



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**  
**Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών**  
**Σπουδών**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**



---

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

**Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟΥ**  
**ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ζούλιας Σταύρος**

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

Πειραιάς, 2020





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**  
**Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών**  
**Σπουδών**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**



---

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

**Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟΥ**  
**ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ζούλιας Σταύρος**

Επιβλέπων: Νεκτάριος Μιλτιάδης, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιά

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

Πειραιάς, 2020



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**The reform of the U.S. Healthcare System**

**Zoulias Stavros**

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

Piraeus, Greece, 2020



# Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Σημαντικοί Όροι:** Σύστημα Υγείας, Μεταρρύθμιση Υγείας, Ασφάλιση Υγείας, Νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αναλυθούν τα προβλήματα του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής μέχρι και το 2010 και να αναδειχθεί η ανάγκη που υπήρχε για μεταρρύθμιση. Επιπλέον σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανάλυση των στόχων και των διατάξεων του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας, καθώς επίσης και των επιπτώσεών του στο επίπεδο ασφάλισης, στην προσιτή φροντίδα υγείας, στη συγκράτηση των δαπανών για τον τομέα της υγείας και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί θα είναι η ανασκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας καθώς και εκθέσεων διεθνών οργανισμών όπως τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο, περιγράφονται οι στόχοι και οι μορφές των διαφόρων συστημάτων υγείας, και αναλύονται τα συστήματα υγείας πέντε οικονομικά αναπτυγμένων χωρών, του Ηνωμένου Βασιλείου, του Καναδά, της Γαλλίας, της Γερμανίας και της Ολλανδίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής μέχρι και το 2010, καθώς επίσης και τα προβλήματα του συστήματος υγείας που κατέστησαν αναγκαία τη μεταρρύθμιση, όπως το πρόβλημα των ανασφάλιστων, οι υψηλές δαπάνες, τα ιατρικά λάθη και η χαμηλή επίδοση στους δείκτες υγείας σε σχέση με άλλες χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά σε προηγούμενες προσπάθειες για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας σε ομοσπονδιακό και πολιτειακό επίπεδο και παρουσιάζονται οι στόχοι και οι διατάξεις του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή

Φροντίδα Υγείας, καθώς επίσης και οι επιπτώσεις του στο επίπεδο ασφάλισης, στις δαπάνες για την υγεία και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.



## **The reform of the U.S. Healthcare System**

**Keywords:** Health Care Reform, Health Care System, Health Insurance, Patient Protection and Affordable Care Act

### **Abstract**

The purpose of this master thesis is to analyze the problems of the United States of America's health care system by 2010 and to highlight the need for reform. An additional purpose of this paper is to analyze the aims and the provisions of the Patient Protection and Affordable Care Act, as well as its impact on insurance, affordable health care, containment of health expenditure and the quality of provided health care.

The methodology that will be followed will be the review of Greek and foreign language literature as well as reports from international organizations such as the Organisation for Economic Co-operation and Development and the World Health Organization.

In the first chapter we describe the aims and forms of the various health systems, and we analyze the health systems of five economically developed countries, the United Kingdom, Canada, France, Germany and the Netherlands.

In the second chapter we present the United States of America's health system, as well as its problems that have necessitated reform, such as the problem of the uninsured, the high health care expenditures, the medical errors and the poor performance on indicators in relation to other OECD countries.

In the third chapter we present previous efforts for health system reform at federal and state level and the aims and provisions of the Patient Protection and Affordable Care Act, as well as its impact on insurance, health expenditures and the quality of provided health care.

In the last chapter we present the conclusions of this thesis.



## Περιεχόμενα

### Περίληψη

### Κατάλογος Πινάκων

### Κατάλογος Διαγραμμάτων

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Συστήματα Υγείας

1.1. Σκοπός και στόχοι συστημάτων υγείας	1
1.2 Μορφές συστημάτων υγείας	1
1.3. Συστήματα υγείας διαφόρων χωρών	5
1.3.1. Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου	5
1.3.2. Το σύστημα υγείας του Καναδά	7
1.3.3. Το σύστημα υγείας της Γαλλίας	8
1.3.4. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας	10
1.3.5. Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας	12

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Το Αμερικανικό Σύστημα υγείας μέχρι το 2010

2.1. Γενικά	15
2.1.1. Οργανισμοί Διαχειριζόμενης Φροντίδας Υγείας	15
2.1.2. Κρατική Παρέμβαση	16
2.1.3. Πάροχοι Υπηρεσιών Υγείας	17
2.2. Ασφάλιση Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	19
2.2.1. Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας	19
2.2.2. Προγράμματα δημόσιας ασφάλισης υγείας	22
2.3. Προβλήματα Αμερικανικού Συστήματος Υγείας	25
2.3.1. Το πρόβλημα των ανασφάλιστων	25
2.3.2. Δαπάνες Υγείας	30

2.3.3. Ιατρικά Σφάλματα	37
2.3.4. Άλλοι λόγοι για μεταρρύθμιση του Αμερικάνικου Συστήματος Υγείας	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η Μεταρρύθμιση του Αμερικανικού Συστήματος Υγείας</b>	
3.1. Προσπάθειες για μεταρρύθμιση	43
3.1.1 Η πρόταση του προέδρου Κλίντον	43
3.1.2. Προσπάθειες για μεταρρύθμιση σε πολιτειακό επίπεδο	44
3.1.2.1. Η μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας στην πολιτεία της Χαβάης	45
3.1.2.2. Η μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας στην πολιτεία της Μασαχουσέτης	46
3.2. Ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας	47
3.3. Χρηματοδότηση του προγράμματος	48
3.4. Διατάξεις που στοχεύουν στη μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων πολιτών και στην προσιτή φροντίδα	49
3.5. Μεταρρυθμίσεις στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας	51
3.6. Διατάξεις που στοχεύουν στη μείωση των δαπανών για την υγεία και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	52
3.7. Εμπόδια στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του νόμου	54
3.8. Αποτελέσματα του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας	56
3.8.1. Επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης και προσιτή φροντίδα υγείας	56
3.8.2. Δαπάνες υγείας και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Συμπεράσματα</b>	<b>69</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>73</b>

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1: Διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση το είδος χρηματοδότησης, σε ποσοστό %, 2010, επιλεγμένες χώρες	35
Πίνακας 2.2: Διάκριση των δαπανών για την υγείας με βάση τον τύπο των υπηρεσιών, σε ποσοστό %, 2010, επιλεγμένες χώρες	36
Πίνακας 2.3: Δείκτες υγείας, επιλεγμένες χώρες, 2010	40
Πίνακας 3.1: Ασφαλιστική κάλυψη υγείας ανά τύπο κάλυψης, 2010 και 2018	57
Πίνακας 3.2: Διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση το είδος χρηματοδότησης, σε ποσοστό %, 2010 και 2017	64
Πίνακας 3.3: Δείκτες υγείας, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, 2010 και 2017	67



## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1: Ασφαλιστική κάλυψη υγείας ανά τύπο κάλυψης, 2010	26
Διάγραμμα 2.2: Ποσοστό Ανασφάλιστων 1999 – 2010	27
Διάγραμμα 2.3: Ποσοστό % των ασθενών που παρέλειψαν κάποια ιατρική επίσκεψη εξαιτίας του κόστους, 2010	29
Διάγραμμα 2.4: Ποσοστό % των ασθενών που παρέλειψαν ιατρικές εξετάσεις εξαιτίας του κόστους, 2010	29
Διάγραμμα 2.5: Ποσοστό % των ασθενών που παρέλειψαν την λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων εξαιτίας του κόστους, 2010	30
Διάγραμμα 2.6: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2010	32
Διάγραμμα 2.7: Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, USD PPP, 2010	33
Διάγραμμα 2.8: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, 1970-2010, επιλεγμένα έτη	34
Διάγραμμα 2.9: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, σε έτη, 2010	41
Διάγραμμα 2.10: Βρεφική θνησιμότητα, ανά 1000 γεννήσεις, 2010	42
Διάγραμμα 3.1: Ποσοστό % ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών, 2010-2017	56
Διάγραμμα 3.2: Μη χρήση υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του κόστους, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, 2010 και 2016	58
Διάγραμμα 3.3: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, 2010-2018	61
Διάγραμμα 3.4: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2018	62
Διάγραμμα 3.5: Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, USD PPP, 2018	63
Διάγραμμα 3.6: Διάκριση των δαπανών για την υγείας με βάση τον τύπο των υπηρεσιών, % επί των δαπανών υγείας. Η.Π.Α., 2010 και 2017	65
Διάγραμμα 3.7: Θνησιμότητα από αιτίες που μπορούν να αποφευχθούν ή είναι θεραπεύσιμες, ανά 100.000 κατοίκους, Η.Π.Α. και ΟΟΣΑ, 2014-2016	66





# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Συστήματα Υγείας

### 1.1. Σκοπός και στόχοι συστημάτων υγείας

Ο σκοπός είναι γενικότερος των στόχων, ενώ ο σκοπός και οι στόχοι συνδέονται μεταξύ τους καθώς η επίτευξη ενός σκοπού προϋποθέτει την επίτευξη των στόχων. Ο κύριος σκοπός ενός συστήματος υγείας και ο βασικός λόγος ύπαρξής του είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του συνόλου του πληθυσμού. Προς σε αυτήν την κατεύθυνση, ένα σύστημα υγείας έχει ως αρμοδιότητα την εύρεση και κατανομή των απαραίτητων πόρων, την παροχή υπηρεσιών και τη χρηματοδότησή τους καθώς επίσης και την εποπτεία των φορέων που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, ένα σύστημα υγείας είναι υπεύθυνο για τη διαθεσιμότητα, την προσπελασιμότητα και τη συνέχεια των υπηρεσιών υγείας ενώ είναι υπεύθυνο και για την διασφάλιση της ισότητας στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, ένα σύστημα υγείας είναι υπεύθυνο να παρέχει στους πολίτες οικονομική προστασία από το κόστος της ασθένειας.

Ως στόχοι ενός συστήματος υγείας μπορούν να θεωρηθούν μεταξύ άλλων η διασφάλιση της δημόσιας υγείας, η εξάλειψη κάποιας ασθένειας και η βελτίωση των διαφόρων δεικτών υγείας. (The World Health Report, 2000) (Θεοδώρου και συν., 2001) (Greenwald, 2010)

### 1.2. Μορφές Συστημάτων Υγείας

Αν και σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, ο τρόπος που επιτυγχάνεται αυτός ο σκοπός διαφέρει από χώρα σε χώρα και εξαρτάται από το κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον του εκάστοτε συστήματος υγείας. Βασιζόμενοι, πάντως, στον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης και παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, είναι δυνατόν να γίνει διάκριση των συστημάτων υγείας σε τρεις κατηγορίες, τα ιδιωτικά, τα δημόσια και τα μικτά συστήματα υγείας.

Το ιδιωτικό ή φιλελεύθερο μοντέλο βασίζεται στο μηχανισμό της αγοράς και έχει όσο το δυνατόν μικρότερη κρατική παρέμβαση. Κύριο χαρακτηριστικό αυτού το μοντέλου είναι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ο κάθε πολίτης αποφασίζει αν θα αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση και όσοι δε θέλουν ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα αναγκάζονται να πληρώσουν από την τσέπη τους το κόστος των υπηρεσιών υγείας που θα καταναλώσουν. Τα νοσοκομεία ανήκουν σε ιδιώτες ενώ οι τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθορίζονται από την προσφορά και τη ζήτηση.

Το ιδιωτικό μοντέλο προσφέρει θεωρητικά στον ασθενή τη δυνατότητα να επιλέξει τον επαγγελματία υγείας που επιθυμεί, αλλά στην πράξη είναι αναγκασμένος να κάνει την επιλογή του ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που είναι συμβεβλημένοι με τον ασφαλιστικό του οργανισμό. Αντίστοιχα, αν και οι επαγγελματίες υγείας έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν που θα έχουν το ιατρείο τους αλλά και να καθορίζουν την τιμή των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν, στην πράξη η πλειοψηφία των ιατρών είναι συμβεβλημένοι με οργανισμούς διαχείρισης της υγείας (managed care).

Ιδιαίτερο πρόβλημα των συστημάτων υγείας που βασίζονται στο ιδιωτικό μοντέλο είναι η ανισότητα στην υγεία καθώς ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, που δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση, παραμένει ανασφάλιστο, με ότι αυτό συνεπάγεται και για τη δημόσια υγεία. Επιπλέον, δε γίνονται επενδύσεις από τους ιδιώτες σε περιοχές αλλά και υπηρεσίες υγείας που δεν προβλέπεται να τους αποφέρουν κέρδος.

Τεράστιο πρόβλημα αποτελούν και οι διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες για την υγεία, καθώς δεν υπάρχει ένα κεντρικό όργανο για τον συντονισμό και τον έλεγχο. Στις υψηλές δαπάνες υγείας συνεισφέρει και η προκλητή ζήτηση, δηλαδή η αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας που δεν έχει ανάγκη ο ασθενής με σκοπό το όφελος του επαγγελματία υγείας.

Τέλος, αφού οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες, που έχουν ως σκοπό το κέρδος, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στοχεύουν στο να θεραπεύσουν κάποια ασθένεια και όχι στην πρόληψή της. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Σε αντίθεση με τα συστήματα υγείας που βασίζονται στο ιδιωτικό μοντέλο, τα συστήματα υγείας του δημοσίου μοντέλου, έχουν ως σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλον τον πληθυσμό χωρίς διακρίσεις. Τα δημόσια συστήματα υγείας μπορούν να διακριθούν σε δύο επιμέρους κατηγορίες, σε αυτά που βασίζονται στο μοντέλο Bismarck και σε εκείνα που βασίζονται στο μοντέλο Beveridge.

Τα συστήματα υγείας που βασίζονται στο μοντέλο Bismarck, χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Κάθε επαγγελματική κατηγορία έχει το ασφαλιστικό της ταμείο, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα κάθε επαγγελματική κατηγορία να έχει διαφορετικό ύψος εισφορών αλλά και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις. Συστήματα υγείας που βασίζονται στο μοντέλο του Bismarck είναι το γαλλικό και το γερμανικό.

Αντίστοιχα, τα συστήματα υγείας που βασίζονται στο μοντέλο Beveridge χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο κράτος, το οποίο είναι υπεύθυνο για οτιδήποτε σχετικό με την υγεία, από την οργάνωση και τη χρηματοδότηση μέχρι την παραγωγή και την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Παραδείγματα συστημάτων υγείας που βασίζονται στο μοντέλο Beveridge είναι εκείνα της Μεγάλης Βρετανίας, της Ιταλίας και της Ισπανίας αλλά και των χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ.

Στα δημόσια συστήματα υγείας, ανεξαρτήτου αν χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση ή από τη φορολογία, βασικό πλεονέκτημα είναι η ισότιμη κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού χωρίς καμία διάκριση. Η ύπαρξη κεντρικού σχεδιασμού δίνει τη δυνατότητα για πιο δίκαια κατανομή των πόρων ενώ το γεγονός πως το κέρδος δεν αποτελεί σκοπό του συστήματος υγείας, δίνει τη δυνατότητα για μείωση των γεωγραφικών ανισοτήτων καθώς επίσης και για την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας που προωθούν την πρόληψη. Τέλος, η απουσία ανταγωνισμού ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη συνεργασία προς όφελος του ασθενή.

Αντιθέτως, βασικό μειονέκτημα των δημοσίων συστημάτων υγείας είναι οι μεγάλες λίστες αναμονής καθώς επίσης και η μη ύπαρξη κινήτρου για μείωση των δαπανών και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Παρόλο που όλα τα συστήματα υγείας θεωρητικά ανήκουν σε ένα από τα παραπάνω μοντέλα, στην πράξη οι διαφορές ανάμεσά τους έχουν μειωθεί. Συστήματα υγείας που βασίζονται στο ιδιωτικό μοντέλο, μέσω της κρατικής παρέμβασης, μειώνουν τις ανισότητες στην υγεία. Συγκεκριμένα, στο αμερικανικό σύστημα υγείας που είναι το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του ιδιωτικού μοντέλου, έχουν θεσπιστεί προγράμματα για την ασφαλιστική κάλυψη κάποιων ευάλωτων ομάδων, όπως τους ηλικιωμένους (Medicare), τα άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα, τα άτομα με ειδικές ανάγκες (Medicaid), και τα παιδιά (Medicaid, Children's Health Insurance Program), ενώ το 2010 θεσπίστηκε και ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα που έχει ως βασικό σκοπό τη μείωση των ανασφάλιστων πολιτών. Αντίστοιχα, σε δημόσια συστήματα υγείας, όπως το βρετανικό, έχουν εισαχθεί μηχανισμοί της αγοράς, όπως τον ανταγωνισμό ανάμεσα στους προμηθευτές, με σκοπό τη μείωση των δαπανών υγείας. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Τα συστήματα υγείας μπορούν επίσης να διακριθούν σε κεντρικά και αποκεντρωμένα, ανάλογα με το ποιος λαμβάνει τις, σχετικές με την υγεία, αποφάσεις.

Στην περίπτωση ενός κεντρικού συστήματος υγείας, οι αποφάσεις λαμβάνονται από την κεντρική εξουσία. Πλεονέκτημα ενός τέτοιου συστήματος υγείας αποτελεί η μείωση του κόστους λόγω της εκμετάλλευσης πιθανών οικονομιών κλίμακας, καθώς μία κεντρική κυβέρνηση έχει τη δυνατότητα να διαπραγματεύεται μεγαλύτερες ποσότητες με χαμηλότερες τιμές. Μειονέκτημα ενός κεντρικού συστήματος υγείας είναι η μη ύπαρξη κινήτρου για καινοτομία και ανταγωνισμό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός συστήματος υγείας που οι αποφάσεις λαμβάνονται από την κεντρική εξουσία είναι το ελληνικό.

Όσον αφορά την περίπτωση των αποκεντρωμένων συστημάτων υγείας, η λήψη των αποφάσεων πραγματοποιείται από τις τοπικές κυβερνήσεις, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα τη λειτουργική ευελιξία και τη μείωση της γεωγραφικής ανισότητας στην υγεία αλλά και την αύξηση του κόστους εξαιτίας της μη εκμετάλλευσης των οικονομιών κλίμακας και της έλλειψης συντονισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας είναι το σύστημα υγείας του Καναδά.

Όπως είναι φυσικό τα περισσότερα συστήματα υγείας δεν ανήκουν σε κάποια από τις δύο κατηγορίες, αλλά συνδυάζουν και τους δύο τρόπους λήψης αποφάσεων. (Santerre and Neun, 2013)

### **1.3. Συστήματα υγείας διαφόρων χωρών**

#### **1.3.1. Το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου**

Το βρετανικό σύστημα υγείας γνωστό ως NHS (National Health Service), αποτελεί ένα από τα πιο αντιπροσωπευτικά συστήματα υγείας που βασίζονται στο μοντέλο Beveridge, και προσφέρει υγειονομική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού της Βρετανίας. Ψηφίστηκε το 1946, μετά από εισήγηση του λόρδου Beveridge, ενώ ξεκίνησε να λειτουργεί το 1948. (Θεοδώρου και συν., 2001) (Πιερράκος, 2008)

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία, ενώ ένα μικρό ποσοστό προέρχεται από την ασφάλιση και από τις ιδιωτικές δαπάνες (out-of pocket) των ασθενών. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δεν είναι εντελώς δωρεάν, καθώς οι Άγγλοι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν μία μικρή συμμετοχή για κάθε συνταγογράφηση. Αντιθέτως οι συνταγογραφήσεις είναι εντελώς δωρεάν για τους κατοίκους της Ουαλίας, της Σκωτίας και της Βορείου Ιρλανδίας. Τέλος, οι βρετανοί πολίτες έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, για υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονται από το NHS, όπως η οδοντιατρική φροντίδα, ή για να αποφύγουν τις τεράστιες λίστες αναμονής. (Folland et al., 2013)

Οι γενικοί ιατροί παίζουν καθοριστικό ρόλο στο βρετανικό σύστημα υγείας καθώς είναι η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας. Κάθε Βρετανός πολίτης επιλέγει κάποιον γενικό ιατρό και όποτε έχει ανάγκη να κάνει λήψη υπηρεσιών υγείας τον επισκέπτεται. Τα περισσότερα ιατρικά περιστατικά αντιμετωπίζονται στα ιατρεία τους, ενώ όταν η κατάσταση του ασθενή το απαιτεί, τον παραπέμπουν σε κάποιο νοσοκομείο. Οι γενικοί ιατροί πληρώνονται κυρίως με τη μέθοδο κατά κεφαλήν για κάθε ασθενή που έχουν στις λίστες τους, ενώ οι νοσοκομειακοί ιατροί πληρώνονται με σταθερό μισθό για τις υπηρεσίες που προσφέρουν εντός του νοσοκομείου, ενώ πληρώνονται και κατά πράξη όταν εργάζονται ιδιωτικά. (Folland et al., 2013)

Τα τελευταία τριάντα χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί πολλές και μεγάλες μεταρρυθμίσεις στο βρετανικό σύστημα υγείας, αλλά η πιο ριζοσπαστική μεταρρύθμιση είναι εκείνη που πραγματοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 από την κυβέρνηση των Συντηρητικών. Σκοπός ήταν να μειωθεί ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για την υγεία μέσω της αποδοτικότερης χρήσης των χρησιμοποιούμενων πόρων.

Αυτό επετεύχθη με την εισαγωγή κανόνων αγοράς και συγκεκριμένα, το διαχωρισμό των αγοραστών από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και τον ανταγωνισμό ανάμεσα στους προμηθευτές και κυρίως τα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία πλέον, ανταγωνίζονταν μεταξύ τους για τη σύναψη συμβολαίων με τους αγοραστές. Όσα το επιθυμούσαν, είχαν τη δυνατότητα να μετατραπούν σε τραστ (NHS trust) και να είναι υπεύθυνα εξολοκλήρου για τη διοίκησή τους. Τα NHS trust μπορούσαν να αποφασίζουν ποιες υπηρεσίες υγείας θα προσφέρουν, σε τι τιμές, με ποιους συντελεστές παραγωγής, τι επενδύσεις θα κάνουν αλλά και να βρουν επιπλέον πηγές χρηματοδότησης.

Αγοραστές υπηρεσιών υγείας, εκτός από τις υγειονομικές περιφέρειες, ήταν πλέον και κάποιοι γενικοί ιατροί, καθώς ο νέος νόμος έδωσε τη δυνατότητα σε ομάδες γενικών ιατρών που οι εγγεγραμμένοι ασθενείς στις λίστες τους ξεπερνούν κάποιο συγκεκριμένο όριο να σχηματίζουν funds. Κάθε χρόνο λάμβαναν από τις υγειονομικές αρχές έναν προϋπολογισμό, με τον οποίο ήταν υποχρεωμένοι να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες των ασθενών τους. Αφού, πλέον, ήταν υπεύθυνοι να αγοράζουν τη φαρμακευτική και ένα μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης εκ μέρους των ασθενών τους, είχαν συμφέρον να διαπραγματευτούν με τα νοσοκομεία και να επιλέξουν τις πιο συμφέρουσες προσφορές. Επιπλέον, με σκοπό τη μείωση των δαπανών, ήταν προς το συμφέρον τους να μειώσουν τις άσκοπες παραπέμψεις σε ειδικούς ιατρούς και νοσοκομεία. Το ποσό από τον προϋπολογισμό που περίσσευε μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μόνο για τη βελτίωση των εγκαταστάσεών τους. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 και μετά, όταν και παραχωρήθηκαν από την κεντρική κυβέρνηση, επιπλέον αρμοδιότητες στη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία, κάθε ένα από τα τέσσερα κράτη αποφασίζει προς ποια κατεύθυνση θα κινηθούν οι μεταρρυθμίσεις που θα πραγματοποιηθούν στο σύστημα υγείας τους.

Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας της Αγγλίας, είχαν ως σκοπό την περαιτέρω αποκεντροποίηση του συστήματος υγείας καθώς επίσης και την ενίσχυση του ανταγωνισμού ανάμεσα στους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Αντιθέτως, η Ουαλία και η Σκωτία προχώρησαν σε μεταρρυθμίσεις με σκοπό την ακύρωση του διαχωρισμού ανάμεσα σε αγοραστές και παρόχους υπηρεσιών υγείας και τον περιορισμό του ανταγωνισμού. (Cylus et al., 2015)

### 1.3.2. Το Σύστημα Υγείας του Καναδά

Το σύστημα υγείας του Καναδά, γνωστό ως Medicare, παρέχει από το 1972 καθολική κάλυψη στους πολίτες. Το καναδικό σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο, και υπεύθυνες για την παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι οι 13 περιφέρειες της χώρας. (Folland et al., 2013)

Το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται εν μέρει από την κεντρική κυβέρνηση και σύμφωνα με το νόμο για την υγεία του 1984, κάθε επαρχία πρέπει να πληροί κάποιες βασικές προϋποθέσεις για να λάβει ολόκληρο το ποσό της επιχορήγησης. Συγκεκριμένα, η διοίκηση πρέπει να πραγματοποιείται από μη κερδοσκοπικό φορέα, όλες οι παρεχόμενες, από νοσοκομεία και επαγγελματίες υγείας, υπηρεσίες πρέπει να καλύπτονται για όλο τον πληθυσμό της χωρίς εξαιρέσεις, ενώ δεν πρέπει να υπάρχει κανενός είδους οικονομικό εμπόδιο για κάποιον πολίτη ο οποίος θέλει να κάνει χρήση κάποιας υπηρεσίας υγείας. Τέλος, η ασφαλιστική κάλυψη πρέπει να διέπεται από φορητότητα, δηλαδή κάποιος ο οποίος είναι ασφαλισμένος σε μία επαρχία, πρέπει να διατηρεί την ασφαλιστική του κάλυψη όταν θα ταξιδέψει ή μετακομίσει σε οποιαδήποτε άλλη επαρχία. (Rice, 2006) (Folland et al., 2013)

Τα νοσοκομεία στον Καναδά είναι ιδιωτικά αλλά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και χρηματοδοτούνται κυρίως από τις επαρχίες, μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών. Τα νοσοκομεία μπορούν να έχουν επιπλέον πηγές χρηματοδοτήσεων, αλλά οι κεφαλαιουχικές επενδύσεις πρέπει πάρουν έγκριση από τις επαρχίες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι επαρχίες να είναι υπεύθυνες για την αποτελεσματική και δίκαια κατανομή των πόρων στα διάφορα νοσοκομεία. Τέλος, το γεγονός πως οι επαρχίες έχουν μονοψωνιακή δύναμη στην αγορά, κρατάει τις δαπάνες για την υγεία σε χαμηλά επίπεδα

Οι επαγγελματίες υγείας, σε μεγάλο ποσοστό, έχουν δικά τους ιατρεία και έχουν τη δυνατότητα να παραπέμπουν τους ασθενείς σε νοσοκομείο στην περίπτωση που το κρίνουν απαραίτητο. Οι επαγγελματίες υγείας πληρώνονται κατά πράξη, ενώ οι τιμές καθορίζονται μετά από διαπραγμάτευση ανάμεσα στους γιατρούς και τις επαρχίες.

