

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ  
ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 - 2014**

**Λαδοπούλου Σεραφεία-Παρασκευή**

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

Πειραιάς, 2016



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ  
ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 - 2014**

**Λαδοπούλου Σεραφεία-Παρασκευή, Α.Μ.:1424**

Επιβλέπων: Αγιακλόγλου Χ./ Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.  
Πειραιάς, 2016



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

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

**STUDY OF HEALTH EXPENDITURE  
IN THE EUROPEAN UNION DURING 2005 - 2014**

**Ladopoulou Serafeia - Paraskevi**

Supervisor: Agiakloglou C. / Professor, Department of Economics, University of  
Piraeus

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 &  
Management

Piraeus, Greece, 2016



## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον **καθηγητή κ. Χρήστο Αγιακλόγλου** που δέχτηκε να επιβλέψει την εκπόνηση της Διπλωματικής μου Εργασίας. Τον ευχαριστώ για το αδιάλειπτο ενδιαφέρον του, την συνεχή συμπαράστασή του και τις καίριες επισημάνσεις του, οι οποίες στάθηκαν καθοριστικές για την ολοκλήρωση της Διπλωματικής Εργασίας. Η συνεργασία μας υπήρξε εποικοδομητική και ωφέλιμη για το δικό μου πρόσωπο και θα κρατώ ως ελάχιστο δείγμα ευχαριστίας και ενθύμησης του προσώπου του, ενέχυρο τις γνώσεις που κατόρθωσε να μου μεταλαμπαδεύσει.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω το εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ για τις γνώσεις και τις πλούσιες εμπειρίες που αποκόμισα κατά τα δύο χρόνια της μεταπτυχιακής μου δραστηριότητας.





# Μελέτη των Δαπανών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση Κατά Την Περίοδο 2005 - 2014

**Σημαντικοί Όροι:** δαπάνες υγείας, σύστημα υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, ΣΛΥ

## Περίληψη

Επιγραμματικά στην Διπλωματική Εργασία, σημειώνεται πως ο βαθμός ανάπτυξης της οικονομίας όπως αυτός εκφράζεται με τον ρυθμό αύξησης του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα χρηματοδότησης των δημοσίων δαπανών υγείας. Οικονομίες με υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης τείνουν να δαπανούν υψηλότερα ποσά για την βελτίωση των συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, παρατηρείται αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, ιδιαίτερα μετά το 2008, έτος που ανέκυψε η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση. Για τον λόγο αυτόν, η Διπλωματική Εργασία μελετά την πορεία των δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την περίοδο 2005-2014.

Αρχικά, γίνεται εισαγωγή στο σύστημα υγείας και τις δαπάνες υγείας, εξηγείται η κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) και αναφέρονται οι ευρέως χρησιμοποιούμενοι δείκτες μέτρησης αποτελεσμάτων υγείας. Ακολουθεί, η θεωρητική προσέγγιση του θέματος με εκτεταμένη αναφορά σε σχετική βιβλιογραφία, ενώ παρουσιάζονται και αναλύονται τα δευτερογενή στοιχεία που αφορούν στις δαπάνες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την περίοδο 2005 - 2014. Η Διπλωματική Εργασία χρησιμοποιεί και στοιχεία της περιόδου 1990-2010 ως βάση αποτύπωσης της αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα αποτελέσματα υγείας.

Ως τελικό συμπέρασμα επισημαίνεται πως, παρά τις διαφορές τους, τα συστήματα υγείας στην ΕΕ βασίζονται σε ένα μείγμα των πηγών χρηματοδότησης. Ωστόσο, οι ανεπτυγμένες οικονομίες καταγράφουν υψηλά ποσοστά δημοσίων δαπανών επί των συνολικών δαπανών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με ανερχόμενες οικονομίες να ακολουθούν με σταθερούς ρυθμούς ανάπτυξης παρά την κρίση.



# **Study of Health Expenditure in The European Union During 2005 - 2014**

**Keywords:** health expenditure, health system, European Union, System of Health Accounts (SHA)

## **Abstract**

Summarizing this Thesis, it is observed that the growth of the economy as expressed in the Gross Domestic Product (GDP) growth is an important factor to determine the level of health expenditure in a nation. Economies with a high GDP growth rate are more likely to spend more for improving their health systems. At the same time, it is observed that the level of private health expenditure is rising, especially after 2008 when the global financial crisis came into effect. Therefore, this Thesis studies the trend of health expenditure in the European Union for the period 2005 – 2014.

After an introduction to health system and health expenditure, the Thesis explains the classification of health expenditure based on the System of Health Accounts (SHA) and analyzes mainstream health indicators. Then, an extended presentation of related literature review follows, whereas the secondary data which refer to health expenditure in the European Union during 2005 – 2014 are extensively analyzed. There are also secondary data related to health expenditure for the period 1990 – 2010, which serve as the basis for reflecting the uptrend pattern of the health expenditure in the developed economies. The repercussions of the global economic crisis on health measurements are also presented.

The Thesis concludes that although different in their structure, the health systems in the EU are using a mix of funding sources. However, the developed economies have high percentages of public health expenditure compared to the total health expenditure in the EU, while emerging economies are following at a steady growth rate in spite of the financial crisis.



## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	vii
Περίληψη.....	ix
Abstract .....	xi
Κατάλογος Πινάκων.....	xv
Κατάλογος Διαγραμμάτων .....	xvii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	1
1.1. Σκοπός και Στόχοι Εργασίας.....	1
1.1.1. Σύστημα Υγείας.....	2
1.1.2. Δαπάνες Υγείας και Μεθοδολογία Προσέγγισης .....	4
1.2. Πρωτοτυπία Εργασίας και Συμβολή στην Επιστήμη.....	6
1.3. Δομή Εργασίας.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	9
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	9
2.1. Μορφές Συστημάτων Υγείας.....	9
2.2. Το Πλαίσιο του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	10
2.2.1. Πλαίσιο Περίθαλψης.....	12
2.2.2. Ανάλυση SWOT Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	13
2.2.3. Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	15
2.2.3. Στατιστικά Στοιχεία Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα.....	16
2.3. Κατηγοριοποίηση Δαπανών Υγείας με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ).....	19
2.3.1 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Φορέα Χρηματοδότησης (ICHA-HF)...	21
2.3.2 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου (ICHA-HP).....	23
2.3.3 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας τους (ICHA-HC).....	26
2.4. Αποτελέσματα Υγείας.....	30
2.4.1 Το Προσδόκιμο Ζωής (Life Expectancy) και Σταθμισμένοι Δείκτες.....	30
2.5. Ανακεφαλαίωση.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	35
Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	35
3.1. Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (DEA).....	35
3.2. Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυγμένες Οικονομίες.....	36
3.3 Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυσσόμενες Οικονομίες.....	38
3.4 Μελέτες Αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων στην Ελλάδα.....	40

3.5. Η Οικονομία και το Επίπεδο Υγείας.....	41
3.5.1. Η Οικονομική Κρίση και το Σύστημα Υγείας.....	44
3.5.2 Η Οικονομική Κρίση και η Υγεία των Πολιτών.....	44
3.6. Ανακεφαλαίωση.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	49
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	49
4.1. Διαχρονική Ανάλυση των Δημοσίων Δαπανών Υγείας.....	49
4.2. Διαστρωματική Ανάλυση των Συνολικών Δαπανών Υγείας.....	52
4.3. Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας.....	53
4.3.1. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα.....	53
4.3.2. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Ιδιωτικό Τομέα.....	56
4.4. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου.....	58
4.5. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας τους.....	62
4.6. Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα.....	67
4.7. Ανακεφαλαίωση.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	73
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	73
5.1. Συμπεράσματα και Προοπτικές.....	73
5.2. Περιορισμοί Έρευνας.....	77
5.3. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1	Σύστημα Υγείας	4
Πίνακας 1.2	Διάκριση Δαπανών Υγείας	5
Πίνακας 1.3.	Το Σύστημα Υγείας ως Παραγωγική Διαδικασία	6
Πίνακας 2.1.	Ανάλυση SWOT Ελληνικού Συστήματος Υγείας	15
Πίνακας 2.2	Ιατρικό Προσωπικό στην Ελλάδα και την ΕΕ (2005 – 2014)	19
Πίνακας 2.3	Φορείς Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας	22
Πίνακας 2.4	Δαπάνες Υγείας αναλόγως του Παρόχου	25
Πίνακας 2.5	Πρωτοβάθμιοι Πάροχοι Φροντίδας Υγείας	26
Πίνακας 2.6	Δαπάνες Υγείας αναλόγως της Λειτουργίας	28
Πίνακας 2.7	Κατεύθυνση χρηματοδότησης υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και υγειονομική δραστηριότητα (2009- 2012)	30
Πίνακας 4.1	Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ στην ΕΕ (1990 – 2010)	50
Πίνακας 4.2	Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ (2005 – 2014)	54
Πίνακας 4.3.	Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % Συνολικών Δαπανών (2005 – 2014)	55
Πίνακας 4.4.	Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως % Συνολικών Δαπανών (2005 – 2014)	57
Πίνακας 4.5	Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα	67





## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1.	Ιατρικό Προσωπικό στην Ελλάδα και τις Χώρες του ΟΟΣΑ (2005 – 2014)	18
Διάγραμμα 3.1	Σχέση μεταξύ Κατάταξης Χωρών ανάλογα με τα Αποτελέσματα και τις Κατά Κεφαλήν Δαπάνες Υγείας	37
Διάγραμμα 3.2	Οι Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας μιας Χώρας	42
Διάγραμμα 3.3.	Η Επίδραση της Χρηματοοικονομικής Κρίσης στην Υγεία των Πολιτών	44
Διάγραμμα 4.1	Οι Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην Ε.Ε. (% ΑΕΠ) (2005 – 2014)	52
Διάγραμμα 4.2	Ρυθμός Αύξησης ΑΕΠ (%) και Δημοσίων Δαπανών Υγείας στην ΕΕ (2005-2014)	53
Διάγραμμα 4.3	Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014	58
Διάγραμμα 4.4	Δαπάνες Νοσοκομείων σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014	59
Διάγραμμα 4.5	Δαπάνες Εξω-Νοσοκομειακής Φροντίδας σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014	60
Διάγραμμα 4.6	Καταστήματα Λιανικής και Άλλοι Φορείς Παροχής Ιατρικών Προϊόντων σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014	61
Διάγραμμα 4.7	Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012	62

Διάγραμμα 4.8	Δαπάνες για Θεραπευτικές Φροντίδες και Φροντίδες Αποκατάστασης σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012	63
Διάγραμμα 4.9	Δαπάνες σε Ιατρικά Προϊόντα για Εξυπηρέτηση Εξωτερικών Ασθενών σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012	64
Διάγραμμα 4.10	Δαπάνες Μακροχρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012	65
Διάγραμμα 4.11	Δαπάνες για Βοηθητικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης σε Χώρες της Ευρώπης (% συν. Δαπανών), 2012	66
Διάγραμμα 4.12	Ρυθμός Αύξησης ΑΕΠ (%) Ελλάδος & ΕΕ (2005-2014)	69
Διάγραμμα 4.13	Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας Ελλάδος (2005-2014)	70

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εισαγωγή στο σύστημα υγείας και τις δαπάνες υγείας, παρουσιάζονται οι μεθοδολογίες προσέγγισης, καθώς και ο σκοπός και οι στόχοι της Διπλωματικής Εργασίας, η πρωτοτυπία και η δομή της.

#### 1.1. Σκοπός και Στόχοι Εργασίας

Η Διπλωματική Εργασία έχει σκοπό να μελετήσει την σχέση μεταξύ των δαπανών υγείας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Η μεθοδολογία της Διπλωματικής Εργασίας είναι η συλλογή των διαθέσιμων δεδομένων που αφορούν στις δαπάνες υγείας από έγκυρες πηγές και η σύγκρισή τους όσον αφορά στις μεταβολές που σημειώθηκαν κατά την περίοδο 2005 – 2014. Η Διπλωματική παρουσιάζει και στοιχεία της περιόδου 1990 – 2010, τα οποία πιστοποιούν την ανοδική τάση των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες και χρησιμοποιούνται ως συγκριτικά δεδομένα. Τα τελευταία χρόνια, η βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας έχει επεκταθεί σημαντικά, με αρκετές μελέτες να επικεντρώνονται στις ανεπτυγμένες οικονομίες, αντανακλώντας έτσι μεγαλύτερη διαθεσιμότητα δεδομένων αναφορικά με τις εισροές και εκροές του συστήματος υγείας.

Η βασική πρόκληση κάθε κυβέρνησης στον τομέα της υγείας είναι να βελτιώσει τα αποτελέσματα υγείας, όπως, για παράδειγμα, το προσδόκιμο ζωής, μειώνοντας παράλληλα το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα, δεδομένου ότι ο δημόσιος τομέας αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης). Πιο συγκεκριμένα, το 2014, η Ελλάδα δαπάνησε συνολικά για δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες το 9,3% του ΑΕΠ για την υγεία, ποσοστό ίσο με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.<sup>1</sup> Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, το ποσοστό μειώθηκε στο 9,1% εντός της χρηματοπιστωτικής

---

1 OECD (2014) OECD Health Statistics 2014 How does Greece compare? <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf> Ανάκτηση 12 Οκτωβρίου 2016

κρίσης.<sup>2</sup> Επιπλέον, το 2012, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα ανέρχεται στο 67% με τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ να ανέρχεται στο 72% (ΟΟΣΑ, 2014). Το 2016, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται στο 64% με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας να ανέρχονται στο 36%, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο 25% των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Υπουργείο Υγείας, 2016). Ένας ακόμα ιδιαίτερος παράγοντας είναι ότι το ποσοστό των πολιτών άνω των 65 ετών αυξάνεται με γρηγορότερο ρυθμό στην Ελλάδα από εκείνον στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ ταυτόχρονα τα ποσοστά γονιμότητας είναι σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Είναι προφανές ότι το ελληνικό σύστημα υγείας νοσεί και με τη γήρανση του πληθυσμού, αναμένεται οι πιέσεις για τον περιορισμό του κόστους των δαπανών υγείας να αυξηθούν στο εγγύς μέλλον.

### 1.1.1. Σύστημα Υγείας

Ως σύστημα υγείας ορίζεται η οργάνωση του συνόλου των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων καθώς και των επιμέρους υποσυστημάτων που προορίζονται για την διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.<sup>3</sup> Ένα σύστημα υγείας μπορεί να οργανωθεί σε διάφορα επίπεδα, τα οποία περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και τοπικά, επαρχιακά και περιφερειακά υποσυστήματα. Σε σχέση με το οργανωτικό τους πλαίσιο, τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε φιλελεύθερα (το σύστημα τιμών διαμορφώνει την παροχή υπηρεσιών υγείας), μικτά (συνδυασμός κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας / ασθένειας) και εθνικά (το κράτος ελέγχει την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας με ελεύθερη πρόσβαση και χρήση σε αυτές).<sup>4</sup>

Στοιχειώδης στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και προαγωγή του μέσου επιπέδου υγείας του πληθυσμού μίας χώρας και η ισότιμη παροχή υπηρεσιών σε όλα τα μέλη του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό, το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό

---

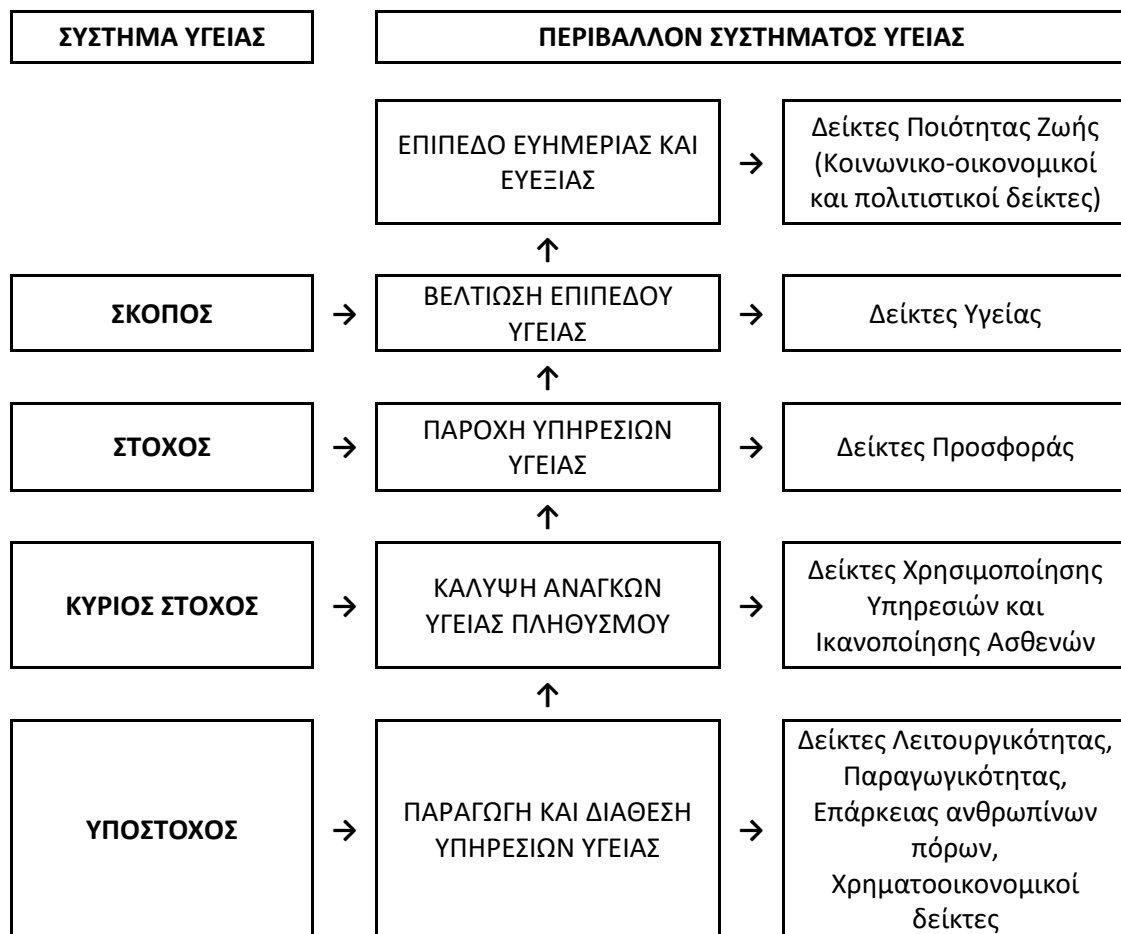
2 Υπουργείο Υγείας (2016). Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020

3 Σούλης, Σ. (1999) Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

4 Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., και Γείτονα Μ., (1999), Τα Οικονομικά της Υγείας Από Το Α ως το Ω, Εκδόσεις Εξάντας/Πολιτικές Υγείας, Αθήνα

θεσμό του κράτους, το οποίο θέτει στόχους που αφορούν στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού και στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω των μηχανισμών κάλυψης των δαπανών. Επομένως, ένα σύστημα υγείας αποτελείται από βασικά υποσυστήματα (Πίνακας 1.1), των οποίων η αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση είναι πολύ σημαντική για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος. Αυτά είναι η παραγωγή και διάθεση υπηρεσιών υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού και η παροχή των υπηρεσιών υγείας με στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας, την ευημερία και την ευεξία του πληθυσμού. Σύμφωνα με την αλληλεπίδραση των υποσυστημάτων αυτών παράγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες λειτουργικότητας και παραγωγικότητας των πόρων, χρησιμοποίησης υπηρεσιών και ικανοποίησης ασθενών, δείκτες προσφοράς, δείκτες υγείας και δείκτες ποιότητας ζωής.

**Πίνακας 1.1**  
**Σύστημα Υγείας**



Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, (2001)

Το σύστημα υγείας μιας χώρας χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού χρηματοδοτικών ρυθμίσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν τις κρατικές δαπάνες, την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και την προαιρετική ασφάλιση υγείας (δημόσια χρηματοδότηση) και τις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών, και των ιδιωτικών ασφαλιστικών επιχειρήσεων (ιδιωτική χρηματοδότηση). Τα κριτήρια για την μέτρηση των δαπανών υγείας να λαμβάνουν υπόψιν και τα τρία υποσυστήματα του συστήματος υγείας, προκείμενου να παράγονται σαφείς δείκτες προσφοράς, οι οποίοι εκτιμούν την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας και σαφείς δείκτες υγείας, οι οποίοι εκτιμούν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού.

### 1.1.2. Δαπάνες Υγείας και Μεθοδολογία Προσέγγισης

Ως δαπάνες υγείας ορίζονται οι δαπάνες που γίνονται με σκοπό την τελική κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι οι υπηρεσίες προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης (θεραπευτική φροντίδα, φροντίδα αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα, βοηθητικές υπηρεσίες) αλλά και οι συλλογικές υπηρεσίες πρόληψης και υπηρεσιών δημόσιας υγείας και διοίκησης υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, οι δαπάνες υγείας μπορούν να διακριθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες (Πίνακας 1.2), οι οποίες είναι ιατρικές δαπάνες, νοσοκομειακές δαπάνες και φαρμακευτικές δαπάνες.

**Πίνακας 1.2**  
**Διάκριση Δαπανών Υγείας**

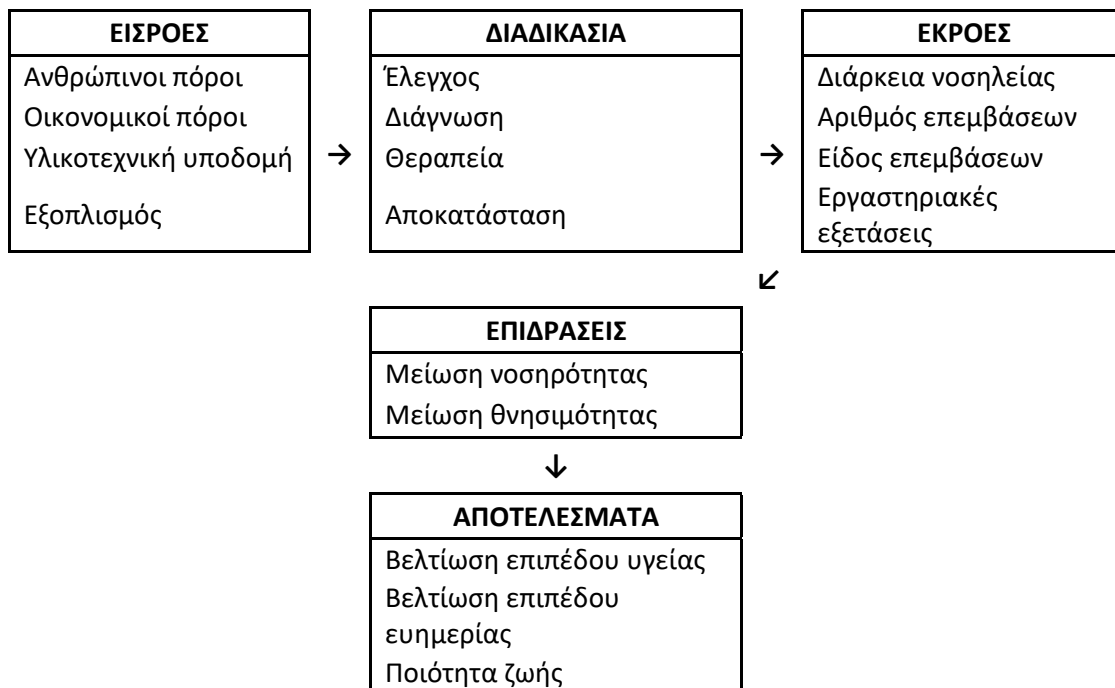
Ιατρικές	Νοσοκομειακές	Φαρμακευτικές
Αμοιβές ιατρών	Δαπάνες νοσηλείας	Δαπάνες φαρμάκων
Αμοιβές οδοντιάτρων	Δαπάνες επεμβάσεων	Δαπάνες πρόσθετης περίθαλψης (π.χ. οπτικά, ορθοπεδικά κλπ.)
Αμοιβές φυσιοθεραπευτών	Δαπάνες εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων	
Δαπάνες εργαστηριακών εξετάσεων	Δαπάνες φαρμάκων	
Δαπάνες για θεραπείες (π.χ. λουτροθεραπείες)		

Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, (1995)

Δεδομένου ότι το ύψος των συνολικών (δημοσίων και ιδιωτικών) δαπανών υγείας δεν επαρκεί για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας, η παρούσα Διπλωματική Εργασία αναφέρεται και σε μελέτες που αφορούν στην αποτελεσματικότητα των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σε ένα σύνολο ευρωπαϊκών χωρών, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Οι μεθοδολογίες που εφαρμόζονται στις μελέτες της παγκόσμιας σχετικής βιβλιογραφίας εκτιμούν την αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας αντιμετωπίζοντας το σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία (Πίνακας 1.3), η οποία χρησιμοποιεί εισροές και παράγει εκροές με στόχο την μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού και εντέλει την βελτίωση του επιπέδου υγείας, του επιπέδου ευημερίας και ευεξίας και της ποιότητας ζωής.

**Πίνακας 1.3**

**Το Σύστημα Υγείας ως Παραγωγική Διαδικασία**



Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρή, Σούλης, (1995)

Πιο συγκεκριμένα, οι δύο κύριες μη-παραμετρικές μέθοδοι που αναφέρονται είναι η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (Data Envelopment Analysis, DEA) και η τεχνική Free Disposal Hull (FDH).

Η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (DEA) είναι μία μη-παραμετρική μέθοδος, η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τους Charnes, Cooper και Rhodes το 1978.<sup>5</sup> Η μέθοδος βασίζεται στην ανάλυση της σχετικής αποδοτικότητας των μονάδων λήψης αποφάσεων (Decision Making Units, DMU), οι οποίες εκτελούν παρόμοια καθήκοντα και χρησιμοποιούν παρόμοιους πόρους (εισροές) για να παράγουν παρόμοια αποτελέσματα (εκροές). Ωστόσο, μπορεί να υπάρξουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο που συγκεκριμένες μονάδες συνδυάζουν τις εισροές για να παράγουν εκροές και αυτές οι διαφορές μπορούν να αφορούν το σύνολο μιας οικονομικής μονάδας, όπως για παράδειγμα ένα νοσοκομείο, ή οποιασδήποτε μορφή παραγωγικής μονάδας που μετασχηματίζει εισροές σε εκροές.

Η τεχνική Free Disposal Hull (FDH) είναι μία μη-παραμετρική μέθοδος, η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τους Deprins, Simar, και Tulkens το 1984.<sup>6</sup> Η μέθοδος λειτουργεί με παρόμοιο τρόπο όπως η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (DEA), δηλαδή βασίζεται σε μονάδες λήψης αποφάσεων οι οποίες χρησιμοποιούν εισροές για την παραγωγή εκροών, αλλά διαφέρει κυρίως στις υποθέσεις που υιοθετεί για την εκτίμηση της μέγιστης δυνατής παραγωγής.

