους τομείς. Η ελευθερία στη σύναψη συμβολαίων, επίσης, θα ενθαρρύνει τα ταμεία ασθενείας να προσφέρουν πακέτα υγειονομικής περίθαλψης που ταιριάζουν καλύτερα στον κίνδυνο και το εισόδημα των πληθυσμών που ασφαλίζονται, καθώς και τη δυνατότητα να συμπεριληφθεί η μακροχρόνια φροντίδα και τα μη ιατρικά επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης στο ίδιο συμβόλαιο.

Ο ανταγωνισμός στον ιδιωτικό τομέα υγείας είναι μεγαλύτερος σε σχέση με το SHI, ειδικά μετά το 2007, που η ποικιλία των ασφαλιστικών προγραμμάτων και των τιμολογίων έχει διευρυνθεί. Οι ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν χαμηλότερα ασφάλιστρα στους πελάτες που επιλέγουν π.χ. ένα ολοκληρωμένο σχέδιο φροντίδας που περιλαμβάνει γενικό γιατρό ή συμβόλαιο με μεγάλο ποσό απαλλαγής.

Μετά το 2007 άλλαξε και ο νόμος για τα αποθεματικά γήρανσης που διατηρούν οι ασφαλιστικές εταιρείες, τα οποία αποταμιεύονται και χρησιμοποιούνται για να μειώσουν την αύξηση των ασφαλιστρών καθώς ο ασφαλισμένος μεγαλώνει σε ηλικία και έχει ανάγκη υψηλότερα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Στο παρελθόν, αυτά τα αποθεματικά παρέμεναν στον ασφαλιστή όταν κάποιος ακύρωνε ένα συμβόλαιο ή ασφαλιζόταν σε άλλο ασφαλιστή. Από το 2009, ωστόσο, τα αποθεματικά γήρανσης του

ατόμου μεταφέρονται, που σημαίνει ότι οι πελάτες μπορούν ευκολότερα να αλλάξουν ασφαλιστή αν δεν είναι ικανοποιημένοι.

Μετά το 2009, η μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων έχει μεταβληθεί, από ένα σύστημα σταθερών προϋπολογισμών σε ένα σύστημα που βασίζεται σε ομοειδής διαγνωστικές ομάδες (diagnostic related groups – DRGs). Όσον αφορά το φαρμακευτικό τομέα, τα ταμεία ασθενείας διαπραγματεύονται εκπτώσεις με τους κατασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων, σε συνδυασμό με την παροχή κινήτρων για να μειώσουν τις τιμές κάτω από τις τιμές αναφοράς⁴².

Μεταξύ του 2010 και του 2012, έλαβαν χώρα τέσσερις δράσεις για τη υγεία, που είναι γνωστές ως η μεταρρύθμιση του 2011. Το 2010 η δράση για τη χρηματοδότηση του SHI έγινε νόμος και αποτέλεσε το πρώτο βήμα για κατά κεφαλή και κατ' αποκοπή χρηματοδότηση του SHI. Με το νόμο αυτό καθιερώθηκε ένα ενιαίο ποσοστό συνεισφοράς που ορίζεται απευθείας από το νόμο και όχι από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, το επιπλέον ασφάλιστρο που μπορούν να επιβάλλουν τα ταμεία ασθενείας, εάν είναι απαραίτητο, και το οποίο δεν περιορίζεται πια στο 1% του εισοδήματος του ατόμου και τέλος, την εισαγωγή κοινωνικοοικονομικής προσαρμογής που πληρώνεται στα ταμεία υγειονομικής περίθαλψης σαν ομοσπονδιακή επιχορήγηση για να προστατέψει τα μέλη των ταμείων με τα χαμηλότερα εισοδήματα από υπερβολικά οικονομικά βάρη.

Οι μεταρρυθμιστικές πράξεις του 2010 και του 2011 για τις φαρμακευτικές αγορές, επέφεραν διαρθρωτικές αλλαγές και αναμενόμενη εξοικονόμηση για μια καθορισμένη περίοδο. Οι κατασκευαστές των φαρμάκων υποχρεώθηκαν να παραχωρήσουν έκπτωση 16% (η προηγούμενη έκπτωση ανερχόταν σε 6%) σε όλα τα φάρμακα που δεν υπόκειντο σε τιμή αναφοράς. Οι τιμές παρέμειναν “παγωμένες” από τον Αύγουστο του 2009 έως το τέλος του 2013.

Ο “Γενικός Νόμος των Δικαιωμάτων των Ασθενών” άρχισε να ισχύει το 2013 και περιλαμβάνει μέτρα που ενισχύουν τα δικαιώματα των ασθενών. Ο πιο σημαντικός είναι η ενσωμάτωση της συμφωνίας θεραπείας στον Αστικό Κώδικα στον οποίο περιλαμβάνονται τα δικαιώματα, οι υποχρεώσεις και η δεοντολογία που πηγάζει από τη σχέση ανάμεσα στον πάροχο υπηρεσιών υγείας και τον ασθενή, όπως επίσης και η

⁴² <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

υποχρέωση να παρέχουν πληροφορίες και τεκμηριωμένες απαντήσεις στα αιτήματα των ασθενών⁴³.

2.3 Ιστορική εξέλιξη και μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Η ανάγκη για την ανάπτυξη οργανωμένης πολιτικής υγείας στη Μεγάλη Βρετανία παρουσιάστηκε το 19^ο αιώνα με τη βιομηχανική επανάσταση και τη μαζική μετακίνηση πληθυσμού από την ύπαιθρο στις πόλεις. Ο συνωστισμός γύρω από τα εργοστάσια, σε συνδυασμό με την έλλειψη συνθηκών υγιεινής και καθαρού νερού, είχαν σαν αποτέλεσμα οι μεγάλες πόλεις να γίνουν εστίες νόσου και θανάτου. Σύμφωνα με τον Γαρδίκια (2000), ο μέσος όρος ζωής στο Manchester ήταν 38 έτη για την ανώτερη τάξη και 17 για την εργατική και στο Liverpool, 35 και 15 έτη, αντίστοιχα. Η φυματίωση αποτελούσε μια μάστιγα που ευθυνόταν για το 1/3 των θανάτων. Η χειρουργική ήταν οδυνηρή και ελάχιστα ανεπτυγμένη, ενώ η αναισθησία άρχισε να εφαρμόζεται μετά το 1900.

Μέχρι το 1900, δεν υπήρχε ουσιαστικά κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση. Η μόνη ασφάλιση με την έννοια της προστασίας του πληθυσμού, παρεχόταν από την εκκλησία. Το 1911, ο φιλελεύθερος πρωθυπουργός Lloyd George εισήγαγε νόμο με τον οποίο όλοι οι εργαζόμενοι και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα είχαν δωρεάν θεραπεία από τους γενικούς γιατρούς και δωρεάν θεραπεία φυματίωσης. Ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας που χρηματοδοτείτο από τους εργαζόμενους και κάλυψε πάνω από 13 εκατ. εργαζόμενους⁴⁴. Επιπλέον, εισήγαγε το “νόμο 4-3-2” για συντάξεις και αποζημιώσεις, ο οποίος σημαίνει ότι ο εργάτης θα καταβάλλει τέσσερις πέννες, ο εργοδότης τρεις και δύο το κράτος.

Ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος (1914-1918), είχε αρνητικές επιπτώσεις στην πολιτική υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Ο αριθμός των νεκρών και των τραυματιών ήταν πολύ μεγάλος και η ανάγκη για τροποποίηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μετά το τέλος του πολέμου ήταν επιτακτική. Το 1918, ανήλθαν πάλι στην εξουσία οι νεοφιλελεύθεροι, που ίδρυσαν ξεχωριστό Υπουργείο Υγείας και εφάρμοσαν μεγαλύτερη παρέμβαση του κράτους στα θέματα υγείας.

⁴³ <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/>

⁴⁴ <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

Το 1920 ο Υπουργός Υγείας Λόρδος Dawson σε έκθεσή του, αναφέρθηκε για πρώτη φορά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που θα βασιζόταν στην ανάπτυξη και λειτουργία των κέντρων υγείας. Η έκθεση αυτή αποτέλεσε τον προάγγελο του N.H.S. που εισήχθη το 1948.

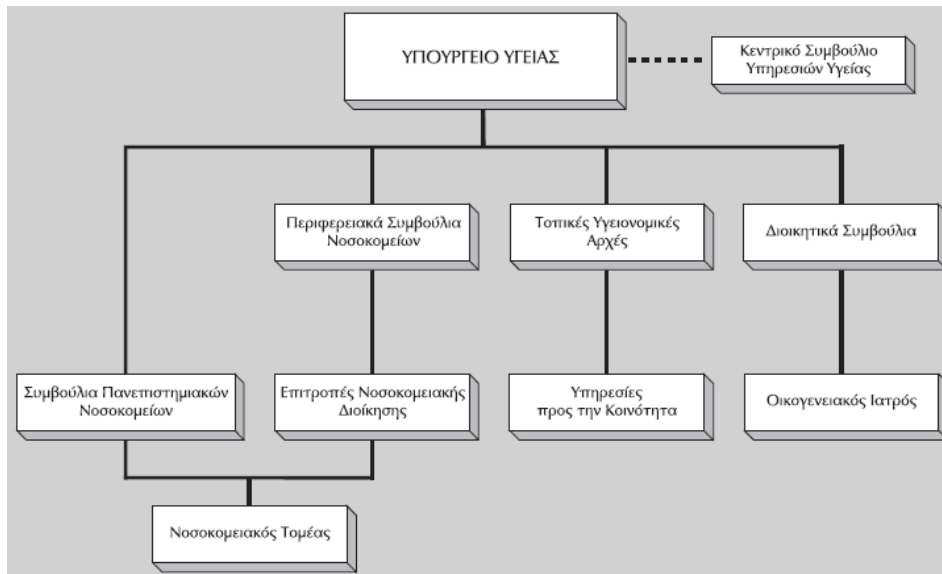
Όλες αυτές οι μεμονωμένες προσπάθειες που έγιναν για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Κάθε χρόνο χιλιάδες άνθρωποι πέθαιναν από μολυσματικές ασθένειες, όπως φυματίωση, μηνιγγίτιδα, διφθερίτιδα κ.α. Η παιδική θνησιμότητα ανερχόταν σε πολύ υψηλά επίπεδα. Οι υπηρεσίες υγείας παρέμεναν σχεδόν ιδιωτική υπόθεση, με ένα μικρό ποσοστό ατόμων να επωφελούνται από τις κοινωνικές ασφαλίσεις. Δωρεάν περίθαλψη παρείχαν ελάχιστα, φιλανθρωπικά και δημοτικά, νοσηλευτικά ιδρύματα και μεμονωμένοι ιδιώτες γιατροί⁴⁵.

Με την έναρξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (1939-1945) δημιουργήθηκε η Emergency Medical Service, η οποία περιλάμβανε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες. Ο Υπουργός Υγείας της Βρετανικής κυβέρνησης A.Bevan υποστήριξε ότι είναι απαραίτητη μια υπηρεσία υγείας για την προαγωγή της υγείας των πολιτών. Το 1942 δημοσιεύτηκε η έκθεση του Beveridge για μια κεντρικά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που θα αναλάμβανε την προστασία ολόκληρου του πληθυσμού της χώρας από τους κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας και του γήρατος.

Το 1946 εισήχθη στη Βουλή ο νόμος "NHS Act" και το 1948 δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS), βασισμένο στην έκθεση του Beveridge. Σύμφωνα με την έκθεση του Beveridge, όμως, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας θα γινόταν μέσω ασφαλίσεων, ο Bevan ωστόσο προτίμησε η παροχή υγείας να χρηματοδοτείται σχεδόν 100% από τη γενική φορολογία, με τους οικονομικά ευκατάστατους να πληρώνουν περισσότερα από τα άτομα των κατώτερων εισοδηματικών τάξεων⁴⁶. Η δομή του NHS το 1948 παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.2.

⁴⁵ Τσεκούρα (2012) και <http://www.sansimera.gr/articles/291>

⁴⁶ Μπούντα (2007)



Πηγή: <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

Διάγραμμα 2.2

Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας το 1948

Ο κύριος σκοπός του NHS ήταν να παρέχεται δωρεάν, στο σημείο παροχής, ιατρική φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό (καθολική κάλυψη), ακόμα και στους προσωρινούς κατοίκους ή επισκέπτες της χώρας. Τα Κέντρα Υγείας, θα απασχολούσαν γενικούς γιατρούς που θα αμείβονταν από τις τοπικές αρχές. Τα εθελοντικά και ιδιωτικά νοσοκομεία θα μετατρέπονταν σε ιδρύματα που θα λειτουργούσαν κάτω από τον έλεγχο των τοπικών αρχών. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας, η οποία εξαρτάται από την ιατρική ανάγκη του ατόμου και όχι από την ικανότητά του να πληρώνει. Ο ρόλος των γενικών γιατρών (General Practitioners, GPs) αναβαθμίστηκε και ασκούν πλέον χρέη πυλωρού (gatekeeper) του συστήματος, καθοδηγώντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που είχε να αντιμετωπίσει ο Bevan ήταν ο καθορισμός της σχέσης κράτους – ιατρικού επαγγέλματος. Τα εργατικά σωματεία ενδιαφέρονταν κυρίως να έχει η εργατική τάξη καλύτερη ποιότητα ιατρικής περίθαλψης. Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (BMA) ενδιαφερόταν για την ανεξαρτητοποίηση του ιατρικού σώματος από το Κράτος, την αυτονομία των γιατρών και την αύξηση της δύναμής τους.

Οι υποχωρήσεις που έκανε ο Bevan στον Ιατρικό Σύλλογο προκαλούσαν την αντίδραση των σωματείων.

Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος αντιδρούσε στην πρόβλεψη να γίνουν οι γιατροί έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι. Τελικά ο Bevan εισήγαγε το διαχωρισμό των διευθυντών των νοσοκομείων από τους γενικούς γιατρούς, προσφέροντάς τους ένα σύστημα πληρωμής από το κράτος, ενώ συγχρόνως θα μπορούσαν να ασκούν ιδιωτική ιατρική. Οι γενικοί γιατροί έμειναν ανεξάρτητοι, συνεργαζόμενοι με το NHS και όχι έμμισθοι υπάλληλοι αυτού.

Το 1962 εφαρμόστηκε το “Νοσοκομειακό Πρόγραμμα” που αναγνωρίζει την ανάγκη ανάπτυξης ενός αποκεντρωμένου δικτύου δευτεροβάθμιων υπηρεσιών και εισήγαγε την έννοια του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου (District General Hospital, DGS). Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, σε κάθε 100.000-150.000 κατοίκους αντιστοιχεί μια μονάδα 600-800 κλινών⁴⁷.

Το 1973 το Υπουργείο Υγείας διαιρείται στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (Ministry of Social Service) και στο Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health) και δημιουργούνται οι περιφερειακές διοικήσεις με διευρυμένες αρμοδιότητες. Οι 14 Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs) υπάγονται στο Υπουργείο υγείας και διαιρούνται σε 90 περιοχές (areas). Οι περιοχές διαιρούνται σε επαρχίες (districts) και διοικούνται από τοπικά διοικητικά συμβούλια, τα οποία έχουν κυρίως την ευθύνη των Περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων (District General Hospitals, DGS).

Οι εκλογές του Μαΐου του 1979 κατέληξαν σε νίκη των συντηρητικών, με επικεφαλής τη Margaret Thatcher (Μάιος 1979 – Νοέμβριος 1990), που επιδίωκε την ενίσχυση της ιδιωτικής ιατρικής και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Ενισχύθηκε η πολιτική των ιδιωτικών ασφαλίσεων και πολλές πράξεις υγείας καλύπτονταν με αμοιβή. Οι επιβαρύνσεις των πολιτών για συνταγές, γυαλιά και οδοντιατρικά αυξήθηκαν. Το κτίσιμο νέων νοσοκομείων σταμάτησε.

Ο αριθμός των διευθυντών γιατρών στο NHS αυξήθηκε, ενώ ελαττώθηκε ο αριθμός των ασκούμενων γιατρών. Επιπλέον, δημιουργήθηκε μια ειδική κατηγορία γιατρών που προσλαμβάνονταν με την προϋπόθεση να μην επιδιώξουν προαγωγή. Το 1986 δημοσιεύτηκε το “Project 2000” που αφορούσε κυρίως τους νοσηλευτές και όριζε ότι

⁴⁷ <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

έπρεπε να είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και οι σχολές από τις οποίες προέρχονται να είναι υψηλού επιπέδου.

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας από την κυβέρνηση Thatcher ήταν⁴⁸:

- Ίδρυση του σώματος των Managers. Το 90% των Managers που προσλήφθηκαν αρχικά προέρχονταν από το διοικητικό προσωπικό και μόνο το 10% ήταν γιατροί ή νοσηλευτές. Ο ρόλος τους ήταν να οδηγούν και να ενεργοποιούν το προσωπικό στην εκτέλεση των καθηκόντων τους, προκαλώντας την έντονη αντίδραση των γιατρών και των νοσηλευτών που παρέμβαιναν στο έργο τους. Η είσοδος των Managers είχε σαν αποτέλεσμα να αυξηθούν τα λειτουργικά έξοδα του NHS. Το 1986 ο αριθμός των γενικών Managers ήταν 1900. Το 1991 ήταν 16.000 και το 1995 ήταν 26.000.
- Η δημιουργία της εσωτερικής αγοράς, η βάση της οποίας είναι ο διαχωρισμός της αγοράς και χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας από την παροχή της και η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων.
- Η δημιουργία του NHS 2000 “Trust”, δηλαδή η μεταβολή των μεγάλων νοσοκομείων σε επιχειρήσεις. Τα Trusts μπορούσαν να χρησιμοποιούν προσωπικό, να διαπραγματεύονται τους όρους και τις συνθήκες εργασίας, να κρατούν πλεονάσματα και να δανείζονται χρήματα από το δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Τα trusts απαιτούσαν καλή οικονομική διαχείριση. Οι υγειονομικές αρχές έπρεπε να εργάζονται ως ίσοι με τα trust.

Μια άλλη τροποποίηση που έγινε κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης της Thatcher, ήταν η δημιουργία 192 Υγειονομικών Επαρχιών (District Health Authorities, DHAs) που αντικατέστησαν τις 14 Υγειονομικές Περιφέρειες (RHAs) και τις 90 τοπικές αρχές. Οι DHAs είναι υπεύθυνες για τα νοσοκομεία που βρίσκονται στην περιοχή ευθύνης τους. Το 1989 αναθεωρήθηκε το NHS προκειμένου να εισαχθούν “μέθοδοι ελεγχόμενου ανταγωνισμού” που είχαν ως σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος.

Η πιο ριζοσπαστική μεταρρύθμιση άρχισε το 1991 και απέβλεπε στη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων, μέσα από μια αναδιάρθρωση του συστήματος κατά τα

⁴⁸ Γαρδίκας (2000)

οργανωτικά και λειτουργικά πρότυπα των Αμερικανικών Οργανισμών Προστασίας της Υγείας (HMOs). Βασική αρχή ήταν η μεταφορά κανόνων αγοράς στο σύστημα υγείας, με το σαφή διαχωρισμό της αγορά και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών (αγοραστές) από την παροχή τους (προμηθευτές). Οι αγοραστές είναι οι DHAs, οι υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής και οι γενικοί γιατροί που με τη μεταρρύθμιση απέκτησαν δικό τους προϋπολογισμό (GP Fund Holders)⁴⁹. Οι προμηθευτές είναι τα νοσοκομεία και οι γενικοί γιατροί.

Οι αγοραστές και οι προμηθευτές διαπραγματεύονται τα συμβόλαια για παροχή υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με την ποιότητα και την τιμή τους. Επομένως τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Όσα από αυτά το επιθυμούν μπορούν να μεταβληθούν σε NHS Trusts και να αποφασίζουν ελεύθερα για τις υπηρεσίες που θα προσφέρουν, να τις τιμολογούν, να επιλέγουν ποιους θα απασχολούν όπως και τους μισθούς που θα πληρώνουν, να αναζητούν επιπλέον οικονομικούς πόρους μέσω δανεισμού και γενικά να αποφασίζουν για όλα τα θέματα που βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Όσα νοσοκομεία επιλέξουν να μεταβληθούν σε Trusts, είναι υποχρεωμένα να οργανωθούν καλύτερα, χρησιμοποιώντας μεθόδους αποτελεσματικού μανάτζμεντ και διαχείρισης, να δώσουν μεγαλύτερη έμφαση στην ξενοδοχειακή και τεχνολογική τους υποδομή, να αναπτύξουν αποτελεσματικότερες μεθόδους θεραπείας για να έχουν ανταγωνιστικές τιμές και να προσελκύουν περισσότερους ασθενείς από τις DHA και τους GP Fund Holders. Αν δεν καταφέρουν να γίνουν ανταγωνιστικά είναι υποχρεωμένα να κλείσουν ή να επιστρέψουν στο προηγούμενο καθεστώς⁵⁰.

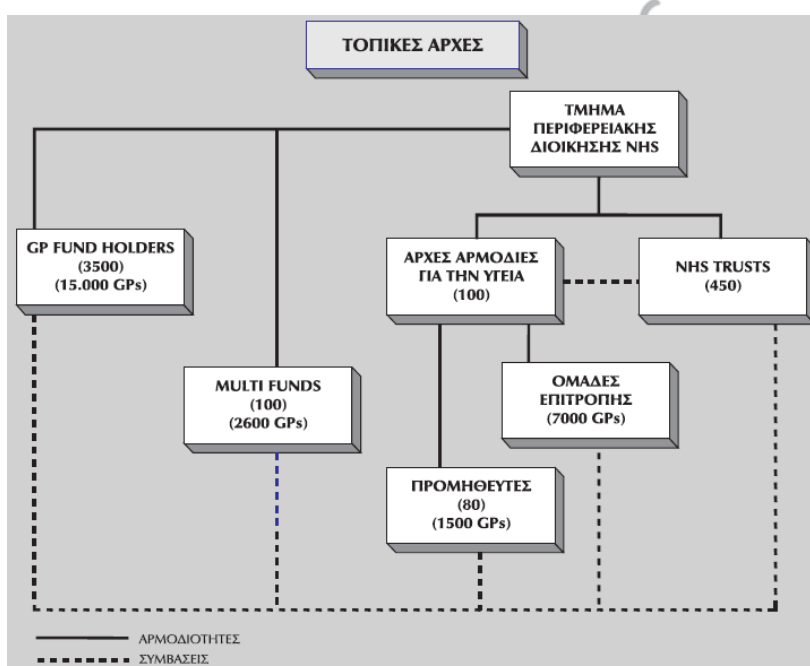
Μια σημαντική αλλαγή που επέφερε η μεταρρύθμιση του 1991 ήταν η εκχώρηση ετήσιου προϋπολογισμού στους οικογενειακούς γιατρούς (GP Fund Holders) που εξυπηρετούσαν περισσότερους από έναν ελάχιστο αριθμό ασθενών, τον οποίο διαχειρίζονταν για να καλύψουν όχι μόνο τις ανάγκες των ασφαλισμένων τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και ολόκληρη τη φαρμακευτική και μέρος της νοσοκομειακής τους περίθαλψης. Εάν στο τέλος του χρόνου οι συνολικές δαπάνες ήταν χαμηλότερες από το ποσό του προϋπολογισμού, το πλεόνασμα μπορούσαν να το

⁴⁹ <http://www.socadm.duth.gr/conferences/news/>

⁵⁰ <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

χρησιμοποιήσουν για να εξοπλίσουν και να στελεχώσουν το γραφείο τους, ενώ εάν ήταν υψηλότερο τους επιβάλλονταν ποινές.

Τα αποτελέσματα ήταν η μείωση της αλόγιστης συνταγογράφησης και της άσκοπης παραπομπής των ασθενών στα νοσοκομεία. Τα NHS Trusts ανταγωνίζονται μεταξύ τους για να μειώσουν τις τιμές του, καθώς οι fund holders είχαν όφελος να συνεργαστούν με τα νοσοκομεία που τους χρέωναν χαμηλότερες τιμές, να βελτιώσουν τις υποδομές τους και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η οργανωτική δομή του NHS όπως διαμορφώθηκε μετά τη μεταρρύθμιση του 1991 απεικονίζεται στο Διάγραμμα 2.3.



Πηγή: WHO (1999), <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

Διάγραμμα 2.3

Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας, σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1991

Το 1997 ανήλθαν στην εξουσία οι εργατικοί, με πρωθυπουργό τον Tony Blair (Μάιος 1997 – Ιούνιος 2007), που εξέδωσε Λευκή Βίβλο με τίτλο “Το νέο NHS” η οποία περιλάμβανε τα εξής⁵¹:

⁵¹ Γαρδίκας (2000)

- Κατάργηση της εσωτερικής αγοράς, όπως είχε διαμορφωθεί και λειτουργούσε την τελευταία δεκαετία, η οποία εμπόδιζε τις υπηρεσίες υγείας να επικεντρωθούν στις ανάγκες των ασθενών. Ο ανταγωνισμός είχε σαν αποτέλεσμα να χάνονται χρήματα μεταξύ των νοσοκομείων. Η εσωτερική αγορά θα αντικατασταθεί από ένα σύστημα “συγχωνευμένης φροντίδας” (integrated care) που αποτέλεσε τη βάση για ένα δεκάχρονο πρόγραμμα βελτίωσης του NHS.
- Χρηματοδότηση του NHS για τη βελτίωση των υπηρεσιών καρκίνου του μαστού και παιδικού καρκίνου.
- Δημιουργία τηλεφωνικής υπηρεσίας που θα λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως για την παροχή συμβουλών και οδηγιών από έμπειρους νοσηλευτές στο σπίτι του ασθενούς.
- Γρήγορη συμβουλή και θεραπεία στα τοπικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας που θα συνδέονται με τα νοσοκομεία.
- Εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στα νοσοκομεία, εντός δύο εβδομάδων από τη συνάντηση με το γενικό γιατρό, όταν υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να πάσχει από καρκίνο.

Το 1999 έγινε η μεγάλη μεταρρύθμιση που επέφερε τις παρακάτω αλλαγές⁵²:

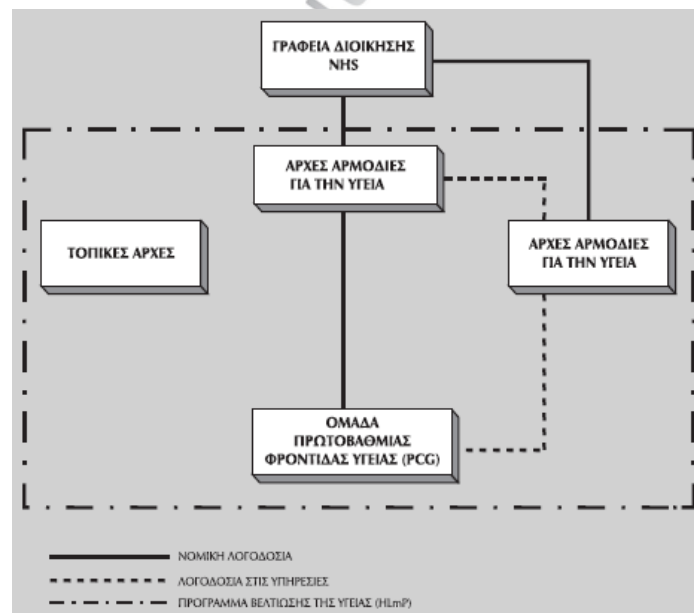
- Κατάργηση των GP Fund holders και εισαγωγή του θεσμού των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs) που αποτελούνται από τους γενικούς γιατρούς και τους νοσηλευτές μιας περιοχής που καλύπτουν πληθυσμό από 50.000 έως 250.000 κατοίκους⁵³. Οι ομάδες αυτές έχουν την ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού της περιοχής τους, την παροχή συμβουλών και την κατάρτιση προϋπολογισμού των υπηρεσιών υγείας. Οι γενικοί γιατροί πληρώνονται από την ομάδα.
- Οι DHAs μετονομάζονται σε Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities, HAs).
- Τα NHS Trusts εργάζονται για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της περιοχής τους και συνάπτουν μακροχρόνιες συμφωνίες με τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ενώ διατηρούν το δικαίωμα να αλλάζουν παρόχους (providers) αν δεν παραμένουν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

⁵² Γαρδίκας (2000)

⁵³ <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

- Νέα Χάρτα του NHS που περιγράφει τα επίπεδα φροντίδας και θεραπείας που παρέχονται από το NHS καθώς και τις ευθύνες των πολιτών.
- Εισαγωγή του όρου Clinical Governance, δηλαδή ενός συστήματος μέσω του οποίου οι οργανώσεις του NHS ορίζονται υπεύθυνες για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου κλινικής φροντίδας.
- Ίδρυση του National Institute for Clinical Excellence (NICE) που είναι αρμόδιο για τον ποιοτικό έλεγχο και την υιοθέτηση της αρχής της οικονομικής αποτελεσματικότητας στο πεδίο των κλινικών δοκιμών και του National Health Frameworks για την παροχή υπηρεσιών και ίσης φροντίδας σε όλη τη χώρα. Τα δύο αυτά σώματα μετρούν τη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας.

Η νέα δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιλαμβάνει τέσσερις βασικούς θεσμούς οργάνωσης: Εθνικό Σύστημα Υγείας – Περιφερειακά Γραφεία (NHS executive – regional offices), Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities), Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (primary care groups), Τοπικές Αρχές (local authorities) και εσωτερική αγορά (NHS Trust).



Πηγή: Department of Health (1998), <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

Διάγραμμα 2.4

Διαγραμματική απεικόνιση της δομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας, σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1999

Το 2002 καταργούνται τα Περιφερειακά Γραφεία, οι 96 Υγειονομικές Αρχές (HAs) μετατρέπονται σε 28 Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (Strategic Health Authorities, SHAs) και θεσπίστηκε η συμμετοχή του κοινού στην υγεία. Η πληρωμή με βάση το αποτέλεσμα (Payment by result, PBR), δηλαδή η ίση πληρωμή για ίση παροχή υπηρεσιών, εισάγεται ως μέσο πληρωμής για τα NHS Trusts και τους άλλους παρόχους (providers) υπηρεσιών υγείας⁵⁴.

Το 2004 εισάγεται μια νέα μορφή οργάνωσης για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, η Foundation Trust (FT), που αποτελεί ένα είδος κοινωνικής επιχείρησης και έχει μεγαλύτερη αυτονομία και έλεγχο στους προϋπολογισμούς και τις υπηρεσίες υγείας από τα NHS Trust.

Το 2006 οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (Strategic Health Authorities, SHAs) μειώθηκαν από 28 σε 10 και οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs) από 303 σε 152.

Το 2008 ο Alan Johnson δεσμεύεται να μην προχωρήσει σε αναδιάρθρωση του συστήματος, αλλά στρέφει την προσοχή του στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία είχε διαφύγει από τις περισσότερες αναδιρθρώσεις. Επιπλέον, δημοσιεύεται η έκθεση του καθηγητή Ara Darzi που προτείνει τρόπους για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στο Λονδίνο την επόμενη δεκαετία. Στην έκθεσή του δίνει έμφαση στην παροχή φροντίδας υγείας “ρουτίνας” στα σπίτια των ασθενών, χωρίς να απαιτείται η μετακίνησή τους σε φορείς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, και στη συγκέντρωση των υπηρεσιών εξειδικευμένης περίθαλψης. Προτείνει την ανάπτυξη ακαδημαϊκών επιστημονικών κέντρων υγείας και πολυκλινικών που θα παρέχουν ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών σε σχέση με τα ιατρεία γενικής ιατρικής, όπως επείγουσα περίθαλψη και ακτινογραφίες⁵⁵.

Το 2009 δημοσιεύεται το Καταστατικό του NHS (NHS Constitution) που ορίζει τις αρχές και τις αξίες του NHS, τα δικαιώματα και τις ευθύνες των ασθενών, των πολιτών και του προσωπικού του. Δίνεται έμφαση στην υποχρέωση του NHS να αντιμετωπίζει τους ασθενείς δίκαια και αποτελεσματικά, με αξιοπρέπεια και σεβασμό και να τους παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με τη δυνατότητα ενημερωμένης επιλογής. Οι επτά αρχές του NHS είναι⁵⁶:

⁵⁴ www.sochealth.co.uk

⁵⁵ nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/

⁵⁶ NHS Constitution (2013)

1. Το NHS παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες σε όλους.
2. Η πρόσβαση στο NHS εξαρτάται από την ιατρική ανάγκη του ατόμου και όχι από την ικανότητά του να πληρώνει.
3. Το NHS φιλοδοξεί σε υψηλά επίπεδα υπεροχής και επαγγελματισμού.
4. Το NHS φιλοδοξεί να έχει ως προτεραιότητα και να εστιάζει πάντα στον ασθενή.
5. Το NHS λειτουργεί εκτός των οργανωτικών του ορίων και συνεργάζεται με άλλους οργανισμούς προς το συμφέρον των ασθενών, των τοπικών κοινοτήτων και ολόκληρου του πληθυσμού.
6. Το NHS δεσμεύεται να παρέχει τη μεγαλύτερη αξία (best value) για τα χρήματα των φορολογούμενων και την πιο αποτελεσματική, δίκαιη και βιώσιμη χρήση των περιορισμένων πόρων.
7. Το NHS είναι υπόλογο στο κοινό, τις κοινότητες και τους ασθενείς που εξυπηρετεί.

Το ίδιο έτος δημιουργείται η Επιτροπή Φροντίδας Ποιότητας (Care Quality Commission, CQC), που προήλθε από τη συγχώνευση τριών ρυθμιστικών αρχών: της Υγειονομικής Επιτροπής, της Επιτροπής Επιθεώρησης Κοινωνικής Μέριμνας και της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Η CQC αναλαμβάνει την ευθύνη για τη ρύθμιση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στη Μεγάλη Βρετανία, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται από το NHS, τις τοπικές αρχές, τις ιδιωτικές εταιρείες και τις εθελοντικές οργανώσεις. Η αποστολή της CQC επεκτείνεται στην προστασία των ανθρώπων των οποίων τα δικαιώματα περιορίζονται στο πλαίσιο του νόμου περί Ψυχικής Υγείας⁵⁷.

Η συντηρητική κυβέρνηση με επικεφαλής τον Ντέιβιντ Κάμερον (Μάιος 2010 έως σήμερα) δημοσίευσε το 2010 τη Λευκή Βίβλο “Equity and excellence: Liberating the NHS”, η οποία διατηρεί τις βασικές αρχές του NHS και φιλοδοξεί να το βελτιώσει προκειμένου να γίνει το καλύτερο σε όλο τον κόσμο. Βασικά σημεία της είναι⁵⁸:

- Οι ασθενείς και οι πολίτες θα αποτελούν προτεραιότητα του συστήματος υγείας και θα έχουν εύκολη πρόσβαση στην πληροφόρηση που χρειάζονται από τους καλύτερους GPs και τα καλύτερα νοσοκομεία. Οι ασθενείς θα έχουν περισσότερες επιλογές και έλεγχο και θα μπορούν να αποφασίζουν για την υγεία τους.

⁵⁷ <http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/>

⁵⁸ Equity and excellence: Liberating the NHS (2010)

- Θα δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στα κλινικά αποτελέσματα. Η επιτυχία θα μετριέται με βάση τα αποτελέσματα στους ασθενείς, όπως η βελτίωση της υγείας όσων πάσχουν από καρκίνο και τα ποσοστά επιβίωσης μετά από εγκεφαλικά επεισόδια.
- Ενδυνάμωση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες να έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν την κρίση τους σχετικά με την εφαρμογή της καταλληλότερης θεραπείας για τον κάθε ασθενή. Η λήψη αποφάσεων θα είναι ευθύνη των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

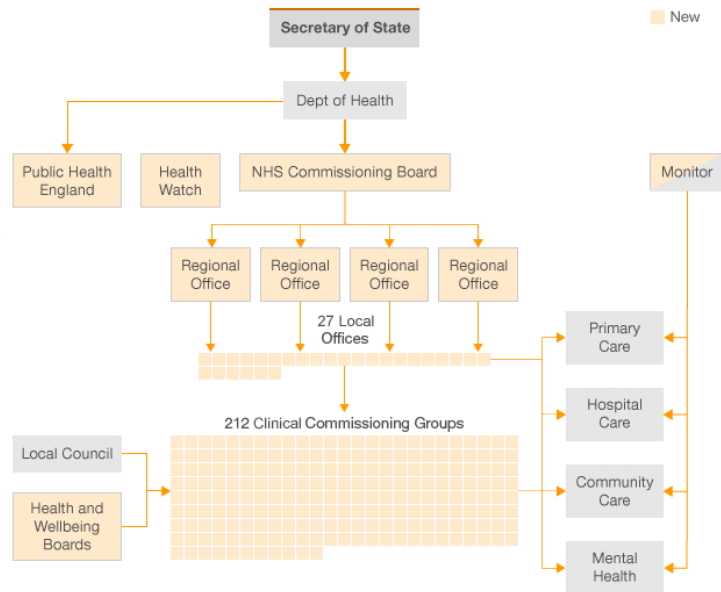
Το 2011 δημοσιεύεται το Νομοσχέδιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας που προτείνει σημαντικές μεταρρυθμίσεις για την αύξηση της επιρροής των γενικών γιατρών και την αύξηση του ανταγωνισμού. Περιλαμβάνει, αναδιοργάνωση των PCTs (Primary Care Trusts) σε ομάδες (Clusters), από τις οποίες αποσπώνται οι κοινοτικές υπηρεσίες. Οι SHAs ομαδοποιούνται σε υπό-εθνικές οργανώσεις.