Συμπληρωματικές υπηρεσίες υγείας όπως γυαλιά όρασης και οδοντιατρική φροντίδα αλλά και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση και κυρίως από ομαδικά προγράμματα. Στην περίπτωση συγκεκριμένων

ομάδων όπως παιδιά και ηλικιωμένοι, το κόστος καλύπτεται από τις επαρχίες. (Folland et al., 2013)

Μεγάλα μειονεκτήματα του καναδικού συστήματος υγείας αποτελούν η γραφειοκρατία, οι τεράστιες λίστες αναμονής, η μη κάλυψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς επίσης και η μη ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης για ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας για όσους το επιθυμούν. (Greenwald, 2010)

### **1.3.3. Το Σύστημα Υγείας της Γαλλίας**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των Γάλλων πολιτών είναι ασφαλισμένο από κάποια ιδιωτικά ταμεία, τα οποία καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος των υγειονομικών τους δαπανών. Οι Γάλλοι πολίτες επιλέγουν ασφαλιστικό ταμείο με βάση την επαγγελματική τους ιδιότητα, με το ταμείο των μισθωτών να καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλισμένων (περίπου 80% με 85% των ασφαλισμένων), και το ταμείο των αγροτών να έρχεται δεύτερο σε αριθμό ασφαλισμένων. Από την ασφάλιση υγείας καλύπτεται ένα τεράστιο εύρος υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένου της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, φαρμακευτικά προϊόντα και σε κάποιες περιπτώσεις και οδοντιατρική φροντίδα. Η κάλυψη, βέβαια, διαφέρει από ταμείο σε ταμείο.

Μέχρι και το 1999 ένα ποσοστό το γαλλικού πληθυσμού, και συγκεκριμένα τα άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα, οι άνεργοι και κάποιοι νόμιμοι μετανάστες παρέμεναν χωρίς ασφάλιση υγείας. Αυτό άλλαξε μετά τη μεταρρύθμιση του 2000 και τη δημιουργία μιας δευτερεύουσας ασφαλιστικής κάλυψης η οποία καλύπτει τις υγειονομικές δαπάνες όλων όσων διαμένουν στη Γαλλία μόνιμα και νόμιμα για τουλάχιστον τρεις μήνες, συμπεριλαμβανομένου και του κόστους συνασφάλισης. (Rice 2006)

Η πλειοψηφία των νοσοκομείων στη Γαλλία ανήκουν στο δημόσιο τομέα, ενώ υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό που είναι ιδιωτικά, κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στο παρελθόν, η χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων πραγματοποιούνταν μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών, αλλά τα τελευταία χρόνια χρηματοδοτούνται με τη μέθοδο DRG. (Chevreul et al., 2015)



Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να είναι αυτοαπασχολούμενοι ή να δουλεύουν σε νοσοκομείο. Οι αυτοαπασχολούμενοι πληρώνονται για τις υπηρεσίες τους κατά πράξη ενώ όσοι εργάζονται σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο πληρώνονται με σταθερό μισθό. Οι τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθορίζονται μετά από διαπραγμάτευση ανάμεσα στους ιατρικούς συλλόγους και τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά κάποιοι γιατροί έχουν τη δυνατότητα να χρεώνουν επιπλέον τους ασθενείς τους. Από το 2009, οι γενικοί ιατροί έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν το εισόδημά τους μέσω προγραμμάτων Pay for Performance, ενώ από το 2011 το ποσό της επιπλέον αμοιβής καθορίζεται από τον αριθμό των ασθενών του ιατρού αλλά και άλλους 29 δείκτες ποιότητας. (Chevreul et al., 2015)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν μόνο ένα ποσοστό του ποσού για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία υγείας, ενώ το καλυπτόμενο ποσοστό διαφέρει για κάθε υπηρεσία υγείας. Το υπόλοιπο ποσό καλείται να το πληρώσει ο ίδιος ο ασφαλισμένος μέσω κάποιας συνεισφοράς. Ένα μεγάλο μέρος των Γάλλων πολιτών επιλέγει να αγοράσει ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας, ώστε να καλύψει αυτές τις συνεισφορές αλλά και τις επιπλέον ιατρικές χρεώσεις.

Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια στο γαλλικό σύστημα υγείας είχαν κυρίως ως σκοπό την αύξηση της διαφάνειας του συστήματος υγείας, τη μείωση των δαπανών και την εξασφάλιση της πρόσβασης του γαλλικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά τη διαφάνεια του συστήματος υγείας, δόθηκε έμφαση στα φαρμακευτικά προϊόντα με την προσπάθεια μείωσης της επιρροής της φαρμακευτικής βιομηχανίας στους ειδικούς που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων αλλά και στη βελτίωση της ασφάλειας των φαρμακευτικών προϊόντων.

Όσον αφορά τη μείωση των δαπανών για την υγεία, εξαιτίας της ραγδαίας αύξησης των πωλήσεων συνταγογραφούμενων φαρμάκων τις δεκαετίες του 1990 και του 2000, λήφθηκαν μέτρα όπως την αφαίρεση φαρμάκων από τις λίστες, την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, την οικονομική αξιολόγηση αλλά και την προώθηση των γενοσήμων φαρμακευτικών προϊόντων.

Τέλος, με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος της γεωγραφικής ανισότητας δόθηκαν κίνητρα, πέρα των οικονομικών που απέτυχαν, στους γιατρούς

ώστε να επιλέξουν απομακρυσμένες περιοχές, ενώ έγινε και αξιοποίηση τεχνολογιών πληροφορικής όπως η τηλεϊατρική. (Chevreul et al., 2015)

#### **1.3.4. Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας**

Το γερμανικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα από τα πιο αντιπροσωπευτικά παραδείγματα των συστημάτων που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση. Οι βάσεις τέθηκαν το 1883 με τη ψήφιση νόμου από την κυβέρνηση του καγκελάρου Bismarck για την υγειονομική κάλυψη συγκεκριμένων κατηγοριών εργατών μέσω από διάφορα ταμεία υγείας (sickness funds), ενώ στην πορεία επεκτάθηκε σχεδόν στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας.

Στα πρώτα χρόνια του συστήματος υγείας, ο διαχωρισμός των εργαζομένων στα διάφορα ταμεία υγείας, γινόταν με βάση την επαγγελματική τους ιδιότητα και τον τόπο διαμονής τους. Τα ταμεία υγείας είναι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ενώ οι διοικήσεις τους είναι εκλεγμένες. Οι εισφορές των εργαζομένων στα ταμεία υγείας βασίζονται στην οικονομική τους δυνατότητα, ενώ οι παροχές βασίζονται στις υγειονομικές τους ανάγκες. (Busse et al., 2017)

Το 1990 και μετά την επανένωση της Γερμανίας, για την αντιμετώπιση των τεράστιων δαπανών για την υγεία και για να γίνει το σύστημα υγείας πιο αποδοτικό, η γερμανική κυβέρνηση αναγκάστηκε να προβεί σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις με πιο σημαντική εκείνη του 1993 με την οποία προσπάθησε να εισάγει τον ανταγωνισμό στον τομέα της υγείας αλλά και οικονομικούς περιορισμούς. Ο ανταγωνισμός στους παρόχους υπηρεσιών υγείας επετεύχθη δίνοντας τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους να επιλέγουν γιατρούς και νοσοκομεία.

Όσον αφορά τον ανταγωνισμό των αγοραστών υπηρεσιών υγείας, ο νέος νόμος έδωσε τη δυνατότητα σε έναν εργαζόμενο να επιλέγει σε ποιο ταμείο υγείας θα είναι ασφαλισμένος ανεξάρτητου της επαγγελματικής του ιδιότητας, ενώ είχε και τη δυνατότητα να αλλάξει ταμείο μέχρι μία φορά το χρόνο εφόσον βρει κάποια καλύτερη προσφορά.

Πλέον, έχοντας ως σκοπό τη βιωσιμότητά τους, πολλά ταμεία υγείας συγχωνεύτηκαν μεταξύ τους με αποτέλεσμα να μειωθεί δραματικά ο αριθμός τους (από περίπου 1200 το 2000 σε μόλις 113 το 2017) , ενώ όλα τα ταμεία προσπάθησαν να

κάνουν πιο ελκυστικά τα προγράμματά τους, μέσω της μείωσης της εισφοράς ή της προσφοράς επιπλέον παροχών, έτσι ώστε να αυξήσουν τον αριθμό των ασφαλισμένων. Συγκεκριμένα, μετά το 2000 κάποια ταμεία υγείας πρόσφεραν υπηρεσίες ολοκληρωμένης φροντίδας, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 2000, μετά από διαπραγμάτευση με τις φαρμακοβιομηχανίες, προσέφεραν στους ασφαλισμένους εκπτώσεις σε κάποια φάρμακα. Τέλος, το 2007 κάποια ταμεία υγείας άρχισαν να προσφέρουν εξατομικευμένα πακέτα για τον κάθε ασφαλισμένο. (Θεωδόρου και συν., 2001) (Busse et al., 2017)

Σήμερα, η πλειοψηφία των Γερμανών πολιτών, και συγκεκριμένα το 2012 το 85% του πληθυσμού (περίπου 70 εκατομμύρια άτομα), καλύπτονται από τα διάφορα ταμεία υγείας (sickness funds), ενώ τα εξαρτημένα μέλη καλύπτονται δωρεάν. Τα άτομα με αρκετά υψηλό εισόδημα έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν υγειονομική κάλυψη μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ οι δημόσιοι υπάλληλοι καλύπτονται από το κράτος. Στη Γερμανία, η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική και όσοι παραμένουν ανασφάλιστοι τους επιβάλλεται να πληρώσουν τα ασφάλιστρα αναδρομικά. (Busse and Blumel, 2014)

Το γερμανικό σύστημα υγείας είναι ιδιαίτερα αποκεντρωμένο, αφού η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, οι κυβερνήσεις των κρατιδίων, οι τοπικές κυβερνήσεις αλλά και τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας με τους ιατρικούς συλλόγους παίρνουν μέρος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η χρηματοδότηση των ταμείων υγείας πραγματοποιείται μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών και βασίζεται στο εισόδημα, ενώ ένα ποσό δίνεται και από την κυβέρνηση του κρατιδίου. Οι εισφορές των ανέργων στα ταμεία υγείας καλύπτονται από τα κρατίδια. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση συλλέγει τις εισφορές και τις διανέμει στα ταμεία υγείας ανάλογα με τη νοσηρότητα των ασφαλισμένων τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα ταμεία υγείας να μην κάνουν διάκριση στην επιλογή των ασφαλισμένων με βάση κάποια προϋπάρχουσα ασθένεια. (Rice, 2006)

Τα περισσότερα νοσοκομεία ανήκουν στο δημόσιο, με τα υπόλοιπα να είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ενώ ένα μόνο μικρό ποσοστό είναι ιδιωτικά. Οι κεφαλαιουχικές δαπάνες των νοσοκομείων χρηματοδοτούνται από τα κρατίδια, ενώ οι

λειτουργικές δαπάνες αποζημιώνονται από τα ταμεία υγείας, προοπτικά μετά από διαπραγμάτευση και με τη μέθοδο DRG. (Busse and Blumel, 2014)

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία πληρώνονται με μισθό, ενώ όσοι εργάζονται στα ιατρεία τους πληρώνονται κατά πράξη, ενώ οι τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθορίζονται μετά από διαπραγμάτευση ανάμεσα στις ιατρικές ενώσεις και τα ταμεία υγείας. (Θεωδόρου και συν., 2001)

### **1.3.5. Το Σύστημα Υγείας της Ολλανδίας**

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας χαρακτηρίζεται από το μεγάλο αριθμό μεταρρυθμίσεων. Συγκεκριμένα τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί δύο μεγάλες μεταρρυθμίσεις το 2006 και το 2015.

Όλοι οι πολίτες στην Ολλανδία είναι υποχρεωμένοι να αγοράζουν ασφάλιση υγείας από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Οι τιμές των ασφαλιστικών πακέτων είναι υποχρεωτικό από το νόμο να είναι κοινές για όλους τους πολίτες και να μην αυξομειώνονται ανάλογα με την ηλικία ή την ύπαρξη κάποιας προϋπάρχουσας ασθένειας. Οι παροχές είναι κοινές ανάμεσα στις ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτουν όλες τις βασικές υγειονομικές ανάγκες, και η όποια διαφοροποίηση στην τιμή έχει να κάνει με την επιπλέον ελευθερία του ασφαλισμένου στην επιλογή επαγγελματία υγείας. Επιπλέον, όσοι το επιθυμούν έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν συμπληρωματική ασφάλιση για απόκτηση επιπλέον παροχών όπως την οδοντιατρική φροντίδα υγείας. Όσον αφορά τα άτομα κάτω των 18 ετών, έχουν τη δυνατότητα να καλύπτονται από το ασφαλιστικό πρόγραμμα των γονιών τους χωρίς κάποια επιπλέον χρέωση. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί πως καθώς η ασφάλιση υγείας στην Ολλανδία είναι υποχρεωτική, όποιος βρεθεί ανασφάλιστος καλείται να πληρώσει κάποιο πρόστιμο. (Kroneman et al., 2016) (van de Ven et al., 2008)

Οι εισφορές των ασφαλισμένων βασίζονται στο εισόδημά τους, και είναι υποχρεωτικό από το νόμο να αποζημιώνονται από τον εργοδότη. Οι εισφορές συλλέγονται από ένα κρατικό ταμείο και διανέμονται στις ασφαλιστικές εταιρείες με βάση τον κίνδυνο που αναλαμβάνουν. Ο ασφαλισμένος καλείται να πληρώσει επιπλέον ασφάλιστρο, για το οποίο η πλειοψηφία των ολλανδικών νοικοκυριών λαμβάνει οικονομική βοήθεια από το κράτος. Τέλος, το 2008 θεσπίστηκε υποχρεωτική

αφαιρετέα απαλλαγή από την αποζημίωση (deductible), για τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας, για όλα τα άτομα άνω των 18 ετών. (Kroneman et al., 2016)

Στο ολλανδικό σύστημα υγείας καθοριστικό ρόλο παίζει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Κάθε ολλανδός πολίτης επιλέγει κάποιον γενικό ιατρό από τον οποίο λαμβάνει υπηρεσίες υγείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η επίσκεψη στο γενικό ιατρό είναι αρκετή, αλλά όταν κρίνει ότι είναι απαραίτητο παραπέμπει τον ασθενή σε κάποιο νοσοκομείο ή σε κάποιον ειδικό ιατρό. Παραδοσιακά, οι γενικοί ιατροί εργάζονταν στα ιατρεία τους, τα τελευταία όμως χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο αρκετοί να επιλέγουν τα ομαδικά ιατρεία και τα πολύ-επιστημονικά κέντρα υγείας. Οι ειδικοί ιατροί εργάζονται κυρίως στα νοσοκομεία και πληρώνονται με μισθό. Η πληρωμή των γενικών ιατρών, από τις ασφαλιστικές εταιρείες, γίνεται κυρίως με τη μέθοδο κατά κεφαλήν πληρωμής (capitation) για κάθε ασθενή που έχουν στις λίστες τους. Όσον αφορά τα νοσοκομεία, η αποζημίωσή τους πραγματοποιείται μέσω DRGs, ενώ οι τιμές για τις προσφερόμενες, από τα νοσοκομεία, υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του μισθού των ειδικών ιατρών, καθορίζονται μετά από διαπραγμάτευση με τις ασφαλιστικές εταιρείες. (van Weel et al., 2012) (van Ginneken, 2015)

Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί δύο μεγάλες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας της Ολλανδίας, το 2006 με σκοπό την αποκεντροποίηση, τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της πρόσβασης στην επείγουσα ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, και το 2015 με σκοπό τη μεταρρύθμιση του τομέα της μακροχρόνιας περίθαλψης.

Βασικό χαρακτηριστικό της μεταρρύθμισης του 2006 ήταν η υποχρεωτική, πλέον, ασφάλιση υγείας για το σύνολο του πληθυσμού καθώς και η εισαγωγή του ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας. Ο ανταγωνισμός των αγοραστών και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, είχε ως σκοπό να αυξήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, να γίνεται αποδοτικότερη χρήση των πόρων για την υγεία και να δοθεί μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής στον ασθενή / ασφαλισμένο. Παρά τις προσδοκίες, οι ασθενείς δεν αξιοποίησαν την ελευθερία επιλογής που τους παρείχε ο νόμος ενώ και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνήθως δεν αποτελούσε προτεραιότητα κατά τη διάρκεια των διαπραγματεύσεων ανάμεσα στους ασφαλιστές και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά τη μεταρρύθμιση του 2015, σκοπός της ήταν η προσιτή και πιο αποτελεσματική μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Αυτό επετεύχθη μέσω της αποκέντρωσης, καθιστώντας αρμόδιους τους δήμους, με τη λογική ότι γνωρίζουν τις ανάγκες των κατοίκων της περιοχής τους.

Άλλες μεταρρυθμίσεις του ολλανδικού συστήματος υγείας, που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια είχαν ως αντικείμενο τη μείωση των διοικητικών λαθών, την εισαγωγή προγραμμάτων Pay-for-Performance και τη μεταρρύθμιση του τομέα ψυχική υγείας, δίνοντας περεταίρω αρμοδιότητες στους γενικούς ιατρούς και στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. (Kroneman, et al., 2016)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Το Αμερικανικό Σύστημα Υγείας μέχρι το 2010

#### 2.1. Γενικά

Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα καθώς λειτουργεί σύμφωνα με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς και με τη λιγότερο δυνατή κρατική παρέμβαση. Πρόκειται για ένα κατακερματισμένο σύστημα υγείας, που σε αντίθεση με τα συστήματα υγείας των υπολοίπων οικονομικά αναπτυγμένων χωρών, χρηματοδοτείται από μια πληθώρα τρίτων πληρωτών.

Η πλειοψηφία των Αμερικανών πολιτών διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, είτε ομαδική, παρεχόμενη από τον εργοδότη, είτε ατομική. Όσοι επιθυμούν να αγοράσουν ασφάλιση υγείας, έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε μια πληθώρα προγραμμάτων που προσφέρονται από τις διάφορες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, τους οργανισμούς διαχειριζόμενης φροντίδας αλλά και τα προγράμματα Blue Cross / Blue Shield τα οποία είναι κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα ανάλογα με την πολιτεία.

#### 2.1.1. Οργανισμοί Διαχειριζόμενης Φροντίδας Υγείας

Καθοριστικό ρόλο στο Αμερικανικό σύστημα υγείας παίζουν οι οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Managed Care Organizations). Εξαιτίας της ραγδαίας αύξησης των δαπανών για την υγεία στις αρχές της δεκαετίας του 1990, οι κυβερνήσεις των διαφόρων χωρών ήταν υποχρεωμένες να θεσπίσουν μέτρα με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η σταθεροποίηση των δαπανών υγείας επετεύχθη μέσω των συγκεκριμένων οργανισμών. (Ξένος και συν., 2014)

Η λειτουργία των οργανισμών διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας πραγματοποιείται μέσω της παρέμβασης κάποιας μορφής διοίκησης ανάμεσα στους παρόχους υγείας και τους ασθενείς, η οποία είναι οικονομικά υπεύθυνη για την περίθαλψη των ασθενών. Δίνεται, επομένως, το κίνητρο στους επαγγελματίες υγείας για αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των πόρων και την εξάλειψη της προκλητής

ζήτησης, με αποτέλεσμα την επίτευξη της μείωσης των δαπανών για την υγεία. (Greenwald, 2010) (Ξένος και συν., 2014)

Ταυτόχρονα με τη μείωση του κόστους, οι οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας, οφείλουν να βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών τους, να συνάψουν επιπλέον συμβάσεις με εργοδότες και ιδιώτες και να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα τους. (Getzen, 2010)

Ανά τα χρόνια έχουν εμφανιστεί διάφορα είδη οργανισμών διαχειριζόμενης φροντίδας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα HMOs (Health Maintenance Organizations) τα οποία, συνήθως, διαθέτουν εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και επαγγελματίες υγείας τους οποίους πληρώνουν με μισθό. Συνάπτουν συμβάσεις με εργοδότες και για ένα προκαθορισμένο ποσό το οποίο λαμβάνεται προκαταβολικά, είναι υπεύθυνα για το σύνολο των υγειονομικών αναγκών των εργαζομένων τους.

Ένα άλλο σύνηθες είδος οργανισμού διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας είναι τα PPOs (Preferred Provider Organizations). Πρόκειται για οργανισμούς, που σε αντίθεση με τα HMOs, δε διαθέτουν εγκαταστάσεις αλλά συνάπτουν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται στα ιατρεία τους και προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε μια προκαθορισμένη μειωμένη τιμή. Ένας επαγγελματίας υγείας έχει τη δυνατότητα να είναι συμβεβλημένος σε περισσότερα από ένα PPO. (Greenwald, 2010)

### **2.1.2. Κρατική παρέμβαση**

Παρά τη σημασία του ιδιωτικού τομέα στο αμερικανικό σύστημα υγείας, το κράτος εξακολουθεί να παίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς θέτει τους κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Το κράτος θέτει το όριο όσον αφορά τον όγκο, την ποιότητα και την τιμή των υπηρεσιών υγείας, είναι υπεύθυνο για τη χορήγηση αδειών στους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου ποιότητας ενώ είναι αρμόδιο για τη δημόσια υγεία, τη μείωση των ανισοτήτων αλλά και την υγειονομική κάλυψη του ευάλωτου πληθυσμού. (Folland et al., 2013)

Τις αρμοδιότητες του κράτους στον τομέα της υγείας, μοιράζονται η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και οι κυβερνήσεις της εκάστοτε πολιτείας.



Όσον αφορά την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, καταλυτικό ρόλο παίζει το Department of Health and Human Services (HHS), το οποίο εκτελεί τις εντολές του Κογκρέσου και της κυβέρνησης στα θέματα του τομέα της υγείας. Το HHS περιλαμβάνει σημαντικούς οργανισμούς του αμερικανικού συστήματος υγείας όπως μεταξύ άλλων το Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) το οποίο διαχειρίζεται τα προγράμματα Medicare και Medicaid, το Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) το οποίο ασχολείται με την έρευνα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, το Centers for Disease Control and Prevention (CDC) το οποίο έχει ως αρμοδιότητα μεταξύ άλλων την προστασία της δημόσιας υγείας και το Food and Drug Administration (FDA) το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της ασφάλειας και της ποιότητας των φαρμακευτικών, βιολογικών και άλλων ιατρικών προϊόντων.

Από τη μεριά τους οι πολιτείες είναι υπεύθυνες για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την πιστοποίηση των μονάδων παροχής υγείας, χρηματοδοτούν διάφορα προγράμματα σχετικά με τον τομέα της υγείας, θέτουν τους κανόνες για την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ τέλος οργανώνουν και συγχρηματοδοτούν το πρόγραμμα Medicaid. (Rice et al., 2013)

### **2.1.3. Φορείς παροχής Υπηρεσιών υγείας**

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ στις ΗΠΑ το 2010 λειτουργούσαν 5.754 νοσοκομεία (18,6 νοσοκομεία ανά ένα εκατομμύριο πληθυσμού) από τα οποία τα 4.602 ήταν γενικά νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία που λειτουργούν στις ΗΠΑ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με βάση το καθεστώς ιδιοκτησίας τους σε δημόσια (1.526 νοσοκομεία το 2010 με 4,96 νοσοκομεία ανά εκατομμύριο πληθυσμού), σε ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (3.067 νοσοκομεία με 9,73 νοσοκομεία ανά ένα εκατομμύριο πληθυσμού) και σε ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα (1.202 νοσοκομεία με 3,86 νοσοκομεία ανά ένα εκατομμύριο πληθυσμού).

Η αποζημίωση των νοσοκομείων πραγματοποιείται με ποικίλους τρόπους, με επικρατέστερες την αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση και την αποζημίωση κατά κεφαλήν, ενώ τα νοσοκομεία που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς που είναι δικαιούχοι των προγραμμάτων Medicare και Medicaid αποζημιώνονται για τους συγκεκριμένους ασθενείς με το σύστημα ομοειδών διαγνωστικών κατηγοριών (DRG).

Εκτός από τα νοσοκομεία, υπηρεσίες υγείας προσφέρονται και από άλλους φορείς όπως τα κέντρα υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε ανασφάλιστους και φτωχούς πολίτες, οι δωρεάν κλινικές, τα κέντρα επείγουσας φροντίδας και τα πιστοποιημένα από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση κέντρα υγείας (Federally Qualified Health Centers - FQHCs) τα οποία λαμβάνουν μεγάλο μέρος των εσόδων τους από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων πολιτών και σε δικαιούχους του προγράμματος Medicaid. Τέλος υπηρεσίες υγείας προσφέρονται και από τα ιδιωτικά ιατρεία στα οποία μπορεί να παρέχονται υπηρεσίες γενικής ιατρικής από έναν ή περισσότερους ιατρούς, είτε μπορεί να προσφέρονται υπηρεσίες υγείας από γενικούς και ειδικούς ιατρούς. (Greenwald, 2010)

Όσον αφορά τους γιατρούς, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, το 2010 εργάζονταν στις ΗΠΑ 752.572 ιατροί (2,43 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους) από τους οποίους το 12,3% ήταν γενικοί ιατροί (92.560 ιατροί με 0,3 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους) και το 87,7% ειδικοί (660.012 ιατροί με 2,13 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους) από τους οποίους το 9,6% είναι γενικοί παιδίατροι (0,23 ανά 1.000 κατοίκους), το 5,81% είναι ψυχίατροι (0,14 ανά 1.000 κατοίκους) και το 5,51% είναι μαιευτήρες και γυναικολόγοι (0,14 ανά 1.000 κατοίκους).

Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι πληρωμής των ιατρών στο Αμερικανικό σύστημα υγείας. Η πλειοψηφία των ιατρών αμείβεται κατά πράξη και περίπτωση, με το ύψος της αμοιβής, από το 1992 και έπειτα, να βασίζεται στο κόστος των χρησιμοποιούμενων πόρων, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η ανάπτυξη μεθόδων πληρωμής με βάση τα κίνητρα. Οι ιατροί που ασκούν χρέη gatekeeper, πληρώνονται κατά κεφαλήν για κάθε ένα ασθενή που περιλαμβάνεται στις λίστες τους, ενώ οι ιατροί που εργάζονται σε νοσοκομεία πληρώνονται με ένα σταθερό μισθό. Τέλος, οι ιατροί που εργάζονται αποκλειστικά στους οργανισμούς διατήρησης της υγείας πληρώνονται με ένα σταθερό μισθό ο οποίος αυξάνεται σε περίπτωση επίτευξης των στόχων του HMO. (Rice, 2006) (Getzen, 2010) (Santerre and Neun, 2013)

## **2.2. Ασφάλιση Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής**

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες, κάποιες από τις οποίες έχουν ήδη αναλυθεί στην παρούσα διπλωματική εργασία, δεν παρέχεται καθολική κάλυψη υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι πλειοψηφία των Αμερικανών πολιτών καλύπτονται μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία είτε τους παρέχεται από τους εργοδότες τους, είτε την αγοράζουν οι ίδιοι. Όσον αφορά ορισμένες ασθενέστερες πληθυσμιακές ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα αποκτούν κάλυψη μέσω κάποιων κρατικών προγραμμάτων ενώ τέλος, αρκετοί Αμερικανοί πολίτες παραμένουν ανασφάλιστοι και είναι αναγκασμένοι να πληρώνουν από την τσέπη τους όλα τα ιατρικά τους έξοδα.

### **2.2.1. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των Αμερικανών πολιτών έχει ασφαλιστική κάλυψη που παρέχεται από τον εργοδότη του. Οι εργοδότες έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν από μια πληθώρα ασφαλιστικών προγραμμάτων από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, τα προγράμματα Blue Cross και Blue Shield αλλά και προγράμματα από οργανισμούς διαχειριζόμενης φροντίδας όπως τα HMO και τα PPO.

Οι εργοδότες μπορούν να δώσουν τη δυνατότητα στους εργαζομένους τους για επιλογή από μία γκάμα ασφαλιστικών προγραμμάτων αλλά στην πλειοψηφία τους παρέχουν ένα κοινό ασφαλιστικό πακέτο για το σύνολο των εργαζομένων τους. (Rice, 2006)

Τα ασφάλιστρα πληρώνονται από κοινού από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο, ενώ ο εργαζόμενος συμμετέχει επιπλέον στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνει μέσω αφαιρετέων ποσών και συνεισφορών.

Οι υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται διαφέρουν ανάμεσα στα διάφορα προγράμματα, αλλά συνήθως υπηρεσίες ψυχικής υγείας, φάρμακα και ιατρικές συσκευές όπως παραδείγματος χάρη τα ακουστικά βαρηκοΐας απαιτούν υψηλά ποσοστά συμμετοχής από τον ασφαλισμένο. (Greenwald, 2010)

Όσοι δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη από τον εργοδότη τους, είτε επειδή είναι αυτοαπασχολούμενοι, είτε επειδή εργάζονται σε μικρές επιχειρήσεις, αναγκάζονται να αγοράζουν ατομική ασφάλιση υγείας. Η πληθώρα προγραμμάτων από τα οποία μπορεί να επιλέξει, σε συνδυασμό με την έλλειψη πληροφόρησης και πολλές φορές την έλλειψη των κατάλληλων γνώσεων κάνει την επιλογή του υποψηφίου αγοραστή ασφάλισης πολύ δύσκολη. Εκτός αυτού, πρέπει επίσης να καλύψει τα πολύ υψηλά ασφάλιστρα χωρίς τη συνεισφορά κάποιου εργοδότη. (Νεκτάριος, 2005)

Το βασικότερο, πάντως, πλεονέκτημα της ομαδικής ασφάλισης υγείας έναντι της ατομικής είναι το ομαδικό *underwriting*, που επιτρέπει ακόμα και σε άτομα με προϋπάρχουσες ασθένειες την ασφαλιστική κάλυψη. Στην ατομική ασφάλιση υγείας, ο κάθε υποψήφιος ασφαλισμένος είναι υποχρεωμένος να αποδείξει την ασφαλισιμότητά του, και σε περίπτωση κάποιας προϋπάρχουσας ασθένειας καλείται να πληρώσει υψηλότερα ασφάλιστρα είτε αποκλείεται από την ασφαλιστική κάλυψη (δε χορηγείται ασφάλιση). (Νεκτάριος, 2005)

Άλλα πλεονεκτήματα της ομαδικής ασφάλισης έναντι της ατομικής, είναι η δυνατότητα τιμολόγησης βάσει εμπειρίας, σύμφωνα με την οποία τα ασφάλιστρα καθορίζονται με βάση τις δαπάνες της ομάδας κατά το προηγούμενο έτος, τα μειωμένα διαχειριστικά κόστη χάρη στην ύπαρξη μόνο ενός συμβολαίου, και τέλος η δυνατότητα του εργοδότη, κυρίως εκείνων που εκπροσωπούν επιχειρήσεις με πολύ μεγάλο αριθμό εργαζομένων, να διαπραγματεύονται με την ασφαλιστική εταιρεία κατά τη διάρκεια σχεδιασμού του ασφαλιστήριου συμβολαίου και να το εξατομικεύουν σύμφωνα με τις ανάγκες των εργαζομένων τους. (Νεκτάριος, 2005)

Παρόλο που η ομαδική ασφάλιση υγείας προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα έναντι της ατομικής έχει και μειονεκτήματα με βασικότερο να είναι η προσωρινή φύση της κάλυψης. Οι ασφαλισμένοι καθώς επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη χάνουν την ασφαλιστική τους κάλυψη μετά την συνταξιοδότηση. Η προσωρινή φύση της ασφαλιστικής κάλυψης καθώς επίσης και η μη φορητότητα της έχουν επίσης ως αποτέλεσμα τον επαγγελματικό εγκλωβισμό (*job lock*) των εργαζομένων. Πολλοί εργαζόμενοι, δηλαδή, φοβούμενοι μη χάσουν τα προνόμια που τους προσφέρει η ασφαλιστική κάλυψη από τον εργοδότη τους αποφεύγουν την αναζήτηση κάποιας άλλης δουλειάς. (Νεκτάριος, 2005) (Santerre and Neun, 2013)

Το πρόβλημα του επαγγελματικού εγκλωβισμού αντιμετώπισε έως ένα βαθμό ο νόμος περί Μεταφοράς των Παροχών Ασφάλισης Υγείας και Ευθύνης της Ασφάλισης Υγείας του 1996, ο οποίος έκανε πιο δύσκολο στις ασφαλιστικές εταιρείες να αποκλείσουν από την αγορά ομαδικής ασφάλισης κάποιον που αλλάζει εργασία και μεταφέρεται στο ασφαλιστικό πρόγραμμα του νέου του εργοδότη.

Ο νόμος απαγορεύει επίσης στις ασφαλιστικές εταιρείες να αποκλείουν εργαζόμενους μικρών επιχειρήσεων από την ομαδική ασφάλιση εξαιτίας κάποιας προϋπάρχουσας ασθένειας, καθώς επίσης απαγορεύει την αύξηση των ασφαλιστρών και τη μη ανανέωση κάποιου εργαζόμενου που υπάγεται σε πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης εξαιτίας της υγείας του. (Santerre and Neun, 2013)

### Αυτασφάλιση

Πολλοί εργοδότες, κυρίως μεγάλων επιχειρήσεων με μεγάλο αριθμό εργαζομένων, επιλέγουν να μην αγοράσουν κάποιο ασφαλιστικό πακέτο και να καλύψουν οι ίδιοι τους εργαζομένους τους πληρώνοντας τα ιατρικά τους κόστη.

Η επιλογή της αυτασφάλισης έχει πολλά πλεονεκτήματα με κυριότερο το γεγονός πως οι επιχειρήσεις υπάγονται στον ομοσπονδιακό νόμο ERISA και όχι στους νόμους της εκάστοτε πολιτείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται σε παραπάνω από μία πολιτείες να μην είναι υποχρεωμένες να προσφέρουν διαφορετικά πακέτα καλύψεων ανάλογα με το τι επιβάλουν οι νόμοι της εκάστοτε πολιτείας.

Επιπλέον προτερήματα της αυτασφάλισης είναι οι χαμηλότεροι φόροι, η μείωση των γραφειοκρατικών δαπανών, αλλά και το γεγονός πως δεν είναι υποχρεωτική η πληρωμή των ασφαλιστρών προκαταβολικά.

Τέλος, αρκετοί εργοδότες επιλέγουν να αγοράσουν προγράμματα αντασφάλισης για να μειώσουν την πιθανή ζημιά στην περίπτωση που τα ιατρικά κόστη των εργαζομένων τους ξεπεράσουν τις προβλέψεις. (Rice et al., 2013)

## 2.2.2 Προγράμματα δημόσιας ασφάλισης υγείας

Τα μεγαλύτερα προγράμματα δημόσιας ασφάλισης υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής είναι το πρόγραμμα Medicare και το πρόγραμμα Medicaid. Πρόκειται για τα σημαντικότερα νομοθετήματα σχετικά με την υγεία που πέρασαν τον προηγούμενο αιώνα στις Η.Π.Α. Θεσπίστηκαν από την κυβέρνηση του προέδρου Λύντον Τζόνσον το 1965 και είχαν ως σκοπό να ελαφρύνουν ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, από τα βάρη από τα πολύ υψηλά ιατρικά κόστη.

### Το πρόγραμμα Medicare

Κάθε Αμερικανός πολίτης άνω των 65 ετών ο οποίος έχει εργαστεί για τουλάχιστον δέκα έτη έχει δικαίωμα ένταξης στο πρόγραμμα Medicare. Δικαίωμα ένταξης στο πρόγραμμα έχουν και όσοι έχουν κάποια μόνιμη αναπηρία, ή βρίσκονται σε τελικό στάδιο νεφρικής ή ηπατικής ανεπάρκειας. Το πρόγραμμα Medicare χωρίζεται σε τέσσερα μέρη.

Το Μέρος A (Part A) είναι υποχρεωτικό και παρέχει νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς επίσης και ορισμένα είδη μετα-νοσοκομειακής φροντίδας και φροντίδας ανιάτων. Χρηματοδοτείται μέσω μίας παρακράτησης της μισθοδοσίας ύψους 2,9% η οποία πληρώνεται από κοινού με τον εργοδότη, ενώ οι αυτοαπασχολούμενοι πληρώνουν εξολοκλήρου το ποσό. (Folland et al., 2013) (Santerre and Neun, 2013)

Το Μέρος B (Part B) του Medicare είναι προαιρετικό και για να ενταχθεί κάποιος σε αυτό καλείται να πληρώσει κάποιο μηνιαίο ασφάλιστρο. Ο ασφαλισμένος έχει επιπλέον συμμετοχή στο κόστος μέσω κάποιας συνεισφοράς για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία. Το Μέρος B παρέχει υπηρεσίες ιατρών, υπηρεσίες από τμήματα επειγόντων περιστατικών καθώς και υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς. Το γεγονός πως η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καλύπτει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κάνει το Μέρος B του προγράμματος Medicare πολύ ελκυστικό με αποτέλεσμα η πλειοψηφία των δικαιούχων να εντάσσονται σε αυτό. Συγκεκριμένα, το 2010, από τους 47,1 εκατομμύρια δικαιούχους του Μέρους A του Medicare, τα 43,8 εκατομμύρια ήταν ενταγμένα και στο Μέρος B του προγράμματος. (Medicare Trustees Report, 2011) (Folland et al., 2013) (Santerre and Neun, 2013)

Το πρόγραμμα Medicare, μεταξύ άλλων, δεν καλύπτει τις περισσότερες μορφές μακροχρόνιας φροντίδας και την οδοντιατρική φροντίδα. Επιπλέον αρκετοί ιατροί χρεώνουν τους ασθενείς ποσά μεγαλύτερα από όσα καλύπτει το πρόγραμμα. Για να καλύψουν τις μη παρεχόμενες από το πρόγραμμα υπηρεσίες και τα επιπλέον ιατρικά έξοδα καθώς επίσης και τις πιθανές συνεισφορές, η πλειοψηφία των δικαιούχων του Medicare αγοράζει ασφαλιστικά πακέτα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που ονομάζονται Medigap. (Greenwald, 2010) (Folland et al., 2013)

Το Μέρος Γ (Part C) ή αλλιώς Medicare Advantage δίνει τη δυνατότητα στους δικαιούχους του Medicare να λάβουν τις υπηρεσίες υγείας από οργανισμούς διαχειριζόμενης φροντίδας όπως τα HMO και τα PPO. Σκοπός αυτού του προγράμματος είναι η αύξηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Συνήθως το Μέρος Γ έχει επιπλέον παροχές για τους δικαιούχους, ενώ και τα έξοδα out-of-pocket είναι αρκετά χαμηλότερα. (Greenwald, 2010) (Folland et al., 2013)

Το Μέρος Δ (Part D) του Medicare είναι προαιρετικό για την πλειοψηφία των ηλικιωμένων. Εξαίρεση αποτελούν οι ηλικιωμένοι οι οποίοι πληρούν και τις προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα Medicaid οι οποίοι εντάσσονται στο Μέρος Δ αυτομάτως. Η εφαρμογή του ξεκίνησε το 2006 με σκοπό να καλύψει τις δαπάνες για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα έναντι ενός μηνιαίου ασφαλιστρού. Σε αντίθεση με τα Μέρη Α και Β, το Μέρος Δ παρέχεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ενώ η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αποζημιώνει ένα πολύ υψηλό ποσοστό του ασφαλιστρού.

Εξαιτίας του πολύ υψηλού προβλεπόμενου κόστους, ήταν επιβεβλημένο να γίνουν κάποιες παραχωρήσεις κατά το σχεδιασμό του προγράμματος. Συγκεκριμένα το πρόγραμμα αποζημιώνει μόνο τις χαμηλές και τις υψηλές δαπάνες, αφήνοντας ακάλυπτα τα ποσά που κυμαίνονται στη μέση. (Getzen, 2010) (Greenwald, 2010) (Folland et al., 2013)

### Το πρόγραμμα Medicaid

Το πρόγραμμα Medicaid θεσπίστηκε το 1965 και είχε ως σκοπό την ιατρική κάλυψη κάποιων ασθενέστερων πληθυσμιακών ομάδων με πολύ χαμηλό εισόδημα. Συγκεκριμένα, δικαίωμα ένταξης έχουν οικογένειες με παιδιά, έγκυες γυναίκες, ηλικιωμένοι και άτομα με κάποια μόνιμη αναπηρία.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και την κυβέρνηση της εκάστοτε πολιτείας. Το ποσοστό που καλύπτει η ομοσπονδιακή κυβέρνηση εξαρτάται από το κατά κεφαλήν εισόδημα της πολιτείας, και κυμαίνεται από το 50% έως το 83%.

Οι κυβερνήσεις των πολιτειών παίζουν καθοριστικό ρόλο στο πρόγραμμα Medicaid. Κάθε πολιτεία, βασιζόμενη στις κατευθυντήριες οδηγίες της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, σχεδιάζει το δικό της πρόγραμμα Medicaid ορίζοντας ποιες θα είναι οι προϋποθέσεις ένταξης, ποιες υπηρεσίες υγείας θα καλύπτονται, καθώς επίσης και με ποιον τρόπο θα συμμετέχουν οι δικαιούχοι του προγράμματος στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνουν. Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος γίνεται μέσω ενός μικρού ασφαλιστρου, μέσω ενός αφαιρετέου ποσού ή μέσω συνεισφορών. Από τη συμμετοχή στο κόστος εξαιρούνται οι έγκυες γυναίκες και τα παιδιά ηλικίας έως και 18 ετών.

Παρά την ελευθερία που έχουν οι πολιτείες να καθορίζουν τις λεπτομέρειες του προγράμματος Medicaid, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση επιβάλλει την κάλυψη συγκεκριμένων ομάδων, όπως τα παιδιά κάτω των έξι ετών και τις έγκυες γυναίκες με εισόδημα μέχρι το 133 τοις εκατό του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας και τα παιδιά κάτω των 19 ετών με οικογενειακό ετήσιο εισόδημα ίσο ή χαμηλότερο από το ομοσπονδιακό επίπεδο φτώχειας. Υποχρεωτική είναι επίσης η κάλυψη υπηρεσιών υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς και η κάλυψη υπηρεσιών υγείας, όπως ο εμβολιασμός και η προγεννητική φροντίδα, σε παιδιά. (Folland et al., 2013) (Santerre and Neun, 2013)

#### Το πρόγραμμα State Children's Health Insurance (SCHIP)

Πριν το 1997 ένα πολύ μεγάλο ποσοστό παιδιών, των οποίων το οικογενειακό εισόδημα ήταν αρκετά υψηλό για να πληροί τις προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα Medicaid και ταυτόχρονα πολύ χαμηλό για την αγορά ιδιωτικής ασφάλισης, παρέμενε χωρίς ασφάλιση υγείας. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, θεσπίστηκε το 1997 με το νόμο Ισοσκελισμένου Προϋπολογισμού (Balanced Budget Act) το πρόγραμμα State Children's Health Insurance (SCHIP).



Το πρόγραμμα, είναι στην ουσία μία επέκταση του Medicaid. Όπως και στο Medicaid η χρηματοδότηση του προγράμματος πραγματοποιείται από κοινού από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και την κυβέρνηση της εκάστοτε πολιτείας. Δικαίωμα ένταξης στο πρόγραμμα έχουν οι οικογένειες με ετήσιο εισόδημα χαμηλότερο από το 200% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας ή 50% υψηλότερο από το όριο ένταξης στο Medicaid.

Το πρόγραμμα είναι προαιρετικό. Όσες πολιτείες επιλέγουν να ενταχθούν σε αυτό καθορίζουν τις επιπλέον προϋποθέσεις ένταξης καθώς επίσης και ποιες υπηρεσίες υγείας θα καλύπτονται. Κάποιες υπηρεσίες υγείας, πάντως, όπως ο εμβολιασμός και τα επείγοντα περιστατικά παρέχονται υποχρεωτικά.

Το πρόγραμμα State Children's Health Insurance παρέχει ασφαλιστική κάλυψη σε εκατομμύρια παιδιά αλλά πολλά παραμένουν ακόμη ανασφάλιστα. (Folland et al., 2013) (Santerre and Neun, 2013)

Άλλα προγράμματα παροχής ασφαλιστικής κάλυψης

Εκτός από τα παραπάνω, υπάρχουν και άλλα προγράμματα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής που προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως το Department of Veteran Affairs που παρέχει κάλυψη για σοβαρές ασθένειες σε πρώην στρατιωτικούς, το Indian Health Service που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ιθαγενείς Αμερικάνους και σε ιθαγενείς της Αλάσκας και το Tricare που προσφέρει κάλυψη σε εξαρτώμενα μέλη στρατιωτικών και σε μη ένστολους υπαλλήλους των ενόπλων δυνάμεων. (Greenwald, 2010)

## **2.3. Προβλήματα Αμερικανικού Συστήματος Υγείας**

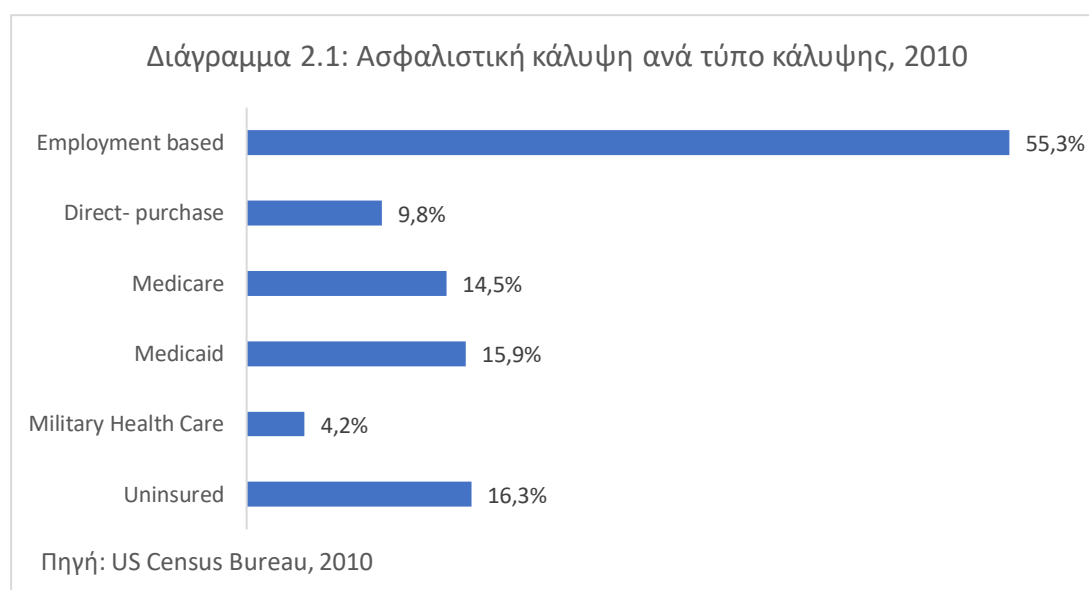
### **2.3.1 Το πρόβλημα των ανασφάλιστων**

Ένα μεγάλο ποσοστό των Αμερικανών πολιτών που δεν του παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον εργοδότη, δεν αγοράζει ατομική ασφάλιση υγείας και δεν πληροί τις προϋποθέσεις ένταξης σε κάποιο από τα προγράμματα δημόσιας ασφάλισης υγείας παραμένει ανασφάλιστο.

Στην κατηγορία των ανασφάλιστων ανήκουν, επίσης, άτομα που έχουν την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν ασφάλιση υγείας, αλλά δεν το επιθυμούν. Πρόκειται για άτομα μικρότερης ηλικίας, που βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας, δεν πιστεύουν πως θα καταναλώσουν υπηρεσίες υγείας μέσα στο έτος και θεωρούν άσκοπη την ασφάλιση. Σε αυτήν την κατηγορία, ανήκουν και όσοι δεν αποστρέφονται τον κίνδυνο, και επιθυμούν να ρισκάρουν από το ξοδέψουν ένα σταθερό μηνιαίο ποσό για την αγορά ασφάλισης υγείας.

Στην κατηγορία των ανασφάλιστων ανήκουν επίσης τα άτομα που επιθυμούν να αγοράσουν ασφάλιση υγείας και έχουν την οικονομική δυνατότητα, αλλά είτε έχουν αποκλεισθεί από την αγορά ασφάλισης, είτε τους προσφέρεται ασφάλιση με πολύ υψηλά ασφάλιστρα εξαιτίας κάποιας προϋπάρχουσας ασθένειας.

Τέλος, υπάρχουν και τα άτομα που είναι προσωρινά ανασφάλιστα, είτε επειδή είναι σε διαδικασία εύρεσης κάποιας νέας εργασίας, είτε επειδή εργάζονται εποχιακά. (Greenwald, 2010) (Santerre and Neun, 2013)



Σύμφωνα με στοιχεία του Γραφείου Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (United States Census Bureau), τα οποία παρουσιάζονται στο διάγραμμα 2.1, το 2010 περισσότεροι από τους μισούς Αμερικανούς πολίτες και συγκεκριμένα το 55,3% διέθεταν ασφάλιση υγείας παρεχόμενη από τον εργοδότη τους, το 9,8% αγόρασαν μόνοι τους ασφάλιση υγείας, το 14,5% είχαν ασφάλιση υγείας από το πρόγραμμα Medicare και το 15,9% από το πρόγραμμα Medicaid, το 4,2% είχε ασφαλιστική κάλυψη παρεχόμενη από τον Αμερικανικό στρατό, ενώ τέλος το 16,3%

και συγκεκριμένα περίπου 50 εκατομμύρια Αμερικανοί πολίτες παρέμεναν ανασφάλιστοι.

Σύμφωνα με την ίδια πηγή, το 2010 ανήκαν στην κατηγορία των ανασφάλιστων πολιτών κυρίως άτομα κάτω των 65 ετών και συγκεκριμένα περίπου 49,1 εκατομμύρια από τα 49,9 εκατομμύρια ανασφάλιστων πολιτών ήταν κάτω από τα 65 και μόλις περίπου 792 χιλιάδες ήταν πάνω από 65 ετών. Επίσης, μεγάλο ποσοστό των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών ήταν νέοι ενήλικες, με το 10% όσων ήταν κάτω των 19 ετών (7,9 εκατομμύρια άτομα) και το 29,7% όσων ήταν μεταξύ 19 και 25 ετών (8.8 εκατομμύρια άτομα) να μην έχουν ασφάλιση υγείας.

Τέλος, παρατηρείται πως η πλειοψηφία των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών είχαν χαμηλό ετήσιο εισόδημα. Συγκεκριμένα χωρίς ασφάλιση υγείας το 2010 ήταν το 26,9% (16,1 εκατομμύρια άτομα) όσων είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μέχρι 25 χιλιάδες δολάρια και το 21,8% (15,4 εκατομμύρια άτομα) όσων είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα από 25.000 δολάρια έως και 49.999 δολάρια.



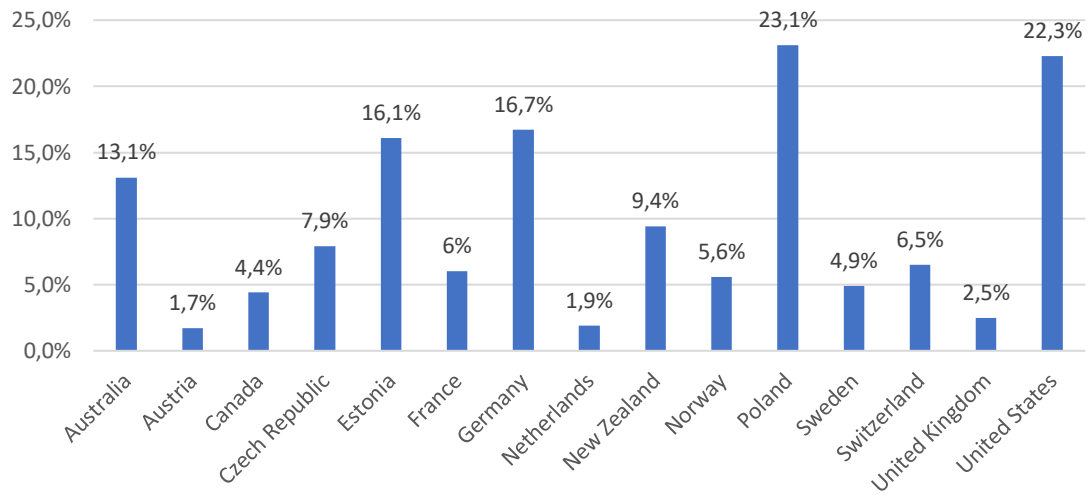
Τα υψηλά ποσοστά ανασφάλιστων πολιτών αποτελούν ένα διαχρονικό πρόβλημα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Η διαχρονικότητα του προβλήματος των ανασφάλιστων παρουσιάζεται στο διάγραμμα 2.2 καθώς το ποσοστό των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών αυξήθηκε από 13,1% το 2000 σε 16,3% το 2010, δηλαδή μια αύξηση 3,2 ποσοστιαίων μονάδων μέσα σε μόλις μία δεκαετία.