## 1.2. Πρωτοτυπία Εργασίας και Συμβολή στην Επιστήμη

Οι παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας μπορούν να συνοψισθούν στην ανισότιμη κατανομή των ανθρώπινων και υλικών πόρων σε βάρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία οδήγησε σε χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Επιπλέον, η ποικιλομορφία παροχής υπηρεσιών υγείας κατά ασφαλιστικό φορέα επηρεάζει αισθητά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

---

5 Charnes, A., Cooper W.W., and Rhodes E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research* 2 (1978) 429 - 444.

6 Deprins, D., L. Simar and H. Tulkens. (1984). Measuring Labor Efficiency in Post Offices. In M. Marchand, P. Pestieau and H. Tulkens (eds.), *The Performance of Public Enterprises: Concepts and Measurements*. Amsterdam: North Holland.



Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα Διπλωματική Εργασία μελετά την σχέση μεταξύ των δαπανών υγείας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης σε ένα σύνολο χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Δεδομένης της σταθερής αύξησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, η μελέτη της σχέσης των δαπανών υγείας με την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει ενδιαφέρον.

Τα συμπεράσματα στα οποία οδηγούμαστε είναι χρήσιμα για ερευνητές και ειδικούς μελετητές, ακαδημαϊκούς και μη, αλλά και για τους φορείς χάραξης υγειονομικής πολιτικής, ώστε να χρησιμοποιηθούν ως βάση για την κατανόηση της μέχρι τώρα πορείας του ελληνικού συστήματος υγείας.

### **1.3. Δομή Εργασίας**

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια ως ακολούθως:

Στο Πρώτο Κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στο σύστημα υγείας και τις δαπάνες υγείας, παρουσιάζονται οι μεθοδολογίες προσέγγισης, καθώς και ο σκοπός και οι στόχοι της Διπλωματικής Εργασίας, η πρωτοτυπία και η δομή της.

Στο Δεύτερο Κεφάλαιο εξετάζονται οι μορφές των συστημάτων υγείας, το πλαίσιο του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, η κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), καθώς και οι δείκτες μέτρησης αποτελεσμάτων υγείας.

Στο Τρίτο Κεφάλαιο, παρουσιάζονται μελέτες για τα αποτελέσματα υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες, στις αναπτυσσόμενες οικονομίες και στην ελληνική οικονομία. Στη συνέχεια, η ανάλυση επικεντρώνεται στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα αποτελέσματα υγείας.

Στο Τέταρτο Κεφάλαιο παρουσιάζει διαχρονική ανάλυση των δαπανών υγείας κατά την περίοδο 1990-2010 ως βάση αποτύπωσης της αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Επιπλέον, αναλύονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την περίοδο 2005 – 2014 καθώς και ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την ίδια περίοδο. Τέλος, παρατίθενται στοιχεία για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.

Η Διπλωματική Εργασία ολοκληρώνεται με το Πέμπτο Κεφάλαιο όπου παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που απορρέουν από την ανάλυση των δευτερογενών στοιχείων, οι περιορισμοί της Διπλωματικής Εργασίας, καθώς και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζονται οι μορφές των συστημάτων υγείας, το πλαίσιο του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, η κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), καθώς και οι δείκτες μέτρησης αποτελεσμάτων υγείας.

#### 2.1. Μορφές Συστημάτων Υγείας

Οι δομές των συστημάτων ιατρικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Τα σημερινά συστήματα περίθαλψης χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία τόσο ως προς τον τρόπο χρηματοδότησής τους, όσο και ως προς τους τρόπους παροχής των ιατρικών φροντίδων. Ωστόσο, σε όλα τα εθνικά συστήματα υγείας, η παραγωγή και η διανομή υπηρεσιών υγείας βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβαρύνσεις τη στιγμή της χρήσης των υπηρεσιών από τους πολίτες.

Συγκεκριμένα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας.<sup>7</sup>

##### ➤ Αγγλοσαξονικό μοντέλο

Το αγγλοσαξονικό μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Sir William Beveridge το 1942 και οι πλέον αντιπροσωπευτικές χώρες του συστήματος αυτού είναι η Αγγλία και η Ιρλανδία.<sup>8</sup> Οι βασικές αρχές του αγγλοσαξονικού μοντέλου είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδότηση του αγγλοσαξονικού συστήματος υγείας λαμβάνει χώρα μέσα από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ οι κοινωνικές υπηρεσίες υγείας είναι αρμοδιότητα του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας (Health Service Executive, HSE).

##### ➤ Ηπειρωτικό μοντέλο

7 Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

8 Beveridge, W. (1942). Social Insurance and allied services. London, HMSO

Το ηπειρωτικό μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης υγείας αντιπροσωπεύει την πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Otto von Bismarck το 1883.<sup>9</sup> Η κύρια ιδέα του ηπειρωτικού μοντέλου είναι η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος υγείας, το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι λοιπές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν το σύστημα αυτό, το οποίο χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση.

➤ **Σκανδιναβικό μοντέλο**

Το σκανδιναβικό μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης υγείας επικεντρώνεται στις αρμοδιότητες της κεντρικής και τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οποίες είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, η Δανία, η Νορβηγία και η Φινλανδία έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου.

➤ **Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο**

Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας με ρίζες τόσο στη φιλοσοφία του αγγλοσαξονικού, όσο και του ηπειρωτικού μοντέλου. Οι χώρες της Νότιας Ευρώπης, έχοντας την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστάτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα, προέβησαν σε μεταρρυθμίσεις κατά την δεκαετία 1970 - 1980 με κύριο στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου και την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.

## **2.2. Το Πλαίσιο του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα**

Το ελληνικό σύστημα υγείας συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge. Το 1983 με το νόμο 1397/83 μπήκαν οι βάσεις για τη δημιουργία και την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Με την νομοθεσία για το ΕΣΥ επιδιώχθηκε αφ' ενός μεν η αποκέντρωση του συστήματος, αφ' ετέρου δε η εισαγωγή ενός ενιαίου πλαισίου στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, με την αναμόρφωση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού και την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Πλέον

---

<sup>9</sup> The Sickness Insurance Law (1883).

το κράτος ανέλαβε την ευθύνη παροχής καθολικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή οικονομικής δυνατότητας, ενώ παράλληλα απαγορεύτηκε η ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων. Παράλληλα συγχωνεύτηκε η χρηματοδότηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και αυτό έγινε για να επιτευχθεί εύρυθμος συντονισμός κατά την αναδιανομή και την συγκράτηση της αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών.<sup>10</sup>

Ο Ν.1397/83 προέβλεπε την κατάργηση όλων των μέχρι τότε μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ίδρυση κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, καθώς και την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους σε αυτά τα κέντρα υγείας. Τελικά, ιδρύθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου. Επιπροσθέτως, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) δεν συστάθηκαν και δεν λειτούργησαν με αποτέλεσμα να εξακολουθήσουν να υφίστανται ανισότητες αλλά και αδυναμίες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα οι αποφάσεις συνέχισαν να λαμβάνονται συγκεντρωτικά.

Η σημαντικότερη συνέπεια από τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ είναι η υπέρογκη οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων, με τη διόγκωση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα δημιουργήθηκαν γιατί υπό το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο δε μπορούσαν να συσταθούν ιδιωτικά νοσοκομεία και ενώ οι αδυναμίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα ήταν όλο και πιο αισθητές.

Με τον Ν.1397/83 δεν ρυθμίστηκε νομοθετικά η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τη δημιουργία μεγάλων χρηματικών ελλειμμάτων στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Στην ουσία, δεν ρυθμίστηκε νομοθετικά η κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων και δεν καθορίστηκαν οι πηγές χρηματοδότησης και οι μορφές αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας. Για την επίλυση αυτού του προβλήματος προτάθηκε η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε ενιαίο φορέα διαχείρισης.<sup>11</sup>

---

10 Κυριόπουλος, Γ. και Σισσούρας, Α. (1997). Ενιαίος φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα..

11 Χαραλάμπους, Α. και Τσίτση, Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(1):106-112.

### 2.2.1. Πλαίσιο Περίθαλψης

Παρά τις διαφορετικές μορφές συστημάτων υγείας, σε όλα τα συστήματα υγείας υπάρχουν δυο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης.<sup>12</sup> Οι δυο μορφές περίθαλψης αφορούν στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στο πλαίσιο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, ενώ οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο της νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.

- **Πρωτοβάθμιο Επίπεδο Περίθαλψης**

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από το κράτος, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τον ιδιωτικό τομέα. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν: α) ιδιώτες γιατροί β) ιατροί οι οποίοι ανήκουν στα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, (π.χ. ΙΚΑ), γ) νοσοκομεία και εξωτερικά ιατρεία που προσφέρουν γενικές και ειδικές υπηρεσίες δ) αγροτικά ιατρεία, και ε) κέντρα υγείας.

- **Δευτεροβάθμιο Επίπεδο Περίθαλψης**

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη αφορά στην προσφορά νοσοκομειακών υπηρεσιών, τόσο σε επίπεδο ιατρικής όσο και σε επίπεδο νοσηλευτικής, σε ασθενείς που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες στην Ελλάδα παρέχονται κυρίως από τρεις φορείς οι οποίοι είναι:

- **Δημόσια Νοσοκομεία:** Υπολογίζεται ότι το 68% περίπου των νοσοκομειακών κλινών ανήκει στα Δημόσια νοσοκομεία. Την ευθύνη για αυτά τα νοσοκομεία φέρει το κράτος, το οποίο ελέγχει την διοίκηση, την οργάνωση, την λειτουργία και την χρηματοδότηση αυτών.<sup>13</sup>
- **Ιδιωτικά νοσοκομεία-κλινικές:** Τα ιδιωτικά νοσοκομεία μέχρι και το 1993 κατείχαν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% στην Ελλάδα. Από το 1993 και μετά, έχουν παρουσιάσει σημαντική αύξηση λόγω της αδυναμίας του δημοσίου τομέα υγείας να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων για περίθαλψη.

---

12 Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

13 Μπέσης, Ν. (1993). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.

- Ανεξάρτητα φιλανθρωπικά ιδρύματα: Πρόκειται για νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ) και κατέχουν ένα πολύ μικρό ποσοστό των νοσοκομειακών κλινών. Συνήθως τα ιδρύματα αυτά λαμβάνουν κάποιες χρηματικές επιδοτήσεις από το κράτος ώστε να καλύψουν τις διάφορες ανάγκες τους. Αξίζει να σημειώσουμε ότι τα περισσότερα από αυτά τα ιδρύματα τα τελευταία χρόνια έχουν απορροφηθεί από το κράτος.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή διοικητική λειτουργία και έλλειψη κινήτρων για την αναζήτηση καλύτερης κατανομής των πόρων και της αποδοτικότητας. Τα δημόσια νοσοκομεία εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις σε επίπεδο κλινών, υπηρεσιών και προσωπικού. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο κράτος και τις κρατικές επιδοτήσεις. Επιπλέον, το κράτος καλύπτει ένα μεγάλο μέρος των μισθών των υπαλλήλων και εξόδων των νοσοκομείων, παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η συμβολή του μειώνεται συνεχώς. Η συμβολή των νοσηλίων τα οποία προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση είναι προβληματική λόγω της έντονης ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες.

- ***Η Τριτοβάθμια Περίθαλψη***

Η τριτοβάθμια περίθαλψη προσφέρεται κυρίως από τα περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία, τα οποία καλύπτουν από 500.000 έως 1,5 εκατ. άτομα (Θεοδώρου κ.α. 2001: 95). Μέχρι και το 1993, τα περιφερειακά νοσοκομεία ήταν 26 συνολικά, αλλά τα επόμενα χρόνια κατασκευάστηκαν αρκετά στην Αθήνα και σε άλλες πόλεις, όπως για παράδειγμα Αττικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν και το νοσοκομείο Μετροπόλιταν.

## **2.2.2. Ανάλυση SWOT Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα**

Λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα επιχειρούμε ανάλυση SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) (Πίνακας 2.1) προκειμένου να εντοπίσουμε τα ισχυρά σημεία, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του συστήματος.

## Πίνακας 2.1

### Ανάλυση SWOT Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Ισχυρά σημεία (Strengths)	Αδυναμίες (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανθρώπινο δυναμικό υψηλής κατάρτισης και εκπαίδευσης</li> <li>• Αναπτυξιακή πορεία των φαρμακευτικών εταιρειών και των επιχειρήσεων ιδιωτικής υγείας</li> <li>• Αύξηση του προσδόκιμου ζωής στις χώρες του ΟΟΣΑ</li> <li>• Ανάπτυξη καινοτόμων ουσιών και θεραπειών (αντιμετώπιση περισσότερων ασθενειών)</li> <li>• Ευνοϊκό θεσμικό πλαίσιο για τη μεταφορά τεχνολογίας προς την αγορά και τη διασφάλιση ποιότητας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Γραφειοκρατία (εμπόδια στη δημιουργία καινοτόμων επιχειρήσεων)</li> <li>• Ανεπαρκής χρηματοδότηση των ελληνικών πανεπιστημίων και τεχνολογικών ιδρυμάτων</li> <li>• Χαμηλή επένδυση ιδιωτικών κεφαλαίων στην έρευνα</li> <li>• Χαμηλός αριθμός πατεντών σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και οι ελλείψεις σε καινοτομία</li> <li>• Χαμηλή διασύνδεση ερευνητικών κέντρων και πανεπιστημίων με τη βιομηχανία και την αγορά του Τομέα</li> </ul>
Ευκαιρίες (Opportunities)	Κίνδυνοι (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυνατότητα αξιοποίησης πόρων (μέσω ευρωπαϊκών προγραμμάτων) για την έρευνα και ανάπτυξη των βιοιατρικών επιστημών</li> <li>• Αλλαγή δημογραφικού προτύπου (γήρανση του πληθυσμού) που δημιουργεί ανάγκες για νέα επαγγέλματα και ειδικότητες</li> <li>• Ανάπτυξη ειδικών διαγνωστικών/απεικονιστικών υπηρεσιών</li> <li>• Επέκταση της παραγωγικής δραστηριότητας σε φαρμακευτικά και καλλυντικά προϊόντα</li> <li>• Ανάπτυξη εναλλακτικού ιατρικού τουρισμού (ιδιωτικά θεραπευτήρια, διαγνωστικές κλινικές, ασφαλιστικές εταιρίες, τουριστικά πρακτορεία)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινωνικο-οικονομική κρίση με αρνητικές επιπτώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη και τη ζήτηση υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας</li> <li>• Συρρίκνωση εταιριών παραγωγής γενεοσήμων λόγω συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία</li> <li>• Ελλιπή κίνητρα από το κράτος για ανάπτυξη της εγχώριας επιχειρηματικότητας</li> <li>• Διαρροή εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού σε αγορές εργασίας του εξωτερικού</li> <li>• Εσωστρέφεια των ερευνητικών και πανεπιστημιακών ιδρυμάτων (περιορισμένοι δεσμοί με τη διεθνή ακαδημαϊκή κοινότητα)</li> </ul>



### 2.2.3. Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας βασίζεται σε πεπαλαιωμένες μεθόδους οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας με αποτέλεσμα να μην εξασφαλίζει την παροχή της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας για την οποία φορολογείται ο πληθυσμός μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Επιπλέον, στην Ελλάδα λειτουργούν παράλληλα δύο συστήματα υγείας, ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό, χωρίς ωστόσο να υπάρχει σαφές ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα υγείας. Ως αποτέλεσμα, οι πολίτες με χαμηλότερα εισοδήματα ξοδεύουν αναλογικά μεγάλο μέρος για ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ενώ παράλληλα παρατηρείται αυξητική τάση στην αναποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας των κρατικών νοσοκομείων.

Το ΕΣΥ βασίζεται σε ένα σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης, καθώς η χρηματοδότηση του προέρχεται κατά κύριο λόγο από τη φορολογία και σε ένα σε μικρότερο βαθμό από τα έσοδα των ταμείων ασθενείας. Ως εκ τούτου, το ΕΣΥ δεν μπορεί ούτε να χαρακτηριστεί ούτε ως σύστημα αμιγώς τύπου Beveridge ούτε τύπου Bismarck ως προς την χρηματοδότηση του. Επίσης, το ΕΣΥ ενσωματώνει σε σημαντικό βαθμό και την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, τόσο στον τομέα της χρηματοδότησης όσο και στον τομέα παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), καλύπτει σχεδόν το 50% του πληθυσμού, ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) καλύπτει το 25% του πληθυσμού (κυρίως σε αγροτικές περιοχές), το 13% του πληθυσμού καλύπτεται τον Οργανισμό Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), το 9% του πληθυσμού καλύπτεται από το κράτος, και το υπόλοιπο είναι ασφαλισμένο σε ένα από τα πολυάριθμα μικρά ταμεία.

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι κυρίως δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και ιδιωτικές κερδοσκοπικές κλινικές. Συγκεκριμένα, το 1999, στην Ελλάδα, λειτουργούσαν 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ με 32.682 κλίνες (62%), 218 ιδιωτικές κλινικές με 15.806 κλίνες (30%), 24 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ και πανεπιστημιακά) με 4,000 περίπου κλίνες (7,5%) και 4 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία με 269 κλίνες (0,5%).<sup>14</sup>

---

14 Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα

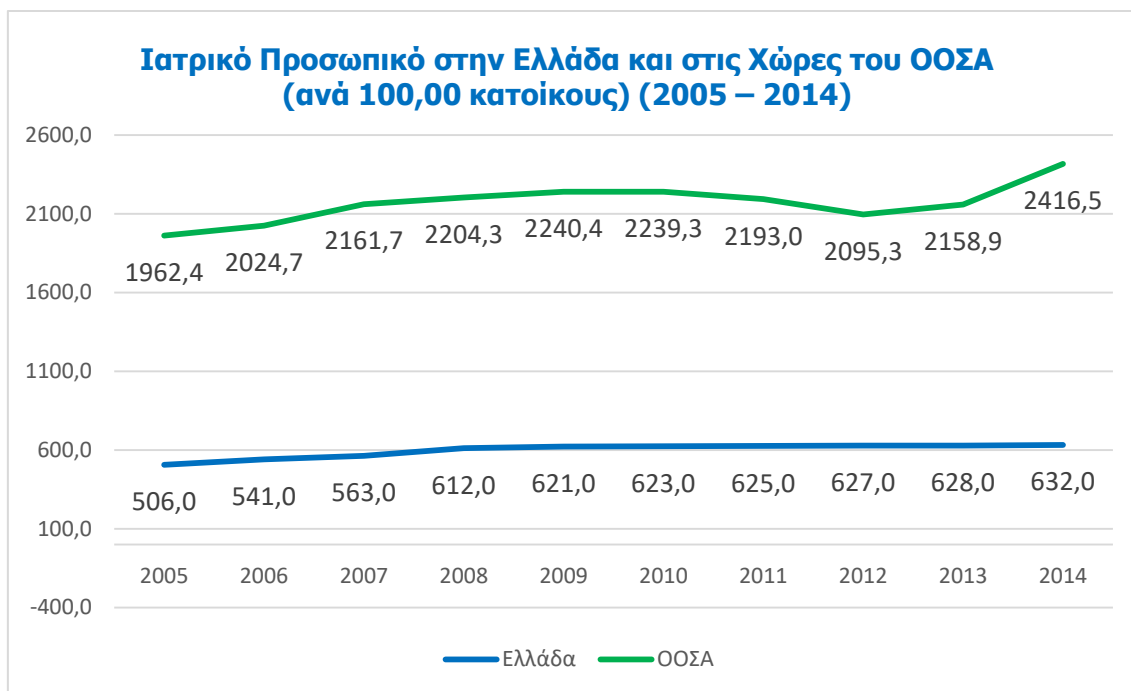
Τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς το 70% των νοσοκομειακών εσόδων προέρχονται από αυτόν, και σε μικρότερο βαθμό από τα ασφαλιστικά ταμεία (30%) που αναλαμβάνουν την παροχή ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών προς τα μέλη τους. Τα δημόσια νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο ΕΣΥ, όπως για παράδειγμα τα στρατιωτικά νοσοκομεία και τα νοσοκομεία του ΙΚΑ, καθώς και τα ιδιωτικά νοσοκομεία με συμβάσεις μετά των ασφαλιστικών ταμείων, αποζημιώνονται σε ημερήσια βάση, ενώ επιβάλλουν πρόσθετες χρεώσεις για ορισμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες.

### **2.2.3. Στατιστικά Στοιχεία Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα**

Το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από επαγγελματίες υγείας που έχουν λάβει άδεια προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων την παροχή συμβουλών, τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και διαγνώσεων, την εφαρμογή προληπτικών ιατρικών μεθόδων, την συνταγογράφηση φαρμάκων, τη θεραπεία ασθενειών και την παροχή εξειδικευμένης ιατρικής ή χειρουργικής θεραπείας.

Ο ιατρικός πληθυσμός μιας χώρας δύναται να ενταχθεί σε μια εκ των δυο ευρύτερων επαγγελματικών ομάδων, οι οποίες είναι α) οι γιατροί γενικής ιατρικής (παθολόγοι) και β) οι ειδικοί γιατροί, οι οποίοι διαχωρίζονται σε διάφορες ιατρικές ειδικότητες (ειδίκευση στη διάγνωση και τη μη-χειρουργική θεραπεία των σωματικών διαταραχών και ασθενειών), και σε διάφορες χειρουργικές ειδικότητες (ειδίκευση στη χρήση χειρουργικών τεχνικών για την αντιμετώπιση διαταραχών και ασθενειών).

Ο μέσος όρος του ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα για την περίοδο 2005 – 2014 είναι 597,8 ιατροί ανά 100,000 κατοίκους, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 2.169,7 ιατροί ανά 100,000 κατοίκους (Διάγραμμα 2.1). Σημειώνεται ότι τα στοιχεία αντιστοιχούν σε ιατρικό προσωπικό με άδεια άσκησης επαγγέλματος. Συγκριτικά με την Ευρωπαϊκή Ένωση, ο μέσος όρος των ιατρών ανά 100,000 κατοίκους είναι 597,8 για την Ελλάδα, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών της Ε.Ε. είναι 337,5 ιατροί ανά 100,000 κατοίκους (Πίνακας 2.2). Μεγαλύτερος αριθμός ιατρικού προσωπικού ανά 100,000 κατοίκους κατά μέσο όρο παρατηρείται στην Ιταλία (384,8), την Πορτογαλία (382,6), την Σουηδία (382,3), την Γερμανία (371,0), την Ισπανία (369,0), την Τσεχία (360,4), την Δανία (351,6), και την Γαλλία (331,2), κατά σειρά κατάταξης.



Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

### Διάγραμμα 2.1

**Ιατρικό Προσωπικό στην Ελλάδα και τις Χώρες του ΟΟΣΑ (2005 – 2014)**

Πίνακας 2.2

Ιατρικό Προσωπικό στην Ελλάδα και την ΕΕ (ανά 100,000 κατοίκους)  
(2005 – 2014)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	M.O.
Αυστρία	432,0	445,0	454,0	460,0	469,0	480,0	484,0	490,0	499,0	505,0	471,8
Βέλγιο	287,0	289,0	291,0	292,0	292,0	292,0	291,0	293,0	295,0	297,0	291,9
Γαλλία	334,0	333,0	331,0	331,0	327,0	327,0	331,0	332,0	333,0	333,0	331,2
Γερμανία	340,0	344,0	349,0	354,0	362,0	371,0	380,0	395,0	404,0	411,0	371,0
Δανία	331,0	338,0	340,0	349,0	354,0	358,0	363,0	366,0	365,0	..	351,6
Ελλάδα	506,0	541,0	563,0	612,0	621,0	623,0	625,0	627,0	628,0	632,0	597,8
Εσθονία	315,0	318,0	326,0	334,0	328,0	324,0	329,0	328,0	328,0	332,0	326,2
Ην. Βασίλειο	239,0	244,0	247,0	256,0	265,0	270,0	274,0	275,0	277,0	279,0	262,6
Ιρλανδία	..	..	..	..	..	..	267,0	271,0	269,0	281,0	272,0
Ισπανία	355,0	362,0	356,0	354,0	360,0	376,0	384,0	382,0	381,0	380,0	369,0
Ιταλία	..	..	..	..	374,0	..	..	387,0	390,0	388,0	384,8
Λετονία	296,0	303,0	314,0	323,0	315,0	311,0	313,0	314,0	319,0	322,0	313,0
Λουξεμβούργο	255,0	261,0	268,0	272,0	270,0	277,0	276,0	278,0	281,0	286,0	272,4
Ολλανδία	271,0	280,0	279,0	287,0	292,0	296,0	313,0	325,0	331,0	335,0	300,9
Ουγγαρία	278,0	304,0	280,0	309,0	302,0	287,0	296,0	309,0	321,0	332,0	301,8
Πολωνία	214,0	218,0	219,0	216,0	217,0	219,0	221,0	223,0	224,0	231,0	220,2
Πορτογαλία	336,0	343,0	352,0	361,0	372,0	385,0	398,0	410,0	426,0	443,0	382,6
Σλβακία	304,0	317,0	316,0	337,0	330,0	336,0	331,0	336,0	339,0	343,0	328,9
Σλοβενία	235,0	236,0	239,0	240,0	241,0	243,0	249,0	254,0	263,0	277,0	247,7
Σουηδία	352,0	361,0	369,0	375,0	382,0	389,0	397,0	404,0	412,0	..	382,3
Τσεχία	356,0	357,0	357,0	356,0	358,0	360,0	364,0	367,0	369,0	..	360,4
Φιλανδία	263,0	268,0	269,0	272,0	283,0	299,0	299,0	301,0	302,0	..	284,0
<b>M.O. ΕΕ</b>	<b>315,0</b>	<b>323,1</b>	<b>326,0</b>	<b>334,5</b>	<b>338,8</b>	<b>341,2</b>	<b>342,1</b>	<b>348,5</b>	<b>352,5</b>	<b>355,9</b>	<b>337,5</b>

Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

### 2.3. Κατηγοριοποίηση Δαπανών Υγείας με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Προκειμένου να καταστούν συγκρίσιμα τα δεδομένα αναφορικά με τις δαπάνες υγείας σε διαφορετικές χώρες, ο ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) έχει καταρτίσει το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ, System of Health Accounts (SHA)). Το εγχειρίδιο Συστήματος Λογαριασμών Υγείας χρησιμοποιείται από τις 35 χώρες του ΟΟΣΑ και την Eurostat, επιτρέποντας έτσι τον ακριβή υπολογισμό της συνολικής, της δημόσιας και της ιδιωτικής, δαπάνης υγείας.<sup>15</sup> Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας είχε προταθεί από το 2000, αλλά η εφαρμογή του για την παροχή των οικονομικών δεδομένων υγείας προς τον ΟΟΣΑ, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) κατέστη υποχρεωτική βάσει Κοινοτικού Κανονισμού από το 2003 και μετά. Στην Ελλάδα, τα πρώτα αποτελέσματα δαπανών υγείας με βάση το ΣΛΥ προέκυψαν το 2013 με τη συνεργασία του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ (Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας), της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) και του ΥΥΚΑ (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, η συνολική δαπάνη υγείας είναι το άθροισμα των ατομικών δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγείας ατομικής φροντίδας (θεραπευτικές, αποκατάστασης, νοσηλευτικές, υποστηρικτικές) και φαρμακευτικής φροντίδας. Επιπλέον, ως Τρέχουσα Υγειονομική Δαπάνη ορίζεται η τελική κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό της χώρας ανεξαρτήτως από πού λαμβάνει χώρα η κατανάλωση των υπηρεσιών (στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό) και από το ποιος είναι ο χρηματοδοτικός φορέας (του εσωτερικού ή του εξωτερικού).