Στις 27 Μαρτίου 2012, το Νομοσχέδιο γίνεται ο νόμος Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του 2012 που αποτελεί τη μεγαλύτερη αναδιοργάνωση στην ιστορία του NHS. Στο επίκεντρο των σχεδίων για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας είναι η παροχή περισσότερων επιλογών στους ασθενείς, αυξημένων ευθυνών στους γιατρούς και η μεγαλύτερη ανεξαρτησία των οργανισμών από τον κεντρικό έλεγχο και τις πολιτικές παρεμβάσεις. Οι κυβερνώντες έχουν καθήκον να προωθούν τη συμμετοχή των ασθενών, των φροντιστών τους και των πολιτών στις αποφάσεις σχετικά με την πρόληψη, διάγνωση ή θεραπεία σε οποιασδήποτε κατάσταση.

Την 1^η Απριλίου 2013, λαμβάνει χώρα μια μεγάλη αναδιάρθρωση του NHS (Διάγραμμα 2.5). Το Υπουργείο Υγείας θέτει πέντε βασικές προτεραιότητες που περιλαμβάνουν: 1) τη βελτίωση των επιπέδων φροντίδας, 2) τη φροντίδα των ηλικιωμένων, 3) την άνοια, 4) τις πολλαπλές μακροχρόνιες ασθένειες και 5) την πρόληψη των θανάτων από τις κύριες αιτίες θανάτου.

Οι Primary Care Trusts (PCTs) και οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (SHAs) διαλύονται. Αντικαθίστανται από το NHS Commissioning Board και 212 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups, CCGs), που θα καθορίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες μαζί με τα συμβούλια, τα οποία παίρνουν την ευθύνη για τη δημόσια υγεία⁵⁹.

⁵⁹ <http://www.bbc.com/news/health-21850820>



Πηγή: <http://www.bbc.com/news/health-19674838>

Διάγραμμα 2.5

Διαγραμματική απεικόνιση της διάρθρωσης του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το NHS Commissioning Board (NHS England), το οποίο είναι ανεξάρτητο σώμα, αναλαμβάνει αρκετές από τις δραστηριότητες του Υπουργείου Υγείας και των SHAs και είναι πλήρως υπεύθυνο για τη διαχείριση ποσού £80 δισεκατομμυρίων του NHS⁶⁰. Επιπλέον, είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση των Κλινικών Ομάδων Ανάθεσης (CCGs) σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, οι οποίες λογοδοτούν σε αυτό όποτε κρίνεται απαραίτητο, για τις αποφάσεις που λαμβάνουν αν και ο κύριος ρόλος του είναι υποστηρικτικός – συμβουλευτικός. Έχει, επίσης, την ευθύνη για ορισμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως οδοντιατρική, αλλά και για ορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως νευροχειρουργική κ.α. Ο Γραμματέας του κράτους έχει ως αρμοδιότητα να εφαρμόσει τη στρατηγική που θα ορίσει το NHS για την αξιολόγηση της απόδοσης των CCGs. Κάτω από το NCB υπάρχουν τέσσερα Περιφερειακά Γραφεία (Regional Offices) και κάτω αυτά, 27 Τοπικά Γραφεία (Local Offices).

Οι 212 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης (CCGs), που αντικαθιστούν τα PCTs, αποτελούνται από γενικούς γιατρούς και αναλαμβάνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα. Συνεργάζονται με το NHS Commissioning Board και την Δημόσια Υγεία της Αγγλίας (Public Health England). Οι CCGs αποφασίζουν αν πρέπει να πληρώσουν ή όχι για

⁶⁰ <http://www.nhshistory.net/>

οποιαδήποτε νοσοκομειακή περίθαλψη που κρίνουν οι γενικοί γιατροί. Πρέπει να έχουν ένα γραπτό κανονισμό και ένα διοικητικό όργανο, που αποτελείται από μια νοσοκόμα, έναν ειδικό νοσοκομείου και απλούς ανθρώπους.

Υπάρχουν δύο βασικοί ρυθμιστές - ο Monitor και η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission, CQC). Η CQC είναι υπεύθυνη για την εξασφάλιση υπηρεσιών που πληρούν τα απαιτούμενα πρότυπα ποιότητας, ενώ ο Monitor είναι επικεντρωμένος στη χρηματοδότηση και τον ανταγωνισμό⁶¹.

Ο Monitor έχει υπό την επίβλεψή του τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και φροντίζει για την ορθή εκτέλεση των καθηκόντων τους, την προώθηση του μεταξύ τους ανταγωνισμού και την αποφυγή αντί-ανταγωνιστικής συμπεριφοράς. Ο ρυθμιστής έχει καθήκον να προστατεύσει και να προωθήσει τα συμφέροντα των ασθενών και πρέπει να διασφαλίζει ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ των παρόχων είναι θεμιτός και λειτουργεί προς το συμφέρον των ασθενών. Επιπλέον ρυθμίζει τις τιμές των υπηρεσιών του NHS και φροντίζει τα trusts να είναι επαρκώς χρηματοδοτούμενα και να έχουν σωστή διαχείριση.

Η CQC θα συνεχίσει να ενεργεί ως επιθεωρητής ποιότητας στην υγεία και την κοινωνική μέριμνα. Θα επιθεωρεί τους παρόχους υπηρεσιών υγείας για την τήρηση των επιπέδων ασφάλειας και ποιότητας, σύμφωνα με πληροφορίες που λαμβάνει για τον πάροχο από τους CCGs και τους HealthWatch, όπως επίσης από τις πληροφορίες και τις καταγγελίες των χρηστών.

Όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας πρέπει να λαμβάνουν άδεια για την εκπλήρωση των βασικών απαιτήσεων ασφάλειας και ποιότητας από το Monitor και την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (CQC). Σε περίπτωση που οι πάροχοι δεν εκπληρώνουν αυτές τις προϋποθέσεις θα υφίστανται κυρώσεις, συμπεριλαμβανομένης της επιβολής προστίμων και αναστολής των υπηρεσιών.

Η Δημόσια Υγεία της Αγγλίας (Public Health England), ιδρύθηκε με σκοπό την προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων. Έχει εποπτικό χαρακτήρα και συμβουλεύει το NHS England για εκστρατείες που πρέπει να πραγματοποιούνται σχετικά με το κάπνισμα, την άνοια κ.α. Διαχειρίζεται προϋπολογισμό ύψους £5.45 δισεκατομμύρια μέσα σε μία διετία⁶².

⁶¹ <http://www.bbc.com/news/health-21850820>

⁶² <http://www.nhshistory.net/>

Ιδρύεται η HealthWatch που ενεργεί ως σημείο επαφής για άτομα, κοινοτικές ομάδες και εθελοντικές οργανώσεις και μεριμνά τόσο για την υγεία όσο και την κοινωνική φροντίδα των ενηλίκων. Έχει δύο μορφές, την τοπική HealthWatch, που ενεργεί σε τοπικό επίπεδο, και την HealthWatch England, σε εθνικό επίπεδο. Παρέχει συμβουλές στην NHS Commissioning Board, το Monitor, τον Γραμματέα του Κράτους και το Κέντρο Πληροφοριών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας για τις πληροφορίες που χρειάζονται να έχουν στη διάθεσή τους οι ασθενείς προκειμένου να διευκολυνθούν στις επιλογές τους που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας.

Ο ρόλος των Διοικητικών Συμβουλίων Υγείας και Ευημερίας (Health and Wellbeing Boards) είναι να επιβλέπουν την ποιότητα των τοπικών υπηρεσιών, να αναπτύξουν κοινές στρατηγικές αξιολόγησης των αναγκών και μια κοινή στρατηγική για την υγεία και την ευημερία. Τα διοικητικά συμβούλια πρέπει να επιτρέπουν στα τοπικά HealthWatches τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων ώστε να διασφαλίζεται η δυνατότητα των ασθενών να έχουν λόγο για το NHS. Το όργανο αυτό πρέπει να απαρτίζεται από τουλάχιστον δύο μέλη, μία εγγεγραμμένη νοσοκόμα και ένα γιατρό με εμπειρία στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Ο κύριος ρόλος των τοπικών συμβουλίων είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων δημόσιας υγείας στην περιοχή τους, όπως η παχυσαρκία. Τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας θα βοηθήσουν να συνδεθεί η δουλειά των τοπικών συμβουλίων με αυτή των CCGs.

Το Υπουργείο Υγείας προσδοκά ότι η συντριπτική πλειοψηφία των NHS trusts θα μετατραπεί σε Foundation Trusts μέσα στο 2014. Η νομοθεσία επιτρέπει στο Γραμματέα του Κράτους να καταργήσει όλα τα εναπομείναντα NHS trusts στο μέλλον. Τα Foundation Trusts θα ελέγχονται από Monitor μέχρι το 2016, οπότε οι κυβερνώντες θα είναι σε θέση να τα αναλάβουν.

2.4 Ανακεφαλαίωση

Το 1883 εισήχθη στη Γερμανία από τον Otto Von Bismarck το κοινωνικό σύστημα υγείας, που με τον καιρό διαμορφώθηκε σε ένα εξαιρετικό πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης. Τα έτη που ακολούθησαν ψηφίστηκε μια σειρά από νόμους για την κάλυψη των εργατών, τις αναπηρίες, την ασθένεια, το γήρας και την ανεργία. Κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των νόμων ήταν η υποχρεωτική συμμετοχή των

χαμηλόμισθων στην ασφάλιση, η συσχέτιση του μισθού με τη συμμετοχή στα ευεργετήματα και η χρηματοδότηση του συστήματος μέσω φόρων εισοδήματος που κατανέμεται ισομερώς μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων, ενώ ορισμένες φορές υπάρχει πρόσθετη χρηματοδότηση από το κράτος.

Κατά την περίοδο του τρίτου Ράιχ, η ασφάλιση υγείας επεκτάθηκε στους συνταξιούχους, ενώ το 1942 όλοι οι μισθωτές ανεξαρτήτως επαγγέλματος έχουν ασφάλιση ατυχημάτων. Η μεγάλη οικονομική ανάπτυξη μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, επέτρεψε τη διεύρυνση και την αναμόρφωση του συστήματος υγείας και την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, καλύπτοντας άτομα που ως τότε ήταν ανασφάλιστα ή υποασφαλισμένα, που είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας. Τη δεκαετία του '80 καθιερώθηκε η συμμετοχή των ασθενών σε μια προσπάθεια αποθάρρυνσης της υπερβολικής χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και ελέγχου του κόστους.

Τη δεκαετία του '90 η Γερμανική κυβέρνηση ψήφισε μια σειρά από νόμους για την καλύτερη λειτουργία και τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα των πόρων. Τα ταμεία ασθενείας αύξησαν τη συμμετοχή τους κατά 1%, εφαρμόστηκαν σταθεροί προϋπολογισμοί για τους γιατρούς περιπατητικής φροντίδας, επιβλήθηκαν οικονομικά μέτρα στις φαρμακοβιομηχανίες και μειώθηκαν οι πληρωμές οδοντιατρικών επεμβάσεων. Με το νόμο του 1993 εισήχθησαν οικονομικοί περιορισμοί στους προμηθευτές, αυξήθηκε η συμμετοχή των ασθενών και δόθηκαν κίνητρα για τη συγχώνευση των ταμείων. Ο λειτουργικός ανταγωνισμός αποφασίστηκε με τη μεταρρύθμιση του 1992, αλλά άρχισε να εφαρμόζεται το 1997, όπου πλέον η εγγραφή σε ειδικό ταμείο δεν είναι υποχρεωτική και τα ταμεία μπορούν να ανταγωνίζονται μεταξύ τους, χρεώνοντας το καθένα το δικό του ασφάλιστρο.

Η μεταρρύθμιση του 2000 ενδυνάμωσε το ρόλο του οικογενειακού γιατρού, προσφέροντας οικονομικό bonus σε εκείνους που χρησιμοποιούν τους οικογενειακούς γιατρούς ως gatekeepers που τους παραπέμπουν στις υπηρεσίες των ειδικευμένων γιατρών. Η μεταρρύθμιση του 2003 εισήγαγε τα προγράμματα διαχείρισης ασθενών (DMPs) τόσο για την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, όσο και για να μειώσουν την επιλογή των κινδύνων, αφού οι ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι αντιμετωπίζονται σαν μια ιδιαίτερη κατηγορία του συστήματος αποζημίωσης με βάση τον κίνδυνο. Από το 2004 όλες οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες που εφαρμόζονται στην περιπατητική φροντίδα πρέπει να εκτιμηθούν από

άποψη οφέλους και αποτελεσματικότητας προτού αποζημιωθούν από τα ταμεία ασθενείας.

Από το 2007 έχει δοθεί μεγαλύτερη ελευθερία στα ταμεία ασθενείας ως προς τη σύναψη των συμβολαίων και τη διαπραγμάτευση των τιμών και της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν, παρέχοντας πακέτα υγειονομικής περίθαλψης που ταιριάζουν καλύτερα στον κίνδυνο και το εισόδημα των πληθυσμών που ασφαλίζονται. Οι ασφαλιστικές εταιρείες χρεώνουν χαμηλότερα ασφάλιστρα στους πελάτες που επιλέγουν ένα ολοκληρωμένο σχέδιο φροντίδας που περιλαμβάνει γενικό γιατρό ή ένα συμβόλαιο με μεγάλο ποσό απαλλαγής. Η μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων έχει μεταβληθεί μετά το 2009, από ένα σύστημα σταθερών προϋπολογισμών σε ένα σύστημα που βασίζεται σε ομοειδείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs).

Την τριετία 2010 με 2013, καθιερώθηκε ένα ενιαίο ποσοστό συνεισφοράς που ορίζεται απευθείας από το νόμο, καθορίστηκε το επιπλέον ασφάλιστρο που μπορούν να επιβάλλουν τα ταμεία ασθενείας και η επιχορήγηση που πληρώνεται στα ταμεία με τη μορφή κοινωνικοοικονομικής προσαρμογής για την προστασία των μελών των ταμείων με τα χαμηλότερα εισοδήματα από υπερβολικά οικονομικά βάρη. Το 2013 άρχισε να ισχύει ο “Γενικός Νόμος των Δικαιωμάτων των Ασθενών”, που περιλαμβάνει μέτρα για την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών και ορίζει τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις και τη δεοντολογία που πηγάζει από τη σχέση ανάμεσα στον πάροχο υπηρεσιών υγείας και τον ασθενή.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ανάγκη για την ανάπτυξη οργανωμένης πολιτικής υγείας παρουσιάστηκε το 19^ο αιώνα με τη βιομηχανική επανάσταση και τη μαζική μετακίνηση πληθυσμού από την ύπαιθρο στις πόλεις. Από τότε έγιναν κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες, οι κυριότερες από τις οποίες ήταν ο “νόμος 4-3-2” για συντάξεις και αποζημιώσεις και ο νόμος σύμφωνα με τον οποίο όλοι οι χαμηλόμισθοι δικαιούνταν δωρεάν θεραπεία από γενικούς γιατρούς και δωρεάν θεραπεία φυματίωσης, που εισήχθησαν από το Lloyd George και αποτέλεσαν μια πρώτη μορφή κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα.

Η έκθεση του Λόρδου Dawson το 1920 αποτέλεσε τον προάγγελο της έκθεσης του Beveridge το 1942 για μια κεντρικά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που θα αναλάμβανε την προστασία ολόκληρου του πληθυσμού της χώρας από τους κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας και του γήρατος. Έτσι, το 1948 δημιουργήθηκε του Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), στο οποίο η χρηματοδότηση θα βασιζόταν σχεδόν

100% από τη γενική φορολογία. Οι βασικές αρχές του NHS ήταν η δωρεάν παροχή ιατρικής φροντίδας (στο σημείο παροχής), η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας και η αναβάθμιση του ρόλου του γενικού γιατρού που ασκεί πλέον χρέη πυλωρού του συστήματος, καθοδηγώντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης.

Η περίοδος που ακολούθησε έως τα τέλη της δεκαετίας του '70 χαρακτηρίστηκε από διάφορες προσπάθειες για το σχεδιασμό του συστήματος. Το Υπουργείο διαιρέθηκε σε Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health) και σε Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (Ministry of Social Service). Οι δεκατέσσερις μεγάλες περιοχές της χώρας χωρίστηκαν σε ενενήντα μικρότερες, γεγονός που διευκόλυνε την αποκέντρωση.

Κατά την περίοδο της διακυβέρνησης της Thatcher, φιλελευθεροποιήθηκε στο έπακρο η βρετανική οικονομία και περιορίστηκε το κράτος πρόνοιας. Ενισχύθηκε η ιδιωτική ιατρική και πολλές πράξεις υγείας καλύπτονταν με αμοιβή. Ο αριθμός των διευθυντών γιατρών αυξήθηκε, ενώ ελαττώθηκε ο αριθμός των ασκούμενων. Ιδρύθηκε το σώμα των managers που οδήγησε σε σημαντική αύξηση των λειτουργικών εξόδων του NHS και δημιουργήθηκε η εσωτερική αγορά, που εισήγαγε το διαχωρισμό της αγοράς και χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας από την παροχή της, καθώς επίσης και στοιχεία ανταγωνισμού για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων. Μια σημαντική αλλαγή ήταν, επίσης, η δημιουργία του NHS 2000 "Trust", δηλαδή η μεταβολή των μεγάλων νοσοκομείων σε επιχειρήσεις. Τέλος, καταργήθηκαν οι Υγειονομικές Περιφέρειες (RHAs) και οι Τοπικές Αρχές και αντικαταστάθηκαν από 192 Υγειονομικές Επαρχίες (DHAs). Με τη μεταρρύθμιση του 1991 οι γενικοί γιατροί απέκτησαν δικό τους προϋπολογισμό (GP Fund holders) και τα NHS Trusts υποχρεώθηκαν να ανταγωνίζονται μεταξύ τους, χρησιμοποιώντας μεθόδους αποτελεσματικού management, δίνοντας έμφαση στις ξενοδοχειακές υποδομές και αναπτύσσοντας αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας για να έχουν ανταγωνιστικές τιμές.

Όταν ανήλθε στην εξουσία ο Tony Blair, κατήργησε την εσωτερική αγορά και προέβη σε διάφορες ενέργειες για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Με τη μεταρρύθμιση του 1999 καταργήθηκαν οι GP Fund holders και εισήχθη ο θεσμός των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCGs), που είχαν την ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού της περιοχής τους και την κατάρτιση προϋπολογισμού των υπηρεσιών υγείας. Οι DHAs μετονομάστηκαν σε Υγειονομικές Αρχές (HAs).

Την περίοδο 2002 έως 2013 έγιναν αρκετές αλλαγές και αναδιαρθρώσεις του NHS. Οι Υγειονομικές Αρχές (HAs) μετατράπηκαν σε 28 Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (SHAs), καθιερώθηκε η πληρωμή με βάση το αποτέλεσμα και εισήχθη η Foundation Trusts (FT), που είχε μεγαλύτερη αυτονομία και έλεγχο στους προϋπολογισμούς. Το 2008, ο Alan Johnson έστρεψε την προσοχή του στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και το 2009 δημοσιεύτηκε το Καταστατικό του NHS, που ορίζει τις αρχές και τις αξίες του NHS, τα δικαιώματα και τις ευθύνες των ασθενών, των πολιτών και του προσωπικού του.

Όταν ανήλθε στην εξουσία ο David Cameron, δημοσίευσε τη Λευκή Βίβλο η οποία διατηρεί τις βασικές αρχές του NHS και φιλοδοξεί να το βελτιώσει προκειμένου να γίνει το καλύτερο σε όλο τον κόσμο. Οι ασθενείς αποτελούν προτεραιότητα του συστήματος υγείας, έχουν εύκολη πρόσβαση, δίνεται έμφαση στα κλινικά αποτελέσματα και ενδυναμώνεται ο ρόλος των γιατρών.

Την 1^η Απριλίου 2013, λαμβάνει χώρα μεγάλη αναδιάρθρωση του NHS. Οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCGs) και οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (SHAs) αντικαθίστανται από το NHS Commissioning Board και 212 Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης (CCGs). Οι δύο βασικοί ρυθμιστές του συστήματος είναι ο Monitor, που επιβλέπει τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και διασφαλίζει ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ τους λειτουργεί προς όφελος των ασθενών και η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (CQC) που ενεργεί ως επιθεωρητής για την τήρηση των επιπέδων ασφάλειας και ποιότητας. Άλλοι οργανισμοί που ιδρύονται με τη μεταρρύθμιση του 2013 είναι η Δημόσια Υγείας της Αγγλίας, η HealthWatch και τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

3.1 Εισαγωγή

Η εντυπωσιακή ανάπτυξη των συστημάτων υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας τη μεταπολεμική περίοδο, οδήγησε τις συνολικές δαπάνες υγείας σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, καθώς το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η γενικότερη κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέονται μεταξύ τους.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες, τις ιατρικές, τις νοσοκομειακές και τις φαρμακευτικές. Οι ιατρικές περιλαμβάνουν τις αμοιβές γιατρών, οδοντιάτρων, φυσικοθεραπευτών, τις δαπάνες για εργαστηριακές, ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις και για διάφορες θεραπείες όπως π.χ. λουτροθεραπείες. Οι νοσοκομειακές περιλαμβάνουν τις δαπάνες για νοσηλεία, επεμβάσεις, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις και δαπάνες για φάρμακα. Οι φαρμακευτικές περιλαμβάνουν τις δαπάνες για φάρμακα και πρόσθετη περίθαλψη (οπτικά, ορθοπεδικά κ.τ.λ.). Άλλες δαπάνες είναι για τη δημόσια υγεία, την πρόληψη και αγωγή υγείας, για έρευνα, διοικητικές δαπάνες κ.τ.λ.⁶³

Η συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου μέχρι το 2009 οφείλεται κυρίως στην αύξηση της προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας, στη βελτίωση της αμοιβής των παραγωγικών συντελεστών και σε μια σειρά κοινωνικών, πολιτισμικών και δημογραφικών παραγόντων. Η μείωση των δαπανών μετά το 2009, οφείλεται στην οικονομική κρίση και την προσπάθεια περικοπής του δημοσιονομικού ελλείμματος. Οι δαπάνες υγείας μπορούν να μετρηθούν είτε ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, είτε σε δολάρια ΗΠΑ εκφρασμένα σε μονάδες αγοραστικής δύναμης. (Purchasing Power Parities, PPPs).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, γίνεται μια σύγκριση των δαπανών υγείας της Γερμανίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και άλλων χωρών του ΟΟΣΑ. Στο πρώτο μέρος

⁶³ Μ. Θεοδώρου *et.al.* (2001)

του κεφαλαίου, γίνεται μια ανάλυση της διαχρονικής εξέλιξης των δαπανών υγείας στις δύο χώρες μέχρι το 2009 και των σημαντικότερων παραγόντων που οδήγησαν στην αύξηση των δαπανών. Στη συνέχεια γίνεται μια σύγκριση των συνολικών κατά κεφαλή δαπανών, των δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ, της διάρθρωσης των τρεχουσών δαπανών υγείας ανά κατηγορία και των φαρμακευτικών δαπανών τόσο μεταξύ των δύο χωρών όσο και με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Τέλος, γίνεται μια ανάλυση του τρόπου αμοιβής των γιατρών στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο και μια σύγκριση των αμοιβών των γιατρών και των νοσηλευτών σε σχέση με το μέσο μισθό σε διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ.

3.2 Εξέλιξη των δαπανών υγείας σε Ηνωμένο Βασίλειο και Γερμανία την περίοδο 1960 – 2009

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-Operation and Development), οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έχουν αυξηθεί τα τελευταία πενήντα (1960-2009) χρόνια για τις περισσότερες χώρες παγκοσμίως⁶⁴. Αυτή την τάση στην αύξηση των δαπανών ακολούθησαν το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.1.

Οι συνολικές (ατομικές και συλλογικές) δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν στη Γερμανία από 5,71% το 1970 σε 11,32% το 2009, παρουσιάζοντας μια συνεχή ανοδική πορεία όλα αυτά τα έτη, με εξαίρεση την πενταετία 1985-1990 που σημειώθηκε μια μικρή μείωση των δαπανών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνονταν συνεχώς κατά τη διάρκεια των ετών αυτών και έφτασαν από 3,76% το 1960 σε 9,35% το 2009. Όπως φαίνεται στον πίνακα, από το 1970 έως και το 2009, οι δαπάνες υγείας της Γερμανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν συνεχώς περισσότερες σε σχέση με του Ηνωμένου Βασιλείου.

⁶⁴ http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_308689.pdf

Πίνακας 3.1

Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, μεταξύ 1960 και 2009 στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο

Έτος	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Χώρα											
Γερμανία	5,7127	8,0168	8,0977	8,4812	8,0305	9,7216	9,9901	10,3974	11,3233
Ηνωμένο Βασίλειο	3,758	3,8607	4,1575	5,0447	5,2782	5,4169	5,4583	6,3872	6,6716	7,8898	9,3481

Πηγή: O.E.C.D.

Η αύξηση των δαπανών υγείας οφείλεται στην αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της αμοιβής των παραγωγικών συντελεστών. Αναλυτικά, οι παράγοντες που οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας είναι⁶⁵:

Δημογραφικοί παράγοντες

Η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού αλλάζει λόγω μείωσης του δείκτη γονιμότητας και βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.2, ο δείκτης γονιμότητας στη Γερμανία είχε μια συνεχή καθοδική πορεία κατά τη διάρκεια των 50 ετών, παρουσιάζοντας μια μείωση από 2,4 παιδιά ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 το 1960 σε 1,4 παιδιά το 2010. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο αριθμός των παιδιών ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 το 1960 ήταν 2,7 και παρουσίαζε μια συνεχή μείωση μέχρι το 2000 που έφτασε σε 1,6 παιδιά ανά γυναίκα. Ωστόσο, την τελευταία δεκαετία αυξήθηκε λίγο φτάνοντας τα 2 παιδιά.

Πίνακας 3.2

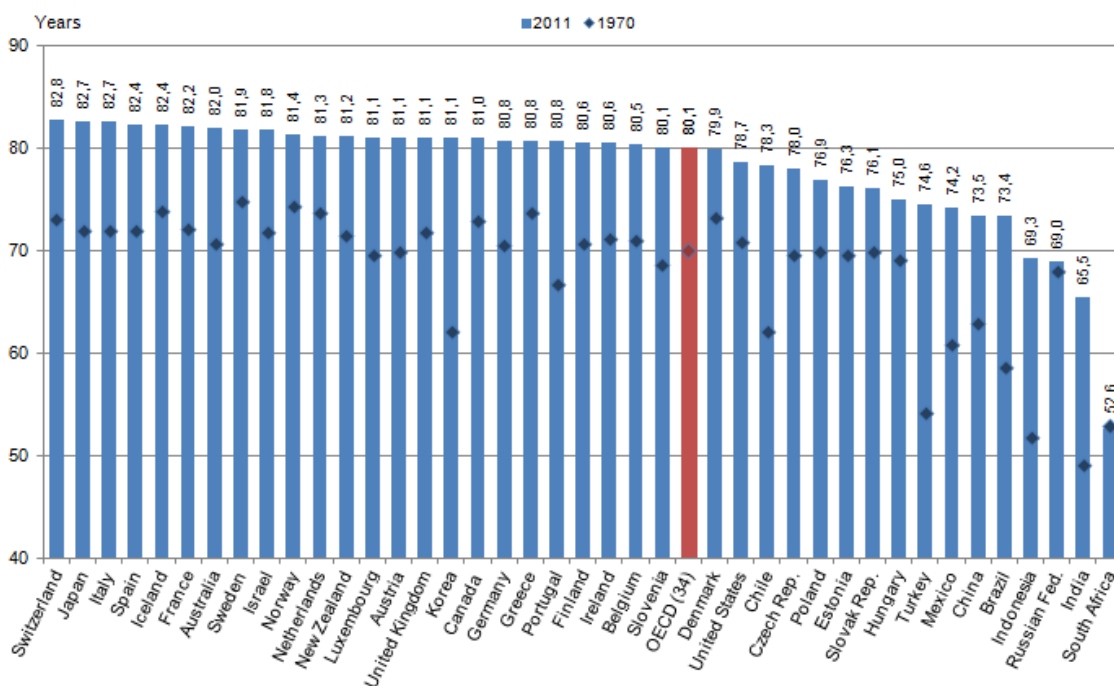
Δείκτης γονιμότητας, αριθμός παιδιών ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 ετών, μεταξύ 1960 και 2010 στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο

	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Γερμανία	2,4	2,0	1,6	1,5	1,4	1,4
Ηνωμένο Βασίλειο	2,7	2,4	1,9	1,8	1,6	2,0

Πηγή: Eurostat Statistics Database

⁶⁵ M. Θεοδώρου *et.al.* (2001)

Στο Διάγραμμα 3.1 φαίνεται η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση στις δύο χώρες από το 1970 στο 2011. Στη Γερμανία, το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε από 71 έτη το 1970 σε 80,8 έτη το 2011 και στο Ηνωμένο Βασίλειο από 73 έτη το 1970, σε 81,1 έτη το 2011, δηλαδή αυξήθηκε και στις δύο περίπου κατά μια δεκαετία.



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.1

Διαγραμματική απεικόνιση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση (1970-2011)

Το αποτέλεσμα είναι μια συνεχώς αυξανόμενη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, που αυξάνει τη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα και ασκεί πιέσεις στις δημόσιες δαπάνες. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.3, τα άτομα άνω των 65 ετών αυξήθηκαν στη Γερμανία από 10,8% το 1960 σε 20,6 το 2010, δηλαδή σχεδόν διπλασιάστηκαν. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκαν από 11,7% το 1960 σε 15,8% το 2010.

Πίνακας 3.3

Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω, μεταξύ 1960 και 2010 στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο

	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Γερμανία	10,8	13,1	15,5	15,5	16,4	20,6
Ηνωμένο Βασίλειο	11,7	13	15	15,7	15,8	15,8

Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Τα άτομα άνω των 65 ετών, όμως, στοιχίζουν στις υπηρεσίες υγείας των ανεπτυγμένων χωρών κατά μέσο όρο τέσσερις φορές περισσότερο από ότι τα άτομα 15-65 ετών, ενώ για τα άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, το κόστος είναι από 6 έως 10 φορές μεγαλύτερο⁶⁶. Τη δεκαετία του '80 είχε υπολογιστεί ότι για να διατηρηθεί σταθερό το επίπεδο παρεχόμενων φροντίδων στους ηλικιωμένους της Μεγάλης Βρετανίας έπρεπε να αυξάνονται οι πόροι του NHS κατά 1% το χρόνο σε σταθερές τιμές⁶⁷.

Το φύλο αλλά κυρίως η διάρθρωση και το μέγεθος της οικογένειας παίζουν καθοριστικό ρόλο στο συνολικό όγκο των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνονται. Τα μέλη των ολιγομελών οικογενειών προσφεύγουν συχνότερα στο σύστημα υγείας σε σχέση με εκείνα των πολυμελών οικογενειών. Από το 1960 έως σήμερα, τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο όσο και στη Γερμανία, παρατηρείται μια συνεχής μείωση του αριθμού των πολυμελών οικογενειών και αντικατάστασή τους με ολιγομελείς, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Επιδημιολογικοί παράγοντες

Το επιδημιολογικό πρότυπο έχει μεταβληθεί σημαντικά με το πέρασμα των χρόνων. Στο παρελθόν, οι κυριότερες αιτίες θανάτου στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γερμανία, όπως και σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, ήταν οι μολυσματικές ασθένειες, όπως π.χ. η φυματίωση και η πανούκλα.

⁶⁶ Abel-Smith (1994)

⁶⁷ Butler and Vaile (1984)

Τα τελευταία χρόνια, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής (κάπνισμα, επιβλαβής κατανάλωση οινοπνεύματος, έλλειψη σωματικής άσκησης και παχυσαρκία κ.τ.λ.) και του νέου καταναλωτικού προτύπου, κυριαρχούν ολοένα και περισσότερο τα χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα, τα ατυχήματα και ασθένειες όπως το AIDS. Στη Γερμανία οι τρεις πιο συχνά εμφανιζόμενες παθήσεις στις οποίες δαπανώνται τα περισσότερα χρήματα είναι οι καρδιοπάθειες, τα νεοπλάσματα και οι ψυχικές νόσοι. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, την πρώτη θέση έχουν τα ψυχικά νοσήματα και ακολουθούν τα κυκλοφοριακά και ο καρκίνος⁶⁸. Ο αριθμός των Γερμανών που έπασχαν από HIV/AIDS το 2009 ήταν 67.000, ενώ ο αριθμός των Βρετανών ήταν αρκετά μεγαλύτερος και έφτανε τις 85.000 το ίδιο έτος⁶⁹.

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής αυξάνει τη συνεπαγόμενη επιβάρυνση από τις χρόνιες ασθένειες, καθώς οι άνθρωποι αυτοί θα ζήσουν πολλά από αυτά τα επιπλέον έτη υποφέροντας από κάποια χρόνια πάθηση, όπως ο διαβήτης. Επιπλέον, ένα μεγάλο μέρος των ανθρώπων ηλικίας 85 ετών και άνω πάσχουν από άνοια⁷⁰.

Έτσι, ενώ παλαιότερα η ανακάλυψη και χρήση των αντιβιοτικών, των σουλφαμίδων και της πενικιλίνης, είχε άμεσα και σαφή θεραπευτικά αποτελέσματα, σήμερα με τα χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα επιτυγχάνεται απλά μια επιβράδυνση της νόσου. Αυτή η κατάσταση σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού οδηγεί στην αύξηση του ύψους αλλά και στην αλλαγή του είδους των απαιτούμενων υπηρεσιών υγείας.

Οικονομικοί παράγοντες

Η συνεχής διεύρυνση και επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία, ιδιαίτερα μετά το 2009 που έγινε υποχρεωτική για όλους τους Γερμανούς αλλά και τους μόνιμους κατοίκους της χώρας, οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης είναι δωρεάν στο σημείο παροχής, οπότε δεν λειτουργεί ο αποτρεπτικός μηχανισμός των τιμών.

Επιπλέον, η συνεχής βελτίωση του ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος τις τελευταίες δεκαετίες και η αντίστοιχη άνοδος του βιοτικού επιπέδου στη Γερμανία και

⁶⁸ O.E.C.D. (2011)

⁶⁹ http://www.indexmundi.com/germany/demographics_profile.html και http://www.indexmundi.com/united_kingdom/demographics_profile.html

⁷⁰ Υγεία με μια ματιά (2013)

το Ηνωμένο Βασίλειο οδήγησαν στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και εκτός κοινωνικής ασφάλισης, αυξάνοντας έτσι το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης. Όσον αφορά τους ανέργους που είναι συνήθως πιο ευάλωτοι στις ασθένειες, και οι δύο χώρες λαμβάνουν ολοένα και περισσότερα μέτρα με το πέρασμα των ετών προκειμένου να έχουν πρόσβαση και τη δυνατότητα να καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας.

Ψυχο-κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες

Η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου, η επαγγελματική αποκατάσταση και η πρόοδος της ιατρικής αυξάνουν τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των ατόμων. Οι κοινωνικές μεταβολές των τελευταίων ετών οδήγησαν στην εγκατάλειψη των παραδοσιακών μηχανισμών περίθαλψης μέσω της οικογένειας και της κοινότητας και στην αναζήτηση θεραπειών στη συμβατική ιατρική, με συνέπεια την ολοένα και μεγαλύτερη εξάρτηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Αύξηση της διαθεσιμότητας και βελτίωση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας

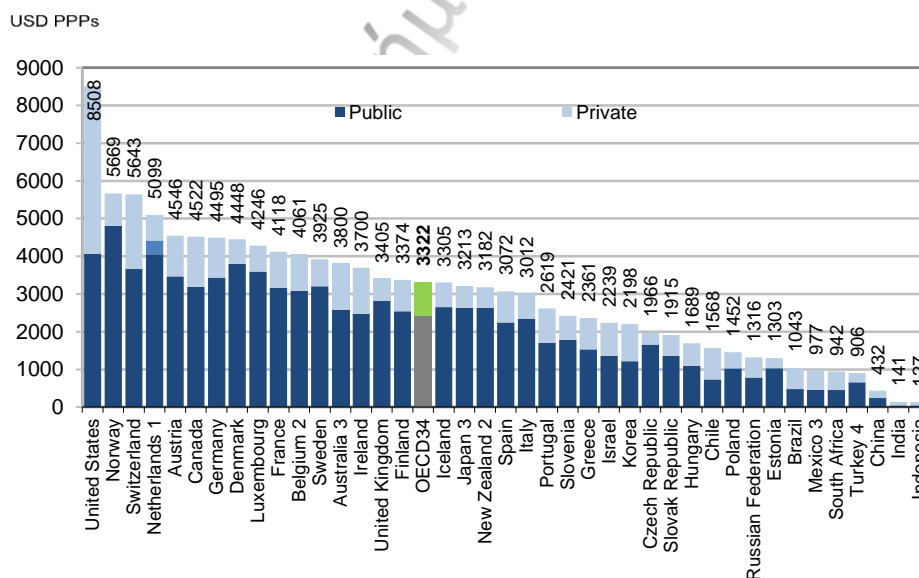
Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια επέκταση και διεύρυνση του υγειονομικού τομέα και στις δύο χώρες, με περισσότερους γιατρούς, περισσότερες νοσοκομειακές κλίνες και θεραπευτικά κέντρα, περισσότερα φάρμακα κ.τ.λ. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με την επέκταση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στο σύστημα υγείας, συντέλεσαν στη σημαντική επιβάρυνση των υγειονομικών δαπανών, καθώς απαιτούνται υψηλές κεφαλαιουχικές δαπάνες και υψηλό κόστος συντήρησης και λειτουργίας.