Τα ανασφάλιστα άτομα καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας, οι οποίες τους προσφέρονται κυρίως από δημόσιες κλινικές και ιατρικά κέντρα, αλλά εξαιτίας των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων αλλά και των γεωγραφικών ανισοτήτων δεν είναι πάντοτε δεδομένη η λήψη των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας να έχουν εμπόδια στην πρόσβαση σε απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, και να έχουν αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας εξαιτίας προβλημάτων υγείας που μπορούν να θεραπευτούν ή να αποφευχθούν, έναντι εκείνων που είναι ασφαλισμένοι, κάτι που επιβεβαιώνεται και από έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2009, στην οποία υποστηρίζεται πως περισσότεροι από 27 χιλιάδες θάνατοι Αμερικανών πολιτών ηλικίας από 25 έως και 64 ετών το 2000 σχετίζονταν με την απουσία ασφάλισης υγείας. (Wilper et al., 2009) (Obama, 2016) (Garfield et al., 2019)

Προβλήματα δεν αντιμετωπίζουν μόνο όσοι είναι ανασφάλιστοι, καθώς σε έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2008 σχεδόν 25 εκατομμύρια ασφαλισμένοι Αμερικανοί πολίτες διέθεταν ανεπαρκή ασφάλιση υγείας. Συγκεκριμένα, εξαιτίας της συνεχώς αυξανόμενης συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνουν, της ύπαρξης ανωτάτων ορίων στα ποσά που πληρώνουν τα ασφαλιστικά προγράμματα αλλά και της περιορισμένης γκάμας παροχών, πολλοί ασφαλισμένοι δεν καλύπτονται για υπηρεσίες υγείας όπως η χορήγηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων και οι προληπτικές εξετάσεις ενώ μεγάλος είναι και ο αριθμός εκείνων που είναι ευάλωτοι σε οικονομική καταστροφή εξαιτίας του κόστους μιας πιθανής ασθένειας. (Schoen et al., 2008)

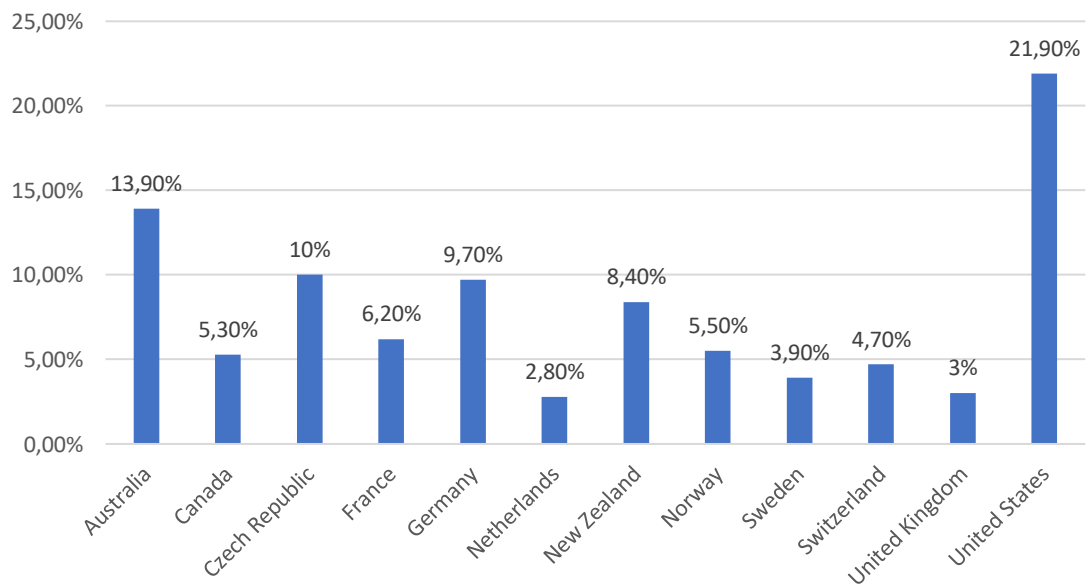
Η μη δυνατότητα λήψης υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του κόστους παρουσιάζεται και στα διαγράμματα 2.3, 2.4 και 2.5. Συγκεκριμένα, το 2010 το 22,3% των ασθενών παρέλειψε κάποια ιατρική επίσκεψη εξαιτίας του κόστους, το οποίο ήταν το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ, χαμηλότερο μόνο από εκείνο της Πολωνίας. Αντίστοιχα, το 21,9% των ασθενών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το 2010, παρέλειψε ιατρικές εξετάσεις εξαιτίας του κόστους, ενώ το ίδιο έτος το 21,4% των ασθενών δεν έλαβε συνταγογραφούμενα φάρμακα εξαιτίας του κόστους, ποσοστά πολύ υψηλότερα από τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία.

Διάγραμμα 2.3: Ποσοστό % των ασθενών που παρέλειψαν κάποια ιατρική επίσκεψη εξαιτίας του κόστους, 2010



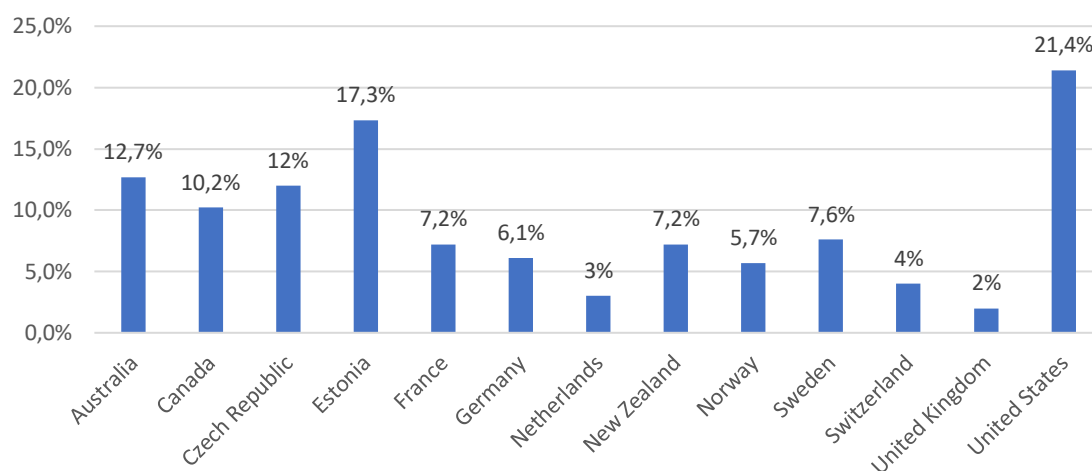
Πηγή: OECD.Stat

Διάγραμμα 2.4: Ποσοστό % των ασθενών που παρέλειψαν ιατρικές εξετάσεις εξαιτίας του κόστους, 2010



Πηγή: OECD.Stat

Διάγραμμα 2.5: Ποσοστό % των ασθενών που παρέλειψαν τη λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων εξαιτίας του κόστους, 2010



Πηγή: OECD.Stat

Τέλος, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο του 2007 μέχρι τον Ιούλιο του 2008 σε 17.000 παιδιά ηλικία έως 17 ετών από όλες τις πολιτείες βρέθηκε πως το 15,1% των παιδιών δεν είχαν συνεχή ασφάλιση υγείας κατά το προηγούμενο έτος, ενώ το 23,5% των γονέων ανέφερε πως η ασφάλιση υγείας των παιδιών τους δεν ήταν επαρκής. Επιπλέον, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το 88,5% των παιδιών είχε πραγματοποιήσει τουλάχιστον μια προληπτική ιατρική επίσκεψη ενώ μόνο το 78,4% των παιδιών είχε πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία προληπτική επίσκεψη οδοντιατρικής περίθαλψης κατά το προηγούμενο έτος. (Bethel et al., 2011)

### 2.3.2. Δαπάνες Υγείας

Οι δαπάνες υγείας μπορούν να διακριθούν στις νοσοκομειακές, στις εξωνοσοκομειακές και στις δαπάνες για φαρμακευτικά και άλλα προϊόντα. Υπάρχουν και άλλες δαπάνες υγείας που δεν συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω κατηγορίες και είναι μεταξύ άλλων οι δαπάνες για την κατάρτιση και την εκπαίδευση των διαφόρων επαγγελματιών υγείας, καθώς επίσης και οι δαπάνες για την έρευνα και την ανάπτυξη.

Η μέτρηση των δαπανών για την υγεία μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος μίας χώρας, είτε κατά κεφαλή, είτε

ως δολάριο Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής εκφρασμένα ως μονάδες αγοραστικής δύναμης. (Σούλης, 1999) (Θεοδώρου και συν., 2001)

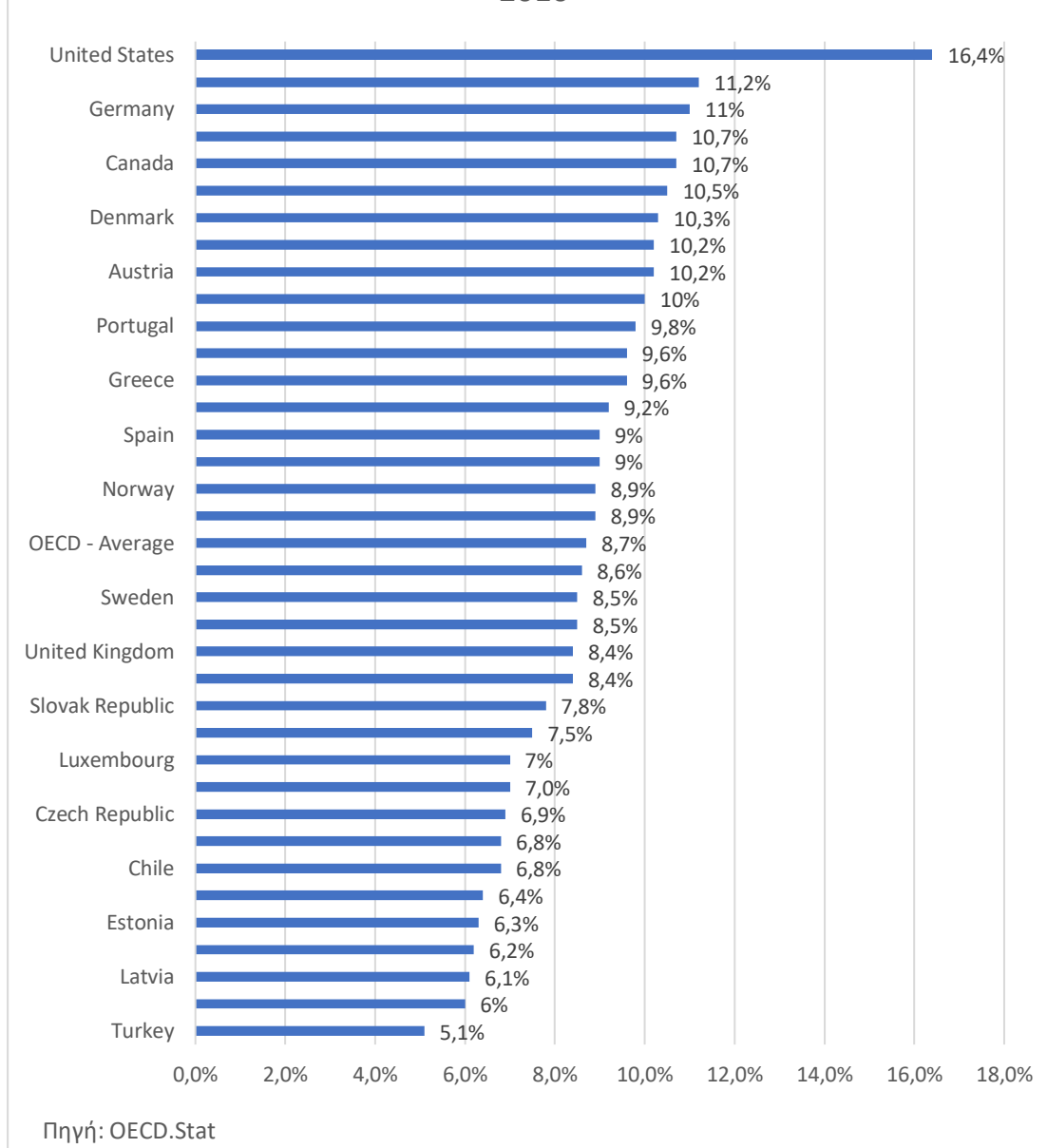
Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί μια ραγδαία αύξηση των δαπανών για την υγεία σε όλες τις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ. Δημογραφικοί παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού αλλά και παράγοντες όπως γενική οικονομική ανάπτυξη και η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας εξηγούν εν μέρει τις δαπάνες για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ συμπεριλαμβανομένου των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Εξαιτίας της έλλειψης πληροφόρησης και κατάλληλων γνώσεων από την πλευρά των ασθενών αλλά και της σχέσης αντιπροσώπευσης με τους ιατρούς, πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, δηλαδή της παρότρυνσης των ιατρών για περεταίρω ιατρικές πράξεις, οι οποίες δεν είναι αναγκαίες για τον ασθενή, με μοναδικό στόχο την αύξηση του εισοδήματος του ιατρού. Ο επιπλέον όγκος υπηρεσιών υγείας που καταναλώνεται εξαιτίας της προκλητής ζήτησης, αυξάνει τις δαπάνες για την υγεία.

Αντίστοιχα, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται και εξαιτίας του ηθικού κινδύνου. Ηθικός κίνδυνος ονομάζεται το φαινόμενο, κατά το οποίο, οι ασφαλισμένοι καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας τις οποίες δεν θα κατανάλωναν στην περίπτωση που δεν είχαν ασφάλιση υγείας. (Θεοδώρου και συν., 2001)

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επηρεάζουν την αύξηση των δαπανών σε κάποιες χώρες σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι σε κάποιες άλλες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η εξέλιξη της τεχνολογίας, καθώς μια χώρα με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα και βασικό πυλώνα του τομέα της υγείας την ιδιωτική ασφάλιση έχει τη δυνατότητα να κάνει χρήση του νέου ακριβού ιατρικού εξοπλισμού και των νέων τύπων θεραπείας σε μεγαλύτερο βαθμό. (White, 2007)

Διάγραμμα 2.6: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2010

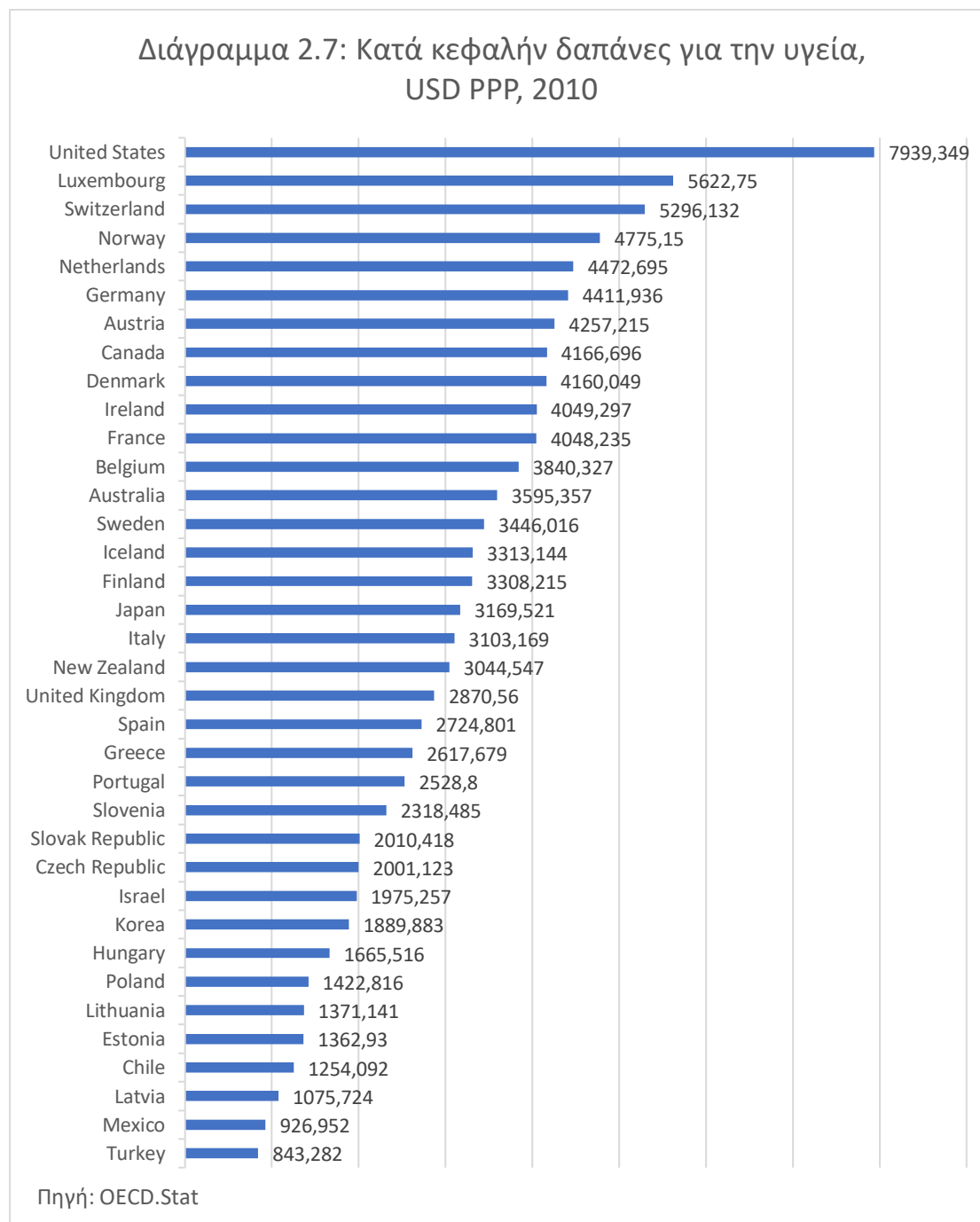


Σύμφωνα με το διάγραμμα 2.6, οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 2010 έφτασε το 16,4%, όταν το ίδιο έτος ο μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 8,7%, δηλαδή 7,7 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από τις ΗΠΑ. Υψηλότερες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, το 2010, μετά τις ΗΠΑ, είχαν η Γαλλία με 11,2% και η Γερμανία με 11%, δηλαδή 5,2 και 5,4 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από τις ΗΠΑ.

Επιπλέον, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 2.7, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία το 2010 για τις ΗΠΑ ήταν 7.939,3 δολάρια, αρκετά υψηλότερα από το



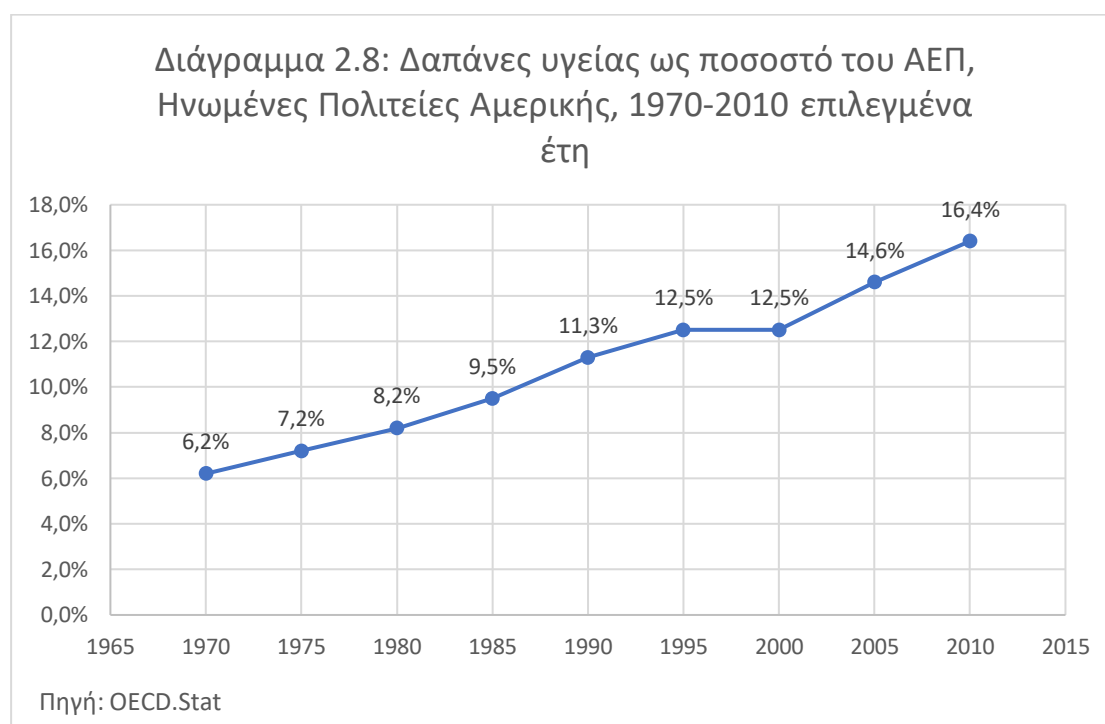
δεύτερο Λουξεμβούργο και την τρίτη Ελβετία, χώρες οι οποίες είχαν 5.622 δολάρια και 5.269 δολάρια κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία αντίστοιχα.



Εκτός όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, στις Η.Π.Α. υπάρχουν επιπλέον παράγοντες που αυξάνουν σε αυτόν το βαθμό τις δαπάνες για την υγεία. Η μη ύπαρξη ενός κεντρικού σχεδιασμού εξαιτίας του κατακερματισμένου αμερικανικού συστήματος υγείας, η γραφειοκρατία, η μη συμμόρφωση με κατευθυντήριες οδηγίες, η τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων με βάση την ποσότητα και όχι την αξία, η ύπαρξη περιπτώσεων απάτης κυρίως όσον αφορά την επιλεξιμότητα στο πρόγραμμα Medicaid,

αλλά και η αύξηση των πολιτών με ασφάλιση υγείας συμβάλλουν στην αύξηση των δαπανών.

Τέλος, είναι πιθανό τα μέτρα συγκράτησης των δαπανών που θεσπίστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής να μην ήταν τόσο αποτελεσματικά όσο τα μέτρα που θεσπίστηκαν σε άλλες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ. (White, 2007) (Berwick and Hackbarth, 2012)



Επιπλέον, όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα 2.8, ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής είναι ιδιαίτερα υψηλός καθώς μέσα σε 40 χρόνια το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για τον τομέα της υγείας υπερδιπλασιάστηκε και συγκεκριμένα αυξήθηκε από 6,2% το 1970 σε 16,4% το 2010.

Πίνακας 2.1: Διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση το είδος χρηματοδότησης, σε ποσοστό %, 2010, επιλεγμένες χώρες

	Υποχρεωτικά συστήματα πληρωμών / Κυβερνητικές πηγές	Εθελοντικά συστήματα πληρωμών	Ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket)
Η.Π.Α.	48,4	39,4	12,2
Καναδάς	70,3	14,6	15,1
Γαλλία	76,3	13,4	10,2
Γερμανία	83,4	2,7	13,9
Ολλανδία	83,4	7,5	9,1
Ηνωμένο Βασίλειο	83,1	7,1	9,8

Πηγή: Πηγή: OECD.Stat

Στον πίνακα 2.1 παρουσιάζεται η διάκριση των δαπανών για τον τομέα της υγείας με βάση το είδος χρηματοδότησης, στις ΗΠΑ και σε πέντε ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες για το 2010. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών καλύπτεται από τις κυβερνήσεις των χωρών και από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, με ένα μικρότερο ποσοστό των δαπανών να καλύπτεται από την προαιρετική ασφάλιση υγείας και τις out of pocket ιδιωτικές πληρωμές.

Αντιθέτως, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, σε ένα σύστημα υγείας που δε διαθέτει καθολική ασφάλιση υγείας, το ποσοστό των δαπανών για την υγεία που καλύπτεται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τις κυβερνήσεις των πολιτειών είναι αρκετά χαμηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό που καλύπτεται στις υπόλοιπες χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα το 2010, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 2.1, μόλις το 48,4% των συνολικών δαπανών για τον τομέα της υγείας καλύπτεται από υποχρεωτικά συστήματα πληρωμών και την κυβέρνηση, ενώ για το ίδιο έτος στη Γερμανία και την Ολλανδία είναι 83,4%. Επίσης παρατηρείται πως το ποσοστό των δαπανών που καλύπτονται από εθελοντικά συστήματα πληρωμών είναι υπερδιπλάσιο στις ΗΠΑ σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 2.2: Διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση τον τύπο των υπηρεσιών, % επί των δαπανών υγείας, 2010, επιλεγμένες χώρες

	Η.Π.Α.	Καναδάς	Γαλλία	Γερμανία	Ολλανδία
<b>Νοσοκομειακή περίθαλψη</b>	18,9	18,8	28,4	27,4	20,4
<b>Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη</b>	42,8	26,8	17,3	22,5	23
<b>Μακροχρόνια φροντίδα υγείας</b>	5,7	16,2	14,4	14,9	25,7
<b>Βοηθητικές υπηρεσίες</b>	..	3,3	5,3	4,7	1,9
<b>Ιατρικά προϊόντα</b>	14	20,7	20,2	20,1	13,9
<b>Προληπτική φροντίδα υγείας</b>	3,3	5,8	2	3,2	4,3
<b>Διοίκηση συστήματος υγείας</b>	7,5	3,2	5,8	5,4	4,2
<b>Άλλες υπηρεσίες υγείας</b>	4,8	0,5	..	..	0,8

Πηγή: Πηγή: OECD.Stat

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 2.2, το μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών δαπανών για τον τομέα της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 2010, ανήκει στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, και συγκεκριμένα το 42,8%, ποσοστό αρκετά υψηλότερο σε σχέση με άλλες οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες. Ταυτόχρονα παρατηρείται πως οι ΗΠΑ το 2010, δαπάνησαν για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας μόνο το 5,7% των συνολικών δαπανών, όταν το ίδιο έτος η Ολλανδία δαπάνησε το 25,7%, ο Καναδάς το 16,2% και η Γερμανία με τη Γαλλία δαπάνησαν το 14,9% και το 14,4% αντίστοιχα, των συνολικών δαπανών για τον τομέα της υγείας. Τέλος, παρατηρείται πως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το 2010 δαπάνησαν ένα αρκετά υψηλότερο ποσοστό των δαπανών για τη διοίκηση του συστήματος υγείας, σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, κάτι που ίσως οφείλεται στον κατακερματισμό του συστήματος υγείας των ΗΠΑ.