Η κατηγοριοποίηση των διενεργούμενων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας λειτουργεί με τη βοήθεια της Διεθνούς Κατάταξης για τους Λογαριασμούς Υγείας (ICHA) και βασίζεται σε τρεις άξονες (τριαξονικό σύστημα), βάσει των οποίων αποτυπώνεται:

---

15 OECD (2016) List of OECD Member countries <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/list-oecd-member-countries.htm> Ανάκτηση 12 Οκτωβρίου 2016

1. η επιβάρυνση κάθε χρηματοδοτικού φορέα (ICHA-HF-Health Funding), όπου γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων υγείας
2. η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά πάροχο υγείας (ICHA-HP-Health Provider)
3. η κατεύθυνση της δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (ICHA-HC-Health Care), όπου γίνεται διαχωρισμός ανάλογα με τον σκοπό της δραστηριότητας (προαγωγή της υγείας, θεραπεία ασθενειών, αποκατάσταση και μακροχρόνια φροντίδα).

Στο πλαίσιο αυτό, το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας απαντά σε τρία βασικά ερωτήματα:

- (i) Ποιος φορέας χρηματοδοτεί την αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (ICHA-HF)
- (ii) Ποιοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης προσφέρουν αυτά τα αγαθά και υπηρεσίες (ICHA-HP)
- (iii) Ποια είδη υγειονομικής δραστηριότητας καταναλώνονται (ICHA-HC)

Πιο συγκεκριμένα, το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας προσπαθεί να απαντήσει στον Νόμο της Ανεπάρκειας, σύμφωνα με τον οποίον κανένα υγειονομικό σύστημα, ακόμα και το πλέον εξελιγμένο, δεν είναι σε θέση να καλύψει πλήρως τις ανάγκες ενός πληθυσμού για παροχή υπηρεσιών υγείας.<sup>16</sup> Επομένως, επεκτείνοντας κάθε ένα από τα παραπάνω βασικά ερωτήματα, το ΣΛΥ καλείται να λύσει ένα οικονομικό πρόβλημα, το οποίο αποτυπώνεται ως εξής:

- Τι αγαθά και υπηρεσίες απαιτούνται για την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού;
- Ποια αγαθά και ποιες υπηρεσίες ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού δυναμικού θα πρέπει να προσφερθούν και σε ποιες αναλογίες;
- Σε ποιες περιοχές είναι απαραίτητη η ανέγερση νοσοκομεία ή/και κέντρων υγείας;
- Ποια είναι η τεχνολογική υποδομή και ποια η κατάλληλη παραγωγική διαδικασία για την παραγωγή των αγαθών και υπηρεσιών;

---

16 Υφαντόπουλος, Ν. (2003) Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική., Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

- Τι πόροι και σε ποια ποσότητα θα πρέπει να διατεθούν για την παραγωγή των αγαθών και υπηρεσιών;
- Τι κλινικές μελέτες πρέπει να χρησιμοποιηθούν από τις φαρμακοβιομηχανίες για την αξιολόγηση των αναγκών σε νέες θεραπείες;
- Πώς θα συνδυαστεί η κλινική γνώση με τη φαρμακευτική τεχνολογία για την παραγωγή των νέων φαρμάκων;
- Πως θα κατανέμονται οι υπηρεσίες υγείας ανάμεσα στις υγειονομικές περιφέρειες ή στις κοινωνικο-οικονομικές τάξεις; (Υφαντόπουλος, 2003)

### 2.3.1 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Φορέα Χρηματοδότησης (ICHA-HF)

Οι φορείς χρηματοδότησης των δαπανών υγείας (Πίνακας 2.3) είναι (α) ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία), (β) η κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων), (γ) ο ιδιωτικός τομέας (ιδιωτική ασφάλιση, εισόδημα νοικοκυριών, παροχές υγείας από εργοδότες, διάφορες φιλανθρωπίες και δωρεές) και (δ) η εξωτερική βοήθεια (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμια Τράπεζα κ.λπ.).

Πίνακας 2.3

#### Φορείς Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας

ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ
Γενική Φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι)	Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων	Οικογενειακό εισόδημα	
Ειδική φορολογία (φορολόγηση ειδικών καταναλωτικών προϊόντων)	Εισφορές αυτοαπασχολούμενων	Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	Βοήθεια σε χρήμα, είδος και τεχνογνωσία από άλλες χώρες και διεθνείς οργανισμούς
	Ειδική εισφορά προσώπων και επιχειρήσεων	Εργοδοτικές παροχές	
		Δωρεές, φιλανθρωπίες	

Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, (2001)

Η χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού περιλαμβάνει την επιβολή άμεσης και έμμεσης φορολογίας, αλλά και την επιβολή ειδικών φόρων κατανάλωσης σε συγκεκριμένες κατηγορίες προϊόντων όπως καύσιμα, αλκοολούχα ποτά και προϊόντα καπνού. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, είναι η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν μεγάλο μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων μέσω ιδίων εισφορών. Ο κρατικός προϋπολογισμός και ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης συνιστούν την χρηματοδότηση του συστήματος από τον δημόσιο τομέα.

Η χρηματοδότηση μέσω του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης και των απευθείας πληρωμών από τους χρήστες του συστήματος αποτελούν την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας από τους πόρους του ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο, οι απευθείας πληρωμές των χρηστών είναι ο λιγότερο ισότιμος τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας δεδομένου ότι βασίζεται στο ατομικό ή το οικογενειακό διαθέσιμο εισόδημα και ως εκ τούτου δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη ενώ ταυτόχρονα δημιουργεί και προβλήματα ανισότητας στην πρόσβαση. Οι πληρωμές των χρηστών μπορούν να λάβουν τις ακόλουθες μορφές:

- **Άμεσες Πληρωμές:** αφορούν σε άμεσες πληρωμές για ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες παρεχόμενες από τον ιδιωτικό τομέα, μη καλυπτόμενες από κάποιου είδους ασφάλιση.
- **Άτυπες Πληρωμές:** αφορούν σε ανεπίσημες πληρωμές για ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες, οι οποίες θεωρητικώς παρέχονται δωρεάν.
- **Συμμετοχή στο Κόστος:** ο χρήστης αναλαμβάνει την κάλυψη μέρους του κόστους παροχής ιατρικών υπηρεσιών ή αγαθών.

Οι θεσμοθετημένες πληρωμές στο πλαίσιο συμμετοχής των χρηστών στην κάλυψη του κόστους παροχής ιατρικών υπηρεσιών ή αγαθών έχουν μια εκ των ακολούθων μορφών:

- **Συμπληρωμή (co-payment):** ο χρήστης καταβάλλει ένα προκαθορισμένο ποσό ανά υγειονομικό προϊόν ή υπηρεσία ανεξαρτήτως του συνολικού κόστους (για παράδειγμα 10 ευρώ για κάθε φάρμακο ή ιατρική επίσκεψη).



- **Συνασφάλιση (co-insurance):** ο χρήστη καταβάλλει ένα προκαθορισμένο ποσοστό επί του συνολικού κόστους παροχής ιατρικών υπηρεσιών, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα (για παράδειγμα 25% επί του κόστους ενός φαρμάκου ή μιας εξέτασης).
- **Αφαιρετέο ποσό (deductible):** είναι το ποσό που καταβάλλεται από τον ασθενή προτού ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική κάλυψη (για παράδειγμα τα πρώτα 1,000 ευρώ για νοσηλεία σε νοσοκομείο).

Το ύψος των θεσμοθετημένων πληρωμών είναι χαμηλότερο των άμεσων πληρωμών των χρηστών, προκειμένου να περιοριστεί το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου (moral hazard), δηλαδή της αλόγιστης ζήτησης/χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών εκ μέρους των πολιτών στις περιπτώσεις που αυτοί δεν επωμίζονται καμία οικονομική επιβάρυνση.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες μπορεί να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα. Για παράδειγμα, στην Γερμανία και την Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί εναλλακτική λύση της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής της εξαίρεσης (opt-out), λύση την οποία συνήθως επιλέγουν άτομα με υψηλά εισοδήματα. Αντίστοιχα, στη Γαλλία και τον Καναδά, η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει το 10% με 15% της συνολικής δαπάνης υγείας, προσφέροντας πρόσθετες παροχές, σε σχέση με το υφιστάμενο δημόσιο σύστημα ασφάλισης. Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι της, έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού (καθώς αυτές οι υπηρεσίες συνήθως δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα) και τυγχάνουν αναβαθμισμένης νοσηλείας στα κρατικά νοσοκομεία.

### 2.3.2 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου (ICHA-HP)

Στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνονται οργανισμοί και φορείς που παρέχουν αγαθά και υπηρεσίες φροντίδας υγείας ως κύρια την δραστηριότητά τους,

καθώς επίσης και φορείς για τους οποίους η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί μια από πολλές δραστηριότητες.

#### Πίνακας 2.4

##### Δαπάνες Υγείας αναλόγως του Παρόχου

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
HP.1	Νοσοκομεία (Ιδιωτικά και δημόσια)
HP.2	Δομές νοσηλευτικής φροντίδας και υποβοηθούμενης διαβίωσης (ΚΑΠΗ, οίκοι ευγηρίας κλπ.)
HP.3	Άλλοι φορείς παροχής εξω-νοσοκομειακής φροντίδα (κλινικές μιας ημέρας, ιδιωτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, διαγνωστικά κέντρα)
HP.4	Προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών υγείας
HP.5	Έμποροι λιανικής και άλλοι φορείς παροχής ιατρικών προϊόντων (φαρμακεία, έμποροι γυαλιών οράσεως)
HP.6	Παροχή προϊόντων υγείας
HP.7- HP.8	Δευτεροβάθμιοι Πάροχοι

Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, (2001)

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας διαφέρουν και όσον αφορά τις νομικές, λογιστικές, οργανωτικές, και λειτουργικές τους δομές. Ωστόσο, παρά τις σημαντικές διαφορές που υπάρχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας και οργάνωσης, υπάρχει ένα σύνολο κοινών προσεγγίσεων και τεχνολογιών, τις οποίες όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μοιράζονται και ενσωματώνουν στη δομή τους. Επομένως, η ταξινόμηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης αναλόγως του παρόχου (ICHA-HP), περιλαμβάνει όλους τους οργανισμούς που συμβάλλουν στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Η κύρια δραστηριότητα του παρόχου αποτελεί το βασικό κριτήριο για την ταξινόμησή του ως παρόχου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, πάροχοι που κατατάσσονται στην ίδια κατηγορία δεν εκτελούν απαραίτητα ακριβώς το ίδιο σύνολο δραστηριοτήτων. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία, τα οποία αποτελούν τους βασικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας, προσφέρουν κυρίως ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης, αλλά, ανάλογα με την κείμενη νομοθεσία κάθε χώρας, μπορούν να προσφέρουν και υπηρεσίες εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως, για παράδειγμα, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνιας φροντίδας κλπ.

Οι πρωτοβάθμιοι πάροχοι (Πίνακας 2.5) είναι οι οργανισμοί ή φορείς των οποίων η κύρια δραστηριότητα είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας. Τυπικά παραδείγματα τέτοιων παρόχων είναι τα ιατρεία των γενικών και ειδικών ιατρών, οι μονάδες εκτάκτων περιστατικών, οι ψυχιατρικές κλινικές, τα κέντρα υγείας, τα μικροβιολογικά εργαστήρια, οι εγκαταστάσεις νοσηλευτικής φροντίδας και τα φαρμακεία. Στο πλαίσιο της ταξινόμησης βάσει του παρόχου (ICHA-HP), οι βασικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας καταλαμβάνουν τις πρώτες έξι κατηγορίες, HP.1 έως και HP.6.

## Πίνακας 2.5

### Πρωτοβάθμιοι Πάροχοι Φροντίδας Υγείας

#### 1. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ.)

Περιφερειακά Ιατρεία	Κέντρα Υγείας	Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων
----------------------	---------------	----------------------------------

#### 2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

Πολυϊατρεία και Ιατρεία ΙΚΑ	Πολυϊατρεία και Ιατρεία άλλων ταμείων
-----------------------------	--

#### 3. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Υπηρεσία Πρόνοιας	Δημοτικά Ιατρεία
-------------------	------------------

#### 4. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Ιδιώτες Ιατροί συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία	Ιδιώτες Ιατροί μη συμβεβλημένοι	Ιδιωτικά Διαγνωστικά Κέντρα και Εργαστήρια
--	------------------------------------	--

Πηγή: Σιγάλας (1990)

Οι δευτεροβάθμιοι πάροχοι είναι εκείνοι για τους οποίους η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν αποτελεί κύρια δραστηριότητα, αλλά σχετίζεται εν μέρει ή καθόλου με τον τομέα της υγείας. Υπάρχουν δύο ειδικές κατηγορίες δευτεροβάθμιων παρόχων: α) οι πάροχοι υπηρεσιών διαχείρισης των υπηρεσιών Υγείας, όπως ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) ή το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΥΚΑ) που κατατάσσονται στην κατηγορία ΗΡ.7, και β) τα νοικοκυριά ως φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης που κατατάσσονται στην κατηγορία (ΗΡ.8). Η πρώτη κατηγορία δευτεροβάθμιων παρόχων (ΗΡ.7) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διακυβέρνηση και διαχείριση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης προσφέροντας ένα είδος συλλογικής υπηρεσίας σχετιζόμενης με την παροχή και τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η δεύτερη κατηγορία δευτεροβάθμιων παρόχων (ΗΡ.8) παρέχει τις υπηρεσίες περίθαλψης κατ'οίκον από τα μέλη της οικογένειας. Άλλα παραδείγματα δευτεροβάθμιων παρόχων περιλαμβάνουν ιδρύματα που προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας, όπως η παροχή υπηρεσιών στέγασης σε συνδυασμό με κοινωνικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες ως δευτερεύουσες δραστηριότητες. Επίσης, τα σούπερ μάρκετ που πωλούν φαρμακευτικά προϊόντα καθώς και οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε μια περιορισμένη ομάδα ατόμων αποτελούν παραδείγματα δευτεροβάθμιων παρόχων (ΗΡ.8).

### 2.3.3 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας τους (ICHA-HC)

Η ταξινόμηση των δαπανών υγείας ανάλογα με την λειτουργία τους αναφέρεται σε ομάδες των αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που καταναλώνονται από τελικούς χρήστες, δηλαδή τα νοικοκυριά,, με συγκεκριμένο υγειονομικό σκοπό.

Σε γενικές γραμμές, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καταναλώνονται ως ένα ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών, καθώς ερχόμενος ο ασφαλισμένος σε επαφή με το σύστημα υγείας συνήθως λαμβάνει ένα εξατομικευμένο μίγμα των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή υπηρεσίες προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής ή υπηρεσίες αποκατάστασης.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να καταναλωθούν είτε σε συλλογική βάση είτε σε ατομική βάση. Καθώς η κατάσταση υγείας αποτελεί ένα ατομικό χαρακτηριστικό, το μεγαλύτερο κομμάτι της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας γίνεται σε ατομικό επίπεδο, και ως εκ τούτου, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας

σχετίζεται με την ιδιωτική κατανάλωση και τις ατομικές ανάγκες. Αυτό είναι σημαντικό διότι, αν και οι δαπάνες υγείας συχνά εκτιμώνται ως σύνολο, η σχέση μεταξύ της κατανομής των υπηρεσιών υγείας μεταξύ εκείνων που τις έχουν ανάγκη και της κατανομής των πόρων που απαιτούνται για την παραγωγή των συγκεκριμένων υπηρεσιών αποτελεί ένα βασικό ζήτημα στην χάραξη πολιτικής. Για τον λόγο αυτόν συνίσταται στην επιλογή του μείγματος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας να λαμβάνεται υπόψιν η μεγιστοποίηση της ποιότητας της συνολικής φροντίδας υγείας όσο και της ατομικής ικανοποίησης των χρηστών κατά αναλογία με το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για τις παροχές υγείας. Επιπλέον, θα πρέπει να ελαχιστοποιείται το κόστος ανά μονάδα προϊόντος (παραγωγική αποδοτικότητα) και να μεγιστοποιείται η τεχνολογική και οργανωτική αναβάθμιση που θα οδηγήσει στην βελτίωση της αποδοτικότητας των διατιθέμενων πόρων (δυναμική αποδοτικότητα) (Σίσκου, 2015).

Οι συλλογικές υπηρεσίες υγείας στοχεύουν στο σύνολο του πληθυσμού και αποσκοπούν στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας ή της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας με οφέλη για όλους τους χρήστες ταυτόχρονα (Πίνακας 2.6). Οι υπηρεσίες αυτές δεν συνδέονται άμεσα με μεμονωμένους χρήστες, αλλά με τις παρεμβάσεις σε ολόκληρο το σύστημα υγείας.

## Πίνακας 2.6

### Δαπάνες Υγείας αναλόγως της Λειτουργίας τους

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
HC.1	Θεραπευτικές Φροντίδες (curative care) ενδο-νοσοκομειακές + ημερήσιας θεραπείας + εξω-νοσοκομειακές (ιατρικές, φυσιοθεραπευτικές)
HC.2	Φροντίδα Αποκατάστασης (rehabilitative care)
HC.3	Μακροχρόνιες Νοσηλευτικές Φροντίδες (long-term nursing care)
HC.4	Επικουρικές υπηρεσίες (ancillary services): υπηρεσίες κλινικών και απεικονιστικών εργαστηρίων, μεταφορά ασθενών κα
HC.5	Υγειονομικό υλικό εξωτερικών ασθενών: φάρμακα (HC 5.1), γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπεδικές ζώνες κλπ.
<b>Συνολική δαπάνη εξατομικευμένης φροντίδας = HC.1 – HC.5</b>	
HC.6	Υπηρεσίες Πρόληψης & Δημόσιας υγείας
HC.7	Διοίκηση υπηρεσιών και ασφάλιση υγείας (Συλλογική Φροντίδα Υγείας = HC.6 – HC.7)

HC.8 Μη Εξειδικευμένες υπηρεσίες κατ' είδος

---

---

**Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας = HC.1-HC.8**

---

---

Πηγή: Σίσκου (2015)

Οι δαπάνες θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) περιλαμβάνουν τις διενεργούμενες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο της ανακούφισης του ασθενούς από συμπτώματα ασθένειας ή τραυματισμού, ή της μείωσης της σοβαρότητας της ασθένειας ή τραυματισμού, ή της προστασίας από την επιδείνωση ή επιπλοκή ασθένειας ή τραυματισμού που θα μπορούσε να απειλήσει τη ζωή ή την κανονική λειτουργία του ατόμου. Οι υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας αποσκοπούν στη διάγνωση της ασθένειας, τη διαμόρφωση ενός θεραπευτικού πλάνου και την παρακολούθηση και αξιολόγηση της κλινικής εξέλιξης του προβλήματος υγείας του ασθενούς και μπορούν να περιλαμβάνουν διάφορα θεραπευτικά μέσα, όπως φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά προϊόντα (π.χ. γυαλιά, και προσθετικές συσκευές, όπως τεχνητές οδοντοστοιχίες ή άκρα), καθώς επίσης και θεραπευτικές διαδικασίες, όπως είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες απαιτούν πρόσθετη παρακολούθηση.

Ως φαρμακευτική δαπάνη HC.5 Υγειονομικό υλικό εξωτερικών ασθενών νοείται η δαπάνη που αφορά σε τελική κατανάλωση από εξωτερικούς ασθενείς (outpatients), συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, πρωτοτύπων και γενοσήμων. Στην ίδια κατηγορία καταχωρούνται και τα υγειονομικά αναλώσιμα.

Ο Πίνακας 2.7 απεικονίζει την κατεύθυνση της χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (νοσοκομεία, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα κλπ.) και ανά υγειονομική δραστηριότητα (υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης, προϊόντα λιανικής κλπ.) σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) για την περίοδο 2009 – 2012.<sup>17</sup> (Δεν υπάρχουν παλαιότερα ή πιο πρόσφατα στοιχεία).

---

17 ΕΛΣΤΑΤ (2015) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009 – 2012 <http://www.statistics.gr/documents/20181/d54ba87d-85d4-4834-a24f-310eb1c48cee> Ανάκτηση 12 Οκτωβρίου 2016

## Πίνακας 2.7

Κατεύθυνση χρηματοδότησης υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή  
υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (2009 – 2012)

ποσά σε εκατ. ευρώ	2009	2010	2011	2012
<b>Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1, HP.0)</b>	<b>23.176,9</b>	<b>22.269,3</b>	<b>19.598,6</b>	<b>17.105,9</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκ/σης (HC.1, HC.2, HC.3)	13.950,1	13.468,0	10.783,3	10.157,9
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	1.083,8	906,1	921,6	943,3
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσ/κούς ασθενείς (HC.5)	7.427,4	7.238,0	7.257,8	5.399,4
Διοίκηση τομέα υγείας κλπ. (HC.6 - HC.0)	715,6	657,2	635,9	605,3
<b>Νοσοκομεία (HP.1)</b>	<b>9.028,7</b>	<b>9.046,3</b>	<b>6.831,2</b>	<b>7.240,7</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκ/σης (HC.1, HC.2, HC.3)	8.944,6	9.013,6	6.782,4	7.235,9
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	13,7	10,7	12,1	4,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσ/κούς ασθενείς (HC.5)	70,3	21,8	36,7	0,0
Διοίκηση τομέα υγείας κλπ. (HC.6 - HC.8)	0,1	0,2	0,0	0,0
<b>Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.2)</b>	<b>117,0</b>	<b>140,8</b>	<b>129,1</b>	<b>81,5</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκ/σης (HC.1, HC.2, HC.3)	117,0	140,8	129,1	81,5
<b>Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)</b>	<b>5.128,1</b>	<b>4.552,4</b>	<b>4.058,4</b>	<b>3.020,0</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκ/σης (HC.1, HC.2, HC.3)	4.839,2	4.271,4	3.838,3	2.822,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	80,8	76,9	67,9	56,4
Διοίκηση τομέα υγείας κλπ. (HC.6 - HC.8)	208,1	204,1	152,2	141,3
<b>Προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών (HP.4)</b>	<b>987,1</b>	<b>815,9</b>	<b>839,3</b>	<b>880,9</b>
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσ/κούς ασθενείς (HC.5)	987,1	815,9	839,3	880,9
<b>Έμποροι λιανικής (HP.5)</b>	<b>7.357,1</b>	<b>7.216,2</b>	<b>7.221,1</b>	<b>5.399,4</b>
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσ/κούς ασθενείς (HC.5)	7.357,1	7.216,2	7.221,1	5.399,4

<b>Φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιποί φορείς (HP.6 - HP.0)</b>	<b>558,9</b>	<b>497,7</b>	<b>519,5</b>	<b>483,4</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκ/σης (HC.1, HC.2, HC.3)	49,3	42,2	33,5	18,2
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσ/κούς ασθενείς (HC.5)	2,2	2,6	2,3	1,2
Διοίκηση τομέα υγείας κλπ. (HC.6 - HC.8)	507,4	452,9	483,7	464,0

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2015)

## 2.4. Αποτελέσματα Υγείας

Δείκτες υγείας που συνδυάζουν τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα διευκολύνουν τις συγκρίσεις εντός και μεταξύ των πληθυσμών και χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση του ποσοτικού οφέλους για την υγεία. Αναφορικά με την μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας, οι απλούστεροι δείκτες είναι το προσδόκιμο ζωής (Life Expectancy) και το ποσοστό θνησιμότητας. Ωστόσο, οι δείκτες αυτοί αντανακλούν μόνο τους θανάτους και όχι τις επιπτώσεις της κακής υγείας κατά τη διάρκεια του βίου ενός ανθρώπου. Προκειμένου να ξεπεραστεί αυτό το πρόβλημα, αναπτύχθηκε μία σειρά από σταθμισμένους δείκτες, οι οποίοι μετρούν τα έτη υγιούς ζωής, λαμβάνοντας υπόψη την απώλεια ετών από τη θνησιμότητα και την αναπηρία. Τέτοιοι δείκτες είναι οι ακόλουθοι:

- Προσαρμοσμένο Προσδόκιμο Ζωής (Healthy-Adjusted Life Expectancy, HALE)
- Προσαρμοσμένο Λόγω Αναπηρίας Προσδόκιμο Ζωής (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE)
- Προσαρμοσμένα με την Ποιότητα Έτη Ζωής (Quality-Adjusted Life Years, QALY)
- Προσαρμοσμένα Λόγω Αναπηρίας Έτη Ζωής (Disability-Adjusted Life Year, DALY)
- Έτη Υγιούς Ζωής (Healthy Life Years, HeaLY).

### 2.4.1 Το Προσδόκιμο Ζωής (Life Expectancy) και Σταθμισμένοι Δείκτες

Το προσδόκιμο ζωής αποτελεί το πιο κοινό μέτρο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση συνέχισε να αυξάνεται εντυπωσιακά στις χώρες



του ΟΟΣΑ κατά την τελευταία δεκαετία, αντανακλώντας σημαντικές μειώσεις στα ποσοστά θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες. Τα κέρδη της μακροζωίας μπορεί να αποδοθούν σε ένα αριθμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της ανόδου του βιοτικού επιπέδου, του βελτιωμένου τρόπου ζωής και της βελτίωσης της εκπαίδευσης, καθώς και της μεγαλύτερης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2013, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στις χώρες του ΟΟΣΑ εξακολουθεί να αυξάνεται με μέσο ρυθμό αύξησης 3 με 4 μήνες κάθε χρόνο, φτάνοντας τα 80,5 έτη κατά μέσο, μία αύξηση 10 ετών συγκριτικά με το 1970, ενώ σε κάποιες χώρες όπως η Ελβετία, η Ιαπωνία και η Ισπανία, το προσδόκιμο ζωής ξεπερνά τα 82 έτη.<sup>18</sup> Παράλληλα, σύμφωνα με την ίδια έκθεση, το προσδόκιμο ζωής σε βασικές αναδυόμενες οικονομίες, όπως η Ινδία, η Ινδονησία, η Βραζιλία και η Κίνα, αυξήθηκε κατά τις τελευταίες δεκαετίες συγκλίνοντας ταχέως προς το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Ωστόσο, η πρόοδος που επιτεύχθηκε σε άλλες χώρες όπως Νότια Αφρική και η Ρωσική Ομοσπονδία ήταν ελάχιστη λόγω της επιδημίας του HIV/AIDS και της αύξησης της ρισοκίνδυνης συμπεριφοράς των ανδρών, αντίστοιχα (ΟΟΣΑ, 2016). Οι σταθμισμένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω.