Η βελτίωση της πρόσβασης έχει επιτευχθεί με μια σειρά από μέτρα που έχουν ληφθεί για τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων. Το 2001 στη Γερμανία, το ομοσπονδιακό κέντρο για εκπαίδευση της υγείας (Federal Center for Health Education) εγκαινίασε ένα δίκτυο 53 ιδρυμάτων που σχετίζονται με την υγεία (ταμεία ασθενείας και τους οργανισμούς τους) για τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο με τη Δράση 2012 (Act 2012), ιδρύθηκε ένα νέο σώμα η Δημόσια Υγεία της Αγγλίας (Public Health England) για να υποστηρίξει τις λειτουργίες της

δημόσιας υγείας των τοπικών αρχών, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία⁷¹.

3.3 Σύγκριση των συνολικών κατά κεφαλή δαπανών υγείας σε Γερμανία και Ηνωμένο Βασίλειο

Τα συνολικά έξοδα για την υγεία μετράνε την τελική κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας (τρέχουσα δαπάνη υγείας), όπως επίσης και τις επενδύσεις κεφαλαίων σε υποδομές υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνουν τις δαπάνες τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών πηγών χρηματοδότησης σε ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, δημόσια υγεία και προγράμματα πρόληψης και σε έξοδα διοίκησης. Προκειμένου να είναι εφικτή η σύγκριση των δαπανών μεταξύ των διαφορετικών χωρών, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας της κάθε χώρας μετατρέπονται σε δολάριο ΗΠΑ και προσαρμόζονται για να λάβουν υπόψη τους τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη των εθνικών νομισμάτων⁷². Το Διάγραμμα 3.2 απεικονίζει τις συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία σε 34 χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή: OECD Health Statistics 2013, WHO Global Health Expenditure Database

Διάγραμμα 3.2

Διαγραμματική απεικόνιση των συνολικών κατά κεφαλήν δαπανών υγείας (2011)

⁷¹ <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

⁷² <http://www.oecd-ilibrary.org/>

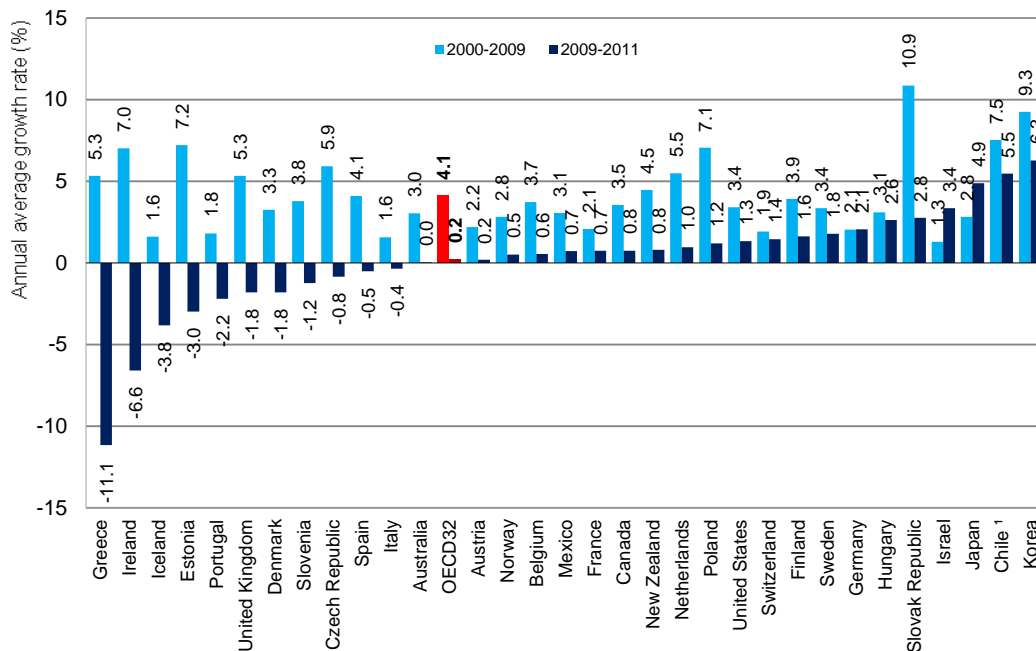
Όπως φαίνεται από το διάγραμμα, οι συνολικές κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ το 2011 είναι \$3.322 (περίπου \$2.500 δημόσιες και οι υπόλοιπες ιδιωτικές). Η Γερμανία έχει από τις υψηλότερες δαπάνες στις χώρες της Ευρώπης, μετά τη Νορβηγία, την Ελβετία, την Ολλανδία και την Αυστρία και παγκοσμίως, μετά τις ΗΠΑ και τον Καναδά. Το ύψος των κατά κεφαλή δαπανών της είναι ίσο με \$4.495, από τις οποίες οι \$3.500 περίπου είναι δημόσιες και οι υπόλοιπες ιδιωτικές. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει χαμηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες από την Γερμανία, οι οποίες ανέρχονται σε \$3.405, αλλά είναι υψηλότερες κατά \$83 από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

Η αναλογία των δημόσιων σε σχέση με τις ιδιωτικές δαπάνες είναι μεγαλύτερη για το Ηνωμένο Βασίλειο (85%), όπου η κάλυψη από το NHS είναι καθολική, συγκριτικά με τη Γερμανία (78%), όπου κάποιες κατηγορίες ατόμων δεν έχουν το δικαίωμα ή μπορούν να επιλέξουν να μην ασφαλιστούν στο δημόσιο σύστημα ασφάλισης SHI. Η αντίστοιχη αναλογία του μέσου όρου των χωρών του ΟΕCD είναι περίπου 72%.

Σε γενικές γραμμές, όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ διαθέτουν καθολική (ή σχεδόν καθολική) κάλυψη υγείας για μια βασική δέσμη υπηρεσιών και αγαθών υγείας, με εξαίρεση το Μεξικό και τις Ηνωμένες Πολιτείες, αν και το εύρος και ο βαθμός κάλυψης ποικίλλει. Κατά μέσο όρο, το 20% των δαπανών υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ το 2011 καταβάλλεται απευθείας από τους ασθενείς. Περίπου το 19% των ιδιωτικών ιατρικών δαπανών αφορούσε την οδοντιατρική φροντίδα και το 12% γυαλιά οράσεως, βοηθήματα ακοής και άλλες συσκευές πρόσθετης περίθαλψης.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.3, κατά μέσο όρο στον ΟΟΣΑ οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 4,1% ετησίως σε πραγματικούς όρους κατά την περίοδο 2000-2009. Όμως ο ρυθμός αυτός επιβραδύνθηκε στο 0,2% το 2009-2010 και το 2010-2011 λόγω της μείωσης των δαπανών για την υγεία σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα στην Ευρώπη, σε μια προσπάθεια περικοπής του δημοσιονομικού ελλείμματος και του δημόσιου χρέους. Στις χώρες εκτός της Ευρώπης οι δαπάνες για την υγεία συνέχισαν την ανοδική τους πορεία, αν και με μειωμένο ρυθμό σε πολλές από αυτές⁷³.

⁷³ Υγεία με μια ματιά 2013



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.3

Διαγραμματική απεικόνιση του μέσου ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης των δαπανών υγείας τα έτη 2000-2009 και 2010-2011

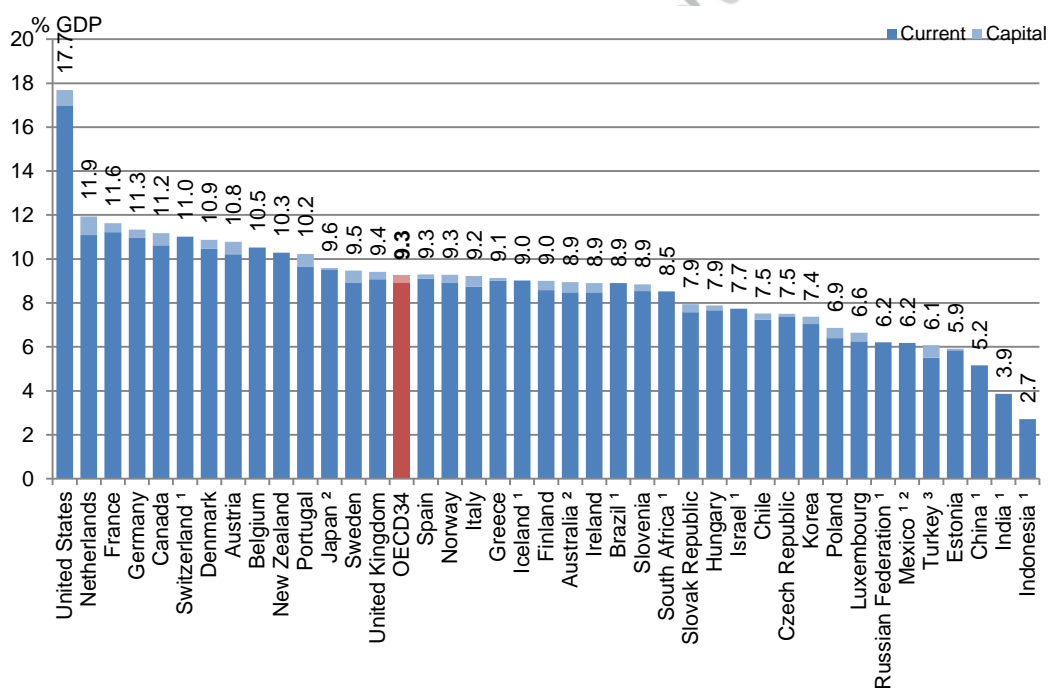
Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν ετήσια κατά μέσο όρο αύξηση το διάστημα 2000-2009 ίση με 5,3% σε πραγματικούς όρους, που ήταν από τις υψηλότερες των χωρών του ΟΟΣΑ. Τη διετία, όμως, 2009-2011, ήταν από τις λίγες χώρες που ο ρυθμός αύξησης των δαπανών ήταν αρνητικός (-1,8%). Στη Γερμανία, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά μέσο όρο το διάστημα 2000-2009 μόνο 2,1% σε πραγματικούς όρους και η αύξηση αυτή παρέμεινε σταθερή και τα επόμενα δύο έτη. Αποτελεί τη μοναδική χώρα από τις 34 του ΟΟΣΑ που διατήρησε σταθερή την κατά μέσο όρο αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών το διάστημα 2009-2011 σε σχέση με τα προηγούμενα δέκα έτη.

3.4 Σύγκριση των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Gross Domestic Product, GDP) περιλαμβάνει την τελική κατανάλωση, τις ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου και τις καθαρές

εξαγωγές. Η τελική κατανάλωση των νοικοκυριών περιλαμβάνει τα αγαθά και τις υπηρεσίες που καταναλώνονται από τα νοικοκυριά ή από την κοινότητα για την ικανοποίηση των ατομικών τους αναγκών. Περιλαμβάνει τα έξοδα τελικής κατανάλωσης των νοικοκυριών, της κεντρικής κυβέρνησης και των μη κερδοσκοπικών οργανισμών που εξυπηρετούν τα νοικοκυριά.

Οι αλλαγές στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι το αποτέλεσμα τόσο των διακυμάνσεων στο μέγεθος των δαπανών υγείας όσο και στη γενικότερη ανάπτυξη της οικονομίας. Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008, αποτέλεσε το τέλος μιας μεγάλης περιόδου κατά τη διάρκεια της οποίας οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν με ρυθμούς ταχύτερους από άλλους κλάδους παραγωγής αλλά και από το ΑΕΠ αρκετών χωρών του ΟΟΣΑ⁷⁴.



Πηγή: OECD Health Statistics 2013, WHO Global Health Expenditure Database.

Διάγραμμα 3.4

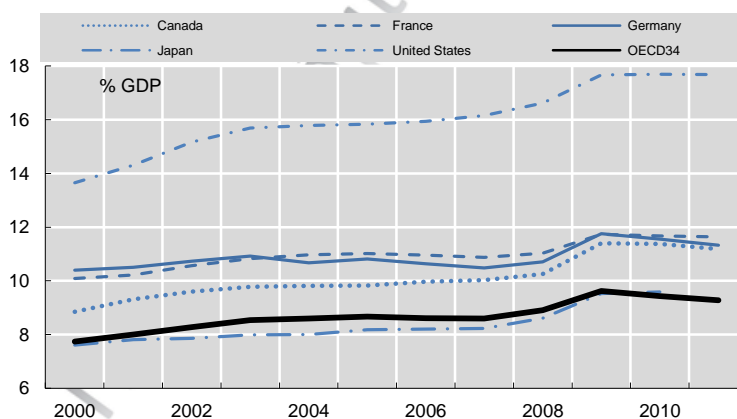
Διαγραμματική απεικόνιση δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (2011)

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.4 οι δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ, διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Ο μέσος όρος δαπανών υγείας των χωρών

⁷⁴ <http://www.oecd-ilibrary.org/>

του ΟΟΣΑ αντιστοιχεί το 2011 στο 9,3% του ΑΕΠ. Το 8,9% αφορά την τρέχουσα και το 0,4% την κεφαλαιουχική δαπάνη. Η Γερμανία βρίσκεται στην τέταρτη κατά σειρά θέση, μετά τις ΗΠΑ, την Ολλανδία και τη Γαλλία, με τις δαπάνες υγείας να φτάνουν το 11.3% του ΑΕΠ, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο καταλαμβάνει τη δέκατη τέταρτη θέση, ξεπερνώντας κατά μόλις 0,1% το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Και στις δύο χώρες, το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών αφορά την τρέχουσα κατανάλωση, ενώ μόνο το 0,2% περίπου σχετίζεται με τις κεφαλαιουχικές δαπάνες.

Το Διάγραμμα 3.5 απεικονίζει την εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε πέντε επιλεγμένες χώρες από τις G7, τον Καναδά, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιαπωνία και τις ΗΠΑ, όπως και το μέσο όρο των 34 χωρών του ΟΟΣΑ. Είναι φανερό ότι η αναλογία των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είχε μια ανοδική πορεία, με μικρές διακυμάνσεις, μεταξύ των ετών 2000-2009 τόσο για τη Γερμανία όσο και για τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Το 2009 οι δαπάνες έφτασαν στο μέγιστο επίπεδο. Τη διετία 2008-2009, παρόλο που η γενικότερη οικονομική κατάσταση χειροτέρευσε με ραγδαίους ρυθμούς, οι δαπάνες για την υγεία συνέχιζαν να αυξάνονται ή παρέμειναν σταθερές σε αρκετές χώρες.



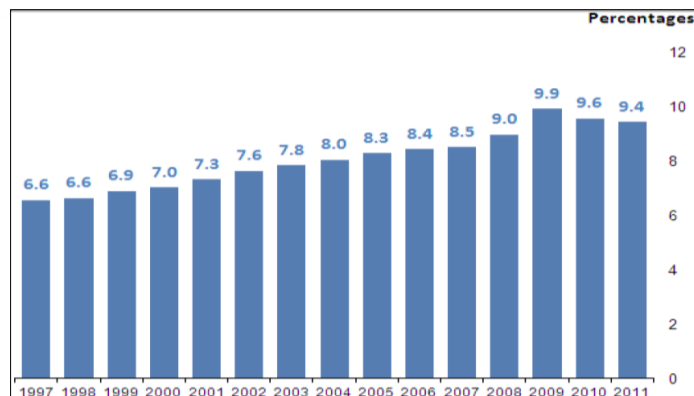
Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.5

Διαγραμματική απεικόνιση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ την περίοδο 2000-2011, σε επιλεγμένες χώρες από τις G7

Το Διάγραμμα 3.6 απεικονίζει την εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στο Ηνωμένο Βασίλειο, που αυξάνεται σταδιακά από 6,6% το 1997 σε 9,9 το 2011 και στη συνέχεια πέφτει στο 9,4%, ακολουθώντας την ίδια πορεία με τη Γερμανία

και τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 3.6). Τα έτη 2008 και 2009 σημειώνονται οι μεγαλύτερες αυξήσεις της τάξεως του 0,5% και 0,9% αντίστοιχα, παρόλο που το ΑΕΠ στη χώρα μειώθηκε⁷⁵.



Πηγή: http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_308689.pdf

Διάγραμμα 3.6

Διαγραμματική απεικόνιση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ την περίοδο 1997-2011, στο Ηνωμένο Βασίλειο

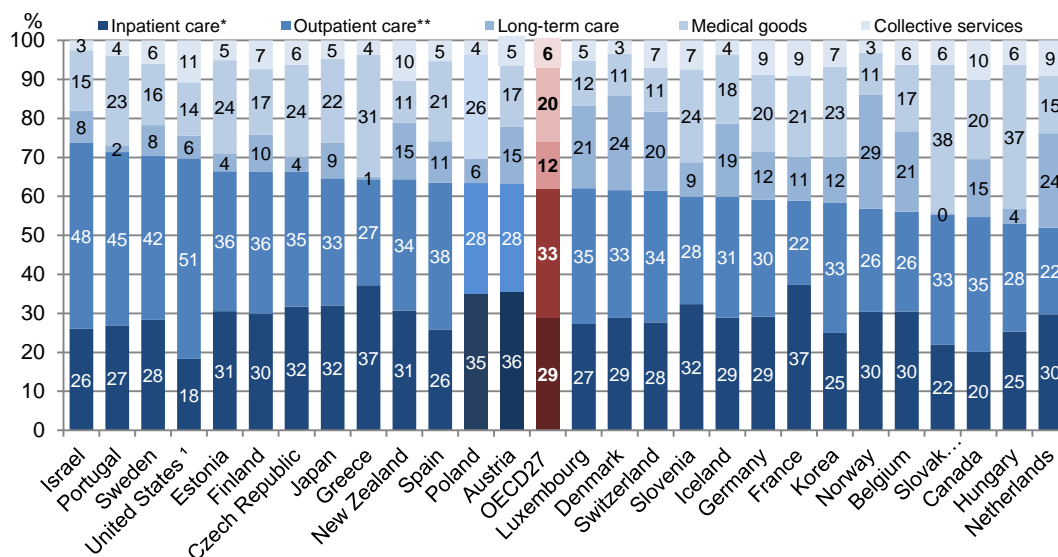
Η προσπάθεια μείωσης των δημόσιων ελλειμμάτων και η μείωση των εισοδημάτων σε αρκετές χώρες από το 2009 είχαν σαν αποτέλεσμα, το 2010 και το 2011, το ΑΕΠ (σε τρέχουσες τιμές) να αυξηθεί με ταχύτερο ρυθμό από ότι οι δαπάνες υγείας, οπότε οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν. Όπως φαίνεται στα ανωτέρω διαγράμματα, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν μετά το 2009 στη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και στις περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ ή παρέμειναν σταθερές (όπως π.χ. στη Γαλλία και τις ΗΠΑ). Εξάιρεση αποτελεί η Ιαπωνία, όπου οι δαπάνες αυξήθηκαν και για πρώτη φορά ξεπέρασαν το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Όλα τα έτη οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Γερμανίας είναι αρκετά υψηλότερες από του Ηνωμένου Βασιλείου, αλλά από του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.

⁷⁵ http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_308689.pdf

3.5 Σύγκριση της διάρθρωσης των τρεχουσών δαπανών υγείας ανά κατηγορία στη Γερμανία και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ

Οι τρέχουσες δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν την προσωπική φροντίδα υγείας (θεραπευτική, μακροχρόνια και φροντίδα αποκατάστασης, βοηθητικές υπηρεσίες και ιατρικά προϊόντα) και συλλογικές υπηρεσίες (υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας, όπως επίσης και διοίκηση της υγείας). Η θεραπευτική φροντίδα, η φροντίδα αποκατάστασης και η μακροχρόνια μπορούν να ταξινομηθούν σε ενδονοσοκομειακή, φροντίδα μιας ημέρας, εξωνοσοκομειακή και φροντίδα στο σπίτι. Όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα, ως δαπάνη υγείας λογίζεται μόνο η ιατρική πλευρά και όχι η κοινωνική.

Στο Διάγραμμα 3.7 απεικονίζονται οι τρέχουσες δαπάνες υγείας ανά κατηγορία το 2011, στη Γερμανία και άλλες 26 χώρες του ΟΟΣΑ, δηλαδή οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή φροντίδα (θεραπευτική και φροντίδα αποκατάστασης σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ή για φροντίδα μιας ημέρας), εξωνοσοκομειακή (περιλαμβάνει τη φροντίδα στο σπίτι και βοηθητικές υπηρεσίες), μακροχρόνια φροντίδα, ιατρικά προϊόντα και συλλογικές υπηρεσίες⁷⁶.



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.7

Διαγραμματική απεικόνιση τρεχουσών δαπανών υγείας ανά κατηγορία το 2011

⁷⁶ <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/>

Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα αποτελούν τη μεγαλύτερη αναλογία των δαπανών υγείας για τις 27 χώρες του ΟΟΣΑ που είναι συνολικά 62% το 2011. Το 20% διατίθεται σε ιατρικά προϊόντα (το 17% το αποτελούν φαρμακευτικά προϊόντα), το 12% σε μακροχρόνια φροντίδα και το υπόλοιπο 6% σε συλλογικές υπηρεσίες.

Στη Γερμανία το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης που αντιστοιχούσε σε 30% το 2011 προοριζόταν για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, αν και σε σχέση με τις περισσότερες χώρες το ποσοστό αυτό ήταν σχετικά μικρό. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις υπόλοιπες χώρες κυμαίνονται από 22% στην Ολλανδία και τη Γαλλία έως 51% στις ΗΠΑ. Η αμέσως επόμενη σε σειρά μεγέθους κατηγορία δαπανών είναι η ενδονοσοκομειακή φροντίδα (συμπεριλαμβανομένης της ημερήσιας φροντίδας σε νοσοκομεία) με ποσοστό 29%, που είναι ακριβώς ίδιο με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα η διακύμανση μεταξύ των χωρών είναι μικρότερη, από 18% στις ΗΠΑ έως 37% στην Ελλάδα και τη Γαλλία, οπότε η Γερμανία βρίσκεται κάπου στη μέση.

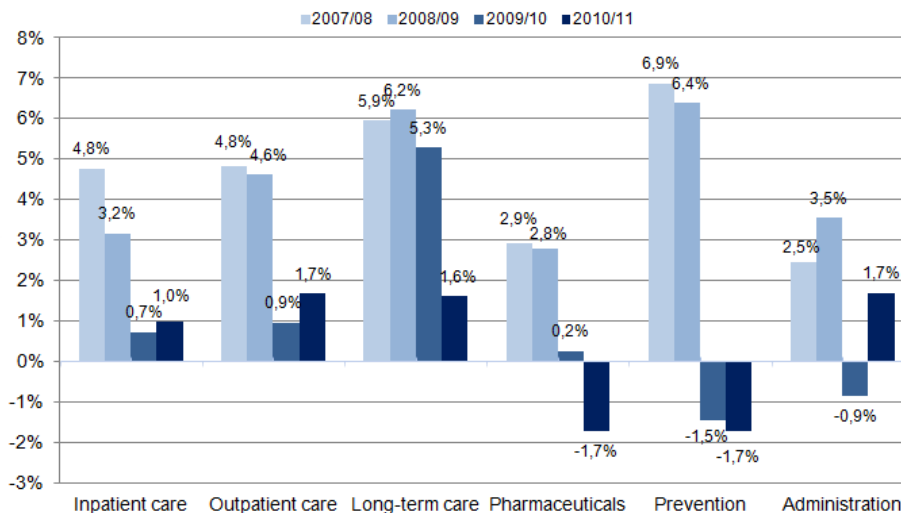
Όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, ορισμένες χώρες όπως η Νορβηγία, η Δανία και η Ολλανδία που έχουν υιοθετήσει επίσημες ρυθμίσεις για τους ηλικιωμένους και τον εξαρτώμενο πληθυσμό, διαθέτουν πάνω από 20% για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Στις περισσότερες χώρες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι κάτω από 10%, με ακραίες περιπτώσεις την Σλοβακία και την Ελλάδα που οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα είναι μηδενικές και 1% αντίστοιχα. Στη Γερμανία οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα υγείας είναι μεγαλύτερες από ότι στις περισσότερες μεμονωμένες χώρες, αλλά είναι ακριβώς οι ίδιες με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Η κάλυψη είναι υποχρεωτική στη χώρα και συνήθως παρέχεται από τον ασφαλιστή που προσφέρει και την ασφάλεια υγείας. Η συνεισφορά είναι 1.95% του ακαθάριστου μισθού και μοιράζεται μεταξύ υπαλλήλων και εργοδοτών (όσοι δεν έχουν παιδιά πληρώνουν επιπλέον 0,25%). Οποιοσδήποτε πάσχει από κάποια φυσική ή πνευματική ασθένεια ή ανικανότητα και έχει συνεισφέρει τουλάχιστον για δύο χρόνια μπορεί να υποβάλλει αίτηση για ευεργετήματα, τα οποία είναι, κατ' επιλογή του, είτε σε είδος είτε σε χρήμα.

Οι δαπάνες για ιατρικά προϊόντα στη Γερμανία αντιστοιχούσαν το 2011 στο 1/5 των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας, που είναι ακριβώς ίδια αναλογία με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, ενώ οι χώρες με τις μεγαλύτερες δαπάνες στα ιατρικά προϊόντα είναι η Σλοβακία και Ουγγαρία. Τέλος, η Γερμανία αποτελεί μια από τις χώρες της Ευρώπης που δαπανούν τα υψηλότερα ποσοστά σε συλλογικές υπηρεσίες, δηλαδή υπηρεσίες

πρόληψης, δημόσιας υγείας και διοίκησης της υγείας, μαζί με τη Γαλλία και την Ολλανδία, σε ποσοστό ίσο με 9% των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας. Εκτός Ευρώπης, η ΗΠΑ, η Νέα Ζηλανδία και ο Καναδάς δαπανούν κατά 0,1% με 0,2% περισσότερο για τις υπηρεσίες αυτές.

Γενικά, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των 27 χωρών που μελετώνται ως προς την αναλογία της κάθε μιας από τις εξεταζόμενες κατηγορίες στη συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας. Το ποσοστό που δαπανά η Γερμανία, στις τρεις κατηγορίες (ενδονοσοκομειακή, μακροχρόνια φροντίδα και ιατρικά προϊόντα) ταυτίζεται με το μέσο όρο των 27 χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ και στις άλλες δύο κατηγορίες η απόκλιση είναι μικρή. Αποτελεί τη μοναδική χώρα που προσεγγίζει τόσο πολύ το μέσο όρο και που έχει σχεδόν ισομερώς κατανεμημένες τις δαπάνες για εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή φροντίδα.

Μελετώντας τη διαχρονική εξέλιξη των μέσων δαπανών υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ για επιλεγμένες κατηγορίες (ενδονοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, μακροχρόνια φροντίδα, φαρμακευτικές υπηρεσίες, πρόληψη και διοίκηση της υγείας), είναι φανερό ότι στις περισσότερες κατηγορίες υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των ετών 2007 και 2011 (Διάγραμμα 3.8). Η μείωση των δαπανών υγείας σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ αυτή την περίοδο επηρέασε όλες τις κατηγορίες, αλλά σε διαφορετικό βαθμό.



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.8

Διαγραμματική απεικόνιση του μέσου ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης των δαπανών υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ για επιλεγμένες κατηγορίες, σε πραγματικούς όρους 2007-2011

Πιο συγκεκριμένα, στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα παρατηρείται μεγάλη μείωση του μέσου ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης από 4,8% το 2007-2008 σε 0,7% το 2009-2010, ενώ το επόμενο έτος υπήρξε μία μικρή άνοδος ίση με 0,3%. Στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα τα αποτελέσματα ήταν τα ίδια, δηλαδή μια κατακόρυφη μείωση των δαπανών το 2009-2010 και μια μικρή ανάκαμψη το επόμενο έτος. Αυτό οφείλεται στα μέτρα που έλαβαν οι διάφορες κυβερνήσεις στην προσπάθειά τους να μειώσουν τις δαπάνες για την υγεία και περιλαμβάνει μειώσεις στους μισθούς και τον αριθμό του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας, μειώσεις στις προμήθειες των παρόχων υγείας και αυξήσεις στη συμμετοχή των ασθενών⁷⁷.

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας, αντίθετα, αποτελεί τη μοναδική κατηγορία που οι δαπάνες υγείας το 2009-2010 παρέμειναν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, αν και το 2010-2011 μειώθηκαν κατά 4%. Γενικά οι δαπάνες της κατηγορίας αυτής και τα τέσσερα έτη ήταν από τις υψηλότερες. Το 2008-2009, έφτασαν στο υψηλότερο επίπεδο και το 2010-2011 στο κατώτερο. Οι φαρμακευτικές δαπάνες ξεκίνησαν από 2,9% το 2007-2008, μειώνονταν από χρόνο σε χρόνο και κατέληξαν σε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης ίσο με -

⁷⁷ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

1,7% το 2010-2011. Οι διοικητικές δαπάνες ήταν αρνητικές το 2010 και αυξήθηκαν τα επόμενα έτος, αλλά σε ρυθμό χαμηλότερο από το 2008 και το 2010. Ο λόγος ήταν οι περικοπές στους προϋπολογισμούς για διαχειριστικά έξοδα λόγω της οικονομικής κρίσης που έπληξε αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ.

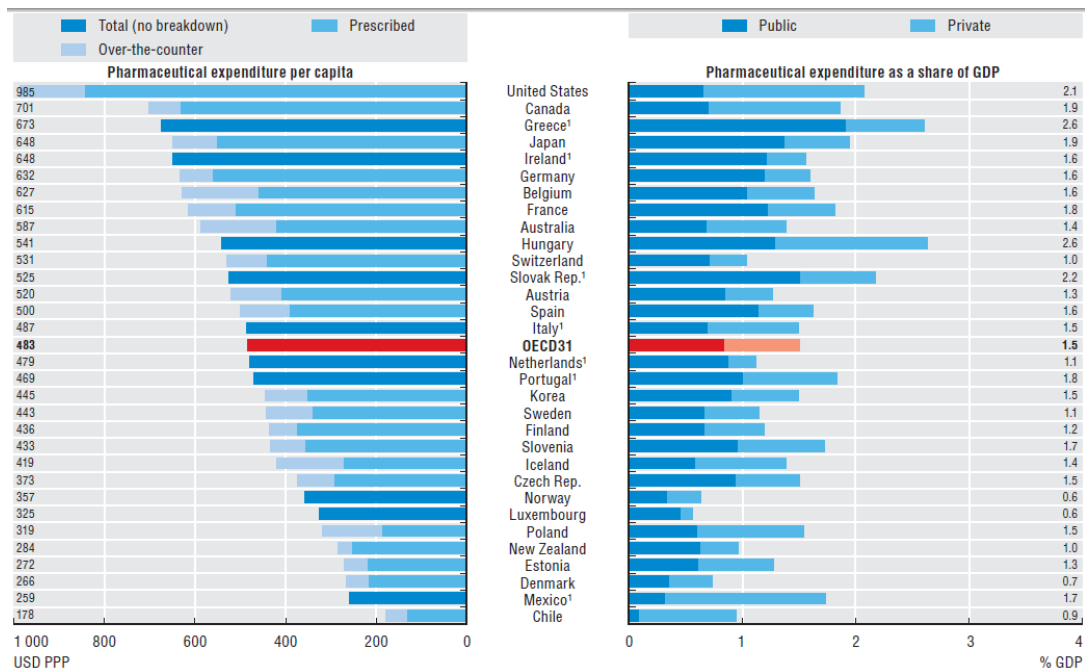
Τέλος, ο μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης των χωρών του ΟΟΣΑ στις δαπάνες πρόληψης ενώ ήταν ιδιαίτερα υψηλός, μειώθηκε απότομα το 2009-2010. Πολλές χώρες του ΟΟΣΑ μείωσαν τα έξοδα για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας, με μέση μείωση 1,5% το 2010 και 1,7% το 2011. Η μείωση το 2010 μπορεί μερικώς να εξηγηθεί από την πανδημία που ξέσπασε με τη γρίπη (H1N1) το 2009 που οδήγησε σε σημαντική εφάπαξ δαπάνη για την αγορά μεγάλων αποθεμάτων εμβολίων σε πολλές χώρες. Η περαιτέρω μείωση του 2011 οφείλεται σε περικοπές δαπανών από τους προϋπολογισμούς για τη δημόσια υγεία⁷⁸.

3.6 Σύγκριση φαρμακευτικών δαπανών σε Γερμανία και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (κατά κεφαλή και ως ποσοστό του ΑΕΠ)

Οι φαρμακευτικές δαπάνες περιλαμβάνουν τις δαπάνες για συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα (over-the-counter) φάρμακα, καθώς και άλλα μη διαρκή ιατρικά αγαθά. Περιλαμβάνουν, επίσης, τις αμοιβές των φαρμακοποιών όταν δεν συμπεριλαμβάνονται στις τιμές των φαρμάκων. Τα φάρμακα που καταναλώνονται στα νοσοκομεία εξαιρούνται (αν συμπεριλαμβάνονταν θα πρόσθεταν περίπου 15% στις φαρμακευτικές δαπάνες). Τέλος, η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τα περιθώρια κέρδους στη χονδρική και λιανική πώληση και το φόρο προστιθέμενης αξίας.

Στο Διάγραμμα 3.9 απεικονίζονται οι κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες, τόσο των συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων όσο και συνολικά για τις δύο κατηγορίες, για τη Γερμανία και άλλες 30 χώρες του ΟΟΣΑ το έτος 2011. Για το Ηνωμένο Βασίλειο δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία στον ΟΟΣΑ.

⁷⁸ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.9

Διαγραμματική απεικόνιση των φαρμακευτικών δαπανών (κατά κεφαλή και ως ποσοστό του ΑΕΠ) το 2011

Η φαρμακευτική δαπάνη αντιστοιχούσε σε περισσότερο από το 1/6 (17%) των συνολικών δαπανών υγείας στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ το 2011, καταλαμβάνοντας την τρίτη θέση μετά την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 3.10, η συνολική κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη του μέσου όρου των 31 χωρών αντιστοιχούσε σε \$483. Ωστόσο υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών που αντανακλούν τις διαφορές στον όγκο, τη διάρθρωση της κατανάλωσης και τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων⁷⁹. Οι χαμηλότερες δαπάνες είναι λίγο πιο κάτω από \$200 στη Χιλή, ενώ οι υψηλότερες είναι \$985 στις ΗΠΑ. Γενικά, στις περισσότερες χώρες, οι δαπάνες κυμαίνονται από \$400-\$700.

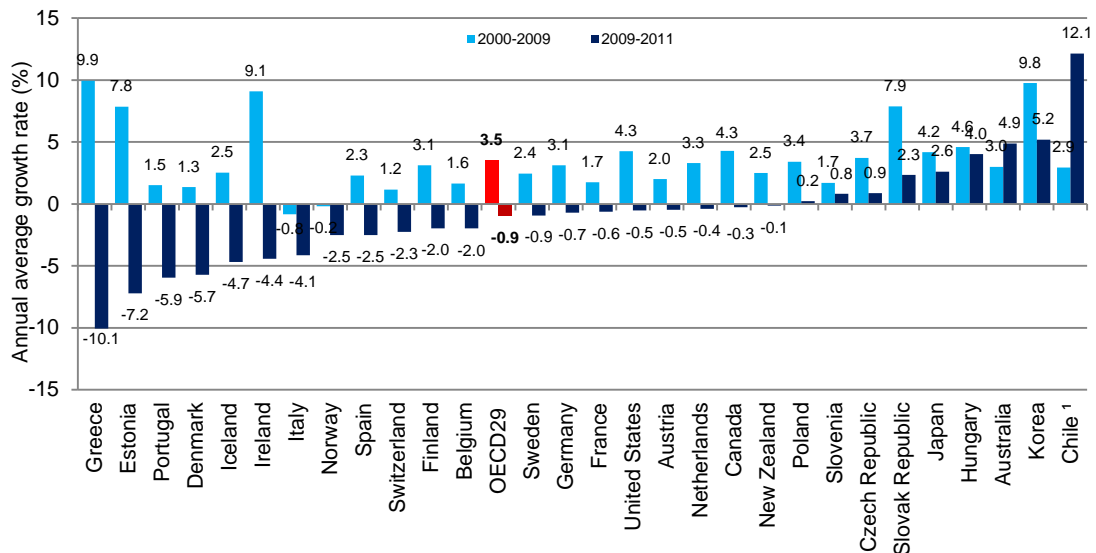
Στη Γερμανία η φαρμακευτική δαπάνη το 2011 ήταν \$632 κατά κεφαλή, από τα οποία τα £550 περίπου αντιστοιχούσαν σε συνταγογραφούμενα και τα υπόλοιπα σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Είναι η δεύτερη σε σειρά χώρα από τις 31 που εξετάζονται με τις μεγαλύτερες δαπάνες, μετά την Ελλάδα και την Ιρλανδία και η έκτη

⁷⁹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

παγκοσμίως, μετά τις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Ιαπωνία. Σε όλες τις χώρες, η αναλογία της δαπάνης για συνταγογραφούμενα φάρμακα ξεπερνάει κατά πολύ την αναλογία για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ υπάρχουν ορισμένες χώρες που δεν έχουν καθόλου δαπάνες για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Ως ποσοστό του ΑΕΠ, ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ αντιστοιχεί στο 1,5%, από το οποίο το 0,8% περίπου αναλογεί σε δημόσιες και το υπόλοιπο σε ιδιωτικές δαπάνες. Στη Γερμανία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 1,6%, από το οποίο το 1,2% περίπου χρηματοδοτείται από δημόσιες και το υπόλοιπο από ιδιωτικές δαπάνες. Στις περισσότερες χώρες το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης των φαρμακευτικών δαπανών προέρχεται από δημόσιες πηγές. Εξαιρέση αποτελούν ορισμένες χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Χιλή, το Μεξικό κ.α.