### 2.3.3 Ιατρικά σφάλματα

Τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του Αμερικανικού συστήματος υγείας καθώς σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1997 αποτελούν την αιτία θανάτου για τουλάχιστον 98.000 Αμερικανούς πολίτες ετησίως, καθιστώντας τα ιατρικά σφάλματα σε μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στη χώρα. Επιπλέον, αποτελούν αιτία τραυματισμού αλλά και επιδείνωσης της ποιότητας ζωής χιλιάδων ασθενών κάθε χρόνο ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν κατακόρυφα τις δαπάνες για την υγεία, με τις εκτιμήσεις να κάνουν λόγο πως τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για περίπου 38 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. (Kumar and Steinebach, 2008)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 10 νοσοκομεία της Βόρειας Καρολίνας από το 2002 έως το 2007, εξετάζοντας 100 εισαγωγές ανά τρίμηνο, εντοπίστηκε πως από τις 2.341 εισαγωγές στο 25,1% των εισαγωγών που εξετάστηκαν (588 εισαγωγές) παρουσιάστηκε κάποιο ιατρικό πρόβλημα στον ασθενή εξαιτίας κάποιου ιατρικού λάθους. Συγκεκριμένα, από τα 588 περιστατικά, το 42,7% (251 περιπτώσεις) ήταν προσωρινές βλάβες που απαιτούσαν τη νοσηλεία του ασθενή, το 41,7% (245 περιπτώσεις) ήταν προσωρινές βλάβες που απαιτούσαν κάποια ιατρική παρέμβαση, το 2,9% (17 περιπτώσεις) ήταν μόνιμες βλάβες, το 8,5% (50 περιπτώσεις) ήταν βλάβες απειλητικές για τη ζωή του ασθενή, ενώ το 2,4% (14 περιπτώσεις) ήταν βλάβες που οδήγησαν στο θάνατο του ασθενή. Τέλος, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, το 63,1% από τα 588 περιστατικά (364 περιστατικά) θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί. (Landrigan et al., 2010)

Σε άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε το 1998 διαπιστώθηκε πως ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών, ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα που ανήκει, τον τύπο ασφάλισής που διαθέτει, τη μονάδα υγείας και το είδος φροντίδας που καταναλώνει, δε λαμβάνει την ενδεδειγμένη φροντίδα υγείας. Συγκεκριμένα, μόλις το 50% όσων κατανάλωσαν υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας υγείας, το 70% όσων κατανάλωσαν υπηρεσίες χρόνιας φροντίδας υγείας και το 60% όσων κατανάλωσαν επείγουσα ιατροφαρμακευτική περίθαλψη έλαβαν την ενδεδειγμένη φροντίδα υγείας. (Schuster et al., 1998)

Τα ιατρικά σφάλματα μπορούν να διακριθούν στη λανθασμένη διάγνωση, στα χειρουργικά λάθη, στα σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής, στους τραυματισμούς από

πτώση, στα ιατρικά λάθη που οφείλονται στην αλλαγή θεράποντα ιατρού και στις νοσοκομειακές λοιμώξεις.

Τα χειρουργικά λάθη αποτελούν το 40% με 45% των ιατρικών λαθών σε ένα νοσοκομείο και συνήθως οφείλονται μεταξύ άλλων στην έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στην έλλειψη εμπειρίας, στον υπερβολικό φόρτο εργασίας και στην έλλειψη εποπτείας των εκπαιδευόμενων ιατρών.

Όσον αφορά τους τραυματισμούς από πτώσεις, συναντώνται συνήθως σε μονάδες αποκατάστασης και σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων και έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας, την μείωση της ποιότητας ζωής και των λειτουργικών ικανοτήτων των ασθενών και την αύξηση της διάρκειας νοσηλείας και των δαπανών για την υγεία. Συγκεκριμένα, η μέση διάρκεια νοσηλείας των νοσηλευόμενων που τραυματίζονται από κάποια πτώση είναι αυξημένη κατά δώδεκα μέρες και το μέσο ιατρικό κόστος είναι υψηλότερο κατά 4.233\$, ενώ συνολικά το 2000 τα ιατρικά κόστη που σχετίζονταν με τραυματισμούς από πτώσεις έφτασαν τα 19 δισεκατομμύρια δολάρια.

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις εκτός από αύξηση της θνησιμότητας, αυξάνουν τη μέση διάρκεια νοσηλείας και κατ' επέκταση τα ιατρικά κόστη, ενώ οι λάθος διαγνώσεις ευθύνονται για το θάνατο 40 με 80 χιλιάδων Αμερικανών πολιτών ετησίως. Επιπλέον, μεγάλος αριθμός ιατρικών λαθών οφείλεται στην αλλαγή θεράποντα ιατρού και στη μετάβαση του ασθενή σε κάποια άλλη μονάδα υγείας.

Τέλος, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής, κάθε χρόνο συμβαίνουν περίπου ενάμιση εκατομμύριο σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής, τα οποία στοιχίζουν στο σύστημα υγείας περίπου 3.5 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. (Pham et al., 2012)

#### **2.3.4. Άλλοι λόγοι για μεταρρύθμιση του Αμερικάνικου Συστήματος Υγείας**

Σε έκθεση που δημοσίευσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2000 και κατάτασσε τα συστήματα υγείας όλων των χωρών, το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής έλαβε την 37<sup>η</sup> θέση ανάμεσα 191 χώρες. Την πρώτη θέση στη σχετική λίστα έλαβε το σύστημα υγείας της Γαλλίας, τη δεύτερη θέση το σύστημα υγείας της Ιταλίας και την τρίτη θέση το σύστημα υγείας του Σαν Μαρίνο.

Η κατάταξη των συστημάτων υγείας των διαφόρων χωρών βασίστηκε μεταξύ άλλων στην αποκριτικότητα των συστημάτων υγείας, στη δικαιοσύνη στη χρηματοδοτική συνεισφορά και στο σταθμισμένο με βάση την αναπηρία προσδόκιμο ζωής.

Αυτό επιβεβαιώνεται και στους δείκτες υγείας που παρουσιάζονται στον πίνακα 2.3 καθώς και στα διαγράμματα 2.9 και 2.10. Στον πίνακα 2.3 παρουσιάζονται κάποιοι επιλεγμένοι δείκτες υγείας για κάποιες επιλεγμένες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες για το έτος 2010. Συγκεκριμένα, το 2010 οι Η.Π.Α. είχαν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αλλά και προσδόκιμο επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών για άνδρες και γυναίκες σε σχέση με τη Γαλλία, τον Καναδά, την Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γερμανία. Σύμφωνα μάλιστα με το διάγραμμα 2.9 οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 2010 βρίσκονταν στην 26<sup>η</sup> θέση από τις 36 χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση.

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον πίνακα 2.3, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, χάνεται ο μεγαλύτερος αριθμός χρόνων ανά 100.000 άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών σε σχέση με τις υπόλοιπες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες που παρουσιάζονται στον πίνακα.

Πίνακας 2.3: Δείκτες υγείας, επιλεγμένες χώρες, 2010

	Η.Π.Α.	Καναδάς	Γαλλία	Γερμανία	Ηνωμένο Βασίλειο	Ολλανδία
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (σε έτη)	78,6	81,1	81,8	80,5	80,6	81
Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 (γυναίκες)(σε έτη)	20,3	21,5	23,4	20,9	20,8	21
Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 (άνδρες) (σε έτη)	17,7	18,4	18,9	17,8	18,2	17,7
Βρεφική θνησιμότητα (Θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις)	6,1	5	3,5	3,4	4,2	3,8
Πιθανά χαμένα έτη (χαμένα έτη ζωής / 100.000 άτομα 75+)	6227,5	4274,9	4672,5	4399,1	4508,9	3884,9
Αξιολόγηση της υγείας ως κακή / πολύ κακή (% άτομα ηλικίας 15+)	3	2,9	8,9	8,1	5,8	5
Αξιολόγηση της υγείας ως καλή / πολύ καλή (% άτομα ηλικίας 15+)	87,6	88,1	67,3	65,2	79,4	78

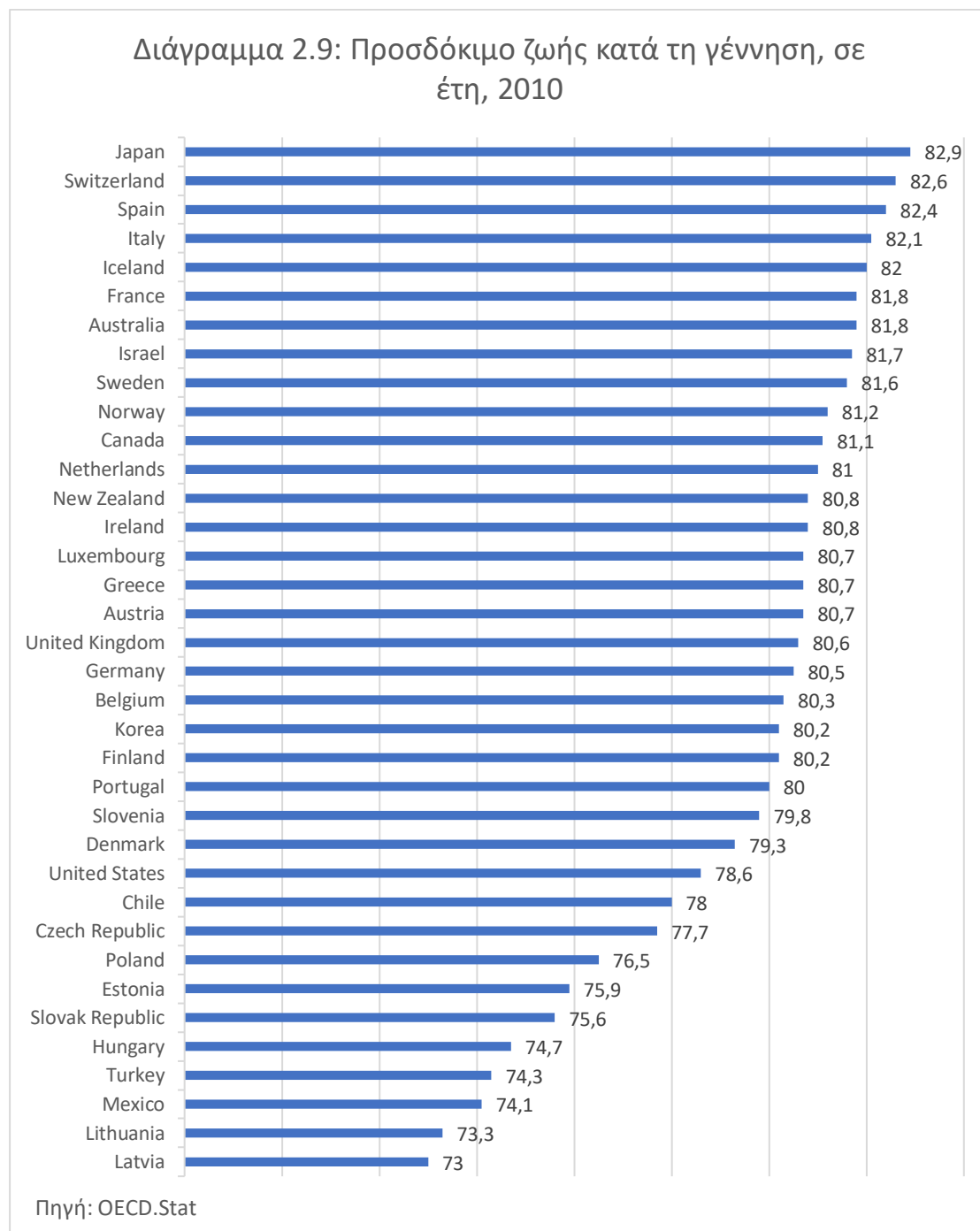
Πηγή: Πηγή: OECD.Stat

Επιπλέον, στο διάγραμμα 2.10 απεικονίζεται η βρεφική θνησιμότητα στις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ για το έτος 2010. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο διάγραμμα, οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής βρίσκονται στην 33<sup>η</sup> θέση ανάμεσα σε 36 χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα.

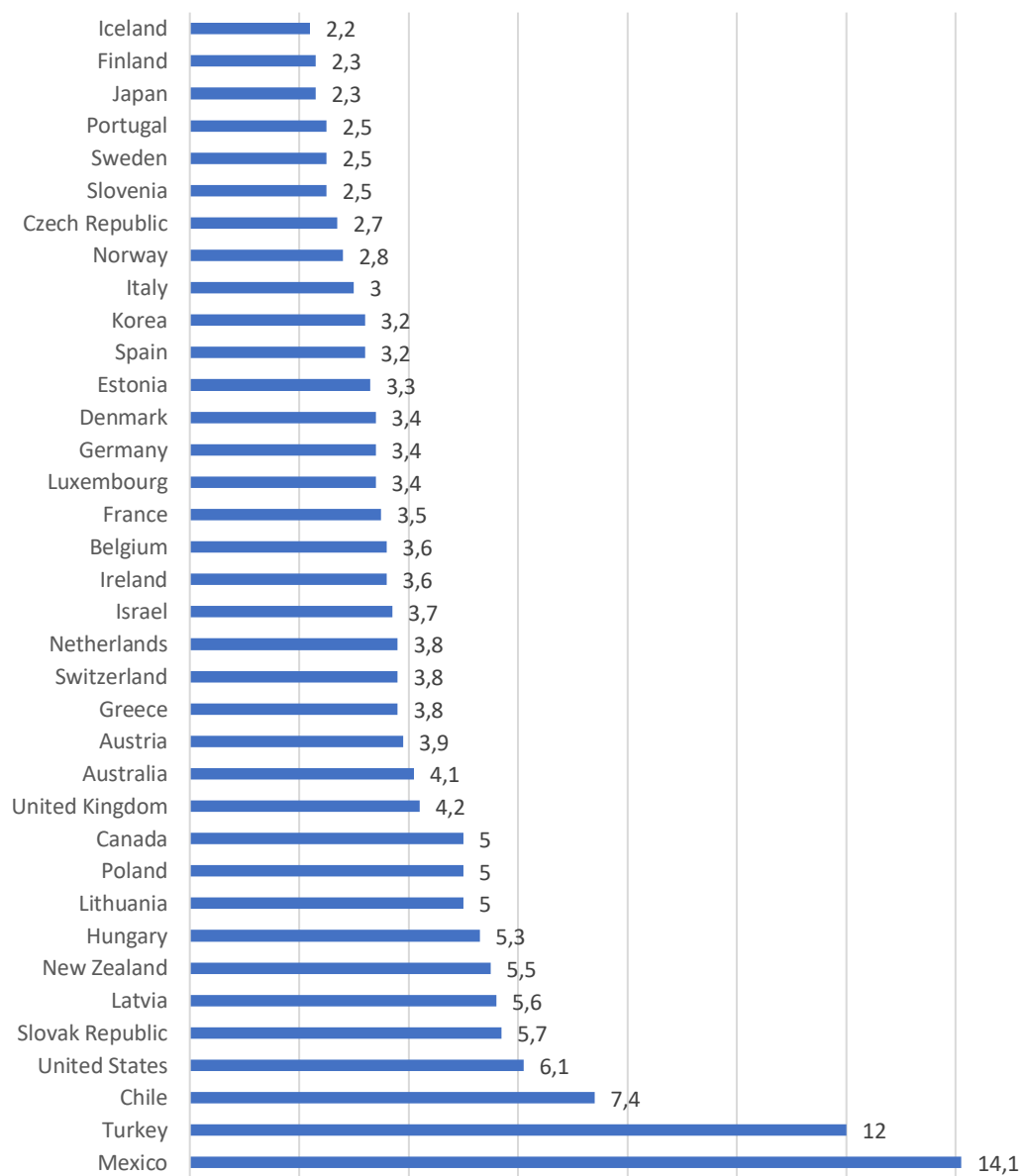
Τέλος, σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 2.3, το 87,6% των Αμερικανών πολιτών ηλικίας άνω των 15 ετών αξιολόγησε την κατάσταση της υγείας του από καλή έως πολύ καλή, ποσοστό χαμηλότερο μόνο από το αντίστοιχο του Καναδά όσον αφορά τις χώρες που παρουσιάζονται στον πίνακα. Αντιστοίχως, μόλις το 3% των



Αμερικανών πολιτών άνω των 15 ετών αξιολόγησε το 2010 την υγεία του ως κακή ή πολύ κακή



Διάγραμμα 2.10: Βρεφική θνησιμότητα, ανά 1000 γεννήσεις , 2010



Πηγή: OECD.Stat

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η Μεταρρύθμιση του Αμερικανικού Συστήματος Υγείας

#### 3.1. Προσπάθειες για μεταρρύθμιση του Αμερικανικού συστήματος υγείας

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1910 και την κυβέρνηση του προέδρου Ρούσβελτ μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έχει γίνει έξι φορές προσπάθεια από κυβερνήσεις των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και στην πλειοψηφία τους κατέληξαν σε αποτυχία. Η μη αξιοποίηση του πολιτικού κεφαλαίου με την παρατεταμένη διαβούλευση, η πολυπλοκότητα των προτεινόμενων νόμων καθώς επίσης και η μη ύπαρξη υποχωρήσεων στις διαπραγματεύσεις με τους εμπλεκόμενους φορείς είναι οι συνήθεις λόγοι των αποτυχιών. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η μεταρρύθμιση του 1965 που θέσπισε τα προγράμματα Medicare και Medicaid, ενώ η τελευταία προσπάθεια για μεταρρύθμιση είχε γίνει από την κυβέρνηση του προέδρου Κλίντον το 1993. (Morone, 2018)

##### 3.1.1. Η πρόταση για μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας του προέδρου Κλίντον

Έχοντας ως σκοπό την καθολική κάλυψη των Αμερικανών πολιτών καθώς επίσης και τη συγκράτηση των δαπανών για τον τομέα της υγείας, το 1993 η διακυβέρνηση του προέδρου Κλίντον πρότεινε το νόμο Εθνικής Ασφάλισης Υγείας.

Σύμφωνα με την πρόταση του προέδρου Κλίντον, θα δημιουργούνταν μη κερδοσκοπικοί συνασπισμοί υγείας, οι οποίοι εκμεταλλευόμενοι την αγοραστική τους δύναμη θα διαπραγματεύονταν με τις ασφαλιστικές εταιρείες εκ μέρους των πολιτών και των επιχειρήσεων μίας περιοχής. Επιπλέον, θα δινόταν σε μεγάλες επιχειρήσεις με αριθμό εργαζομένων πάνω από κάποιο όριο, η δυνατότητα να δημιουργούν συνασπισμούς υγείας έτσι ώστε να διαπραγματεύονται οι ίδιες με τις ασφαλιστικές εταιρείες.

Σημαντικό ρόλο στη μείωση του ποσοστού ανασφάλιστων ήταν η υποχρέωση κάθε εργοδότη να παρέχει ασφάλιση υγείας σε όλους τους πλήρης απασχόλησης εργαζομένους του, χρηματοδοτώντας το 80% των ασφαλιστρών. Επιπλέον, υπήρχε πρόβλεψη για μειωμένα ασφαλιστρα και επιδοτήσεις για τις μικρές επιχειρήσεις καθώς

επίσης και για τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες όπως οι άνεργοι αλλά και οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης.

Τέλος, θα δημιουργούταν ένα Εθνικό Συμβούλιο Υγείας που θα είχε ως αρμοδιότητα την κατάρτιση σφαιρικών προϋπολογισμών για κάθε συνασπισμό υγείας με σκοπό τη συγκράτηση των δαπανών για την υγεία. (Santerre and Neun, 2013)

Τελικά, η πρόταση νόμου του Προέδρου Κλίντον δεν προχώρησε για διάφορους λόγους. Σημαντικό ρόλο στην αποτυχία του προτεινόμενου νόμου έπαιξε η παρατεταμένη διάρκεια της διαβούλευσης, η οποία έδωσε στην αντιπολίτευση τον απαραίτητο χρόνο να βρει τα κατάλληλα αντεπιχειρήματα. Επιπλέον, σε συνδυασμό με το εύρος και την πολυπλοκότητα του προτεινόμενου νομοσχεδίου, η αρχική υποστήριξη από τους πολίτες μετετράπη σε άρση της υποστήριξης και σε καχυποψία.

Τέλος, η μη συμμετοχή του Κογκρέσου αλλά και διαφόρων σχετικών με την υγεία φορέων, όπως η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία και η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών της Αμερικής, στο σχεδιασμό του νομοσχεδίου, φορείς που θα μπορούσαν σε αντίθετη περίπτωση να προσφέρουν την υποστήριξή τους, οδήγησε την κυβέρνηση σε επιπλέον προβλήματα και αντιπαραθέσεις. (Greenwald, 2010) (Santerre and Neun, 2013)

### **3.1.2. Προσπάθειες για μεταρρύθμιση σε πολιτειακό επίπεδο**

Χάρη στην αποκέντρωση που επικρατεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής οι πολιτείες έχουν τη δυνατότητα να προχωρούν σε μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας τους. Μάλιστα πολλές φορές πιλοτικά προγράμματα εφαρμόζονται σε διάφορες πολιτείες και εφόσον επιτύχουν τους σκοπούς τους εφαρμόζονται και σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Παρακάτω παρουσιάζονται οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στις πολιτείες της Χαβάης και της Μασαχουσέτης με σκοπό τη μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών, αλλά και τη συγκράτηση των δαπανών για την υγεία.

### **3.1.2.1. Η μεταρρύθμιση υγείας στην πολιτεία της Χαβάης**

Η πολιτεία της Χαβάης έχει κάνει πολλές προσπάθειες με σκοπό την επίτευξη της καθολικής ασφάλισης υγείας.

Ο πρώτος νόμος που το προσπάθησε ήταν ο νόμος περί Προπληρωμένης Υγείας (Prepaid Health Care Act) του 1974 που επέβαλε στους εργοδότες να προσφέρουν ασφάλιση υγείας σε όλους τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης.

Η συνέχεια έγινε με το πρόγραμμα State Health Insurance (SHIP) του 1989 το οποίο προέβλεπε επιδοτήσεις για την αγορά ασφάλισης υγείας σε όσους είχαν εισόδημα κάτω από το 300% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας. Συγκεκριμένα, όσοι είχαν ετήσιο εισόδημα ίσο ή χαμηλότερο από το ομοσπονδιακό επίπεδο φτώχειας δικαιούνταν ασφάλιση υγείας χωρίς να πληρώσουν οι ίδιοι ασφάλιστρα, όσοι είχαν ετήσιο εισόδημα μέχρι 250% ελάμβαναν επιδοτήσεις ενώ οι οικογένειες με ετήσιο εισόδημα από 251% έως 300% πλήρωναν κανονικά ασφάλιστρα για τους ενήλικες και τους παρέχονταν δωρεάν ασφάλιση για τα παιδιά. (Neubauer, 1993)

Επόμενη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της πολιτείας της Χαβάης πραγματοποιήθηκε το 1993 με τη θέσπιση του προγράμματος Hawaii Health QUEST, που είχε ως σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την επιπλέον μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων καθώς επίσης και τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία. Για την επίτευξη αυτών των στόχων, το πρόγραμμα Hawaii Health QUEST προέβλεπε την επιδότηση της παρεχόμενης από οργανισμούς διαχείρισης της υγείας ασφάλισης, για όσους πληρούσαν τις προϋποθέσεις. (Neubauer, 1993) (Santerre and Neun, 2013)

Παρά τα πολύ θετικά αρχικά αποτελέσματα, το 2007 το ποσοστό των ανασφάλιστων στη πολιτεία της Χαβάης είχε αυξηθεί κατά δέκα ποσοστιαίες μονάδες κυρίως εξαιτίας της αύξησης των εργαζομένων μερικής απασχόλησης, που δεν δικαιούνται ασφάλιση υγείας παρεχόμενη από τον εργοδότη, της ύπαρξης αυστηρότερων προϋποθέσεων για ένταξη στα προγράμματα αλλά και της αύξησης των εργοδοτών που δεν καλύπτουν τα εξαρτώμενα μέλη των εργαζομένων τους. (Santerre and Neun, 2013)

### **3.1.2.2. Η μεταρρύθμιση υγείας στην πολιτεία της Μασαχουσέτης**

Η πολιτεία της Μασαχουσέτης είχε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ανασφάλιστων χάρη στο διευρυμένο πρόγραμμα Medicaid και στα υψηλά ποσοστά ασφαλιστικής κάλυψης από τους εργοδότες. Επιπλέον διατηρούσε ένα ταμείο το οποίο αποζημίωνε τα νοσοκομεία και τα κοινοτικά κέντρα υγείας για τις υπηρεσίες υγείας που παρείχαν στους ανασφάλιστους.

Το 2006 με τη θέσπιση του νόμου Μεταρρύθμισης Φροντίδας Υγείας της Μασαχουσέτης γνωστό και ως MassHealth, πραγματοποιήθηκε η τρίτη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας από το 1988, με σκοπό να μειωθεί επιπλέον το ποσοστό των ανασφάλιστων και να γίνει ένα σημαντικό βήμα προς την καθολική κάλυψη υγείας.

Καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη του στόχου της μεταρρύθμισης παίζει η ύπαρξη μιας ατομικής υποχρέωσης κάθε πολίτη άνω των 18 ετών να έχει ασφάλιση υγείας, ενώ στην αντίθετη περίπτωση του επιβάλλεται κάποιο πρόστιμο. Τα άτομα με εισόδημα ίσο ή μικρότερο από το ομοσπονδιακό επίπεδο φτώχειας δεν πληρώνουν ασφάλιστρα, ενώ όσοι έχουν εισόδημα μέχρι και 300% του επιπέδου φτώχειας, λαμβάνουν επιδότηση για την αγορά ασφάλισης η οποία καθορίζεται με βάση το εισόδημα.

Ο νόμος προβλέπει επιπλέον επέκταση του Medicaid για παιδιά που έχουν οικογενειακό εισόδημα κάτω από το 300% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας, καθώς επίσης και σε κάποιους άτεκνους ενήλικες και σε άτομα με κάποια αναπηρία.

Όσον αφορά την παρεχόμενη από τον εργοδότη ασφάλιση υγείας, οι εργοδότες με πάνω από δέκα εργαζόμενους καλούνται να πληρώσουν μέρος της ασφάλισης των εργαζομένων τους. Σε περίπτωση που δεν το πράξουν, είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν ένα σημαντικό μέρος των δαπανών υγείας τους.