- **Προσαρμοσμένο Προσδόκιμο Ζωής (HALE)**

Το προσαρμοσμένο προσδόκιμο ζωής (Healthy-Adjusted Life Expectancy, HALE) είναι ένας δείκτης υγείας του πληθυσμού που λαμβάνει υπόψη τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα προκειμένου να ρυθμίσει το γενικό προσδόκιμο ζωής κατά το χρονικό διάστημα που ένας άνθρωπος ζει σε επίπεδο χαμηλότερο της τέλει υγείας. Ο δείκτης HALE υπολογίζεται αφαιρώντας από το προσδόκιμο ζωής τον αριθμό των ετών ζωής με αναπηρία και πολλαπλασιάζοντας το αποτέλεσμα με έναν συντελεστή στάθμισης που αντιπροσωπεύει την επίδραση της αναπηρίας. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος που έζησε υγιής επί 45 έτη και σήμερα είναι 60 ετών, σημαίνει ότι ζει με αναπηρία τα τελευταία 15 έτη. Τα 15 έτη πολλαπλασιάζονται με έναν συντελεστή που να αντανακλά το επίπεδο της αναπηρίας, π.χ. 50% αναπηρία.

- **Προσαρμοσμένο Λόγω Αναπηρίας Προσδόκιμο Ζωής (DALE)**

---

18 ΕΛΣΤΑΤ (2015) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009 – 2012 <http://www.statistics.gr/documents/20181/d54ba87d-85d4-4834-a24f-310eb1c48cee> Ανάκτηση 12 Οκτωβρίου 2016

Το προσαρμοσμένο λόγω αναπηρίας προσδόκιμο ζωής (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE) είναι ένας δείκτης, ο οποίος σταθμίζει τα χρόνια της κακής υγείας με έναν συντελεστή που αντανακλά την αναπηρία και το αποτέλεσμα αφαιρείται από το αναμενόμενο προσδόκιμο ζωής για να παραχθούν τα έτη υγιούς ζωής.

- **Προσαρμοσμένα με την Ποιότητα Έτη Ζωής (QALY)**

Τα προσαρμοσμένα με την ποιότητα έτη ζωής (Quality-Adjusted Life Years, QALY) είναι ένας δείκτης που υπολογίζει τον αριθμό των ετών που έζησε ένας άνθρωπος και την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια αυτών των ετών, που μπορεί να οφείλεται σε κάποια παρέμβαση (π.χ. εγχείρηση). Όταν υπάρχει παρέμβαση που βελτιώνει την υγεία της ζωής ενός ανθρώπου, ο δείκτης QALY μπορεί να αναδείξει την σχέση κόστους-ωφέλειας της παρέμβασης με γνώμονα την «τέλεια υγεία», όπου δεν υπάρχει πόνος ή ασθένεια. Επιπλέον, τα QALYs χρησιμοποιούνται για την σύγκριση μίας παρέμβασης που οδηγεί σε παράταση ζωής, αλλά έχει σοβαρές παρενέργειες (όπως η μόνιμη αναπηρία που προκαλείται από ακτινοβολίες ή χημειοθεραπείες για καρκίνο), με μια παρέμβαση που βελτιώνει την ποιότητα της ζωής, χωρίς να την παρατείνει, δίνοντας μία ένδειξη για το πόσους επιπλέον μήνες ή χρόνια ζωής μπορεί να κερδίσει το άτομο από την παρέμβαση. Τα QALYs υπολογίζονται με πολλαπλασιασμό του αριθμού των ετών της παρατεινόμενης ζωής με την αναμενόμενη ποιότητα ζωής που θα κερδίσει το άτομο.

- **Τα Προσαρμοσμένα Λόγω Αναπηρίας Έτη Ζωής (DALY)**

Τα προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής (Disability-Adjusted Life Year, DALY) καταγράφουν τα χαμένα, λόγω θανάτου ή αναπηρίας ή τραυματισμού, έτη ζωής σε σύγκριση με το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής (το οποίο έχει η Ιαπωνία). Για παράδειγμα, ένα παιδί που πεθαίνει κατά την γέννηση του, τότε αυτή η περίπτωση λογίζεται ως 82 χαμένα έτη ζωής, ενώ για ένα παιδί με αναπηρία που απέκτησε λόγω τραυματισμού ή ασθένειας, αλλά έχει μια πλήρη διάρκεια ζωής, τα χαμένα έτη ζωής θα υπολογιστούν ως ένα ποσοστό του προσδόκιμου ζωής, ανάλογα με το βαθμό της αναπηρίας.

Ο δείκτης DALY σταθμίζει περισσότερο νεαρότερα άτομα απ'ό,τι ηλικιωμένους. Η μετρική DALYs, η οποία επιτρέπει την άμεση σύγκριση της επιβάρυνσης για την κοινωνία που ενέχει η κάθε ασθένεια, υπολογίζεται ως το άθροισμα των χαμένων ετών ζωής (Years of Life Lost, YLL) λόγω πρόωρης

θνησιμότητας, πριν δηλαδή το προσδόκιμο ζωής (θνησιμότητα) και των αντιστοίχων ετών λόγω αναπηρίας ή ασθένειας (Years Lost due to Disability, YLD) για τους ανθρώπους που ζουν με την συγκεκριμένη κατάσταση της υγείας ή των συνεπειών αυτής (νοσηρότητα).

$$DALY = YLL + YLD = \text{Θνησιμότητα} + \text{Νοσηρότητα}$$

Η θνησιμότητα υπολογίζεται μεταξύ του προσδόκιμου ζωής και της ηλικίας θανάτου του ατόμου. Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε ότι ένα άτομο που υποφέρει από διαβήτη πεθαίνει στην ηλικία των 60 όταν το προσδόκιμο ζωή είναι 75. Λόγω αυτού του πρόωρου θανάτου, θα πρέπει να προσμετρήσουμε 15 έτη ζωής χαμένα λόγω θνησιμότητας. Παράλληλα, λόγω της συγκεκριμένης πάθησης το άτομο αυτό κατέστη κατά 50% ανάπηρο στα τελευταία 10 έτη της ζωής του, και άρα θα πρέπει να προσμετρηθούν ακόμη 5 ( $0,5 \times 10$ ) DALYs. Συνολικά, λοιπόν, για το συγκεκριμένο άτομο έχουμε 20 DALYs, 15 λόγω θνησιμότητας και 5 λόγω νοσηρότητας.

- **Έτη Υγιούς Ζωής (HeaLY)**

Τα έτη υγιούς ζωής (Healthy Life Years, HeaLY), γνωστός και ως δείκτης προσδόκιμου ζωής χωρίς αναπηρίες, μετρά τον αριθμό των υπολειπόμενων ετών που ένα άτομο μιας ορισμένης ηλικίας θα ζήσει υποθετικά χωρίς αναπηρία. Τα έτη υγιούς ζωής είναι ένας σημαντικός δείκτης αποτίμησης της υγείας ως οικονομικού/παραγωγικού παράγοντα. Για τον λόγο αυτόν, ο δείκτης χρησιμοποιείται για τον διαχωρισμό μεταξύ των ετών της ζωής χωρίς κανένα περιορισμό δραστηριότητας και των ετών με τουλάχιστον έναν περιορισμό δραστηριότητας, δίνοντας έμφαση όχι μόνο στην διάρκεια της ζωής, όπως είναι η περίπτωση για το προσδόκιμο ζωής, αλλά και στην ποιότητα της ζωής.

## 2.5. Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει τις μορφές των συστημάτων υγείας και επικεντρώνεται στο πλαίσιο του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (δύο συστήματα, ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό, χωρίς επαρκές ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας) επιχειρείται ανάλυση SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) προκειμένου να εντοπιστούν τα ισχυρά σημεία, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του

συστήματος. Στην συνέχεια, παρουσιάζεται η κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ένα τριαξονικό σύστημα που αποτυπώνει την επιβάρυνση κάθε χρηματοδοτικού φορέα (ICHA-HF-Health Funding), την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά πάροχο υγείας (ICHA-HP-Health Provider) και την κατεύθυνση της δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (ICHA-HC-Health Care). Τέλος, γίνεται εκτενής αναφορά στους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες μέτρησης αποτελεσμάτων υγείας, Προσδόκιμο Ζωής, Προσαρμοσμένο Προσδόκιμο Ζωής (Healthy-Adjusted Life Expectancy, HALE), Προσαρμοσμένο Λόγω Αναπηρίας Προσδόκιμο Ζωής (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE), Προσαρμοσμένα με την Ποιότητα Έτη Ζωής (Quality-Adjusted Life Years, QALY), Προσαρμοσμένα Λόγω Αναπηρίας Έτη Ζωής (Disability-Adjusted Life Year, DALY) και Έτη Υγιούς Ζωής (Healthy Life Years, HeaLY).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζονται μελέτες για τα αποτελέσματα υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες, στις αναπτυσσόμενες οικονομίες και στην ελληνική οικονομία. Στη συνέχεια, η ανάλυση επικεντρώνεται στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα αποτελέσματα υγείας.

#### 3.1. Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (DEA)

Στόχος κάθε επιχείρησης είναι η αποτελεσματική παραγωγή προϊόντων, δηλαδή η παραγωγή της μέγιστης δυνατής ποσότητας προϊόντων δεδομένων των συντελεστών παραγωγής. Το πρόβλημα όμως πολλές φορές έγκειται σε αυτή καθαυτή τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας της Επιχείρησης.

Πιο συγκεκριμένα, η μέθοδος της Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων παρέχει τις ακόλουθες πληροφορίες. Κάθε αξιολογούμενη επιχείρηση (ή μονάδα λήψεως αποφάσεων, Decision Making Unit, DMU) έχει έναν βαθμό αποτελεσματικότητας (BA) ίσο ή μικρότερο της μονάδας. Βαθμός Αποτελεσματικότητας ίσος με τη μονάδα σημαίνει ότι η εταιρία είναι η πλέον αποτελεσματική, ενώ βαθμός αποτελεσματικότητας μικρότερος της μονάδας σημαίνει ότι η εταιρία είναι αναποτελεσματική συγκρινόμενη με τις άλλες επιχειρήσεις του δείγματος. Ως αναποτελεσματική επιχείρηση ορίζουμε εκείνη την εταιρία, η οποία θα μπορούσε να έχει τον ίδιο κύκλο εργασιών (ήτοι επίπεδο παραγωγής) χρησιμοποιώντας μικρότερη ποσότητα παραγωγικών συντελεστών.

Για παράδειγμα, εάν για μια εταιρία ο βαθμός αποτελεσματικότητας είναι 0,75, τότε αυτό σημαίνει ότι αυτή η εταιρία θα πρέπει να μειώσει τους συντελεστές παραγωγής κατά 25% προκειμένου να γίνει αποτελεσματική. Όπως γίνεται φανερό, η μέθοδος μετρά τη σχετική αποτελεσματικότητα μιας επιχείρησης και δεν προβαίνει σε σύγκριση μεταξύ μέγιστης και πραγματικής παραγωγής αλλά της καλύτερης πραγματοποιούμενης και της πραγματικής. Το ότι μια ή περισσότερες επιχειρήσεις σε μια ομάδα επιχειρήσεων έχουν την καλύτερη παραγωγή δεν σημαίνει και αναγκαστικά ότι επιτυγχάνουν τη μέγιστη δυνατή παραγωγή.

### 3.2. Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυγμένες Οικονομίες

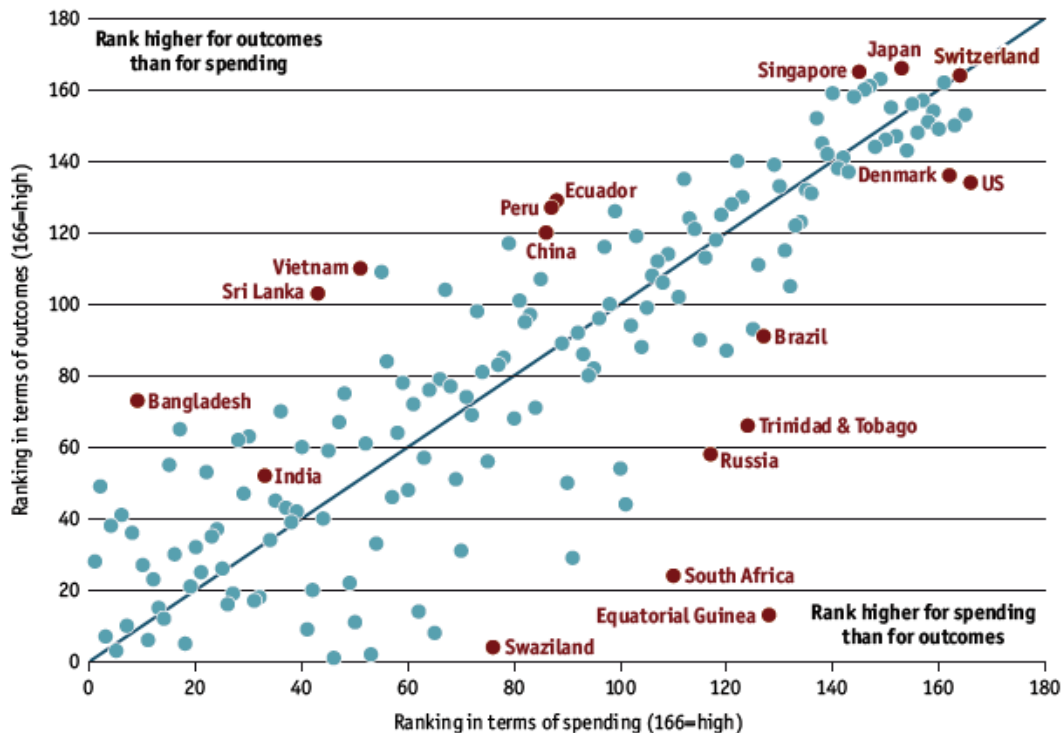
Η μελέτη του The Economist (2014) στηρίχθηκε σε στοιχεία του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) αναφορικά με το προσαρμοσμένο για ποσοστό αναπηρίας έτη ζωής (Disability-Adjusted Life Years, DALYs), το προσαρμοσμένο με το επίπεδο υγείας προσδόκιμο ζωής (Health-Adjusted Life Expectancy, HALE), και το ποσοστό ενήλικης θνησιμότητας το 2012, καθώς και το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 60 κατά το έτος 2010.<sup>19</sup> Τα παραπάνω δεδομένα μετετράπησαν σε δείκτες, για την μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν την συσχέτιση μεταξύ των δαπανών υγείας και των αποτελεσμάτων υγείας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα πιο γενναιόδωρα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υποστηρίζουν υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, χαμηλά ποσοστά κακής υγείας και χαμηλή θνησιμότητα σε ευρωπαϊκές και ασιατικές χώρες όπως η Ελβετία, η Σιγκαπούρη και, κυρίως, η Ιαπωνία, η οποία βρέθηκε στην κορυφή της λίστας. Δεδομένου ότι οι υψηλές δαπάνες υγείας αντικατοπτρίζουν και το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, είναι λογικό και άλλοι παράγοντες να επηρεάζουν τα αποτελέσματα υγείας πέρα από την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως τα ποσοστά υγιεινής διατροφής, καπνίσματος και τραυματισμών.

Στην μελέτη δημιουργήθηκε ένας σύνθετος δείκτης από τους προαναφερθέντες τέσσερις δείκτες, ο οποίος λαμβάνει τιμές σε μια κλίμακα από 0 έως 100, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν και καλύτερα αποτελέσματα υγείας. Στη συνέχεια οι χώρες κατετάγησαν σύμφωνα με τη βαθμολογία τους σε αυτό το δείκτη, με τη χώρα με τα χειρότερα αποτελέσματα να έχει την κατάταξη 1 και την χώρα με την καλύτερη βαθμολογία να έχει την κατάταξη 166.

Κατόπιν, οι 166 εξεταζόμενες χώρες κατετάγησαν ανάλογα με τα αποτελέσματα τους στους δείκτες υγείας (η κατάταξη 166 δείχνει τους υψηλότερους δείκτες) και ανάλογα με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (η κατάταξη 166 δείχνει τις υψηλότερες δαπάνες). Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.1 υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ των παραπάνω κατατάξεων ανάλογα με το ύψος των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας και τα αποτελέσματα υγείας. Στο ίδιο Διάγραμμα επίσης μπορούμε να διακρίνουμε ότι οι χώρες πάνω από την ευθεία γραμμή είχαν καλύτερες επιδόσεις από πλευράς δαπανών και αποτελεσμάτων υγείας εν συγκρίσει προς ομοειδείς χώρες, ενώ αυτές κάτω από την

<sup>19</sup> The Economist (2014). Health Outcomes and Costs. The Economist Intelligence Unit.



Πηγή: The Economist (2014)

### Διάγραμμα 3.1

#### Σχέση μεταξύ Κατάταξης Χωρών ανάλογα με τα Αποτελέσματα και τις Κατά Κεφαλήν Δαπάνες Υγείας

γραμμή είχαν χειρότερες επιδόσεις.

Σε γενικές γραμμές, οι δαπάνες υγείας συσχετίζονται με τα αποτελέσματα υγείας. Ωστόσο υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών αναφορικά με τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη για παρόμοια αποτελέσματα υγείας. Για παράδειγμα, προκειμένου να επιτευχθούν αποτελέσματα υγείας που κατατάσσουν την χώρα στην 100<sup>η</sup> θέση, οι διενεργούμενες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας μπορεί να είναι τέτοιες ώστε η χώρα μπορεί να κατατάσσεται στην 40<sup>η</sup> θέση (στην περίπτωση της Σρι Λάνκα) ή στην 130<sup>η</sup> θέση (στην περίπτωση του Εκουαδόρ). Αυτές οι μεγάλες διακυμάνσεις στην αποτελεσματικότητα των δαπανών ενδεχομένως να αποτυπώνουν σπατάλες στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την επίδραση άλλων παραγόντων, όπως η διατροφή και ο τρόπος ζωής.

Ένα ακόμη στοιχείο που μπορούμε να παρατηρήσουμε από το Διάγραμμα 3.1 είναι οι διαφορές των αποτελεσμάτων υγείας με βάση την γεωγραφική περιοχή. Για



παράδειγμα, οι χώρες της Ασίας, της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής βρίσκονται στις υψηλότερες βαθμίδες από την πλευρά των αποτελεσμάτων υγείας, οι χώρες της Μέσης Ανατολής, της πρώην κομμουνιστικής ζώνης και της Λατινικής Αμερικής στην μέση βαθμίδα, και τις χώρες της Αφρικής καθώς και οι φτωχότερες της Ασίας στην τελευταία βαθμίδα.

Όσον αφορά τις χώρες ξεχωριστά, η Ιαπωνία παρουσίασε τα καλύτερα αποτελέσματα, αλλά και η Σιγκαπούρη είχε παρόμοια αποτελέσματα, ωστόσο, σε με χαμηλότερο κόστος. Επιπλέον, από τα στοιχεία προκύπτει ότι το σύστημα περίθαλψης των ΗΠΑ δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό, παρά το γεγονός ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας το 2012 διαμορφώθηκαν στα 9.216 εκατ. δολάρια, καθώς η χώρα κατατάχθηκε στην 33η θέση ως προς τον δείκτη αποτελεσμάτων, πίσω από χώρες όπως ο Λίβανος και η Κόστα Ρίκα. Τέλος, τις χειρότερες επιδόσεις επέδειξαν οι Σιέρα Λεόνε και το Λεσότο, με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας να ανέρχονται σε μόλις 96 εκατ. δολάρια και 138 εκατ. δολάρια αντίστοιχα, με τα ποσοστά βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας να είναι ιδιαίτερος υψηλά.

### 3.3 Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυσσόμενες Οικονομίες

Μία από τις πρώτες μελέτες της αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας στις αναδύμενες και αναπτυσσόμενες οικονομίες ήταν αυτή των Gupta και Verhoeven (2001), οι οποίοι εκτίμησαν την αποδοτικότητα των δαπανών υγείας και παιδείας σε ένα δείγμα 85 χωρών κατά τη διάρκεια της περιόδου 1984-1995.<sup>20</sup> Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν τις κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας (σε όρους Ισοδυναμίας Αγοραστικής Δυνάμεως (ΙΑΔ)) ως δείκτη των εισροών, ενώ το προσδόκιμο ζωής και η παιδική θνησιμότητα επιλέχθηκαν ως δείκτες εκροών.

Οι συγγραφείς επέλεξαν την μη-παραμετρική μέθοδο FDH (Free Disposal Hull) για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των δημόσιων δαπανών υγείας χρησιμοποιώντας διαφορετικούς συνδυασμούς εισροών και εκροών. Για τον έλεγχο της επίδραση του επιπέδου της οικονομικής ανάπτυξης στα αποτελέσματα υγείας, το δείγμα χωρίστηκε σε χώρες χαμηλού και υψηλού εισοδήματος. Τα αποτελέσματα της μελέτης

---

20 Gupta, H., and Verhoeven, M. (2001), The Efficiency of Government Expenditure. Experiences from Africa, Journal of Policy Modelling, Vol. 23, pp. 433-67.



έδειξαν ότι οι αφρικανικές οικονομίες είναι αναποτελεσματικές όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, εν συγκρίσει προς τις Ασιατικές οικονομίες. Επίσης, οι συγγραφείς βρήκαν ότι, κατά μέσο όρο, το επίπεδο της αναποτελεσματικότητας συσχετίζεται θετικά με το επίπεδο των δημόσιων δαπανών.

Οι Gupta *et. al.* (2007) χρησιμοποιώντας την μη-παραμετρική μέθοδο DEA αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας σε ένα δείγμα 50 χωρών χαμηλού εισοδήματος.<sup>21</sup> Οι εισροές του υποδείγματος ήταν οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας αποτιμώμενες σε δολάρια σε όρους Ισοδυναμίας Αγοραστικής Δυνάμεως (ΙΑΔ), ενώ οι εκροές ήταν δείκτες που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της προόδου στον πλαίσιο επίτευξης των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας, δηλαδή τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, παιδικής θνησιμότητας, και μητρικής θνησιμότητας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι χώρες με το χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα είχαν και τις χαμηλότερες βαθμολογίες αποδοτικότητας, ενώ διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν σημαντικά περιθώρια για την αύξηση της αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας. Τέλος, κατά τους συγγραφείς, χώρες με καλύτερη διακυβέρνηση και δημοσιονομική διαχείριση, είχαν καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της εκπαίδευσης, καθώς και χαμηλότερα ποσοστά του HIV/ AIDS με την τάση να επιτυγχάνουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στις δαπάνες υγείας τους.

Οι Herrera και Pang (2005) χρησιμοποιώντας τις τεχνικές FDH και DEA εκτίμησαν την αποτελεσματικότητα των δημοσίων δαπανών στον τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης σε ένα δείγμα 140 αναπτυσσόμενων χωρών κατά τη διάρκεια της περιόδου 1996-2002.<sup>22</sup> Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν ως εκροές παράγοντες όπως το προσδόκιμο ζωής, το προσαρμοσμένο με το ποσοστό αναπηρίας προσδόκιμο ζωής (DALE), και τον εμβολιασμό κατά της ιλαράς, ενώ ως εισροές χρησιμοποιήθηκε η ορθογώνια συνιστώσα των δημοσίων δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η εν λόγω συνιστώσα υπολογίστηκε από την παλινδρόμηση των δημόσιων δαπανών με το ΑΕΠ. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αναποτελεσματικότητα στις δαπάνες υγείας τείνει να σχετίζεται με υψηλά επίπεδα δημοσίων δαπανών, δαπανών σε μισθούς,

---

21 Gupta, S., Schwartz, S., Shamsuddin, T., Allen, R., Adenauer, I., Fletcher, K., and Last, D. (2007) Fiscal Management of Scale-Up Aid, IMF Working Paper No. 07/222 (Washington: International Monetary Fund).

22 Herrera, S., and Pang, G. (2005). Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach, Policy Research Working Paper No. 3645 (Washington: The World Bank).

υψηλή εισοδηματική ανισότητα, και την επικράτηση του HIV / AIDS.

### 3.4 Μελέτες Αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων στην Ελλάδα

Οι Athanassopoulos *et. al.* (1999) μέτρησαν την τεχνική αποδοτικότητα και την αποδοτικότητα κατανομής σε 98 νοσοκομεία της Ελλάδος με τη μέθοδο DEA, υπό σταθερές και μεταβλητές αποδόσεις κλίμακας.<sup>23</sup> Για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας κατανομής, όλες οι εισροές αποτιμήθηκαν σε χρηματικές μονάδες. Η μελέτη έδειξε μεγαλύτερη αποδοτικότητα των ημιαστικών και αγροτικών νοσοκομείων από αυτήν των μεγάλων πόλεων. Η παραπάνω διαφορά αποδοτικότητας αποδόθηκε στην υπερ-συγκέντρωση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων στις μεγάλες πόλεις. Η τεχνική αποδοτικότητα βρέθηκε να είναι μεγαλύτερη στα νοσοκομεία μικρού και μεσαίου μεγέθους, έως 86 και 335 κλίνες, αντίστοιχα. Τέλος, τα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων παρουσίαζαν ιδιαίτερα χαμηλούς μέσους δείκτες μείωσης δαπανών φαρμακευτικών, λειτουργικών και δαπανών προσωπικού, γεγονός που υποδηλώνει τη δυνατότητα σημαντικής εξοικονόμησης πόρων, μέσω ανακατανομής τους προς τα μικρότερα νοσοκομεία της επαρχίας. Οι ερευνητές θεώρησαν ότι η μελέτη επιβεβαίωσε τις εκτιμήσεις τους για ανεπαρκή διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι Kontodimopoulos *et. al.* (2006) μελέτησαν την τεχνική αποδοτικότητα μιας ομάδας 17 νοσοκομείων μικρής κλίμακας της επαρχίας, των νοσοκομείων-κέντρων υγείας.<sup>24</sup> Πρόκειται για νοσοκομεία που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές, εξυπηρετούν πληθυσμό έως 20.000 άτομα και παρέχουν πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας και υπηρεσίες πρόληψης. Εφαρμόστηκε το μοντέλο DEA προσανατολισμένο στις εισροές υπό την υπόθεση σταθερής οικονομίας κλίμακας και έγιναν δύο αναλύσεις, μία που περιελάμβανε προληπτικές υπηρεσίες και μία που δεν περιελάμβανε τις προληπτικές υπηρεσίες.