Η οικονομική κρίση επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη των φαρμακευτικών δαπανών σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Μεταξύ των ετών 2000-2009, η ετήσια κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε κατά 3,5% σε πραγματικούς όρους κατά μέσο όρο στις 29 χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 3.10), αλλά τα δυο τελευταία χρόνια ο μέσος ρυθμός ανάπτυξης έγινε αρνητικός (-0.9%). Με εξαίρεση την Αυστραλία και τη Χιλή, σε όλες τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης των φαρμακευτικών δαπανών ήταν χαμηλότερος μεταξύ του 2009-2011 σε σχέση με την περίοδο 2000-2009. Η μείωση ήταν μεγαλύτερη σε εκείνες τις χώρες που επηρεάστηκαν περισσότερο από την κρίση, όπως η Ελλάδα (-10,1%), η Εσθονία (-7,2%), η Πορτογαλία (-5,9%), η Ισλανδία (-4,7%) και η Ιρλανδία (-4,4%). Όμως, αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης μεταξύ του 2009 και του 2011 είχαν και ορισμένες χώρες που αποτελούν από τις πιο ισχυρές και ανεπτυγμένες οικονομίες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, όπως η Γερμανία (-0,7%), η Γαλλία (-0,6%), οι ΗΠΑ (-0,5%) και ο Καναδάς (-0,3%).



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.10

Διαγραμματική απεικόνιση του μέσου ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης στις κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες, σε πραγματικούς όρους, το 2000-2011

Οι χώρες του ΟΟΣΑ έχουν υιοθετήσει μια σειρά από μέτρα για να μειώσουν τις φαρμακευτικές δαπάνες που περιλαμβάνουν μειώσεις των τιμών (που επιτυγχάνονται μέσω διαπραγματεύσεων με τους κατασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων, την εισαγωγή τιμών αναφοράς, την εφαρμογή υποχρεωτικών εκπτώσεων, τη μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων και τη μείωση του φόρου προστιθέμενης αξίας των φαρμακευτικών προϊόντων), κεντρικές δημόσιες συμβάσεις για τα φαρμακευτικά προϊόντα με παράλληλη προώθηση της χρήσης γενοσήμων φαρμάκων, μείωση της παρεχόμενης κάλυψης (εξαιρέση των φαρμακευτικών προϊόντων από αποζημίωση) και αύξηση της συμμετοχής των ασθενών.

Στη Γερμανία, εφαρμόστηκαν υποχρεωτικές εκπτώσεις για τους κατασκευαστές φαρμάκων το 2011 και οι τιμές παρέμειναν σταθερές μέχρι το 2013. Από το 2011, επίσης, οι φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεώθηκαν να συνάπτουν συμφωνίες επιστροφής ποσών, με βάση το αποδεδειγμένο όφελος, σε συνεργασία με τον Εθνικό Οργανισμό ασφαλιστικών ταμείων υγείας, για τα καινοτόμα φάρμακα. Έτσι, έπαψε να ισχύει το προηγούμενο καθεστώς ελεύθερης διαμόρφωσης τιμών.

3.7 Σύγκριση των αμοιβών των γιατρών σε Ηνωμένο Βασίλειο και Γερμανία

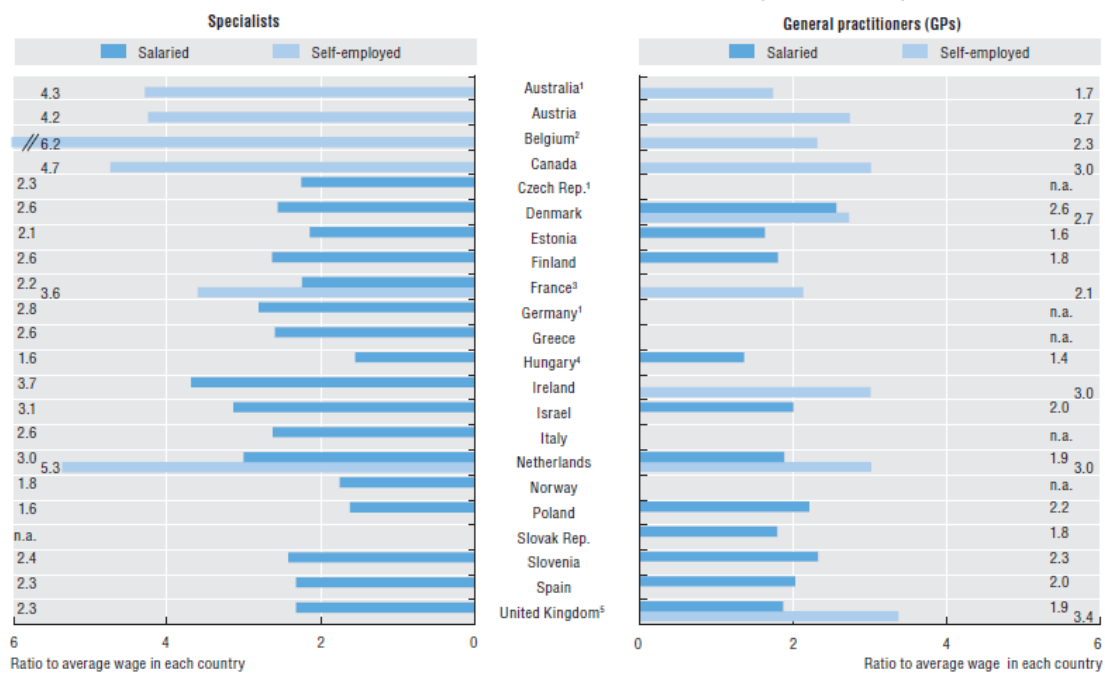
Η αμοιβή των γιατρών αναφέρεται στο μέσο ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα, συμπεριλαμβανομένης της συνεισφοράς της κοινωνικής ασφάλισης και του φόρου εισοδήματος που πληρώνεται από τους υπαλλήλους. Περιλαμβάνει όλες τις επιπρόσθετες επίσημες πληρωμές, όπως τα bonus και τις πληρωμές για νυχτερινές βάρδιες, εφημερίες και υπερωρίες και δεν περιλαμβάνει τα έξοδα πρακτικής για τους αυτοαπασχολούμενους γιατρούς.

Η αμοιβή των γιατρών σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με το γενικότερο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, παρόλα αυτά υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αμοιβή τους σε σύγκριση με το μέσο μισθό της κάθε χώρας. Η αμοιβή των διαφόρων κατηγοριών γιατρών έχει αντίκτυπο στην οικονομική ελκυστικότητα που παρουσιάζουν οι διάφορες ιατρικές ειδικότητες. Σε πολλές χώρες, οι κυβερνήσεις επηρεάζουν το επίπεδο και τη διάρθρωση των αμοιβών άμεσα, ως εργοδότες των γιατρών ή αγοραστές των υπηρεσιών, ή έμμεσα, με τις ρυθμίσεις που κάνουν στις αμοιβές τους⁸⁰.

Στο Διάγραμμα 3.11 γίνεται μια σύγκριση του εισοδήματος των γιατρών σε 22 χώρες του ΟΟΣΑ με το μέσο μισθό των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης σε όλους τους τομείς της κάθε χώρας. Γίνεται μια διάκριση μεταξύ των γενικών και των ειδικών γιατρών, αν και μεταξύ των γιατρών των διαφορετικών ειδικοτήτων ενδέχεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους μισθούς. Επιπλέον, γίνεται μια διάκριση μεταξύ μισθωτών και αυτοαπασχολούμενων, παρόλο που σε πολλές χώρες οι μισθωτοί γιατροί έχουν δικαίωμα να διατηρούν και ιδιωτικό ιατρείο.

Σε όλες τις χώρες, η αμοιβή των γιατρών, τόσο των γενικών όσο και των ειδικών, είναι αρκετά υψηλότερη από το μέσο μισθό. Στις περισσότερες χώρες οι αμοιβές των ειδικών γιατρών υπερβαίνουν κατά πολύ τις αμοιβές των γενικών, και οι αμοιβές των αυτοαπασχολούμενων υπερβαίνουν τις αμοιβές των μισθωτών. Σε αρκετές χώρες οι ειδικοί γιατροί είναι μόνο μισθωτοί.

⁸⁰ <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec028.pdf>



1. Physicians in training included (resulting in an underestimation).
2. Practice expenses included (resulting in an over-estimation).
3. Remuneration of self-employed physicians is net income, rather than gross income (resulting in an underestimation).
4. Public sector employees only (resulting in an underestimation).
5. Specialists in training included (resulting in an underestimation).

Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.11

Διαγραμματική απεικόνιση της αμοιβής των γενικών και ειδικών γιατρών, σε αναλογία με το μέσο μισθό της χώρας (2011)

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι γενικοί γιατροί (GP's) έχουν το ρόλο του gatekeeper για τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας. Όλοι οι κάτοικοι της χώρας είναι υποχρεωμένοι να εγγραφούν σε κάποιον τοπικό γιατρό της επιλογής τους (εφόσον δεν έχει συμπληρωθεί η λίστα του).

Οι περισσότεροι γενικοί γιατροί είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας. Αμείβονται από τις υγειονομικές αρχές με ένα συνδυασμό αποζημίωσης κατά κεφαλή, με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, πληρωμής με βάση το συμβόλαιό τους για ειδικές υπηρεσίες, όπως π.χ. σε περιπτώσεις γρίπης και με τη μορφή bonus που σχετίζονται με την απόδοσή τους, κυρίως σε σχέση με τη φροντίδα ανθρώπων που έχουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Τα bonus αντιστοιχούν περίπου στο ένα τέταρτο του εισοδήματός τους. Για νυχτερινές επισκέψεις σε σπίτια

ασθενών πληρώνονται με σύστημα αμοιβής κατά πράξη. Οι τιμές αποζημίωσης τους προκύπτουν ύστερα από ετήσιες διαπραγματεύσεις με το Ανεξάρτητο Σώμα Επιθεώρησης Οδοντιάτρων και Γιατρών (Doctor's and Dentist's Review Body, DDRB). Οι γενικοί γιατροί που κάνουν πρακτική ή που αμείβονται με μισθό αποτελούν τη μειοψηφία (περίπου 20%), παρ' όλα αυτά ο αριθμός τους συνεχώς αυξάνεται. Οι ιδιώτες γενικοί γιατροί αμείβονται κατά πράξη.

Οι GP's γενικά αμείβονται περισσότερο από τους αντίστοιχους ειδικούς γιατρούς, που είναι σχεδόν όλοι μισθωτοί υπάλληλοι των νοσοκομείων του NHS⁸¹. Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 3.11, οι μισθοί των αυτοαπασχολούμενων γενικών γιατρών είναι 3,4 φορές πάνω από το μέσο μισθό της χώρας, ενώ των μισθωτών είναι 1,9 φορές μεγαλύτερος. Το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων γενικών γιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκε σημαντικά μετά την εφαρμογή ενός νέου συμβολαίου το 2004 που σχεδιάστηκε ειδικά για να αυξήσει το εισόδημά τους όπως επίσης και την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας⁸². Οι ειδικοί γιατροί (συμπεριλαμβανομένων των εκπαιδευόμενων) που είναι μισθωτοί κερδίζουν 2,3 φορές πάνω από το μέσο μισθό του Ηνωμένου Βασιλείου.

Στη Γερμανία, οι γενικοί και ειδικοί γιατροί στην περιπατητική φροντίδα που αποζημιώνονται από το SHI, είναι υποχρεωτικά από το νόμο μέλη των τοπικών οργανώσεων που διαπραγματεύονται τα συμβόλαια με τα ταμεία ασθενείας. Τα άτομα είναι ελεύθερα να επιλέξουν γενικούς και ειδικούς γιατρούς. Σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, οι γενικοί γιατροί δεν έχουν το ρόλο του gatekeeper για τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και η εγγραφή σε γενικούς γιατρούς δεν είναι υποχρεωτική, αν και από το 2004 τα ταμεία ασθενείας την ενθαρρύνουν.

Οι διαπιστευμένοι γενικοί και ειδικοί γιατροί στην περιπατητική και εξωνοσοκομειακή φροντίδα αποζημιώνονται με το σύστημα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση στη βάση ενός ενιαίου προγράμματος αμοιβών που διαπραγματεύονται τα ταμεία ασθενείας με τους γιατρούς. Οι αμοιβές περιορίζονται σε προκαθορισμένους μέγιστους αριθμούς ασθενών ανά πράξη και μονάδες αποζημίωσης ανά ασθενή, θέτοντας κατώτατα όρια στον αριθμό των ασθενών και τις θεραπείες ανά ασθενή για τις

⁸¹Μωραΐτης (2006),

<http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

<http://www.telegraph.co.uk/health/nhs/10595090/GPs-pay-Number-of-doctors-earning-100000-has-quadrupled-report-shows.htm>

⁸²<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec028.pdf>

οποίες ο γιατρός μπορεί να αποζημιωθεί. Σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, δεν ισχύει η αποζημίωση με βάση την απόδοση.

Ο γενικός γιατρός λαμβάνει ένα χρηματικό bonus για τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμα διαχείρισης ασθενειών (Disease Management Program, DMP), όπου τα ταμεία ασθενείας πληρώνουν τους γιατρούς ένα εφάπαξ ποσό ετησίως και οι γιατροί παρέχουν πληροφορίες στους ασθενείς⁸³.

Οι ιδιώτες γιατροί είτε πληρώνονται απευθείας από τους ασθενείς, είτε από την ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είτε από το δημόσιο είτε από τον ιδιωτικό τομέα υπόκεινται σε προκαθορισμένα από την κυβέρνηση προγράμματα αμοιβών, αν και στον ιδιωτικό τομέα η κλίμακα αμοιβών επιτρέπει στους ιδιώτες γιατρούς να κερδίσουν περισσότερα από τα διπλάσια σε σχέση με εκείνους των οποίων οι υπηρεσίες πληρώνονται μέσω του SHI⁸⁴.

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, οι ειδικοί γιατροί (συμπεριλαμβανομένων των εκπαιδευομένων) στην Γερμανία είναι μισθωτοί, όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο, και οι αμοιβές τους είναι 2,8 φορές πάνω από το μέσο μισθό της χώρας. Επομένως στη Γερμανία οι ειδικοί γιατροί αμείβονται, σε αναλογία με το μέσο μισθό της χώρας, περισσότερο από ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο. Για τους γενικούς γιατρούς της Γερμανίας, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στον ΟΟΣΑ.

3.8 Σύγκριση των αμοιβών των νοσηλευτών σε Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες χώρες του ΟΟΣΑ

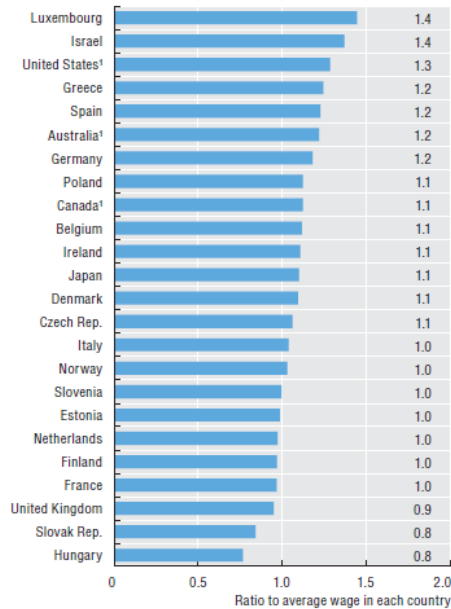
Η αμοιβή των νοσηλευτών αναφέρεται στο μέσο ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα, συμπεριλαμβανομένης της συνεισφοράς της κοινωνικής ασφάλισης και του φόρου εισοδήματος που πληρώνεται από τους υπαλλήλους. Περιλαμβάνει όλες τις επιπρόσθετες επίσημες πληρωμές, όπως τα bonus και τις πληρωμές για νυχτερινές βάρδιες, εφημερίες και υπερωρίες.

Στο Διάγραμμα 3.12 απεικονίζονται οι αμοιβές των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία σε δολάρια ΗΠΑ εκφρασμένα σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parities, PPPs), όπως επίσης και σε αναλογία με το μέσο μισθό της

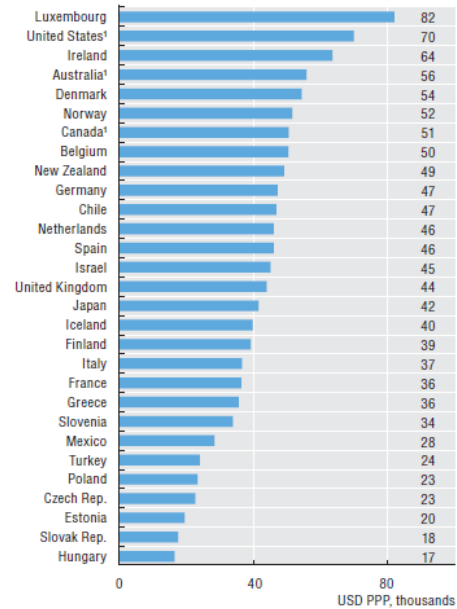
⁸³ <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

⁸⁴ <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

χώρας. Σε όλες τις χώρες που εξετάζονται, το 2011 οι αμοιβές των νοσηλευτών ξεπερνούσαν ελάχιστα το μέσο εισόδημα, σε αντίθεση με τους γιατρούς που το ξεπερνούσαν αρκετά.



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



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

Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 3.12

Διαγραμματική απεικόνιση της αμοιβής των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία, σε αναλογία με το μέσο μισθό της χώρας και σε USD PPP (2011)

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα, υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς την αμοιβή των νοσηλευτών σε USD PPP μεταξύ των διαφόρων χωρών, που κυμαίνονται από \$17 στην Ουγγαρία έως \$82 στο Λουξεμβούργο. Σε αναλογία με το μέσο εισόδημα της χώρας πάντως, οι διακυμάνσεις είναι μικρές, με τους νοσηλευτές στην Ουγγαρία να αμείβονται 1,4 φορές πάνω από το μέσο μισθό και στο Λουξεμβούργο να αμείβονται 0,8 φορές πάνω από το μέσο μισθό. Στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο οι αμοιβές σε USD PPP βρίσκονται κάπου στη μέση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες και είναι ίσες με \$47 και \$44 αντίστοιχα. Ως αναλογία με το μέσο μισθό της χώρας, επίσης είναι κάπου στη μέση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, με τις νοσοκόμες στη Γερμανία να αμείβονται κατά 1,2 φορές πάνω από το μέσο μισθό και στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά 0,9 φορές πάνω από το μέσο μισθό.

3.9 Ανακεφαλαίωση

Οι δαπάνες για την υγεία στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία πενήντα χρόνια (1960-2009). Οι σημαντικότεροι παράγοντες που έχουν συντελέσει σε αυτή την άνοδο είναι δημογραφικοί (αλλαγή της ηλικιακής διάρθρωσης του πληθυσμού και αύξηση των ατόμων άνω των 65 ετών που συνιστούν μεγαλύτερη δαπάνη για τα συστήματα υγείας και αύξηση του αριθμού των ολιγομελών οικογενειών που προσφεύγουν συχνότερα στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις πολυμελείς), αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου προς τα χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα όπου δεν υπάρχει θεραπεία αλλά επιβράδυνση της νόσου, η συνεχής βελτίωση του ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος, η διεύρυνση της κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία, η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου και κατ' επέκταση των απαιτήσεων των ατόμων και τέλος, η αύξηση της διαθεσιμότητας και η λήψη διαφόρων μέτρων και από τις δύο χώρες για τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων. Η μείωση των δαπανών για την υγεία τη διετία 2009-2011 οφείλεται στην οικονομική κρίση και την επακόλουθη προσπάθεια περικοπής του δημοσιονομικού ελλείμματος και του δημόσιου χρέους.

Η Γερμανία το 2011 είχε από τις υψηλότερες συνολικές κατά κεφαλή δαπάνες (σε USD PPPs) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Το ίδιο ίσχυε και για τις συνολικές της δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία από το 1970 έως το 2011 είχε πάντα περισσότερες δαπάνες. Η διάρθρωση των δαπανών υγείας στη Γερμανία το 2011 είχε ως εξής: το 29% των δαπανών προοριζόταν για ενδονοσοκομειακή φροντίδα, το 30% για εξωνοσοκομειακή, το 12% για μακροχρόνια φροντίδα, το 20% για ιατρικά αγαθά και το 9% για συλλογικές υπηρεσίες (υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας, διοίκηση της υγείας), που ήταν περίπου στα ίδια ποσοστά με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Η φαρμακευτική δαπάνη αντιστοιχούσε σε \$ 632 (\$ 550 για συνταγογραφημένα και τα υπόλοιπα για μη συνταγογραφημένα φάρμακα).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι γενικοί γιατροί, που έχουν το ρόλο του gatekeeper για τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, είναι συνήθως ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με το NHS και αμείβονται με ένα συνδυασμό αποζημίωσης κατά κεφαλή, αμοιβής με βάση το συμβόλαιό τους και με μορφή bonus. Οι ιδιώτες γενικοί γιατροί αμείβονται κατά πράξη. Οι ειδικοί γιατροί είναι μισθωτοί υπάλληλοι των νοσοκομείων του NHS και αμείβονται λιγότερο από τους γενικούς. Στη Γερμανία, οι

γενικοί και ειδικοί γιατροί αποζημιώνονται με το σύστημα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση, στη βάση ενός ενιαίου προγράμματος αμοιβών που διαπραγματεύονται τα ταμεία ασθενείας με τους γιατρούς. Ο γενικός γιατρός, που δεν έχει ρόλο gatekeeper, λαμβάνει ένα χρηματικό bonus για τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμα διαχείρισης ασθενών. Και στις δύο χώρες, οι γιατροί έχουν αρκετά υψηλότερο εισόδημα από τον αντίστοιχο μέσο μισθό της κάθε χώρας, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές, των οποίων οι αμοιβές υπερβαίνουν ελάχιστα το μέσο μισθό.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

4.1 Εισαγωγή

Τα συστήματα υγείας της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου χρηματοδοτούνται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς πόρους. Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι, έμμεσοι και ειδικοί φόροι) και την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων, αυτοαπασχολούμενων). Οι ιδιωτικοί πόροι καταβάλλονται εθελοντικά από ιδιώτες (οικογενειακό εισόδημα, ιδιωτική ατομική ασφάλιση υγείας) και από εργοδότες (εργοδοτικές παροχές, ομαδική ασφάλιση υγείας). Ένα μέρος των δαπανών καλύπτεται από εξωτερική βοήθεια (Ε.Ε., Παγκόσμια Τράπεζα κ.τ.λ.). Ο καθορισμός του ύψους και των πηγών χρηματοδότησης γίνεται με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και την οργάνωση του συστήματος υγείας της κάθε χώρας, αλλά τα κριτήρια είναι ίδια: η επίτευξη της κοινωνικής ισότητας και η έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών⁸⁵.

Η Γερμανία αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck, το οποίο ιδρύθηκε στη χώρα στα τέλη του 19ου αιώνα. Οι δαπάνες υγείας καταβάλλονται (το 2011) κατά 70% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 7% από τη γενική φορολογία, κατά 22% από ιδιωτικές δαπάνες (ιδιωτική ασφάλιση και ίδιες πληρωμές) ενώ το υπόλοιπο 1% προέρχεται από διάφορες άλλες πηγές, όπως π.χ. εξωτερική βοήθεια. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 134 ταμεία υγείας και η ιδιωτική από 43 ασφαλιστικές εταιρείες. Οι χαμηλόμισθοι είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ οι υψηλόμισθοι και οι αυτοαπασχολούμενοι έχουν δικαίωμα επιλογής μεταξύ ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης.

Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Η χρηματοδότηση του NHS, που ιδρύθηκε το 1947, προέρχεται (το 2011) κατά 83% από τον κρατικό προϋπολογισμό, κατά 13% από ιδιωτικές δαπάνες

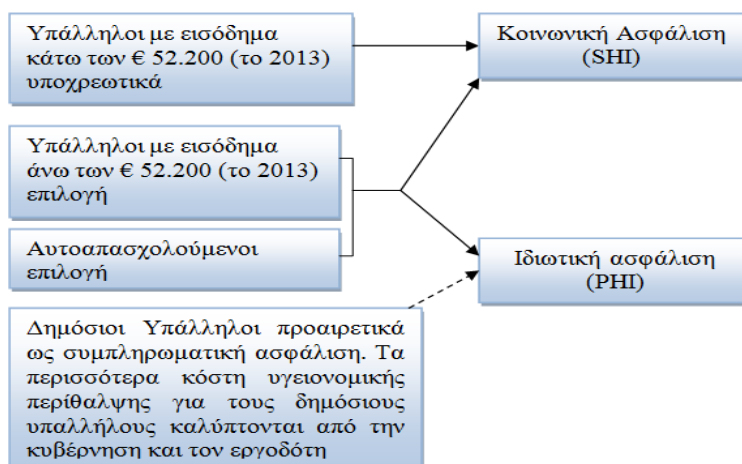
⁸⁵ Μ. Θεοδώρου *et.al.* (2001)

(ιδιωτική ασφάλιση και ίδιες πληρωμές) και το υπόλοιπο 4% από διάφορες άλλες πηγές. Η κάλυψη που παρέχεται μέσω του NHS είναι καθολική για όλο τον πληθυσμό και η ιδιωτική ασφάλιση έχει ρόλο συμπληρωματικό.

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται οι εναλλακτικοί τρόποι και πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, δηλαδή η χρηματοδότηση μέσω κοινωνικής ασφάλισης, κρατικού προϋπολογισμού, ιδιωτικής ασφάλισης και ιδίων πληρωμών – συμμετοχής του ασφαλισμένου στις δύο χώρες. Στο τέλος του κεφαλαίου πραγματοποιείται μια σύγκριση των δύο χωρών μεταξύ τους, αλλά και με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, ως προς το ποσοστό συμμετοχή, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε πηγής χρηματοδότησης.

4.2 Χρηματοδότηση Γερμανικού Συστήματος Υγείας

Το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες καλύψεων υγείας, που συγχρηματοδοτούνται από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο, την ασφάλιση υγείας, την ασφάλιση ατυχημάτων και την ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας. Η ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει δύο είδη ασφάλισης, τη δημόσια (κοινωνική) και την ιδιωτική, οι δικαιούχοι των οποίων απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4.1.

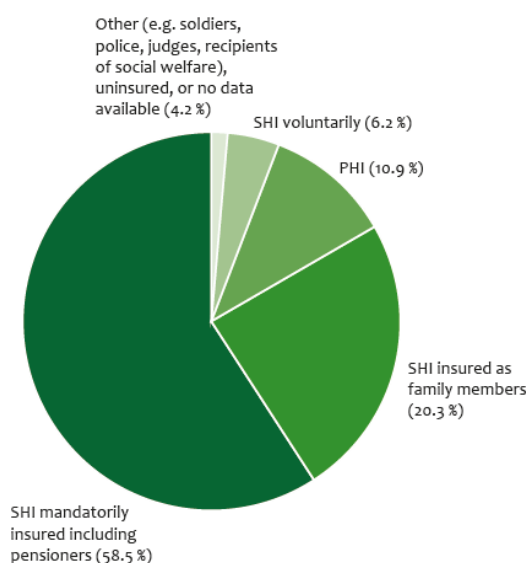


Πηγή: <http://www.goinginternational.eu> (αναπροσαρμογή & μετάφραση)

Διάγραμμα 4.1

Διαγραμματική απεικόνιση των δικαιούχων ασφάλισης στα δύο είδη ασφάλισης

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.2, το 58,5% των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων των συνταξιούχων, είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι στο SHI και το 20.3% είναι έμμεσα ασφαλισμένοι, ως μέλη της οικογένειας. Το 6,2% των ατόμων ασφαρίζεται εθελοντικά στο SHI. Το 10,9% του πληθυσμού έχει ασφάλιση μέσω κάποιας ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού ίσο με 4.2% αποτελείται από στρατιώτες, αστυνομικούς, δικαστές, δικαιούχους κοινωνικής πρόνοιας ή δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.



Πηγή: <http://www.goinginternational.eu>

Διάγραμμα 4.2

Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού που ασφαρίζεται μέσω SHI και PHI (2013)

Η ασφάλιση εργατικών ατυχημάτων αναλαμβάνεται εξολοκλήρου από τον εργοδότη και καλύπτει όλους τους κινδύνους που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας και κατά τις μετακινήσεις από και προς το χώρο εργασίας. Η ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτεται κατά 50% από τον εργοδότη και κατά 50% από τον εργαζόμενο και καλύπτει εκείνες τις περιπτώσεις στις οποίες το άτομο δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί την καθημερινότητά του (παροχή τροφής, προσωπική υγιεινή, κλπ.)⁸⁶.

⁸⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#Insurance_systems

4.2.1 Κοινωνική ασφάλιση

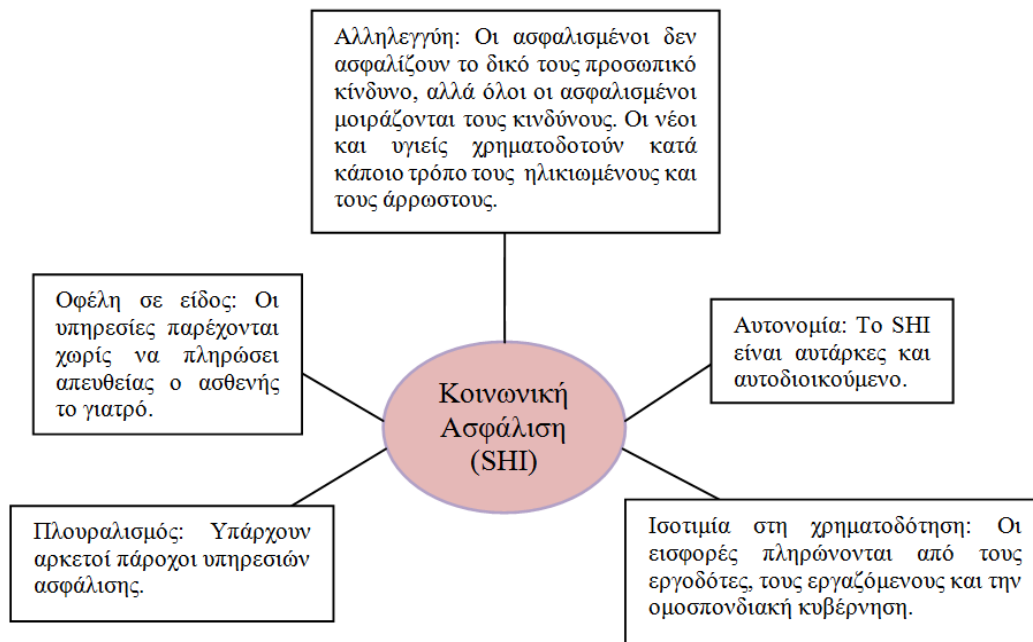
Το Γερμανικό σύστημα υγείας, ως αντιπροσωπευτικό μοντέλο τύπου Bismarck, έχει ως κύρια πηγή χρηματοδότησης την κοινωνική ασφάλιση⁸⁷. Οι πόροι του συστήματος προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, το ύψος των οποίων καθορίζεται από το ασφαλιστικό ταμείο ή την κυβέρνηση και υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου. Η κυβέρνηση επιδοτεί σε περιορισμένο βαθμό τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων, των νοσοκομείων και ορισμένες δαπάνες για την δημόσια υγεία, για έρευνα κ.τ.λ. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ισότητα όλων των πολιτών και την κοινωνική αλληλεγγύη, αφού όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στις ίδιες υπηρεσίες υγείας και οι εισφορές των υψηλόμισθων επιδοτούν τις χαμηλές εισφορές των χαμηλόμισθων⁸⁸.

Πριν από το 2009 η ασφάλιση υγείας δεν ήταν υποχρεωτική και τη δικαιούνταν μόνο οι εργαζόμενοι, δηλαδή οι ασφαλισμένοι σε ταμεία ασθενείας, και τα εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών τους. Από το 2009 είναι υποχρεωτικό για όλους τους Γερμανούς πολίτες και τους μόνιμους κατοίκους της χώρας να έχουν ασφάλιση υγείας. Για όσους μισθωτούς έχουν ετήσιο εισόδημα λιγότερο από € 52.200 (το 2013, ετησίως αναπροσαρμοζόμενο), τους σπουδαστές και τους συνταξιούχους (με εξαίρεση εκείνους που είχαν ιδιωτική ασφάλιση ως εργαζόμενοι), η ασφάλιση παρέχεται υποχρεωτικά από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (statutory health insurance scheme, SHI), που είναι γνωστό ως Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)⁸⁹. Οι πέντε βασικές αρχές του GKV απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4.3.

⁸⁷ Μουστάκα (2012)

⁸⁸ Μ. Θεοδώρου *et.al.* (2001)

⁸⁹ <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>, <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>, <http://www.goinginternational.eu/>



Πηγή: <http://www.goinginternational.eu> (αναπροσαρμογή & μετάφραση)

Διάγραμμα 4.3

Διαγραμματική απεικόνιση των πέντε αρχών του SHI

Στο GKV, το ποσό της εισφοράς⁹⁰:

- Ορίζεται από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας (Federal Ministry of Health) και βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο σύνολο καλυπτομένων υπηρεσιών, όπως περιγράφεται στο γερμανικό κοινωνικό νόμο (Sozialgesetzbuch - SGB), που περιορίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε όσες αποτελούν οικονομικά βιώσιμες, επαρκείς, αναγκαίες και ουσιαστικές υπηρεσίες.
- Δεν εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ατόμου, αλλά υπολογίζεται ως ποσοστό (15,5% επί του παρόντος, από το οποίο 7,3% καλύπτεται από τον εργοδότη) του εισοδήματος. Το GKV δεν έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να καλύψει κάποιον εργαζόμενο, δεδομένου ότι η ασφάλιση είναι υποχρεωτική.
- Καλύπτει όλα τα μέλη της οικογένειας ή τα εγγεγραμμένα μέλη (σύζυγοι και παιδιά καλύπτονται δωρεάν).
- Πρόκειται για ένα “pay as you go” σύστημα, όπου δεν προβλέπεται αποταμίευση για μελλοντικά αυξημένα κόστη λόγω αύξησης ηλικίας του ατόμου ή λόγω προϋπάρχουσων καταστάσεων.

⁹⁰ http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#Insurance_systems

Το SHI αποτελείται από 134 (Ιανουάριος 2013) αυτόνομα, ανταγωνιστικά, μη κερδοσκοπικά και μη κυβερνητικά ταμεία ασθευείας (SFs), τα οποία λειτουργούν ως πληρωτές τρίτων. Το SHI στηρίζεται στις παροχές σε είδος, δηλαδή οι ασφαλισμένοι λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας από τους προμηθευτές των υπηρεσιών, οι οποίοι στη συνέχεια δεν πληρώνονται απευθείας από τους ασφαλισμένους αλλά από τις Περιφερειακές Ενώσεις των γιατρών του SHI (KV), με βάση τις συμφωνίες που έχουν συνάψει μαζί τους. Τα ταμεία ασθευείας, δηλαδή, αγοράζουν για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους υπηρεσίες υγείας και πληρώνουν τους προμηθευτές από τα έσοδα που συγκεντρώνουν από τις εισφορές. Οι προμηθευτές από την πλευρά τους, εκπροσωπούνται από τις Περιφερειακές Ενώσεις των γιατρών και διαπραγματεύονται τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρουν. Το 2011 το SHI κάλυψε περίπου το 72,6% των συνολικών δαπανών υγείας συμπεριλαμβανομένων των νόμιμων LTCI, των ασφαλίσεων συνταξιοδότησης, των ασφαλίσεων ατυχημάτων και των φόρων⁹¹.