Τέλος, προβλέπει τη δημιουργία του Commonwealth Health Insurance Connector Authority. Πρόκειται για ένα φορέα που δίνει τη δυνατότητα σε πολίτες και σε μικρές επιχειρήσεις με κάτω από πενήντα εργαζόμενους να αγοράζουν χαμηλού κόστους προγράμματα ασφάλισης υγείας. Τα προγράμματα αυτά παρέχονται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην πολιτεία και κοστίζουν φθηνότερα καθώς περιλαμβάνουν πολύ υψηλά αφαιρετέα ποσά, ένα περιορισμένο δίκτυο παρόχων υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης δεν περιλαμβάνουν κάποιες από τις

υποχρεωτικές καλύψεις που προβλέπει η πολιτεία. Ο συγκεκριμένος φορέας δίνει επίσης τη δυνατότητα σε εποχικούς και μερικής απασχόλησης εργαζόμενους να αγοράζουν ασφάλιση υγείας συνδυάζοντας τις συνεισφορές πολλαπλών εργοδοτών. (Holahan and Blumberg, 2006) (McDonough et al., 2006)

Χάρη στη μεταρρύθμιση υγείας στη Μασαχουσέτη, από το 2006 που θεσπίστηκε ο νόμος μέχρι και το 2008, τουλάχιστον 440.000 πολίτες απέκτησαν ασφάλιση υγείας. (Santerre and Neun, 2013)

### **3.2. Ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας**

Στις 23 Μαρτίου του 2010, επί διακυβέρνησης του προέδρου Μπαράκ Ομπάμα, ψηφίστηκε ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας (Patient Protection and Affordable Care Act - PPACA), ο οποίος αποτελεί τη μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τα τελευταία 50 χρόνια.

Πρόκειται για έναν τεράστιο σε έκταση και σημασία νόμο, με πάνω από 2.000 σελίδες και δεκάδες διατάξεις που εισάγουν πολλές σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο Αμερικανικό σύστημα υγείας. Οι διάφορες διατάξεις του νόμου ήταν προγραμματισμένες να εφαρμοστούν σταδιακά από την ημερομηνία θέσπισης του νόμου μέχρι και το 2018 με τις σημαντικότερες διατάξεις να τίθενται σε εφαρμογή την πρώτη Ιανουαρίου του 2014.

Σκοπός του νόμου ήταν η αντιμετώπιση των παθογενειών του Αμερικανικού συστήματος υγείας με βασικό στόχο την προσιτή φροντίδα υγείας για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω της παροχής ασφαλιστικής κάλυψης στους πολίτες με χαμηλά εισοδήματα αλλά και με την επιδότηση και την άρση των εμποδίων για όσους θέλουν να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Σημαντικοί στόχοι του νόμου αποτελούν επίσης, η μείωση του ρυθμού αύξησης των δαπανών για την υγεία καθώς επίσης και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τα οποία επιτυγχάνονται μέσω κινήτρων αλλά και προστίμων ανάλογα με την αποτελεσματική ή όχι χρήση των πόρων για την υγεία. (Greenwald, 2010) (Rice et al., 2013)

### 3.3. Χρηματοδότηση του προγράμματος

Ο νόμος περιέχει αρκετές διατάξεις, όπως την επέκταση του Medicaid, την επιδότηση για αγορά ασφάλισης από τα marketplaces σε όσους έχουν χαμηλό εισόδημα αλλά και τη δημιουργία πολλών επιτροπών και οργανισμών, οι οποίες αυξάνουν επιπλέον τις κρατικές δαπάνες για την υγεία. Για τη χρηματοδότηση του προγράμματος ο νομοθέτης έχει συμπεριλάβει μια σειρά από φόρους και πρόστιμα.

Συγκεκριμένα, ο νόμος περιλαμβάνει φόρο της τάξης του 40 τοις εκατό στις ασφάλειες πολυτελείας. Πρόκειται για ασφάλειες υγείας που προσφέρονται από τους εργοδότες, οι οποίες δεν περιλαμβάνουν ή τουλάχιστον περιλαμβάνουν πολύ μικρά αφαιρετέα ποσά και συνεισφορές από τον ασφαλισμένο. Σκοπός του φόρου είναι η αύξηση των εσόδων αλλά και η δημιουργία κινήτρου για τη μείωση του κόστους των παρεχόμενων από τον εργοδότη ασφαλειών υγείας. Ο συγκεκριμένος φόρος ήταν προγραμματισμένος να ισχύσει από το 2018 αλλά εξαιτίας των αντιδράσεων στο Κογκρέσο η εφαρμογή του πήρε παράταση για το 2020. (Rice et al., 2013) (Buttler, 2016)

Επιπλέον, προβλέπεται αύξηση της εισφοράς των ατόμων με πολύ υψηλά εισοδήματα για το πρόγραμμα Medicare, μείωση των επιδοτήσεων για την αγορά ασφάλισης μέσω του Μέρους Γ του Medicare (Medicare Advantage), ενώ επίσης υπάρχει αύξηση των φόρων για φαρμακευτικά προϊόντα και ιατρικό εξοπλισμό που προέρχεται από άλλες χώρες.

Τέλος, προβλέπονται πρόστιμα για τους πολίτες που δεν έχουν αγοράσει ασφάλιση υγείας, τους εργοδότες που δεν προσφέρουν ασφάλιση στους εργαζομένους τους, ενώ προβλέπονται και υψηλότερα πρόστιμα για τις περιπτώσεις απάτης και κατάχρησης στα προγράμματα Medicare και Medicaid. Μάλιστα τα μέτρα κατά της απάτης και κατάχρησης στα κρατικά προγράμματα, υπολογίζεται ότι μπορούν να φέρουν μέχρι και 7 δισεκατομμύρια δολάρια σε βάθος δεκαετίας. (Orszag and Emanuel, 2010) (Folland et al., 2013) (Rice et al., 2013)



### **3.4. Διατάξεις που στοχεύουν στη μείωση του ποσοστού ανασφάλιστων πολιτών και στην προσιτή φροντίδα υγείας**

Καθοριστικό ρόλο στην αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής παίζει η ατομική υποχρέωση κάθε Αμερικανού πολίτη να έχει ασφάλιση υγείας (individual mandate). Από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας εξαιρούνται οι ιθαγενείς Αμερικανοί, οι φυλακισμένοι, οι παράνομοι μετανάστες και άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα που διαμένουν σε πολιτείες που δεν προχώρησαν σε επέκταση του προγράμματος Medicaid, ενώ επίσης δίνεται δυνατότητα εξαίρεσης και για θρησκευτικούς λόγους. Ο νόμος, επίσης, επιβάλλει στους εργοδότες με περισσότερους από 50 εργαζομένους πλήρους απασχόλησης να τους προσφέρουν προσιτή ασφάλιση υγείας.

Οι ιδιώτες που δεν έχουν ασφάλιση υγείας και δεν ανήκουν σε κάποια από τις κατηγορίες πολιτών που εξαιρούνται, καθώς και οι εργοδότες που δεν παρέχουν ασφάλιση υγείας στους εργαζομένους τους, καλούνται να πληρώσουν κάποιο πρόστιμο. (Rice et al., 2013) (French et al., 2016)

Ο νόμος περιλαμβάνει πολλές μεταρρυθμίσεις οι οποίες έχουν ως στόχο να διευκολύνουν συγκεκριμένες κατηγορίες του πληθυσμού να αποκτήσουν ασφάλιση υγείας.

#### **Επέκταση του προγράμματος Medicaid**

Για την παροχή ασφάλισης υγείας σε άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα που δεν πληρούν όμως τις προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα Medicaid, ο νόμος επεκτείνει το πρόγραμμα σε όλα τα άτομα με ετήσιο εισόδημα μικρότερο από το 133% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας. Η επέκταση του προγράμματος Medicaid τέθηκε σε εφαρμογή επίσημα το 2014 αλλά κάποιες πολιτείες επέλεξαν να το εφαρμόσουν νωρίτερα.

Αρχικώς, η επέκταση του προγράμματος ήταν υποχρεωτική για το σύνολο των πολιτειών, αλλά με απόφασή του το Ανώτατο Δικαστήριο το 2012 την έκρινε αντισυνταγματική, δίνοντας τη δυνατότητα στις πολιτείες να επιλέξουν, χωρίς συνέπειες, αν θα συμμετάσχουν στην επέκταση του Medicaid ή όχι. (Greenwald, 2010) (Rice et al., 2013)

## Ηλεκτρονικές αγορές ασφάλισης υγείας (Insurance Exchanges)

Ο νόμος επίσης προβλέπει τη δημιουργία ηλεκτρονικών αγορών (marketplaces), στα πρότυπα του Connector που θεσπίστηκε στην πολιτεία της Μασαχουσέτης το 2006, από τις οποίες ιδιώτες αλλά και μικρές επιχειρήσεις μπορούν να αγοράζουν ασφάλιση υγείας σε προσιτές τιμές. Τα ασφαλιστικά προγράμματα από τα οποία μπορούν να επιλέξουν οι υποψήφιοι αγοραστές διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το ύψος της συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για τα «μπρούτζινα» πακέτα τα οποία είναι αρκετά φθηνά αλλά έχουν πολύ υψηλά ποσοστά συμμετοχής στο κόστος (περίπου 40%), τα «ασημένια», τα «χρυσά» και τέλος τα «πλατινένια» τα οποία είναι αρκετά ακριβότερα αλλά έχουν πολύ χαμηλότερες out-of-pocket δαπάνες (περίπου 10%). (Kominski et al., 2017)

Για τη διευκόλυνση όσων επιθυμούν να αγοράσουν κάποιο ασφαλιστικό πρόγραμμα από τα marketplaces, ο νόμος προβλέπει επιδοτήσεις, που καθορίζονται με βάση το εισόδημα, για τους ιδιώτες με ετήσιο εισόδημα χαμηλότερο από το 400% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας, και φορολογικές ελαφρύνσεις για τις μικρές επιχειρήσεις με λιγότερους από 50 εργαζομένους. (Rice et al., 2013)

Ένα επιπλέον πλεονέκτημα της αγοράς ασφάλισης υγείας από τα marketplaces είναι η υποχρέωση των ασφαλιστικών ταμείων να καθορίζουν τις τιμές των διαφόρων ασφαλιστικών πακέτων με βάση την ηλικία και την γεωγραφική περιοχή διαμονής και όχι το φύλο, τη φυλή ή την ύπαρξη κάποιας προϋπάρχουσας ασθένειας (community rating). (Gabel et al., 2013)

Οι ηλεκτρονικές αγορές ασφάλισης υγείας λειτουργούν υπό την επίβλεψη της εκάστοτε πολιτείας. Στην περίπτωση που κάποια πολιτεία δεν επιθυμεί να συμμετάσχει, αρμόδια για τη δημιουργία και τη λειτουργία τους είναι η ομοσπονδιακή κυβέρνηση. (Rice et al., 2013)

## Άλλες μεταρρυθμίσεις με στόχο τη προσιτή φροντίδα υγείας

Επιπλέον, ο νόμος δίνει τη δυνατότητα σε ενήλικες έως και την ηλικία των 26 ετών, εφόσον το επιθυμούν, να παραμένουν στην ιδιωτική ασφάλιση των γονέων τους, με αποτέλεσμα την ασφαλιστική κάλυψη περίπου 3.1 εκατομμυρίων πολιτών.

Τέλος, ο νόμος δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω της αύξησης της χρηματοδότησης για τις κλινικές και τα κέντρα υγείας. (Rice et al., 2013)

### **3.5. Μεταρρυθμίσεις στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας**

Ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας προχώρησε σε μεγάλες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλειας υγείας.

Μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις είναι η υποχρέωση των ασφαλιστικών εταιρειών να αναλαμβάνουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Συγκεκριμένα, οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να εκδίδουν ή να επανεκδίδουν ασφάλειες υγείας ακόμη και σε όσους κατανάλωσαν κατά το προηγούμενο έτος μεγάλο όγκο υπηρεσιών υγείας ή έχουν δηλώσει κάποια προϋπάρχουσα ασθένεια. Επιπλέον, απαγορεύεται η τιμολόγηση των ασφαλίσεων με βάση το φύλο ή την κατάσταση της υγείας τους, ενώ τα ασφάλιστρα είναι κοινά πλέον για όλους τους ασφαλισμένους κάποιας περιοχής και αυξομειώνονται ανάλογα με την ηλικία και κάποιες συνήθειες του ατόμου όπως το κάπνισμα. (Greenwald, 2010) (Silvers, 2013)

Επιπλέον, σύμφωνα με το νόμο, όλα τα ιδιωτικά ασφαλιστικά πακέτα πρέπει να παρέχουν στους ασφαλισμένους κάποιες εθνικά καθορισμένες βασικές υπηρεσίες υγείας όπως φροντίδα μητρότητας και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ πρέπει να παρέχουν και υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας υγείας χωρίς κάποια συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος.

Ο νόμος συνεισφέρει, επίσης, στην μείωση της ελλιπούς ασφάλισης υγείας (underinsurance) με την κατάργηση των ετησίων και των δια βίου ανώτατων ορίων στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που μπορεί να καταναλώσει κάποιος ασφαλισμένος, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τον κίνδυνο χρεοκοπίας χιλιάδων οικογενειών εξαιτίας του κόστους κάποιας ασθένειας. (Obama, 2016) (Gaffney and McCormick, 2017)

Τέλος, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να περιορίσουν τα ποσά που δαπανούν για διοικητικές υπηρεσίες, διαφήμιση και αμοιβές στελεχών και να αυξήσουν τα ποσά που ξοδεύονται για τις υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα στους ασφαλισμένους να δουν μέσω του διαδικτύου στοιχεία σχετικά με τα προσφερόμενα ασφαλιστικά πακέτα από τις διάφορες

ασφαλιστικές εταιρείες έτσι ώστε να μπορούν να κάνουν μια πιο ενημερωμένη επιλογή. (Rice et al., 2013)

### **3.6. Διατάξεις που στοχεύουν στη μείωση των δαπανών για την υγεία και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

Ένας από τους βασικούς στόχους του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα ήταν να μειωθεί ή τουλάχιστον να παραμείνει σταθερός ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για την υγεία. Για τον σκοπό αυτό, ο νόμος περιλαμβάνει μια σειρά διατάξεων με στόχο την εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας αλλά και τη μείωση της σπατάλης στον τομέα της υγείας.

Με σκοπό την βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων που καταναλώνονται στον τομέα της υγείας, ο νόμος εισάγει νέους τρόπους αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, που βασίζονται στην αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι στην ποσότητα, ενώ δίνονται επιπλέον κίνητρα για τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι συσσωρευμένες πληρωμές (bundled payments). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο τρόπο πληρωμής, όσοι επαγγελματίες υγείας το επιθυμούν μπορούν να λάβουν ένα ποσό με το οποίο καλούνται να καλύψουν όλες τις ιατρικές ανάγκες ενός ιατρικού περιστατικού ενός ασθενή. Στην περίπτωση που τα ιατρικά κόστη ξεπεράσουν το προσυμφωνημένο ποσό, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται αν καλύψουν τη διαφορά, ενώ σε αντίθετη περίπτωση αποκομίζουν κέρδος. Αυτό το είδος πληρωμής δίνει επιπλέον κίνητρα στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας να κάνουν αποδοτικότερη χρήση των ιατρικών πόρων ενώ ταυτόχρονα πρέπει να βεβαιώνονται ότι οι χρησιμοποιούμενες ιατρικές πράξεις είναι αποτελεσματικές έτσι ώστε να μην υποχρεωθούν να καταναλώσουν επιπλέον πόρους για την αντιμετώπιση του ίδιου περιστατικού στο κοντινό μέλλον. (Korda and Eldridge, 2011)

Εκτός από τις συσσωρευμένες πληρωμές, ο νόμος εισάγει επιπλέον και συστήματα Pay-for-Performance δίνοντας οικονομικά κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας εφόσον επιτύχουν κάποιους προκαθορισμένους στόχους ποιότητας και αποδοτικότητας. Τέλος, υπάρχουν και οι συμφωνίες Gainsharing, κατά τις οποίες οι επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν κάποιο ιατρικό περιστατικό κάνοντας συνετή

χρήση των ιατρικών πόρων λαμβάνουν κάποια έξτρα αμοιβή. (Korda and Eldridge, 2011)

Προς την ίδια κατεύθυνση και με στόχο την ανάπτυξη της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, ο νόμος θεσπίζει τα Accountable Care Organizations (ACOs). Πρόκειται για οργανισμούς, που περιλαμβάνουν νοσοκομεία, γενικούς ιατρούς, ειδικούς ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, και είναι υπεύθυνοι για την παροχή όλου του φάσματος των υπηρεσιών υγείας, με υψηλή ποιότητα και χαμηλό κόστος, σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, συνήθως δικαιούχους του Medicare.

Οι ACOs λαμβάνουν έναν προϋπολογισμό, το ύψος του οποίου βασίζεται σε ιστορικά δεδομένα και σε ιδιαιτερότητες του πληθυσμού που καλύπτουν. Στην περίπτωση που πετύχουν τους προκαθορισμένους στόχους κόστους και ποιότητας οι ACOs έχουν οικονομικά οφέλη. Τα αποτελέσματά τους καθώς επίσης και η ικανοποίηση ή μη των ασθενών, γίνονται δημοσίως γνωστά.

Για να μπορεί να θεωρηθεί ένας οργανισμός Accountable Care Organization θα πρέπει να εξυπηρετεί τουλάχιστον 5.000 πολίτες, να έχει την ικανότητα να καταρτίζει προοπτικούς προϋπολογισμούς, να μπορεί να ελέγχει αξιόπιστα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης να μπορεί να προσφέρει τουλάχιστον ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας. (Devers and Berenson, 2009) (Korda and Eldridge, 2011)

Επιπλέον, ο νόμος θεσπίζει διάφορους οργανισμούς και επιτροπές όπως, μεταξύ άλλων, την Ανεξάρτητη Συμβουλευτική Επιτροπή Πληρωμών (Independent Payment Advisory Board) η οποία προτείνει αλλαγές στο σύστημα πληρωμών του Medicare ανάλογα με τα οικονομικά αποτελέσματα και το Ερευνητικό Ινστιτούτο Αποτελεσμάτων Εστιασμένα στον Ασθενή (Patient Centered Outcome Research Institute) που διενεργεί συγκριτική έρευνα ανάμεσα σε διάφορες θεραπείες. (Orszag and Emanuel, 2010) (Folland et al., 2013)

Τα Κέντρα για υπηρεσίες Medicare και Medicaid (CMS) έχουν, επίσης, τη δυνατότητα να λανσάρουν διάφορα πιλοτικά προγράμματα σε διάφορες πολιτείες με σκοπό την εξέταση νέων τρόπων πληρωμής επαγγελματιών υγείας με βάση την αξία των υπηρεσιών υγείας. (Korda and Eldridge, 2011)

Επιπλέον, ο νόμος επιχειρεί τη μείωση της γραφειοκρατίας μέσω της θέσπισης ηλεκτρονικών προτύπων λειτουργίας, κοινών για όλους τους φορείς, ιδιωτικούς και δημόσιους, παροχής ασφάλισης. Προβλέπεται επίσης, η διαπραγμάτευση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων καθώς επίσης επιπλέον η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ιδιαιτέρως στον τομέα της πρόληψης. (Cutler et al., 2009) (Orszag and Emanuel, 2010)

Τέλος, στον νόμο προβλέπονται οικονομικά κίνητρα για τα προγράμματα Medicare Advantage που παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και μειώσεις από τις αποζημιώσεις του προγράμματος Medicare για τα νοσοκομεία που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ασθενών που επανεισάγονται μέσα σε 30 ημέρες για τον ίδιο ιατρικό λόγο, ενώ προβλέπεται και η μη αποζημίωση των νοσοκομείων, από το πρόγραμμα Medicaid, για περιπτώσεις που σχετίζονται με νοσοκομειακές λοιμώξεις και ιατρικά λάθη. (Rice et al., 2013)

### **3.7. Εμπόδια στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του νόμου**

Προσφυγές στο Ανώτατο Δικαστήριο

Ένα από τα βασικότερα εμπόδια στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων ήταν η απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου τον Ιούνιο του 2012, η οποία παρόλο που επικύρωσε τη συνταγματικότητα της ατομικής υποχρέωσης κάθε Αμερικανού πολίτη να έχει ασφάλιση υγείας, αλλά και γενικότερα του νόμου, έκρινε ως αντισυνταγματική την υποχρέωση των πολιτειών για επέκταση του Medicaid, ένα από τα βασικότερα εργαλεία του νόμου για την επίτευξη του στόχου της μείωσης του ποσοστού ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών. Αυτό έδωσε τη δυνατότητα σε ένα μεγάλο αριθμό πολιτειών να μην προχωρήσει στην επέκταση του προγράμματος, με αποτέλεσμα εκατομμύρια πολίτες που θα μπορούσαν να αποκτήσουν ασφαλιστική κάλυψη μέσω του προγράμματος Medicaid να παραμείνουν ανασφάλιστοι. (McDonough, 2014)

Αντιθέτως, τον Ιούνιο του 2015, το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε τις επιδοτήσεις για αγορά ασφάλισης υγείας από τις διαχειριζόμενες από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση ηλεκτρονικές αγορές, συνταγματικές. Σε αντίθετη περίπτωση, θα έπαινε να

είναι προσιτή η απόκτηση ασφάλισης υγείας για περισσότερους από έξι εκατομμύρια Αμερικανούς πολίτες. (Gostin et al., 2015)

### Πολιτική αντιπαράθεση

Ο νόμος ψηφίστηκε το 2010 χωρίς να έχει την υποστήριξη και των δύο κομμάτων, και κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του αποτέλεσε πεδίο έντονης αντιπαράθεσης ανάμεσα σε Δημοκρατικούς και Ρεπουμπλικάνους. Από τη θέσπισή του υπήρξαν, μάλιστα, σωρεία ανεπιτυχών προσπαθειών από την πλευρά των Ρεπουμπλικάνων, για την κατάργησή του. Επιπλέον, υπό την ηγεσία των Ρεπουμπλικάνων, το Κογκρέσο κατάφερε να καθυστερήσει αλλά και να μειώσει τη χρηματοδότηση σημαντικών μεταρρυθμίσεων του νόμου, όπως την επιδότηση για ηλεκτρονική αγορά ασφάλισης υγείας (Insurance Exchanges) και την επέκταση του Medicaid, ενώ πολλά πιλοτικά προγράμματα παρέμειναν χωρίς χρηματοδότηση. (Rice et al., 2013) (McDonough, 2014)

### Αναγκαία συμμετοχή των πολιτειών

Η συμμετοχή των πολιτειών στη διαδικασία εφαρμογής του νόμου παίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς οι πολιτείες είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση των ηλεκτρονικών αγορών ασφάλισης υγείας και για τη διαχείριση και συγχρηματοδότηση του προγράμματος Medicaid.

Παρά τις προσδοκίες, λιγότερες από είκοσι πολιτείες επέλεξαν να διαχειριστούν οι ίδιες τις ηλεκτρονικές αγορές ασφάλισης υγείας με τις υπόλοιπες να αφήνουν τη διαχείριση στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Επιπλέον, δεκατέσσερις πολιτείες αποφάσισαν να μην επεκτείνουν το πρόγραμμα Medicaid με αποτέλεσμα εκατομμύρια Αμερικανών πολιτών που θα μπορούσαν να αποκτήσουν ασφαλιστική κάλυψη να παραμένουν ανασφάλιστοι. (McDonough, 2014)

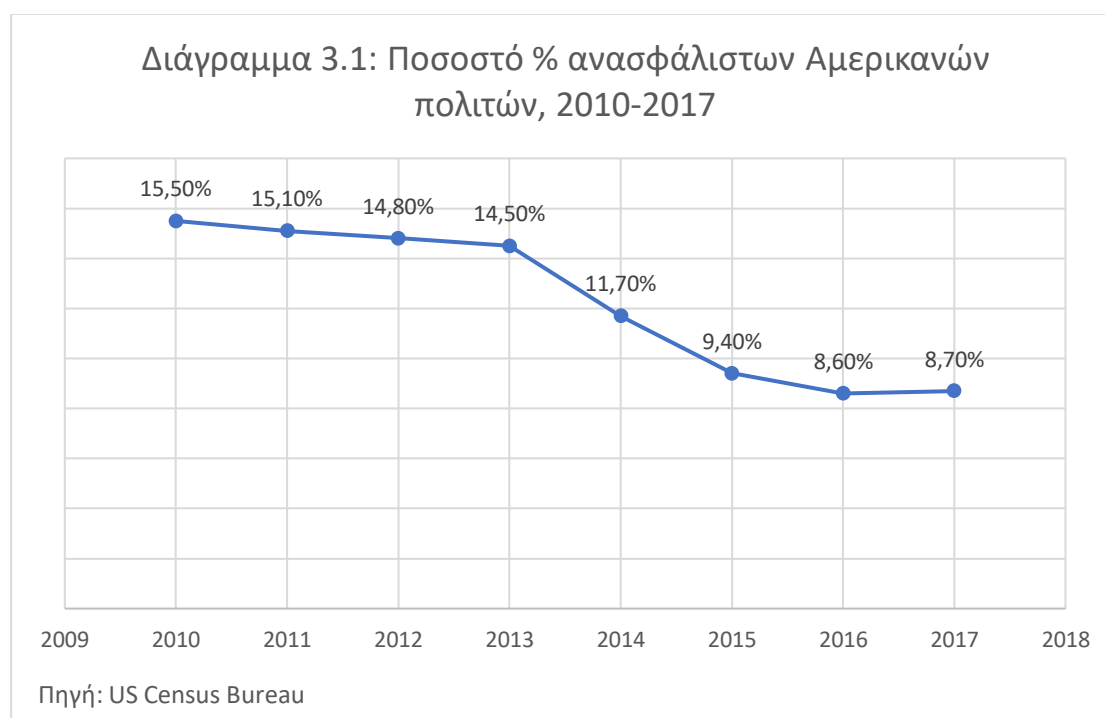
## Υποστήριξη από τους πολίτες

Τέλος, δεν υπήρξε καθολική υποστήριξη του νόμου, καθώς μόλις τέσσερις στους δέκα Αμερικανούς πολίτες ήταν υπέρ της ψήφισης του νόμου. (Oberlander, 2016)

### 3.8. Αποτελέσματα του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας

#### 3.8.1. Επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης και προσιτή υγεία

Ένας από τους βασικούς στόχους του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας ήταν η μείωση του αριθμού των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών. Στο διάγραμμα 3.1 στο οποίο απεικονίζεται η εξέλιξη του ποσοστού των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών για την περίοδο 2010 – 2017, παρατηρούμε πως από την ψήφιση του νόμου το 2010 μέχρι και το 2016 υπάρχει μια σταθερή μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων, με τη μεγαλύτερη μείωση να πραγματοποιείται μετά το 2014, όταν και τέθηκαν σε εφαρμογή οι βασικές διατάξεις του νόμου, ενώ από το 2016 και έπειτα το ποσοστό των ανασφάλιστων παραμένει σε σταθερά επίπεδα.