Ως μεταβλητές εισροών χρησιμοποιήθηκαν (α) ο αριθμός των ιατρών, (β) ο αριθμός των νοσοκόμων, και (γ) ο αριθμός των κρεβατιών, ενώ ως μεταβλητές εκροών (α) οι εισαγωγές, (β) οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, και (γ) οι υπηρεσίες

---

23 Athanassopoulos, A., Gounaris, C. and Sissouras, A. (1999). A Descriptive Assessment of the Production And Cost Efficiency Of General Hospitals In Greece. *Health Care ManagSci*, 2:97–106

24 Kontodimopoulos N., Nanos P., and Niakas D. (2006). Balancing Efficiency Of Health Services And Equity Of Access in Remote Areas in Greece. *Health Policy*, 76:49–57

προληπτικής Ιατρικής που παρασχέθηκαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν έλλειψη αποδοτικότητας 26,77% για τις συνδυασμένες υπηρεσίες και 25,13% για τις μη προληπτικές. Η τοποθεσία εμφανίστηκε να επηρεάζει την απόδοση, με τις απομονωμένες μονάδες –π.χ. νησιά– να εμφανίζουν τη μεγαλύτερη έλλειψη αποδοτικότητας. Το αποτέλεσμα εγείρει το ερώτημα αν η αντιμετώπιση της μειωμένης αποδοτικότητας μπορεί να σημάνει καταστρατήγηση της ισότητας στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας πληθυσμών απομονωμένων περιοχών της χώρας. Τέλος, παρατηρήθηκε καλύτερη απόδοση των μονάδων που παρέχουν και προληπτικές ιατρικές υπηρεσίες, γεγονός που υποδηλώνει τον ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν τέτοιες υπηρεσίες στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.

Οι Zavras *et. al.* (2002) αξιολόγησαν τη σχετική αποδοτικότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών του ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων (ΙΚΑ), βασιζόμενοι στα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας του ΙΚΑ για 133 πολυϊατρεία σε όλη τη χώρα.<sup>25</sup> Ως μεταβλητές εισροών χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός του προσωπικού, χωρισμένος σε διάφορες κατηγορίες, και ο πληθυσμός που καλύπτεται από κάθε πολυϊατρείο και ως εκροές ο αριθμός των επισκέψεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, πολυϊατρεία με την τεχνολογική υποδομή να εκτελέσουν εργαστηριακές και ή ακτινολογικές εξετάσεις εμφάνισαν τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Επιπλέον, οι μεσαίου μεγέθους μονάδες, με καλυπτόμενο πληθυσμό 10.000–50.000 άτομα, βρέθηκαν οι πλέον αποδοτικές. Οι ερευνητές θεωρούν ότι τέτοιες αναλύσεις, αν συμπληρωθούν με έγκυρα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και επιδημιολογικά δεδομένα, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για τη δημιουργία ενός εθνικού χάρτη υγειονομικής περίθαλψης (National Healthcare Chart), που θα συνδέει τους διαθέσιμους πόρους με τον πληθυσμό και τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

### 3.5. Η Οικονομία και το Επίπεδο Υγείας

Το επίπεδο υγείας μιας χώρας, όσο και η ευρεία διάχυση ενός καλού επιπέδου υγείας στους πολίτες της, εξαρτάται από ένα αριθμό παραγόντων:

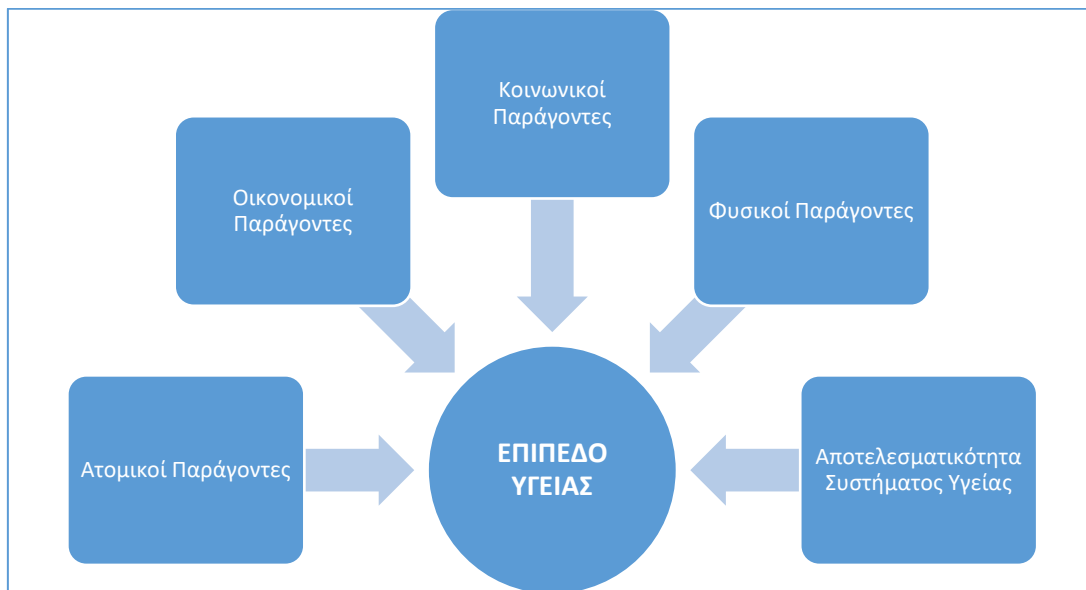
- **Ατομικοί Παράγοντες:** ατομικοί κίνδυνοι (διατροφή, συμπεριφορά).

---

25 Zavras A., Tsakos G., Economou C., and Kyriopoulos J. (2002). Using DEA to Evaluate Efficiency And Formulate Policy Within A Greek National Primary Health Care Network. *J Med System*, 26:285–292

- **Οικονομικοί Παράγοντες:** Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά σε δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα αλλά και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σε αυτό κατέληξαν μελέτες πλήθους ερευνητών, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους συμφωνούν ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου της υγείας του.
- **Κοινωνικοί Παράγοντες:** παράγοντες όπως το κοινωνικό περιβάλλον
- **Φυσικοί Παράγοντες:** συλλογικοί κίνδυνοι υγείας (μόλυνση του περιβάλλοντος, διάθεση επικίνδυνων προϊόντων, μολυσματικές ασθένειες).
- **Αποτελεσματικότητα Συστήματος Υγείας:** η οργάνωση και η λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Το Διάγραμμα 3.2 απεικονίζει επακριβώς τους προαναφερθέντες παράγοντες:



Πηγή: Χαραλάμπους, Τσίτση (2010)

### Διάγραμμα 3.2

#### Οι Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας μιας Χώρας

Σύμφωνα με τους Stuckler *et. al.* (2009), η έκταση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον κλάδο της υγείας εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο οι

άνθρωποι προστατεύονται είτε υπό την μορφή της κοινωνικής συνοχής (ένα είδος άτυπης πρόνοιας) είτε υπό την μορφή της κοινωνικής προστασίας (επίσημη πρόνοια).<sup>26</sup>

Στο Διάγραμμα 3.3 παρουσιάζεται η πιθανή διάρθρωση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ οικονομικής κρίσης και του επιπέδου υγείας είτε ενός ατόμου είτε ενός συνόλου ατόμων. Συνήθως, κατά την εκδήλωση μιας κρίσης, η απασχόληση αποτελεί τον βασικότερο πληττόμενο παράγοντα, με έναν μεγάλο αριθμό εργαζομένων να χάνουν την εργασία τους. Κατόπιν, η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου είναι συνυφασμένη με το είδος της εργασίας του, καθότι το μεγαλύτερο μέρος του διαθέσιμου εισοδήματος της πλειονότητας των νοικοκυριών προέρχεται από την εργασία. Κατ' επέκταση, απώλεια εργασίας σημαίνει δραστική μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος.

Στην συνέχεια, η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης ενός ατόμου οδηγεί σε μια σειρά από «επιβλαβείς» για την υγεία του επιλογές, οι οποίες με την σειρά τους επιδρούν αρνητικά επί της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου. Συγκεκριμένα, η ανεργία ή το αίσθημα ανασφάλειας στην εργασία και η συνακόλουθη απώλεια εισοδήματος είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος, και ναρκωτικών, πρακτικές δηλαδή που επιβαρύνουν την σωματική υγεία του ατόμου.

Παράλληλα, η ανεργία δύναται να οδηγήσει και σε ψυχικές διαταραχές, ενώ ακόμα και η διατήρηση μιας ικανοποιητικής εργασίας, ή μιας υποβαθμισμένης θέσης λόγω της ανάγκης ενός ελαχίστου επιπέδου εισοδήματος, μπορεί να έχει και αυτή αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του ατόμου (Τούντας, 2000).<sup>27</sup>

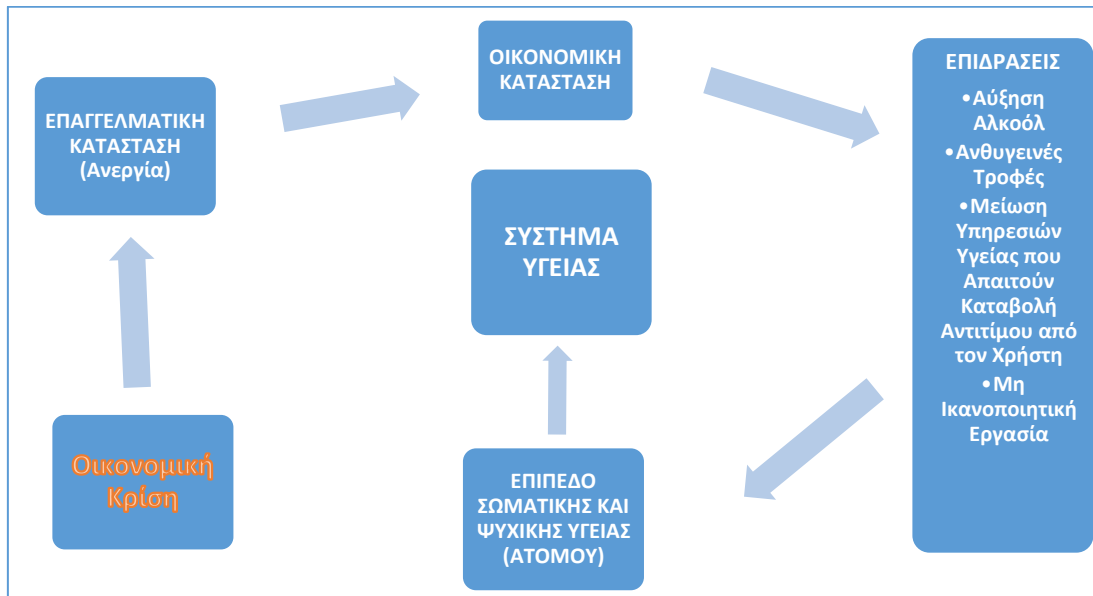
Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονίσουμε ότι η οικονομική κρίση έχει μεγαλύτερη αρνητική επίδραση επί της υγείας και των ποσοστών νοσηρότητας συγκεκριμένων ομάδων ατόμων όπως είναι άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2009).<sup>28</sup>

---

26 Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., and McKee. M. (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *UlsterMed J*,78(3):142-145

27 Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα

28 Κυριόπουλος, Γ. και Τσιάντου, Β. (2009). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.



Πηγή: Τούντας, 2000

### Διάγραμμα 3.3

#### Η Επίδραση της Χρηματοοικονομικής Κρίσης στην Υγεία των Πολιτών

##### 3.5.1. Η Οικονομική Κρίση και το Σύστημα Υγείας

Μια οικονομική κρίση δύναται να επηρεάσει την χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας, κυρίως λόγω της περιστολής των κρατικών δαπανών στο πλαίσιο της δημοσιονομικής εξυγίανσης (Appleby, 2008), αλλά και του αυξημένου κόστους δανεισμού για τα «σπάταλα» κράτη.<sup>29</sup> Για παράδειγμα, η οικονομική κρίση της Λατινικής Αμερικής στις αρχές της δεκαετίας του '80 οδήγησε στη μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία επηρεάζοντας δυσανάλογα τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Musgrove, 1987).<sup>30</sup> Παράλληλα, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος οδηγεί σε άνοδο της ζήτησης υπηρεσιών δημοσίας υγείας (WHO, 2009), καθώς οι καταναλωτές μειώνουν τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.<sup>31</sup>

##### 3.5.2 Η Οικονομική Κρίση και η Υγεία των Πολιτών

<sup>29</sup> Appleby, J. (2008). The credit crisis and health care. *Br Med J*, 337: 2259-2270

<sup>30</sup> Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 17: 411-441.

<sup>31</sup> WHO (2009). The financial crisis and global health. *Information Note/2009/1*, Geneva.

Η οικονομική κρίση είναι δυνατόν να επηρεάσει την υγεία των πολιτών και κατ' επέκταση το σύστημα υγείας της χώρας, εάν δεχθούμε ότι το επίπεδο υγείας των πολιτών μιας χώρας σχετίζεται με το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης αυτής. Από την στιγμή λοιπόν που η οικονομική κρίση οδηγεί σε ανασφάλιστη εργασία, ανεργία, και εν γένει μείωση του εισοδήματος, είναι λογικό να συμπεράνουμε ότι η οικονομική κρίση επιδρά και στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας (βλέπε Διάγραμμα 3.3).

Για παράδειγμα, εάν η ανεργία συχνά σχετίζεται με επιβλαβείς για την σωματική υγεία επιλογές, όπως η αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, τότε είναι προφανές ότι μια επιδείνωση του οικονομικού κλίματος στην χώρα θα έχει μακροπρόθεσμα δυσμενείς συνέπειες για το γενικό επίπεδο υγείας. Επίσης, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους στην κατανάλωση λιγότερο υγιεινών τροφών. Από την άλλη πλευρά, μπορεί να υπάρξει μια μακροπρόθεσμη μείωση στα ποσοστά του καπνίσματος. Είναι, επίσης, πιθανό άτομα χαμηλού εισοδήματος να περιορίσουν τη χρήση εκείνων των υπηρεσιών υγείας για τα οποία πρέπει τα ίδια να καταβάλουν σημαντικό μέρος της αντίστοιχης δαπάνης. Τέτοιες υπηρεσίες είναι οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και άλλες υγειονομικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Ωστόσο τα ίδια φαινόμενα είναι εξίσου πιθανά και σε περίοδο οικονομικής ανάπτυξης. Για παράδειγμα, μελέτη του Ruhm (2000) κατέδειξε ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, δεν αφιερώνεται χρόνος για την παρακολούθηση της υγείας (cost of time), αυξάνονται οι ώρες εργασίας, αλλά και το σχετιζόμενο στρες.<sup>32</sup> Παράλληλα εμφανίζονται και εξωτερικές αιτίες διακύμανσης της θνησιμότητας, όπως η αύξηση των μεταναστευτικών πληθυσμών που μπορεί να εισάγουν ασθένειες ή δεν είναι εξοικειωμένοι με την οδική συμπεριφορά ή το υγειονομικό σύστημα της χώρας προορισμού (Ruhm, 2000).

Η εξακρίβωση μιας αιτιώδους σχέσης είναι περίπλοκη, διότι, πρώτον, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν μόνο έναν από τους πολλούς ποσοτικούς και ποιοτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στο επίπεδο υγείας μιας χώρας, και, δεύτερον, διότι η μέτρηση του επιπέδου υγείας αποτελεί μια ατελή διαδικασία. Για

---

32 Ruhm, C. (2000). Are recessions good for your health? Quarterly Journal of Economics, 115:617–650



αυτόν τον σκοπό, προκειμένου να απομονωθεί η σχέση μεταξύ των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και της αποτελεσματικότητας τους, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η επίδραση οικονομικών, κοινωνικο-δημογραφικών, και διατροφικών παραγόντων κάθε χώρας, και βεβαίως η όποια εναπομένουσα ετερογένεια σε γεωγραφικό επίπεδο. Μερικές από τις μεταβλητές που χρησιμοποίησαν στην μελέτη τους οι Crémieux *et. al.* (1999) ήταν είναι οι ακόλουθες<sup>33</sup>:

- **Ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας ανά φύλο:** Το εν λόγω ποσοστό αναφέρεται πριν την ηλικία του ενός έτους ανά χίλιες γεννήσεις.
- **Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο:** Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση
- **Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης:** Συνίστανται στο άθροισμα όλων των δαπανών περίθαλψης, ιδιωτικών και δημοσίων.
- **Κατά κεφαλήν αριθμός ιατρών:** Το σύνολο των μη στρατιωτικών ιατρών ανά την επικράτεια.
- **Κατά κεφαλήν εισόδημα:** Το πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ.
- **Πληθυσμιακή Πυκνότητα:** Ο αριθμός ατόμων ανά συγκεκριμένη μονάδα μέτρησης του χώρου.
- **Εκπαιδευτικό επίπεδο:** Ποσοστά πληθυσμού με πανεπιστημιακό πτυχίο ή ισοδύναμο επαγγελματικό πτυχίο.
- **Ποσοστό φτώχειας:** Το ποσοστό των νοικοκυριών που δαπανούν περισσότερο από το 56,2% του εισοδήματός τους σε είδη διατροφής, στέγασης και ένδυσης.
- **Χρήση αλκοόλ:** Η κατά κεφαλή κατανάλωση των αλκοολούχων ποτών.
- **Χρήση Προϊόντων Καπνού:** Ποσοστά χρήσης ανά φύλο για άτομα άνω των 15 ετών.
- **Διατροφικά δεδομένα:** Το ύψος της αποπληθωρισμένης εβδομαδιαίας δαπάνης των νοικοκυριών για κρέας.

Από τις παραπάνω μεταβλητές, δυο μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να μετρηθεί το επίπεδο υγείας μιας χώρας. Αυτές είναι τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας με βάση το φύλο και το προσδόκιμο ζωής. Επίσης, στην βιβλιογραφία έχει χρησιμοποιηθεί και ο αριθμός των χαμένων εργασίων ημερών λόγω ασθένειας καθώς οι υποκειμενικές αντιλήψεις για το ατομικό επίπεδο υγείας.

---

33 Crémieux, P.-Y., Ouellette, P., and Pilon, C. (1999), Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes. *Health Economics* 8(7), 627-639.



Τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών δεν έχουν δείξει κάτι συγκεκριμένο αναφορικά με την σχέση μεταξύ δαπανών υγείας και των αποτελεσμάτων αυτής. Στην μελέτη του ο Leu (1986) δεν μπόρεσε να εντοπίσει μια σχέση μεταξύ των δαπανών ιατρικής περίθαλψης και χαμηλότερων ποσοστών θνησιμότητας, λαμβάνοντας υπόψιν την επίδραση του κατά κεφαλήν εισοδήματος.<sup>34</sup> Επίσης, στην μελέτη τους οι Hitiris και Posnet (1992) βρήκαν πολύ περιορισμένα στοιχεία που να δικαιολογούν μια σχέση μεταξύ δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και των ποσοστών θνησιμότητας.<sup>35</sup> Το πρόβλημα με τις παραπάνω μελέτες εντοπίζεται στην ετερογένεια των αποτελεσμάτων, η οποία είναι συνυφασμένη με την διενέργεια διαστρωματικών μελετών.

Οι Nixon και Ulmann (2006) χρησιμοποιώντας το προσδόκιμο ζωής και το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ως εκροές ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και το περιβάλλον ως εισροές, σε ένα σύνολο 15 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο 1980-1995, βρήκαν ότι η αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης συνδέεται με μια σημαντική βελτίωση στα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας, αλλά με μόνο μια οριακή βελτίωση του προσδόκιμου ζωής.<sup>36</sup>

### 3.6. Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται μελέτες για τα αποτελέσματα υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες, στις αναπτυσσόμενες οικονομίες και στην ελληνική οικονομία. Πιο συγκεκριμένα, για τις αναπτυγμένες οικονομίες, χρησιμοποιείται η μελέτη του The Economist (2014), ενώ για τις αναπτυσσόμενες οικονομίες,

---

34 Leu, R. (1986). The public-private mix and international health care costs. In: Culyer, A.J. and Johnsson, B.(eds.), Public and private health services. Oxford: Basil Blackwell, pp. 41-63.

35 Hitiris, T., and Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*,11: 173-181

36 Nixon, J., and Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link. *European Journal of Health Economics*,7(1):7-18.

αναφέρονται επιστημονικές μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούν κυρίως τις μη-παραμετρικές μεθόδους Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (Data Envelopment Analysis, DEA) και FDH (Free Disposal Hull). Επιπλέον, αναφέρονται και επεξηγούνται παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία ενός πληθυσμού ή ατόμου (ατομικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, φυσικοί και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας), ενώ γίνεται επεξήγηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ οικονομικής κρίσης και του επιπέδου υγείας με αφορμή την τρέχουσα παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση. Τέλος, η ανάλυση επικεντρώνεται στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα αποτελέσματα υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει διαχρονική ανάλυση των δαπανών υγείας κατά την περίοδο 1990-2010 ως βάση αποτύπωσης της αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Επιπλέον, αναλύονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την περίοδο 2005 – 2014 καθώς και ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την ίδια περίοδο. Τέλος, παρατίθενται στοιχεία για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.

#### 4.1. Διαχρονική Ανάλυση των Δημοσίων Δαπανών Υγείας

Σύμφωνα με ΟΟΣΑ, από το 1960 και μετά, παρατηρούνται τρεις βασικές τάσεις αναφορικά με τα συστήματα υγείας στις αναπτυγμένες οικονομίες:

- (i) Ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής
- (ii) Νέοι παράγοντες κινδύνου για την υγεία
- (iii) Συνεχής αύξηση της δαπάνης υγείας

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά την αυξητική τάση της δαπάνης υγείας διεθνώς ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρατηρείται μία θετική συσχέτιση μεταξύ του ρυθμού ανάπτυξης του ΑΕΠ και των δαπανών υγείας. Ένας βασικός αιτιολογικός παράγοντας αφορά στην αύξηση του εισοδήματος, καθώς το αγαθό της υγείας αποτελεί ένα κανονικό αγαθό. Συνεπώς, η αύξηση του εισοδήματος συμβάλλει στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Σε περιόδους ταυτόχρονης αύξησης δαπανών υγείας και ΑΕΠ, ενδεχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας με μεγαλύτερο ρυθμό γίνεται αποδεκτή από την κοινωνία δεδομένου ότι η υγεία του πληθυσμού αποτελεί προτεραιότητα. Αντιθέτως, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ενδεχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας δεσμεύει δημόσιους πόρους, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τόσο τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας όσο και την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Ο Πίνακας 4.1 απεικονίζει τη διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά την περίοδο 1990-2010 στις χώρες της ΕΕ. Τα στοιχεία χρησιμεύουν ως ιστορικά δεδομένα προκειμένου να αποτυπωθεί η αυξητική τάση των δημοσίων δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες.

Πίνακας 4.1

Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ στην ΕΕ (1990 – 2010)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	M.O.
Αυστρία	7,7%	7,8%	8,1%	8,6%	9,0%	8,9%	8,9%	9,0%	9,2%	9,3%	9,2%	8,7%
Βέλγιο	7,1%	7,4%	7,6%	7,7%	7,5%	7,5%	7,8%	7,6%	7,7%	7,9%	7,9%	7,6%
Γαλλία	8,0%	8,2%	8,4%	8,8%	8,8%	9,8%	9,8%	9,7%	9,6%	9,6%	9,5%	9,1%
Γερμανία	8,0%	..	9,0%	9,0%	9,2%	9,5%	9,8%	9,7%	9,7%	9,7%	9,8%	9,3%
Δανία	8,0%	8,0%	8,0%	8,3%	8,1%	7,8%	7,8%	7,7%	7,6%	8,3%	8,1%	8,0%
Ελλάδα	6,1%	5,9%	6,5%	7,3%	8,0%	8,0%	7,9%	7,7%	7,6%	7,8%	7,2%	7,3%
Εσθονία	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5,7%	5,2%	5,4%
Ην. Βασίλειο	5,1%	5,5%	5,9%	6,0%	6,1%	6,0%	6,0%	5,9%	6,0%	6,2%	6,3%	5,9%
Ιρλανδία	5,6%	6,1%	6,3%	6,4%	6,3%	6,1%	5,9%	5,8%	5,6%	5,6%	5,9%	6,0%
Ισπανία	6,1%	6,3%	6,7%	7,0%	6,9%	7,0%	7,1%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,8%
Ιταλία	7,0%	7,3%	7,1%	7,1%	6,9%	6,9%	7,0%	7,2%	7,3%	7,3%	7,6%	7,1%
Λετονία	..	..	..	..	..	5,3%	5,8%	6,0%	5,9%	6,2%	5,9%	5,8%
Λουξεμβούργο	5,1%	4,9%	5,1%	5,2%	5,0%	5,3%	5,4%	5,3%	5,4%	5,5%	5,9%	5,3%
Ολλανδία	7,1%	7,3%	7,5%	7,6%	7,5%	7,4%	7,3%	7,1%	7,2%	7,2%	7,1%	7,3%
Ουγγαρία	..	6,4%	6,9%	6,9%	7,4%	6,8%	6,7%	6,3%	6,7%	6,9%	6,8%	6,8%
Πολωνία	4,3%	4,8%	5,0%	5,1%	5,0%	4,9%	5,2%	5,1%	5,0%	5,5%	5,3%	5,0%
Πορτογαλία	5,5%	6,0%	6,2%	6,5%	6,4%	7,2%	7,5%	7,4%	7,4%	7,6%	8,4%	6,9%
Σλοβακία	..	..	..	..	..	..	..	5,7%	5,6%	5,5%	5,3%	5,5%
Σλοβενία	..	..	..	..	..	7,3%	7,5%	7,6%	7,7%	7,7%	8,1%	7,7%
Σουηδία	7,3%	7,2%	7,5%	7,8%	7,4%	7,3%	7,5%	7,3%	7,4%	7,4%	7,4%	7,4%
Τσεχία	3,8%	3,9%	4,0%	5,4%	5,5%	5,8%	5,6%	5,6%	5,6%	5,8%	5,7%	5,2%
Φιλανδία	7,2%	8,3%	8,5%	7,8%	7,3%	7,4%	7,5%	7,1%	6,8%	6,8%	6,9%	7,4%
<b>M.O. ΕΕ</b>	<b>6,4%</b>	<b>6,5%</b>	<b>6,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,2%</b>	<b>7,0%</b>	<b>7,0%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,1%</b>	<b>6,9%</b>

Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

Για την περίοδο 1990-2000, ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 6,9% του ΑΕΠ, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος για την Ελλάδα είναι 7,3%. Κατά την περίοδο αυτή, παρατηρείται ότι οι αναπτυγμένες οικονομίες δαπανούν περίπου το 9% του ΑΕΠ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην Γερμανία (9,3%), την Γαλλία (9,1%), και την Αυστρία (8,7%). Αντιστοίχως, τα χαμηλότερα ποσοστά ΑΕΠ δημοσίων δαπανών υγείας παρατηρούνται στην Τσεχία (5,2%) και το Λουξεμβούργο (5,3%). Λαμβάνονται υπόψιν χώρες που έχουν στοιχεία για όλη την δεκαετία 1990 – 2000.

## ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΠΙΝΑΚΑ 4.1 (2001 – 2010)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	M.O.
Αυστρία	9,3%	9,4%	9,6%	9,6%	9,6%	9,5%	9,5%	9,6%	10,1%	10,1%	9,6%
Βέλγιο	8,1%	8,3%	9,1%	9,1%	9,0%	8,9%	9,0%	9,4%	10,1%	9,9%	9,1%
Γαλλία	9,7%	10,0%	10,0%	10,1%	10,2%	10,1%	10,0%	10,1%	10,8%	10,7%	10,2%
Γερμανία	9,8%	10,1%	10,3%	10,1%	10,2%	10,1%	10,0%	10,1%	11,1%	11,0%	10,3%
Δανία	8,4%	8,7%	8,9%	9,0%	9,1%	9,2%	9,3%	9,5%	10,7%	10,4%	9,2%
Ελλάδα	8,0%	8,2%	8,2%	7,9%	9,0%	9,0%	9,1%	9,8%	9,8%	9,9%	8,9%
Εσθονία	4,8%	4,7%	4,9%	5,1%	5,0%	4,9%	5,0%	5,7%	6,5%	6,3%	5,3%
Ην. Βασίλειο	6,6%	6,8%	7,1%	7,3%	7,4%	7,5%	7,6%	7,9%	8,7%	8,5%	7,5%
Ιρλανδία	6,4%	6,7%	7,0%	7,2%	7,7%	7,5%	7,8%	9,1%	10,5%	10,6%	8,1%
Ισπανία	6,8%	6,8%	7,5%	7,6%	7,7%	7,8%	7,8%	8,3%	9,0%	9,0%	7,8%
Ιταλία	7,8%	7,9%	7,9%	8,2%	8,4%	8,5%	8,2%	8,6%	9,0%	9,0%	8,4%
Λετονία	6,1%	6,1%	5,8%	6,2%	5,9%	5,7%	5,8%	5,6%	6,2%	6,2%	6,0%
Λουξεμβούργο	6,5%	6,8%	7,1%	7,4%	7,3%	6,8%	6,3%	6,6%	7,5%	7,1%	6,9%
Ολλανδία	7,4%	8,0%	8,5%	8,5%	9,4%	9,3%	9,3%	9,5%	10,3%	10,4%	9,1%
Ουγγαρία	6,8%	7,1%	8,1%	7,8%	8,0%	7,8%	7,3%	7,1%	7,3%	7,6%	7,5%
Πολωνία	5,7%	6,1%	6,0%	5,9%	5,8%	5,8%	5,9%	6,4%	6,6%	6,4%	6,1%
Πορτογαλία	8,4%	8,6%	8,9%	9,3%	9,4%	9,1%	9,1%	9,4%	9,9%	9,8%	9,2%
Σλοβακία	5,3%	5,5%	5,5%	6,5%	6,6%	6,9%	7,2%	7,0%	8,0%	7,8%	6,6%
Σλοβενία	8,4%	8,0%	8,1%	7,9%	8,0%	7,8%	7,5%	7,8%	8,6%	8,6%	8,1%
Σουηδία	8,0%	8,4%	8,5%	8,3%	8,3%	8,2%	8,1%	8,3%	8,9%	8,5%	8,4%
Τσεχία	5,9%	6,2%	6,6%	6,4%	6,4%	6,2%	6,0%	6,4%	7,3%	6,9%	6,4%
Φιλανδία	7,0%	7,4%	7,7%	7,8%	8,0%	8,0%	7,8%	8,1%	8,9%	8,9%	8,0%
<b>M.O. ΕΕ</b>	<b>7,3%</b>	<b>7,5%</b>	<b>7,8%</b>	<b>7,9%</b>	<b>8,0%</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,9%</b>	<b>8,2%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,0%</b>

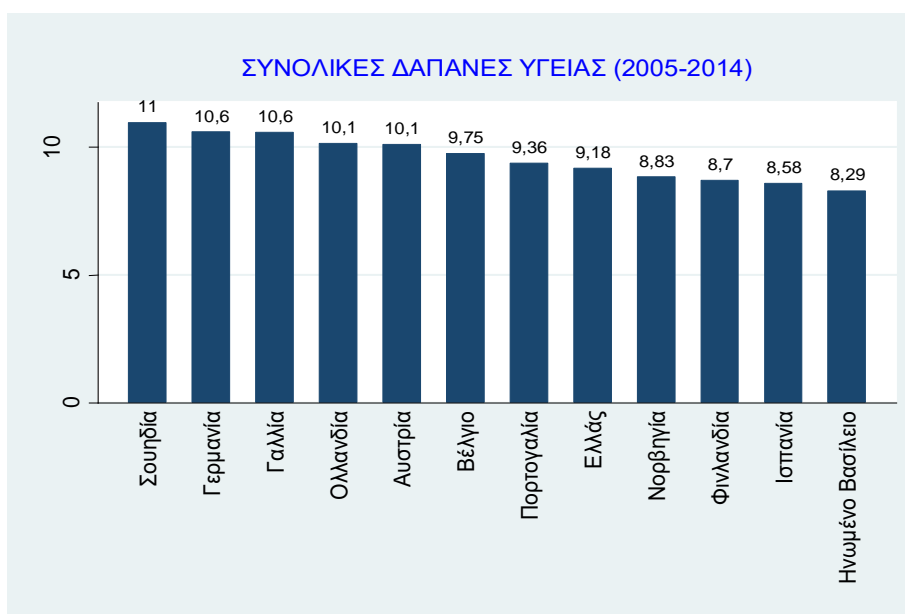
Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

Για την περίοδο 2001-2010, ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας στην ΕΕ είναι 8,0% του ΑΕΠ, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος για την Ελλάδα είναι 8,9%. Παρατηρείται ότι οι αναπτυγμένες οικονομίες δαπανούν περίπου ή πάνω από το 10% του ΑΕΠ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην Γερμανία (10,3%), την Γαλλία (10,2%), και την Αυστρία (9,6%). Αντιστοίχως, τα χαμηλότερα ποσοστά ΑΕΠ δημοσίων δαπανών υγείας παρατηρούνται στην Λετονία (6,0%) και την Πολωνία (6,1%). Αυτό που έχει σημασία να σημειωθεί είναι ότι λιγότερο ισχυρές οικονομίες φαίνεται να δαπανούν υψηλά ποσοστά στον τομέα της υγείας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η Πορτογαλία (9,2%) και η Σλοβενία (8,1%), ενώ οικονομίες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία δαπανούν 7,5% και 8,3%, αντίστοιχα. Τέλος, ο γενικός μέσος όρος της

περιόδου 1990-2010 για την Ελλάδα είναι 8,1%, ενώ για την Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται 7,5%.

#### 4.2. Διαστρωματική Ανάλυση των Συνολικών Δαπανών Υγείας

Προκειμένου να αποτυπωθεί το ύψος των δαπανών υγείας σε χώρες της ΕΕ, εξετάζεται η διαχρονική εξέλιξή τους βάσει της κατηγοριοποίησης του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) που αναλύθηκε στο κεφάλαιο 2. Πιο συγκεκριμένα, στο Διάγραμμα 4.1 παρουσιάζεται το μέσο ύψος των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες της Ε.Ε. κατά την περίοδο 2005-2014.



Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.1

##### Οι Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην ΕΕ (% ΑΕΠ), (2005-2014)

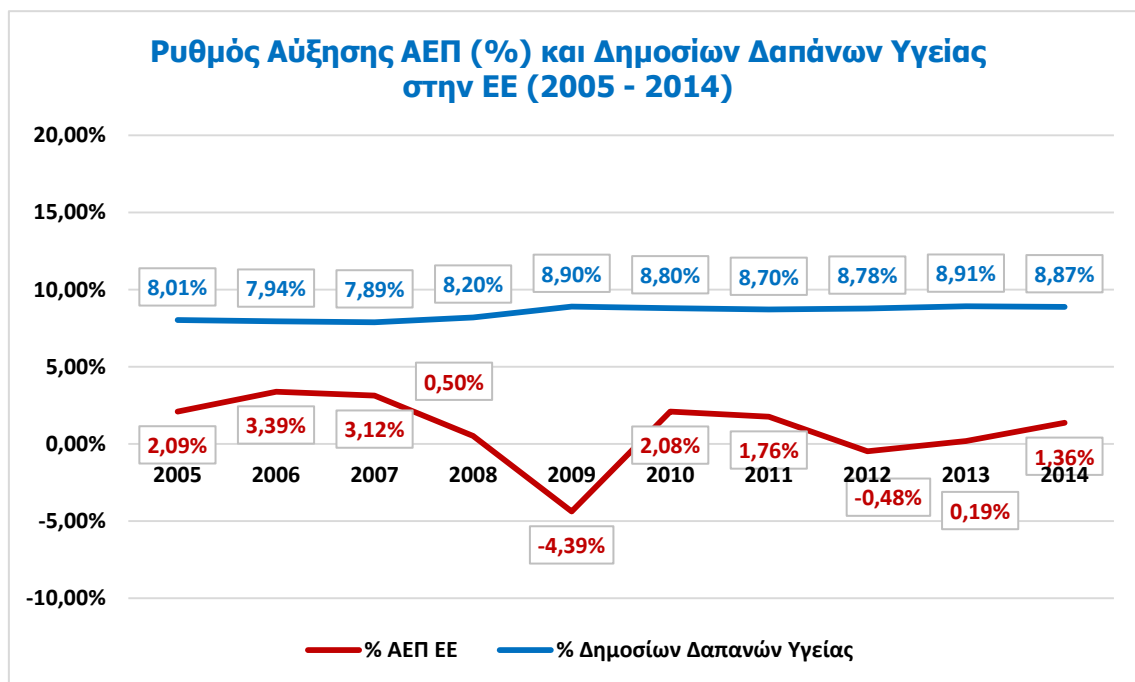
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 4.1, τα κράτη μέλη της Ε.Ε με το υψηλότερο ποσοστό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης για την εξεταζόμενη περίοδο είναι η Σουηδία, η Γερμανία και η Γαλλία, με μέσο ποσοστό δαπανών 11%, 10,6% και 10,6% του ΑΕΠ, αντίστοιχα. Αντίθετα, οι χώρες με το χαμηλότερο μέσο ποσοστό δαπανών υγειονομικής περίθαλψης είναι το Ηνωμένο Βασίλειο 8,3%, η Ισπανία 8,6%, και η Φινλανδία 8,7% του ΑΕΠ. Το αντίστοιχο ποσοστό δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα για την περίοδο 2005 – 2014 είναι 9.18% του ΑΕΠ.

### 4.3. Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζεται μια διαχρονική ανάλυση της χρηματοδότησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα κατά την περίοδο 2005-2014.

#### 4.3.1. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα

Από τα στοιχεία που αναλύονται γίνεται σαφές ότι όσο αναπτύσσεται οικονομικά μία χώρα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το Διάγραμμα 4.2. αποτυπώνει την θετική σχέση μεταξύ της αύξησης του ΑΕΠ στις χώρες της ΕΕ και της αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας κατά την εξεταζόμενη περίοδο.



Πηγή:

Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2015&locations=EU&start=2003>

και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.2

**Ρυθμός Αύξησης ΑΕΠ (%) και Δημοσίων Δαπανών Υγείας στην ΕΕ (2005-2014)**

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 4.2, ο ρυθμός αύξησης ΑΕΠ των χωρών της ΕΕ κατά την περίοδο 2005 – 2014 παρουσιάζει διακυμάνσεις, με σημαντική πτώση το 2009 (-4,39%) ως αποτέλεσμα της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης. Αντίστοιχα, ο ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας παρουσιάζει σταθερά αυξητική τάση, χωρίς διακυμάνσεις. Ο μέσος όρος του ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ της ΕΕ είναι 0.96%, ενώ των δημοσίων δαπανών υγείας είναι 8.50% για την εξεταζόμενη περίοδο. Παρόλο που ο ρυθμός δαπάνης αυξάνεται γρηγορότερα από τον ρυθμό της οικονομίας, η κοινωνία το αποδέχεται, αφενός γιατί η υγεία του πληθυσμού είναι προτεραιότητα και αφετέρου διότι δεν ανησυχεί για την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο Πίνακας 4.2. απεικονίζει την διαχρονική μεταβολή των δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην ΕΕ για την περίοδο 2005 – 2014.

Πίνακας 4.2

## Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ στην ΕΕ (2005 – 2014)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	M.O.
Αυστρία	9,6%	9,5%	9,5%	9,6%	10,1%	10,1%	9,9%	10,1%	10,1%	10,3%	9,9%
Βέλγιο	9,0%	8,9%	9,0%	9,4%	10,1%	9,9%	10,1%	10,2%	10,4%	10,4%	9,8%
Γαλλία	10,2%	10,1%	10,0%	10,1%	10,8%	10,7%	10,7%	10,8%	10,9%	11,1%	10,5%
Γερμανία	10,2%	10,1%	10,0%	10,1%	11,1%	11,0%	10,7%	10,8%	10,9%	11,0%	10,6%
Δανία	9,1%	9,2%	9,3%	9,5%	10,7%	10,4%	10,2%	10,3%	10,3%	10,6%	10,0%
Ελλάδα	9,0%	9,0%	9,1%	9,8%	9,8%	9,9%	9,5%	8,9%	8,7%	8,3%	9,2%
Εσθονία	5,0%	4,9%	5,0%	5,7%	6,5%	6,3%	5,8%	5,8%	6,0%	6,1%	5,7%
Ην. Βασίλειο	7,4%	7,5%	7,6%	7,9%	8,7%	8,5%	8,4%	8,5%	9,9%	9,9%	8,4%
Ιρλανδία	7,7%	7,5%	7,8%	9,1%	10,5%	10,6%	9,9%	10,1%	10,5%	10,1%	9,4%
Ισπανία	7,7%	7,8%	7,8%	8,3%	9,0%	9,0%	9,1%	9,1%	9,0%	9,1%	8,6%
Ιταλία	8,4%	8,5%	8,2%	8,6%	9,0%	9,0%	8,8%	8,8%	8,8%	9,1%	8,7%
Λετονία	5,9%	5,7%	5,8%	5,6%	6,2%	6,2%	5,6%	5,4%	5,4%	5,5%	5,7%
Λουξεμβούργο	7,3%	6,8%	6,3%	6,6%	7,5%	7,1%	6,2%	6,7%	6,5%	6,3%	6,7%
Ολλανδία	9,4%	9,3%	9,3%	9,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,9%	10,9%	10,9%	10,1%
Ουγγαρία	8,0%	7,8%	7,3%	7,1%	7,3%	7,6%	7,6%	7,5%	7,3%	7,2%	7,5%
Πολωνία	5,8%	5,8%	5,9%	6,4%	6,6%	6,4%	6,2%	6,2%	6,5%	6,4%	6,2%
Πορτογαλία	9,4%	9,1%	9,1%	9,4%	9,9%	9,8%	9,5%	9,3%	9,1%	9,0%	9,4%
Σλοβακία	6,6%	6,9%	7,2%	7,0%	8,0%	7,8%	7,4%	7,7%	7,6%	7,0%	7,3%
Σλοβενία	8,0%	7,8%	7,5%	7,8%	8,6%	8,6%	8,5%	8,7%	8,8%	8,5%	8,3%
Σουηδία	8,3%	8,2%	8,1%	8,3%	8,9%	8,5%	10,7%	10,9%	11,1%	11,2%	9,4%
Τσεχία	6,4%	6,2%	6,0%	6,4%	7,3%	6,9%	7,0%	7,1%	7,8%	7,7%	6,9%
Φιλανδία	8,0%	8,0%	7,8%	8,1%	8,9%	8,9%	9,0%	9,3%	9,5%	9,5%	8,7%
<b>M.O. ΕΕ</b>	<b>8,0%</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,9%</b>	<b>8,2%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,8%</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,8%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,5%</b>

Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. επεξεργασία από την συγγραφέα



Την περίοδο 2005-2014, ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας στην ΕΕ είναι 8,5% του ΑΕΠ, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος για την Ελλάδα είναι 9,2%. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην Γερμανία (10,6%), την Γαλλία (10,5%), και την Ολλανδία (10,1%). Αντιστοίχως, τα χαμηλότερα ποσοστά ΑΕΠ δημοσίων δαπανών υγείας παρατηρούνται στην Εσθονία (5,7%) και την Λετονία (5,7%). Επιπλέον, λιγότερο ισχυρές οικονομίες όπως η Πορτογαλία και η Σλοβενία δαπανούν 9,4%, και 8,3% του ΑΕΠ, αντίστοιχα, σε δημόσιες δαπάνες υγείας. Σημειώνεται ότι το 2009 και το 2010, έτη κατά τα οποία η παγκόσμια οικονομία υπέστη ύφεση, οι αναπτυγμένες οικονομίες δεν περικόπτουν τις δαπάνες υγείας (Πίνακας 4.3).

### Πίνακας 4.3.

#### Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % Συνολικών Δαπανών στην ΕΕ (2005 – 2014)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	M.O.
Αυστρία	75,1%	75,6%	75,7%	76,5%	76,5%	76,1%	76,0%	75,9%	75,7%	75,9%	75,9%
Βέλγιο	76,3%	75,6%	75,0%	76,8%	77,2%	77,3%	77,0%	77,6%	77,3%	77,6%	76,8%
Γαλλία	78,7%	78,5%	78,4%	78,0%	78,3%	78,1%	78,1%	78,2%	78,4%	78,7%	78,3%
Γερμανία	76,5%	76,4%	76,4%	76,5%	83,9%	83,7%	83,6%	83,5%	84,2%	84,6%	80,9%
Δανία	83,7%	83,9%	83,7%	84,0%	84,5%	84,6%	84,7%	85,2%	84,3%	84,2%	84,3%
Ελλάδα	61,7%	63,7%	61,9%	59,9%	69,5%	70,0%	67,3%	66,7%	63,5%	59,7%	64,4%
Εσθονία	76,6%	73,2%	76,0%	78,4%	77,7%	76,3%	76,7%	76,7%	75,6%	75,6%	76,3%
Ην. Βασίλειο	81,1%	82,1%	81,2%	82,3%	83,3%	82,9%	82,4%	81,8%	79,5%	79,6%	81,6%
Ιρλανδία	78,9%	77,8%	79,2%	79,3%	77,1%	76,2%	76,0%	75,8%	69,8%	69,3%	75,9%
Ισπανία	71,9%	72,5%	72,7%	73,6%	75,4%	74,8%	73,8%	71,9%	70,9%	69,8%	72,7%
Ιταλία	77,5%	77,8%	77,5%	77,7%	78,3%	78,5%	77,0%	77,0%	77,4%	75,8%	77,4%
Λετονία	55,7%	61,5%	58,5%	60,3%	59,6%	60,2%	63,5%	60,3%	60,0%	59,9%	60,0%
Λουξεμβούργο	83,2%	82,8%	84,2%	87,3%	85,7%	84,9%	83,2%	82,9%	82,5%	82,4%	83,9%
Ολλανδία	70,9%	85,7%	85,7%	86,1%	86,8%	87,0%	86,7%	81,8%	81,0%	80,6%	83,2%
Ουγγαρία	70,7%	70,8%	68,9%	68,9%	68,3%	67,1%	66,5%	65,5%	66,6%	67,1%	68,0%
Πολωνία	68,7%	69,2%	70,1%	71,7%	71,7%	71,7%	70,9%	70,0%	71,0%	71,5%	70,6%
Πορτογαλία	71,3%	69,1%	68,7%	68,4%	69,9%	69,8%	67,7%	65,6%	66,9%	66,2%	68,4%
Σλοβακία	75,3%	70,0%	69,3%	75,4%	73,5%	71,9%	73,8%	72,2%	74,2%	80,2%	73,6%
Σλοβενία	73,5%	73,1%	71,5%	73,6%	73,1%	73,3%	73,3%	71,8%	71,0%	71,0%	72,5%
Σουηδία	81,8%	81,8%	81,9%	81,9%	82,0%	81,9%	84,0%	83,6%	83,4%	83,4%	82,5%
Τσεχία	86,8%	86,3%	84,7%	82,1%	83,3%	83,3%	83,9%	83,7%	83,8%	83,5%	84,1%
Φιλανδία	75,7%	75,2%	75,1%	75,2%	75,2%	74,7%	75,2%	75,8%	75,5%	75,4%	75,3%
<b>M.O. ΕΕ</b>	<b>75,1%</b>	<b>75,6%</b>	<b>75,3%</b>	<b>76,1%</b>	<b>76,8%</b>	<b>76,6%</b>	<b>76,4%</b>	<b>75,6%</b>	<b>75,1%</b>	<b>75,1%</b>	<b>75,8%</b>

Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, και επεξεργασία στοιχείων από

την συγγραφέα

Για την περίοδο 2005-2014, ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας ανέρχεται σε 75,8% στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Κατά την περίοδο αυτή, τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται κυρίως σε αναπτυγμένες οικονομίες όπως η Δανία (84,3%), το Λουξεμβούργο (83,9%) και η Ολλανδία (83,2%). Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά παρουσιάζει η Τσεχία (84,1%) ως λιγότερο αναπτυγμένες οικονομία, το Ηνωμένο Βασίλειο (81,6%) και η Γερμανία (80,9%). Αντιστοίχως, τα χαμηλότερα ποσοστά δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας παρατηρούνται στην Λετονία (60,0%), την Ουγγαρία (68,0%) και την Ελλάδα (64,4%). Ωστόσο, τα ποσοστά των δημοσίων δαπανών υγείας στις χώρες της ΕΕ παραμένουν υψηλά. Στην Ελλάδα οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξάνονται από 59,9% το 2008 σε 70,0% το 2010, αλλά στη συνέχεια μειώνονται έως και 59,7% του συνόλου των δαπανών στην ΕΕ το 2014.

#### **4.3.2. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Ιδιωτικό Τομέα**

Ο Πίνακας 4.4 απεικονίζει το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας επί των συνολικών δαπανών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την περίοδο 2005-2014. Ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 24,2% με την Ελλάδα να καταγράφει ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας επί του συνόλου των δαπανών υγείας 35,6%. Οι υψηλότεροι μέσοι όροι ιδιωτικής χρηματοδότησης υγείας παρατηρούνται στη Λετονία (40,0%), την Ελλάδα (35,6%), την Ουγγαρία (32,0%) και την Πορτογαλία (31,6%). Αντίστοιχα, οι χαμηλότεροι μέσοι όροι ιδιωτικής χρηματοδότησης υγείας κατά την εξεταζόμενη περίοδο παρατηρούνται στη Δανία (15,7%), τη Τσεχία (15,9%), το Λουξεμβούργο (16,1%), και την Ολλανδία (16,8%).

**Πίνακας 4.4.**

**Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως % Συνολικών Δαπανών στην ΕΕ**

**(2005 – 2014)**

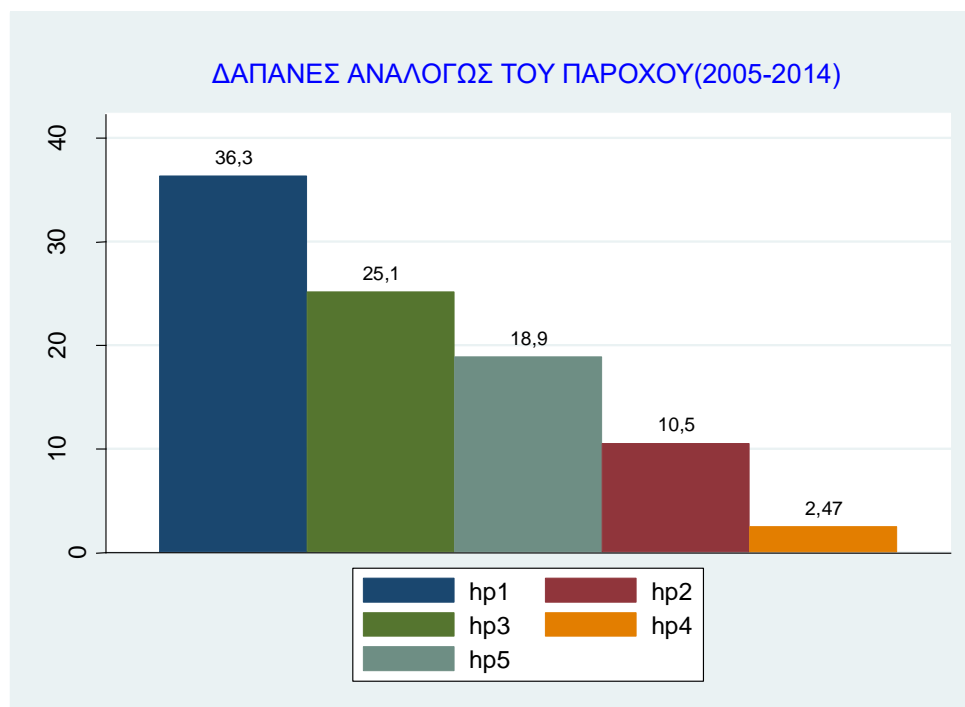
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	M.O.
Αυστρία	24,9%	24,4%	24,3%	23,5%	23,5%	23,9%	24,0%	24,1%	24,3%	24,1%	24,1%
Βέλγιο	23,7%	24,4%	25,0%	23,2%	22,8%	22,7%	23,0%	22,4%	22,7%	22,4%	23,2%
Γαλλία	21,3%	21,5%	21,6%	22,0%	21,7%	21,9%	21,9%	21,8%	21,6%	21,3%	21,7%
Γερμανία	23,5%	23,6%	23,6%	23,5%	16,1%	16,3%	16,4%	16,5%	15,8%	15,4%	19,1%
Δανία	16,3%	16,1%	16,3%	16,0%	15,5%	15,4%	15,3%	14,8%	15,7%	15,8%	15,7%
Ελλάδα	38,3%	36,3%	38,1%	40,1%	30,5%	30,0%	32,7%	33,3%	36,5%	40,3%	35,6%
Εσθονία	23,4%	26,8%	24,0%	21,6%	22,3%	23,7%	23,3%	23,3%	24,4%	24,4%	23,7%
Ην. Βασίλειο	18,9%	17,9%	18,8%	17,7%	16,7%	17,1%	17,6%	18,2%	20,5%	20,4%	18,4%
Ιρλανδία	21,1%	22,2%	20,8%	20,7%	22,9%	23,8%	24,0%	24,2%	30,2%	30,7%	24,1%
Ισπανία	28,1%	27,5%	27,3%	26,4%	24,6%	25,2%	26,2%	28,1%	29,1%	30,2%	27,3%
Ιταλία	22,5%	22,2%	22,5%	22,3%	21,7%	21,5%	23,0%	23,0%	22,6%	24,2%	22,6%
Λετονία	44,3%	38,5%	41,5%	39,7%	40,4%	39,8%	36,5%	39,7%	40,0%	40,1%	40,0%
Λουξεμβούργο	16,8%	17,2%	15,8%	12,7%	14,3%	15,1%	16,8%	17,1%	17,5%	17,6%	16,1%
Ολλανδία	29,1%	14,3%	14,3%	13,9%	13,2%	13,0%	13,3%	18,2%	19,0%	19,4%	16,8%
Ουγγαρία	29,3%	29,2%	31,1%	31,1%	31,7%	32,9%	33,5%	34,5%	33,4%	32,9%	32,0%
Πολωνία	31,3%	30,8%	29,9%	28,3%	28,3%	28,3%	29,1%	30,0%	29,0%	28,5%	29,4%
Πορτογαλία	28,7%	30,9%	31,3%	31,6%	30,1%	30,2%	32,3%	34,4%	33,1%	33,8%	31,6%
Σλοβακία	24,7%	30,0%	30,7%	24,6%	26,5%	28,1%	26,2%	27,8%	25,8%	19,8%	26,4%
Σλοβενία	26,5%	26,9%	28,5%	26,4%	26,9%	26,7%	26,7%	28,2%	29,0%	29,0%	27,5%
Σουηδία	18,2%	18,2%	18,1%	18,1%	18,0%	18,1%	16,0%	16,4%	16,6%	16,6%	17,5%
Τσεχία	13,2%	13,7%	15,3%	17,9%	16,7%	16,7%	16,1%	16,3%	16,2%	16,5%	15,9%
Φιλανδία	24,3%	24,8%	24,9%	24,8%	24,8%	25,3%	24,8%	24,2%	24,5%	24,6%	24,7%
<b>M.O. ΕΕ</b>	<b>24,9%</b>	<b>24,4%</b>	<b>24,7%</b>	<b>23,9%</b>	<b>23,2%</b>	<b>23,4%</b>	<b>23,6%</b>	<b>24,4%</b>	<b>24,9%</b>	<b>24,9%</b>	<b>24,2%</b>

Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### 4.4. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου

Σε αυτό το σημείο εξετάζεται η συμμετοχή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στις συνολικές δαπάνες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, το Διάγραμμα 4.3 απεικονίζει τη συμμετοχή των νοσοκομείων (HP.1), τα οποία αντιπροσωπεύουν το 36,3% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο 2005-2014. Η δεύτερη σημαντικότερη κατηγορία παρόχου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, κατά την προαναφερθείσα περίοδο, είναι οι παροχές εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3), οι οποίες, αντιπροσωπεύουν το 25,1% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, η τρίτη σημαντικότερη κατηγορία παρόχου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι τα σημεία λιανικής πώλησης και άλλοι φορείς παροχής των φαρμακευτικών προϊόντων (HP.5) των οποίων το ποσοστό στις τρέχουσες δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης διαμορφώνεται στο 18,9% κατά την εξεταζόμενη περίοδο.