Τα ταμεία ασθευείας χωρίζονται σε έξι μεγάλες κατηγορίες: 1) Γενικά τοπικά ταμεία (AOK, Allgemeine Ortskrankenkassen) που υπάγονται κάτω από τον ομοσπονδιακό σύνδεσμο των AOK και καλύπτουν περίπου το 1/3 του πληθυσμού της Γερμανίας, 2) Τα ταμεία των εταιρειών (BKK, Betriebskrankenkassen) που κάλυπταν περίπου το 1/5 του πληθυσμού το 2004, 3) Τα ταμεία των συντεχνιών (IKK, Innungskrankenkasse), 4) Τα αγροτικά ταμεία (LKK, Landwirtschaftliche Krankenkassen), 5) Τα ταμεία των ανθρακωρύχων – σιδηροδρόμων – θαλασσών (Knappschaft – Bahn – See), 6) Τα ταμεία υποκατάστασης (Ersatzkassen), των οποίων οι προκάτοχοι ήταν οι πρώιμες κοινωνίες αμοιβαίας βοήθειας και κάλυπταν περίπου το 1/3 του πληθυσμού το 2004⁹².

Τα SFs χρηματοδοτούνται από τον υποχρεωτικό φόρο μισθωτών υπηρεσιών που υπολογίζεται από το 2011 στο 15,5% των ακαθάριστων αποδοχών (8,2% πληρώνουν οι ασφαλισμένοι και το υπόλοιπο 7,3% οι εργοδότες) μέχρι ενός ποσού που είναι η μέγιστη συνεισφορά (€610 το 2011) ανά μήνα. Η συνεισφορά των συνταξιούχων είναι ίδια με αυτή των εργαζομένων. Η κάλυψη των συζύγων (γυναικών) που δεν εργάζονται και των παιδιών παρέχεται δωρεάν.

Οι άνεργοι έχουν πρόσβαση στα ταμεία ασθευείας και συνεισφέρουν σε αναλογία με τις παροχές ανεργίας που δικαιούνται ή, εάν είναι μακροχρόνια άνεργοι το ποσοστό της

⁹¹ <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>, M. Θεοδώρου *et.al.* (2001), <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

⁹² <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

συνεισφοράς τους καλύπτεται από την κυβέρνηση. Σε περίπτωση που δεν έχουν εργαστεί ποτέ, καλύπτονται μέσω ενός κοινωνικού ταμείου (Sozialamt). Αυτό το ταμείο ρυθμίζει την κάλυψη απευθείας με τους γιατρούς ή μέσω ενός από τα ΑΟΚs (Ομοσπονδιακές Ενώσεις των Περιφερειακών Ταμείων Ασφάλισης Υγείας).

Η κοινωνική ασφάλιση προσφέρει στους ασφαλισμένους και τις οικογένειές τους ασφαλιστική κάλυψη σε περίπτωση ασθένειας, αλλά και προληπτικές υπηρεσίες. Αναλαμβάνει τα έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όπως π.χ. οδοντιατρική περίθαλψη, τις ιατρικές εξετάσεις για την πρόληψη καρκίνου και άλλων ασθενειών καθώς και όλα τα έξοδα κατά την περίοδο αποκατάστασης της υγείας τους. Καλύπτει την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας, τη φροντίδα ψυχικής υγείας και τη συνταγογράφηση. Επιπλέον, παρέχει την απαραίτητη ιατρική βοήθεια και πληρώνει τον εργαζόμενο κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του, εάν απωλέσει το μισθό ή το εισόδημά του λόγω της ανικανότητας για εργασία⁹³.

Μια σημαντική καινοτομία που εφαρμόστηκε μετά το 2009, είναι η λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, το οποίο συγκεντρώνει όλες τις συνεισφορές των ταμείων ασθενειών μαζί με τα έσοδα από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και στη συνέχεια τα ανακατανέμει σε κάθε SFs, με βάση μια φόρμουλα εξισορρόπησης του κινδύνου (αποζημίωση με βάση τους κινδύνους νοσηρότητας ή Morbi-RSA) που λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το φύλο και τους ρυθμούς θνησιμότητας 80 χρόνιων και σοβαρών ασθενειών. Αυτό σημαίνει ότι το SF θα λάβει περισσότερα χρήματα από το κεντρικό ταμείο ασθενειών για ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, AIDS ή κυστική ίνωση, συγκριτικά με τους εγγεγραμμένους ασθενείς που δεν αντιμετωπίζουν τόσο σοβαρές και μακροχρόνιες ασθένειες.

Τα ταμεία ασθενειών μπορεί να ζητήσουν επιπλέον χρηματοδότηση αν οι πόροι τους δεν επαρκούν ή προκειμένου να αποτρέψουν την αποχώρηση των ασθενών τους και την ένταξή τους σε άλλο προμηθευτή. Η μεταρρύθμιση του 2009 περιλαμβάνει και διάφορα μέτρα περικοπής δαπανών, όπως περιορισμούς στα διοικητικά έξοδα των SFs.

Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας συνέβαλλε στη διεύρυνση της βάσης των πηγών προέλευσης των εσόδων, συμπεριλαμβάνοντας ορισμένα φορολογικά έσοδα της κεντρικής κυβέρνησης ως συμπλήρωμα στις συνεισφορές των ταμείων ασθενειών, ενώ οι εισφορές των εργοδοτών παρέμειναν σταθερές και οι μελλοντικές αυξήσεις των

⁹³ <http://euromedicals.de/el/2013/09/26/>, <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

δαπανών οδηγούν σε αύξηση των ασφαλιστρών οδηγώντας σε ενιαία ασφάλιστρα για όλους⁹⁴.

4.2.2 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας βασίζεται στην αρχή ότι το κράτος πρέπει να παρέχει υπηρεσίες υγείας μόνο σε εκείνους που αδυνατούν να το κάνουν με τις δικές τους οικονομικές δυνατότητες. Η ιδιωτική ασφάλιση (PHI) έχει ένα ρόλο υποκατάστασης, αφού καλύπτει όσους εξαιρούνται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή τους δημόσιους υπαλλήλους, αλλά και τους αυτοαπασχολούμενους και τους μισθωτούς με ετήσιο εισόδημα πάνω από € 52.200 (το 2013, ετησίως αναπροσαρμοζόμενο) που θα επιλέξουν να κάνουν μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας, που θα τους παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα, αντί να ασφαλιστούν στο SHI. Το 2009 το 85% των υψηλόμισθων προτιμούσαν να παραμείνουν στο SHI⁹⁵.

Όσοι επιλέξουν την ιδιωτική ασφάλιση δεν μπορούν να επιστρέψουν στο SHI, εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις, π.χ. αν είναι κάτω από 55 ετών και το εισόδημά τους μειωθεί κάτω από το επίπεδο που απαιτείται για την ιδιωτική ασφάλιση⁹⁶. Το ίδιο ισχύει και για τους συνταξιούχους που είχαν ιδιωτική ασφάλιση ως εργαζόμενοι, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να συνεχίσουν με τον ίδιο τρόπο κατά τη διάρκεια της συνταξιοδότησης, εκτός εάν έχουν συμπληρώσει τον ελάχιστο απαιτούμενο χρόνο στο SHI.

Δεδομένου ότι η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική στη χώρα, οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να ασφαλίσουν οποιονδήποτε κάνει αίτηση ασφάλισης. Επιπλέον, η αδυναμία επιστροφής των ατόμων στο SHI έχει σαν αποτέλεσμα οι ασφαλιστικές εταιρείες να είναι υποχρεωμένες να προσφέρουν ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών σε περίπου ίδιες τιμές με το SHI⁹⁷.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας εκτός από ρόλο υποκατάστασης έχει και ρόλο συμπληρωματικό, καθώς χρησιμοποιείται για να καλύψει ορισμένες συμμετοχές (co-payments) των ασφαλισμένων στα έξοδα, κυρίως για οδοντιατρική φροντίδα, που δεν

⁹⁴ <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

⁹⁵ <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf> και <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

⁹⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#Insurance_systems

⁹⁷ <http://www.goinginternational.eu/>, <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf> και <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

καλύπτονται από το SHI. Επιπλέον, προσφέρει κάποιες υπηρεσίες που βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως π.χ. πρόσβαση σε μονόκλινα ή δίκλινα δωμάτια νοσοκομείων, αλλά και υπηρεσίες όπως ομοιοπαθητική, κάποια εμβόλια που δεν καλύπτονται από το SHI κ.τ.λ. Το 2011 περίπου 22,5 εκ. ασφαλιστήρια συμβόλαια αφορούσαν συμπληρωματική ασφάλιση υγείας, από τα οποία το 1.9 εκ. αφορούσε μακροχρόνια φροντίδα⁹⁸.

Το 2011 υπήρχαν στη Γερμανία 43 ασφαλιστικές εταιρείες, μέλη του συνδέσμου ασφαλιστικών εταιρειών PKV, από τις οποίες οι 24 ήταν κερδοσκοπικοί και οι 19 μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί. Οι έξι μεγαλύτερες απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4.4.

Insurance	Insured
Debeka	2.15 m
DKV	0.9 m
Axa	0.7 m
Allianz	0.7 m
Signal Iduna	0.6 m
Central	0.5 m

A total of 43 companies are members of the PKV (Association of PHI companies).



Πηγή: <http://www.goinginternational.eu>

Διάγραμμα 4.4

Διαγραμματική απεικόνιση των μεγαλύτερων γερμανικών ασφαλιστικών εταιρειών

Σε αντίθεση με τις εισφορές του SHI, το ασφάλιστρο στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας σχετίζεται με το μέγεθος του κινδύνου που αναλαμβάνει η ασφαλιστική εταιρεία. Η εκτίμηση του κινδύνου γίνεται κατά τη χρονική στιγμή της ένταξης στο σύστημα και η κάλυψη είναι ισόβια. Το ασφάλιστρο⁹⁹:

- Υπολογίζεται ανάλογα με τη συμφωνία μεταξύ ασφαλιστή και ασφαλισμένου ως προς τις περιπτώσεις που καλύπτονται και το ποσοστό της κάλυψης που προσφέρεται.

⁹⁸ <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

⁹⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#Insurance_systems και <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

- Εξαρτάται από την ποσότητα των υπηρεσιών και καλύψεων που επιλέγονται, τους προσωπικούς κινδύνους του ατόμου, π.χ. κληρονομικότητα και την ηλικία στην οποία εντάσσεται για πρώτη φορά στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης. Οι ασφαλιστές είναι υποχρεωμένοι από το νόμο, να αποταμιεύουν ένα μέρος του ασφαλιστρού για την κάλυψη των αυξημένων δαπανών υγείας που προκύπτουν συνήθως σε μεγαλύτερες ηλικίες, ώστε να μην αυξάνεται το ασφάλιστρο με την ηλικία.
- Οι ασφαλισμένοι χρεώνονται επιπλέον ασφάλιστρο για την κάλυψη των εξαρτώμενων μελών.

Η εισφορά του εργοδότη βασίζεται στη μέγιστη συνεισφορά του SHI (€ 287,44 το μήνα, το 2013), αλλά η μέγιστη συνεισφορά αντιστοιχεί στο 50% του ασφαλιστρού που καταβάλλει ο ασφαλισμένος¹⁰⁰.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η καθολικότητα και να αποτραπούν οι ανισότητες στην πρόσβαση, υπάρχουν ορισμένες προβλέψεις που η τήρησή τους ελέγχεται από την κεντρική κυβέρνηση. Οι ασφαλιστές δεν μπορούν να αρνηθούν την κάλυψη σε άτομα με προϋπάρχουσες ασθένειες και επιπλέον η κάλυψη πρέπει να παρέχεται σε λογικές τιμές. Ένα βασικό πακέτο παροχών, παρόμοιων με εκείνων του SHI, προσφέρεται σε άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας. Τέλος, οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν δικαίωμα να αυξήσουν τα ασφάλιστρα για κανέναν άλλο λόγο, όπως π.χ. αύξηση ηλικίας, παρά μόνο εξαιτίας συνολικής αύξησης των εξόδων που οφείλεται στο σύνολο των ασφαλισμένων¹⁰¹. Οι βασικές διαφορές μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης απεικονίζονται στον Πίνακα 4.1.

¹⁰⁰ <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

¹⁰¹ <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

Πίνακας 4.1

Διαφορές Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στη Γερμανία

	Κοινωνική ασφάλιση υγείας (SHI)	Ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI)
Καλυπτόμενος πληθυσμός	Υποχρεωτικά μέλη: υπάλληλοι, φοιτητές, άνεργοι, συνταξιούχοι, μέλη της οικογένειας των άμεσα ασφαλισμένων Μέλη που ασφαλίζονται με τη θέλησή τους	Δημόσιοι υπάλληλοι, αυτοαπασχολούμενοι, υπάλληλοι με υψηλά εισοδήματα
Παροχές	Ενιαίες και καλύπτουν μεγάλο εύρος καλύψεων: φροντίδα σε νοσοκομεία, περιπατητική φροντίδα, φαρμακευτική και οδοντιατρική φροντίδα, φροντίδα αποκατάστασης, πληρωμή ασθενοείας κ.τ.λ. Παροχή φροντίδας σε είδος	Εξαρτάται από την επιλογή του ασφαλισμένου Αποζημίωση με βάση τις αποδείξεις
Χρηματοδότηση	Το 15,5% των ακαθάριστων αποδοχών, που μοιράζεται μεταξύ ασφαλισμένου (7,3%) και εργοδότη (8,2%) Η εισφορά δεν σχετίζεται με τον κίνδυνο Σύστημα pay as you go	Το ασφάλιστρο σχετίζεται με τον κίνδυνο (ωφελούνται οι υψηλόμισθοι) Συσσώρευση κεφαλαίου
Ασφαλιστές	Περίπου 134 ταμεία ασθενοείας	Περίπου 43 ασφαλιστικές εταιρείες
Κανονισμός	Κοινωνικό Δίκαιο	Ασφαλιστικό Δίκαιο
Προμηθευτές υπηρεσιών υγείας	Επιλογή μεταξύ όλων των προμηθευτών που είναι συμβεβλημένοι με το SHI	Ελεύθερη επιλογή

Πηγή: <http://www.goinginternational.eu> (αναπροσαρμογή & μετάφραση)

Στη Γερμανία προσφέρονται συμβόλαια είτε με συμπληρωματικές είτε με αυτόνομες καλύψεις ανικανότητας. Όπως αναφέρει ο Χατζόπουλος (2007), “Το ασφαλιστικό σύστημα πάνω στην ανικανότητα είναι ξεκάθαρο. Ο ασφαλισμένος θα θεωρείται ότι πάσχει από ολική ανικανότητα εάν αυτή είναι αίτιο αρρώστιας ή σωματικής βλάβης η οποία πρέπει να είναι ιατρικά αποδεκτή. Αυτός πρέπει να αναμένεται να είναι μόνιμα ανίκανος να εξασκήσει το επάγγελμά του ή να φέρει εις πέρας κάποια άλλη δραστηριότητα που μπορεί να είναι πραγματοποιήσιμη και πηγάζει από την εκπαίδευσή του και την εμπειρία του που ανταποκρίνεται στην κοινωνική του θέση. Ο ίδιος θα θεωρείται ότι πάσχει από μερική ανικανότητα εάν τα παραπάνω προαπαιτούμενα αναμένονται να είναι όμοια, αλλά σε συγκεκριμένο βαθμό. Ομοίως με την πρώτη περίπτωση αντιμετωπίζεται και κάποιος που πάσχει από ολική ανικανότητα για ένα συνεχές χρονικό διάστημα έξι μηνών. Θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως ολικά ανίκανος.” Οι ασφαλιστές γενικά πληρώνουν όλο το ποσό της αποζημίωσης στην ολική ανικανότητα, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να πληρώσουν και ποσοστό ίσο με 50% ή και παραπάνω¹⁰².

4.2.3 Ιδιωτική δαπάνη

Το SHI δεν καλύπτει όλα τα κόστη των υπηρεσιών υγείας. Συνήθως υπάρχει μια μικρή συμμετοχή των ασθενών σε ορισμένες υπηρεσίες, κυρίως στη φαρμακευτική και οδοντιατρική φροντίδα, την οποία πρέπει να πληρώσουν επιπρόσθετα από τις εισφορές της μισθοδοσίας. Το 2004, σε μια προσπάθεια να βελτιώσουν τα οικονομικά της φροντίδας υγείας, επέβαλλαν τη συμμετοχή των ασθενών για επισκέψεις περιπατητικής φροντίδας σε γιατρούς (γενικούς, ειδικούς και οδοντιάτρους), με εξαίρεση τα άτομα κάτω των 18 ετών. Η συμμετοχή αυτή αντιστοιχούσε σε € 10 για την πρώτη επίσκεψη ανά τρίμηνο ή στις μεταγενέστερες επισκέψεις χωρίς παραπομπή και οδήγησε σε μια αύξηση των άτυπων πληρωμών των ασθενών που αντιστοιχούσε περίπου στο 13,2% των συνολικών δαπανών υγείας το 2011 στη χώρα.

Αυτές οι συμμετοχές καταργήθηκαν τον Ιανουάριο του 2013 αλλά παρέμειναν άλλες, όπως μια χρέωση που κυμαίνεται μεταξύ €5 με €10 για εξωνοσοκομειακή συνταγογράφηση (εκτός εάν η τιμή είναι κάτω από το 30% της τιμής αναφοράς, που σημαίνει ότι περισσότερα από 5000 φάρμακα είναι δωρεάν), €10 για κάθε μέρα στο

¹⁰² Χατζόπουλος (2007)

νοσοκομείο είτε για νοσοκομειακή περίθαλψη είτε για φροντίδες αποκατάστασης (για τις πρώτες 28 ημέρες του μήνα) και €5 με €10 για συνταγογραφούμενα ιατρικά βοηθήματα. Οι γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με το SHI δεν επιτρέπεται να χρεώνουν παραπάνω από τη συμφωνημένη αμοιβή που περιλαμβάνεται στον κατάλογο παροχών, αλλά οι ανεξάρτητοι πάροχοι μπορούν να χρεώνουν επιπλέον ποσά στους ασθενείς.

Μια σειρά από μέτρα τέθηκαν σε εφαρμογή προκειμένου να αποτρέψουν το ενδεχόμενο κάποια άτομα να περιέλθουν σε δύσκολη οικονομική κατάσταση εξαιτίας των συμμετοχών. Έτσι, εξαιρέθηκαν από την εφαρμογή των μέτρων οι μακροχρόνια άνεργοι (η κυβέρνηση πληρώνει τη συμμετοχή τους), τα άτομα που τραυματίζονταν στην εργασία τους και οι έγκυες. Η συμμετοχή των ασθενών περιορίζεται στο 2% των ετήσιων οικογενειακών εισοδημάτων ή στο 1% για τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι επίσης δεν συνεισφέρουν στο κόστος συνταγογράφησης φαρμάκων¹⁰³.

4.3 Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου γίνεται κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού αλλά και από ιδιωτικές δαπάνες. Ο κρατικός προϋπολογισμός περιλαμβάνει τη γενική φορολογία, τα NICs και την τοπική φορολογία. Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν την ιδιωτική ασφάλιση αλλά και την ιδιωτική δαπάνη.

4.3.1 Κρατικός Προϋπολογισμός

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του NHS είναι η γενική φορολογία, δηλαδή ο φόρος εισοδήματος, ο ΦΠΑ (VAT), οι φόροι που πληρώνουν οι εταιρείες και οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης (στα καύσιμα, το αλκοόλ και τα τσιγάρα). Όσον αφορά το φόρο εισοδήματος, φορολογείται τόσο το δεδουλευμένο όσο και το μη δεδουλευμένο εισόδημα (συντάξεις, τόκοι ή μερίσματα) και δεν υπάρχει ανώτατο όριο στο εισόδημα που φορολογείται. Το VAT είναι ένας φόρος επί των πωλήσεων που επιβάλλεται στις

¹⁰³ <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf> και <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013>

περισσότερες εμπορικές συναλλαγές. Περιλαμβάνει τα περισσότερα έξοδα κατανάλωσης, εισαγωγές και εξαγωγές και μεταφορές αγαθών και υπηρεσιών μεταξύ επιχειρήσεων. Ο συνηθισμένος ΦΠΑ είναι 17,5% στα περισσότερα αγαθά και υπηρεσίες. Οι φόροι των εταιρειών επιβάλλονται στα κέρδη των εταιρειών.

Η συλλογή των χρημάτων μέσω της γενικής φορολογίας σημαίνει ότι τα κόστη της διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα, καθώς τα κεφάλαια που προορίζονται για το NHS συλλέγονται στα πλαίσια της διαδικασίας συλλογής των γενικών φόρων. Αυτό σημαίνει παρ' όλα αυτά ότι ο βαθμός της διαφάνειας (π.χ. η σχέση μεταξύ της πληρωμής φόρων και των ωφελειών που λαμβάνονται από το NHS) είναι σχετικά χαμηλή.

Τα NICs είναι υποχρεωτικές συνεισφορές που πληρώνονται από τους εργοδότες, τους υπαλλήλους και τους αυτοαπασχολούμενους μόνο επί των δεδουλευμένων εισοδημάτων. Περίπου το 10% του συνολικού εισοδήματος του NIC χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση του NHS, παρ' όλα αυτά το δικαίωμα σε θεραπεία μέσω του NHS δεν βασίζεται στο εάν κάποιος έχει πληρώσει το NIC.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν τη φροντίδα στο σπίτι και σε ιδρύματα, χρηματοδοτούνται κατά ένα μέρος από την τοπική φορολογία (δημοτικά τέλη και ποσοστά επιχειρήσεων). Οι φόροι αυτοί δεν χρηματοδοτούν την υγειονομική περίθαλψη. Τα δημοτικά τέλη ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων περιοχών και υπολογίζονται κλιμακωτά ανάλογα με την αξία της περιουσίας όπου διαμένουν οι κάτοικοι. Το ποσοστό του φόρου εξαρτάται από την κατάσταση του φορολογούμενου, π.χ. αν είναι φοιτητές, αν πρόκειται για πρώτη ή δεύτερη κατοικία κ.τ.λ. Τα ποσοστά των επιχειρήσεων, επίσης, ποικίλουν μεταξύ των τοπικών αρχών¹⁰⁴.

4.3.2 Ιδιωτική Ασφάλιση

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η ιδιωτική ασφάλιση (Private Medical Insurance, PMI) έχει κυρίως ρόλο συμπληρωματικό. Παρέχει κάλυψη για υπηρεσίες που εξαιρούνται ή δεν καλύπτονται πλήρως από το κράτος ή για την παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών με την έννοια της ταχύτερης πρόσβασης (παράκαμψη λιστών αναμονής) και της αύξησης των επιλογών των ασθενών. Η κάλυψη που προσφέρεται στηρίζεται σε ένα ιδιωτικό συμβόλαιο που συνάπτεται ανάμεσα στον ασφαλισμένο και τον ασφαλιστή. Στο σημείο παροχής της θεραπείας, υπάρχει ένα συμβόλαιο μεταξύ του ασφαλιστή και του παρόχου

¹⁰⁴ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

της υπηρεσίας και ένα μεταξύ του ασφαλισμένου και του ειδικευμένου γιατρού ή του χειρουργού. Τα συμβόλαια δεν μεταφέρονται και ισχύουν μόνο για τα άτομα που αναγράφονται στο συμβόλαιο.

Η συνηθισμένη ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει τα κόστη της ιδιωτικής ιατρικής θεραπείας σε περιπτώσεις οξέων περιστατικών. Παρόλο που κάποια συμβόλαια παρέχουν κάλυψη για χρόνιες καταστάσεις και καρκίνους, η συνηθισμένη ασφαλιστική κάλυψη τα εξαιρεί. Σε γενικές γραμμές οι ασφαλιστές είναι ελεύθεροι να αποφασίσουν το εύρος των καλύψεων που θα προσφέρουν και συνήθως συμπεριλαμβάνουν στα συμβόλαιά τους χειρουργικές επεμβάσεις, διαμονή στο νοσοκομείο, φροντίδα από νοσοκόμες και ενδονοσοκομειακές εξετάσεις. Τα περισσότερα πακέτα ασφαλίσεων εξαιρούν τις υπηρεσίες που παρέχονται από γενικούς γιατρούς, τη φυσιολογική εγκυμοσύνη, τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και τις ιδιαίτερα ακριβές ιατρικές πράξεις, όπως είναι η μεταμόσχευση οργάνων. Επιπλέον, υπάρχει μια γενική εξαίρεση των προϋπαρχουσών παθήσεων, δηλαδή των ασθενειών από τις οποίες πάσχει το άτομο τη χρονική στιγμή που συνάπτεται το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Πολλές ασφαλιστικές εταιρείες δεν προσφέρουν μόνο τη βασική κάλυψη των «οξέων περιστατικών» αλλά διευρύνουν το σκοπό της κάλυψης χρεώνοντας συγχρόνως υψηλότερο ασφάλιστρο. Άλλες προσφέρουν μόνο τη βασική κάλυψη περιορίζοντας σημαντικά την πρόσβαση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα που συσχετίζεται με τη βασική κάλυψη. Μπορεί να υπάρξουν περιορισμοί στην επιλογή του νοσοκομείου ή να παρέχεται κάλυψη μόνο σε περιπτώσεις που η λίστα αναμονής του τοπικού NHS είναι πάνω από έξι εβδομάδες. Το ασφάλιστρο σε αυτές τις περιπτώσεις είναι μειωμένο.

Οι πληρωμές στα ιδιωτικά νοσοκομεία υπολογίζονται με βάση τη χρέωση για τις εγκαταστάσεις, που πληρώνεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον ασφαλιστή και την αμοιβή των ειδικών γιατρών, που πληρώνεται από τους ασθενείς, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από τον ασφαλιστή. Αν ο γιατρός χρεώσει τον ασθενή περισσότερο από την καθορισμένη αμοιβή που προβλέπεται για τη συγκεκριμένη διαδικασία, ο ασφαλιστής θα πρέπει να καλύψει τη διαφορά. Το ύψος του ασφαλίστρου εξαρτάται από τέσσερις παράγοντες:

- Το σκοπό της κάλυψης, δηλαδή για ποιους κινδύνους καλύπτεται ο ασφαλισμένος.
- Αν υπάρχουν επιπρόσθετες επιλογές στην κάλυψη. Τα ασφάλιστρα θα αυξηθούν αν ο ασφαλισμένος επιλέξει να συμπεριλάβει τα εξαρτώμενα μέλη στο

συμβόλαιο. Μειώσεις των ασφαλιστρών μπορεί να επέλθουν αν ο ασφαλισμένος επιλέξει να νοσηλευτεί σε κάποιο συμβεβλημένο με τον ασφαλιστή ίδρυμα (οπότε ο ασφαλιστής θα δικαιούται κάποια έκπτωση) ή αν ο ασθενής συμμετέχει στο κόστος, που σημαίνει ότι θα πληρώνει για κάθε περιστατικό μέχρι ενός ορισμένου ποσού και ο ασφαλιστής θα πληρώνει το υπερβάλλον ποσό.

- Τη φύση και το βαθμό του κινδύνου στον οποίο είναι εκτεθειμένο το άτομο. Η εκτίμηση του κινδύνου γίνεται είτε σε ατομικό επίπεδο είτε με βάση την προηγούμενη εμπειρία της ομάδας κινδύνου στην οποία ανήκει το άτομο. Στην πρώτη περίπτωση, οι ασφαλιστές λαμβάνουν υπόψη το φύλο, την ηλικία, την κληρονομικότητα, τον τρόπο ζωής, την καπνιστική συνήθεια και άλλες πληροφορίες που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του ατόμου. Με βάση αυτές τις πληροφορίες ο ασφαλιστής εκτιμάει τον κίνδυνο, αποφασίζει για τις εξαιρέσεις και διαμορφώνει το ασφάλιστρο. Στη δεύτερη περίπτωση, το ασφάλιστρο υπολογίζεται με βάση την εμπειρία και τα αποτελέσματα της ομάδας των προηγούμενων ετών και δεν γίνεται εκτίμηση του κινδύνου ανά άτομο.
- Μία επιπλέον χρέωση που αντιστοιχεί στο κέρδος του ασφαλιστή, την κάλυψη των διοικητικών εξόδων, τις πληρωμές των αντασφαλιστών και τον φόρο των ασφαλιστρών, που είναι περίπου 5%¹⁰⁵.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο προσφέρονται μόνιμα συμβόλαια υγείας (Permanent Health Insurance, PHI)¹⁰⁶, που είναι ατομικά και παρέχουν εβδομαδιαίο ή μηνιαίο εισόδημα σε εκείνους που υποφέρουν από αρρώστιες ή εργατικά ατυχήματα. Τα PHI συμβόλαια παρέχουν προστασία και για την περίπτωση ανικανότητας εργασίας. Όταν η ασφαλιστική εταιρεία προσφέρει επίσημα ένα συμβόλαιο PHI και καταβληθεί το πρώτο ασφάλιστρο, η εταιρεία δεν μπορεί να το ακυρώσει εφόσον ο κάτοχος του συμβολαίου ανταποκρίνεται στους κανόνες που του έχουν τεθεί.

Η συχνότητα της αποζημίωσης λόγω ανικανότητας εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου και υπάρχει πιθανότητα ηθικού κινδύνου, καθώς το συνολικό εισόδημα του ασφαλισμένου μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί. Το ύψος βέβαια της αποζημίωσης υπολογίζεται από το τμήμα underwriting της ασφαλιστικής εταιρείας, που εξετάζει το αίτημα του ασφαλισμένου για αποζημίωση σε συσχετισμό με την

¹⁰⁵ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

¹⁰⁶ Χατζόπουλος, 2007

οικονομική του κατάσταση. Το ύψος των οφειλών που εξαιρούνται θα γίνει αποδεκτό, κατά τη διάρκεια της ανικανότητας, από τον ασφαλιστικό φορέα συνταξιοδοτικών προγραμμάτων.

Τα συμβόλαια ΡΗΙ περιλαμβάνουν συνήθως μια περίοδο αναβολής, που καθορίζεται από αυτόν που φέρει το συμβόλαιο, και έτσι η αποζημίωση είναι πληρωτέα όταν η αρρώστια διαρκέσει περισσότερο από μια συγκεκριμένη περίοδο. Όσο μεγαλύτερη είναι η περίοδος αναβολής τόσο φθηνότερη θα είναι η κάλυψη και κατά συνέπεια το ασφάλιστρο που θα καταβάλλει ο ασφαλισμένος. Τα συμβόλαια αυτά έχουν ισχύ για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Για τους άντρες ισχύουν μέχρι την ηλικία των 65 ετών και για τις γυναίκες μέχρι την ηλικία των 60 ετών.

Συνεπώς, ένα κοινό ΡΗΙ συμβόλαιο αρχίζει να πληρώνει εβδομαδιαίο ή μηνιαίο εισόδημα στον ασφαλισμένο όταν αρρωστήσει και η ασθένειά του διαρκεί περισσότερο από την καθορισμένη περίοδο αναβολής. Ο ασφαλιστής δεν έχει δικαίωμα να ακυρώσει το συμβόλαιο, επομένως θα συνεχίσει να πληρώνει το εισόδημα έως ότου ο ασθενής αναρρώσει ή σε περίπτωση που είναι επ' αορίστου ή μόνιμα άρρωστος, θα συνεχίσει να λαμβάνει την αποζημίωση έως ότου πεθάνει ή φτάσει την ηλικία που διακόπτεται το συμβόλαιο βάση των όρων του.

Η ιδιωτική ασφάλιση στο Ηνωμένο Βασίλειο παρέχεται είτε από κερδοσκοπικούς είτε από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρείες απεικονίζονται στον Πίνακα 4.2.

Πίνακας 4.2

Οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρείες του Ηνωμένου Βασιλείου το 2006

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΜΕΡΙΔΙΟ ΑΓΟΡΑΣ
BUPA	42%
AXA PPP	24%
NORWICH UNION	17,5%
STANDARD LIFE	
ΣΥΝΟΛΟ	83,5%

Πηγή: Health Systems in Transition Vol. 13 No. 1 2011 (Ίδια επεξεργασία)

Οι τέσσερις μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρείες στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2006 κατείχαν το 83,5% του μεριδίου αγοράς. Οι χρεώσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων προκύπτουν ως αποτέλεσμα των διμερών διαπραγματεύσεων μεταξύ ασφαλιστών και νοσοκομείων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασφαλιστές μπορεί να είναι επίσης και σημαντικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας (π.χ. η ασφαλιστική εταιρεία BUPA).¹⁰⁷

4.3.3 Ιδιωτική δαπάνη

Σε γενικές γραμμές το μεγαλύτερο μέρος της περίθαλψης του NHS είναι δωρεάν στο σημείο χρήσης των υπηρεσιών. Ορισμένες, όμως, υπηρεσίες είτε δεν καλύπτονται από το NHS και οι ασθενείς θα πρέπει τις πληρώσουν οι ίδιοι (άμεσες πληρωμές), είτε καλύπτονται από το NHS αλλά υπόκεινται σε κατανομή του κόστους, συνήθως με τη μορφή της συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος. Οι άτυπες πληρωμές συναντώνται σπάνια στο αγγλικό σύστημα υγείας.

Ο Πίνακας 4.3 απεικονίζει τις ιδιωτικές δαπάνες για διάφορους τύπους φροντίδας, καθώς επίσης και τους μηχανισμούς για την ελαχιστοποίηση των οικονομικών εμποδίων στην πρόσβαση.

Οι άμεσες πληρωμές καλύπτουν την ιδιωτική θεραπεία, τα μη συνταγογραφούμενα (Over the counter, OTC) φάρμακα, τις οφθαλμολογικές υπηρεσίες και την κοινωνική φροντίδα. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών είναι άμεσες, με ποσοστό 41% να δαπανάται σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ακολουθεί η χρέωση για ιδιωτική θεραπεία, που αφορά κυρίως εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Οι πληρωμές αυτές είχαν αυξηθεί κατά την περίοδο 1992-1993, αντιστοιχώντας στο 13% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης, ενώ το 2006 έφτασαν στο 18%. Ο βασικός λόγος ήταν η αντίληψη για τη χαμηλή σχετικά ποιότητα φροντίδας του NHS, όπου παρατηρούνταν ελλείψεις και μεγάλες λίστες αναμονής. Η αντίληψη αυτή άλλαξε καθώς το κοινό απέκτησε καλύτερη ενημέρωση των ουσιαστικών βελτιώσεων του NHS σε χρόνους αναμονής¹⁰⁸.

Οι ιδιωτικές κλινικές έχουν κάνει τις υπηρεσίες τους πιο προσιτές στους ασθενείς που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση, μέσω των πακέτων σταθερής τιμής, στα οποία το συνολικό κόστος της θεραπείας έχει συμφωνηθεί εκ των προτέρων, ακόμη και στις

¹⁰⁷ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

¹⁰⁸ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

περιπτώσεις που θα προκύψουν μη αναμενόμενες επιπλοκές, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αβεβαιότητα του ασθενή ως προς το ύψος του ποσού που θα κληθεί να πληρώσει. Τα πακέτα σταθερής τιμής, όμως, ισχύουν συνήθως μόνο σε χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας, όπως αντικαταστάσεις ισχίου και γονάτου, επέμβαση καταρράκτη και κήλης και συνήθως δεν παρέχονται για παθήσεις όπως η θεραπεία του καρκίνου¹⁰⁹.

Πίνακας 4.3

Ίδιες πληρωμές για τα διάφορα είδη υγειονομικής περίθαλψης

Τύπος πληρωμής	Τύπος φροντίδας	Μηχανισμοί Προστασίας
Άμεσες πληρωμές	Ιδιωτική θεραπεία στα NHS trusts ή σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές	PMI πολιτικές
	Οφθαλμολογικές υπηρεσίες	Απαλλαγές, μειωμένοι συντελεστές (NHS κουπόνια)
	Κοινωνική φροντίδα	Απαλλαγές, μειωμένοι συντελεστές, ιδιωτικές μακροπρόθεσμες πολιτικές ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης
	OTC φάρμακα	Κανένας
Συμμετοχή (συγκεκριμένη αμοιβή ανά συνταγή)	Συνταγές NHS	Απαλλαγές, μειωμένοι συντελεστές (προπληρωμή)
Συμμετοχή (τρεις τύποι χρεώσεων σύμφωνα με την πολυπλοκότητα και τη διάρκεια της θεραπείας)	NHS οδοντιατρική φροντίδα	Απαλλαγές, μέγιστη χρέωση για πολύπλοκη θεραπεία

Πηγή: Health Systems in Transition Vol. 13 No. 1 2011

Οι συμμετοχές καλύπτουν τις συνταγές των φαρμάκων του NHS και την οδοντιατρική φροντίδα. Στην εξωνοσοκομειακή συνταγογράφηση φαρμάκων η συμμετοχή του ασθενή αντιστοιχεί περίπου σε £ 7,85 ανά συνταγή, ενώ η ενδονοσοκομειακή είναι εντελώς δωρεάν. Στις οδοντιατρικές υπηρεσίες η συμμετοχή

¹⁰⁹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

είναι το ανώτερο £ 214 ανά θεραπεία. Οι χρεώσεις ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και ισχύουν σε όλη τη χώρα¹¹⁰.