Στον πίνακα 3.1 απεικονίζεται η ασφαλιστική κάλυψη υγείας ανά τύπο κάλυψης για τα έτη 2010 και 2018. Από τον συγκεκριμένο πίνακα φαίνεται πως από το 2010 μέχρι το 2018 υπήρξε μια αύξηση των ατόμων που εντάχθηκαν στα προγράμματα Medicare και Medicaid, καθώς επίσης και μια μικρή αύξηση των ατόμων που αγόρασαν μόνοι τους ασφάλιση υγείας από κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία, γεγονός που οδήγησε στη μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών κατά 7,8 ποσοστιαίες μονάδες.

Πίνακας 3.1: Ασφαλιστική κάλυψη υγείας ανά τύπο κάλυψης, 2010 και 2018

	2010	2018	Διαφορά 2010 - 2018
Any private plan	64%	67,3%	3,3%
Employer based	55,3%	55,1%	-0,2%
Direct purchase	9,8%	10,8%	1,0%
Any public plan	31%	34,4%	3,4%
Medicare	14,5%	17,8%	3,3%
Medicaid	15,9%	17,9%	2,0%
Uninsured	16,3%	8,5%	-7,8%

Πηγή: US Census Bureau 2010 και 2018

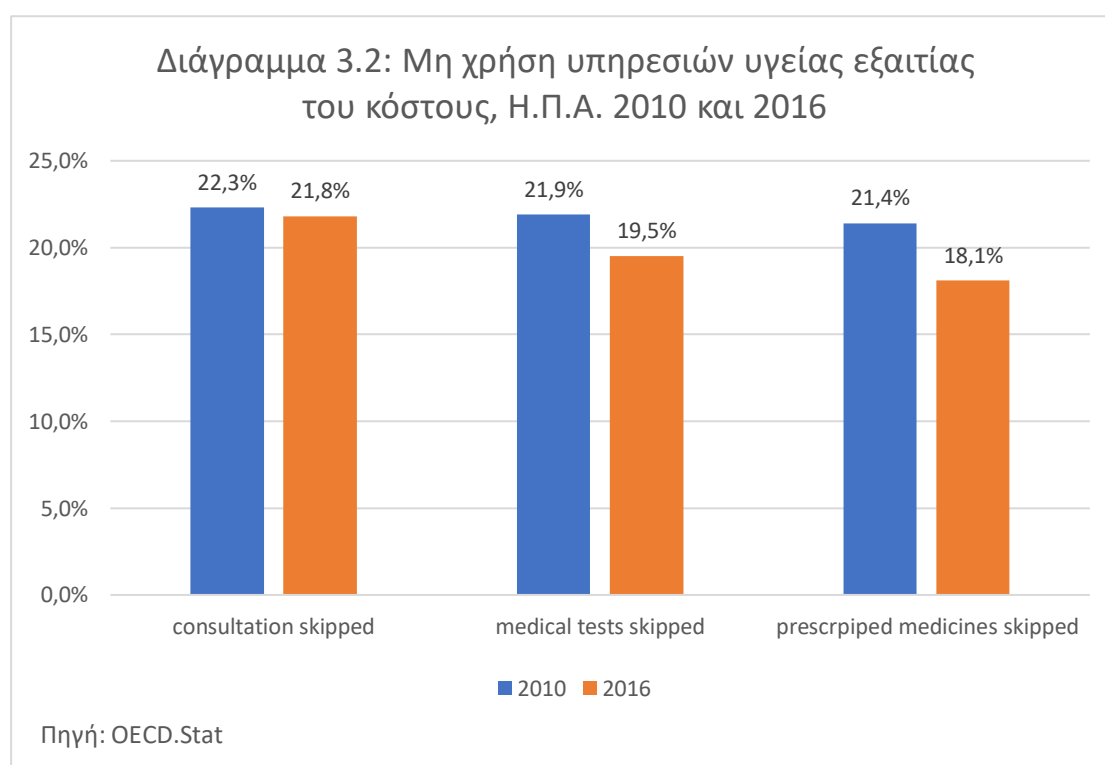
Ένα από τα βασικότερα εργαλεία για τη μείωση των ανασφάλιστων ήταν η επέκταση του προγράμματος Medicaid σε άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα χαμηλότερο από το 138% του εθνικού επιπέδου φτώχειας. Μέχρι το 2015, 28 πολιτείες προχώρησαν στην επέκταση του προγράμματος δίνοντας την ευκαιρία σε 10,8 εκατομμύρια Αμερικανούς να αποκτήσουν ασφάλιση υγείας, ενώ από τις 28 πολιτείες, οι 6 πολιτείες επέκτειναν το πρόγραμμα πριν από το 2014 έχοντας πολύ θετικά αποτελέσματα. (Blumenthal et al., 2015) (Kominski et al., 2017)

Ένα άλλο σημαντικό εργαλείο ήταν οι διαχειριζόμενες από τις πολιτείες ή την κεντρική κυβέρνηση ηλεκτρονικές αγορές, στις οποίες άτομα και μικρές επιχειρήσεις έχουν τη δυνατότητα να συγκρίνουν και να επιλέξουν ασφαλιστικά πακέτα υγείας. Μέχρι το 2015, 11,7 εκατομμύρια άτομα αγόρασαν ασφάλιση υγείας ενώ εκτιμάται πως το 85% όσων αγόρασαν ασφάλιση από τις ηλεκτρονικές αγορές δικαιούνταν επιδότηση, ενώ και κατά τη διάρκεια του 2018, πάνω από 10 εκατομμύρια άτομα

απέκτησαν ασφάλιση υγείας από τις ηλεκτρονικές αγορές. (Blumenthal et al., 2015) (Garfield et al., 2019)

Επιπλέον, 12.000 μικρές επιχειρήσεις και συνολικά 76.000 εργαζόμενοι απέκτησαν ασφαλιστική κάλυψη από τις διαχειριζόμενες από την κεντρική κυβέρνηση, ηλεκτρονικές αγορές για τις μικρές επιχειρήσεις, μέχρι και το πρώτο εξάμηνο του 2014. (French et al., 2016)

Τέλος, η διάταξη που επιτρέπει σε άτομα μέχρι και 25 ετών να παραμένουν στην ασφάλιση υγείας των γονιών τους, επέτρεψε από το 2010 σε περίπου 6 εκατομμύρια νέους Αμερικανούς να αποκτήσουν ασφαλιστική κάλυψη. (Kominski et al., 2017)



Οι διάφορες διατάξεις του νόμου είχαν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της πρόσβασης και της οικονομικής προσιτότητας των υπηρεσιών υγείας. Στο διάγραμμα 3.2 απεικονίζεται η μη χρήση υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του κόστους στις ΗΠΑ για τα έτη 2010 και 2016. Στο διάγραμμα 3.2 φαίνεται πως το 2016 υπήρξε μία μικρή μείωση των ασθενών οι οποίοι παρέλειψαν κάποια ιατρική επίσκεψη εξαιτίας του κόστους, σε σχέση με το 2010. Επιπλέον, μειώθηκε το ποσοστό των ασθενών που παρέλειψε ιατρικές εξετάσεις εξαιτίας του κόστους από 21,9% το 2010 σε 19,5% το 2016 (2,4 ποσοστιαίες μονάδες) και το ποσοστό των ασθενών οι οποίοι παρέλειψαν τη λήψη

συνταγογραφούμενων φαρμάκων εξαιτίας του κόστους από 21,4% το 2010 σε 18,1% το 2016 (3,3 ποσοστιαίες μονάδες).

Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 3.768 ενήλικες ηλικίας 18 έως 25 ετών και 3.717 το 2011 βρέθηκε πως υπήρξε αύξηση του ποσοστού των νέων ενηλίκων που υπεβλήθησαν σε εξετάσεις ρουτίνας από 44,1% το 2009 σε 47,8% το 2011. Επιπλέον, υπήρξε αύξηση στο ποσοστό των νέων οι οποίοι πραγματοποίησαν οδοντιατρική επίσκεψη από 55,2% το 2009 σε 60,9% το 2011, ενώ υπήρξε αύξηση και στο ποσοστό όσων υπεβλήθησαν σε εξετάσεις για την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης. Αντιθέτως, υπήρξε μία μικρή μείωση του ποσοστού των νέων που εμβολιάστηκαν για τη γρίπη από το 22,1% το 2009 στο 21,5% το 2011. (Lau et al., 2014)

Τέλος, χάρη στο νόμο μειώθηκε και το ασφαλιστικό κενό του Μέρους Δ του προγράμματος Medicare, καθώς την περίοδο 2010-2016 μειώθηκε το κόστος για τους εγγεγραμμένους στο πρόγραμμα κατά 20 δισεκατομμύρια δολάρια. (Obama, 2016)

Παρόλο που ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας μείωσε αρκετά το ποσοστό των ανασφάλιστων, σύμφωνα με το γραφείο Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, 27,5 εκατομμύρια Αμερικανοί πολίτες (8,5%) παρέμειναν χωρίς ασφάλιση υγείας κατά τη διάρκεια του 2018.

Ένας από τους παράγοντες για τους εναπομείναντες ανασφάλιστους είναι το ασφαλιστικό κενό που δημιούργησε η απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου το 2012, η οποία έδωσε τη δυνατότητα στις Πολιτείες να επιλέξουν αν θα προβούν σε επέκταση του προγράμματος Medicaid ή όχι. Η απόφαση των 14 Πολιτειών να μην προβούν σε επέκταση του προγράμματος είχε ως αποτέλεσμα περίπου 2,5 εκατομμύρια πολίτες με ετήσιο εισόδημα υψηλότερο από το εθνικό επίπεδο φτώχειας και ταυτόχρονα χαμηλότερο από το κατώτερο όριο για τη χορήγηση επιδότησης για την αγορά ασφάλισης να παραμένουν ανασφάλιστοι. (Garfield et al., 2019)

Η διαφορά στο επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης επιβεβαιώνεται και από την έκθεση του Γραφείου Απογραφής των Η.Π.Α., σύμφωνα με την οποία στις πολιτείες οι οποίες προχώρησαν στην επέκταση του προγράμματος Medicaid έμειναν χωρίς ασφάλιση υγείας το 2018 το 16,9% των ατόμων με ετήσιο εισόδημα κάτω από το ομοσπονδιακό επίπεδο φτώχειας και το 12,7% όσων το εισόδημα κυμάνθηκε από το

100% έως το 399% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις πολιτείες στις οποίες δεν επεκτάθηκε το πρόγραμμα είναι 35,6% και 21,2%, δηλαδή 18,7 και 8,5 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερα.

Επιπλέον πρόβλημα αποτελεί το χαμηλό ποσοστό των ατόμων που επιλέγουν να αγοράσουν ασφάλιση υγείας από τις ηλεκτρονικές αγορές, εξαιτίας των υψηλών ασφαλιστρών και της υψηλής συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος αλλά και λόγω του στενού δικτύου παρόχων υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστικά, σύμφωνα με έρευνα του Γραφείου Απογραφής των ΗΠΑ, μόνο το 3,3% όσων είχαν ασφάλιση υγείας το 2018, την απέκτησαν από τις ηλεκτρονικές αγορές. Αντιθέτως, μεγάλο μέρος των νέων ασφαλισμένων απέκτησαν ασφαλιστική κάλυψη μέσω της επέκτασης του προγράμματος Medicaid, γεγονός που θα επιβαρύνει επιπλέον τα ταμεία των πολιτειών όταν θα κληθούν να συνεισφέρουν οικονομικά, καθώς τα πρώτα έτη το κόστος της επέκτασης του προγράμματος καλύπτεται εξολοκλήρου από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση. (Manchikanti et al., 2017)

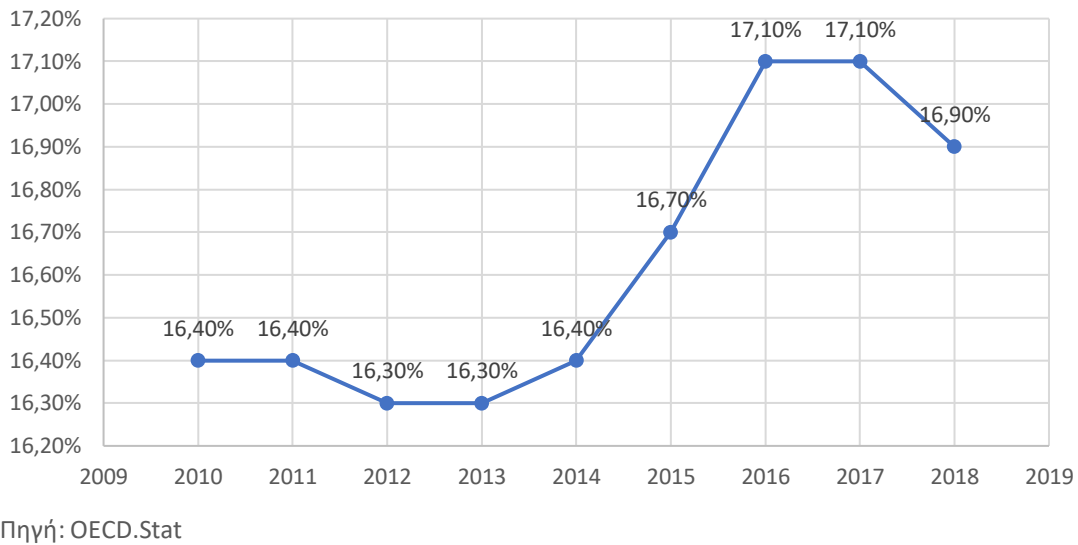
Τέλος, έξι εκατομμύρια ασφαλισμένοι Αμερικανοί πολίτες έμειναν ανασφάλιστοι καθώς τα ασφαλιστικά πακέτα τα οποία είχαν επιλέξει δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις που έθετε ο νόμος. (Oberland, 2016) (Manchikanti et al., 2017)

### **3.8.2. Δαπάνες υγείας και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

Σημαντικός στόχος του νόμου αποτελεί η μείωση του ρυθμού ανάπτυξης των δαπανών για την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Στο διάγραμμα 3.3 απεικονίζεται η εξέλιξη των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής για την περίοδο από το 2010 έως και το 2018. Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.3, από το 2010 έως το 2014, το ποσοστό του ΑΕΠ το οποίο δαπανήθηκε για την υγεία παρέμεινε σταθερό, ενώ υπήρξε αύξηση το 2015 σε 16,7% και το 2016 σε 17,1% . Το 2018 οι ΗΠΑ δαπάνησαν για τον τομέα της υγείας το 16,9% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος τους.

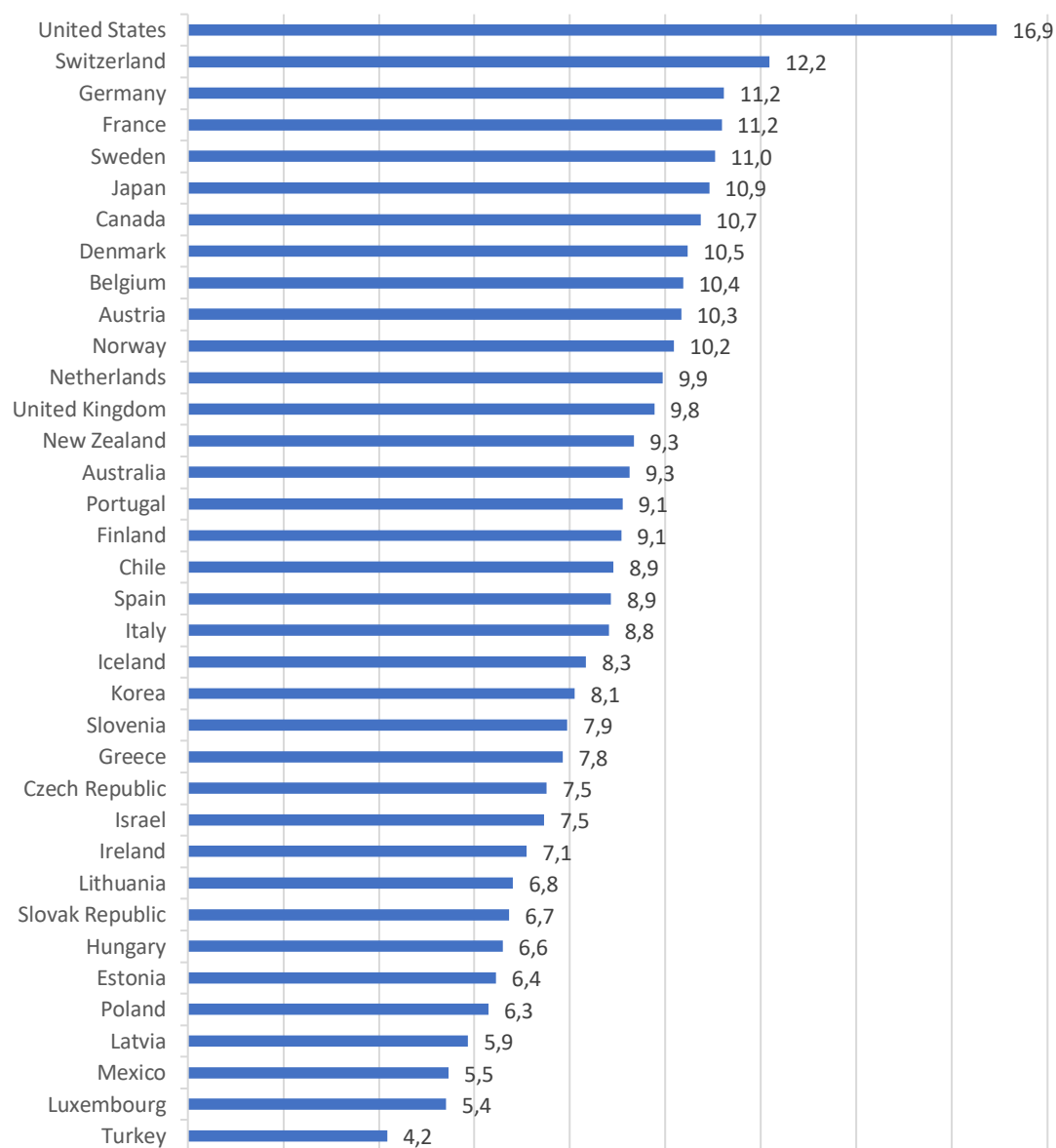
Διάγραμμα 3.3: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, 2010-2018



Στο διάγραμμα 3.4 απεικονίζονται οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ για το έτος 2018. Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.4, το 2018 οι ΗΠΑ εξακολουθούν να δαπανούν το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ στον τομέα της υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες- μέλη του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα, οι ΗΠΑ δαπάνησαν το 2018 το 16,9% του ΑΕΠ, όταν ο μέσος όρος των χωρών – μελών του ΟΟΣΑ ήταν 8,8%, δηλαδή 8,1 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα. Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.4, δεύτερη χώρα όσον αφορά τις δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ έρχεται η Ελβετία με 12,2%, δηλαδή 4,7 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από τις ΗΠΑ, και έπειτα ακολουθούν η Γερμανία και η Γαλλία με 11,2% του ΑΕΠ τους να δαπανείται στον τομέα της υγείας, δηλαδή 5,7 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από τις ΗΠΑ.

Σύμφωνα, μάλιστα, με προβλέψεις του ΟΟΣΑ, το ποσοστό του ΑΕΠ που θα δαπανήσουν οι Η.Π.Α. το 2030 θα φτάσει το 22,2%, σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο των 36 χωρών – μελών του ΟΟΣΑ, που προβλέπεται να φτάσει στο 10,2%. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η Ελβετία με 14,5%, στην τρίτη θέση ο Καναδάς με 13,3% και στην τέταρτη θέση η Γαλλία με 13,1%. (Health at a Glance, 2019)

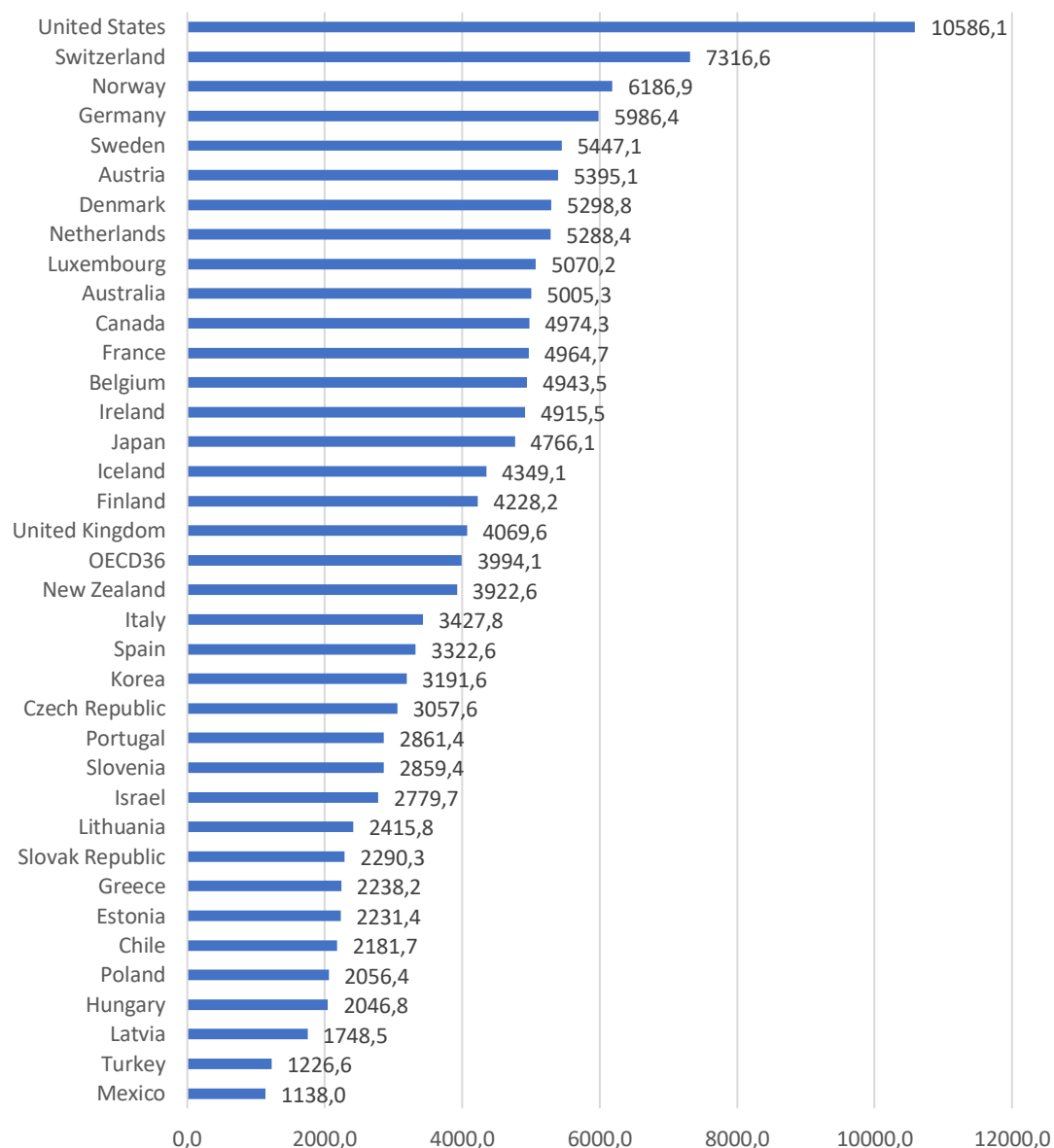
Διάγραμμα 3.4: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, χώρες του ΟΟΣΑ, 2018



Πηγή: OECD.Stat

Επιπλέον, σύμφωνα με το διάγραμμα 3.5, στο οποίο απεικονίζονται οι κατά κεφαλήν δαπάνες των χωρών – μελών του ΟΟΣΑ για το 2018, οι ΗΠΑ έχουν τις υψηλότερες με διαφορά κατά κεφαλήν δαπάνες. Συγκεκριμένα, οι ΗΠΑ δαπάνησαν 10.586,1\$ κατά κεφαλήν, ποσό υπερδιπλάσιο από το μέσο όρο των χωρών – μελών του ΟΟΣΑ ο οποίος ήταν για το 2018, 3.994,1\$. Δεύτερη χώρα σε κατά κεφαλήν δαπάνες για το 2018 ήταν η Ελβετία με 7.316,6\$, τρίτη χώρα ήταν η Νορβηγία με 6.186,9\$ ενώ τέταρτη σε κατά κεφαλήν δαπάνες ήταν η Γερμανία με 5.986,4\$.

Διάγραμμα 3.5: Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία,  
USD PPP, 2018



Πηγή: OECD.Stat

Στον πίνακα 3.2 παρουσιάζεται η διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση την πηγή χρηματοδότησης στις ΗΠΑ για τα έτη 2010 και 2017. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 3.2, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία και συγκεκριμένα το 84,5% καλύπτεται από κυβερνητικές πηγές και υποχρεωτικά συστήματα πληρωμών. Πρόκειται για μία αύξηση 36,1 ποσοστιαίων μονάδων, η οποία οφείλεται στην ατομική υποχρέωση για ασφάλιση υγείας που εισήγαγε ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας εντάσσοντας κάθε ασφάλιση υγείας στα υποχρεωτικά συστήματα πληρωμών. Από τον πίνακα 3.2

παρατηρούμε επίσης μία μικρή μείωση του ποσοστού των δαπανών για τον τομέα της υγείας που καλύπτονται από ιδιωτικές πληρωμές από 12,2% το 2010 σε 11% το 2017.