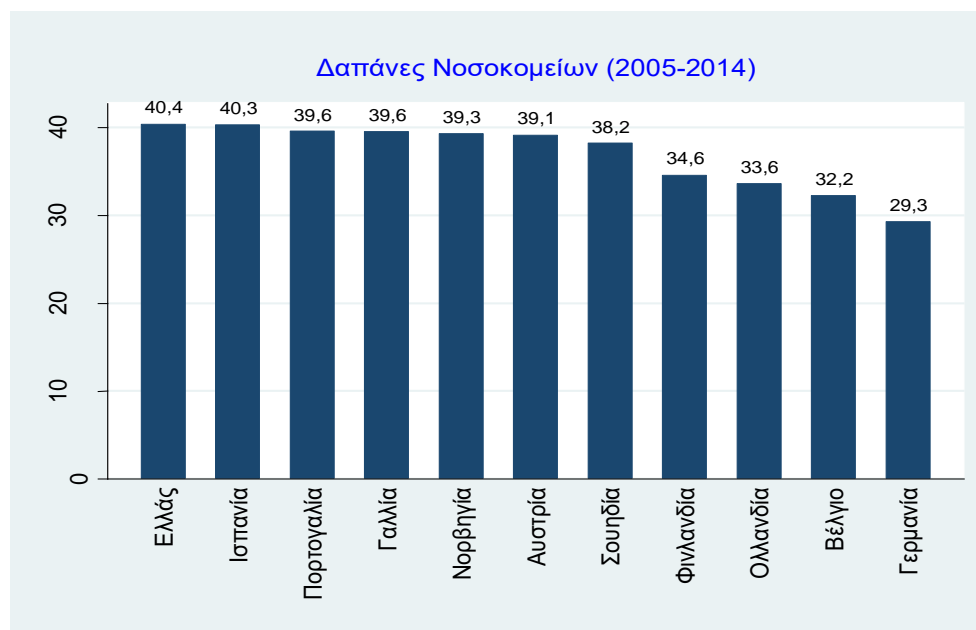


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.3

**Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014**

Το ποσοστό της συμμετοχής των νοσοκομείων στις συνολικές δαπάνες υγείας κυμαίνεται, κατά την περίοδο 2005-2014, από 40,4% του συνόλου στην Ελλάδα μέχρι 29,3% στην Γερμανία (Διάγραμμα 4.4). Άλλες χώρες με εξίσου υψηλό ποσοστό της συμμετοχής των νοσοκομείων στις συνολικές δαπάνες υγείας κατά την εξεταζόμενη περίοδο είναι η Ισπανία (40,3%), η Πορτογαλία (39,6%), η Γαλλία (39,6%), η Νορβηγία (39,3%), η Αυστρία (39,1%) και η Σουηδία (38,2%).

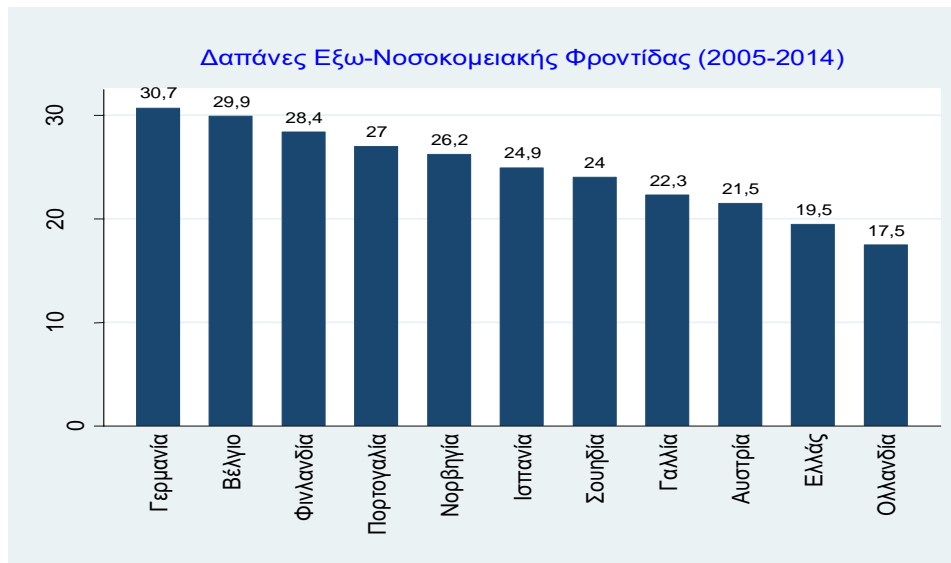


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.4

#### Δαπάνες Νοσοκομείων σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014

Το ποσοστό εξω-νοσοκομειακής φροντίδας στις συνολικές δαπάνες υγείας κυμαίνεται, κατά την περίοδο 2005-2014, από 30,7% στην Γερμανία μέχρι 17,5% στην Ολλανδία (Διάγραμμα 4.5). Άλλες χώρες με εξίσου υψηλό ποσοστό συμμετοχής της εξω-νοσοκομειακής φροντίδας στις συνολικές δαπάνες υγείας είναι το Βέλγιο (30%), η Φινλανδία (28,4%), και η Πορτογαλία (27%).

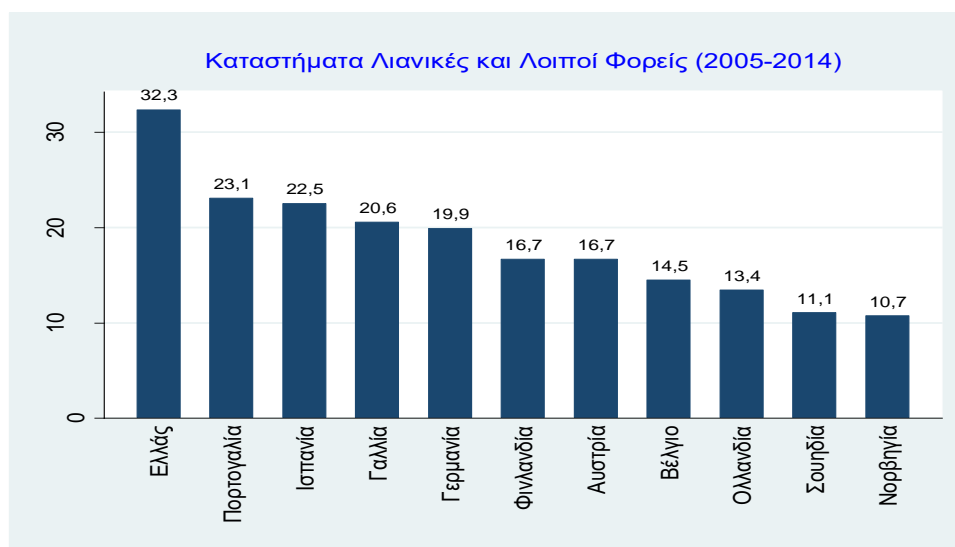


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.5

#### Δαπάνες Εξω-Νοσοκομειακής Φροντίδας σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014

Τέλος, το ποσοστό των καταστημάτων λιανικής στις συνολικές δαπάνες υγείας κυμαίνεται, κατά την περίοδο 2005-2014, από 32,3% του συνόλου στην Ελλάδα μέχρι 10,7% στην Νορβηγία (Διάγραμμα 4.6). Η κατηγορία δαπανών εμπόρων λιανικής περιλαμβάνει εξειδικευμένα ιδρύματα με κύρια δραστηριότητα τη λιανική πώληση φαρμακευτικών προϊόντων στο ευρύ κοινό για ατομική ή οικιακή κατανάλωση ή χρήση. Επίσης, στην ίδια κατηγορία υπάγονται ιδρύματα των οποίων η κύρια δραστηριότητα είναι η παρασκευή ιατρικών προϊόντων, όπως είναι οι φακοί επαφής, οι ορθοπεδικές ή προσθετικές συσκευές για την απευθείας πώληση στο ευρύ κοινό για ατομική ή οικιακή χρήση.



Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.6

**Καταστήματα Λιανικής και Άλλοι Φορείς Παροχής Ιατρικών Προϊόντων σε  
Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014**

#### 4.5. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας τους

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται διαστρωματική ανάλυση της λειτουργικής κατηγοριοποίησης των δαπανών υγείας με μέση τιμή έτους 2012. (Δεν κατέστη δυνατόν να ανευρεθούν παρόμοια στοιχεία για ολόκληρη την εξεταζόμενη περίοδο).

Το Διάγραμμα 4.7 απεικονίζει την μέση τιμή εκάστης κατηγορίας δαπανών για το 2012. Οι θεραπευτικές φροντίδες (HC.1) έχουν μέση τιμή 56,0%, το υγειονομικό υλικό (HC.5) ακολουθεί με μέση τιμή 23,6%, ενώ έπονται οι νοσηλευτικές φροντίδες (HC.3) με μέση τιμή 9,15%, οι επικουρικές φροντίδες (HC.4) με μέση τιμή 5,51%, οι υπηρεσίες πρόληψης (HC.6) με μέση τιμή 2,78% και η διοίκηση υπηρεσιών (HC.7) με μέση τιμή 2,75%.



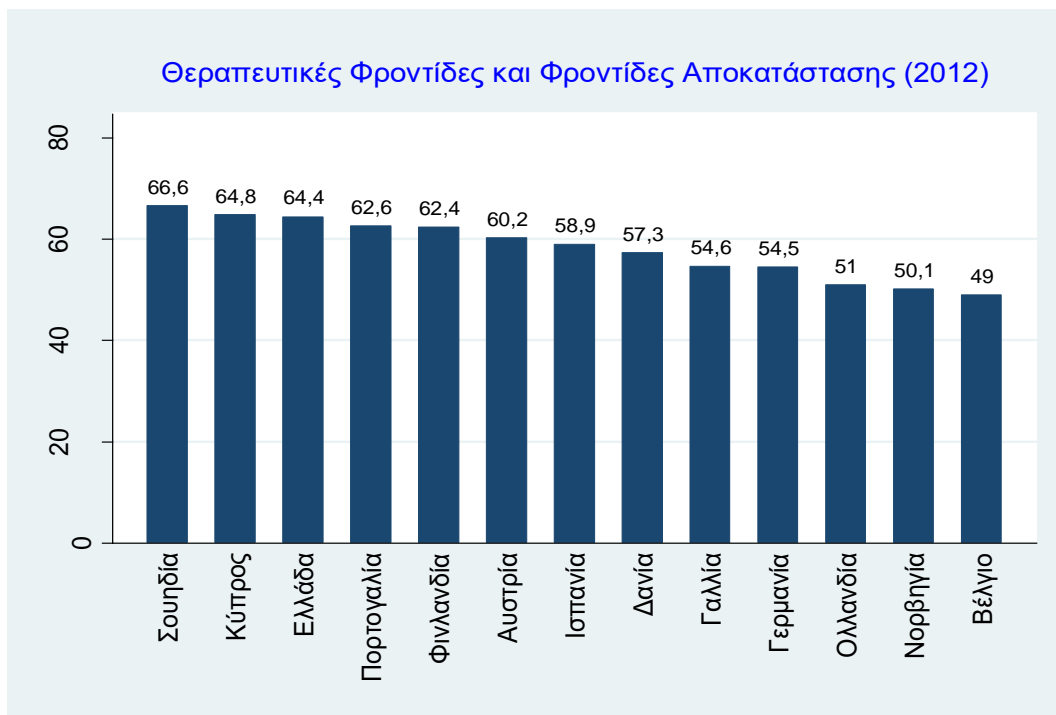
Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.7

**Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012**



Οι δαπάνες για υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης (HC.1) στην ΕΕ αντιστοιχούν στο 56% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, το 2012, το ποσοστό της συμμετοχής των δαπανών για θεραπευτικές φροντίδες και φροντίδες αποκατάστασης κυμαίνεται από 66,6% στην Σουηδία μέχρι 49% στο Βέλγιο (Διάγραμμα 4.8). Χώρες με υψηλό ποσοστό συμμετοχής των δαπανών για υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης στις συνολικές δαπάνες υγείας, κατά το προαναφερθέν έτος, είναι η Κύπρος (64,8), η Ελλάδα (64,4%), η Πορτογαλία (62,6%), και η Φινλανδία (62,4%).

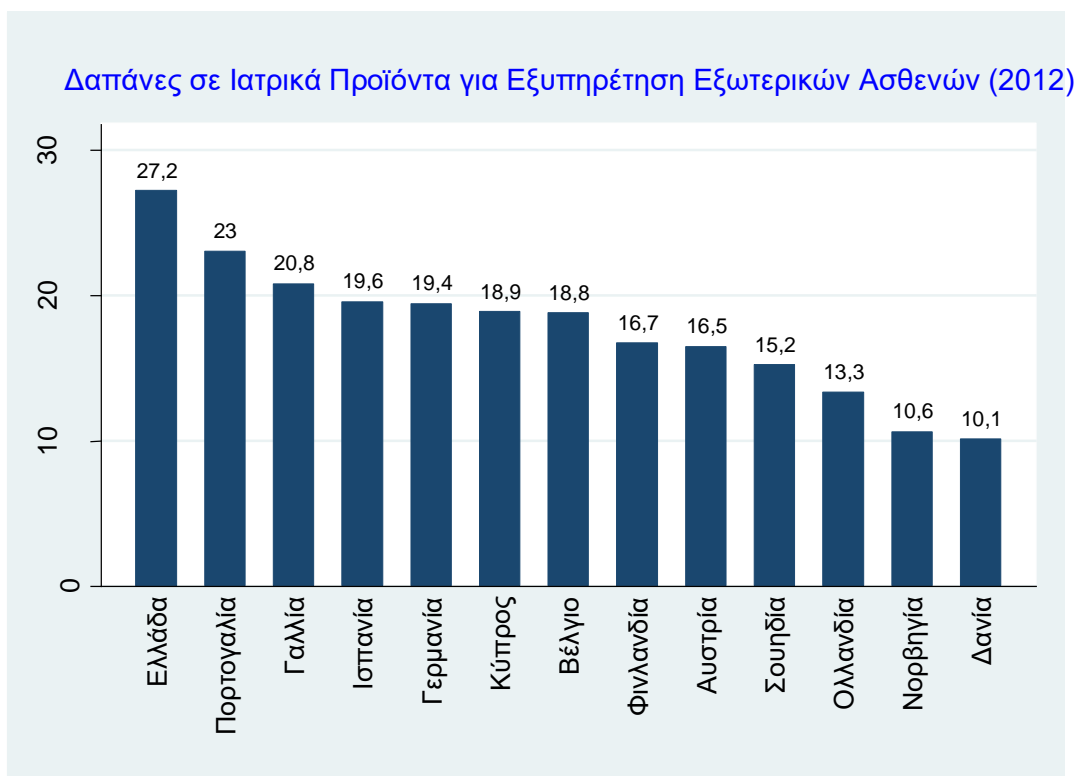


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.8

**Δαπάνες για Θεραπευτικές Φροντίδες και Φροντίδες Αποκατάστασης σε Χώρες  
της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012**

Οι δαπάνες σε ιατρικά προϊόντα για την εξυπηρέτηση εξωτερικών ασθενών (ατόμων που δεν χρειάστηκαν νοσηλεία, (HC.5) αποτελούν την δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία της λειτουργικής ταξινόμησης των δαπανών υγείας, με το μέσο ύψος της εν λόγω δαπάνης να αντιστοιχεί περίπου στο ένα τέταρτο του συνόλου των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή στο 23,6%. Το 2012, η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό της συμμετοχής των δαπανών σε ιατρικά προϊόντα για εξυπηρέτηση εξωτερικών ασθενών στις συνολικές δαπάνες υγείας είναι η Ελλάδα με ποσοστό 27,2% (Διάγραμμα 4.9), ενώ ακολουθούν η Πορτογαλία (23%) και η Γαλλία (20,8%). Το χαμηλότερο ποσοστό των δαπανών σε ιατρικά προϊόντα καταγράφεται στην Δανία (10,1%), το προαναφερθέν έτος.

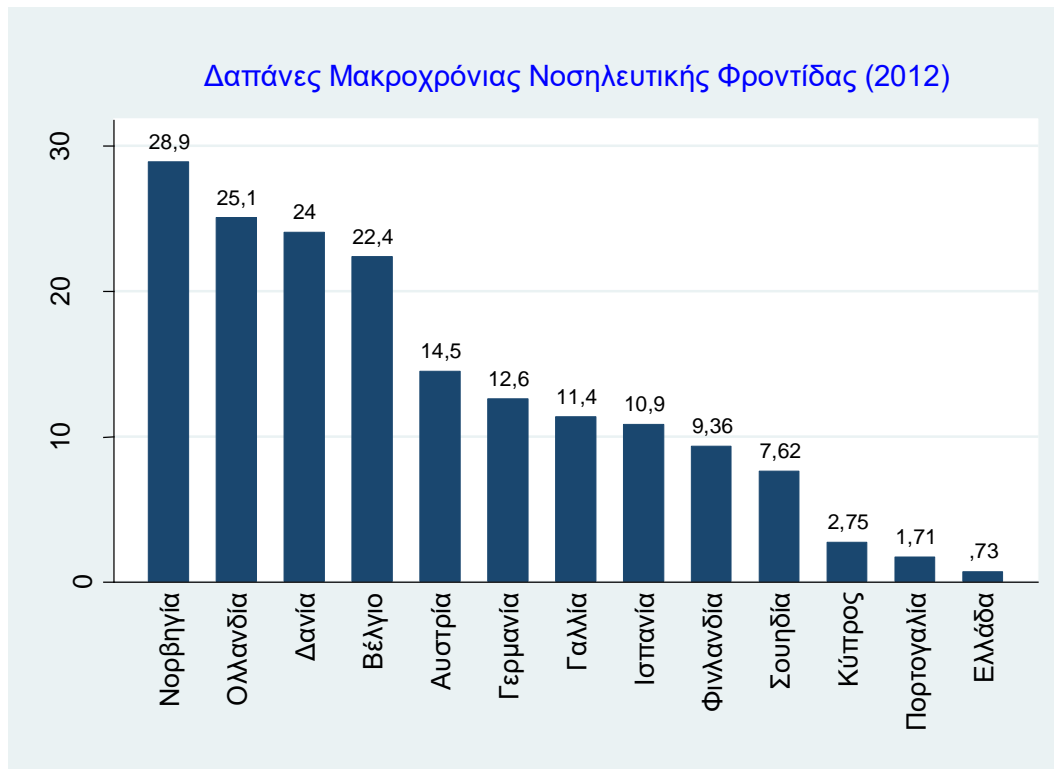


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.9

Δαπάνες σε Ιατρικά Προϊόντα για Εξυπηρέτηση Εξωτερικών Ασθενών σε Χώρες  
της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012

Υπηρεσίες που σχετίζονται με την μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα (HC.3) αντιπροσωπεύουν το 9,15% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 2012 σε περισσότερο από το ήμισυ των κρατών μελών της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Ωστόσο, περίπου το ένα τέταρτο της συνολικής δαπάνης καταγράφεται στην Ολλανδία (25,1%) και την Δανία (24%) και ένα ελαφρώς μικρότερο μερίδιο στο Βέλγιο (22,4%) (Διάγραμμα 4.10). Η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό των μακροχρονίων δαπανών νοσηλευτικής φροντίδας στο σύνολο των δαπανών υγείας για το 2012 είναι Νορβηγία (28,9%), ενώ οι χώρες με το χαμηλότερο ποσοστό ήταν η Ελλάδα, η Πορτογαλία, και η Κύπρος, με ποσοστό 0,73%, 1,71%, και 2,75%, αντίστοιχα.

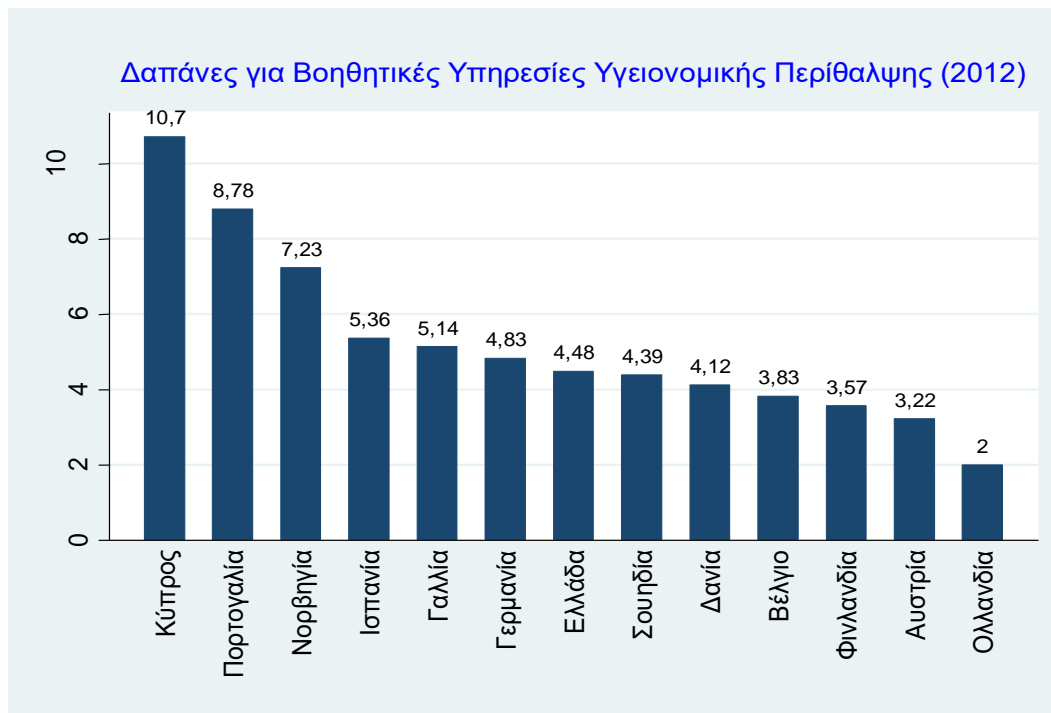


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.10

**Δαπάνες Μακροχρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας σε Χώρες της Ευρώπης (%  
συνολικών Δαπανών), 2012**

Το ποσοστό των δαπανών για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα εργαστηριακές εξετάσεις ή μεταφορά των ασθενών, ΗC.4) ανέρχεται σε 5,51% επί των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 2012. Παρατηρούνται αποκλίσεις μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, με το εν λόγω ποσοστό να κυμαίνεται από 2,0% στην Ολλανδία έως 8,8% στην Πορτογαλία (στοιχεία 2011), και 10,7% στην Κύπρο (Διάγραμμα 4.11).



Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.11

#### Δαπάνες για Βοηθητικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012

Ομοίως, οι δαπάνες που σχετίζονται με τα προγράμματα πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) παρουσίασαν μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Τέλος, οι διοικητικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης υγείας (HC.7) κυμάνθηκαν από 1,2% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Πολωνία και 1,3% στην Κύπρο, μέχρι και 4,9% στο Βέλγιο, 5,4% στη Γερμανία και 6,1% στη Γαλλία.

**4.6. Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα**

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει ιδιομορφίες, κυρίως σε ό,τι αφορά στην παραγωγή και διάθεση των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψιν την αβεβαιότητα του πληθυσμού για το μέλλον ως αποτέλεσμα διαρκών, πλην αναποτελεσματικών μεταρρυθμίσεων από την μεταπολίτευση και μετά, ο τομέας της υγείας καθίσταται ως ένας από τους πλέον ευάλωτους τομείς της ελληνικής οικονομίας. Σε αυτό έχει συμβάλλει και η διαχρονικά αυξητική τάση της δαπάνης υγείας αλλά και της φαρμακευτικής δαπάνης (Πίνακας 4.5) ως αποτέλεσμα της αυξητικής τάσης γήρανσης του πληθυσμού, της υπογεννητικότητας, αλλά και βελτιώσεων στην ιατρική που καθιστούν εφικτή την αντιμετώπιση ασθενειών που στο παρελθόν δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπιστούν.