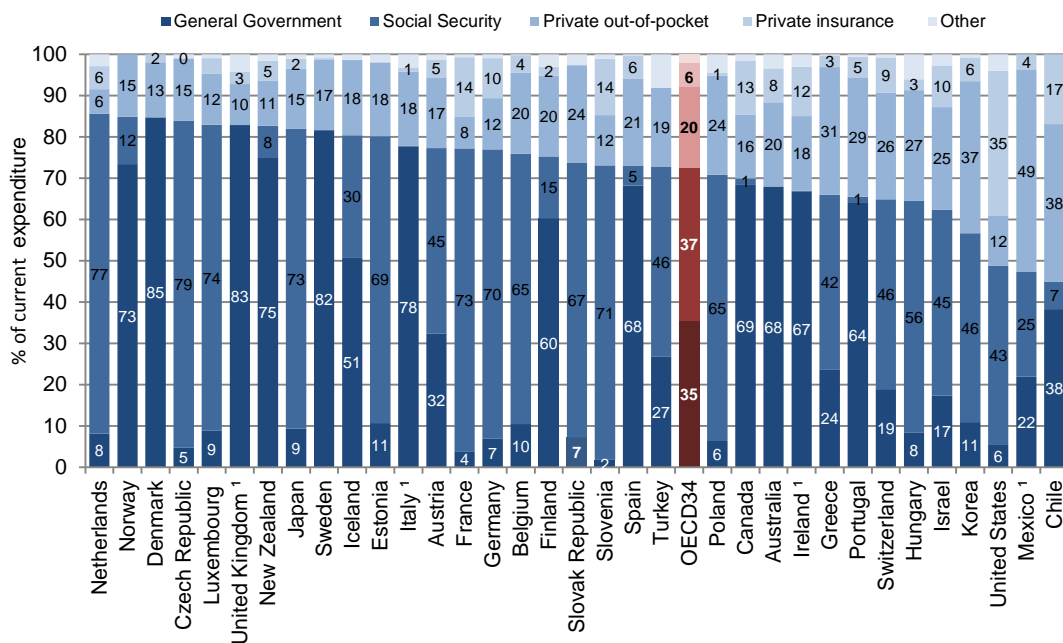
4.4 Σύγκριση των πηγών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γερμανίας και άλλων χωρών του ΟΟΣΑ

Πριν το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό στις περισσότερες χώρες ήταν περιορισμένη και κάλυπτε κυρίως τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και τις ανάγκες για άπορους, άνεργους και ανάπηρους. Την περίοδο αυτή κύριες πηγές χρηματοδότησης ήταν η κοινωνική ασφάλιση, η εκκλησία και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Σταδιακά το κράτος άρχισε να παίζει σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση, λόγω της ραγδαίας οικονομικής ανόδου και της αύξησης των δαπανών υγείας. Οι περισσότερες χώρες δεν θέλησαν να καταργήσουν την κοινωνική ασφάλιση και να αναλάβουν εξολοκλήρου τις δαπάνες υγείας. Εξαίρεση αποτέλεσε η Μεγάλη Βρετανία, η οποία το 1948 κατήργησε την κοινωνική ασφάλιση και ίδρυσε το NHS, όπου το σύνολο της χρηματοδότησης ανέλαβε ο κρατικός προϋπολογισμός. Οι περισσότερες, ωστόσο, δυτικοευρωπαϊκές χώρες συνεχίζουν να έχουν ως κύρια πηγή χρηματοδότησης την κοινωνική ασφάλιση, έτσι όπως εξελίχθηκε και καθιερώθηκε από τις αρχές του αιώνα¹¹¹.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί απεικονίζονται οι πηγές χρηματοδότησης των συνολικών δαπανών υγείας το 2011 για 34 χώρες του OECD (Ολλανδία, Νορβηγία, Δανία, Τσεχία, Λουξεμβούργο, Ηνωμένο Βασίλειο, Νέα Ζηλανδία, Ιαπωνία, Σουηδία, Ισλανδία, Εσθονία, Ιταλία, Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο, Φινλανδία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Τουρκία, Πολωνία, Καναδάς, Αυστραλία, Ιρλανδία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ελβετία, Ουγγαρία, Ισραήλ, Κορέα, ΗΠΑ, Μεξικό και Χιλή). Το μερίδιο συμμετοχής της κάθε πηγής εξαρτάται από το σύστημα υγείας που επικρατεί στην κάθε χώρα.

¹¹⁰ http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf

¹¹¹ Μ. Θεοδώρου *et.al.* (2001)



Πηγή: OECD Health Statistics 2013, Health at a Glance 2013

Διάγραμμα 4.5

Διαγραμματική απεικόνιση των πηγών χρηματοδότησης των συνολικών δαπανών υγείας το έτος 2011

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα, στις 34 χώρες που εξετάζονται ο δημόσιος τομέας, είτε μέσω του κρατικού προϋπολογισμού είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, καλύπτει πάνω από το 40% των συνολικών δαπανών υγείας. Στις περισσότερες, μάλιστα, χώρες το ποσοστό αυτό ανέρχεται μεταξύ 60-80%.

Κεντρική κυβέρνηση - Κρατικός προϋπολογισμός

Στη Γερμανία, η μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια και η αδυναμία των ταμείων ασθένειας να καλύψουν το σύνολο των δαπανών ανάγκασε την κυβέρνηση να επιδοτεί μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και κυρίως τη γενική φορολογία, ένα μέρος των ελλειμμάτων και έτσι η βασική αρχή της κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck για διμερή χρηματοδότηση, δηλαδή εργαζόμενοι και εργοδότες, έχει μετατραπεί σε τριμερή, δηλαδή εργαζόμενοι, εργοδότες και κράτος. Η συμμετοχή της γερμανικής κυβέρνησης στην κάλυψη των δαπανών υγείας ανέρχεται το 2011 σε 7% και αντιστοιχεί σε ένα από τα μικρότερα ποσοστά συμμετοχής των

εξεταζόμενων χωρών μετά τη Γαλλία, την Τσεχία, τη Σλοβενία, την Πολωνία και τις ΗΠΑ.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, αντίθετα, που αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημόσιου εθνικού συστήματος, το 83% της χρηματοδότησης το 2011 προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η χώρα έχει το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης από τη γενική κυβέρνηση (σε σύγκριση με τις υπόλοιπες 34 χώρες) μετά τη Δανία, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 85%, ενώ βρίσκεται πολύ υψηλότερα από το μέσο όρο του Ο.Ε.С.Д. που είναι 35%.

Κοινωνική ασφάλιση

Στη Γερμανία, που αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημόσιου κρατικού συστήματος τύπου Bismarck, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης των συνολικών δαπανών υγείας, που ανέρχεται σε 70% το 2011, προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση. Τα 134 ταμεία ασθένειας που λειτουργούν στη χώρα (Ιανουάριος του 2013) χρηματοδοτούν τις δαπάνες υγείας από τις εισφορές που συγκεντρώνουν από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους. Όπως προκύπτει από το διάγραμμα, η Γερμανία έχει από τα μεγαλύτερα ποσοστά χρηματοδότησης από την κοινωνική ασφάλιση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες που εξετάζονται και μάλιστα το ποσοστό είναι διπλάσιο από τον αντίστοιχο μέσο όρο του ΟΕСD που είναι 37%. Γενικά, οι περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες έχουν την κοινωνική ασφάλιση ως κύρια πηγή χρηματοδότησης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπως επίσης στη Δανία, τη Σουηδία, την Ιταλία, την Αυστραλία και την Ιρλανδία δεν υπάρχει καθόλου κοινωνική ασφάλιση και ταμεία ασθένειας. Η συμμετοχή του δημόσιου τομέα στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας προέρχεται μόνο μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας.

Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω κρατικού προϋπολογισμού και κοινωνικής ασφάλισης

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα του συστήματος υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου σε σχέση με το σύστημα της Γερμανίας είναι ότι κοστίζει λιγότερο. Οι πόροι για την υγεία

συλλέγονται μέσω του υπάρχοντος κρατικού μηχανισμού συλλογής των φόρων και δεν απαιτείται η ίδρυση ταμείων ειδικά για το σκοπό αυτό, που συνεπάγεται υψηλό διοικητικό κόστος. Επιπλέον, είναι πιο δίκαιο κοινωνικά αφού ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, με αποτέλεσμα τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα να έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με τους χαμηλόμισθους. Αντίθετα στη Γερμανία, η προοδευτικότητα των εισφορών είναι περιορισμένη.

Τα σημαντικότερα μειονεκτήματα του Βρετανικού συστήματος υγείας έναντι του Γερμανικού είναι η περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού, σε αντίθεση με τα ταμεία όπου ο ασθενής μπορεί να επιλέξει γιατρό έστω και με οικονομική επιβάρυνσή του, η αυξημένη γραφειοκρατία και οι δυσκολίες στην πρόσβαση (μεγάλες λίστες αναμονής και ουρές) . Ο ασθενής δεν γνωρίζει το ποσό που πληρώνει για τις υπηρεσίες υγείας και έτσι οδηγείται σε υπερκατανάλωση υπηρεσιών, ενώ στη Γερμανία ο κάθε ασθενής γνωρίζει ακριβώς το ποσό της εισφοράς του.

Τέλος, στο Γερμανικό σύστημα υγείας οι πόροι από την κοινωνική ασφάλιση είναι σταθεροί και συγκεκριμένοι και είναι διατεθειμένοι αποκλειστικά και μόνο για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, ενώ η χρηματοδότηση στη Μεγάλη Βρετανία εξαρτάται άμεσα από τα έσοδα που θα διατεθούν από τον κρατικό προϋπολογισμό και υπάρχει κίνδυνος υποχρηματοδότησης του συστήματος εάν δοθεί προτεραιότητα σε άλλους τομείς¹¹².

Ιδιωτική ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έλαβε μεγάλες διαστάσεις μετά το 1960 και σήμερα αποτελεί στα φιλελεύθερα συστήματα, όπως το Αμερικάνικο, την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Οι πόροι της προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους (ατομικά συμβόλαια υγείας) είτε από τους εργοδότες (ομαδική κάλυψη υγείας). Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 4.5, στις ΗΠΑ το 35% της χρηματοδότησης προέρχεται από την ιδιωτική ασφάλιση, ποσοστό αρκετά υψηλότερο από τις υπόλοιπες 33 χώρες, όπου τα ποσοστά κυμαίνονται από 0% έως 17%.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γερμανία η ιδιωτική ασφάλιση παίζει κυρίως ρόλο συμπληρωματικό, προσφέροντας καλύψεις που δεν παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα

¹¹² Μ. Θεοδώρου *et.al.* (2001)

Υγείας (NHS) και την κοινωνική ασφάλιση (SHI) αντίστοιχα και περιορίζεται σε εξασφάλιση υπηρεσιών ξενοδοχειακού τύπου και κάλυψη του κινδύνου απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας. Στη Γερμανία η ιδιωτική ασφάλιση έχει επίσης και ρόλο υποκατάστασης για όσους είτε δεν έχουν δικαίωμα (δημόσιοι υπάλληλοι) είτε δεν επιθυμούν (αυτοαπασχολούμενοι, άτομα με υψηλό εισόδημα) να ασφαλιστούν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (SHI). Η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας ανέρχεται το 2011 στη Γερμανία σε 10%, υπερβαίνοντας κατά 4% το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που είναι 6% και το ποσοστό του Ηνωμένου Βασιλείου που ανέρχεται μόλις στο 3%. Το ποσοστό της ιδιωτικής ασφάλισης στο Ηνωμένο Βασίλειο αντιστοιχεί στο μισό του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.

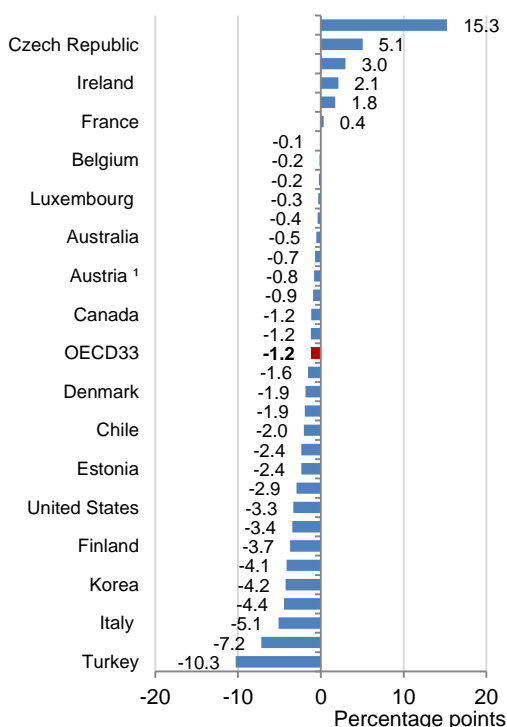
Ιδιωτικές out of pocket δαπάνες

Παρόλο που η δημόσια και η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του κόστους των ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών, σε όλες τις χώρες υπάρχουν κάποιες δαπάνες που πληρώνονται απευθείας από τον ασθενή. Οι ίδιες πληρωμές περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των ασθενών και άλλες δαπάνες που πληρώνονται απευθείας από τα νοικοκυριά. Σε ορισμένες χώρες περιλαμβάνουν και τις ανεπίσημες πληρωμές που γίνονται στους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.5, οι ίδιες πληρωμές το 2011 για το μέσο όρο των 34 χωρών του ΟΟΣΑ αντιστοιχούν σε 20% των συνολικών τρεχουσών δαπανών και αποτελούν για τις περισσότερες χώρες τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης μετά τη δημόσια χρηματοδότηση.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 6% στην Ολλανδία μέχρι 49% στο Μεξικό. Στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο οι ίδιες πληρωμές αναλογούν σε 12 και 10% αντίστοιχα των συνολικών τρεχουσών δαπανών, ποσοστό αρκετά χαμηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, έχουν τις χαμηλότερες ίδιες δαπάνες μετά την Ολλανδία, τη Γαλλία και τη Νέα Ζηλανδία (λιγότερες από τη Γερμανία αλλά περισσότερες από το Ηνωμένο Βασίλειο).

Στο Διάγραμμα 4.6 απεικονίζεται η μεταβολή στις ίδιες πληρωμές ως ποσοστό των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας από το 2000 έως το 2011 για 33 χώρες του ΟΟΣΑ. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, μόνο στις έξι χώρες αυξήθηκαν οι ίδιες

πληρωμές την τελευταία δεκαετία, ενώ σε όλες τις υπόλοιπες μειώθηκαν, με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ να έχει μειωθεί κατά -1,2%.



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διάγραμμα 4.6

Διαγραμματική απεικόνιση της μεταβολής των ιδίων πληρωμών ως ποσοστό των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας από το 2000 έως το 2011

Η Γερμανία, παρόλο που το 2011 είχε από τα χαμηλότερα ποσοστά ιδίων δαπανών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες, αποτελεί μια από τις έξι χώρες των οποίων οι ίδιες πληρωμές ως ποσοστό των συνολικών τρεχουσών δαπανών αυξήθηκαν τη δεκαετία 2000 με 2011, σε ποσοστό ίσο με 1,8%. Αυτό σημαίνει ότι ένα μέρος των δαπανών που στο παρελθόν καλύπτονταν από την κοινωνική ή την ιδιωτική ασφάλιση έχει μετατοπιστεί στα νοικοκυριά. Το Ηνωμένο Βασίλειο, αντίθετα, ακολούθησε την τάση των περισσότερων χωρών σημειώνοντας μείωση των ιδίων δαπανών ίση με -1,2%, ακριβώς όση είναι και η μείωση του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Το γερμανικό σύστημα υγείας έχει ως κύρια πηγή χρηματοδότησης την κοινωνική ασφάλιση. Οι πόροι του προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, το ύψος των οποίων υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού (15,5% επί του παρόντος, από το οποίο 7,3% καλύπτεται από τον εργοδότη και το 8,2% από τον εργαζόμενο). Η κυβέρνηση επιδοτεί σε περιορισμένο βαθμό τα ελλείμματα. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης SHI (GKV), αποτελείται από 134 ταμεία ασθενείας και έχει ως βασικές αρχές την αλληλεγγύη, την αυτονομία, την ισοτιμία στη χρηματοδότηση, τον πλουραλισμό και τα οφέλη σε είδος. Καλύπτει όλους όσους έχουν εισόδημα κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο, τους σπουδαστές, τους συνταξιούχους και τα εξαρτώμενα μέλη (γυναίκες και παιδιά). Πρόκειται για ένα “pay as you go” σύστημα.

Η ιδιωτική ασφάλιση στη χώρα έχει ρόλο υποκατάστασης, αφού καλύπτει όλους όσους εξαιρούνται είτε υποχρεωτικά είτε από επιλογή τους από το SHI, αλλά και συμπληρωματικό, καθώς χρησιμοποιείται για να καλύψει ορισμένες συμμετοχές των ασφαλισμένων στα έξοδα, αλλά και για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από το 2009 είναι υποχρεωτικό για όλους τους Γερμανούς και τους μόνιμους κατοίκους της χώρας να έχουν ασφάλιση υγείας, επομένως οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να προσφέρουν ένα βασικό πακέτο κάλυψης σε οποιονδήποτε κάνει αίτηση σε περίπου ίδιες τιμές με το SHI. Οι ίδιες δαπάνες αφορούν κυρίως στη φαρμακευτική και οδοντιατρική φροντίδα και πληρώνονται επιπρόσθετα από τις εισφορές μισθοδοσίας.

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι η γενική φορολογία (φόρος εισοδήματος, ΦΠΑ, φόροι εταιρειών, ειδικοί φόροι κατανάλωσης), τα NICs, δηλαδή υποχρεωτικές συνεισφορές που πληρώνονται από τους εργοδότες, τους υπαλλήλους και τους αυτοαπασχολούμενους επί των δεδουλευμένων εισοδημάτων και η τοπική φορολογία (δημοτικά τέλη και ποσοστά επιχειρήσεων).

Η ιδιωτική ασφάλιση έχει κυρίως ρόλο συμπληρωματικό. Παρέχει κάλυψη για υπηρεσίες που εξαιρούνται ή δεν καλύπτονται πλήρως από το κράτος ή για την παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών με την έννοια της ταχύτερης πρόσβασης (παράκαμψη λιστών αναμονής) και της αύξησης των επιλογών των ασθενών. Οι ίδιες δαπάνες καλύπτουν την ιδιωτική θεραπεία, τα over the counter φάρμακα, οφθαλμολογικές υπηρεσίες και

κοινωνική φροντίδα. Οι συμμετοχές καλύπτουν τις συνταγές φαρμάκων και την οδοντιατρική φροντίδα.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του βρετανικού συστήματος έναντι του γερμανικού, με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, είναι ότι στοιχίζει λιγότερο, καθώς οι πόροι συλλέγονται μέσω του υπάρχοντος μηχανισμού συλλογής φόρων και δεν απαιτείται η ίδρυση ταμείων που συνεπάγονται υψηλό κόστος και ότι είναι κοινωνικά πιο δίκαιο λόγω της προοδευτικότητας των φόρων. Τα σημαντικότερα μειονεκτήματα του βρετανικού συστήματος έναντι του γερμανικού, είναι η περιορισμένη ελευθερία στην επιλογή γιατρού, η αυξημένη γραφειοκρατία και οι δυσκολίες στην πρόσβαση. Ο ασθενής οδηγείται σε υπερκατανάλωση υπηρεσιών καθώς δεν γνωρίζει ακριβώς το ποσό που πληρώνει για τις υπηρεσίες υγείας και δεν υπάρχει αυτονομία του συστήματος, καθώς η χρηματοδότηση εξαρτάται άμεσα από τα χρήματα που διατίθενται κάθε φορά από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ STATA

5.1 Εισαγωγή

Το Stata είναι ένα ιδιαίτερα ισχυρό και εύχρηστο στατιστικό λογισμικό πακέτο που δημιουργήθηκε το 1985. Το όνομά του προέρχεται από μια συλλαβική συντομογραφία των λέξεων “statistics” και “data”. Οι δυνατότητές του περιλαμβάνουν τη διαχείριση δεδομένων, στατιστική ανάλυση, γραφικά, προσομοιώσεις, ανάλυση παλινδρόμησης (γραμμική και πολλαπλή), και τον προγραμματισμό. Στην παρούσα εργασία, το Stata χρησιμοποιείται για την ποσοτική εκτίμηση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ) που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες και του αριθμού των γενικών γιατρών (ανά 1000 κατοίκους), του αριθμού των ειδικών γιατρών (ανά 1000 κατοίκους), το συνολικό αριθμό κλινών (ανά 1000 κατοίκους), τους ψηφιακούς τομογράφους και τις μονάδες μαγνητικής τομογραφίας (ανά 1000000 κατοίκους).

Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται είναι δευτερογενή και προέρχονται από τη βάση δεδομένων του Ο.Ε.Κ.Δ.¹¹³. Εξετάστηκαν δύο χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία, για 15 έτη, από το 1997 έως το 2011. Πρόκειται για panel δεδομένα (γι’ αυτό συμβολίζονται με το δείκτη *it*), καθώς αποτελούν συνδυασμό διαστρωματικών στοιχείων (cross-section) και χρονολογικών σειρών (time-series), δηλαδή αφορούν διαφορετικές χώρες για διαφορετικά έτη. Επιπλέον, τα δεδομένα παρουσιάζουν τέλεια ισορροπία (strongly balanced), καθώς και οι δύο χώρες έχουν δεδομένα για όλα τα έτη, και είναι ετήσια (delta: 1 unit). Το συνολικό πλήθος των παρατηρήσεων είναι $2\text{χώρες} \times 15\text{ έτη} = 30\text{ παρατηρήσεις}$.

Στο πρώτο μέρος του κεφαλαίου αυτού υπολογίζεται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή για όλες τις εξαρτημένες και την ανεξάρτητη μεταβλητή και απεικονίζονται τα δεδομένων με τη χρήση ιστογραμμάτων και graph box. Ακολουθεί ανάλυση παλινδρόμησης, έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των συντελεστών και ταυτόχρονης στατιστικής σημαντικότητας καθώς και ερμηνεία του

¹¹³ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

συντελεστή προσδιορισμού. Γίνεται χρήση του ελέγχου Hausman για την επιλογή μεταξύ υποδείματος Re ή Fe και ελέγχεται η ύπαρξη των προβλημάτων της πολυσυγγραμμικότητας, της ετεροσκεδαστικότητας και της αυτοσυσχέτισης στο υπόδειγμα. Τέλος, γίνεται έλεγχος της εφαρμογής του υποδείματος στην Τσεχία, τη Γαλλία και τις ΗΠΑ.

5.2 Περιγραφική Στατιστική

Στον Πίνακα 5.1 απεικονίζονται τα δεδομένα του δείγματος. Ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίζεται:

- *totexp*: συνολικές (τρέχουσες και κεφαλαιουχικές, ατομικές και συλλογικές) δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές ορίζονται:

- *genpr*: ο αριθμός των γενικών γιατρών (General Practitioners) ανά 1000 κατοίκους.
- *spmedpr*: ο αριθμός των ειδικών γιατρών (Specialist Medical Practitioners) ανά 1000 κατοίκους.
- *hosbeds*: Συνολικός αριθμός κλινών (Hospital Beds) ανά 1000 κατοίκους.
- *comtomsc*: Ψηφιακοί τομογράφοι (Computed Tomography Scanners) ανά 1000000 κατοίκους.
- *magresimun*: Μονάδες μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 (Magnetic Resonance Imaging Units) κατοίκους.

Πίνακας 5.1
Τα δεδομένα του δείγματος

Country	Year	totexp	genpr	spmedpr	hosbeds	comtomsc	magresimun
HB	1997	5,50	0,62	1,19	4,17	4,32	4,42
HB	1998	5,30	0,62	1,22	4,15	4,98	4,98
HB	1999	5,50	0,63	1,28	4,13	5,02	4,65
HB	2000	5,60	0,64	1,33	4,10	5,35	5,62
HB	2001	5,80	0,65	1,37	4,04	6,88	6,21
HB	2002	6,10	0,66	1,44	3,98	7,30	4,99
HB	2003	6,20	0,68	1,50	3,95	6,92	4,55
HB	2004	6,50	0,71	1,64	3,92	7,13	5,08
HB	2005	6,70	0,73	1,70	3,79	7,57	5,49
HB	2006	6,90	0,74	1,76	3,61	7,67	5,72
HB	2007	6,80	0,74	1,78	3,46	7,55	5,68
HB	2008	7,30	0,77	1,85	3,40	7,42	5,62
HB	2009	8,20	0,80	1,91	3,34	7,95	5,98
HB	2010	8,00	0,81	1,96	3,00	8,31	5,95
HB	2011	7,80	0,82	1,99	2,95	8,92	5,91
Γερμανία	1997	8,30	0,66	1,64	9,38	9,58	3,16
Γερμανία	1998	8,20	0,66	1,69	9,29	10,57	3,73
Γερμανία	1999	8,30	0,65	1,73	9,19	11,19	4,38
Γερμανία	2000	8,30	0,66	1,78	9,12	12,15	4,93
Γερμανία	2001	8,30	0,66	1,82	9,01	12,71	5,48
Γερμανία	2002	8,50	0,67	1,85	8,87	13,60	5,98
Γερμανία	2003	8,60	0,66	1,88	8,74	14,04	6,23
Γερμανία	2004	8,20	0,66	1,92	8,58	14,60	6,60
Γερμανία	2005	8,30	0,67	1,95	8,47	15,41	7,09
Γερμανία	2006	8,10	0,66	1,99	8,30	15,83	7,71
Γερμανία	2007	8,00	0,66	2,03	8,24	16,29	8,18
Γερμανία	2008	8,20	0,65	2,06	8,21	16,73	8,72
Γερμανία	2009	9,00	0,65	2,11	8,24	17,24	9,47
Γερμανία	2010	8,90	0,66	2,16	8,25	17,73	10,30
Γερμανία	2011	8,70	0,66	2,23	8,27	18,30	10,77

Πηγή: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Ο Πίνακας 5.2 απεικονίζει, για κάθε μια από τις έξι μεταβλητές, τον αριθμό των παρατηρήσεων, τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, την ελάχιστη και τη μέγιστη τιμή.

Πίνακας 5.2
Περιγραφική στατιστική για τα δεδομένα του δείγματος

variable		Mean	Std. Dev.	Min	Max	observations	
totexp	overall	7.47	1.16653	5.3	9	N =	30
	between		1.305791	6.546667	8.393333	n =	2
	within		.6919903	6.223334	9.123333	T =	15
genpr	overall	.6836667	.0553038	.62	.82	N =	30
	between		.0344125	.6593333	.708	n =	2
	within		.0494568	.5956667	.7956667	T =	15
spmedpr	overall	1.758667	.2830466	1.19	2.23	N =	30
	between		.231931	1.594667	1.922667	n =	2
	within		.2286743	1.354	2.154	T =	15
hosbeds	overall	6.205	2.548833	2.95	9.38	N =	30
	between		3.496407	3.732667	8.677333	n =	2
	within		.4163464	5.422333	6.907667	T =	15
comtomsc	overall	10.642	4.362798	4.32	18.3	N =	30
	between		5.311786	6.886	14.398	n =	2
	within		2.107132	5.824	14.544	T =	15
magres~n	overall	6.119333	1.827984	3.16	10.77	N =	30
	between		1.031433	5.39	6.848667	n =	2
	within		1.670705	2.430667	10.04067	T =	15

Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Οι παρατηρήσεις του δείγματος για όλες τις μεταβλητές είναι 2 χώρες*15 έτη=30, επομένως δεν λείπουν παρατηρήσεις. Ο μέσος όρος των συνολικών δαπανών υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ, που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες είναι 7,47, ο μέσος όρος των γενικών και ειδικών γιατρών (ανά 1000 κατοίκους) είναι 0,68 και 1,76 αντίστοιχα. Κατά μέσο όρο ο αριθμός των κλινών (ανά 1000 κατοίκους) στα νοσοκομεία είναι 6,21 κλίνες, ο αριθμός των ψηφιακών τομογράφων και των μονάδες μαγνητικής τομογραφίας (ανά 1000000 κατοίκους) είναι 10,64 και 6,12 μονάδες αντίστοιχα.

Οι τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών είναι σχετικά μικρές. Η μεταβλητή comtomsc εμφανίζει τη μεγαλύτερη τυπική απόκλιση η οποία είναι 4,36. Για τις μεταβλητές totexp, spmedpr, hosbeds και comtomsc, η τυπική απόκλιση between, που αναφέρεται στη διακύμανση μεταξύ των χωρών, είναι μεγαλύτερη από την τυπική απόκλιση within, που αναφέρεται στη διακύμανση σε σχέση με το χρόνο. Σε αυτή την περίπτωση, οι εκτιμητές τυχαίων επιδράσεων (RE) είναι πιο αποδοτικοί από τους

εκτιμητές σταθερών επιδράσεων (FE). Αντίθετα, για τις μεταβλητές *magresimun* και *genpr*, η τυπική απόκλιση *within* είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την τυπική απόκλιση *between*.

Στις 2 τελευταίες στήλες, απεικονίζεται η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή για την κάθε μεταβλητή.

5.3 Διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων (graph box, ιστόγραμμα)

Ακολουθεί μία γραφική ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιώντας τα εξής γραφήματα: *graph box*, ιστόγραμμα.

Το *graph box* απεικονίζει το εύρος των παρατηρήσεων και αν υπάρχουν ιδιόζουσες - παράξενες παρατηρήσεις.

- Το μπλε κουτί είναι ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων.
- Οι γραμμές πάνω και κάτω δίνουν τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη τιμή αντίστοιχα.
- Η γραμμή στη μέση είναι η διάμεσος (η μεσαία τιμή που προκύπτει μετά από κατάταξη των παρατηρήσεων από τη μικρότερη στη μεγαλύτερη ή αντίστροφα). Όταν η διάμεσος και ο μέσος όρος είναι το ίδιο νούμερο, η κατανομή είναι κανονική.
- Αν υπάρχουν παράξενες παρατηρήσεις συμβολίζονται με αστεράκι πάνω ή κάτω από τη μεγαλύτερη ή μικρότερη τιμή αντίστοιχα.

Το ιστόγραμμα δείχνει την κατανομή των παρατηρήσεων, τη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι παρατηρήσεις.

- Η κατανομή είναι κανονική όταν ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων βρίσκεται στο κέντρο.
- Η κατανομή είναι κυρτή προς τα δεξιά όταν ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων βρίσκεται δεξιά, το οποίο υποδηλώνει υψηλές τιμές.
- Η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά όταν ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων βρίσκεται αριστερά, το οποίο υποδηλώνει χαμηλές τιμές¹¹⁴.

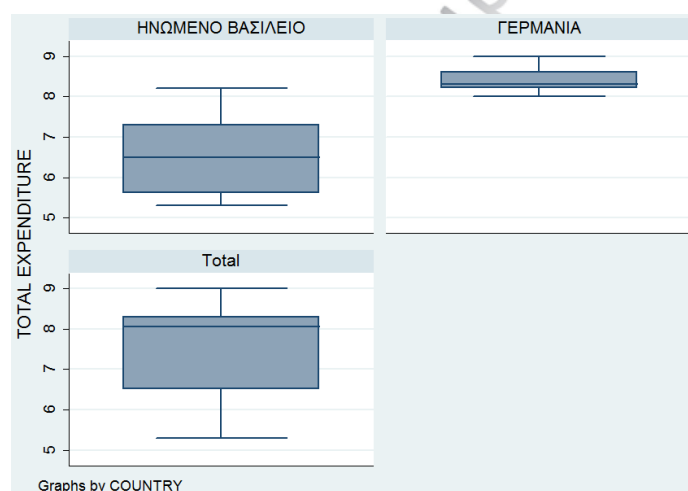
Στη συνέχεια, με τη χρήση του Stata, εξάγονται τα κατωτέρω διαγράμματα για κάθε μια μεταβλητή.

¹¹⁴ Οικονομίδου (2014) και <http://data.princeton.edu/stata/default.html>

5.3.1 Διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων της εξαρτημένης μεταβλητής

Από το Διάγραμμα 5.1 φαίνεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες κυμαίνεται μεταξύ 5,8% και 7,3%, ενώ η μικρότερη τιμή είναι 5,3% και η μεγαλύτερη 8,2%. Η διάμεσος βρίσκεται κάπου στη μέση, ένδειξη ότι ακολουθούν κανονική κατανομή.

Στη Γερμανία, οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες, εμφανίζουν πολύ μικρή μεταβλητότητα και υπερβαίνουν τις αντίστοιχες δαπάνες του Ηνωμένου Βασιλείου. Ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων κυμαίνεται μεταξύ 8,2% και 8,5%. Η μικρότερη τιμή είναι 8,0% και η μεγαλύτερη 9,0%. Η διάμεσος βρίσκεται προς τα πάνω, στις υψηλότερες τιμές, ένδειξη ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα δεξιά.

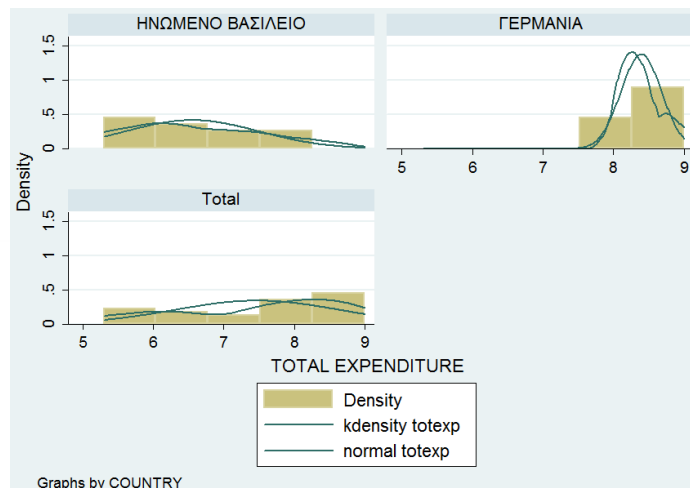


Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.1

Graph Box της μεταβλητής totexp

Στο συνολικό διάγραμμα, που προκύπτει από το άθροισμα των παρατηρήσεων μεταξύ των δύο χωρών, ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων είναι μεταξύ 6,5% και 8,3%, η ελάχιστη τιμή 5,3% (όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο) και η μέγιστη 9% (όπως στη Γερμανία). Η διάμεσος είναι στις υψηλότερες τιμές, οπότε η κατανομή είναι κυρτή προς τα δεξιά.



Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.2

Histogram της μεταβλητής totexp

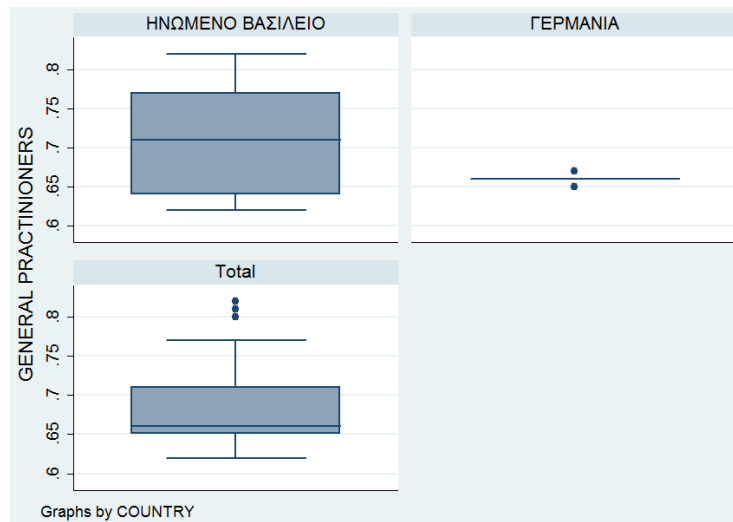
Τα συμπεράσματα αναφορικά με την κανονικότητα που προκύπτουν από το graph box, εξάγονται πιο ευκρινώς από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.2). Στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, η κατανομή είναι κανονική, αφού το μεγαλύτερο μέρος των παρατηρήσεων βρίσκεται στο κέντρο, ενώ στη Γερμανία και το συνολικό ιστόγραμμα, η κατανομή είναι κυρτή προς τα δεξιά, αφού το μεγαλύτερο μέρος των παρατηρήσεων βρίσκεται προς τα δεξιά, στις υψηλότερες τιμές των συνολικών δαπανών υγείας.

5.3.2 Διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων των ανεξάρτητων μεταβλητών

Από το Διάγραμμα 5.3 προκύπτει ότι οι γενικοί γιατροί στο Ηνωμένο Βασίλειο τα περισσότερα έτη ήταν μεταξύ 0,64 και 0,77 ανά 1000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή ήταν 0,62 γενικοί γιατροί/1000 κατοίκους το 1997 και η μεγαλύτερη 0,82 γενικοί γιατροί/1000 κατοίκους το 2011. Η διάμεσος βρίσκεται κάπου στη μέση που είναι ένδειξη κανονικότητας, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.4). Η αναλογία των γενικών γιατρών ανά 1000 κατοίκους είναι μεγαλύτερη στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου οι γενικοί γιατροί έχουν το ρόλο του gatekeeper για τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας σε σύγκριση με τη Γερμανία, όπου δεν έχουν ρόλο gatekeeper.

Στη Γερμανία, οι γενικοί γιατροί τα περισσότερα έτη αντιστοιχούσαν σε 0,66/1000 κατοίκους και συπτίπουν με τη διάμεσο, η οποία βρίσκεται στις χαμηλότερες τιμές, άρα η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα

(Διάγραμμα 5.4). Στο διάγραμμα εμφανίζονται δύο ακραίες παρατηρήσεις, μια πάνω και μια κάτω από τη διάμεσο, που αντιστοιχούν σε 0,67 γενικούς γιατρούς/1000 κατοίκους τα έτη 2002 και 2005 και σε 0,65 γενικούς γιατρούς/1000 κατοίκους τα έτη 1999, 2008 και 2009.