Πίνακας 3.2: Διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση το είδος χρηματοδότησης, σε ποσοστό %, 2010 και 2017

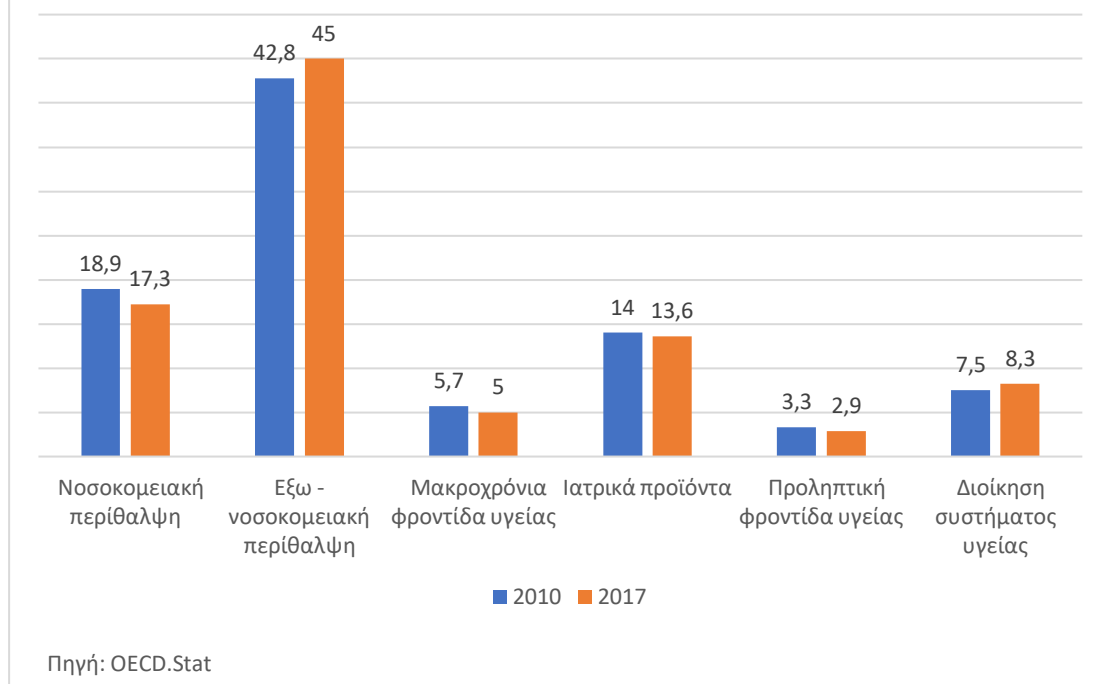
	2010	2017	Διαφορά 2010 - 2017
Υποχρεωτικά συστήματα πληρωμών / Κυβερνητικές πηγές	48,4	84,5	36,1
Εθελοντικά συστήματα πληρωμών	39,4	4,5	-34,9
Ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket)	12,2	11	-1,2

Πηγή: OECD.Stat

Στο διάγραμμα 3.6 απεικονίζεται η διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση τον τύπο των υπηρεσιών για τα έτη 2010 και 2017 στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.6, το 2017 υπήρξε μία αύξηση του ποσοστού των δαπανών για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη διοίκηση του συστήματος υγείας, ενώ μειώθηκε το ποσοστό των δαπανών για τη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας σε σχέση με το 2010. Τέλος, παρά τη σημασία της προληπτικής φροντίδας υγείας για τον νόμο για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας, το ποσοστό των δαπανών για την προληπτική φροντίδα υγείας μειώθηκε από το 3,3% που ήταν το 2010 σε 2,8% το 2017



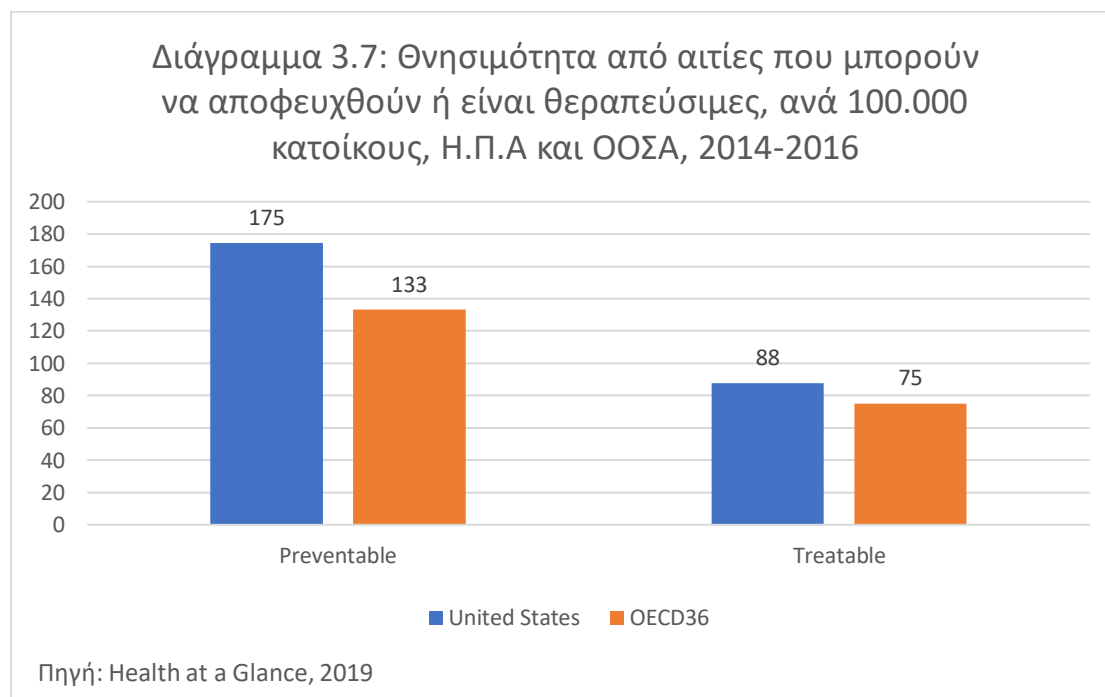
Διάγραμμα 3.6: Διάκριση των δαπανών για την υγεία με βάση τον τύπο υπηρεσιών, % επί των δαπανών υγείας, ΗΠΑ, 2010 και 2017



Σύμφωνα με το Department of Health and Human Services, το 2016 το 30% των πληρωμών του προγράμματος Medicare πραγματοποιήθηκε μέσω εναλλακτικών πληρωμών όπως συσσωρευμένες πληρωμές και ACOs γεγονός όμως που δεν συσχετίζεται με σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων για το σύστημα υγείας, καθώς για τα συστήματα σωρευμένων πληρωμών είναι νωρίς για να υπάρξουν στοιχεία, ενώ όσον αφορά τα ACOs, μόνο η μειοψηφία που στόχευσε σε προγράμματα με μεγαλύτερο οικονομικό ρίσκο και μεγαλύτερα κίνητρα πέτυχε μία μείωση της τάξης του 1,2% των δαπανών του προγράμματος Medicare, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ACOs που δεν είχε αντίστοιχα αποτελέσματα. (Obama, 2016) (Doran et al., 2017)

Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ομοσπονδιακό επίπεδο από τον Ιανουάριο του 2012 μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2015 σε 83.431 άτομα, παρατηρήθηκε μείωση των ιδιωτικών δαπανών κατά 11,9%. Συγκεκριμένα, υπήρξε μείωση 21,4% για τις δαπάνες των ατόμων με εισόδημα κάτω από το 138% του εθνικού επιπέδου φτώχειας, 18,5% για τις δαπάνες των ατόμων με εισόδημα από 139% έως 250% του εθνικού επιπέδου φτώχειας, και μείωση 12,8% στις ιδιωτικές δαπάνες των ατόμων με εισόδημα από 251% έως και 400% του εθνικού επιπέδου φτώχειας.

Αντιθέτως, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε μία αύξηση 12,1% της μέσης δαπάνης για ασφάλιστρα, με τη μεγαλύτερη αύξηση, πάντως να εμφανίζεται στα άτομα υψηλότερου εισοδήματος. (Goldman et al., 2018)



Στο διάγραμμα 3.7 απεικονίζεται η θνησιμότητα από αιτίες που μπορούν να αποφευχθούν ή είναι θεραπεύσιμες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ για την περίοδο 2014-2016. Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.7, την περίοδο 2014-2016 η θνησιμότητα από αιτίες που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ήταν αυξημένη κατά 24% σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών – μελών του ΟΟΣΑ. Αντίστοιχα, την ίδια περίοδο η θνησιμότητα από αιτίες οι οποίες είναι θεραπεύσιμες ήταν 14,8% υψηλότερα στις Η.Π.Α. σε σχέση με το μέσο όρο στον ΟΟΣΑ.

Στον πίνακα 3.3 παρουσιάζονται κάποιοι επιλεγμένοι δείκτες υγείας για τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής για τα έτη 2010 και 2017. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 3.3, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση το 2017 παρέμεινε το ίδιο με το 2010, ενώ το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 για τους άνδρες και τις γυναίκες αυξήθηκε κατά 0,4 και 0,3 έτη αντίστοιχα. Επιπλέον, η βρεφική θνησιμότητα από 6,1 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις το 2010 μειώθηκε σε 5,8 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις (-0,3 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις). Αντιθέτως, τα πιθανά χαμένα έτη ζωής ανά

100.000 άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, αυξήθηκαν από το 2010 στο 2016 κατά 320,2 έτη. Τέλος, το 2017 υπήρξε μία μικρή μείωση 0,4% σε σχέση με το 2010, του ποσοστού των ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών οι οποίοι αξιολόγησαν την υγεία τους ως κακή ή πολύ κακή και μία μικρή αύξηση 0,3% του ποσοστού όσων αξιολόγησαν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή.

Πίνακας 3.3: Δείκτες υγείας, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, 2010 και 2017

	2010	2017	Διαφορά 2010 - 2017
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (σε έτη)	78,6	78,6	0
Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 (Γυναίκες) (σε έτη)	20,3	20,6	0,3
Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 (Άνδρες) (σε έτη)	17,7	18,1	0,4
Βρεφική θνησιμότητα (Θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις)	6,1	5,8	-0,3
Πιθανά χαμένα έτη ζωής (χαμένα έτη ζωής / 100.000 άτομα ηλικίας 75+)	6227,5	6547,7*	320,2
Αξιολόγηση της υγείας ως κακή / πολύ κακή (% άτομα ηλικίας 15+)	3	2,6	-0,4
Αξιολόγηση της υγείας ως καλή / πολύ καλή (% άτομα ηλικίας 15+)	87,6	87,9	0,3

Πηγή: OECD.Stat , \*Τα στοιχεία για τα πιθανά χαμένα έτη ζωής είναι για το 2016

Ένα από τα βασικά εργαλεία του νόμου για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι επιβολή κινήτρων και προστίμων με σκοπό τη μείωση των επανεισαγωγών και των ιατρικών σφαλμάτων. Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2015, τα ποσοστά των επανεισαγωγών μέσα σε 30 ημέρες των δικαιούχων του προγράμματος Medicare μειώθηκαν κατά σχεδόν 150.000 ετησίως.

Επιπλέον, από το 2010 έως το 2013 υπήρξε μείωση κατά 17% των ιατρικών σφαλμάτων, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την πρόληψη 50.000 θανάτων και την εξοικονόμηση 12 δισεκατομμυρίων δολαρίων. (Blumenthal et al., 2015)

Επιπλέον σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 3.387 νοσοκομεία από τον Οκτώβρη του 2007 μέχρι το Μάιο του 2015 σε εξαγωγές των ασθενών του προγράμματος Medicare, παρατηρήθηκε πως το ποσοστό των επανεισαγωγών μέσα σε 30 ημέρες για τις ιατρικές περιπτώσεις για τις οποίες ο νόμος προβλέπει πρόστιμο, μειώθηκαν από 21,5% των περιπτώσεων στο 17,8%, με τη μεγαλύτερη μείωση να παρατηρείται από τη θέσπιση του νόμου μέχρι και τον Οκτώβριο του 2012. (Zuckerman et al., 2016)

Τέλος, παρατηρείται μείωση και των ιατρικών σφαλμάτων κατά 17% από τη θέσπιση του νόμου μέχρι και το 2014, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα, σύμφωνα με το Agency for Healthcare Research and Quality, την αποφυγή 87.000 θανάτων. (Obama, 2016)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Συμπεράσματα

Επιδίωξη της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η ανάλυση του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και η ανάδειξη της αναγκαιότητας για μεταρρύθμισή του, καθώς επίσης και η ανάλυση του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας και τα αποτελέσματά του.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην παρούσα εργασία, παρά το γεγονός πως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δαπανούν για τον τομέα της υγείας σχεδόν διπλάσιο ποσοστό του ΑΕΠ τους σε σχέση με το μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών – μελών του ΟΟΣΑ (16,4% στις ΗΠΑ έναντι 8,7% στις χώρες - μέλη του ΟΟΣΑ το 2010), δεν προσφέρουν καθολική κάλυψη υγείας και δεν έχουν να επιδείξουν ιδιαίτερα υψηλούς δείκτες υγείας. Συγκεκριμένα, το 16,3% (περίπου 50 εκατομμύρια άτομα) των Αμερικανών πολιτών το 2010 παρέμενε χωρίς ασφάλιση υγείας με αποτέλεσμα να μην έχουν δεδομένη τη λήψη των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας και να έχουν αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό διαθέτε ανεπαρκή ασφάλιση υγείας. Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, το 2010 οι ΗΠΑ βρέθηκαν στην 33<sup>η</sup> θέση ανάμεσα σε 36 χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα και στην 26<sup>η</sup> θέση ανάμεσα σε 36 χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση. Τέλος, τα ιατρικά λάθη αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, καθώς ευθύνονται για τον θάνατο περίπου 98.000 Αμερικανών πολιτών το χρόνο. Από τα παραπάνω, μπορούμε να διαπιστώσουμε την αναγκαιότητα για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Μετά από πολλές προσπάθειες για μεταρρύθμιση σε ομοσπονδιακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο πολιτειών, η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας επιτεύχθηκε το 2010 μέσω του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας. Σκοπός του νόμου ήταν η αντιμετώπιση των παθογενειών του Αμερικανικού συστήματος υγείας με βασικούς στόχους τη μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών και την προσιτή φροντίδα υγείας, τη συγκράτηση των δαπανών για τον τομέα της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βασικό εργαλείο του νόμου, για την επίτευξη της προσιτής φροντίδας υγείας και της μείωσης των ανασφάλιστων, ήταν η επέκταση του προγράμματος Medicaid, η

δημιουργία ηλεκτρονικών αγορών σε κάθε πολιτεία για τη διευκόλυνση της σύγκρισης και αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καθώς και η επιδότηση και η άρση των εμποδίων για όσους επιθυμούν να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Όσον αφορά τη συγκράτηση των δαπανών για την υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας, ο νόμος εισάγει νέους τρόπους αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας με βάση την αξία και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και όχι την ποσότητα, καθώς επίσης περιλαμβάνει κίνητρα και πρόστιμα ανάλογα με τη χρήση των πόρων για τον τομέα της υγείας.

Χάρη στις μεταρρυθμίσεις που εισήγαγε ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας το ποσοστό των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών μειώθηκε μέσα σε οκτώ έτη κατά 7,8 ποσοστιαίες μονάδες με εκατομμύρια Αμερικανών πολιτών να αποκτούν ασφάλιση υγείας, ενώ ο νόμος συνείσφερε και στη βελτίωση της προσιτότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς μειώθηκε το ποσοστό όσων παρέλειπε τη χρήση υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του κόστους. Επιπλέον, τα πρώτα χρόνια μετά τη θέσπιση του νόμου παρατηρήθηκε μια διατήρηση του ποσοστού του ΑΕΠ που δαπάνησαν οι ΗΠΑ για τον τομέα της υγείας, ενώ τέλος μετά τη θέσπιση του νόμου παρατηρήθηκε μείωση των ιατρικών σφαλμάτων αλλά και των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία.

Παρά την ύπαρξη θετικών αποτελεσμάτων από τις μεταρρυθμίσεις του νόμου, τα διάφορα προβλήματα εφαρμογής καθώς και οι ελλείψεις του νόμου επέτρεψαν μόνο μία περιορισμένη επίτευξη των στόχων του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας. Συγκεκριμένα, εξαιτίας της απόφασης 14 πολιτειών να μην επεκτείνουν το πρόγραμμα Medicaid, μετά την απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου, 2,5 εκατομμύρια πολίτες έμειναν ανασφάλιστοι, ενώ επιπλέον 6 εκατομμύρια Αμερικανοί πολίτες οι οποίοι είχαν ήδη αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση υγείας έμειναν ανασφάλιστοι καθώς το ασφαλιστικό τους πακέτο δεν πληρούσε τις προϋποθέσεις που έθετε ο νόμος. Επιπλέον, παρά τη μη αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που δαπανείται για τον τομέα τη υγείας, οι ΗΠΑ εξακολουθούν να ξοδεύουν διπλάσιο ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών – μελών του ΟΟΣΑ (16,9% στις ΗΠΑ έναντι 8,8% στις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ το 2018), με τις προβλέψεις του ΟΟΣΑ να κάνουν λόγο για αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που δαπανείται για την υγεία στις ΗΠΑ να φτάσει το 22,2% το 2030. Ιδιαίτερη βελτίωση δεν παρατηρείται ούτε στους δείκτες υγείας καθώς σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το

2017, οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής βρέθηκαν στην 27<sup>η</sup> θέση ανάμεσα σε 35 χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπήρχαν στοιχεία όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση και στην 32<sup>η</sup> θέση ανάμεσα σε 34 χώρες όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα.





## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
- Νεκτάριος, Μ. (2005) *Ασφαλίσεις Ζωής & Υγείας*. Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε. Αθήνα.
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν. και Υφαντόπουλος, Ι. (2014) *Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 31(2): 172-185.
- Πιερράκος, Γ. (2008) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Τοπική Κοινωνία*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
- Σούλης, Σ. (1999) *Οικονομική της Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
- Rice, T. (2006) *Τα Οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση*. Μτφρ: Ν. Ρούσος. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα.
- Santerre, R.E. and Neun, S.P. (2013) *Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη*. Μτφρ. Α. Βοζίκης και Μ. Κελέση – Σταυροπούλου. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

### Ξενόγλωσση

- Berchick, E.R., Barnett, J.C. and Upton, R.D. (2019) *Health Insurance Coverage in the United States: 2018*. Current Population Reports P60-267. U.S. Census Bureau. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Berwick, D.M and Hackbarth, A.D. (2012) *Eliminating Waste in US Health Care*. JAMA. 307(14): 1513-1516.
- Bethel, C.D., Kogan, M.D., Strickland, B.B., Schor, E.L., Robertson, J. and Newacheck, P.W. (2011) *A National and State Profile of Leading Health Problems and Health Care Quality for US Children: Key Insurance Disparities and Across-State Variations*. Academic Pediatrics. 11(3S): S22-S33.
- Blumenthal, D., Abrams, M. and Nuzum, R. (2015) *The Affordable Care Act at 5 Years*. The New England Journal of Medicine. 372(25): 2451-2458.

- Busse, R. and Blumel, M. (2014) *Germany: health system review*. Health Systems in Transition. 16(2): 1-296.
- Busse, R., Blumel, M. and Barnighausen, T. (2017) *Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition*. Lancet. 390: 882-97.
- Butler, S.M. (2016) *The Future of the Affordable Care Act. Reassessment and Revision*. JAMA. 316(5): 495-497.
- Chevreul, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I. and Hernandez-Quevedo, C. (2015) *France: Health system review*. Health Systems in Transition. 17(3): 1-218.
- Cutler, D.M., Davis, K. and Stremikis, K. (2009) *Why Health Reform Will Bend the Cost Curve*. Commonwealth Fund Issue Brief. 1351(72).
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neil, C. and Steel, D. (2015) *United Kingdom: Health system review*. Health Systems in Transition. 17(5): 1-125.
- DeNavas-Walt, C., Proctor, B.D., and Smith, J.C. (2011) *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010*. Current Population Reports, P60-239. U.S. Census Bureau. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Doran, T., Maurer, K.A. and Ryan, A.M. (2017) *Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care*. Annual Review of Public Health. 38: 449-465.
- Folland, S., Goodman, A.C. and Stano, M. (2013) *The Economics of Health and Health Care*. 7<sup>th</sup> Edition. Pearson Prentice Hall. New Jersey.
- French, M.T., Homer, J., Gumus, G. and Hickling, L. (2016) *Key Provisions of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA): A Systematic Review and Presentation of Early Research Findings*. Health Services Research. 51: 1735-1771.
- Gabel, J.R., Whitmore, H., Pickreign, J., Satorius, J.L. and Stromberg, S. (2013) *Small Employer Perspectives on the Affordable Care Act’s Premiums, SHOP Exchanges, and Self-Insurance*. Health Affairs. 32(11): 2032-2039.
- Gaffney, A. and McCormick, D. (2017) *The Affordable Care Act: implications for health-care equity*. Lancet. 389: 1442-1452.

- Getzen, T. (2010) *Health Economics and Financing*. 4<sup>th</sup> Edition. John Wiley & Sons, Inc. United States of America.
- Goldman, A.L., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., Bor, D.H. and McCormick, D. (2018) *Out-of-Pocket Spending and Premium Contributions After Implementation of the Affordable Care Act*. JAMA Internal Medicine. 178(3): 347-355.
- Gostin, L.O., DeBartolo, M.C. and Hougendobler, D.A. (2015) *King v Burwell. Subsidizing US Health Insurance for Low- and Middle-Income Individuals*. JAMA. 314(4): 333–334.
- Greenwald, H.P. (2010) *Health Care in the United States. Organization, Management, and Policy*. Jossey-Bass. San Francisco.
- Holahan, J. and Blumberg, L. (2006) *Massachusetts health care reform: A look at the issues*. Health Affairs. 25: w432-w443.
- Kominski, G.F., Nonzee, N.J. and Sorensen, A. (2017) *The Affordable Care Act's Impacts on Access to Insurance and Health Care for Low-Income Populations*. Ann. Rev. Public Health. 38: 489-505.
- Korda, H. and Eldridge, G.N. (2011) *How can we bend the cost curve? Payment Incentives and Integrated Care Delivery: Levers for Health System Reform and Cost Containment*. Inquiry. 48: 277-287.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. and van Ginneken, E. (2016) *The Netherlands: health system review*. Health Systems in Transition. 18(2): 1-239.
- Kumar. S. and Steinebach, M. (2008) *Eliminating US hospital medical errors*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 21(5): 444-471.
- Landrigan, C.P., Parry, G.J., Bones, C.B., Hachbarth, A.D., Goldman, D.A. and Sharek, P.J. (2010) *Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care*. N Engl J Med. 363: 2124-2134.
- Lau, J.S., Adams, S.H., Park, M.J., Boscardin, W.J. and Irwin, C.E. Jr. (2014) *Improvement in preventive care of young adults after the affordable care act: the affordable care act is helping*. JAMA Pediatr. 168(12): 1101-1106.
- Manchikanti, L., Helm, S., Benyamin, R.M. and Hirsch, J.A. (2017) *A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few?* Pain Physician. 20: 111-138.

- McDonough, J.E. (2014) *Health system reform in the United States*. Int J Health Policy Manag. 18(2): 5-8.
- McDonough, J.E., Rosman, B., Phelps, F. and Shannon, M. (2006) *The third wave of Massachusetts health care access reform*. Health Affairs. 25: w420-w431.
- Morone, J.A. (2018) *Presidents and Health Reform: From Franklin D. Roosevelt to Barack Obama*. Health Affairs. 29(6): 1096-1100.
- Neubauer, D. (1993) *State Model: Hawaii. A Pioneer in Health System Reform*. Health Affairs. 12(2): 31-39.
- Obama, B. (2016) *United States Health Care Reform Progress to Date and Next Steps*. JAMA. 316(5): 525-532.
- Oberlander, J. (2016) *Implementing the Affordable Care Act: The Promise and Limits of Health Care Reform*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 41(4): 803-826.
- OECD (2019) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Orszag, P.R. and Emanuel, E.J. (2010) *Health Care Reform and Cost Control*. N ENGL J MED. 363(7): 601-603.
- Pham, J.C., Aswani, M.S., Rosen, M., Lee, HW., Huddle, M., Weeks, K. and Pronovost, P.J. (2012) *Reducing Medical Errors and Adverse Events*. Annu. Rev.Med. 63: 447-463.
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L.Y., Barnes, A.J., Saltman, R.B. and van Ginneken, E. (2013) *United States of America: Health system review*. Health Systems in Transition. 15(3): 1-431.
- Rodwin, V.G. (2018) *The French Health Care System*. World Hospitals and Health Services - Universal Health Coverage (UHC): Making progress towards the 2030 targets (special issue on universal coverage). 54(1): 49-55.
- Schoen, C., Collins, S.R., Kriss, J.L. and Doty, M.M. (2008) *How Many Are Underinsured? Trends Among U.S. Adults, 2003 And 2007*. Health Affairs. 27(4): w298-w309.
- Schuster, M.A., McGlynn, E.A. and Brook, R.H. (1998) *How Good Is the Quality of Health Care in the United States?* The Milbank Quarterly. 76(4): 517-563.

- Silvers, J.B. (2013) *The Affordable Care Act: Objectives and Likely Results in an Imperfect World*. *Annals of Family Medicine*. 11(5): 402-405.
- van Ginneken, E. (2015) *Perennial Health Care Reform – The Long Dutch Quest for Cost Control and Quality Improvement*. *N ENG J MED*. 373(10): 885-889.
- van Weel, C., Schers, H. and Timmermans, A. (2012) *Health Care in The Netherlands*. *J Am Board Fam Med*. 25: S12-17.
- van de Ven, W.P.M.M. and Schut, F.T. (2008) *Universal Mandatory Health Insurance in The Netherlands: A Model for The United States?* *Health Affairs*. 27(3): 771-781.
- White, C. (2007) *Health Care Spending Growth: How Different is the United States from the Rest of the OECD?* *Health Affairs*. 26(1): 154-161.
- Wilper, A.P., Woolhandler, S., Lasser, K.E., McCormick, D., Bor, D.H. and Himmelstein, D.U. (2009) *Health Insurance and Mortality in US Adults*. *American Journal of Public Health*. 99(12): 2289-2295.
- Zuckerman, R.B., Sheingold, S.H., Orav, E.J., Ruther, J. and Epstein, A.M. (2016) *Readmissions, Observation, and the Hospital Readmission Reduction Program*. *The New England Journal of Medicine*. 374(16): 1543-1551.

#### Διαδικτυακές Πηγές

- Centers for Medicine & Medicaid Services. *2011 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2011.pdf> . Προσβάσιμο στις 30/09/2019.
- Devers, K. and Berenson, R. (2009) *Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandaries? Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues*. 1-13. Διαθέσιμο στο: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/30721/411975-Can-Accountable-Care-Organizations-Improve-the-Value-of-Health-Care-by-Solving-the-Cost-and-Quality-Quandaries-.PDF>. Προσβάσιμο στις 30/09/2019.

- Garfield, R., Orgera, K. and Damico, A. (2019) *The Uninsured and the ACA: A Primer. Key Facts about Health Insurance and the Uninsured amidst Changes to the Affordable Care Act*. Διαθέσιμο στο: <http://files.kff.org/attachment/The-Uninsured-and-the-ACA-A-Primer-Key-Facts-about-Health-Insurance-and-the-Uninsured-amidst-Changes-to-the-Affordable-Care-Act>. Προσβάσιμο στις 30/09/2019.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Health Statistics 2019*. Διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>. Προσβάσιμο στις 30/09/2019.
- United States Census Bureau. *HIB-1. Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by Sex, Race and Hispanic Origin: 1999 to 2012*. Διαθέσιμο στο: <https://census.gov/data/tables/time-series/demo/health-insurance/historical-series/hib.html>. Προσβάσιμο στις 30/09/2019.
- United States Census Bureau. *HIC-9. Population Without Health Insurance Coverage by Race and Hispanic Origin: 2008 to 2018*. Διαθέσιμο στο: <https://census.gov/data/tables/time-series/demo/health-insurance/historical-series/hic.html>. Προσβάσιμο στις 30/09/2019.
- World Health Organization. *World Health Report 2000*. Διαθέσιμο στο: [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf). Προσβάσιμο στις 10/09/2019.