**Πίνακας 4.5****Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα**

<i>ποσά σε εκατ. €</i>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Συνολική Δαπάνη Υγείας</b>	12.513	13.638	14.792	15.261	17.762	19.487	20.996
Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ	8,5%	8,7%	8,6%	8,2%	9,0%	9,1%	9,2%
<b>Δημόσια Δαπάνη Υγείας</b>	7.832	8.264	9.208	9.509	11.212	12.616	13.212
Δημόσια ως % Συνολικής Δαπάνης Υγείας	62,6%	60,6%	62,2%	62,3%	63,1%	64,7%	62,9%
<b>Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας</b>	4.681	5.374	5.584	5.752	6.550	6.871	7.784
Ιδιωτική ως % Συνολικής Δαπάνης Υγείας	37,4%	39,4%	37,8%	37,7%	36,9%	35,3%	37,1%
<b>Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	1.941	2.073	2.528	2.718	3.114	3.761	4.542
Φαρμακευτική ως % Συνολικής Δαπάνης Υγείας	15,5%	15,2%	17,1%	17,8%	17,5%	19,3%	21,6%
Φαρμακευτική ως % ΑΕΠ	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
<b>Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	1.502	1.805	2.165	2.515	2.918	3.494	4.298
Δημόσια ως % Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	77,4%	87,1%	85,6%	92,5%	93,7%	92,9%	94,6%

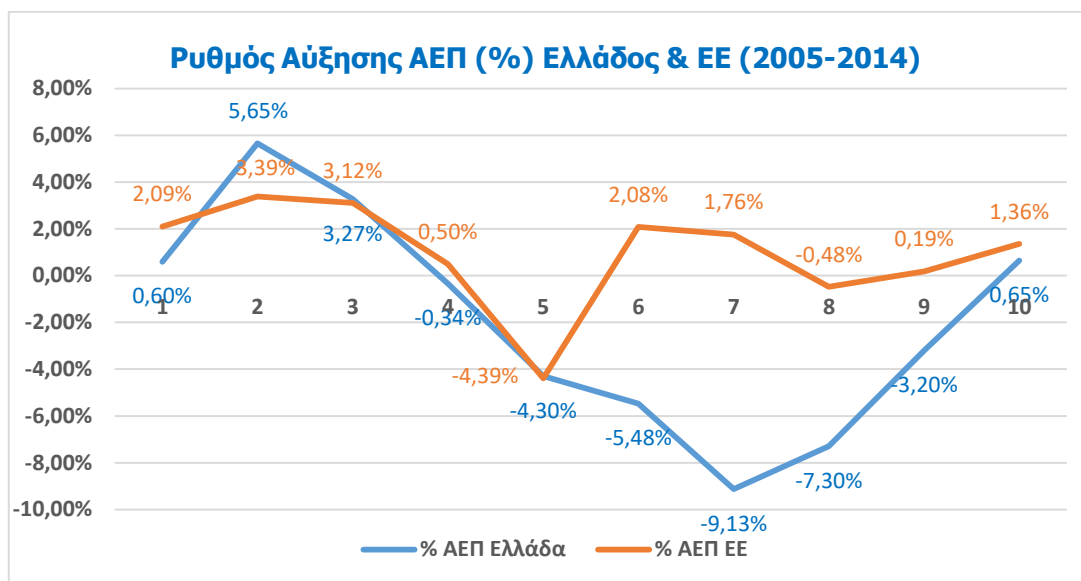
Πηγή: IOBE (2009)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του IOBE (Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών), η συνολική δαπάνη υγείας αυξήθηκε 67,8% από 12,5 εκατ. ευρώ το 2001 σε 21,0 εκατ. ευρώ το 2007.<sup>37</sup> Για την ίδια περίοδο, η δημόσια δαπάνη για την υγεία αυξήθηκε 68,7% από 7,8 εκατ. ευρώ το 2001 σε 13,2 εκατ. ευρώ το 2007, ενώ ο μέσος όρος της δημόσιας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης ανήλθε στο 62,6%. Αντίστοιχα, η ιδιωτική δαπάνη υγείας αυξήθηκε 66,3% από 4,7 εκατ. ευρώ το 2001 σε 7,8 εκατ. ευρώ το 2007, ενώ ο μέσος όρος της ιδιωτικής ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης ανήλθε στο 37,4%. Σε ότι αφορά στην φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε 134,0% από 1,9 εκατ. ευρώ το 2001 σε 4,5 εκατ. ευρώ το 2007 με αντίστοιχη αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 186,2% από 1,5 εκατ. ευρώ το 2001 σε 4,3 εκατ. ευρώ το 2007. Τέλος, ο μέσος όρος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης ανήλθε στο 89.1% κατά την ίδια περίοδο. Ως ποσοστό του ΑΕΠ, η συνολική δαπάνη υγείας αυξήθηκε από 8,5% το 2001 σε 9,2% το 2007, ενώ αντίστοιχα η φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε από 1,3% το 2001 σε 2,0% το 2007. Οι αυξήσεις των δαπανών υγείας και των φαρμακευτικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ αποδεικνύουν ότι με την αύξηση του εισοδήματος αυξήθηκε και το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία.

Γενικότερα, η υγεία του πληθυσμού παγκοσμίως έχει βελτιωθεί σημαντικά ως αποτέλεσμα της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, της διατροφής, της ιατρικής προόδου και των συντονισμένων προσπαθειών για την παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας και την πρόληψη της νοσηρότητας. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, ο μέσος ρυθμός ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας κατά την εξεταζόμενη περίοδο αρνητικός, -1,96%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ΕΕ ανέρχεται στο 0,96% (Διάγραμμα 4.12). Είναι προφανές ότι ο μέσος όρος της ΕΕ επηρεάζεται από τις πλέον αναπτυγμένες οικονομίες, οι οποίες δαπανούν αντίστοιχα υψηλά ποσοστά του ΑΕΠ τους στις δημόσιες δαπάνες, ενώ στην Ελλάδα οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης επηρεάζουν και τις δημόσιες δαπάνες υγείας με πτώση του ποσοστού από 40,1% επί του συνόλου των δαπανών υγείας σε 30,5% (Διάγραμμα 4.13).

---

37 IOBE (2009). Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας <http://www.eefam.gr/assets/files/library/The%20Greek%20Pharma%20Market%20IOBE%202009.pdf>  
Ανάκτηση 12 Οκτωβρίου 2016.



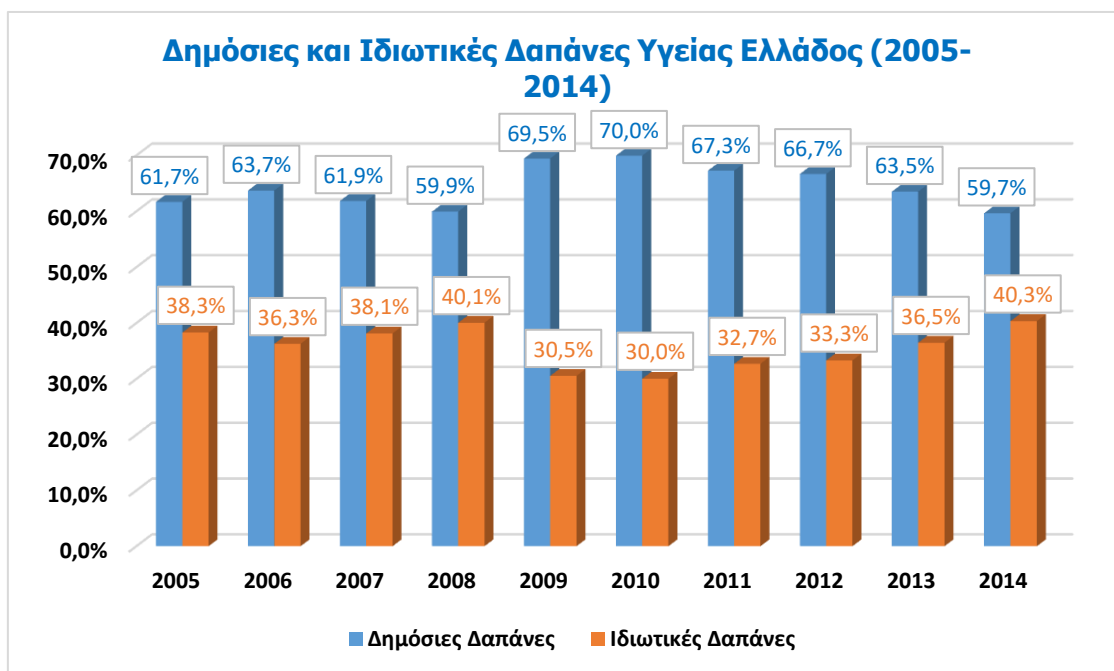
Πηγή:

<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2015&locations=EU&start=2003>

και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.12

**Ρυθμός Αύξησης ΑΕΠ (%) Ελλάδος & ΕΕ (2005-2014)**



Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. και επεξεργασία στοιχείων από την συγγραφέα

#### Διάγραμμα 4.13

#### Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας Ελλάδος (2005-2014)



#### 4.7. Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει διαχρονική ανάλυση των δαπανών υγείας κατά την περίοδο 1990-2010 ως βάση αποτύπωσης της αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Επιπλέον, αναλύονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την περίοδο 2005 – 2014 καθώς και ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την ίδια περίοδο. Παρατηρείται ότι οι ανεπτυγμένες οικονομίες έχουν υψηλές δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες κυμαίνονται από 60,0% έως 84,3%. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κινούνται ανάλογα με τις δημόσιες, δηλαδή σε κράτη με υψηλές δημόσιες δαπάνες παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τέλος, παρατίθενται στοιχεία για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Σημειώνεται ότι το 2009 και το 2010, έτη κατά τα οποία η παγκόσμια οικονομία υπέστη ύφεση, οι αναπτυγμένες οικονομίες δεν περικόπτουν τις δαπάνες υγείας. Στην Ελλάδα οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξάνονται από 59,9% το 2008 σε 70,0% το 2010, αλλά στη συνέχεια μειώνονται έως και 59,7% του συνόλου των δαπανών στην ΕΕ το 2014.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που απορρέουν από την ανάλυση των δευτερογενών στοιχείων, οι περιορισμοί της Διπλωματικής Εργασίας, καθώς και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

#### 5.1. Συμπεράσματα και Προοπτικές

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία παρουσίασε τα βασικά στατιστικά στοιχεία σχετικά με διάφορες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Η κατάσταση της υγείας των ατόμων και του πληθυσμού μιας χώρας επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, καθώς και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας για την πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών. Παρόλο που τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οργανώνονται και χρηματοδοτούνται με διαφορετικό τρόπο στα κράτη μέλη της ΕΕ, υπάρχει η αδήριτη ανάγκη για καθολική πρόσβαση σε καλές υπηρεσίες υγείας, σε προσιτό κόστος για τους ιδιώτες και την κοινωνία γενικότερα. Και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις διενεργούμενες δαπάνες υγείας.

Στην παρούσα Διπλωματική είδαμε ότι οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (τόσο σε σχετικούς όσο και σε απόλυτους όρους) παρουσίασαν διαφορές μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ κατά την εξεταζόμενη περίοδο 2005 – 2014. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε βάσει του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), το οποίο αποτελεί ένα τρόπο αποτύπωσης των συνολικών δαπανών υγείας σε τρεις συνιστώσες ανάλογα (α) με το είδος των υπηρεσιών (Health Care) (δηλαδή ανάλογα με το τι παράγεται) (β) με τους φορείς χρηματοδότησης (δηλαδή ποιος πληρώνει για τις παροχές) και (γ) και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (δηλαδή ποιος παράγει). Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, η Γερμανία, η Γαλλία και η Ολλανδία παρουσιάζουν τις υψηλότερες τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ΑΕΠ, 10,6%, 10,5% και 10,1%, αντίστοιχα, ενώ ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας στην ΕΕ είναι 8,5% του ΑΕΠ κατά την ίδια περίοδο.

Γενικότερα, κατά την εξεταζόμενη περίοδο παρατηρείται αύξηση των δαπάνες υγείας ως ποσοστό του στα κράτη-μέλη της ΕΕ, γεγονός που αποτυπώνεται και στην αυξητική τάση του μέσου όρου της ΕΕ, από 8,0% το 2005 έως 8.9% το 2014.

Δύο λόγοι που εξηγούν την διαχρονική αύξηση των υγειονομικών δαπανών σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού και την καινοτομία στον χώρο της ιατρικής επιστήμης. Από την μια, η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού οδηγεί αναπόφευκτα σε αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που χρειάζονται περισσότερο τις δαπανηρότερες ιατρικές φροντίδες. Από την άλλη, με την πάροδο του χρόνου η καινοτομία στην τεχνολογία της υγειονομικής περίθαλψης έχει οδηγήσει σε μεγάλες προόδους στον τομέα της πρόληψης και θεραπείας ασθενειών συμβάλλοντας έτσι και στην αύξηση της διάρκειας και της ποιότητας της ζωής. Η τεχνολογική καινοτομία στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης αναμφίβολα συνεισφέρει στην ανάπτυξη του βιομηχανικού τομέα και στην μείωση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, οι πόροι της τεχνολογίας της υγειονομικής περίθαλψης δεν χρησιμοποιούνται πάντοτε κατά τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται φαινόμενα σπάταλης στην παροχή και χρήση πόρων από τους παρόχους της τεχνολογίας της υγειονομικής περίθαλψης προς τους ασθενείς.

Παρά το γεγονός ότι κάθε χώρα της ΕΕ έχει αναπτύξει τους δικούς της μηχανισμούς χρηματοδότησης του υγειονομικού της συστήματος, όλα τα συστήματα υγείας βασίζονται σε ένα μείγμα των πηγών χρηματοδότησης, με την πλειονότητα των πόρων να βρίσκονται υπό κρατικό έλεγχο, είτε άμεσα είτε έμμεσα. Έτσι, μόνο ένα μικρό ποσοστό χρηματοδότησης προέρχεται από τις άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών. Η κρατική ρύθμιση στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. προβλέπει την καθολική ασφάλιση υγείας του πληθυσμού (σε χώρες όπως η Δανία, η Φινλανδία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πορτογαλία, η Σουηδία, και το Ηνωμένο Βασίλειο) ή την σχεδόν καθολική κάλυψη (99 και 99,5% του πληθυσμού στην Αυστρία, το Βέλγιο, την Γαλλία, το Λουξεμβούργο, την Ισπανία και 92,2% στη Γερμανία) μέσω των συστημάτων υποχρεωτικής δημόσιας υγειονομικής ασφάλισης.

Παρατηρείται ότι οι ανεπτυγμένες οικονομίες έχουν υψηλές δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες κυμαίνονται από 60,0% έως 84,3%. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κινούνται ανάλογα με τις δημόσιες, δηλαδή σε κράτη με υψηλές δημόσιες δαπάνες παρατηρούνται χαμηλά

ποσοστά ιδιωτικών δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σημειώνεται ότι το 2009 και το 2010, έτη κατά τα οποία η παγκόσμια οικονομία υπέστη ύφεση, οι αναπτυγμένες οικονομίες δεν περικόπτουν τις δαπάνες υγείας, ενώ στην Ελλάδα οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας μειώνονται από 40,1% το 2008 σε 30,5% το 2009 με αντίστοιχη αύξηση των δημοσίων δαπανών. Ωστόσο, στα επόμενα έτη έως και το 2014, παρατηρείται σημαντική μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα από 70% το 2010 σε 59,7% το 2014. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται κυρίως σε αναπτυγμένες οικονομίες ενώ αντίστοιχα υψηλά ποσοστά παρουσιάζει η Τσεχία κατά την εξεταζόμενη περίοδο 2005 – 2014.

Αναφορικά με την συμμετοχή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στις συνολικές δαπάνες υγείας, είδαμε ότι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ τα νοσοκομεία αποτελούν τον κύριο πάροχο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά τις δαπάνες υγείας.

Κάθε υγειονομικό σύστημα προσπαθεί να καλύψει τις ανάγκες πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Ένα πολύπλοκο ζήτημα είναι σε ποιο βαθμό η ζήτηση υπηρεσιών υγείας αντικατοπτρίζει επαρκώς τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας και σε ποιο βαθμό αυτή ικανοποιείται από την παροχή και χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι πληθυσμιακές ανάγκες για υπηρεσίες υγείας μπορεί να μεταφραστούν σε (φανερή) ζήτηση και στην κατάλληλη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά μερικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ενδεχομένως να μείνουν ανικανοποίητες λόγω της έλλειψης ζήτησης και αξιοποίησης των υγειονομικών πόρων. Συνεπώς, μια συγκεκριμένη πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα είναι να κινηθούν προς μια κατεύθυνση της αναγνώρισης των πραγματικών πληθυσμιακών αναγκών για υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ικανοποιώντας την «φανερή» ζήτηση και παράλληλα προωθώντας την μη εμφανή ζήτηση.

Το επίπεδο της υγείας δεν μπορεί να μετρηθεί άμεσα. Χρήσιμα δε μεγέθη που αποτυπώνουν το μέγεθος και τη φύση της υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν πληθυσμιακά χαρακτηριστικά και «δείκτες» υγείας», όπως είναι το προσδόκιμο ζωής, και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αυτοί οι δείκτες μπορούν να θεωρηθούν ως δείκτες αποτελεσμάτων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, πολλοί από τους καθοριστικούς παράγοντες του επιπέδου υγείας μιας χώρας

εντοπίζονται πέρα από τις όποιες επιδράσεις του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης. Μεταξύ αυτών των παραγόντων συγκαταλέγονται, για παράδειγμα, οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες και η εκπαίδευση. Συνεπώς, μια εξίσου ιδιαίτερη πρόκληση ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας θα ήταν η εξισορρόπηση των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας που προκαλούνται από αυτούς τους παράγοντες.

Τέλος, οι εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής επιστήμης θα οδηγήσουν στην δημιουργία νέας ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υγείας μέσω της αύξησης της ικανότητας για πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενειών. Αυτό συχνά μεταφράζεται σε ένα μεγαλύτερο όγκο παροχής και χρήσης υπηρεσιών υγείας παρά την άμεση μείωση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας που ενέχει η τεχνολογική καινοτομία στον χώρο της ιατρικής. Στην πραγματικότητα, οι προσδοκίες των πολιτών και η ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης θα αυξηθούν με εκείνους που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας να συνηθίζουν σε υψηλότερα πρότυπα περίθαλψης. Επιπλέον, οι πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών θα πρέπει να αντιμετωπίζουν την παροχή των υπηρεσιών ως μέρος του συνόλου ενός ευρύτερου συστήματος που δεν θα μπορεί να αποδώσει τα μέγιστα εάν ένα ή περισσότερα μέρη του υπολειπονται.

## 5.2. Περιορισμοί Έρευνας

Παρουσιάστηκαν κάποιοι μικροί περιορισμοί στην ανεύρεση συγκεκριμένων δευτερευόντων στοιχείων.

Για παράδειγμα, δεν υπάρχουν παλαιότερα ή πιο πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνικής Στατιστικής Αρχής) για την κατεύθυνση της χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (νοσοκομεία, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα κλπ.) και ανά υγειονομική δραστηριότητα (υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης, προϊόντα λιανικής κλπ.). Για τον λόγο αυτόν χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία για την περίοδο 2009 – 2012.

Επιπλέον, δεν κατέστη εφικτό να ανευρεθούν στοιχεία της λειτουργικής κατηγοριοποίησης των δαπανών υγείας για ολόκληρη την εξεταζόμενη περίοδο. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή έτους 2012.

Σε κάθε περίπτωση, η διαδικασία ανάλυσης των υπαρχόντων στοιχείων οδήγησε σε εκτενή και συμπαγή συμπεράσματα βασισμένα στην οικονομική ανάλυση των δεδομένων και την σύγκριση με μέσους όρους και ρυθμό ανάπτυξης των οικονομιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### 5.3. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Για να λειτουργήσει εύρυθμα και αποτελεσματικά το σύστημα υγείας στην Ελλάδα θα πρέπει πρωτίστως να εκσυγχρονιστεί. Από την μελέτη της Διπλωματικής Εργασίας προκύπτει ότι η Ελλάδα, και ο πληθυσμός της εν γένει, έχει υποστεί σημαντικές φορολογικές επιβαρύνσεις επί σειρά ετών χωρίς να απολαμβάνει τις αντίστοιχες υγειονομικές υπηρεσίες. Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι ανεπτυγμένες οικονομίες, παρά τις επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης σε κοινωνικό επίπεδο (απεργίες κλάδων κλπ.), δεν έχουν προβεί σε περικοπές των δημοσίων δαπανών υγείας. Επομένως, καθίσταται σαφές ότι η ανάπτυξη και η δαπάνη για ένα σύστημα υγείας σχετίζεται άμεσα με τον ρυθμό ανάπτυξης μιας οικονομίας.

Ωστόσο, από την έρευνα και ανάλυση των στοιχείων της Διπλωματικής Εργασίας αναδείχθηκε μία τάση ανάπτυξης πρώην αναδυόμενων οικονομιών όπως η Τσεχία, η Ουγγαρία, η Λετονία ή η Εσθονία. Οι χώρες αυτές είναι σχετικά πρόσφατα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από την δεκαετία του 2000, και προέρχονται από κλειστές οικονομίες και έλεγχο των χρηματοδοτικών πόρων από τον κράτος. Παρά ταύτα, δαπανούν σημαντικά ποσοστά του ΑΕΠ τους και του συνόλου των δαπανών υγείας για να εκσυγχρονίσουν τα συστήματα υγείας και να προσφέρουν ένα αντίστοιχα υψηλό επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες τους.

Στο πλαίσιο αυτό, θα ήταν ενδιαφέρον να αποτιμήσει κανείς την επίπτωση της οικονομικής κρίσης σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες οικονομίες προκειμένου να συμπεράνει εάν ο ρυθμός ανάπτυξης των αναπτυσσόμενων οικονομιών είναι δυνατόν να τις καταστήσει ανταγωνιστικές ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας με αντίστοιχες δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Σε ό,τι αφορά την Ελλάδα, είναι απαραίτητος ο καθορισμός ενός επαρκούς και σαφούς ρυθμιστικού πλαισίου του ιδιωτικού τομέα υγείας. Ο καθορισμός σαφούς και συγκεκριμένης πολιτικής υγείας με αντίστοιχα δομημένη και συγκροτημένη εφαρμογή από τα νοσοκομεία, το Υπουργείο Υγείας, τους παρόχους κοινωνικής ασφάλισης και όλους του φορείς τους συστήματος υγείας, θα αναδείξει τα προβλήματα του συστήματος, αλλά κυρίως θα δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την βελτίωση του. Με τον τρόπο αυτόν, οι Έλληνες φορολογούμενοι θα είναι σε θέση να απολαύσουν ίσου επιπέδου υγειονομικές υπηρεσίες με τους πολίτες των αναπτυγμένων και παλαιότερων κρατών -μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



Στο πλαίσιο αυτό, θα ήταν ενδιαφέρον να αποτιμήσει κανείς εάν η αλλαγή ή η βελτίωση του υπάρχοντος νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ελληνικών παρόχων υγείας (κυρίως των νοσοκομείων) θα είναι σημαντικός παράγοντας βελτίωσης και των παρερχομένων υπηρεσιών. Φυσικά, απαιτείται προηγουμένως ρύθμιση των οφειλών των νοσοκομειακών μονάδων και καταπολέμησης της διαπλοκής στον δημόσιο τομέα, έτσι ώστε οι πόροι που προορίζονται για τον τομέα της υγείας να καταλήγουν σε αυτόν και τα ασφαλιστικά ταμεία να είναι σε θέση να παρέχουν τις καλύψεις για τις οποίες φορολογούνται οι πολίτες της χώρας.

Τέλος, με δεδομένη την αύξηση των δεικτών αποτελεσμάτων υγείας που αφορούν στα υγιή έτη ζωής και στο προσδόκιμο ζωής, είναι ενδιαφέρον να αναζητηθούν αιτιώδεις σχέσεις ανάμεσα στις δαπάνες υγείας, τις μεθόδους μέτρησης του τελικού προϊόντος υγείας και τα αποτελέσματα υγείας τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση ή σε ακόμα πιο διεθνές επίπεδο.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- ΕΛΣΤΑΤ (2015) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009 – 2012
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (1995). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- ΙΟΒΕ (2009) Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2009, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε. και Γείτονα Μ., (1999), Τα Οικονομικά της Υγείας Από Το Α ως το Ω, Εξάντας /Πολιτικές Υγείας, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ. και Σισσούρας, Α. (1997). Ενιαίος φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. και Τσιάντου, Β. (2009). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5):834-840.
- Μπέσης, Ν. (1993). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.
- Σούλης Σ. (1999). Οικονομική της Υγείας , Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα.
- Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας (2016), Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020
- Υφαντόπουλος Γ.Ν., (2003), Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα
- Χαραλάμπους, Α. και Τσίτση, Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(1):106-112.

### Ξενόγλωσση

- Appleby, J. (2008). The credit crisis and health care. *Br Med J*, 337: 2259-2270
- Athanassopoulos, A., Gounaris, C. and Sissouras, A. (1999). A Descriptive Assessment of the Production And Cost Efficiency Of General Hospitals In Greece. *Health Care ManagSci*, 2:97–106
- Beveridge, W. (1942) *Social insurance and allied services*. London, HMSO.
- Bismarck, O.V. (1883). *The Sickness Insurance Law*.
- Charnes, A., Cooper W.W., and Rhodes E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research* 2 (1978) 429 - 444.
- Crémieux, P.-Y., Ouellette, P., and Pilon, C. (1999), Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes. *Health Economics* 8(7), 627-639.
- Deprins, D., L. Simar and H. Tulkens. (1984). Measuring Labor Efficiency in Post Offices. In M. Marchand, P. Pestieau and H. Tulkens (eds.), *The Performance of Public Enterprises: Concepts and Measurements*. Amsterdam: North Holland.
- Gupta, S., Schwartz, S., Shamsuddin, T., Allen, R., Adenauer, I., Fletcher, K., and Last, D. (2007) *Fiscal Management of Scale-Up Aid*, IMF Working Paper No. 07/222 (Washington: International Monetary Fund).
- Gupta, H., and Verhoeven, M. (2001), *The Efficiency of Government Expenditure. Experiences from Africa*, *Journal of Policy Modelling*, Vol. 23, pp. 433–67.
- Herrera, S., and Pang, G. (2005). *Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach*, Policy Research Working Paper No. 3645 (Washington: The World Bank).
- Hitiris, T., and Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*, 11: 173–181
- Kontodimopoulos N., Nanos P., and Niakas D. (2006). Balancing Efficiency Of Health Services And Equity Of Access in Remote Areas in Greece. *Health Policy*, 76:49–57
- Leu, R. (1986). The public–private mix and international health care costs. In: Culyer, A.J. and Johnson, B.(eds.), *Public and private health services*. Oxford: Basil

Blackwell, pp. 41–63.

Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 17: 411–441.

Nixon, J., and Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link. *European Journal of Health Economics*, 7(1):7-18.

OECD (2014) OECD Health Statistics 2014 How does Greece compare?

Ruhm, C. (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*, 15:617–650.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., and McKee. M. (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *UlsterMed J*, 78(3):142-145

The Economist (2014). Health Outcomes and Costs. The Economist Intelligence Unit.

WHO (2009). The financial crisis and global health. Information Note/2009/1, Geneva.

Zavras A., Tsakos G., Economou C., and Kyriopoulos J. (2002). Using DEA to Evaluate Efficiency And Formulate Policy Within A Greek National Primary Health Care Network. *J Med System*, 26:285–292

### Διαδικτυακές Πηγές

<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>