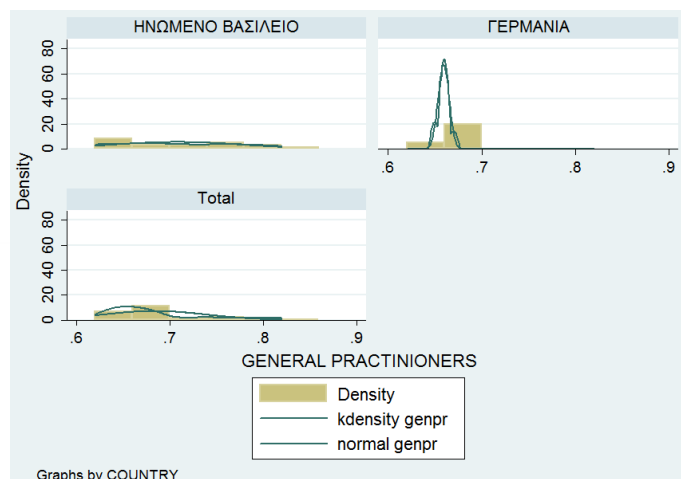


Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.3

Graph Box της μεταβλητής genpr

Στο συνολικό διάγραμμα, οι γενικοί γιατροί στις δύο χώρες τα περισσότερα έτη είναι μεταξύ 0,65 και 0,72 ανά 1000 κατοίκους, ενώ υπάρχουν τρεις ακραίες παρατηρήσεις που είναι πάνω από τη μέγιστη τιμή. Η διάμεσος βρίσκεται στις χαμηλότερες τιμές, άρα η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.4).



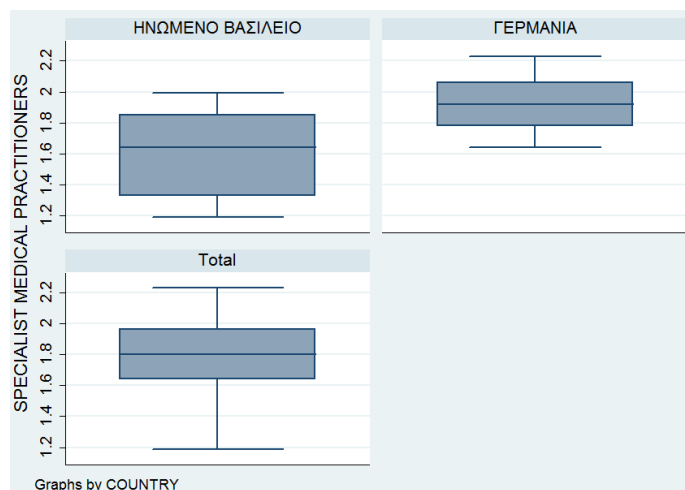
Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.4

Histogram της μεταβλητής genpr

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 5.5, οι ειδικοί γιατροί στο Ηνωμένο Βασίλειο τα περισσότερα έτη ήταν μεταξύ 1,33 και 1,85 ανά 1000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή ήταν 1,19 ειδικοί γιατροί/1000 κατοίκους το 1997 και η μεγαλύτερη 1,99 ειδικοί γιατροί/1000 κατοίκους το 2011. Η διάμεσος βρίσκεται κάπου στη μέση που είναι ένδειξη κανονικότητας, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.6).

Στη Γερμανία, οι ειδικοί γιατροί τα περισσότερα έτη ήταν μεταξύ 1,82 και 2,06 ανά 1000 κατοίκους, ενώ οι τιμές τους παρουσιάζουν μικρότερη μεταβλητότητα σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο. Η μικρότερη τιμή ήταν 1,64/1000 κατοίκους το 1997 και η μεγαλύτερη 2,23/1000 κατοίκους το 2011. Η διάμεσος βρίσκεται στις υψηλότερες τιμές, που είναι ένδειξη ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα δεξιά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.6).

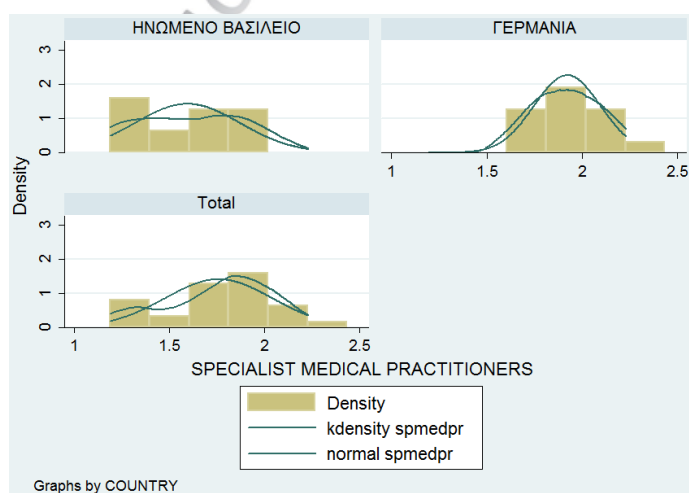


Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.5

Graph Box της μεταβλητής spmedpr

Στο συνολικό διάγραμμα, οι ειδικοί γιατροί στις δύο χώρες τα περισσότερα έτη είναι μεταξύ 1,64 και 1,96 ανά 1000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή είναι 1,19 ειδικοί γιατροί/1000 κατοίκους και η μεγαλύτερη 2,23 ειδικοί γιατροί/1000 κατοίκους. Η διάμεσος βρίσκεται κοντά στη μέση που είναι ένδειξη κανονικότητας, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.6).



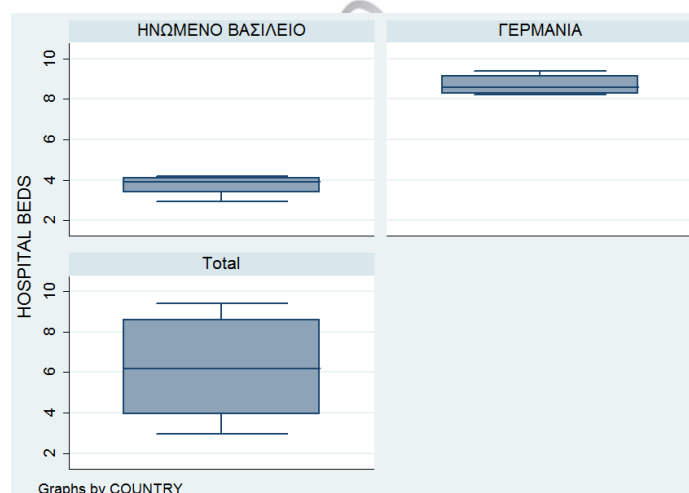
Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.6

Histogram της μεταβλητής spmedpr

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 5.7, στο Ηνωμένο Βασίλειο ο αριθμός των κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους παρουσιάζει μικρή μεταβλητότητα και κυμαίνεται τα περισσότερα έτη μεταξύ 3,46 και 4,10 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή ήταν 2,95 κρεβάτια/1000 κατοίκους το 2011 και η μεγαλύτερη 4,17 κρεβάτια/1000 κατοίκους το 1997. Η διάμεσος είναι στις χαμηλότερες τιμές που αποτελεί ένδειξη ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.8).

Στη Γερμανία, ο αριθμός των κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους κυμαίνεται τα περισσότερα έτη μεταξύ 8,30 κρεβάτια/1000 κατοίκους και 9,19 κρεβάτια/1000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή ήταν 8,21 κρεβάτια/1000 κατοίκους το 2008 και η μεγαλύτερη 9,38 κρεβάτια/1000 κατοίκους το 2011. Η μεταβλητότητα, όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι μικρή. Η διάμεσος βρίσκεται στις υψηλότερες τιμές, που είναι ένδειξη ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα δεξιά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.8).



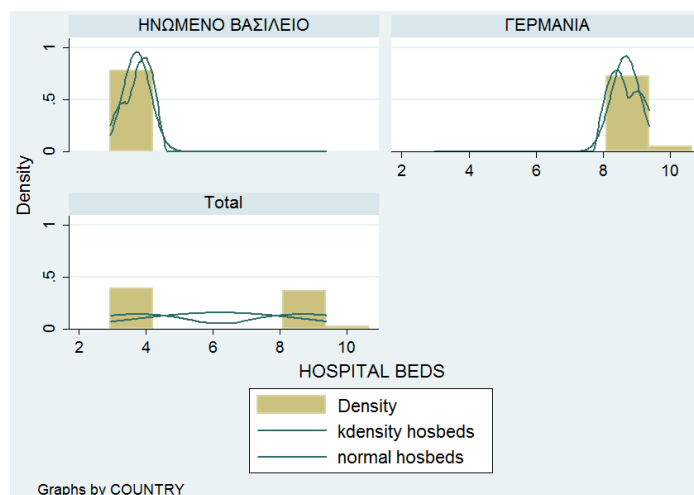
Πηγή: Ο.Ε.Κ.Δ., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.7

Graph Box της μεταβλητής hosbeds

Στο συνολικό διάγραμμα, ο αριθμός των κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους στις δύο χώρες, τα περισσότερα έτη, είναι μεταξύ 3,98 και 8,87 ανά 1000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή είναι 2,95 κρεβάτια/1000 κατοίκους το 2011 στο Ηνωμένο Βασίλειο και η μεγαλύτερη 9,38 κρεβάτια/1000 κατοίκους το 2011 στη Γερμανία. Η διάμεσος

βρίσκεται κοντά στη μέση που είναι ένδειξη κανονικότητας, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.8).



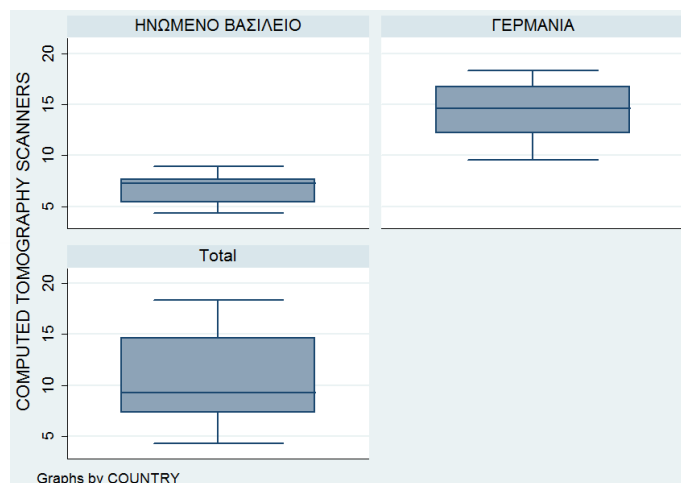
Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.8

Histogram της μεταβλητής hosbeds

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 5.9, στο Ηνωμένο Βασίλειο ο αριθμός των ψηφιακών τομογράφων ανά 1000000 κατοίκους κυμαίνεται τα περισσότερα έτη μεταξύ 5,35 και 7,67 ψηφιακούς τομογράφους ανά 1000000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή είναι 4,32 ψηφιακοί τομογράφοι ανά 1000000 κατοίκους και η μεγαλύτερη 8,92 ψηφιακοί τομογράφοι ανά 1000000 κατοίκους. Η διάμεσος είναι στις χαμηλότερες τιμές που αποτελεί ένδειξη ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.10).

Στη Γερμανία, ο αριθμός των ψηφιακών τομογράφων ανά 1000000 κατοίκους κυμαίνεται τα περισσότερα έτη μεταξύ 12,71 και 16,29 ψηφιακούς τομογράφους ανά 1000000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή ήταν 9,58 ψηφιακοί τομογράφοι/1000000 κατοίκους και η μεγαλύτερη 18,30 ψηφιακοί τομογράφοι/1000000 κατοίκους. Η μεταβλητότητα είναι μεγαλύτερη σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο. Η διάμεσος βρίσκεται στις υψηλότερες τιμές, που είναι ένδειξη ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα δεξιά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.10).

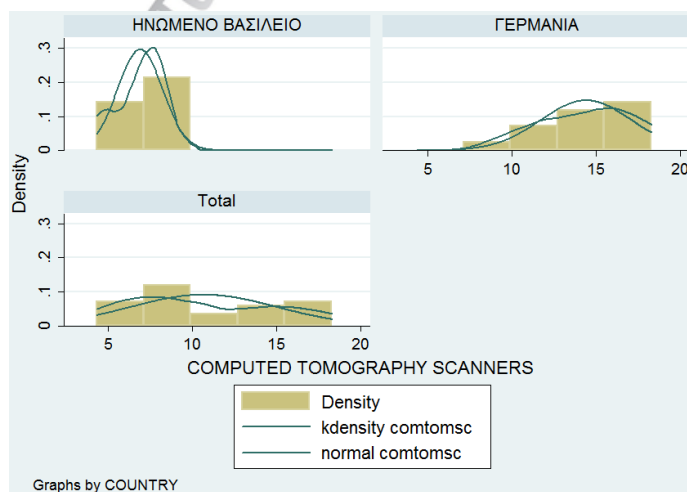


Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.9

Graph Box της μεταβλητής comtomsc

Στο συνολικό διάγραμμα, ο αριθμός των ψηφιακών τομογράφων ανά 100000 κατοίκους στις δύο χώρες κυμαίνεται τα περισσότερα έτη μεταξύ 7,42 και 14,60 ανά 100000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή είναι 4,32 ψηφιακοί τομογράφοι/1000000 κατοίκους στο Ηνωμένο Βασίλειο και η μεγαλύτερη 18,30 ψηφιακοί τομογράφοι /1000000 κατοίκους στη Γερμανία. Η διάμεσος βρίσκεται λίγο πιο κάτω από τη μέση, που σημαίνει ότι η κατανομή είναι ελαφρώς κυρτή προς τα αριστερά, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.10).



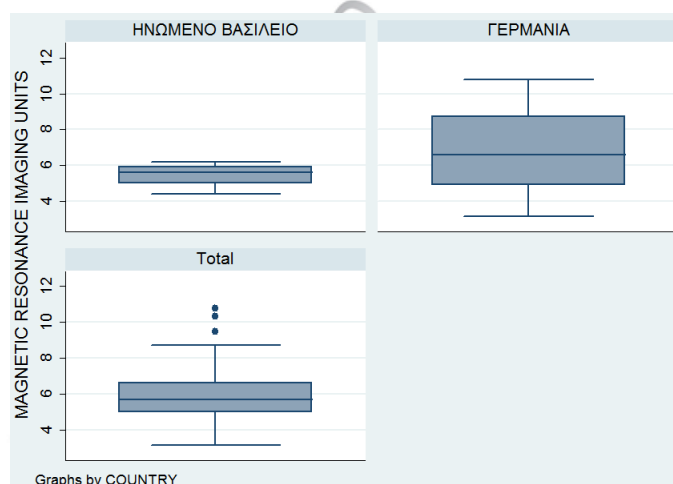
Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.10

Histogram της μεταβλητής comtomsc

Από το Διάγραμμα 5.11 φαίνεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο ο αριθμός των μονάδων μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους κυμαίνεται τα περισσότερα έτη μεταξύ 4,99 και 5,98 μονάδες μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή είναι 4,42 μονάδες μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους και η μεγαλύτερη 6,21 μονάδες μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους. Η διάμεσος είναι στις χαμηλότερες τιμές που αποτελεί ένδειξη ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά.

Στη Γερμανία, ο αριθμός των μονάδων μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους κυμαίνεται τα περισσότερα έτη μεταξύ 4,99 και 8,18 μονάδες μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους. Η μικρότερη τιμή είναι 3,16 μονάδες μαγνητικής τομογραφίας/1000000 κατοίκους και η μεγαλύτερη 10,77 μονάδες μαγνητικής τομογραφίας /1000000 κατοίκους. Η μεταβλητότητα είναι αρκετά μεγαλύτερη σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο. Η διάμεσος βρίσκεται περίπου στη μέση που είναι ένδειξη κανονικότητας.



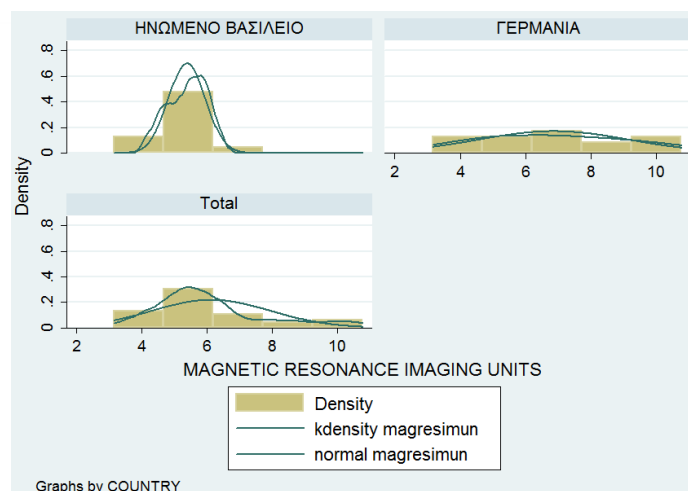
Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.11

Graph Box της μεταβλητής magresimun

Στο συνολικό διάγραμμα, ο αριθμός των μονάδων μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους στις δύο χώρες αθροιστικά κυμαίνεται κυρίως μεταξύ 4,42 και 6,60 ανά 100000 κατοίκους. Η διάμεσος βρίσκεται κάτω από τη μέση, προς τις χαμηλότερες

τιμές, που σημαίνει ότι η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά. Υπάρχουν τρεις ακραίες παρατηρήσεις που είναι πάνω από τη μέγιστη τιμή.



Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Διάγραμμα 5.12

Histogram της μεταβλητής magresimun

Τα ανωτέρω συμπεράσματα αναφορικά με την κανονικότητα, εξάγονται και από το ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5.12). Στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου και στο συνολικό (total) διάγραμμα, η κατανομή είναι κυρτή προς τα αριστερά, αφού το μεγαλύτερο μέρος των παρατηρήσεων βρίσκεται στα αριστερά, στις χαμηλότερες τιμές, ενώ στη Γερμανία, η κατανομή είναι κανονική, αφού το μεγαλύτερο μέρος των παρατηρήσεων βρίσκεται στο κέντρο.

5.4 Ανάλυση Παλινδρόμησης

Για την ερμηνεία της συμπεριφοράς των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής $totexp$ με βάση τις τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών $genpr$, $sppedpr$, $hosbeds$, $comtomsc$ και $magresimun$, σύμφωνα με την θεωρία της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης η μαθηματική έκφραση του υποδείγματος είναι:

$$totexp_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 genpr_{it} + \alpha_2 sppedpr_{it} + \alpha_3 hosbeds_{it} + \alpha_4 comtomsc_{it} + \alpha_5 magresimun_{it} + \varepsilon_{it} \quad (5.1)$$

όπου $i =$ Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία και $t = 1997, \dots, 2011$, α_0 είναι ο σταθερός όρος του υποδείγματος, $\alpha_1, \alpha_2, \alpha_3, \alpha_4$ και α_5 είναι οι συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών που φανερώνουν τη μερική μεταβολή της εξαρτημένης μεταβλητής $totexp$ όταν μεταβληθεί η κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή κατά μία μονάδα και οι άλλες μεταβλητές παραμένουν σταθερές και ε είναι το τυχαίο σφάλμα της παλινδρόμησης. Το ε_{it} περιλαμβάνει όλους τους άλλους παράγοντες που δεν λαμβάνονται υπόψη στο παραπάνω υπόδειγμα.

Το υπόδειγμα αυτό εκφράζει τη θεωρητική πληθυσμιακή γραμμική σχέση που υπάρχει μεταξύ της εξαρτημένης και των ανεξάρτητων μεταβλητών. Χρησιμοποιώντας τη Μέθοδο των Ελαχίστων Τετραγώνων (Ordinary Least Squares Method, OLS) στα panel δεδομένα, είναι δυνατή η εκτίμηση των συντελεστών της γραμμικής παλινδρόμησης του θεωρητικού γραμμικού υποδείγματος.

Πίνακας 5.3

Ανάλυση παλινδρόμησης για τα δεδομένα του δείγματος

Source	SS	df	MS			
Model	38.309736	5	7.66194719	Number of obs =	30	
Residual	1.15326392	24	.048052663	F(5, 24) =	159.45	
Total	39.4629999	29	1.3607931	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.9708	
				Adj R-squared =	0.9647	
				Root MSE =	.21921	

totexp	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
genpr	14.12447	4.700197	3.01	0.006	4.423742	23.8252
spmedpr	.5600945	1.40256	0.40	0.693	-2.334648	3.454837
hosbeds	.5262009	.0932131	5.65	0.000	.3338185	.7185833
comtomsc	-.0706706	.0831639	-0.85	0.404	-.2423124	.1009712
magresimun	.1916623	.1022736	1.87	0.073	-.01942	.4027446
_cons	-6.857296	2.156886	-3.18	0.004	-11.30889	-2.405701

Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Από τον παραπάνω πίνακα, για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή καθώς επίσης και για το σταθερό όρο, είναι διαθέσιμα τα εξής στοιχεία: εκτίμηση των συντελεστών της παλινδρόμησης με τη μέθοδο OLS (coefficient), το τυπικό σφάλμα της εκτίμησης (Std. Err.), η στατιστική t (t statistic), η πιθανότητα της t στατιστικής ($P > |t|$), το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% Confidence Interval). Επίσης δίνεται ο πίνακας ANOVA, ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 (R-Squared), ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού (Adj R-squared), το λάθος εκτίμησης του μοντέλου (Root MSE), η τιμή

της στατιστικής F και λοιπές πληροφορίες. Με βάση τα δεδομένα του πίνακα το εκτιμηθέν υπόδειγμα έχει την εξής μορφή:

$$\text{totexp}_{it} = -6,86 + 14,12\text{genpr}_{it} + 0,56\text{sprmedpr}_{it} + 0,53\text{hosbeds}_{it} - 0,07\text{comtomsc}_{it} + 0,19\text{magresimun}_{it} \quad (5.2)$$

(3,18) (3,01) (0,40) (5,65) (0,85) (1,87)

$F(5,24) = 159,45$ (Prob > F = 0.0000)

$R^2 = 0.9708$ και $n=30$

όπου στις παρενθέσεις δίνονται αντίστοιχα οι απόλυτες τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των εκτιμητών των συντελεστών του υποδείγματος. Επειδή τα δεδομένα είναι panel χρησιμοποιείται ο δείκτης it στο υπόδειγμα.

Ο σταθερός όρος έχει αρνητική τιμή και δείχνει ότι το totexp (συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες) θα είναι -6,86 όταν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές λάβουν ταυτόχρονα την τιμή μηδέν .

Η ανεξάρτητη μεταβλητή genpr (αριθμός των γενικών γιατρών ανά 1000 κατοίκους) έχει θετικό πρόσημο που σημαίνει ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής totexp και της ανεξάρτητης genpr, δηλαδή αν αυξηθεί η τιμή της genpr κατά 1 μονάδα τότε η τιμή της totexp θα αυξηθεί κατά 14,12%, δεδομένου ότι όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές.

Η ανεξάρτητη μεταβλητή sprmedpr (αριθμός των ειδικών γιατρών ανά 1000 κατοίκους) έχει θετικό πρόσημο που σημαίνει ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής totexp και της ανεξάρτητης sprmedpr, δηλαδή αν αυξηθεί η τιμή της sprmedpr κατά 1 μονάδα τότε η τιμή της totexp θα αυξηθεί κατά 0,56%, δεδομένου ότι όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές.

Η ανεξάρτητη μεταβλητή hosbeds (συνολικός αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους) έχει θετικό πρόσημο που σημαίνει ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής totexp και της ανεξάρτητης hosbeds, δηλαδή αν αυξηθεί η τιμή της hosbeds κατά 1 μονάδα τότε η τιμή της totexp θα αυξηθεί κατά 0,53%, δεδομένου ότι όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές.

Η ανεξάρτητη μεταβλητή comtomsc (ψηφιακοί τομογράφοι ανά 1000000 κατοίκους) έχει αρνητικό πρόσημο που σημαίνει ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής totexp και της ανεξάρτητης comtomsc, δηλαδή αν αυξηθεί η

τιμή της comtomsc κατά 1 μονάδα τότε η τιμή της totexpr θα μειωθεί κατά 0,07%, δεδομένου ότι όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές.

Η ανεξάρτητη μεταβλητή magresimun (μονάδες μαγνητικής τομογραφίας ανά 1000000 κατοίκους) έχει θετικό πρόσημο που σημαίνει ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής totexpr και της ανεξάρτητης magresimun, δηλαδή αν αυξηθεί η τιμή της magresimun κατά 1 μονάδα τότε η τιμή της totexpr θα αυξηθεί κατά 0,19%, δεδομένου ότι όλες οι άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές.

Για να είναι καλό το μοντέλο πρέπει να ισχύουν οι κάτωθι προϋποθέσεις:

- standard error να είναι μικρό
- $|t| > 2$
- P- value $< 0,05$

Το τυπικό σφάλμα της παλινδρόμησης (standard error) δείχνει την τυπική απόκλιση του κάθε εκτιμητή. Στο συγκεκριμένο γραμμικό υπόδειγμα το standard error είναι μικρό, τόσο στο σταθερό όρο όσο και στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των συντελεστών

Η τιμή της στατιστικής t δείχνει την στατιστική σημαντικότητα των συντελεστών του υποδείγματος. Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας του συντελεστή α_i η μηδενική υπόθεση είναι:

$H_0: \alpha_j = 0$ έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης

$H_1: \alpha_j \neq 0$ (στατιστικά σημαντικός), για $j = 1, 2, \dots, 5$

Σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 5\%$, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται εμπειρικά αν

$|t| > 2$, όπου η στατιστική $t = \frac{\hat{a}_j}{se(\hat{a}_j)}$ ή αν $pvalue < \alpha$.

Στο συγκεκριμένο υπόδειγμα ο εκτιμητής της ανεξάρτητης μεταβλητής genpr, της ανεξάρτητης μεταβλητής hosbeds και του σταθερού όρου, που αντιστοιχούν (σε απόλυτες τιμές) σε 3,01, 5,65 και 3,18 αντίστοιχα είναι στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 5\%$ αφού η τιμή της στατιστικής $|t| > 2$ και $prob < 0,05$. Οι εκτιμητές των υπόλοιπων ανεξάρτητων μεταβλητών (spmedpr, comtomsc και magresimum) δεν είναι στατιστικά σημαντικοί ($prob > 0,05$ και $|t| < 2$).

Έλεγχος ταυτόχρονης στατιστικής σημαντικότητας των συντελεστών

Από την στατιστική F ελέγχεται η σημαντικότητα του συνόλου των εξαρτημένων μεταβλητών, δηλαδή αν συνολικά όλο το μοντέλο έχει νόημα ή όχι. Ο έλεγχος αυτός για το σύνολο των συντελεστών του υποδείγματος, εκτός του σταθερού όρου, στηρίζεται στις ακόλουθες υποθέσεις:

$$H_0: \alpha_1 = \alpha_2 = \dots = \alpha_5 = 0, \text{ έναντι της εναλλακτικής}$$

$$H_1: \text{τουλάχιστον ένα } \alpha_j \neq 0, \text{ για } j = 1, 2, \dots, 5$$

Για επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 5\%$, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται αν, από τον πίνακα Anova, $F > F_{k, n-k-1, \alpha}$ ή αν $p\text{-value} < \alpha$. Για τα δεδομένα του υποδείγματος, η $F(5,24)=159,45$ όπου 5 είναι ο αριθμός των ανεξάρτητων μεταβλητών (βαθμοί ελευθερίας) και το 24 προκύπτει ως εξής: $25(\text{παρατηρήσεις})-5(\text{ανεξάρτητες μεταβλητές})-1=24$. Το $\text{Prob} > F = 0.0000 < \alpha = 0.05$, άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το σύνολο των εκτιμητών είναι στατιστικά σημαντικό. Με την ένδειξη αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί ενδεχομένως πως το μοντέλο έχει κάποια χρησιμότητα.

Συντελεστής προσδιορισμού

Ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 αποτελεί κριτήριο αξιολόγησης της ερμηνευτικής ικανότητας του υποδείγματος. Η τιμή του κυμαίνεται μεταξύ 0 και 1, δηλαδή $0 \leq R^2 \leq 1$. Όσο η τιμή του R^2 πλησιάζει στη μονάδα, τόσο καλύτερα ερμηνεύονται οι τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής από το εκτιμηθέν υπόδειγμα. Αντίθετα, όσο η τιμή του R^2 πλησιάζει στο μηδέν, τόσο λιγότερο ικανοποιητικά οι τιμές των k ανεξάρτητων μεταβλητών ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής. Το $(1-R^2)$ εκφράζει το μέρος της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, το οποίο δεν ερμηνεύεται από τις k ανεξάρτητες μεταβλητές του υποδείγματος¹¹⁵.

Ο συντελεστής προσδιορισμού για τα δεδομένα του υποδείγματος είναι $R^2 = 0.9708$, που σημαίνει ότι το 97,08% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής totexp ερμηνεύεται από τη μεταβλητότητα των πέντε ανεξάρτητων μεταβλητών και το υπόλοιπο $1-R^2 = 0,0292$ ή 2,92% από άλλους παράγοντες που δεν ελήφθησαν υπόψη στο αρχικό πολλαπλό γραμμικό υπόδειγμα.

¹¹⁵ Αγιακλόγλου (2004)

Το $R^2 = 0,9708$ είναι πολύ κοντά στη μονάδα, συνεπώς το υπόδειγμα έχει πολύ καλή ερμηνευτική ικανότητα. Οι εκτιμητές των ανεξάρτητων μεταβλητών $genpr$, $hosbeds$ και του σταθερού όρου είναι στατιστικά σημαντικοί. Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές ($spmedpr$, $comtomsc$ και $magresimum$) δεν έπρεπε να μούν στο μοντέλο, καθώς δεν εξηγούν στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή $totexp$.

5.5 Γραμμικά υποδείγματα σταθερών και τυχαίων επιδράσεων

Με τη Μέθοδο Ελαχίστων Τετραγώνων (Ordinary Least Squares Method, OLS) θεωρείται ότι και οι δύο χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία, έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά (π.χ. ίδιο σύστημα υγείας, ίδιες υποδομές στα νοσοκομεία, κ.τ.λ.). Επομένως, στην OLS γίνεται μόνο μια παλινδρόμηση, το οποίο δεν είναι απόλυτα σωστό.

Για να οριστεί η διαφορετικότητα της κάθε χώρας χρησιμοποιείται η μέθοδος GLS (Generalized Least Squares), με την οποία γίνονται δύο διαφορετικές παλινδρομήσεις, μια για το Ηνωμένο Βασίλειο και μια για τη Γερμανία. Επομένως, αποτελεί σωστότερη μέθοδο εκτίμησης και χρησιμοποιείται ειδικά σε panel δεδομένα.

Οι εκτιμητές του Γραμμικού υποδείματος Σταθερών Επιδράσεων (Fixed Effects Model, FE), δηλαδή οι εντός εκτιμητές (within estimators), χρησιμοποιούν τη μεταβλητότητα των παρατηρήσεων γύρω από το μέσο της διαστρωματικής ομάδας, δηλαδή τη μεταβλητότητα εντός της διαστρωματικής ομάδας (χώρα). Η παλινδρόμηση σταθερών επιδράσεων έδωσε τα κάτωθι αποτελέσματα.

Πίνακας 5.4

Γραμμικό υπόδειγμα Σταθερών Επιδράσεων (Fixed Effects Model, FE)

Fixed-effects (within) regression		Number of obs	=	30
Group variable: country		Number of groups	=	2
R-sq: within	= 0.9170	obs per group: min	=	15
between	= 1.0000	avg	=	15.0
overall	= 0.9698	max	=	15
corr(u_i, xb)	= -0.8349	F(5,23)	=	50.80
		Prob > F	=	0.0000

totexp	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
genpr	14.19014	4.898101	2.90	0.008	4.057642	24.32263
spmedpr	.5598998	1.432587	0.39	0.700	-2.403632	3.523432
hosbeds	.5480178	.3364941	1.63	0.117	-.1480732	1.244109
comtomsc	-.0673678	.0979938	-0.69	0.499	-.2700833	.1353478
magresimun	.1917269	.1044673	1.84	0.079	-.0243801	.4078339
_cons	-7.072764	3.874727	-1.83	0.081	-15.08825	.94272

sigma_u	.09175307					
sigma_e	.22390165					
rho	.14378384	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0:	F(1, 23) =	0.00	Prob > F =	0.9467
------------------------	------------	------	------------	--------

Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Για να υπάρξει ομοιογένεια μεταξύ των δύο χωρών που εξετάζονται, θα πρέπει τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το υπόδειγμα σταθερών επιδράσεων να είναι ίδια με τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων. Συγκρίνοντας, όμως, τους Πίνακες 5.3 και 5.4 διαπιστώνεται ότι υπάρχουν μικρές διαφορές σε όλες τις στήλες. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή hosbeds και ο σταθερός όρος, ενώ στον Πίνακα 5.3 προκύπτουν στατιστικά σημαντικές ($|t| > 2$ και $\text{prob} < 0,05$), στον Πίνακα 5.4 προκύπτουν στατιστικά μη σημαντικές, αφού η τιμή της στατιστικής t (σε απόλυτες τιμές) για τη μεταβλητή hosbeds είναι 1,63 και για το σταθερό όρο 1,83. Επομένως, παρατηρείται ετερογένεια μεταξύ των δύο χωρών.

Το Γραμμικό υπόδειγμα Τυχαίων Επιδράσεων (Random Effects Model, RE) έδωσε τα κάτωθι αποτελέσματα.

Πίνακας 5.5

Γραμμικό υπόδειγμα Τυχαίων Επιδράσεων (Random Effects Model, RE)

Random-effects GLS regression		Number of obs = 30			
Group variable: country		Number of groups = 2			
R-sq: within = 0.9170		obs per group: min = 15			
between = 1.0000		avg = 15.0			
overall = 0.9708		max = 15			
Random effects u_i ~ Gaussian		wald chi2(5) = 797.24			
corr(u_i, x) = 0 (assumed)		Prob > chi2 = 0.0000			
totexp	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
genpr	14.12447	4.700197	3.01	0.003	4.912255 23.33669
spmedpr	.5600945	1.40256	0.40	0.690	-2.188873 3.309062
hosbeds	.5262009	.0932131	5.65	0.000	.3435066 .7088953
comtomsc	-.0706706	.0831639	-0.85	0.395	-.2336688 .0923276
magresimun	.1916623	.1022736	1.87	0.061	-.0087903 .3921148
_cons	-6.857296	2.156886	-3.18	0.001	-11.08471 -2.629876
sigma_u	0				
sigma_e	.22390165				
rho	0	(fraction of variance due to u_i)			

Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το υπόδειγμα τυχαίων επιδράσεων με τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων, διαπιστώνεται ότι οι τιμές των εκτιμητών, του τυπικού σφάλματος και της στατιστικής t είναι ακριβώς ίδιες και στις δύο περιπτώσεις, ενώ διαφέρουν ελάχιστα οι τιμές των δύο τελευταίων στηλών των πινάκων (pvalue και διάστημα εμπιστοσύνης).

Στο υπόδειγμα τυχαίων επιδράσεων Re, σε αντίθεση με το υπόδειγμα σταθερών επιδράσεων Fe, το sigma u που δείχνει τη διασπορά του συνολικού σφάλματος όπως επίσης και το rho που δείχνει πως συσχετίζονται τα λάθη μεταξύ τους είναι μηδέν. Το sigma e που δείχνει τη διασπορά της κάθε χώρας ξεχωριστά, είναι ακριβώς το ίδιο και στα δύο υποδείγματα. Το μοντέλο RE δεν έχει F.

Η στατιστική Hausman χρησιμοποιείται προκειμένου να διερευνηθεί ποιο από τα δύο υποδείγματα, το RE ή το FE είναι το καλύτερο. Ο έλεγχος που γίνεται είναι:

H_0 : Το υπόδειγμα RE παρέχει συνεπείς εκτιμήσεις (μικρή ετερογένεια)

H_1 : Το υπόδειγμα FE παρέχει συνεπείς εκτιμήσεις (μεγάλη ετερογένεια)

Αν η πιθανότητα prob < 0,05 τότε απορρίπτεται η H_0 . Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Stata είναι:

Πίνακας 5.6
Έλεγχος Hausman

	---- Coefficients ----		(b-B) Difference	sqrt(diag(v_b-v_B)) S.E.
	(b) fe	(B) re		
genpr	14.19014	14.12447	.0656645	1.378239
spmedpr	.5598998	.5600945	-.0001947	.2917703
hosbeds	.5480178	.5262009	.0218169	.3233258
comtomsc	-.0673678	-.0706706	.0033028	.0518319
magresimun	.1917269	.1916623	.0000646	.0212961

b = consistent under H₀ and H_a; obtained from xtreg
 B = inconsistent under H_a, efficient under H₀; obtained from xtreg

Test: H₀: difference in coefficients not systematic

$$\begin{aligned} \chi^2(5) &= (b-B)' [(v_b-v_B)^{-1}] (b-B) \\ &= 0.00 \\ \text{Prob}>\chi^2 &= 1.0000 \end{aligned}$$

Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Όπως φαίνεται στον πίνακα, η $\text{prob} > \chi^2$ είναι ίση με $1,0000 > 0,05$, επομένως δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, οπότε σύμφωνα με τον έλεγχο Hausman είναι προτιμότερο να χρησιμοποιηθεί το υπόδειγμα των τυχαίων επιδράσεων RE. Το εκτιμηθέν υπόδειγμα RE είναι:

$$\text{totexp}_{it} = -6,86 + 14,12\text{genpr}_{it} + 0,56\text{spmedpr}_{it} + 0,53\text{hosbeds}_{it} - 0,07\text{comtomsc}_{it} + 0,19\text{magresimun}_{it} \quad (5.3)$$

Είναι, επομένως, ακριβώς το ίδιο με το υπόδειγμα που προέκυψε από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

5.6 Προβλήματα εγκυρότητας αποτελεσμάτων παλινδρόμησης

Η εκτίμηση ενός υποδείγματος με τη Μέθοδο των Ελαχίστων Τετραγώνων προϋποθέτει την ικανοποίηση ορισμένων βασικών υποθέσεων. Στην πράξη, είναι δυνατό κατά την εκτίμηση του υποδείγματος να παρουσιαστούν προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την εκτίμησή του, όταν παραβιάζεται μια τουλάχιστον από τις αρχικές υποθέσεις του υποδείγματος, και αναφέρονται κυρίως στην εγκυρότητα των στατιστικών ελέγχων. Τα σημαντικότερα

προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν είναι η πολυσυγγραμμικότητα, η ετεροσκεδαστικότητα και η αυτοσυσχέτιση¹¹⁶.

Πολυσυγγραμμικότητα

Το πρόβλημα της πολυσυγγραμμικότητας (multicollinearity) εμφανίζεται στην ανάλυση της παλινδρόμησης όταν παραβιάζεται η υπόθεση του πολλαπλού γραμμικού υποδείγματος, σύμφωνα με την οποία οι ανεξάρτητες μεταβλητές δεν πρέπει να είναι μεταξύ τους γραμμικά εξαρτημένες¹¹⁷. Τα αποτελέσματα του Stata για τον έλεγχο της πολυσυγγραμμικότητας είναι τα κάτωθι.

Πίνακας 5.7
Έλεγχος ύπαρξης πολυσυγγραμμικότητας

	genpr	spmedpr	hosbeds	comtomsc	magres~n
genpr	1.0000				
spmedpr	0.3365	1.0000			
hosbeds	-0.5377	0.4605	1.0000		
comtomsc	-0.2244	0.7349	0.7938	1.0000	
magresimun	-0.0665	0.7165	0.2861	0.7656	1.0000

Πηγή: O.E.C.D., Ιδία επεξεργασία με τη χρήση του Stata

Για όλα τα ζεύγη των ανεξάρτητων μεταβλητών ο συντελεστής συσχέτισης είναι μικρότερος από 0.8 επομένως δεν εμφανίζεται το φαινόμενο της πολυσυγγραμμικότητας στο υπόδειγμα.

Ετεροσκεδαστικότητα

Το πρόβλημα της ετεροσκεδαστικότητας (heteroscedasticity) εμφανίζεται όταν κατά την εκτίμηση ενός γραμμικού υποδείγματος παραβιάζεται η υπόθεση της ομοσκεδαστικότητας (homoscedasticity), δηλαδή της σταθερής και ίσης διακύμανσης

¹¹⁶ Αγιακλόγλου (2004)

¹¹⁷ Αγιακλόγλου (2004)

των τιμών του τυχαίου σφάλματος του υποδείγματος¹¹⁸. Για τον έλεγχο της ετεροσκεδαστικότητας εξετάζεται η υπόθεση:

H_0 : ομοσκεδαστικότητα έναντι της εναλλακτικής

H_1 : ετεροσκεδαστικότητα

Τα αποτελέσματα του Stata για τον έλεγχο της ετεροσκεδαστικότητας είναι τα κάτωθι.

```
modified wald test for groupwise heteroskedasticity  
in fixed effect regression model
```

```
H0: sigma(i)^2 = sigma^2 for all i
```

```
chi2 (2) = 0.61  
Prob>chi2 = 0.7358
```

Η πιθανότητα είναι $0,7358 > 0,05$ άρα δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, επομένως δεν υπάρχει πρόβλημα ετεροσκεδαστικότητας.

Αυτοσυσχέτιση

Αυτοσυσχέτιση (autocorrelation) είναι το πρόβλημα που εμφανίζεται στην ανάλυση της παλινδρόμησης το οποίο καταδεικνύει την ύπαρξη κάποιου βαθμού συσχέτισης μεταξύ των τιμών του τυχαίου σφάλματος του υποδείγματος¹¹⁹. Για τον έλεγχο αυτοσυσχέτισης πρώτου βαθμού, εξετάζεται η υπόθεση:

H_0 : όχι αυτοσυσχέτιση έναντι της εναλλακτικής

H_1 : αυτοσυσχέτιση.

Η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται αν $pvalue < 0.05$.

```
wooldridge test for autocorrelation in panel data
```

```
H0: no first-order autocorrelation
```

```
F( 1, 1) = 41.415  
Prob > F = 0.0981
```

Είναι $pvalue = 0.0981 > 0.05$ άρα δεν εντοπίζεται πρόβλημα αυτοσυσχέτισης.

¹¹⁸ Αγιακλόγλου (2004)

¹¹⁹ Αγιακλόγλου (2004)

5.7 Έλεγχος της εφαρμογής του υποδείγματος σε άλλες χώρες

Αν από το πολλαπλό γραμμικό υπόδειγμα (5.3) αφαιρεθούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που δεν ερμηνεύουν στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή, δηλαδή οι μεταβλητές $spmedpr$, $comtomsc$ και $magresimun$, το υπόδειγμα παίρνει τη μορφή:

$$totexp_{it} = -6,86 + 14,12genpr_{it} + 0,53hosbeds_{it} \quad (5.4)$$

Ακολουθεί η εφαρμογή του ανωτέρω υποδείγματος επιλεκτικά σε 3 χώρες (Ιταλία, Τσεχία και ΗΠΑ) σε κάποιο έτος μεταξύ του 1997 και του 2011 για να διαπιστωθεί αν θα δώσει τα σωστά αποτελέσματα με τα δεδομένα των χωρών αυτών ή αν θα υπάρχει απόκλιση.

Τσεχία

Η ιστορία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Βοημίας, ως μέρος της Αυστρο-Ουγγρικής μοναρχίας, έχει τις ρίζες της στο 1883, όταν ο Bismarck εγκαθίδρυσε το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης. Το 1952 εφαρμόστηκε ένα κεντρικό σύστημα ενοποιημένης υγειονομικής περίθαλψης σοβιετικού τύπου, που ονομάστηκε Semashko. Μετά τη Βελούδινη Επανάσταση το 1989, υπήρξε πάλι μία στροφή προς ένα μοντέλο χρηματοδότησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης τύπου Bismarck που ήταν περισσότερο προσανατολισμένο στους μηχανισμούς της αγοράς και την απελευθέρωση του συστήματος. Οι βασικές αρχές του συστήματος σήμερα είναι:

- Προώθηση της αλληλεγγύης μεταξύ των ατόμων που είναι υγιείς και των ασθενών, των οικονομικά ενεργών και των μη ενεργών.
- Υψηλός βαθμός αυτοδιοίκησης
- Πολλαπλές πηγές χρηματοδότησης με μεγάλη συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης. Άλλες πηγές χρηματοδότησης είναι οι απευθείας πληρωμές των χρηστών, ο κρατικός προϋπολογισμός και οι τοπικοί προϋπολογισμοί.
- Ισότητα στην πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας για όλους τους ασφαλισμένους.

- Υποχρεωτικός εμβολιασμός κατά των μολυσματικών ασθενειών¹²⁰.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ε.С.Д., το 2009 στην Τσεχία ο αριθμός των γενικών γιατρών ήταν 0,7 γενικοί γιατροί ανά 1000 κατοίκους και ο αριθμός των κρεβατιών ήταν 7,11 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους. Το υπόδειγμα (5.4) γράφεται ως εξής:

$$\text{totexp}_{\text{Τσεχία, 2009}} = -6,86 + 14,12 * 0,7 + 0,53 * 7,11 = 6,79$$

Επομένως, σύμφωνα με το υπόδειγμα, οι συνολικές (τρέχουσες και κεφαλαιουχικές, ατομικές και συλλογικές) δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες στην Τσεχία το έτος 2009 ήταν 6,79%, που είναι αρκετά κοντά στο αντίστοιχο ποσό που προκύπτει από τα στοιχεία του Ο.Ε.С.Д. το οποίο είναι 6,42%. Επομένως, το υπόδειγμα έχει εφαρμογή στην περίπτωση της Τσεχίας, όπως ήταν αναμενόμενο, αφού το μοντέλο του συστήματος υγείας είναι τύπου Bismarck, όπως στη Γερμανία.

Ιταλία

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας ανήκει, από το 1979 που δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (SSN), στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge. Ισχύει η αρχή της καθολικότητας, δηλαδή ολόκληρος ο πληθυσμός έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σε κάθε δικαιούχο παρέχεται δωρεάν (στο σημείο της παροχής) το πλήρες φάσμα των προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο και οι αρχές κάθε περιφέρειας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι αρχές σύμφωνα με τις οποίες οργανώνεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι οι ακόλουθες¹²¹:

- Ανθρώπινη αξιοπρέπεια: Όλα τα άτομα πρέπει να έχουν ίση μεταχείριση και ίδια δικαιώματα, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα ατομικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά τους.
- Ανάγκη για υπηρεσίες υγείας: Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και οι πόροι θα πρέπει να διατεθούν δίνοντας προτεραιότητα στην ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ατόμων.

¹²⁰ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375100/>

¹²¹ http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/20/12/1433.pdf

- **Ισότητα:** Όλοι οι πολίτες πρέπει να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να μην υπάρχουν διακρίσεις με βάση γεωγραφικά ή οικονομικά κριτήρια.
- **Αλληλεγγύη στις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού:** Οι πόροι θα πρέπει να διατεθούν κυρίως σε εκείνους που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, δηλαδή στα άτομα που πάσχουν από ασθένειες που έχουν κοινωνικό, κλινικό ή επιδημιολογικό αντίκτυπο.
- **Προστασία:** Πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην προστασία και προώθηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για όλο τον πληθυσμό.
- **Αποδοτικότητα και καταλληλότητα:** Οι πόροι θα πρέπει να διοχετεύονται σε υπηρεσίες με επιστημονικά αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και σε άτομα που θα ωφεληθούν το μέγιστο από τις υπηρεσίες αυτές.
- **Κόστος – αποτελεσματικότητα:** Πρέπει να δίνεται προτεραιότητα σε επεμβάσεις που προσφέρουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με το κόστος.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ε.С.Д., το 2005 στην Ιταλία ο αριθμός των γενικών γιατρών ήταν 0,8 γενικοί γιατροί ανά 1000 κατοίκους και ο αριθμός των κρεβατιών ήταν 4 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους. Το υπόδειγμα (5.4) γράφεται ως εξής:

$$\text{totexp}_{\text{Ιταλία, 2005}} = -6,86 + 14,12 * 0,8 + 0,53 * 4 = 6,56$$

Επομένως, σύμφωνα με το υπόδειγμα, οι συνολικές (τρέχουσες και κεφαλαιουχικές, ατομικές και συλλογικές) δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες στην Ιταλία το έτος 2005 ήταν 6,56%, που είναι αρκετά κοντά στο αντίστοιχο ποσό που προκύπτει από τα στοιχεία του Ο.Ε.С.Д. το οποίο είναι 6,64%. Επομένως, το υπόδειγμα έχει εφαρμογή στην περίπτωση της Ιταλίας, αφού το μοντέλο του συστήματος υγείας είναι τύπου Beveridge, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο.

ΗΠΑ

Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ¹²² είναι φιλελεύθερο και η κύρια πηγή χρηματοδότησής του είναι η ιδιωτική ασφάλιση. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας καλύπτει μόνο τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δηλαδή τους ηλικιωμένους, τους ανάπηρους και τις

¹²² <http://www.healthview.gr>

μητέρες με χαμηλό εισόδημα, μέσω των προγραμμάτων Medicare και Medicaid. Το 65% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ περίπου οι δύο στους δέκα είναι ανασφάλιστοι.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του O.E.C.D., το 2007 στις ΗΠΑ ο αριθμός των γενικών γιατρών ήταν 0,3 γενικοί γιατροί ανά 1000 κατοίκους και ο αριθμός των κρεβατιών ήταν 3,14 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους. Το υπόδειγμα (5.4) γράφεται ως εξής:

$$\text{totexp}_{\text{ΗΠΑ}, 2007} = -6,86 + 14,12 * 0,3 + 0,53 * 3,14 = -0,96$$

Επομένως, σύμφωνα με το υπόδειγμα, οι συνολικές (τρέχουσες και κεφαλαιουχικές, ατομικές και συλλογικές) δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες στις ΗΠΑ το έτος 2007 ήταν -0,96%, που διαφέρει αρκετά από το αντίστοιχο ποσό που προκύπτει από τα στοιχεία του O.E.C.D., το οποίο είναι 7,16%.

Επομένως, το υπόδειγμα δεν έχει εφαρμογή στην περίπτωση των ΗΠΑ, όπως ήταν αναμενόμενο, αφού το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ είναι φιλελεύθερο και δεν έχει καμία σχέση με τα μοντέλα τύπου Bismarck και Beveridge που ισχύουν στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αντίστοιχα, αλλά και σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ είναι οι υψηλότερες στον κόσμο και καλύπτονται κατά 45% από κρατικούς πόρους και κατά 55% από ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές, σε αντίθεση με τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο που το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών καλύπτεται από το δημόσιο τομέα.

5.8 Ανακεφαλαίωση

Στην κεφάλαιο αυτό διερευνήθηκε, με τη χρήση του Stata, η ποσοτική σχέση που υπάρχει μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ) που χρηματοδοτούνται από δημόσιες δαπάνες και του αριθμού των γενικών γιατρών (ανά 1000 κατοίκους), του αριθμού των ειδικών γιατρών (ανά 1000 κατοίκους), το συνολικό αριθμό κλινών (ανά 1000 κατοίκους), τους ψηφιακούς τομογράφους και τις μονάδες μαγνητικής τομογραφίας (ανά 1000000 κατοίκους), χρησιμοποιώντας δεδομένα του O.E.C.D. για το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γερμανία, τα έτη 1997 έως 2011.

Με τη χρήση γραφημάτων (ιστογραμμάτων και graph box), διαπιστώθηκε ο τύπος της κατανομής που ακολουθούν τα δεδομένα της κάθε μεταβλητής (κανονική, κυρτή

προς τα δεξιά ή προς τα αριστερά), καθώς επίσης και πληροφορίες σχετικά με το που κυμαίνεται ο μεγαλύτερος όγκος των δεδομένων, ποιες είναι οι μέγιστες και ποιες οι ελάχιστες τιμές για κάθε μεταβλητή.

Κατά την εκτίμηση του πολλαπλού γραμμικού υποδείγματος προέκυψε ότι μόνο οι ανεξάρτητες μεταβλητές $genpr$ και $hosbeds$ ερμηνεύουν στατιστικά σημαντικά την ανεξάρτητη μεταβλητή $totexp$, ενώ οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι στατιστικά μη σημαντικές. Η ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος είναι πολύ καλή, καθώς ο συντελεστής προσδιορισμού είναι πολύ κοντά στη μονάδα. Σύμφωνα με τον έλεγχο Hausman, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιηθεί το υπόδειγμα των τυχαίων επιδράσεων RE σε σχέση με το υπόδειγμα σταθερών επιδράσεων.

Κατά τον έλεγχο της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων της παλινδρόμησης, αποδείχτηκε ότι δεν εμφανίζονται τα προβλήματα της πολυσυγγραμμικότητας, της ετεροσκεδαστικότητας και της αυτοσυσχέτισης, επομένως δεν παραβιάζεται καμία από τις αρχικές υποθέσεις του υποδείγματος και συνεπώς η εγκυρότητα των στατιστικών ελέγχων.

Τέλος, εξετάστηκε η εφαρμογή του υποδείγματος σε άλλες τρεις χώρες και διαπιστώθηκε ότι το υπόδειγμα έχει εφαρμογή στην περίπτωση της Τσεχίας και της Ιταλίας, όπου το μοντέλο του συστήματος υγείας είναι τύπου Bismarck και Beveridge αντίστοιχα. Αντίθετα, δεν έχει εφαρμογή στην περίπτωση των ΗΠΑ, όπου το σύστημα υγείας είναι φιλελεύθερο και το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές, σε αντίθεση με τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο που το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών καλύπτεται από το δημόσιο τομέα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



(R)
11.0 Copyright 1984-2009
StataCorp
4905 Lakeway Drive
College Station, Texas 77845 USA
800-STATA-PC <http://www.stata.com>
979-696-4600 stata@stata.com
979-696-4601 (fax)

Single-user Stata license expires 31 Dec 9999:
Serial number: 71606281563
Licensed to: STATAForAll
STATA

Notes:
1. (/m# option or -set memory-) 50.00 MB allocated to data
2. (/v# option or -set maxvar-) 5000 maximum variables

```
. *(8 variables, 30 observations pasted into data editor)
. rename var1 country
. rename var2 year
. rename var3 totexp
. rename var4 genpr
. rename var5 spmedpr
. rename var6 hosbeds
. rename var7 comtomsc
. rename var8 magresimun
. label variable country "COUNTRY"
. label variable year "YEAR"
. label variable totexp "TOTAL EXPENDITURE"
. label variable genpr "GENERAL PRACTITIONERS"
. label variable spmedpr "SPECIALIST MEDICAL PRACTITIONERS"
. label variable hosbeds "HOSPITAL BEDS"
. label variable comtomsc "COMPUTED TOMOGRAPHY SCANNERS"
. label variable magresimun "MAGNETIC RESONANCE IMAGING UNITS"
. xtset country year
    panel variable:  country (strongly balanced)
    time variable:  year, 1997 to 2011
                   delta: 1 unit
. xtsum totexp genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun
```

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations	
totexp	overall	7.47	1.16653	5.3	9	N = 30
	between		1.305791	6.546667	8.393333	n = 2
	within		.6919903	6.223334	9.123333	T = 15
genpr	overall	.6836667	.0553038	.62	.82	N = 30
	between		.0344125	.6593333	.708	n = 2
	within		.0494568	.5956667	.7956667	T = 15
spmedpr	overall	1.758667	.2830466	1.19	2.23	N = 30
	between		.231931	1.594667	1.922667	n = 2
	within		.2286743	1.354	2.154	T = 15
hosbeds	overall	6.205	2.548833	2.95	9.38	N = 30
	between		3.496407	3.732667	8.677333	n = 2
	within		.4163464	5.422333	6.907667	T = 15
comtomsc	overall	10.642	4.362798	4.32	18.3	N = 30
	between		5.311786	6.886	14.398	n = 2
	within		2.107132	5.824	14.544	T = 15
magres~n	overall	6.119333	1.827984	3.16	10.77	N = 30
	between		1.031433	5.39	6.848667	n = 2
	within		1.670705	2.430667	10.04067	T = 15

```
. histogram totexp, kdensity normal by( country, total)
. histogram genpr, kdensity normal by( country, total)
. histogram spmedpr, kdensity normal by( country, total)
. histogram hosbeds, kdensity normal by( country, total)
. histogram comtomsc, kdensity normal by( country, total)
. histogram magresimun, kdensity normal by( country, total)
. graph box totexp, by( country, total)
```

```
. graph box genpr, by( country, total)
. graph box spmedpr, by( country, total)
. graph box hosbeds, by( country, total)
. graph box comtomsc, by( country, total)
. graph box magresimun, by( country, total)
. reg totexp genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun
```

Source	SS	df	MS			
Model	38.309736	5	7.66194719	Number of obs =	30	
Residual	1.15326392	24	.048052663	F(5, 24) =	159.45	
Total	39.4629999	29	1.3607931	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.9708	
				Adj R-squared =	0.9647	
				Root MSE =	.21921	

totexp	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
genpr	14.12447	4.700197	3.01	0.006	4.423742	23.8252
spmedpr	.5600945	1.40256	0.40	0.693	-2.334648	3.454837
hosbeds	.5262009	.0932131	5.65	0.000	.3338185	.7185833
comtomsc	-.0706706	.0831639	-0.85	0.404	-.2423124	.1009712
magresimun	.1916623	.1022736	1.87	0.073	-.01942	.4027446
_cons	-6.857296	2.156886	-3.18	0.004	-11.30889	-2.405701

```
. xtreg totexp genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun, fe
Fixed-effects (within) regression
Group variable: country
Number of obs = 30
Number of groups = 2
R-sq: within = 0.9170
between = 1.0000
overall = 0.9698
Obs per group: min = 15
avg = 15.0
max = 15
corr(u_i, Xb) = -0.8349
F(5,23) = 50.80
Prob > F = 0.0000
```

totexp	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
genpr	14.19014	4.898101	2.90	0.008	4.057642	24.32263
spmedpr	.5598998	1.432587	0.39	0.700	-2.403632	3.523432
hosbeds	.5480178	.3364941	1.63	0.117	-.1480732	1.244109
comtomsc	-.0673678	.0979938	-0.69	0.499	-.2700833	.1353478
magresimun	.1917269	.1044673	1.84	0.079	-.0243801	.4078339
_cons	-7.072764	3.874727	-1.83	0.081	-15.08825	-.94272

	sigma_u	sigma_e	rho
	.09175307	.22390165	.14378384

(fraction of variance due to u_i)

F test that all u_i=0: F(1, 23) = 0.00 Prob > F = 0.9467

```
. estimates store fe
```

```
. xtreg totexp genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun, re
Random-effects GLS regression
Group variable: country
Number of obs = 30
Number of groups = 2
R-sq: within = 0.9170
between = 1.0000
overall = 0.9708
Obs per group: min = 15
avg = 15.0
max = 15
Random effects u_i ~ Gaussian
corr(u_i, X) = 0 (assumed)
Wald chi2(5) = 797.24
Prob > chi2 = 0.0000
```

totexp	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
genpr	14.12447	4.700197	3.01	0.003	4.912255	23.33669
spmedpr	.5600945	1.40256	0.40	0.690	-2.188873	3.309062
hosbeds	.5262009	.0932131	5.65	0.000	.3435066	.7088953
comtomsc	-.0706706	.0831639	-0.85	0.395	-.2336688	.0923276
magresimun	.1916623	.1022736	1.87	0.061	-.0087903	.3921148
_cons	-6.857296	2.156886	-3.18	0.001	-11.08471	-2.629876

	sigma_u	sigma_e	rho
	0	.22390165	0

(fraction of variance due to u_i)

```
. estimates store re
```

```
. hausman fe re
```

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) S.E.
	(b) fe	(B) re		
genpr	14.19014	14.12447	.0656645	1.378239
spmedpr	.5598998	.5600945	-.0001947	.2917703
hosbeds	.5480178	.5262009	.0218169	.3233258
comtomsc	-.0673678	-.0706706	.0033028	.0518319
magresimun	.1917269	.1916623	.0000646	.0212961

b = consistent under H0 and Ha; obtained from xtreg
B = inconsistent under Ha, efficient under H0; obtained from xtreg

Test: H0: difference in coefficients not systematic

$$\chi^2(5) = (b-B)'[[V_b-V_B]^{-1}](b-B)$$

$$= 0.00$$

$$\text{Prob}>\chi^2 = 1.0000$$

```
. pwcrr genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun
```

	genpr	spmedpr	hosbeds	comtomsc	magres-n
genpr	1.0000				
spmedpr	0.3365	1.0000			
hosbeds	-0.5377	0.4605	1.0000		
comtomsc	-0.2244	0.8349	0.7938	1.0000	
magresimun	-0.0665	0.7165	0.2861	0.7656	1.0000

. ssc install xttest3
checking xttest3 consistency and verifying not already installed...
all files already exist and are up to date.

. xtreg totexp genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun, fe

Fixed-effects (within) regression
Group variable: country
Number of obs = 30
Number of groups = 2
R-sq: within = 0.9170
between = 1.0000
overall = 0.9698
Obs per group: min = 15
avg = 15.0
max = 15
F(5,23) = 50.80
Prob > F = 0.0000
corr(u_i, Xb) = -0.8349

totexp	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
genpr	14.19014	4.898101	2.90	0.008	4.057642 24.32263
spmedpr	.5598998	1.432587	0.39	0.700	-2.403632 3.523432
hosbeds	.5480178	.3364941	1.63	0.117	-.1480732 1.244109
comtomsc	-.0673678	.0979938	-0.69	0.499	-.2700833 .1353478
magresimun	.1917269	.1044673	1.84	0.079	-.0243801 .4078339
_cons	-7.072764	3.874727	-1.83	0.081	-15.08825 .94272
sigma_u	.09175307				
sigma_e	.22390165				
rho	.14378384	(fraction of variance due to u_i)			

F test that all u_i=0: F(1, 23) = 0.00 Prob > F = 0.9467

. xttest3

Modified Wald test for groupwise heteroskedasticity
in fixed effect regression model

H0: sigma(i)^2 = sigma^2 for all i

chi2 (2) = 0.61
Prob>chi2 = 0.7358

. xtreg totexp genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun, re

Random-effects GLS regression
Group variable: country
Number of obs = 30
Number of groups = 2
R-sq: within = 0.9170
between = 1.0000
overall = 0.9708
Obs per group: min = 15
avg = 15.0
max = 15
Random effects u_i ~ Gaussian
corr(u_i, X) = 0 (assumed)
Wald chi2(5) = 797.24
Prob > chi2 = 0.0000

totexp	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
genpr	14.12447	4.700197	3.01	0.003	4.912255 23.33669
spmedpr	.5600945	1.40256	0.40	0.690	-2.188873 3.309062
hosbeds	.5262009	.0932131	5.65	0.000	.3435066 .7088953
comtomsc	-.0706706	.0831639	-0.85	0.395	-.2336688 .0923276
magresimun	.1916623	.1022736	1.87	0.061	-.0087903 .3921148
_cons	-6.857296	2.156886	-3.18	0.001	-11.08471 -2.629876
sigma_u	0				
sigma_e	.22390165				
rho	0	(fraction of variance due to u_i)			

. findit xtserial

. net sj 3-2 st0039

package st0039 from <http://www.stata-journal.com/software/sj3-2>

TITLE
SJ3-2 st0039. Testing for serial correlation in linear ...

DESCRIPTION/AUTHOR(S)
Testing for serial correlation in linear panel-data models
by David M. Drukker, Stata Corporation
Support: ddrukker@stata.com
After installation, type help xtserial

INSTALLATION FILES (type net install st0039)
st0039/xtserial.ado
st0039/xtserial.hlp

ANCILLARY FILES (type net get st0039)
st0039/xtserial.do

. net install st0039
checking st0039 consistency and verifying not already installed...
all files already exist and are up to date.

. xtserial totexp genpr spmedpr hosbeds comtomsc magresimun

Wooldridge test for autocorrelation in panel data

H0: no first-order autocorrelation
F(1, 1) = 41.415
Prob > F = 0.0981

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αγιακλόγλου, Χ. Ν. (2004). Μέθοδοι Προβλέψεων και Ανάλυσης Αποφάσεων, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Γαρδίκας, Κ.Δ. (2000). Εθνικά Συστήματα Υγείας Διαφόρων Χωρών, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.
- Εγκυκλοπαίδεια Υδρία Cambridge Ήλιος (1991). Εκδόσεις Τέσσερα Έψιλον, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001), Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Μπούντα, Ε. (2007). Συγκριτική Ανάλυση Συστημάτων Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Μωραΐτης, Κ. Ε. (2006), Σύγχρονες Τάσεις Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σημειώσεις Μαθήματος Συστήματα Υγείας.
- Οικονομίδου, Κ. (2014). Do file αρχείο, Πανεπιστημίο Πειραιώς.
- Οικονομίδου, Κ. (2014). Σημειώσεις Παραδόσεων (Notes Princeton), Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Χατζόπουλος, Φ. Π. (2007), Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας, Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα.

Ξένη

Abel-Smith, B. (1994), An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing, Longman, London.

Abel-Smith B., Mossialos E., (1994). Cost Containment and Health Care Reform: A study of the European Union. LSE Health, Occasional Paper in Health Policy No2, London.

Butler, J. and Vaile, M. (1984), Health and Health Services, An Introduction to Health Care in Britain, Routledge and Kegan Paul, London.

Hurst W.J., (1991). Reform of health care in Germany. Health Care Financing Review, Spring 1991, Vol 12.

Διαδικτυακές Πηγές

<http://bankingnews.gr/%CF%84%CE%B5%CF%87%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7-%CE%B5%CE%BA%CE%B8%CE%AD%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/item/123124-cerb-%E2%80%93-%CE%B7-%CE%B2%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1-%CE%B8%CE%B1-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-%CE%BC%CE%B5%CE%B3%CE%B1%CE%BB%CF%8D%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B7-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%B5%CF%85%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B7%CF%82-%CF%84%CE%BF-2030-%E2%80%93-%CE%B8%CE%B1-%CE%BE%CE%B5%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9-%CE%B1%CE%BA%CF%8C%CE%BC%CE%B1->

[%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%84%CE%B7%CE%BD-](#)
[%CE%B3%CE%B5%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1/123](#)
[124-cerb-%E2%80%93-%CE%B7-](#)
[%CE%B2%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1-](#)
[%CE%B8%CE%B1-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-](#)
[%CE%BC%CE%B5%CE%B3%CE%B1%CE%BB%CF%8D%CF%84%CE%B5%CF](#)
[%81%CE%B7-](#)
[%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%AF%CE](#)
[E%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-](#)
[%CE%B5%CF%85%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B7%CF%82-](#)
[%CF%84%CE%BF-2030-%E2%80%93-%CE%B8%CE%B1-](#)
[%CE%BE%CE%B5%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE](#)
[%B9-%CE%B1%CE%BA%CF%8C%CE%BC%CE%B1-](#)
[%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%84%CE%B7%CE%BD-](#)
[%CE%B3%CE%B5%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1.html](#)
<http://data.princeton.edu/stata/default.html>
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>
<http://digilib.lib.unipi.gr/dspace/bitstream/unipi/5262/1/Moustaka.pdf>
<http://digilib.lib.unipi.gr/dspace/bitstream/unipi/5170/1/Tsekoura.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_el.pdf
http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%97%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%BF_%CE%92%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%BF
http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B5%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B7_%CE%92%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CE%B5%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1>
http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B5%CE%AF%CE%BA%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%B1%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B9%CE%B1

E%BD%CE%B7%CF%82_%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B7%CF%82

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%B3%CE%B3%CE%BB%CE%AF%CE%B1>

http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%BF%CF%82_%CF%87%CF%89%CF%81%CF%8E%CE%BD_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC_%CE%B4%CE%B5%CE%AF%CE%BA%CF%84%CE%B7_%CE%B1%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CF%82_%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B7%CF%82

http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_Czech_Republic

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

http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#History

[http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_National_Health_Service_\(England\)](http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_National_Health_Service_(England))

http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany#Insurance_systems

[http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_\(England\)](http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_(England))

<http://euromedicals.de/el/2013/09/26/%CE%B1%CF%83%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7-%CF%83%CF%84%CE%B7-%CE%B3%CE%B5%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CE%B1/>

http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/unitedkingdom/index_el.htm

http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/germany/index_el.htm

<http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/>

<http://offsite.com.cy/afxisi-evropeon-metanaston/>

<http://ppol.gr/cm/index.php?Datain=8714&LID=1>

<http://tvxs.gr/news/egrapsan-eipan/i-ekriksi-ton-genniseon-sti-bretania-einai-eylogia-oxi-katara-tis-poli-toinmpi>

http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee_Docs/IHSprimer.sflb.ashx

<http://www.antistasi.info/showthread.php?t=5452>

<http://www.bbc.com/news/health-19674838>

<http://www.bbc.com/news/health-21850820>

<http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Germany_Country_Profile_2008_2%20pdf.pdf

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf

http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/20/12/1433.pdf

<http://www.england.nhs.uk/allocations-2013-14/>

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/96419/E68283.pdf

http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl_03/SpecialDE_EN_Understanding_the_German.pdf

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/170656/NHS_Constitution.pdf

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf

<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.indexmundi.com/germany/demographics_profile.html

http://www.indexmundi.com/united_kingdom/demographics_profile.html

<http://www.in2life.gr/wellbeing/health/article/300087/parohes-ygeias-ti-ishyei-se-kathe-evropaikh-hora.html?apg=2>

<http://www.i-siatras.gr/permalink/3085.html>

http://www.itup.org/Reports/Fresh%20Thinking/Health_Care_Systems_Around_World.pdf

http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%92%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1%CE%9C%CE%B5%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B7_-%CE%BA%CF%81%CE%AC%CF%84%CE%BF%CF%82

<http://www.livepedia.gr/index.php/%CE%93%CE%B5%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1%CE%BA%CF%81%CE%AC%CF%84%CE%BF%CF%82>

<http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

<http://www.naftemporiki.gr/finance/story/777648/germania-auksisi-tis-biomixanikis-paragogis-ton-ianouario>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447688/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375100/>

<http://www.nhshistory.net/chapter%207.htm>

<http://www.nhshistory.net/chapter%207.htm#Finance>

<http://www.nhshistory.net/contents.htm>

<http://www.nhshistory.net/parlymoney.pdf>

<http://www.nhshistory.net/shorthistory.htm>

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130305_anatomy-health-spending.pdf

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161e.pdf?expires=1396459783&id=id&accname=guest&checksum=D329875291841DE3B59CDF977C44D1D7>

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec028.pdf?expires=1399362680&id=id&accname=guest&checksum=1D2F94EF93D6D3AB16AADD110076BF50>

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec031.pdf?expires=1400014066&id=id&accname=guest&checksum=5C8363B5F6B5D0D0CAD085C87A139BF8>

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec064.pdf?expires=1398586655&id=id&accname=guest&checksum=210A19E3B6069CA7C6B1AB8078900D5C>

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec065.pdf?expires=1398600726&id=id&accname=guest&checksum=A3394B20A022EA31356D735437E77745>

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec066.pdf?expires=1398701641&id=id&accname=guest&checksum=7E510A1D927D6BF6C26701D7F55FFEF7>

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec067.pdf?expires=1400014014&id=id&accname=guest&checksum=E6FF906EF201365F2B03AD52A0A4BF96>

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec069.pdf?expires=1399280763&id=id&accname=guest&checksum=9636B6A773B52F80D4C7A68F1AC5A8B0>

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec069.pdf?expires=1399490849&id=id&accname=guest&checksum=A34BE4F002A86497B3FA262B6CF58203>

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-summary/index.html;jsessionid=pzie1xothigs.x-oecd-live-02?contentType=%2Fns%2Fsummary&itemId=%2Fcontent%2Fsummary%2Fhealth_glance-2013-sum-

[el&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fsummary%2Fhealth_glance-2013-sum-el&accessItemIds](#)

[http://www.oecd-](#)

[ilibrary.org/docserver/download/8113161ec011.pdf?expires=1399909876&id=id&accname=guest&checksum=4CE1C5C90E15F9BCD9F659E931EBE826](#)

[http://www.oecd-](#)

[ilibrary.org/docserver/download/8113161ec005.pdf?expires=1399908957&id=id&accname=guest&checksum=CDC00F4C4F6E1D589B51FCC80CC37E0D](#)

[http://www.oecd-](#)

[ilibrary.org/docserver/download/8113161ec071.pdf?expires=1399910975&id=id&accname=guest&checksum=809E7A137521511C8CEE8CED38A77FED](#)

[http://www.oecd-](#)

[ilibrary.org/docserver/download/8113161ec013.pdf?expires=1399917688&id=id&accname=guest&checksum=B38043A6EE8291A7F7DBEF1B67930539](#)

[http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf](#)

[http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GERMANY-2013.pdf](#)

[http://www.oecd.org/unitedkingdom/Briefing-Note-UNITED-KINGDOM-2013.pdf](#)

[http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_308689.pdf](#)

[http://www.parapolitiki.com/2013/01/metanastes-auxisi-plithismou-sti-germania.html](#)

[http://www.prospects.ac.uk/general_practice_doctor_salary.htm](#)

[http://www.real.gr/DefaultArthro.aspx?page=arthro&id=202550&catID=4](#)

[http://www.sansimera.gr/articles/291](#)

[http://www.socadm.duth.gr/conferences/news/%CE%9C%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A4%CE%97%20%CE%9F%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%9D%CE%A9%CE%A3%CE%97%CE%A3-](#)

[%CE%A7%CE%A1%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3%20%CE%9C%CE%9F%CE%9D%CE%91%CE%94%CE%A9%CE%9D%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CE%A0%CE%9F%CE%A5%20%CE%A3%CE%A5%CE%9C%CE%92%CE%91%CE%](#)

9B%CE%9B%CE%9F%CE%9D%CE%A4%CE%91%CE%99%20%CE%9C%CE%95%20%CE%A4%CE%9F%CE%9D%20%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5.pdf

<http://www.sochealth.co.uk/resources/national-health-service/reform-of-the-national-health-service/>

<http://www.telegraph.co.uk/health/nhs/10595090/GPs-pay-Number-of-doctors-earning-100000-has-quadrupled-report-shows.html>

<http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=552405>

<http://www.tovima.gr/society/article/?aid=541061>

<http://www.zougla.gr/kosmos/article/ixiroxadt>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς