
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Μία θεωρητική διερεύνηση των τάσεων των ασφαλιστικών
παροχών υγείας σε επίπεδο Ε.Ε.**

ΒΟΛΥΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Μία θεωρητική διερεύνηση των τάσεων των ασφαλιστικών
παροχών υγείας σε επίπεδο Ε.Ε.**

ΒΟΛΥΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Α.Μ.: ΔΥ/1304

Επιβλέπουσα: κα Φαφαλιού - Κυριλλοπούλου Ειρήνη / Αν. Καθηγήτρια /
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**A Theoretical Investigation of Trends in Health Insurance Benefits at
the EU Level**

VOLYRAKIS GEORGIOS

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management
Piraeus, Greece, 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον κο Παντελή Παντελίδη, Καθηγητή στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης και Αναπληρωτή Πρύτανη Ακαδημαϊκών Υποθέσεων και Προσωπικού στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς και στον κο Αγιακλόγλου Χρήστο, Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, χωρίς τη στήριξη των δύο αυτών σπουδαιών ανθρώπων και δασκάλων δε θα τα κατάφερνα.

Ιούλιος 2017

Βολυράκης Γιώργος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η τελευταία 10ετία βρήκε την Ευρωπαϊκή Ένωση να ταλανίζεται από μια οικονομική κρίση, μια από τις βασικότερες συνέπειες της οποίας ήταν η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους σε όλες τις χώρες της ζώνης του Ευρώ. Στο πλαίσιο αυτό παρατηρήθηκε μια απορρύθμιση των "Υπηρεσιών Κοινωνικής Προστασίας" και μία ανάπτυξη των ιδιωτικών συμφερόντων κερδοσκοπικού χαρακτήρα σε βάρος του δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών κοινής ωφέλειας.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται μια κριτική μελέτη της σύγχρονης υγειονομικής ευρωπαϊκής πολιτικής, με σκοπό την πληρέστερη κατανόηση των υγειονομικών εξελίξεων. Ένα από τα μείζονα ζητήματα τα οποία βρίσκονται στο επίκεντρο της συζήτησης τα τελευταία χρόνια είναι οι επιπτώσεις των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, καθώς ο τομέας της ασφάλισης υγειονομικών καλύψεων και η παροχή υπηρεσιών υγείας φαίνεται να αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών προς τους πολίτες που έχουν απορρυθμιστεί.

Λέξεις-κλειδιά: Ευρωπαϊκή Ένωση, Συστήματα Υγείας, Υγειονομική Πολιτική, Ιδιωτική Υγεία, Ασφαλιστικές Καλύψεις

ABSTRACT

Over the past 10 years, the European Union has been in the middle of an economic crisis, one of the main consequences of which has been the shrinking of the welfare state in all the countries of the euro area. For that reason, there has been a deregulation of "Social Protection Services" and a high development of private interests at the expense of the public nature of public services.

This thesis attempts a critical study of modern European health policy with a view to a fuller understanding of health service's development. One of the major issues being studied in the last years is the impact of the reforms in the health sector, as healthcare and health services appear to be the largest part of the services to citizens that have been deregulated.

Key-Words: European Union, Health Sector, Health Policy, Private Health, Insurance Coverings

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ix
ABSTRACT.....	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ και ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	xvii
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	xvii
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	xvii
ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.	xix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	3
1.1 Εξέλιξη της ευρωπαϊκής υγειονομικής πολιτικής.....	3
1.2 Η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας	7
1.2.1 Οι πρώτες ιδέες.....	7
1.2.2 Ο Κοινωνικός Χάρτης	8
1.2.3 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ	9
1.2.4 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ	9
1.3 Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΕ	13
2.1. Υγεία: Δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό;	13

2.2. Ιδιωτικός χαρακτήρας της υγείας.....	15
2.3. Φτώχεια και υγεία.....	18
2.4. Η μετάβαση από τη δημόσια υγεία στην ιδιωτική υγεία	21
2.5. Συστήματα υγείας στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ	33
3.1. Πληθυσμιακή πολιτική και ανάπτυξη.....	33
3.2. Η σημασία της υγειονομικής μεταρρύθμισης.....	34
3.3 Ο ρόλος της ΕΕ στα συστήματα υγείας.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	43
4.1. Ασφαλιστικές Καλύψεις Υγείας και Υπηρεσίες Υγείας.....	43
4.1.1 Ιδιωτική ασφάλιση	44
4.1.2. Ασφαλιστικά προγράμματα.....	47
4.1.3. Στόχος των ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων.....	49
4.2 Η Ευρώπη και η ασφαλιστική κάλυψη υγείας.....	50
4.2.1 Η δημόσια ασφαλιστική κάλυψη υγείας και η υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη	55
4.3 Η αναδιάρθρωση του τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη	59
4.3.1. Η αλλαγή της δημοσιονομικής πολιτικής και η αύξηση των δημόσιων εξόδων για την υγεία.....	59
4.3.2. Η επιρροή των ιδιωτικών επενδύσεων στην αναδιάρθρωση του τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη	66

4.3.3 Η επιχειρηματολογία των υπέρμαχων της ιδιωτικοποίησης των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη	68
4.3.4 Οι μορφές ιδιωτικοποίησης	69
4.3.5 Οι κύριες διαδικασίες ιδιωτικοποίησης.....	70
4.4 Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην αναδιάρθρωση του τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη	72
4.5. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας και οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ευρώπη	74
4.6. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Η πλάνη των αριθμών και το «παράδοξο» του χρηματοδοτικού υποδείγματος	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	85
5.1. Δείκτες υγείας και Ευρωπαϊκή Ένωση	85
5.2. Υγειονομικές ανισότητες στην Ευρώπη	87
5.2.1 Ανισότητες υγείας ανάμεσα στα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας	87
5.2.2 Ανισότητες στα επίπεδα υγείας	89
5.2.3 Το προφίλ των ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία στην Ευρώπη	91
5.2.4 Οι περιοχές δράσης για τις ανισότητες στην υγεία	93
5.3. Η υφιστάμενη κατάσταση: Χρηματοδότηση και παροχή των Υπηρεσιών Υγείας	96
5.4 Ευρωπαϊκές Επιχειρήσεις Υγείας	101
5.4.1 Alliance.....	102

5.4.2 BUPA	103
5.4.3 Capiro.....	104
5.4.4 Cinven.....	105
5.4.5 Euromedic International	106
5.4.6 Fresenius.....	107
5.4.7 Affidea.....	109
5.4.8 Medcover.....	109
5.5 Συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ)	111
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	119
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	119
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	124
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ.....	125

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ και ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ

<i>Πίνακας 1.</i> Το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο	12
<i>Πίνακας 2.</i> Δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα υγείας	17
<i>Πίνακας 3.</i> Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στις χώρες του ΟΟΣΑ	52
<i>Πίνακας 4.</i> Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) επί του ΑΕΠ	57
<i>Πίνακας 5.</i> Συγκριτικός πίνακας κόστους διαχείρισης μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών συστημάτων ασφάλισης	68
<i>Πίνακας 6.</i> Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000)	75
<i>Πίνακας 7.</i> Δημόσιες & ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως % των συνολικών δαπανών υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ (2000)	76
<i>Πίνακας 8.</i> Ρυθμός μεταβολής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2003-2007	79
<i>Πίνακας 9.</i> Βασικές Υπηρεσίες της Medcover	109

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

<i>Γράφημα 1.</i> Δείκτης κινδύνου φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδας	19
<i>Γράφημα 2.</i> 1971 Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), ετησιοποιημένος ρυθμός μεταβολής	54
<i>Γράφημα 3.</i> ΗΒ: Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ	59
<i>Γράφημα 4.</i> Σουηδία: Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ	60
<i>Γράφημα 5.</i> Γαλλία: ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ	61

<i>Γράφημα 6.</i> Αυστρία: Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ	62
<i>Γράφημα 7.</i> Ισπανία: Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ	63
<i>Γράφημα 8.</i> Πορτογαλία: Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ	64
<i>Γράφημα 9.</i> Δημόσια δαπάνη ως (%) ΑΕΠ. Προβολή 2013 – 2060	66
<i>Γράφημα 10.</i> 1981 Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), ετησιοποιημένος ρυθμός μεταβολής	72
<i>Γράφημα 11.</i> Δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ	78
<i>Γράφημα 12.</i> Δαπάνη των χωρών της Ευρώπης για την δημόσια υγεία	82
<i>Γράφημα 13.</i> Χώρες που εξυπηρετεί η Medcover	110

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

- 1951 Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα: διατάξεις για την υγιεινή και την ασφάλεια των εργαζομένων.
- 1957 Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας: προστασία δημόσιας υγείας σε σχέση με την ατομική ενέργεια. Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα: γενικές διατάξεις που αφήνουν περιθώρια για τη διαμόρφωση και ανάπτυξη πολιτικών και δράσεων στον τομέα της υγείας.
- 1986 Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη: καθιστά δυνατή την εφαρμογή των ευρωπαϊκών νομοθετικών ρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, καθώς και σε ζητήματα σχετικά με την υγεία που αφορούν τη δημιουργία της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς.
- 1987 Έναρξη του πρώτου ευρωπαϊκού προγράμματος δράσης για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας στην Κοινότητα: πρόγραμμα «Η Ευρώπη ενάντια στον καρκίνο».
- 1991 Έναρξη του προγράμματος «Η Ευρώπη ενάντια στο AIDS».
- 1992 Συνθήκη του Μάαστριχτ: για πρώτη φορά ενσωματώνεται στη συνθήκη άρθρο για τη δημόσια υγεία (129).
- 1993 Πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας: 8 προτεραιότητες (καρκίνος, ναρκωτικά, AIDS, προαγωγή υγείας, σπάνιες ασθένειες, παρακολούθηση της υγείας, ασθένειες που σχετίζονται με το περιβάλλον, τραυματισμοί-ατυχήματα).
- 1996 Εμφάνιση Σπογγώδους Εγκεφαλοπάθειας Βοοειδών. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ζητά τη διεξαγωγή έρευνας για τους λόγους που τα όργανα της Ένωσης απέτυχαν να προστατέψουν την υγεία των πολιτών.
- 1997 Συνθήκη Άμστερνταμ: νέο άρθρο (152) για τη δημόσια υγεία.
- 1999 Σύσταση νέας Διεύθυνσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, για την Υγεία και την Προστασία του Καταναλωτή.
- 2000 Πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ανάπτυξη νέας πολιτικής δημόσιας υγείας και την υιοθέτηση νέου κοινοτικού προγράμματος δράσης.
- 2001 Ανακοίνωση της Επιτροπής για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: πρώτα βήματα για την εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού στη διαμόρφωση της κοινοτικής πολιτικής υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το παρόν πόνημα ασχολείται με την ιδιωτική υγεία και την ιδιωτική ασφάλιση στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, στην πορεία αυτής της εργασίας παρουσιάζεται η μετάβαση από το δημόσιο στο ιδιωτικό σύστημα υγείας και τι συνεπάγεται αυτό για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον κοινωνικό της χαρακτήρα. Αρχικά παρουσιάζεται ο χρονολογικός πίνακας κυριότερων σταθμών στην ανάπτυξη πολιτικής Υγείας στην Ε.Ε.

Στο πρώτο κεφάλαιο του πονήματος παρουσιάζεται διεξοδικά η εξέλιξη της ευρωπαϊκής υγειονομικής πολιτικής μέσα από τις συνθήκες διαχρονικά.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας εξετάζεται το κατά πόσο η υγεία είναι δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό. Παρουσιάζεται ο ιδιωτικός χαρακτήρας της υγείας καθώς και η μετάβαση από τη δημόσια υγεία στην ιδιωτική υγεία σε συνδυασμό με τα συστήματα υγείας στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο τρίτο κεφάλαιο του παρόντος πονήματος εξετάζεται η σημασία της πληθυσμιακής πολιτικής, ενώ παράλληλα αναπτύσσεται η σημασία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων ο ρόλος της ΕΕ στα συστήματα υγείας των κρατών-μελών.

Το τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας ασχολείται με την ιδιωτική υγεία και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας τόσο στη Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον ρόλο της ΕΕ αναφορικά με την αναδιάρθρωση των συστημάτων υγείας και την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης στην ευρωζώνη.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζονται οι δείκτες υγείας στα πλαίσια της Ε.Ε, ενώ αναλύονται οι υγειονομικές ανισότητες στην Ε.Ε., τόσο γενικά όσο και ανάμεσα στα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας. Παράλληλα, εξετάζεται η υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα της υγείας και παρουσιάζονται κάποιες από τις μεγαλύτερες και γνωστότερες Ευρωπαϊκές Επιχειρήσεις Υγείας, όπως Alliance, BUPA, Affidea, κ.α.

Η εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα και την παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

1.1 Εξέλιξη της ευρωπαϊκής υγειονομικής πολιτικής

Η υγειονομική πολιτική των κρατών-μελών επηρεάζεται από τις αποφάσεις, τις Συνθήκες, τα νομικά κείμενα, καθώς και τα κείμενα διακηρυκτικού χαρακτήρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Οικονόμου, 2009). Στην κατηγορία των κειμένων αυτών, τα οποία χωρίς να θέτουν νομικές δεσμεύσεις, έχουν ηθική βαρύτητα και διαμορφώνουν συμπεριφορές, εντάσσονται ο Χάρτης των Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων (1989) καθώς και ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Συνόδου της Νίκαιας (2000).

Η βασική κατεύθυνση που προσδιόρισε την ίδρυση και λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν αυτή της «ανοικτής προσέγγισης», σύμφωνα με την οποία η συνεργασία και η κοινή δράση των χωρών της Δυτικής Ευρώπης για την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση θα έπρεπε να επιχειρηθούν σταδιακά, δίνοντας προτεραιότητα σε τομείς όπου υπήρχαν οι προϋποθέσεις επιτυχίας. Ένας τέτοιος τομέας θεωρήθηκε ο τομέας της οικονομίας και η δημιουργία ενός ενιαίου οικονομικού χώρου τέθηκε ως πρωταρχικός στόχος (Οικονόμου, 2013).

Αποτέλεσμα της παραπάνω προσέγγισης ήταν οι τρεις ιδρυτικές Συνθήκες της Ένωσης να δώσουν προτεραιότητα στην οικονομική διάσταση της ενοποίησης, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα την κοινωνική διάσταση. Στο πλαίσιο αυτό, οι Συνθήκες ΕΚΑΧ, ΕΚΑΕ και ΕΟΚ δεν εμπεριείχαν συγκεκριμένες διατάξεις που να κατοχυρώνουν νομικά την αρμοδιότητα της Ένωσης στον υγειονομικό τομέα, με συνέπεια την αδυναμία διαμόρφωσης ενός ολοκληρωμένου πλαισίου άσκησης πολιτικής υγείας. Ρητή αναφορά στην υγεία ως στόχο της Ένωσης δεν υπήρχε σε καμία από τις τρεις Συνθήκες. Ωστόσο, ορισμένες διατάξεις τους αναφέρονταν έμμεσα σε ζητήματα ουσίας στο βαθμό που αυτό ήταν αναγκαίο ως συνέπεια των πρωταρχικών οικονομικών δραστηριοτήτων της Ένωσης (Οικονόμου, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσε να γίνει μνεία σε τέσσερα πεδία:

- Το πεδίο προστασίας της υγιεινής και της ασφάλειας των εργαζομένων, με την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επαγγελματικών ασθενειών και των εργατικών ατυχημάτων.
- Το πεδίο της ασφαλιστικής κάλυψης των μετακινούμενων εργαζόμενων.

- Το πεδίο της προστασίας της υγείας του πληθυσμού σε σχέση με την έκθεση σε ιονίζουσες ακτινοβολίες και την ασφάλεια των πυρηνικών εγκαταστάσεων; αλλά κυρίως μέσα από την αρνητική προσέγγιση περιορισμού στην ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων και των εμπορευμάτων λόγω αναγκών δημόσιας υγείας.
- Το πεδίο της ελεύθερης διακίνησης αγαθών και υπηρεσιών, που περιλαμβάνει τα φάρμακα, προϊόντα βιοϊατρικής τεχνολογίας, την ασφάλιση και την ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (ΕΕΠ, 1/7/1987) αποτέλεσε την πρώτη σημαντική τροποποίηση των ιδρυτικών Συνθηκών της Ένωσης και είχε στόχο την ολοκλήρωση της ενιαίας εσωτερικής αγοράς και την άρση όλων των περιορισμών στην κυκλοφορία κεφαλαίων, αγαθών, υπηρεσιών και προσώπων μέχρι το 1992. Επίσης αποσκοπούσε στην προώθηση νέων κοινών πολιτικών, αναγνωρίζοντας την κοινωνική πολιτική ως τομέα δραστηριότητας Της Ένωσης (europa1.europa.eu).

Στον τομέα της υγείας, το άρθρο 100Α(3) καλούσε την Επιτροπή να λάβει υπόψη της τις προτάσεις που αφορούσαν την υγιεινή και την ασφάλεια καθώς και την προστασία του περιβάλλοντος και του καταναλωτή, την ανάγκη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας καθώς σχετιζόταν με τη λειτουργία της ενιαίας αγοράς. Επίσης, το άρθρο 118Α χαλούσε τα κράτη μέλη να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στην προστασία της ασφάλειας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας και επέτρεπε στο Συμβούλιο να θεσπίζει οδηγίες στον τομέα αυτό με βάση την ειδική πλειοψηφία. Τέλος, το άρθρο 130 τόνιζε την παράμετρο της ουσίας στην περιβαλλοντική πολιτική Της Κοινότητας.

Παρατηρείται συνεπώς και στην περίπτωση της ΕΕΠ ότι η οποιαδήποτε αναφορά σε ζητήματα δημόσιας υγείας γίνεται στο βαθμό που αυτά συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία της οικονομικής αγοράς. Δεν συνιστούν ιδιαίτερο τομέα πολιτικής της Ένωσης, αλλά εντάσσονται στο πλαίσιο της υγείας και της ασφάλειας της εργασίας. Κατ' επέκταση, υποστηρίζεται ότι η επίδραση της ΕΕΠ στις εθνικές πολιτικές υγείας είναι περιορισμένη, ωστόσο σε επίπεδο Ένωσης συνέβαλε στη διαμόρφωση μιας γενικότερα συμφωνίας ως προς τις οικονομικές πλευρές της δημόσιας υγείας, έστω και αν αυτό δεν μεταφράστηκε στη χάραξη μιας συνεκτικής στρατηγικής (Οικονόμου, 2004).

Ο κοινοτικός Χάρτης των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων», ο οποίος υιοθετήθηκε στη Διάσκεψη του Στρασβούργου το 1989 από 11 κράτη μέλη της Κοινότητας (με την εξαίρεση του Ην. Βασιλείου), αποτέλεσε μια προσπάθεια ενδυνάμωσης της κοινωνικής διάστασης της εσωτερικής αγοράς. Ενδιαφέρον από την πλευρά της προστασίας της υγείας παρουσιάζουν οι διατάξεις του χάρτη που προβλέπουν ότι:

(α) Η δημιουργία της εσωτερικής αγοράς πρέπει να οδηγήσει σε βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

(β) Κάθε εργαζόμενος της Ευρωπαϊκής Κοινότητας έχει δικαίωμα επαρκούς κοινωνικής προστασίας και παροχών κοινωνικής ασφάλισης σε ικανοποιητικό επίπεδο.

(γ) Κάθε εργαζόμενος πρέπει να απολαμβάνει ικανοποιητικών συνθηκών πρόνοιας της υγείας και της ασφάλειας του στο χώρο εργασίας.

(δ) Στα άτομα σε ηλικία συνταξιοδότησης, που αναγνωρίζεται συνταξιοδοτικό δικαίωμα και δεν έχουν άλλους πόρους διαβίωσης πρέπει να εξασφαλίζεται κοινωνική και ιατρική βοήθεια ανάλογη των προσωπικών τους αναγκών (Μούσης, 2011).

Ωστόσο, ως ένα μέτρο «ήπιας νομικής παρέμβασης δηλαδή κείμενο διακηρυκτικού περισσότερο χαρακτήρα, χωρίς υποχρεωτική, δεσμευτική ισχύ, του οποίου η μη τήρηση δεν επιφέρει κυρώσεις, αλλά η εφαρμογή του βασίζεται περισσότερο σε εθελούσιες ηθικές και πολιτικές δεσμεύσεις, ο χάρτης δεν αποτέλεσε μέρος τροποποιητικής διαδικασίας των Συνθηκών και δεν επέκτεινε την αρμοδιότητα της Κοινότητας στον κοινωνικό χώρο. Άλλωστε, στον ίδιο το χάρτη αναφέρεται ρητά ότι η εξασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων που καταγράφονται σε αυτόν, καθώς και η εφαρμογή των κοινωνικών μέτρων που είναι απαραίτητα για την καλή λειτουργία της εσωτερικής αγοράς και την εξασφάλιση της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής εναπόκεινται στα κράτη μέλη σύμφωνα με τις εθνικές τους πρακτικές (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2010).

Έπρεπε να περάσουν 35 χρόνια από την ιδρυτική Συνθήκη της Ρώμης για να παραχωρηθεί για πρώτη φορά στην Κοινότητα νομική αρμοδιότητα στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα, με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ για την— Ευρωπαϊκή Ένωση (ΣΕΕ, 1992) εισάγονται δύο νέα άρθρα, τα οποία αναφέρονται στην υγεία των πολιτών της Ένωσης. Το άρθρο 30 καλεί την Ένωση να συμβάλει στην επίτευξη

υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου, ενώ το άρθρο 129 θέτει το πλαίσιο εξασφάλισής αυτοί του στόχου. Επίσης, δύο άλλα νέα άρθρα, το 30 και το 129Α, προβλέπουν τη συμβολή της Ένωσης στην προστασία των καταναλωτών με την υιοθέτηση δράσεων που στηρίζουν και συμπληρώνουν, μεταξύ άλλων, την πολιτική των κρατών μελών για την προστασία της υγείας των καταναλωτών.

Με βάση το άρθρο 129, η δράση της Κοινότητας επικεντρώνεται μόνο στην πρόληψη των ασθενειών και Κυρίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας. Ως μέσα για την επιδίωξη αυτού του σκοπού αναφέρονται η έρευνα για τα αίτια και τους τρόπους μετάδοσης των ασθενειών, η ενημέρωσή και η διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σχετικά με τα ζητήματα υγείας και η ενσωμάτωση των απαιτήσεων προστασίας της υγείας και άλλες πολιτικές της Ένωσης. Επιπροσθέτου, τονίζεται ότι τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους σε συνεργασία με την Επιτροπή ως πολιτικές και τα προγράμματα που εφαρμόζουν, ενώ οποιαδήποτε προσπάθεια εναρμόνισής των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών αποκλείεται (Οικονόμου, 2011).

1.2 Η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας

1.2.1 Οι πρώτες ιδέες

Οι πρώτοι θεμελιωτές της Ευρωπαϊκής Ιδέας όταν υπέγραψαν τη Συνθήκη της Ρώμης, τον Μάρτιο του 1957, είχαν κυρίως κατά νου την ανάπτυξη μιας Ενιαίας Οικονομικής Κοινότητας, μιας Ενιαίας Αγοράς (Οικονόμου, 2009). Γι' αυτόν το λόγο τα άρθρα που παρουσιάζονται στη Συνθήκη του 1957 είχαν κυρίως οικονομικό χαρακτήρα. Οι κύριοι στόχοι ήταν η ενδυνάμωση της φιλοσοφίας της ελεύθερης διακίνησης αγαθών και υπηρεσιών μεταξύ των χωρών-μελών, με απώτερη επιδίωξη τη βαθμιαία δημιουργία και ολοκλήρωση μιας Ενιαίας Ευρωπαϊκής Εσωτερικής Αγοράς. Τα οποιαδήποτε οικονομικά εμπόδια (π.χ. δασμοί, φόροι, άδειες άσκησης επαγγέλματος κ.λπ.) που παρεμπόδιζαν τη διακρατική διακίνηση αγαθών και υπηρεσιών έπρεπε να καταργηθούν (Οικονόμου, 2009).

Στη Συνθήκη της Ρώμης το 1957 δεν γίνεται καμία αναφορά σε θέματα υγείας, ούτε σε γενικότερα θέματα άσκησης υγειονομικής πολιτικής. Ανύπαρκτη είναι επίσης κάθε συζήτηση σε θέματα εναρμόνισης των πολλαπλών υγειονομικών και κοινωνικών συστημάτων. Η κοινωνική και η υγειονομική διάσταση, που αποτελούν δύο σημαντικές παραμέτρους για την κοινωνική ευημερία και τη μακροζωία των Ευρωπαίων, δεν σχολιάζονται στο κείμενο της Συνθήκης του 1957. Ίσως η μόνη στοιχειώδης ένδειξη για την ανάπτυξη μιας κοινής κοινωνικής πολιτικής θα μπορούσε να αναζητηθεί στο άρθρο 117 της Συνθήκης, το οποίο ορίζει:

«Οι χώρες-μέλη συμφωνούν για την ανάγκη βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών των εργαζομένων, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των».

Η έκφραση «βελτίωση των εργασιακών συνθηκών» αποτέλεσε τη «νομοθετική βάση, πάνω στην οποία αναπτύχθηκαν αργότερα τα προγράμματα για τη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών στους χώρους απασχόλησης των εργαζομένων. Επιπλέον, το δεύτερο σκέλος της πρότασης αποτέλεσε την «κοινωνική» και «υγειονομική» βάση για την ανάπτυξη ευρωπαϊκών προγραμμάτων σε θέματα εκπαίδευσης, κατάρτισης, κινητικότητας του υγειονομικού δυναμικού, καθώς και πρόληψης και υγειονομικής φροντίδας όχι μόνο των «εργαζομένων», αλλά και ολόκληρου του πληθυσμού.

Από το 1985 και έπειτα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ύστερα από προτάσεις των κοινοτικών εταίρων ανέπτυξε μεγάλα «Εθνικά - Ευρωπαϊκά» προγράμματα για την

πρόληψη, την αγωγή υγείας και τη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, AIDS και άλλες ασθένειες που μπορούν να αποφευχθούν ή να προληφθούν με έναν υγιεινό τρόπο διαβίωσης.

1.2.2 Ο Κοινωνικός Χάρτης

Το 1989 θεσπίστηκε ο Κοινωνικός Χάρτης (Social Charter) από τα κράτη-μέλη και αποτέλεσε το έναυσμα για τη μεταρρύθμιση και βαθμιαία επικράτηση της αντίληψης ότι ο κοινωνικός τομέας θα πρέπει να λάβει την ίδια βαρύτητα με τον οικονομικό (Κυριόπουλος, 2003).

Με τα Ευρωπαϊκά Συμβούλια του Ανόβερου, της Ρόδου και της Μαδρίτης είχε ωριμάσει βαθμιαία η σκέψη ότι στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας θα πρέπει να υπάρξει μια ισορροπία στην προώθηση των κοινωνικών και οικονομικών ζητημάτων. Στο Χάρτη αναφέρεται ότι η ολοκλήρωση της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς θα πρέπει να συνοδεύεται από βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των εργαζομένων, του άμεσου περιβάλλοντος στους χώρους εργασίας, ελευθερία μετακίνησης, υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, κοινωνική ασφάλιση, εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση.

Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει ίση μεταχείριση και να μη γίνονται διακρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα και σε ανθρώπους διαφόρων ηλικιών, εθνοτήτων και ομάδων. Αυτά προβλέπει ο Κοινωνικός Χάρτης και η ευθύνη της υλοποίησης των προβλέψεων αυτών πέρασε βαθμιαία στους εταίρους, με αλληπάλληλες οδηγίες που απηύθυνε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προς τα κράτη-μέλη (oke.gr).

Περίπου μια δεκαετία αργότερα, την εποχή που ο Pdraig Flynn ήταν Επίτροπος σε θέματα κοινωνικής πολιτικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση, επισήμανε τη συμβολή του Κοινωνικού Χάρτη:

«Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκεται σε οριακό σημείο. Είναι αλήθεια ότι μέχρι τώρα δεν έχουμε κάνει, τίποτα για να εκπληρώσουμε τις προσδοκίες των πολιτών. Σε αντίθεση με τον Κοινωνικό Χάρτη του 1989, ο οποίος ορίζει τις κοινωνικές αρχές σε ευρωπαϊκό επίπεδο μόνο για τους εργαζομένους, αυτά τα βασικά δικαιώματα θα πρέπει να ισχύουν για όλους τους Ευρωπαίους πολίτες. Έχω εκφράσει πολλές φορές την άποψη ότι στη Συνθήκη θα πρέπει να περιληφθεί μια διάταξη, η οποία θα απαγορεύει οποιαδήποτε διάκριση με βάση τη φυλή, το χρώμα

του δέρματος, το φύλο, τη θρησκεία, την ηλικία ή την αναπηρία. Θα πρέπει να θέσουμε εκτός νόμου τις διακρίσεις».

Η αναγκαιότητα υλοποίησης των αρχών και της φιλοσοφίας του Κοινωνικού Χάρτη γίνεται περισσότερο επιτακτική με τη βαθμιαία οικονομική σύγκλιση και τη διαμόρφωση νέων κοινοτικών προτύπων.

1.2.3 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ

Έμφαση στα θέματα της υγείας δόθηκε σε ευρωπαϊκό επίπεδο πρώτη φορά με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ το 1993. Το άρθρο 129 αναφέρεται στην αναγκαιότητα για διακρατική συνεργασία μεταξύ των χωρών- μελών για την επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου υγείας. Επίσης σημειώνεται η υιοθέτηση προληπτικών μέτρων για τη μείωση των κινδύνων που απειλούν τη δημόσια υγεία (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1992).

Παρά τη σημαντική συμβολή του άρθρου 129, η Επιτροπή δεν προχώρησε στην εναρμόνιση της νομοθεσίας, ούτε πρότεινε μια δέσμη κανονισμών για την ανάπτυξη μιας ενιαίας πολιτικής υγείας. Ωστόσο διαμόρφωσε ένα ενιαίο «Πλαίσιο δράσεων για τον τομέα της δημόσιας υγείας». Η Επιτροπή έκανε έκκληση προς τις κυβερνήσεις των κρατών-μελών να εξειδικεύσουν κοινούς στόχους και να αναπτύξουν κοινές στρατηγικές για την ασφάλεια και τη διακίνηση του αίματος, για την πρόληψη κατά του καρκίνου, του AIDS και των λοιπών μεταδοτικών ασθενειών, και την υιοθέτηση ρυθμίσεων για τον καπνό και την κατανάλωση αλκοόλ. Τέλος πρότεινε στις κυβερνήσεις των χωρών να αναλάβουν την εκπόνηση μελετών και δημοσκοπήσεων για την κατάσταση της υγείας των Ευρωπαίων πολιτών (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003).

1.2.4 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ αναμόρφωσε το άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ και το αντικατέστησε με το άρθρο 152, το οποίο επικεντρώνεται στην άσκηση ευρωπαϊκής πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας (Οικονόμου, 2009).

Στο άρθρο αυτό υποστηρίζεται ότι ο κύριος στόχος της Ευρωπαϊκής Κοινότητας είναι η επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου υγείας των Ευρωπαίων πολιτών και η ανάπτυξη δράσεων και, πολιτικών που αποβλέπουν:

- Στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, στην πρόληψη των ασθενειών
- Στην ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του κοινού, στην αποτροπή των κινδύνων που βλάπτουν την υγεία.
- Στην υιοθέτηση κοινής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων η Επιτροπή προσκαλεί τις κυβερνήσεις να αναπτύξουν τις δικές τους εθνικές πολιτικές, αλλά ταυτόχρονα να συνεργασθούν σε ευρωπαϊκό επίπεδο με τις άλλες χώρες-μέλη, ανταλλάσσοντας απόψεις και εμπειρίες βασισμένες στις «βέλτιστες πρακτικές».

Τον Μάιο του 2000 η Επιτροπή διαμόρφωσε μια νέα στρατηγική για την υγεία, προωθώντας ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο δράσεων με τρεις βασικές συνιστώσες που αποβλέπουν (capital.gr):

- (1) Στη βελτίωση της γνώσης και της ενημέρωσης των Ευρωπαίων πολιτών σε θέματα δημόσιας υγείας.
- (2) Στην ενιαία και συντονισμένη δράση-αντίδραση κατά των κινδύνων που απειλούν τη δημόσια υγεία.
- (3) Στην ανάπτυξη ευρωπαϊκής πολιτικής για την πρόληψη.

Οι δράσεις αυτές θα υποστηρίζονται από ένα σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης, καθώς και από άλλες ερευνητικές πρωτοβουλίες που θα αναπτυχθούν μέσα στο Έκτο Πρόγραμμα-Πλαίσιο για την Έρευνα στην Ευρώπη.

Η πολιτική υγείας της ΕΕ, η οποία υλοποιείται μέσω της προαναφερθείσας στρατηγικής, εστιάζει στα εξής (europa.eu):

- **πρόληψη**, ιδίως μέσω της προαγωγής πιο υγιεινών τρόπων ζωής
- **ίσες ευκαιρίες** για καλή υγεία και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους (ανεξάρτητα από εισόδημα, φύλο, εθνοτική καταγωγή κ.λπ.)
- αντιμετώπιση σοβαρών **απειλών κατά της υγείας** που αφορούν περισσότερες από μία χώρες της ΕΕ
- φροντίδα για την **υγεία των ηλικιωμένων**
- προώθηση **δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών.**

1.3 Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο

Τον Μάρτιο του 2000 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας έθεσε τις βάσεις για τη μεταρρύθμιση των Συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας στις χώρες-μέλη. Πρότεινε μια νέα μέθοδο συνεργασίας μεταξύ των κρατών και των διαφόρων οργανισμών και ιδρυμάτων, τα οποία συμμετέχουν στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής, την οποία ονόμασε «ανοικτή μέθοδο συντονισμού» (open method of coordination). Η μέθοδος αυτή προάγει τις εταιρικές σχέσεις μεταξύ όλων των φορέων που εμπλέκονται στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια, στο συνταξιοδοτικό σύστημα και γενικότερα στο σύστημα κοινωνικής προστασίας (europa.eu).

Τον Ιούνιο του 2001 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ εξέδωσε μια κοινή ανακοίνωση τριών επιτροπών: (1) της Οικονομικής, (2) της Κοινωνικής και (3) της Επιτροπής των περιφερειών με θέμα «Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους» (Υφαντόπουλος, 2007).

Στην ανακοίνωση αυτή επισημαίνονται οι προκλήσεις:

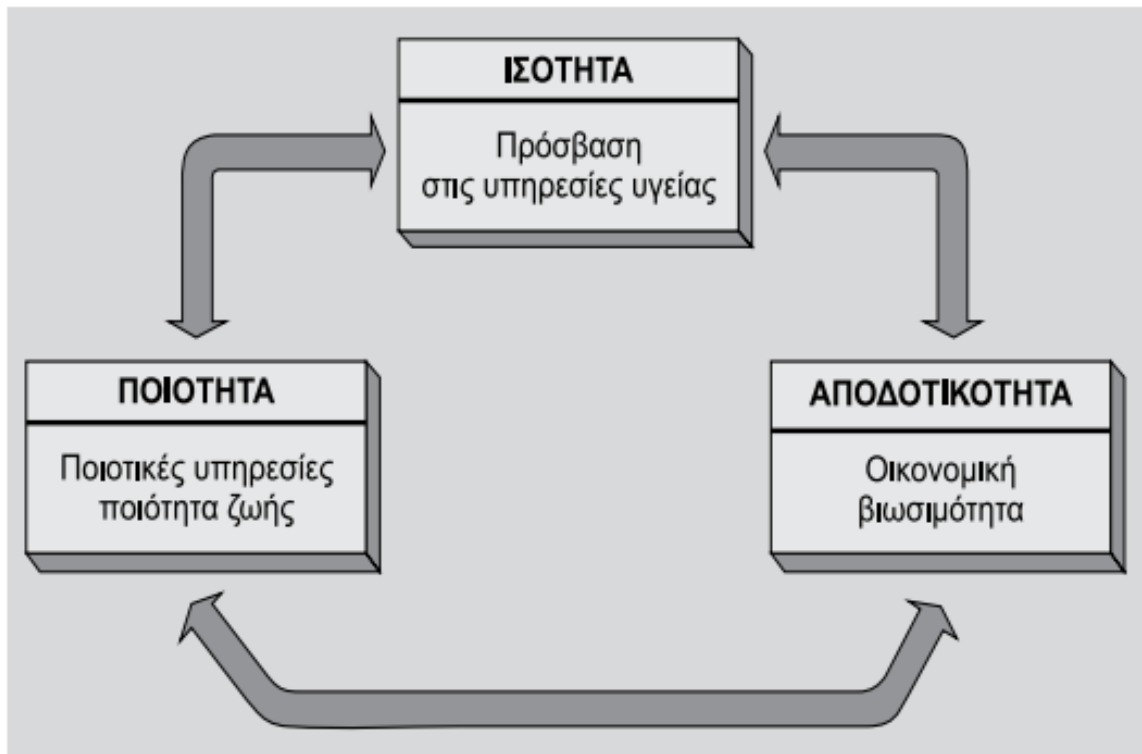
- της γήρανσης,
- της μακροχρόνιας περίθαλψης,
- της ιατρικής τεχνολογίας και του αυξανόμενου κόστους περίθαλψης.

Η έκθεση προτείνει την υιοθέτηση της νέας «ανοικτής μεθόδου συντονισμού» στον τομέα της υγείας και την επικέντρωση της υγειονομικής πολιτικής της Ευρώπης σε τρεις θεμελιώδεις άξονες-στόχους που αφορούν:

- ❖ τη διασφάλιση της προσπέλασης όλων των πολιτών στο σύστημα της περίθαλψης, ανεξάρτητα από οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια,
- ❖ την ποιοτική αναβάθμιση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας,
- ❖ την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Δρολάπας, 2013).

Οι στόχοι αυτοί ικανοποιούν το γενικότερο Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο και σηματοδοτούν τη νέα πολιτική στον τομέα της υγείας, η οποία βασίζεται στην άμεση συνεργασία και αλληλεξάρτηση της φιλοσοφίας της ισότητας, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας.

Πίνακας 1. Το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο



Πηγή: Υφαντόπουλος, 2007

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΕ

2.1. Υγεία: Δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό;

Για την περαιτέρω ανάλυση του ζητήματος, σημαντικό είναι να γίνει μια μικρή αναφορά στα βασικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν ένα συγκεκριμένο αγαθό, αν είναι δημόσιο ή ιδιωτικό.

Δημόσια αγαθά είναι εκείνα, τα οποία διατίθενται σε όλους τους πολίτες και η ποσότητά τους δεν είναι δυνατό να εξατομικευτεί ή να επιμεριστεί. Επίσης, επειδή το κόστος παραγωγής είναι πολύ υψηλό, η τιμή ανά μονάδα προϊόντος δεν είναι δυνατό να εξατομικευτεί (αδιαιρετότητα τιμής). Τα οφέλη που προκύπτουν από τα δημόσια αγαθά είναι συλλογικά και όχι ατομικά, γιατί λόγω της αδιαιρετότητάς τους, κάθε πολίτης έχει την ευκαιρία να απολαύσει τα οφέλη που προκύπτουν από τα δημόσια αγαθά, ανεξάρτητα από την επιθυμία του να τα καταναλώσει ή να καταβάλει την τιμή για να τα αγοράσει. Τα δημόσια αγαθά δεν διατίθενται στην αγορά και δεν είναι ανταγωνιστικά. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται η παρέμβαση του κράτους για να αποφασίσει σε ποια ποσότητα θα παραχθούν και πώς θα διανεμηθούν (Υφαντόπουλος, 2005).

Από την άλλη πλευρά, ιδιωτικά αγαθά, είναι εκείνα τα οποία διατίθενται στο σύστημα της αγοράς και επομένως είναι ανταγωνιστικά. Η ποσότητα και η τιμή τους ποικίλλει από αγαθό σε αγαθό (διαιρετότητα τιμής και ποσότητας), ενώ τα οφέλη είναι ατομικά και τα απολαμβάνει μεμονωμένα κάθε άτομο που είναι διατεθειμένο να καταβάλει την τιμή της αγοράς. Επομένως, στα ιδιωτικά αγαθά δεν υπάρχουν ούτε «εξωτερικά» οφέλη, που να ωφελούν δηλαδή άλλους, εκτός από αυτούς που κατέβαλαν το αντίτιμο της απόκτησης, ούτε «εξωτερικές» ζημίες ή επιβαρύνσεις – δηλαδή κάποιιοι άλλοι εκτός των αποκλειστικών παραγωγών να φέρουν το κόστος παραγωγής (Υφαντόπουλος, 2005).

Η υγεία είναι ιδιωτικό ή κοινωνικό αγαθό; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό αποτέλεσε σημείο έριδας μεταξύ των οικονομολόγων της υγείας (Λιαρόπουλος, 2010). Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 οι πρώτες «φωνές» που προήλθαν από τους Lee, Wiseman και το Ινστιτούτο Οικονομικών Υποθέσεων (Institute of Economic Affairs) στην Αγγλία, καθώς και από τους εκπροσώπους της Σχολής του

Σικάγο στις ΗΠΑ, υποστήριξαν ότι το αγαθό «υγεία» είναι όπως όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και θα πρέπει να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς (δηλαδή, της προσφοράς και της ζήτησης).

Μία ομάδα οικονομολόγων από το Πανεπιστήμιο Γιορκ της Αγγλίας, με κύριους εκπροσώπους τους Williams, Culyer, Maynard κ.ά., καθώς επίσης και τον Arrow από τις ΗΠΑ, διαμόρφωσαν μια διαφορετική άποψη υποστηρίζοντας ότι η «υγεία» είναι «κοινωνικό αγαθό». Το σύστημα της αγοράς βασισμένο στην προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών αποτυγχάνει να δώσει μια κοινωνικά δίκαιη και οικονομικά εφικτή λύση. Γι' αυτόν το λόγο θα πρέπει να παρέμβει το κράτος για να επιφέρει μια δικαιότερη κατανομή των πόρων υγείας.

Οι απόψεις αυτές συζητούνται και σχολιάζονται στο κεφάλαιο αυτό με τα επιχειρήματα καθεμιάς ομάδας να αποτελούν τις αντίστοιχες σχολές σκέψης στον τομέα των οικονομικών της υγείας.

2.2. Ιδιωτικός χαρακτήρας της υγείας

Η άποψη ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό, όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, διαμορφώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και υποστηρίχθηκε με φανατισμό από τους Lees (1960,1967), τους Jewkes J. και S. (1961,1963), Wiseman J. (1963) και τους οπαδούς της Σχολής του Πανεπιστημίου του Σικάγο.

Αυτοί διατύπωσαν την άποψη ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια «άριστη» και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει με όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά.

Ειδικότερα, οι υποστηρικτές της σχολής αυτής αποδέχονται τις νεοκλασικές υποθέσεις για την «ορθολογικότητα» της συμπεριφοράς του καταναλωτή και αποδέχονται ότι στον τομέα της υγείας ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να γνωρίζει:

- (1) Τι είδους νοσοκομειακές ή ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να καταναλώσει.
- (2) Σε ποια ποσότητα οι υπηρεσίες μπορούν να καταναλωθούν.
- (3) Ποια είναι η ποιότητα των καταναλισκόμενων υπηρεσιών .
- (4) Σε ποιο τόπο, δηλαδή σε ποια αγορά μπορεί να προσφύγει το κάθε άτομο μέσα στην κοινωνία για την ικανοποίηση των επιθυμιών του (Γκιουζέλης, 2011).

Αντίστοιχα, για κάθε υπηρεσία που καταναλίσκεται ο καταναλωτής καταβάλλει την τιμή του νοσηλίου ή την αμοιβή του ιατρού που επισκέπτεται. Έτσι υποστηρίζεται ότι ο καταναλωτής έχει πλήρη γνώση της ποιότητας των υπηρεσιών, καθώς και της ποσότητας που θέλει να καταναλώσει.

Επίσης, έχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για:

- την ασθένειά του
- το είδος της θεραπείας που πρέπει να ακολουθήσει καθώς και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της θεραπείας αυτής (Γκιουζέλης, 2011).

Ο κάθε καταναλωτής απολαμβάνει ένα συγκεκριμένο ατομικό όφελος από την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (Rival Principle). Το όφελος αυτό είναι ατομικό και υποκειμενικό. Δηλαδή, κάθε καταναλωτής αξιολογεί με υποκειμενικά κριτήρια το μέγεθος της απόλαυσης που αποκομίζει από την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.

Έχει υποστηριχθεί ότι σ' ένα ιδιωτικό σύστημα υγείας ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα είναι η ελαχιστοποίηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών που παρουσιάζονται συνήθως σε συστήματα που λειτουργούν κάτω από έναν κρατικό φορέα. Η ανάπτυξη της ιδιωτικής υγειονομικής ασφάλισης και της ιδιωτικής υγείας τα τελευταία χρόνια αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της τάσης αυτής. Αυτό ισχύει βέβαια για όσους έχουν την οικονομική δυνατότητα να καταβάλουν τις αντίστοιχες αξίες των τιμών (Μαζαράκη, 2012).

Οι απόψεις της σχολής αυτής παρακίνησαν πολλούς οικονομολόγους και οικονομέτρους να ασχοληθούν με θεωρητικά και στατιστικά υποδείγματα που απέβλεπαν στη θεωρητική και εμπειρική θεμελίωση της συμπεριφοράς των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (ασθενών), καθώς και στη συμπεριφορά των ιατρών, των νοσοκόμων και του λοιπού υγειονομικού δυναμικού (Folland et al. 1993, Getzen 1997).

Διάφορα υποδείγματα έχουν προσδιορισθεί και εμπειρικά εκτιμηθεί για τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (Phelps, 1974, Grossman 1972 a, b, Rosenthal 1970, Cairns and Snell 1978).

Ο κύριος στόχος των ερευνών αυτών ήταν να προσδιορισθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Από τις περισσότερες μελέτες προέκυψε ότι η υγεία είναι ανελαστικό αγαθό, κάτι που σημαίνει ότι, λόγω της υπάρχουσας υγειονομικής ανάγκης, μια αύξησή της τιμής των υπηρεσιών υγείας κατά 10% πολύ λίγο θα επηρεάσει τη ζήτηση.

Παράλληλα με τα υποδείγματα της ζήτησης, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών, Reinhardt (1972, 1975), Wolfson (1976), Evans (1974), ασχολήθηκε με την οικονομική συμπεριφορά των ιατρών και του νοσοκομειακού προσωπικού. Διερευνήθηκε δηλαδή κατά πόσον οι ιατροί και οι νοσοκόμες αποβλέπουν μόνο στη μεγιστοποίηση του εισοδήματός τους ή έχουν και άλλους γενικότερους στόχους, όπως αύξηση της κοινωνικής ευημερίας, βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου κ.τ.λ. Επίσης, διερευνήθηκε κατά πόσο τα διάφορα συστήματα αμοιβής του υγειονομικού προσωπικού, δηλαδή αμοιβή κατά πράξη, μηνιαία σταθερή αμοιβή, αμοιβή για την προσφορά υπηρεσιών σ' ένα σύνολο πληθυσμού κ.τ.λ., επηρεάζουν την τιμή των υπηρεσιών υγείας (Πετμεζίδου, κ.α., 2015).

Εκτός από τους μελετητές αυτούς, μια σειρά ερευνητών ασχολήθηκε με τους οικονομικούς και κοινωνικούς στόχους λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων

(Newhotice, Jakobs 1974, Feldstein 1974, Υφαντόπουλος, 1988). Διερευνήθηκε, δηλαδή, κατά πόσον το νοσοκομείο ως οικονομική μονάδα αποβλέπει στη μεγιστοποίηση του κέρδους, τη μεγιστοποίησή των νοσοκομειακών υπηρεσιών, τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας κ.τ.λ.

Πίνακας 2: Δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα υγείας

ΙΔΙΩΤΙΚΟ	vs	ΔΗΜΟΣΙΟ
Προνόμιο ελεύθερης επιλογής		Δικαίωμα ισότιμης πρόσβασης στην υγεία
Προσωπική ευθύνη για πρόαψη υγείας		Κρατική διασφάλιση παροχών προς πολίτες
Συνθήκες έντονου ανταγωνισμού		Περιορισμένος ανταγωνισμός
Περιορισμένη κρατική παρέμβαση		Έντονη κρατική παρέμβαση
Συντελεστές παραγωγής σε ιδιώτες		Συντελεστές παραγωγής σε κράτος και ταμεία
Άμεσες-ιδιωτικές δαπάνες		Γενική φορολογία & Ασφαλιστικές εισφορές
		
Άμεση οικονομική συμμετοχή		Ανάπτυξη γραφειοκρατίας
Εξάρτηση κάλυψης αναγκών από οικονομική δυνατότητα		Απουσία εξειδίκευσης σε διαίκηση μονάδων υγείας
Αναπαραγωγή διευρυμένων ανισοτήτων		Επαγγελματική χαλαρότητα ιατρικού προσωπικού
«Σύστημα πολλών ταχυτήτων»		Λίστα αναμονής
Εξασφάλιση καθολικής και πλήρους προστασίας του πληθυσμού;		Αντιμετώπιση δυσκαμψιών με εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού;

Πηγή: Μωυσίδου, 2011

2.3. Φτώχεια και υγεία

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας, σε πλήθος ερευνών για την κοινωνική επιδημιολογία και τα οικονομικά της υγείας αποδεικνύεται ότι η ανεργία και το ανεπαρκές εισόδημα οδηγούν σε φτώχεια και αποστέρηση (Μόσιαλος, 2003).

Η φτώχεια όμως είναι άμεσα συνυφασμένη με την κοινωνική ευπάθεια και τη σωματική αδυναμία, την κακή διατροφή, τις κακές συνθήκες διαβίωσης, την περιορισμένη ανάπαυση, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, αλλά, κυρίως, με την κακή κατάσταση της υγείας του ατόμου (socialpolicy.gr).

Έτσι, η φτώχεια, σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στα τέλη του 18ου και 19ου αιώνα, δεν είναι μόνο οικονομική, αλλά κυρίως κοινωνική και υγειονομική. Συνδέεται με την ανεργία, την ασθένεια, τον αναλφαβητισμό, τα οικονομικά προβλήματα, τις αδυναμίες και τη μειωμένη συμμετοχή στα κοινά. Ωστόσο, η γενικότερη φτώχεια και η οικονομική ανεπάρκεια σχετίζονται άμεσα με την κακή υγεία. Επίσης, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η πείνα και ο υποσιτισμός είναι οι μείζονες απειλές για τη δημόσια υγεία του κόσμου και ο υποσιτισμός είναι μακράν ο μεγαλύτερος παράγοντας παιδικής θνησιμότητας, ο οποίος εμφανίζεται στα μισά από όλα τα περιστατικά (Καραμεσίνη, 2004).

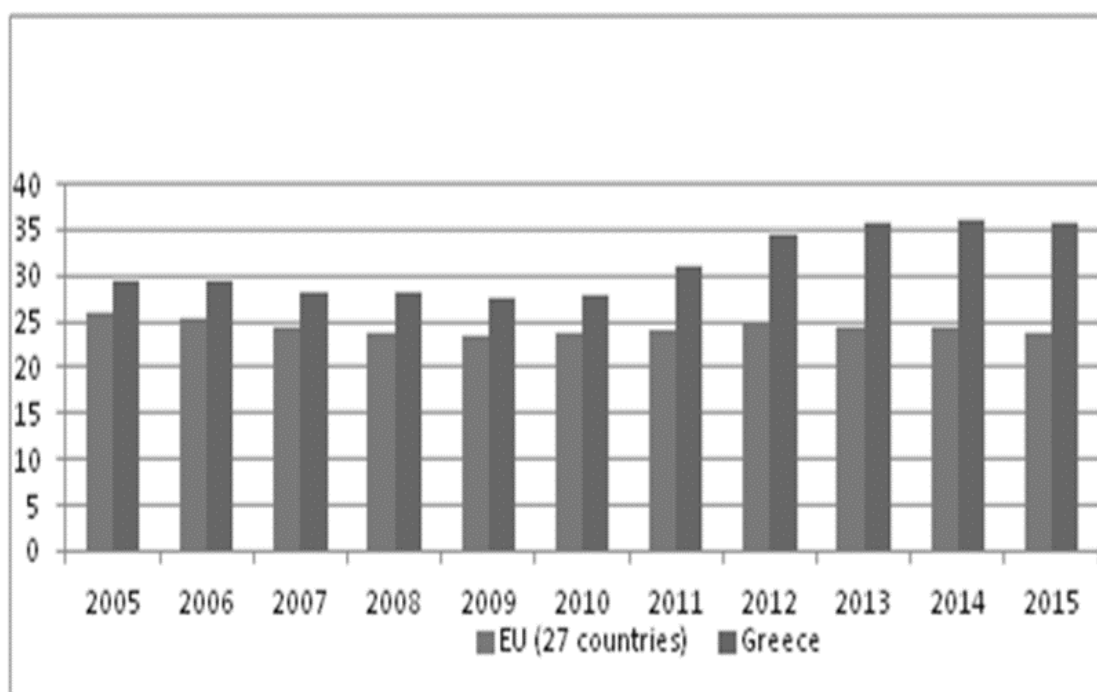
Οι οικονομικές διαστάσεις της φτώχειας έχουν συζητηθεί ευρύτατα στη διεθνή βιβλιογραφία, όμως περιορισμένες είναι οι αναλύσεις για τις μη οικονομικές διαστάσεις. Καθώς η έννοια της φτώχειας δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με οικονομικά κριτήρια, έτσι και η έννοια της υγείας δεν ορίζεται μόνο με υγειονομικά κριτήρια. Η σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας είναι δύσκολο να οριοθετηθεί, γιατί πρόωρο θάνατο ή χαμηλό επίπεδο υγείας εμφανίζουν τόσο οι πλούσιοι, εξαιτίας των ασθενειών της «ευημερίας», όσο και οι φτωχοί, εξαιτίας των ασθενειών της «ένδειας». Επομένως, η διερεύνηση της σχέσης αυτής απαιτεί μια περισσότερο κοινωνικοεπιδημιολογική προσέγγιση, κατά την οποία θα αναλύονται οι αιτίες θανάτων και νόσων ανά κοινωνικοεπαγγελματική κατηγορία, και μια καθαυτό προσέγγιση λιγότερο οικονομική (Ανδριοπούλου & Τσακλόγλου, 2010).

Σε πολιτικό επίπεδο ορισμένες κυβερνήσεις, όπως αυτή των Συντηρητικών στη Μ. Βρετανία το 1980, δήλωσαν ότι δεν προτίθενται να λάβουν οποιαδήποτε μέτρα για τη μείωση των ανοσοιοτήτων υγείας, ενώ άλλες προσπάθησαν, με την

αναδιανομή των πόρων υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, να δώσουν περισσότερες ευκαιρίες στους φτωχούς για την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η διεθνής εμπειρία πάλι απέδειξε ότι η μεγαλύτερη κατανάλωση των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών επιτυγχάνεται από τα μεσαία και τα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια, τα οποία είναι καλύτερα πληροφορημένα για τον τρόπο και τις προϋποθέσεις πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές. Οι φτωχοί, εξαιτίας άγνοιας, δειλίας ή άλλων περιορισμών, δεν έχουν την ίδια με τους ευπορότερους πρόσβαση (Ανδριοπούλου & Τσακλόγλου, 2010).

Την τελευταία δεκαετία, η οικονομική κρίση που έχει πλήξει τόσο τη χώρα μας όσο και την Ευρωζώνη, οδήγησαν στην ανάγκη για αναθεώρηση και κριτική αξιολόγηση της διανεμητικής πολιτικής που υιοθετείται από το κράτος πρόνοιας. Διάφορες μελέτες εκπονήθηκαν σε διεθνές επίπεδο για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας των φτωχών και τα συμπεράσματά τους ήταν αποκαλυπτικά.

Γράφημα 1: Δείκτης κινδύνου φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδας (ποσοστά επί του συνολικού πληθυσμού 2003-2015)



Πηγή: <http://ec.europa.eu>

Τέλος, είναι σημαντικό να παρέχονται οι υπηρεσίες αναλογικά με τις ανάγκες και όχι με βάση την δυνατότητα πληρωμής. Αυτό απαιτεί μια φόρμουλα χρηματοδότησης

του συστήματος υγείας, το οποίο να διασφαλίζει ανά πάσα στιγμή και ώρα την επιδότηση των ομάδων υψηλού κινδύνου σε σχέση με τις ομάδες χαμηλότερου κινδύνου. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην έκθεση της ΕΕ *η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση* (2011), «Χρειάζεται δράση επί των κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την υγεία των πολιτών σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, σε ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές σφαίρες και για να προστατευτούν οι μελλοντικές γενιές» ενώ η πρόκληση είναι «πώς θα χρησιμοποιηθούν τα διάφορα εργαλεία πολιτικής με σκοπό την οικοδόμηση αποτελεσματικών συνασπισμών για δράσεις που εμπλέκουν την κυβέρνηση και την κοινωνία».

«Ο υγειονομικός τομέας μπορεί να συμβάλει και στην επίτευξη των στόχων της μείωσης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού αφενός μέσω της βελτίωσης της πρόσβασης (σε φυσικούς και οικονομικούς όρους) και της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες των ατόμων που βιώνουν τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, αφετέρου, δημιουργώντας ευκαιρίες για τα άτομα αυτά να εισέλθουν στην αγορά εργασίας (IOBE, 2011).

2.4. Η μετάβαση από τη δημόσια υγεία στην ιδιωτική υγεία

Τα δημόσια συστήματα υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρία κυρίως υποδείγματα (Υφαντόπουλος 2006):

α) Τα «ολοκληρωμένα (integrated) συστήματα», τα οποία χαρακτηρίζονται από την κρατική χρηματοδότηση, την κάθετη ιεραρχική δομή οργάνωσης και διοίκησης, το διοικητικό μηχανισμό μεταφοράς και κατανομής των πόρων, το δημόσιο χαρακτήρα των μονάδων υγείας και την αμοιβή των επαγγελματιών υγείας με μισθό (π.χ. Βρετανία),

β) Τα «συμβολαιακά (contractual) συστήματα», με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις (π.χ. Γερμανία) και

γ) Τα «συστήματα αποζημίωσης» (reimbursement), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιου ασφαλιστικού φορέα, ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (π.χ. Γαλλία).

Από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα εννέα (Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Φινλανδία και Σουηδία) έχουν αναπτύξει κυρίως ολοκληρωμένα συστήματα υγείας τύπου Beveridge, με χρηματοδότηση από τη φορολογία και δημόσιου προμηθευτές υπηρεσιών (Υφαντόπουλος 2006).

Τα υπόλοιπα έξι κράτη στηρίζονται σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark, (με την ιδιαιτερότητα της Ολλανδίας, όπου η χρηματοδότηση γίνεται τόσο από την κοινωνική όσο και την ιδιωτική ασφάλιση), με κύρια πηγή χρηματοδότησης τις ασφαλιστικές εισφορές και προσφορά υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές. Από τις χώρες αυτές, το Βέλγιο, η Γαλλία και το Λουξεμβούργο έχουν υιοθετήσει το πρότυπο της αποζημίωσης, ενώ η Αυστρία, η Γερμανία και η Ολλανδία το συμβολαιακό πρότυπο (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετώπισαν και αντιμετωπίζουν δομικά προβλήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση, την παροχή και την απόδοση των υπηρεσιών υγείας. Οι δυσκολίες αυτές προκαλούνται τόσο από εξωτερικές (αλλαγές σε κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο τομέας της φροντίδας υγείας λειτουργεί) όσο και εσωτερικές (παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας) προς τον υγειονομικό τομέα εξελίξεις (IOBE, 2011).

Το μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό πρότυπο, με τη διόγκωση των χρόνιων και καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου και των εξωτερικών αιτιών, η γήρανση του πληθυσμού, η διαθεσιμότητα των νέων θεραπευτικών τεχνολογιών και οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με την παροχή υψηλής ποιότητας και περισσότερο προσανατολισμένων προς τον ασθενή υπηρεσιών, οι ταχείς ρυθμοί της διεθνούς οικονομικής ολοκλήρωσης, η παγκοσμιοποίηση, οι δυσκολίες στη μακροοικονομική απόδοση των ευρωπαϊκών χωρών και οι πολιτικές και ιδεολογικές μετατοπίσεις, συνέβαλαν στην αύξηση της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των δαπανών υγείας (IOBE, 2011).

Επιπλέον, τέθηκαν ζητήματα σχετικά με τις ανισότητες στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα των κλινικών διαδικασιών και της λειτουργίας των υγειονομικών ιδρυμάτων (Οικονόμου 2006).

Στα πλαίσια αυτά επιχειρήθηκαν εκτεταμένες αλλαγές, οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ως η «τρίτη γενιά» των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στον 20ό αιώνα. Επιπροσθέτως, η συχνότητα αυτών των αλλαγών οδήγησε ορισμένους, χρησιμοποιώντας την ιατρική ορολογία, να μιλήσουν για την εμφάνιση μιας «επιδημίας» μεταρρυθμίσεων, με χαρακτηριστικά αντίστοιχα των χρόνιων παθήσεων (IOBE, 2011).

Επιδίωξη των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων κατά τη δεκαετία του '80 ήταν η επίτευξη της αποτελεσματικότητας, της μακρο-αποδοτικότητας και της συγκράτησής του κόστους, ενώ η μικρο-αποδοτικότητα, η ποιότητα και η ενδυνάμωση της δυνατότητας επιλογής από τους ασθενείς αποτέλεσαν ορόσημο κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90.

Ο διευθυνόμενος ανταγωνισμός και οι οιοινεί ή εσωτερικές αγορές αποτελούν εναλλακτικούς όρους εννοιολογικής μετατόπισής από τα ολοκληρωμένα δημόσια συστήματα υγείας προς τα συμβολαιακά πρότυπα. Ο στόχος ήταν η αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων, με συνδυασμό των αξιών του κοινωνικού κράτους με τις αρετές του ιδιωτικού τομέα. Το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτής της στρατηγικής ήταν η διάκριση αγοραστών και προμηθευτών και ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών για την προσέλκυση κεφαλαίων μέσω συμβάσεων. Οι συμβάσεις θεωρήθηκαν τα μέσα για την επίτευξη καλύτερης απόδοσης των προμηθευτών, διοικητικής και διαχειριστικής αποκέντρωσης, καλύτερου προγραμματισμού της ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης και περιφερειακής αποκέντρωσης της κατανομής των πόρων (Μαζαράκη, 2012).

Οι ευρωπαϊκές χώρες θέσπισαν επίσης μέτρα συγκράτησής του κόστους, είτε στην πλευρά της προσφοράς είτε στην πλευρά της ζήτησης, προκειμένου να ελεγχθούν οι δαπάνες υγείας. Τα μέτρα στην πλευρά της ζήτησης σκοπεύουν να μετατοπίσουν την επιβάρυνση των δαπανών υγείας προς τους ασθενείς προκειμένου να μειωθεί η ζήτηση και περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών με τη μορφή εκπιπτουσών δαπανών, συμπληρωμών, συνασφάλισή, αποχής κινήτρων για περιορισμένη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και εθελούσια έξοδο από το θεσμοθετημένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και εφαρμογής μέτρων περιορισμού και προτεραιότητας στην πρόσβαση συγκεκριμένων θεραπειών και υπηρεσιών (Μαζαράκη, 2012).

Αφ' ετέρου, τα μέτρα στην πλευρά της πρόνοιας επιχειρούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών και αναφέρονται στην εισαγωγή προοπτικών μεθόδων πληρωμής, όπως οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες για τα νοσοκομεία, στον έλεγχο της ιατρικής δημογραφίας και των αμοιβών του ανθρώπινου δυναμικού, στον περιορισμό των κλινών, στην υποκατάσταση υπηρεσιών, στη ρύθμιση της χρήσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας, στον έλεγχο της χρήσης των πόρων που διαχειρίζονται οι γιατροί μέσω συστημάτων πληρωμής που βασίζονται στην απόδοση, όπως η διαχείριση προϋπολογισμών από τους γενικούς γιατρούς και η θέσπιση συστημάτων παραπομπής (ekdd.gr).

Οι ερευνητικές προσπάθειες για την αξιολόγηση της εισαγωγής του διευθυνόμενου ανταγωνισμού στο δημόσιο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έθεσαν σοβαρά ερωτήματα για τα αποτελέσματα των μέτρων που εφαρμόστηκαν ως

προς την οργανωτική και διαχειριστική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι δυνάμεις της αγοράς αύξησαν την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα. Αντίθετα, ένα βαρύ γραφειοκρατικό φορτίο στο σύστημα υγείας φαίνεται να έχει επιβληθεί και το κόστος συνδιαλλαγής που προέρχεται από την ανάγκη λεπτομερούς ελέγχου όλων των διαδικασιών σύναψης και εκτέλεσης των συμβολαίων μεταξύ των αγοραστών και των προμηθευτών, καθώς και άλλες διαχειριστικές δαπάνες αυξήθηκαν. Επιπλέον, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η διάκριση αγοραστή και προμηθευτή οδήγησε σε μια μεγαλύτερη έμφαση στη δημόσια υγεία ή οδήγησε στη δίκαιη κατανομή του οφέλους υγείας. Εμφανίστηκαν επίσης διάφορα τεχνικά προβλήματα, όπως οι ανεπάρκειες στα συστήματα πληροφοριών (ekdd.gr).

Σε αυτό το πλαίσιο, το νέο ζήτημα που προέκυψε στην ημερήσια διάταξη της πολιτικής υγείας ήταν η διάκριση αγοραστών και προμηθευτών όχι ως μέσο εισαγωγής στοιχείων αγοράς στο δημόσιο τομέα της υγείας, αλλά ως μέτρο ενίσχυσης της υπευθυνότητας των προμηθευτών προς τους αγοραστές σε σχέση με τη χρήση των πόρων. Κατά συνέπεια, η τεκμηριωμένη ιατρική και η κλινική διακυβέρνηση προέκυψαν ως κυρίαρχο θέμα των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στα τέλη της δεκαετίας του '90. Ο στόχος είναι να βελτιωθούν η διαδικασία και η ποιότητα των υπηρεσιών προκειμένου να επιτευχθεί η αποδοτική κλινική απόδοση στο μικρο-επίπεδο των ιδρυμάτων υγείας. Η έμφαση στην κλινική απόδοση συνδέεται με τις εκτιμήσεις για τη διαχειριστική απόδοση στις μονάδες υγείας μέσω του διορισμού διευθυντών, την ανάπτυξη των συστημάτων πληροφοριών και των δεικτών απόδοσης (Σταυρόπουλος, 2009).

Μια άλλη επιδίωξη των μεταρρυθμίσεων στην Ευρώπη είναι η ενίσχυση του ρόλου των ασθενών και του προσανατολισμού των υγειονομικών υπηρεσιών προς τον καταναλωτή. Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η προσφορά στους ασθενείς μεγαλύτερη επιλογή και συμμετοχή στον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων υγειονομικής πολιτικής, στη λήψη αποφάσεων και την αξιολόγηση, είναι μερικά από τα υπό διερεύνηση ζητήματα (Οικονόμου, 2012).

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2006), οι ατέλειες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας δε δύναται να διορθωθούν με την ενίσχυση των μηχανισμών της αγοράς ή με τη μείωση της κρατικής παρέμβασης. Η νέα στρατηγική για την υγεία θα πρέπει να εμπεριέχει «τις κατευθύνσεις τις οποίες χαράσσει η διεθνής κοινότητα, όπως αυτές εκφράζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, και εκ παραλλήλου να

ενσωματώνει δημιουργικά και κριτικά τεχνικές και μεθόδους της σύγχρονης διεθνούς εμπειρίας για τις πολιτικές υγείας και κυρίως να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές ανάγκες».

Η δημιουργία ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος υγείας, το οποίο θα σύγκλινε μεταξύ των κρατών μελών στην εισαγωγή οιονεί αγορών θα στόχευε, στον έλεγχο του κόστους, στη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας και στην καθολική κάλυψη του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Για την επαρκή και ικανοποιητική όμως λειτουργία των «οιονεί αγορών» είναι αναγκαίο να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις, όπως η απομάκρυνση των περιορισμών της κεντρικής διοίκησης και η ενίσχυση των κινήτρων για ποιοτικό ανταγωνισμό (Παρασκευόπουλος, 2008).

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (2008), για την αντιμετώπιση των αδυναμιών του μοντέλου των «οιονεί αγορών» αποτελεσματικός θα ήταν «ο συνδυασμός του με άλλα υποδείγματα παροχής δημοσίων υπηρεσιών (όπως π.χ. «εντολών και ελέγχου»), η δημιουργία δομών οργανωμένης πληροφόρησης για τους χρήστες (π.χ. από ανεξάρτητες οργανώσεις ειδικών), καθώς και η παράλληλη υιοθέτηση κατάλληλων πολιτικών που να στοχεύουν στην αναδιανομή, την κοινωνική συνοχή και την ισότητα».

2.5. Συστήματα υγείας στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Τα κράτη της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης είχαν εγκαθιδρύσει μεταπολεμικά συστήματα υγείας, τα οποία, με βάση την ταξινόμηση που προηγήθηκε, θα μπορούσαν να καταταχθούν στα «ολοκληρωμένα συστήματα» υγείας τύπου Semashko (Υφαντόπουλος, 2006).

Εξαιρέση αποτελεί η Σλοβενία, της οποίας, ως τμήμα της πρώην Γιουγκοσλαβίας, το σύστημα υγείας στηριζόταν στα αυτοδιαχειριζόμενα Ταμεία των εργαζομένων. Η Τουρκία έχει υιοθετήσει σύστημα υγείας που πλησιάζει περισσότερο το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, η Μάλτα το ολοκληρωμένο μοντέλο, ενώ η Κύπρος στηρίζεται σε ένα μίγμα δομών χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας, χωρίς να έχει αναπτύξει μέχρι σήμερα ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ή ένα εθνικό σύστημα υγείας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του υποδείγματος Semashko ήταν το κρατικό μονοπώλιο στην ιδιοκτησία, τη χρηματοδότηση, τη λειτουργία, την παροχή, τη ρύθμιση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Η κατανομή των πόρων και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών γίνονταν σύμφωνα με τις προτεραιότητες τις οποίες έθεταν τα κρατικά αναπτυξιακά προγράμματα. Οι βασικές αδυναμίες του μοντέλου αυτού εντοπιζόνταν στον εκτεταμένο συγκεντρωτισμό του συστήματος, τη διόγκωση της γραφειοκρατίας, την απουσία δικαιώματος επιλογής των προμηθευτών από τους πολίτες, την ανεπαρκή χρηματοδότηση, τις χαμηλές αμοιβές και την απουσία κινήτρων από τους επαγγελματίες υγείας και την ακατάλληλη σύνθεση και κατανομή των υλικών, οικονομικών και ανθρώπινων πόρων (υπερπροσφορά ανθρώπινου δυναμικού και κτιριακών εγκαταστάσεων σε συνδυασμό με ανεπαρκείς οικονομικούς πόρους χρηματοδότησης και ελλιπή τεχνολογικό εξοπλισμό). Το αποτέλεσμα ήταν να τίθενται επιτακτικά ζητήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ποιότητας, ισότητας και μη προσαρμογής των δομών στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2006).

Με την κατάρρευση του προηγούμενου πολιτικού καθεστώτος στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης επιχειρήθηκαν μια σειρά μεταρρυθμίσεων στην οργάνωση, χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών έπρεπε να αντιμετωπίσουν τόσο τις προκλήσεις του νέου εξωτερικού περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργούσαν όσο και τις πιέσεις οι οποίες

προέρχονταν από την εσωτερική τους δομή. Οι νέες αξίες, στάσεις και αντιλήψεις για την υγεία ως αποτέλεσμα της πολιτικής αλλαγής, η οικονομική και δημοσιονομική στενότητα και τα προβλήματα της οικονομικής αναδόμησης, το μεταβατικό επιδημιολογικό και νοσολογικό πρότυπο, κατά το οποίο οι λοιμώδεις ασθένειες συνυπάρχουν με τις ασθένειες του σύγχρονου πολιτισμού, και οι αυξημένες προσδοκίες των πολιτών προσδιόρισαν το γενικότερο πλαίσιο των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων.

Επιπροσθέτου, οι δομικές, οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ανεπάρκειες των συστημάτων υγείας στις παραπάνω χώρες έθεσαν, όπως προαναφέρθηκε, ζητήματα όπως η αποδοτική διαχείριση των πόρων, η αποτελεσματικότητα των κλινικών διαδικασιών, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (Οικονόμου, 2012).

Οι τομείς στους οποίους επικεντρώθηκαν οι μεταρρυθμίσεις στις παραπάνω χώρες αφορούσαν στην οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών, τη χρηματοδότηση του συστήματος και τις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών. Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα της οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας επιχειρήθηκαν, πρώτον, η διοικητική αποκέντρωση και η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο και, δεύτερον, η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με τη μείωση των νοσοκομειακών κλινών, την ενδυνάμωση του ρόλου του γενικού οικογενειακού γιατρού, τη δυνατότητα επιλογής γιατρού από τους χρήστες και την εφαρμογή συστήματος παραπομπής. Η διεύρυνση των πηγών χρηματοδότησής του υγειονομικού τομέα περιελάμβανε την εισαγωγή ή την ενδυνάμωση του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης, τη δυνατότητα σύναψης επικουρικής και ιδιωτικής ασφάλισης και την αύξηση των ιδιωτικών άμεσων πληρωμών (Οικονόμου, 2012).

Επιπλέον, σε μερικές χώρες επιχειρείται η διάκριση μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και των τρίτων πληρωτών-ασφαλιστών και η σύναψη συμβολαίων μεταξύ τους. Τέλος, έγινε προσπάθεια εισαγωγής νέων μεθόδων αποζημίωσης με βάση την απόδοση τόσο των γιατρών, όπως η κατά κεφαλήν αμοιβή με βάση τον αριθμό εγγεγραμμένων στον κατάλογο του γιατρού και η κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή, όσο και των νοσοκομείων, με την εισαγωγή της μεθόδου του προοπτικού σφαιρικού προϋπολογισμού και των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών (Οικονόμου, 2004).

Τα μέτρα αυτά σε μεγάλο βαθμό εμφανίζουν ομοιότητες και αντλούν τη νομιμοποίησή τους από ανάλογες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έλαβαν χώρα στη Δυτική Ευρώπη και αναφέρθηκαν παραπάνω. Το γεγονός αυτό πιθανά υποδηλώνει ότι σε μεγάλο βαθμό τα δυτικοευρωπαϊκά κράτη δεν λειτούργησαν για τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης ως «παραδείγματα» των δυνατών επιλογών και αφομοίωσης των μέτρων εκείνων τα οποία θα μπορούσαν να προσαρμοστούν πιο αποτελεσματικά στις δομές τους. Αντίθετα, έπαιξαν το ρόλο του «προτύπου» με την έννοια της άκριτης εισαγωγής στοιχείων, τα οποία όμως εντείνουν τον προβληματισμό (Οικονόμου, 2004).

Βέβαια, όπως επισημαίνουν ερευνητές, δεν θα πρέπει να παραλείπονται οι περιορισμοί που τίθενται από την ιστορική εμπειρία. Τα περισσότερα από τα κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης πριν την επιβολή του κομμουνιστικού καθεστώτος είχαν υιοθετήσει συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Συνεπώς υπήρχε το ιστορικό προηγούμενο. Από την άλλη μεριά, οι αδυναμίες του μοντέλου Semashko δημιούργησαν επιφυλάξεις στην πιθανότητα υιοθέτησης και πάλι ενός κρατικά διευθυνόμενου, ολοκληρωμένου συστήματος υγείας τύπου Beveridge, το οποίο είχε κοινά στοιχεία με το πρότυπο Semashko (Οικονόμου, 2004).

Έτσι, τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας της Δυτικής Ευρώπης λειτούργησαν ως θετικά σημεία αναφοράς, χωρίς ωστόσο να ληφθούν υπόψη δύο παράμετροι:

(α) Το δυσμενές οικονομικό περιβάλλον των πρώην σοσιαλιστικών χωρών, που επηρεάζει τη λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης και

(β) τα προβλήματα που ούτε οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχουν καταφέρει να λύσουν, όπως για παράδειγμα ο προσδιορισμός της δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων με βάση το παραγόμενο προϊόν (Οικονόμου, 2004).

Στα πλαίσια αυτά, έχουν εκφραστεί σοβαρές επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητα των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων. Για παράδειγμα, η υπερβολική έμφαση στο ζήτημα της αποδοτικής διαχείρισης των πόρων και της διεύρυνσή των πηγών χρηματοδότησή έθεσε σε δεύτερη μοίρα το σημαντικό πρόβλημα της ισότητας στην πρόσβαση και βελτίωση του επιπέδου υγείας, στόχοι οι οποίοι θα έπρεπε να είναι πρωταρχικοί σε κάθε επιχειρούμενη υγειονομική μεταρρύθμιση. Η μετάβαση σε σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εγείρει ερωτήματα,

τη στιγμή που δεν πληρούνται βασικές προϋποθέσεις, όπως καλή κατάσταση της οικονομίας, επαρκές επίπεδο μισθών για την καταβολή εισφορών και ισχυρή κυβέρνηση για την άσκηση ρυθμιστικού ελέγχου. Ταυτόχρονα είναι δυνατό να έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στο κόστος του ίδιου του συστήματος της υγείας αφού είναι πιο δύσκολο να εφαρμοστούν τεχνικές ελέγχου του κόστους σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης σε σχέση με ένα κρατικά χρηματοδοτούμενο σύστημα όσο και στην έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης εάν δεν μπορεί να ελεγχθεί το ύψος των άμεσων ιδιωτικών καταβολών (Οικονόμου, 2004).

Η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και η διεύρυνση του ρόλου των ιδιωτικών πληρωμών, είτε με τη μορφή ιδιωτικής ασφάλισης, είτε με τη μορφή συνασφάλισης, συμπληρωμών ή άμεσων καταβολών, αναιρούν το κριτήριο της ισότητας, δεδομένης και της υψηλής παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα των χωρών αυτών, και είναι δυνατό να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, παρά την ύπαρξη αναγκών (ekdd.gr).

Η μέθοδος της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση οδηγεί σε προκλητή ζήτηση και στην έμφαση σε θεραπευτικές αντί προληπτικές υπηρεσίες. Η σύναψη συμβολαίων μπορεί να καταστεί προβληματική σε χώρες με υποδομές οι οποίες δεν μπορούν να εγγυηθούν επάρκεια πληροφοριών, άσκηση ρυθμιστικού ελέγχου της συμπεριφοράς προμηθευτών και αγοραστών, σχετικά χαμηλό κόστος συνδιαλλαγής και επάρκεια χρηματοδότησης (Οικονόμου, 2004).

Τέλος, επιφυλάξεις εκφράζονται και σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών πληρωμής των νοσοκομείων και τον κατάλληλο σχεδιασμό και υιοθέτηση μεθόδων αποζημίωσης που βασίζονται στην απόδοση, σε συνθήκες αδυναμίας ελέγχου των νοσοκομειακών ελλειμμάτων και υψηλής παραοικονομίας.

Αποτιμώντας τις επιπτώσεις από τη δεκαετή εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, μελετητές επισημαίνουν το σκεπτικισμό τους ως προς την αποτελεσματικότητα των επιχειρούμενων αλλαγών σε τομείς όπως η χρηματοδότηση, η συνέχεια της παροχής και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Το μείζον ζήτημα που αναδεικνύεται είναι ότι η μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες δεν είναι ένα «τεχνικό θέμα» αύξησης της αποδοτικότητας, αλλά ένα ζήτημα πολιτικής απόφασης και επιλογής κατευθυντήριων αρχών, στα πλαίσια της ευρύτερης

ιστορικής διαδικασίας μετασχηματισμού του οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Οικονόμου, 2004).

Αναφορικά με το ελληνικό σύστημα υγείας, χαρακτηρίζεται ως μεικτό αποτελώντας συνδυασμό των μοντέλων τύπου Beveridge και Bismark, καθώς τόσο η χρηματοδότηση όσο και η παροχή παρουσιάζουν στοιχεία και των δύο υποδειγμάτων. Κύρια χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι η κατά 60% χρηματοδότηση του μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και της κοινωνικής ασφάλισης και η κατά 40% χρηματοδότηση του μέσω ιδιωτικών πόρων (Οικονόμου, 2004).

Τα κρατικά συστήματα τύπου Beveridge πλεονεκτούν ως προς την ισότιμη και καθολική κάλυψη, την ύπαρξη κεντρικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, τον έλεγχο των δαπανών, την έμφαση στη δημόσια υγεία και πρόληψη. Στα μειονεκτήματά τους περιλαμβάνονται η ανάπτυξη γραφειοκρατίας, η ανεπαρκής διαχείριση, η χαμηλή παραγωγικότητα, η ύπαρξη παραοικονομίας, η υποβάθμιση της σχέσης ασθενούς-ιατρού, η χαμηλή, σε αρκετές περιπτώσεις, ποιότητα υπηρεσιών. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης (Bismark) στηρίζονται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, που συνήθως συγκροτούνται με βάση ομοειδείς κοινωνικές-επαγγελματικές ομάδες του πληθυσμού. Τα ταμεία χρηματοδοτούν το σύστημα, μέσω εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων, και το σύστημα χαρακτηρίζεται από την υποχρεωτική ασφάλιση, και συνακόλουθα από τις αρχές της συλλογικότητας, της συναίνεσης και της αλληλεγγύης. Η σχετική αυτονομία των ασφαλιστικών ταμείων περιορίζει, σε κάποιο βαθμό, την κρατική παρέμβαση και διαφοροποιεί το εύρος των παροχών. Οι υπηρεσίες υγείας είναι κυρίως δημόσιες ή ιδιωτικές, κερδοσκοπικές και μη και οι γιατροί ελεύθεροι επαγγελματίες (Τούντας, 2008).

Τα τελευταία χρόνια, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας τείνουν προς ενδιάμεσες μορφές συστημάτων μεικτής οργάνωσης. Ο δημόσιος τομέας, είτε ως εθνικό σύστημα είτε ως κοινωνική ασφάλιση, συνυπάρχει με τον ιδιωτικό, ενώ όλο και περισσότερο αναπτύσσονται ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές ιατρικές υπηρεσίες. Η συνύπαρξη αυτή οδηγεί στην ταυτόχρονη παρουσία των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων και των δυο κατηγοριών. Σε χώρες όπου έχει εφαρμοστεί με επιτυχία η σύζευξη των διαφορετικών μορφών, όπως η Μεγ. Βρετανία και οι Σκανδιναβικές χώρες, επικρατούν τα πλεονεκτήματα. Αντίθετα, σε

περιπτώσεις λιγότερο πετυχημένης εφαρμογής, όπως αυτή της Ελλάδας, όπου συνυπάρχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας με την κοινωνική ασφάλιση και τον ιδιωτικό τομέα, τα μειονεκτήματα είναι πιο εμφανή από τα πλεονεκτήματα (Τούντας, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Πληθυσμιακή πολιτική και ανάπτυξη

Στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έλαβε χώρα μια εντυπωσιακή αύξηση του πληθυσμού (Οικονόμου, 2009).

Από 278 εκατομμύρια το 1960 έφτασε τα 379 εκατομμύρια άτομα το 2003. Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού μεταξύ των χωρών κυμαίνεται από 1,4 της Γερμανίας μέχρι 12,2 της Ιρλανδίας. Η Ελλάδα κατέχει μία σχετικά χαμηλή θέση μεταξύ των κρατών με ρυθμό αύξησης ίσο προς 2,8. Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού παρουσιάζει μεγάλη μεταβλητότητα, που αποδίδεται στις διαφορετικές δημογραφικές και οικονομικές πολιτικές που υιοθετήθηκαν από τις ευρωπαϊκές χώρες. Οι παράγοντες που καθορίζουν την τάση της φυσικής ανάπτυξης του πληθυσμού μιας χώρας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες και ορίζονται από το επιδημιολογικό φάσμα της θνησιμότητας (αριθμός θανάτων), τις προτιμήσεις για τον αριθμό των τέκνων (γεννητικότητα) και τα μεταναστευτικά ρεύματα (Οικονόμου, 2009).

Η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια σύνθετων οργανώσεων, οι οποίες λειτουργούν μέσα σε ένα περίπλοκο, συνεχώς μεταβαλλόμενο και απρόβλεπτο κοινωνικό, οικονομικό, νομικό, τεχνολογικό, πολιτικό, πολιτισμικό, οικολογικό και επιδημιολογικό περιβάλλον (IOBE, 2011).

Σχεδόν μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα, κύριο μέλημα της υγειονομικής πολιτικής ήταν η μείωση της θνησιμότητας και η αντιμετώπιση της ασθένειας των παιδιών και των νέων. Σήμερα όμως, στις ανεπτυγμένες χώρες, η βελτίωση της υγείας αποτελεί έναν πολύπλοκο συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτιστικών διαδικασιών, ενώ η υγεία του πληθυσμού μπορεί να μελετηθεί με διάφορους δείκτες, όπως είναι οι δείκτες αναπαραγωγικότητας, νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και με θετικούς δείκτες, όπως είναι οι σωματομετρικοί, οι νοομετρικοί κ.λπ. (Κώτση, 2008).

Σε κάθε προσπάθεια για τη μέτρηση της υγείας του πληθυσμού πρέπει να συνεκτιμηθούν οι δυνάμεις ανανέωσης του πληθυσμού, που εκφράζονται με τους

δείκτες αναπαραγωγικότητας. Τα στοιχεία για την αναπαραγωγικότητα, όπως και για τη θνησιμότητα, θεωρούνται σχετικά αξιόπιστα, γιατί βασίζονται στις ληξιαρχικές καταγραφές και στα αποτελέσματα των Απογραφών Πληθυσμού (Κώτση, 2008).

«Η θνησιμότητα (η συχνότητα θανάτων στον πληθυσμό) είναι συνάρτηση του γινομένου της επίπτωσης (της συχνότητας της νόσου στον πληθυσμό) επί τη θνητότητα (αναλογία θανάτων μεταξύ αυτών που αρρώστησαν). Οι διακυμάνσεις της θνησιμότητας υπαγορεύονται, συνήθως, περισσότερο από διακυμάνσεις της επίπτωσης παρά από διακυμάνσεις της θνητότητας. Οι δείκτες θνησιμότητας αντικατοπτρίζουν τις νοσολογικές διαφοροποιήσεις καλύτερα όταν τα νοσήματα έχουν υψηλή θνητότητα (π.χ. καρκίνος του πνεύμονα) παρά όταν είναι καλής πρόγνωσης (π.χ. πεπτικό έλκος). Νοσήματα με μικρή θνητότητα αλλά με μεγάλη υγειονομική και κοινωνική σημασία (όπως ψυχώσεις, καρδιαγγειακά νοσήματα, αρθρίτιδες κ.λπ.) μπορούν να μελετηθούν μόνο με τη χρησιμοποίηση δεικτών νοσηρότητας (επίπτωσης και επιπολασμού), οι οποίοι (κύρια οι δείκτες επίπτωσης) εκφράζουν, εκτός από τη συχνότητα των νοσημάτων στον πληθυσμό, και την πιθανότητα προσβολής του πληθυσμού αυτού» (Κώτση, 2008).

3.2. Η σημασία της υγειονομικής μεταρρύθμισης

Οι βασικές συνιστώσες του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου, που σηματοδοτούν ταυτόχρονα τη νέα στρατηγική πολιτική στον τομέα της υγείας όσον αφορά τις προοπτικές του «Υγεία ΕΕ-2020», καθορίζουν την άμεση συνεργασία και αλληλεξάρτηση μεταξύ της φιλοσοφίας της ισότητας, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας (European Commission, 2010· OECD, 2010).

Η ισότητα αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί σημαντικό στόχο της οικονομικής και της κοινωνικής πολιτικής. Οι προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας που έγιναν μεταπολεμικά στην Ευρώπη, με στόχο τη διασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και στις υπηρεσίες υγείας, δεν κατάφεραν να φέρουν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα (E. van Doorslaer κ.ά., 2000· 2002· 2004· 2006· Γ. Υφαντόπουλος κ.ά., 2007· 2009).

Διαχρονικά, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στο οικονομικό, διοικητικό, οργανωτικό, θεσμικό και πολιτικό περιβάλλον, που παρεμπόδισαν την κοινωνική συνοχή και τη συγκλησιακή πορεία προς ένα κοινωνικά δίκαιότερο σύστημα υγείας (R. Wilkinson, 1992 1996). Πολλές χώρες παρουσίασαν ουσιαστικές

διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες κατά την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων με στόχο την ισότητα στην υγεία (Ch. Economou, 2010· Ch. Economou - C. Giorno, 2009).

Επίσης, παρατηρήθηκαν πολλές καθυστερήσεις και αναστολές στην εφαρμογή των νόμων και των θεσμικών κειμένων. Η οικονομική δυσπραγία, οι φθίνοντες ή/και αρνητικοί ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης, σε συνδυασμό με την έλλειψη προγραμματισμού, συνέβαλαν στην αναστολή των μεταρρυθμίσεων με στόχο την ισότητα.

Στη βιβλιογραφία για την πολιτική υγείας (OECD, 2005-2008· Γ. Υφαντόπουλος, 2008) έχει καταγραφεί και έχει επισημανθεί ότι η υλοποίηση των στόχων της υγειονομικής μεταρρύθμισης σχετικά με τη μείωση των ανισοτήτων σε μια χώρα καθορίζεται από ένα ευρύ φάσμα αλληλένδετων παραγόντων.

Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιους παράγοντες που αφορούν: 1) την ιστορικότητα των θεσμών, 2) τις κοινωνικές αξίες, όπως αυτές καθορίζονται από το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα, 3) τις μακροοικονομικές διακυμάνσεις, που καταγράφουν την οικονομική έξαρση (ανάπτυξη) καθώς και την οικονομική ύφεση, 4) το διοικητικό και οργανωτικό σύστημα, το οποίο αναλαμβάνει τη διοικητική μεταρρύθμιση, και 5) το πολιτικό σύστημα, που καθορίζει τόσο τις πολιτικές προτεραιότητες όσο και την «πολιτική βούληση και ιδεολογία» για την ισότητα στην υγεία (Τσιγκάνου, 2010). Η αναλυτική παρουσίαση των παραπάνω παραγόντων ξεφεύγει από τους στόχους της μελέτης αυτής. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια επίπονη διαδικασία, η οποία απαιτεί τη διατομεακή συνεργασία μεταξύ διαφόρων κλάδων και των υπουργείων Υγείας, Κοινωνικής Προστασίας και Οικονομικής Ανάπτυξης.

Η διατομεακή συνεργασία για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας έχει επισημανθεί πολλές φορές από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Ήδη από το 1948 στον καταστατικό χάρτη του επισημαίνεται η ικανοποίηση του δικαιώματος όλων στην υγεία. Στη Διεθνή Συνδιάσκεψη της Fez (Μαρόκο, 1980), ο ΠΟΥ εξειδίκευσε 38 στόχους πολιτικής υγείας, οι οποίοι έπρεπε να επιτευχθούν από τα κράτη-μέλη στο πλαίσιο της στρατηγικής «Υγεία για Όλους το 2000». Οριοθετώντας τους στόχους που πρέπει να επιδιώξουν τα κράτη-μέλη στην προοπτική του 2000, υποστηρίχθηκε ότι σε κάθε σύστημα υγείας ένας από τους

βασικούς κατευθυντήριους άξονες ανάπτυξης είναι και η ικανοποίηση της αρχής της ισότητας (Τσιγκάνου, 2010).

Ειδικότερα, υποστηρίχθηκε: «Ως το 2000 οι υπαρκτές διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ των χωρών και των πληθυσμών ομάδων κάθε χώρας πρέπει να μειωθούν τουλάχιστον κατά 25%». Επιπλέον, αναφέρθηκε: «Οι σημερινές ανισότητες στα επίπεδα υγείας μεταξύ φύλων, κοινωνικοοικονομικών ομάδων και χωρών θα μπορούσαν να μειωθούν εάν οι βασικές υπηρεσίες υγείας παρέχονταν σε όλους, αν οι σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής κίνδυνοι ελαττώνονταν, αν οι υγιεινές πλευρές ζωής και εργασίας βελτιώνονταν και αν η καλή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν προσιτή σε όλους. Όλοι οι στόχοι συνεισφέρουν σε αυτό» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2006).

Μία από τις θεμελιώδεις αρχές της κοινωνικής πολιτικής στο Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο (Γ. Υφαντόπουλος, 2008· 2009) αφορά τη διασφάλιση των ίσων δικαιωμάτων όλων των ανθρώπων στην υγεία. Η αρχή αυτή έχει δύο διαστάσεις για την Ευρώπη: α) την ισότητα μεταξύ των κρατών-μελών και β) την ισότητα μεταξύ των ατόμων μέσα στην ίδια χώρα. Οι αρχές της ισότητας, όπως παρουσιάζονται από τον ΠΟΥ, έχουν γενικό και ακαθόριστο χαρακτήρα. Αν και αναφέρεται η έννοια της ισότητας όσον αφορά τη υγεία του πληθυσμού, ωστόσο δεν καθορίζεται εάν αυτή σημαίνει: α) ίσες ευκαιρίες για υγεία, β) ισότητα κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, γ) ισότητα κατά την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, δ) ισότητα στις κοινωνικές παροχές, ε) γεωγραφική ισότητα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι αδύνατη η ταυτόχρονη τήρηση όλων των αρχών ισότητας. Αν επιδιωχθεί η τήρηση της αρχής της ισότητας ως προς την κατάσταση υγείας, σύμφωνα με την οποία συντελούνται μικρές διαφορές στους δείκτες επιπέδων υγείας μεταξύ χωρών, γεωγραφικών διαμερισμάτων, κοινωνικών τάξεων κτλ., τότε θα παρατηρηθεί διαφορετική κατανάλωση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα, δεδομένου ότι οι διαφορετικές θεραπείες, άρα και οι διαφορετικοί πόροι, πρέπει να χρησιμοποιηθούν για κάθε περίπτωση. Επομένως, για την πρόταση και εφαρμογή όποιας αρχής ισότητας πρέπει να εξετασθούν οι εναλλακτικές πολιτικές που θα την ικανοποιήσουν αποτελεσματικά και κλινικά αποδοτικά (Τσιγκάνου, 2010).

Επίσης, έπειτα από μια περίοδο σκεπτικισμού και διαλόγου, ο ΠΟΥ συγκρότησε ειδική Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστικούς Παράγοντες

της Υγείας (WHO/Commission on Social Determinants of Health). Η Επιτροπή αυτή, αφού συγκέντρωσε τα απαραίτητα δεδομένα στην Έκθεσή της τον Αύγουστο του 2008, κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι ανισότητες της υγείας, τόσο μεταξύ των κοινωνιών, όσο και μέσα σε αυτές τις κοινωνίες, είναι αδιαμφισβήτητες και σχετίζονται άμεσα με τις συνθήκες διαβίωσης, και προέτρεψε τα κράτη να λάβουν συντονισμένες πρωτοβουλίες σε όλους τους σχετικούς τομείς πολιτικής. Η Έκθεση παρουσιάστηκε στη Σύνοδο του Εκτελεστικού Συμβουλίου του ΠΟΥ τον Ιανουάριο του 2009, στην οποία τα κράτη-μέλη τόνισαν ότι απαιτείται η λήψη μέτρων και υπογράμμισαν ότι η καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία συνδέεται με την επίτευξη των στόχων της νέας χιλιετίας (ΕΚΚΕ, 2010).

Με αφορμή την πρόσφατη οικονομική κρίση, που έγινε περισσότερο εμφανής στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, το υπουργείο Υγείας της Ισπανίας προώθησε τρεις νέους άξονες στοχεύοντας στη βελτίωση της υγείας των πολιτών. Η νέα αυτή πολιτική εστιάζει στην αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας, την εποπτεία των σχετιζόμενων με αυτήν προσδιοριστικών παραγόντων, καθώς και τη μείωση των ανισοτήτων στον αντίστοιχο τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, το ισπανικό υπουργείο Υγείας διοργάνωσε συνέδρια με τη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι ανέλυσαν τα καίρια προβλήματα στο σύστημα υγείας και τις νέες πολιτικές δράσεις που θα πρέπει να εφαρμοστούν. Η βασική ιδέα των συνεδρίων εκφράστηκε μέσα από τη νέα στρατηγική για την ισότητα στον τομέα της υγείας στην Ισπανία και διατυπώθηκε στην έκδοση *Moving Forward Health Equity*. Τα νέα σχέδια δράσης για την ανισότητα της υγείας των πολιτών παρουσιάστηκαν στην προεδρία της Ισπανίας τον Ιούνιο του 2010 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010).

Η καταγραφή, η μέτρηση και η καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελούν ουσιαστικές προκλήσεις για τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Τα τελευταία χρόνια η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Διεθνής Τράπεζα έχουν αναπτύξει συντονισμένες δράσεις για τη μελέτη των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ανισότητες υγείας (Social Determinants of Health Inequalities). Ήδη από τον 19ο αιώνα πολλοί ερευνητές επεσήμαναν σε μελέτες τους ότι η ζωή και ο θάνατος σχετίζονται άμεσα με τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010).

Το 1861, στη μελέτη του *London Labour and the London Poor* (Η εργατική τάξη των φτωχών του Λονδίνου), ο H. Mayhew (1812-1887) έδωσε σημαντικές πληροφορίες για τις ανισότητες στην υγεία, σε συνδυασμό με τις προβληματικές συνθήκες διαβίωσης, την ανεργία και την κοινωνική αποστέρηση της εργατικής τάξης του Λονδίνου. Την περίοδο 1877-1879 δημοσιεύτηκε από τον F. Le Play η επίσης αξιόλογη έρευνα *Les ouvrieres Europeens* (Οι Ευρωπαίοι εργάτες), η οποία είχε συγκριτικό χαρακτήρα.

Το 1903 ο Ch. Booth (1840-1916), στο μνημειώδες έργο του *Life and Labour of the People in London* (Η ζωή και η εργασία των κατοίκων του Λονδίνου), παρουσίασε ανάγλυφα την περίοδο 1892-1897, τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης, αποστέρησης, υποαπασχόλησης και ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία στην ευρύτερη περιοχή του Λονδίνου. Η μελέτη του Booth υπήρξε πρωτοπόρος για τον τομέα των ανισοτήτων στην υγεία. Πέρα από την αυστηρή μεθοδολογία και την αναλυτική παρουσίαση της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης των Λονδρέζων, αποτύπωσε τις κοινωνικές ανάγκες της εποχής του και έδωσε τη δυνατότητα στη βρετανική κυβέρνηση να θεσπίσει σειρά νόμων για την άσκηση δικαιότερης κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής.

Το 1901 ο Rowntree (1871-1954), στην έρευνά του *Poverty. A Study of Town Life* (Η φτώχεια: Μια μελέτη πάνω στην αστική ζωή), η οποία είχε μεγάλη απήχηση στη βρετανική αλλά και στην ευρωπαϊκή κοινωνία, κατέγραψε με παραστατικό τρόπο τα τεράστια και ποικίλα προβλήματα κατοικίας, υγείας, διατροφής, εκπαίδευσης, απασχόλησης και κυρίως ιχνηλάτησε την προκλητική ανισότητα ανάμεσα στις «γειτονιές» του Γιορκ. Επίσης, ανέδειξε τη «χρονιότητα της φτώχειας και της εξαθλίωσης» και υποστήριξε ότι η ανισότητά αρχίζει από πολύ νωρίς και πλήττει κυρίως την παιδική ηλικία.

Το 1930, με το «κίνημα της κοινωνικής ιατρικής», οι ανισότητες υγείας διερευνήθηκαν συστηματικά, για να ατονήσουν από πλευράς επιστημονικού ενδιαφέροντος στις δεκαετίες του 1950 και του 1960, να εντατικοποιηθούν ξανά στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και να αποτελέσουν σήμερα έναν σημαντικό επιστημονικό στόχο καταγραφής με εξελιγμένες μορφές στατιστικής παρακολούθησης και τεκμηρίωσης.

Τα αποτελέσματα των ερευνών είχαν ουσιαστικό αντίκτυπο σε πολιτικό επίπεδο, ειδικά τα τελευταία χρόνια, όταν παρατηρήθηκε η βούληση από ορισμένες

κυβερνήσεις για την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και δράσεων με σκοπό την άμβλυνση των ανισοτήτων. Ήδη αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Κάτω Χώρες, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Ιταλία, η Λιθουανία και η Σουηδία, έχουν λάβει ανάλογες πρωτοβουλίες σε εθνικό επίπεδο, είτε με τη συγκρότηση ειδικών επιτροπών, είτε με την έκδοση στρατηγικών και σχεδίων δράσεων, είτε με την υλοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων. Αξίζει να σημειωθεί πως στις χώρες αυτές τα προγράμματα για την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εξελίσσονται ανεξάρτητα από την πολιτική ιδεολογία των εκάστοτε κυβερνήσεων (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Ανάλογη πολιτική βούληση αντιμετώπισης των ανισοτήτων έχει επίσης καταγραφεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ήδη το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, στα συμπεράσματά του τον Ιούνιο του 2008, ζήτησε να προχωρήσουν οι εργασίες ώστε να γεφυρωθεί το χάσμα των συστημάτων υγείας μεταξύ και εντός των κρατών-μελών.

Επιπλέον, στη Λευκή Βίβλο της Επιτροπής, με τίτλο: «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013», είχε προαναγγελθεί η διατύπωση προτάσεων για δράσεις πολιτικής με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Στο πλαίσιο αυτό, τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά όργανα (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Συμβούλιο, Επιτροπή Περιφερειών) εξέφρασαν την ανάγκη αντιμετώπισης των ανισοτήτων. Τέλος, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προανήγγειλε την έκδοση εντός του 2009 ανακοίνωσης σχετικά με τις ανισότητες όσον αφορά την υγεία στην ΕΕ, ως μια πρωτοβουλία για την «αλληλεγγύη στην υγεία». Υπό το πρίσμα αυτό, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ξεκίνησε ήδη προκαταρκτική διαδικασία διαβούλευσης με στόχο τη στήριξη της μείωσης των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας (ΕΚΚΕ, 2010).

Παρά τη συνεχή προσπάθεια τόσο των κρατών της ΕΕ όσο και του ΠΟΥ για μεγαλύτερη κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα στον τομέα της υγείας, ωστόσο σε πολλές μελέτες οι ανισότητες στην υγεία παρουσιάζονται αγεφύρωτες ανάμεσα, αφενός, στις κοινωνικές τάξεις και, αφετέρου, στις περιφέρειες και τις χώρες της ΕΕ. Σε αυτές τις ανισότητες θα αναφερθούμε στο επόμενο κεφάλαιο του πονήματος.

3.3 Ο ρόλος της ΕΕ στα συστήματα υγείας

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αν και ξεκίνησε ως μία αμιγής οικονομική ένωση, διαμορφώθηκε σε έναν πολιτικοποιημένο φορέα, ο οποίος ενεργεί σε θέματα όπως η προστασία του κλίματος και του περιβάλλοντος εν γένει, η υγειονομική περίθαλψη, η εξωτερική πολιτική και η ασφάλεια, η νομοθεσία καθώς και η μεταναστευτική πολιτική. Η διαμόρφωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε έναν οργανισμό που ασχολείται με διάφορους τομείς πολιτικής καθρεφτίζεται και στην μετατροπή της ονομασίας το 1993, από Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) σε Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ).

Από το 2010, η Ε.Ε. έχει συμπεριλάβει την υγειονομική περίθαλψη στο πλαίσιο της βιωσιμότητας των δημόσιων οικονομικών, ενώ οι Ευρωπαϊκές συστάσεις επικεντρώνονται κυρίως στο ζήτημα της αποδοτικότητας και της μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών. Οι διεθνείς πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις των τελευταίων ετών σε συνδυασμό με την πίεση που ασκείται για την αναπροσαρμογή των συστημάτων υγείας, έχουν θέσει τη σημασία της ανάδειξης της δημόσιας υγείας σε βασική προτεραιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, φέρνοντας παράλληλα στο προσκήνιο το φλέγον ζήτημα της εναρμόνισης των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Σε επίσημη ανακοίνωσή το 2011, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επισήμανε ότι η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για μια έξυπνη, και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Για την επίτευξη των στόχων της στρατηγικής για την Υγεία, θεσπίστηκαν βασικές κοινές αρχές για όλα τα κράτη μέλη, όπως «καθολικότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, ποιότητα στην περίθαλψη, αλληλεγγύη και ισοτιμία στην υγεία, ανάδειξη της υγείας ως κοινωνικού αγαθού συμπερίληψη της υγείας σε όλες τις πολιτικές της Κοινότητας και της Ένωσης» (Οικονόμου, 2011).

Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ενοποίησης σε ότι αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας αναπτύσσεται σε τέσσερις βασικούς τομείς:

- Επένδυση σε βιώσιμα συστήματα υγείας
- Επένδυση στην υγεία των ανθρώπων και το ανθρώπινο δυναμικό
- Επένδυση στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας,

- Επένδυση στον τομέα της υγείας μέσω επαρκούς υποστήριξης από τα κοινοτικά ταμεία (European Commission, 2013).

Στην ερώτηση για το αν μπορεί η Ευρωπαϊκή Κοινότητα να εφαρμόσει μια στρατηγική για την υγεία, η οποία να είναι δεσμευτική για τα κράτη μέλη και να επιδρά στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών υγείας, ο Οικονόμου (2011) υποστηρίζει ότι η απάντηση είναι όχι, καθώς τα κράτη μέλη διατηρούν την αποκλειστικότητα της οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Παρόλα αυτά η θέσπιση νέων συνθηκών, νόμων και άρθρων τα τελευταία χρόνια, έχουν ενισχύσει την πολιτική υγείας της Κοινότητας και έχουν ενδυναμώσει τη δέσμευση της, με αποτέλεσμα την ενίσχυσης της διατομεακότητας και του συντονισμού όλων των δράσεων και πολιτικών, την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υγείας των πολιτών και την έμφαση στην προαγωγή της υγείας και τους παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία.

Σε γενικές γραμμές, η Ευρωπαϊκή Ενοποίηση επηρεάζει την πολιτική υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό, κυρίως μέσω των κατευθυντήριων γραμμών για προστασία της δημόσιας υγείας και αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν μπορεί να είναι δεσμευτική, όσο τα κράτη μέλη διατηρούν τον έλεγχο της χρηματοδότησης και της διαμόρφωσης των εθνικών δράσεων για την υγεία.

Είναι κοινά αποδεκτό ότι όλα τα κράτη- μέλη αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα στον τομέα της υγείας (γήρανση πληθυσμού, κρίση ασφαλιστικών συστημάτων) και κοινές απειλές, π.χ. αναβίωση μεταδοτικών νοσημάτων, παρά τις διαφορές τους ή το μοντέλο του συστήματος υγείας τους. Παράλληλα, είναι κοινή η παραδοχή ότι μέχρι στιγμής η υγεία παραμένει ζήτημα του κάθε κράτους, αλλά επίσης αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την ευημερία και την ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο σύνολο της (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Σε άρθρο της Μαλλιώρα για την Ευρωπαϊκή πολιτική στον τομέα της δημόσιας υγείας (2005), αναφέρεται ότι τα κράτη μέλη παρουσιάζουν σημαντικές ανισότητες στον υγειονομικό τομέα, γεγονός που σε συνδυασμό με την τήρηση των κανόνων λειτουργίας της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς, θέτουν δύο βασικά ερωτήματα: «αν και κατά πόσο η οργάνωση των συστημάτων υγείας, είναι συμβατή με τα θεμελιώδη δικαιώματα όπως περιγράφονται στην Χάρτα και κυρίως αν πρέπει να δοθεί στον τομέα της υγείας προτεραιότητα, βασιζόμενη σε ένα ευρωπαϊκό μοντέλο ανάπτυξης που κατοχυρώνει τα συλλογικά δικαιώματα και επιδιώξεις, ή να

υποστηριχθεί το ατομικό δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής προϊόντων και υπηρεσιών υγείας».

Για τον λόγο αυτό, το θέμα της άμεσης σύγκλισης ή εναρμόνισης και των συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται περισσότερο ως πρόκληση για περαιτέρω βελτίωση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, παρά ως απειλή των εθνικών συμφερόντων. Είναι πιθανότερο το αγαθό της υγείας να παρέχεται ισότιμα και με ποιότητα σε όλους τους Ευρωπαίους πολίτες, αν υπάρχει εναρμόνιση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών και αν υπάρχουν κοινές κατευθυντήριες γραμμές και κοινές ορθές πρακτικές και πολιτικές (Μαλλιώρα, 2005).

Έτσι κι αλλιώς φαίνεται δυσκολότερο το να καταφέρει η Δημόσια Υγεία να ανταποκριθεί στους στόχους της αν δεν ισχύσουν «κάποιοι βασικοί κανόνες παγκοσμιοποίησης που θα διασφαλίζουν τις αρχές και τις αξίες όχι μόνο της υγείας αλλά της δημόσιας υγείας» (Μαλλιώρα, 2005).

Τέλος, όπως τονίζει και η ίδια η Επιτροπή «η σημασία της υγείας για το άτομο, οι ιδιαιτερότητες του αγαθού υγείας και η ανάγκη εξασφάλισης από τα κράτη μέλη ισότιμης πρόσβασης των πολιτών τους στις υπηρεσίες υγείας, οδηγούν στη διαμόρφωση μιας αγοράς η οποία δύσκολα υπόκειται στους κανόνες του ανταγωνιστικού προτύπου» (Οικονόμου, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

4.1. Ασφαλιστικές Καλύψεις Υγείας και Υπηρεσίες Υγείας

Ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης λειτουργεί ταυτόχρονα και συμπληρωματικά με την κοινωνική ασφάλιση και εξυπηρετεί τις ίδιες ανάγκες και στόχους, δηλαδή την εξασφάλιση του ατόμου από κινδύνους θεμελιώδους σημασίας που καθορίζουν την προσωπική, οικογενειακή, οικονομική και κοινωνική του υπόσταση. Οι κίνδυνοι είναι συνυφασμένοι με τη ζωή του ανθρώπου, απειλούν τις δραστηριότητες του, την υγεία του και επιδρούν αναπόφευκτα στην όλη διαμόρφωση της οικονομίας του. Είναι δύσκολο κανείς να προσδιορίσει τους περισσότερους κινδύνους, εάν, ποιοι και πότε θα πραγματοποιηθούν και τι συνέπειες θα έχουν στο ίδιο το άτομο ή σε τρίτους, με τους οποίους έχει άμεση σχέση ή για τους οποίους είναι υπεύθυνος (Σουλιώτης, 2006).

Την τελευταία δεκαετία υπάρχει μια αυξητική τάση προτίμησης των πολιτών στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες όσον αφορά την κάλυψη των δαπανών προγραμμάτων υγείας. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προωθούν προγράμματα που προβλέπουν την απεριόριστη κάλυψη των δαπανών υγείας τόσο σε δημόσια όσο και σε συμβεβλημένα ιδιωτικά θεραπευτήρια και ιατρικά κέντρα. Υπάρχουν πολλοί λόγοι που δικαιολογούν το φαινόμενο αυτό. Ο πιο σημαντικός είναι η άμεση συνεργασία της ιδιωτικής ασφάλισης με τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας που την μεγάλη ανάπτυξή του την οφείλει στην αυξανόμενη ανεπάρκεια και αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Οικονόμου, 1999).

Η ιδιωτική ασφάλιση και οι ιδιωτικές μονάδες υπηρεσιών υγείας διατηρούν μία «συμπληρωματική» σχέση, όπου το ένα μέρος στηρίζεται στην ανάπτυξη του άλλου. Η ιδιωτική ασφάλισή έχει την ανάγκη του ιδιωτικού τομέα υγείας, διότι παρουσιάζεται ως θεμελιώδες επιχείρημα για την πώληση των προϊόντων της (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Από την άλλη πλευρά, ο ιδιωτικός τομέας υγείας έχει την ανάγκη της ιδιωτικής ασφάλισης, διότι σηματοδοτεί την μεγαλύτερη πηγή εσόδων του. Η οικοδόμηση αυτής της σχέσης σε μακροχρόνια βάση είναι υποχρεωμένη να στηρίζεται στην αμοιβαία κατανόηση των προβλημάτων αλλά και των επιδιώξεων των δυο πλευρών, την αποφυγή υπερβολών και τη συνεργασία κάτω από

συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις. Η σχέση αυτή εξελίσσεται τελευταία κάτω από την αυξανόμενη ευαισθητοποίηση του πολίτη σε θέματα προστασίας και πρόληψης της υγείας του και την απαίτησή του να εξασφαλίσει άμεση και απρόσκοπτη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες. Παράλληλα, έχει αυξηθεί ο βαθμός ευαισθησίας του απέναντι στους κινδύνους, στους οποίους εκτίθεται η υγεία του αλλά και απέναντι στο οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η ανάληψη από τον ίδιο των κινδύνων αυτών (Ρούπας, 2003).

Σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, το έτος 2004 ένα εκατομμύριο περίπου πολίτες καλύφθηκαν για παροχές νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω ατομικών συμβολαίων ασφάλισης και οκτακόσιες περίπου χιλιάδες μέσω ομαδικής ασφάλισης. Επειδή πολλοί εξ αυτών που καλύπτονται από ομαδικά συμβόλαια έχουν ταυτόχρονα και ατομικά συμβόλαια, το σύνολο των πολιτών που καλύπτονται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο για νοσοκομειακή περίθαλψη υπολογίζονται σε ένα εκατομμύριο τριακόσιες χιλιάδες άτομα (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, 2017).

Το κύριο γνώρισμα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι στηρίζεται σε μια ελεύθερη σύμβαση που υποχρεώνει την ασφαλιστική επιχείρηση να αποκαταστήσει κάποια ζημία του ασφαλισμένου, η οποία είναι πιθανό να συμβεί κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Αντίθετα η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μηχανισμό προστασίας του κράτους προς τον πολίτη ενάντια στους βασικούς κινδύνους που αντιμετωπίζει (ασθένεια, αναπηρία, γήρας, ανεργία κ.λπ.), ανεξάρτητα κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, 2017).

Μέσα στο πλαίσιο της σημερινής οικονομικής διάρθρωσης οι δύο μεγάλες κατηγορίες της κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης διαφέρουν ως προς τη φιλοσοφία τους και την πρακτική τους, όπως καταγράφεται στη συνέχεια.

4.1.1 Ιδιωτική ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί προσωπική υπόθεση του κάθε ατόμου (προαιρετική ασφάλιση) και έχει χαρακτήρα συμπληρωματικό, με στόχο να καλύπτει τα κενά της κοινωνικής ασφάλισης (Σουλιώτης, 2006). Καλύπτει και κινδύνους που δεν προβλέπονται στην κυρία ασφάλιση, οι οποίοι εμπεριέχουν ποιοτικά και ποσοτικά

κριτήρια και διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Έτσι, η ιδιωτική ασφάλιση είναι ατομική πρόνοια και προστασία χωρίς την παρέμβαση της πολιτείας.

Η ιδιωτική ασφάλιση ρυθμίζεται νομικά κυρίως από τον εμπορικό νόμο. Η ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται από επιχειρήσεις που έχουν τη νομική μορφή της Ανώνυμου Εταιρείας. Η ασφαλιστική επιχείρηση διέπεται από το νομοθετικό διάταγμα 400/1970, είναι Ανώνυμη Εταιρεία και ασχολείται αποκλειστικά με ασφαλιστικές εργασίες. Σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 3 του Ν.Δ. 400/70 όπως τροποποιήθηκε για να εναρμονισθεί με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το Π.Δ. 118/85, για την άσκηση πάσης ασφαλιστικής επιχείρησης απαιτείται άδεια χορηγούμενη με απόφαση του Υπουργείου Εμπορίου. Η νομική βάση της ιδιωτικής ασφάλισης είναι επίσης οι γενικοί και ειδικοί όροι του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, ο αστικός κώδικας και άλλοι ειδικοί νόμοι (evima-ekka.gr).

Τα ασφαλίστρα κυμαίνονται ανάλογα με τον ατομικό κίνδυνο. Η λέξη «κίνδυνος» στην ιδιωτική ασφάλιση έχει διάφορες σημασίες (αναλυτική παρουσίαση γίνεται στη συνέχεια), από οικονομικής όμως πλευράς «ο κίνδυνος» πάντα μεταφέρει την ιδέα της πιθανότητας μιας ζημιάς και της αβεβαιότητας να προκόψει η ζημιά αυτή. Η μεταβολή των ασφαλίστων και η αλλαγή της ασφαλιστικής κάλυψης (μείωση ή επέκταση) με αφαίρεση ή προσθήκη νέων κινδύνων είναι θέμα αμοιβαίας συμφωνίας μεταξύ των ενδιαφερομένων πλευρών, του ασφαλιζόμενου δηλαδή προσώπου και της ασφαλιστικής εταιρείας που παρέχει την προστασία (el.wikipedia.org).

Η ασφαλιστική κάλυψη από την ιδιωτική ασφάλιση δεν περιέχει τους ίδιους κανόνες και παροχές για όλους τους ασφαλισμένους όπως στην κοινωνική ασφάλιση αλλά στηρίζεται σε προσωπική σύμβαση, το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, το οποίο αποτελεί και το αποδεικτικό στοιχείο της ασφάλισης. Το ασφαλιστήριο είναι μια συμφωνία μεταξύ του ασφαλιζόμενου και της ασφαλιστικής εταιρείας και αναγράφει προσωπικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες, υποχρεώσεις και συνθήκες του προς ασφάλιση προσώπου. Έτσι, ένα συμβόλαιο ασφάλισης αναφέρει το ασφαλιζόμενο κεφάλαιο (το ποσό αποζημίωσης που καταβάλλεται σε περίπτωση όπου ο κίνδυνος γίνει πραγματικότητα), το χρονικό διάστημα ισχύος της ασφαλιστικής κάλυψης, το ποσό, τον τρόπο και το χρόνο της καταβολής ασφαλίστων, την ηλικία του ασφαλιζόμενου, τους κινδύνους κάλυψης, τον δικαιούχο σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου και άλλα προσωπικά στοιχεία (el.wikipedia.org).

Τυχόν ζημιές ή οικονομικά ελλείμματα από τις ασφαλιστικές εταιρείες επιβαρύνουν την ίδια την επιχείρηση, με κίνδυνο αυτή να οδηγηθεί σε πτώχευση και οι ασφαλισμένοι να υποστούν οικονομικές συνέπειες. Για τον λόγο αυτό το 1994 ιδρύθηκε μια εταιρεία του δημοσίου με επωνυμία «επικουρικό κεφάλαιο», η οποία καλύπτει πλήρως τους ασφαλισμένους στην περίπτωση εκείνη που η εταιρεία, στην οποία έχουν ασφαλισθεί, αδυνατεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της. Η χρηματοδότησή της επιβαρύνει κυρίως τους ασφαλισμένους, μέσω του ασφαλιστικού τέλους 1% που επιβάλλεται σε κάθε ασφαλιστικό συμβόλαιο, με συμμετοχή 70% του καταναλωτή και 30% της ασφαλιστικής εταιρείας (fle.gr).

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην ευρωπαϊκή και στην παγκόσμια αγορά τα τελευταία χρόνια και όσες αναμένονται τα επόμενα, σηματοδοτούν ανάλογα, ανακατατάξεις και στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία παγκοσμιοποιείται. Ο ασφαλιστικός χάρτης της Ευρώπης επανασχεδιάζεται (Σακελλαρόπουλος, 2001).

Οι οδηγίες τρίτης γενιάς της Ε.Ε., στις οποίες είναι υποχρεωμένη να εναρμονισθεί και η Ελλάδα, θα επιφέρουν ριζική αλλαγή του επιχειρηματικού τοπίου στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης. Από την αναπόφευκτη αλλά και αναγκαία αυτή εξέλιξη, αλλά και μέσα από κάποιες διεργασίες ποιοτικής αναβάθμισης των προσφερομένων υπηρεσιών, θα αναδειχθεί και θα καταξιωθεί ο νέος ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικός της κοινωνικής, η οποία βρίσκεται σε μεταβατική φάση αναδιαπραγμάτευσης του ρόλου της.

Είναι γεγονός ότι διαμορφώνονται νέες δυναμικές και νέα δεδομένα που αφορούν όλο το πλέγμα του ασφαλιστικού συστήματος και ταυτόχρονα μια προσπάθεια επανακαθορισμού του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία σηματοδοτεί ένα δημιουργικό κλάδο της οικονομίας με πολλές κοινωνικές προεκτάσεις (Λιαρόπουλος, 2001).

Η επίδραση της ιδιωτικής ασφάλισης στην οικονομία είναι εμφανής:

- Αποκατάσταση των ζημιών. Επιτυγχάνεται η ομαλοποίηση των οικονομικών επιπτώσεων που προέρχονται από την πραγματοποίηση των ασφαλιστικών κινδύνων.
- Ενθαρρύνονται οι επαγγελματικές πρωτοβουλίες για μεγάλες οικονομικές επενδύσεις.
- Ενθαρρύνονται οι επαγγελματικές πρωτοβουλίες για ανάληψη κινδύνων με νέες τεχνολογικές εφαρμογές.

- Επενδύονται τα αποθεματικά των ασφαλιστικών εταιρειών σε παραγωγικούς τομείς και έτσι βελτιώνεται η ποιότητα ζωής.
- Δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας με αποτέλεσμα τη μείωση της ανεργίας.
- Επενδύεται τεράστιο ύψος αποθεμάτων σε κρατικούς τίτλους αλλά και χρεόγραφα διαπραγματεύσιμα στο χρηματιστήριο με αποτέλεσμα την ενίσχυση της χρηματαγοράς-κεφαλαιαγοράς.
- Ασκείται αντιπληθωριστική επίδραση, χωρίς να αγνοείται η συμβολή των ασφαλιστικών εταιρειών στην αύξηση των εσόδων του Δημοσίου από φόρους έμμεσους και άμεσους σχετικούς με τη δραστηριότητά τους.

4.1.2. Ασφαλιστικά προγράμματα

Τα ασφαλιστικά προγράμματα στοχεύουν από τη μια πλευρά στην αποκατάσταση ή εξασφάλιση της οικονομικής ζημιάς που προέρχεται από ένα έκτακτο γεγονός (ασφαλιστικός κίνδυνος) και από την άλλη λειτουργούν ως αποταμιευτικά προϊόντα συγκεκριμένης χρονικής διάρκειας και ισχύος (συνταξιοδοτικά σχήματα) (Σουλιώτης, 2006).

Οι ασφαλιστικές εταιρείες καλύπτουν διάφορες κατηγορίες κινδύνων που εν μέρει ταυτίζονται με εκείνες της κοινωνικής ασφάλισης, πολλές φορές όμως διαφοροποιούνται ως προς τα κριτήρια, τις εισφορές, τις παροχές και, ιδιαίτερα, ως προς τον τελικό στόχο.

Η ιδιωτική ασφάλιση σύμφωνα με το άρθρο 189 του Εμπορικού Νόμου διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

α) Ασφάλιση ζημιών (αναφέρεται σε αντικείμενα ή περιουσίες).

β) Ασφάλιση προσώπων (έχει σχέση με τη διάρκεια και την ποιότητα της ανθρώπινης ζωής).

Ασφάλιση ζωής είναι ένα συμβόλαιο, με το οποίο μια εταιρία αναλαμβάνει έναντι αμοιβής να αποζημιώσει ένα άτομο (ατομική ασφάλιση) ή μια ομάδα ατόμων (ομαδική ασφάλιση) βάσει προσυμφωνημένου συμβολαίου για ζημίες σε βάρος της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας, οι οποίες μπορεί να προκληθούν από ένα αβέβαιο μελλοντικό γεγονός (κίνδυνος).

Η ασφάλιση του κλάδου ζωής διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις βασικές και τις συμπληρωματικές

α) Η βασική ασφάλεια καλύπτει συνήθως συνδυασμούς των κινδύνων θάνατος - επιβίωση.

β) Οι πρόσθετες καλύψεις παρέχουν ασφάλεια για τους κινδύνους ασθένειας - ατυχήματος.

Ταυτόχρονα με τη βασική ασφάλεια ζωής συνδυάζονται και άλλες παροχές οι οποίες δίνουν μεγαλύτερη πληρότητα στο πρόγραμμα προστασίας του ασφαλισμένου. Οι κυριότερες από αυτές που προσφέρονται καλύπτουν τους κινδύνους της ασθένειας, της αναπηρίας και των ατυχημάτων καθώς και των συνεπειών που προέρχονται από αυτούς. Η επέκταση αυτή της ασφαλιστικής κάλυψης περιλαμβάνει συνοπτικά (interamerican.gr):

α) Απαλλαγή καταβολής ασφαλιστρών: Η συμπληρωματική αυτή κάλυψη προβλέπει την απαλλαγή καταβολής ασφαλιστρών από τον ασφαλισμένο αν διακόψει την εργασία του εξαιτίας ασθένειας ή σοβαρού ατυχήματος για περισσότερους από τρεις μήνες. Περιλαμβάνει πληρωμή των ασφαλιστρών από την ασφαλιστική εταιρεία και διατήρηση των παροχών που εμπεριέχονται στο βασικό συμβόλαιο.

β) Ασφάλιση για την περίπτωση μόνιμης αναπηρίας: Η κάλυψη αυτή εξομοιώνει τη μόνιμη ολική αναπηρία για ποσοστό που αναφέρεται στο συμβόλαιο με την περίπτωση θανάτου, οπότε και καταβάλλεται το ασφαλιζόμενο κεφάλαιο. Η κάλυψη, ωστόσο, μπορεί να προβλέπει την απαλλαγή από την περαιτέρω καταβολή ασφαλιστρών στην περίπτωση μόνιμης αναπηρίας.

γ) Ασφάλιση προσωπικών ατυχημάτων: Προσφέρει ωφελήματα για θάνατο, μόνιμη ανικανότητα, προσωρινή ανικανότητα και ιατρικά έξοδα που προκαλούνται από τυχαίο τραυματισμό ή ακόμη και από ασθένεια. Το συμβόλαιο είναι παροχή ωφελημάτων και όχι συμβόλαιο αποζημίωσης γιατί η ζημία συνήθως δεν μπορεί να υπολογισθεί.

δ) Ασφάλιση μόνιμης ανικανότητας από ατύχημα: Προνοεί πληρωμή καθορισμένων ποσών σε περίπτωση απώλειας μελών ή όρασης από ατύχημα νομοθετικό πλαίσιο, τις συνθήκες που διαμορφώθηκαν στην αγορά αποταμιευτικών και επενδυτικών προϊόντων και τα συγκριτικά πλεονεκτήματα των τραπεζικών οργανισμών.

4.1.3. Στόχος των ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων

Με στόχο την προσέλκυση νέων πελατών οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν προγράμματα υγείας που προσαρμόζονται σε κάθε ανάγκη αλλά και σε κάθε επίπεδο εισοδήματος. Οι χρηματικές καλύψεις για δαπάνες νοσηλείας για ιδιωτικά και δημόσια θεραπευτήρια καθώς και για κέντρα υγείας διαφέρουν μεταξύ των ασφαλιστικών προϊόντων που κυκλοφορούν στην ασφαλιστική αγορά. Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρουσιάζονται στις προληπτικές εξετάσεις, στην ελεύθερη πρόσβαση σε ιδιωτικά θεραπευτήρια αλλά και σε διάφορες παροχές, οι οποίες έχουν σχέση με την περίοδο πριν και μετά την εισαγωγή των ασφαλισμένων σε νοσηλευτικό ίδρυμα (globalsustain.org).

Ο σχεδιασμός των ιδιωτικών προγραμμάτων υγείας είναι συμπληρωματικός προς τις καλύψεις που προσφέρει το Εθνικό Σύστημα Υγείας με την έννοια ότι συνήθως καλύπτουν υψηλότερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών (υψηλότερες θέσεις σε κλίνες νοσοκομείων, αμοιβές χειρουργών, διαγνωστικές εξετάσεις κ.λπ.). Οι παροχές βέβαια που προβλέπονται λειτουργούν εντελώς ανεξάρτητα από το ΕΣΥ και μπορούν να καλύψουν αυτόνομα τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασφαλισμένων χωρίς να είναι απαραίτητη η συμμετοχή τους σε προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης (Σουλιώτης, 2000).

Το ποσοστό κάλυψης των δαπανών νοσηλείας που παρέχουν τα ιδιωτικά προγράμματα για περιπτώσεις εισαγωγής σε νοσηλευτικό ίδρυμα λόγω ασθένειας ή ατυχήματος κυμαίνεται από 60% έως 100%. Οι ασφαλιστικές εταιρείες καλύπτουν χειρουργικές επεμβάσεις, μαγνητικές-αξονικές τομογραφίες, έξοδα επείγουσας μεταφοράς και εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων, σε προσυμφωνημένο ποσοστό ανάλογα με το πρόγραμμα υγείας. Σε ορισμένα συμβόλαια προσφέρεται η δυνατότητα διενέργειας περιοδικών προληπτικών εξετάσεων (insuranceworld.gr).

Η προσέγγιση των ασφαλιστικών εταιρειών στις ανάγκες νοσηλείας των δικαιούχων περίθαλψης συνήθως ακολουθεί τη λογική κάλυψης της δαπάνης σε συγκεκριμένη νοσηλευτική θέση με συμβεβλημένα νοσοκομεία. Το ποσοστό κάλυψης των σχετικών νοσηλευτικών εξόδων διαφέρει ανάμεσα στις προσφερόμενες κατηγορίες θέσεων ανάλογα με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο (insuranceworld.gr).

Όσον αφορά στη διενέργεια εξετάσεων, συνήθως υποδεικνύεται η πραγματοποίησή τους σε συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα κατόπιν παραπομπής

από ιατρό της ασφαλιστικής εταιρείας, σε αντίθετη δε περίπτωση τα έξοδά βαρύνουν τον ασφαλισμένο. Οι δαπάνες των εξετάσεων αυτών δεν μπορούν να ξεπερνούν σε ετήσια βάση ένα προκαθορισμένο ποσό (έχει συμφωνηθεί όριο οροφής), διαφορετικά βαρύνουν πάλι τον ασφαλισμένο. Στις περιπτώσεις όπου οι επεμβάσεις ή τα διενεργούμενα έξοδα υγείας καλύπτονται και από τον ασφαλιστικό φορέα, οι ασφαλισμένοι συνήθως λαμβάνουν από την ασφαλιστική εταιρεία ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα ενώ για τις περιπτώσεις χειρουργικής επέμβασης (με τις ίδιες συνθήκες) παρέχεται αντίστοιχο χειρουργικό επίδομα. Σε γενικές γραμμές, οι εταιρείες συμπληρώνουν το τμήμα εκείνο των εξόδων που δεν καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς σε περίπτωση νοσηλείας των ασφαλισμένων (insuranceworld.gr).

Προέκταση των παραπάνω είναι και τα προγράμματα που προσφέρουν κάλυψη δαπανών νοσηλείας σε μονάδες του εξωτερικού. Πολλές εταιρείες έχουν συμβληθεί με νοσηλευτικά ιδρύματα του εξωτερικού, αν και υπάρχουν διαφοροποιήσεις στα ποσοστά κάλυψης. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει πλαφόν στο συνολικό ποσό αποζημίωσης. Ανεξάρτητα βέβαια των παρεχόμενων υπηρεσιών η ισχύς των περισσότερων προγραμμάτων ολοκληρώνεται περίπου στο 65ο έτος της ηλικίας του ασφαλισμένου (insuranceworld.gr).

Τέλος, είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι κατά τη σύναψη σύμβασης σε ιδιωτικό πρόγραμμα υγείας, οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται να περιγράψουν με λεπτομέρεια την κατάσταση της υγείας τους, τις συνθήκες εργασίας τους, την ενασχόληση στις ελεύθερες ώρες ή και άλλες παραμέτρους των προσωπικών τους στοιχείων, ώστε να υπάρξει ορθή εκτίμηση του ασφαλιζόμενου κινδύνου. Επαναλαμβάνεται από την εισαγωγική ανάλυση ότι το γεγονός που αποζημιώνεται πρέπει να είναι τυχαίο και σε καμία περίπτωση να μην προκληθεί από τον ασφαλισμένο (feelsafe-insurance.gr).

4.2 Η Ευρώπη και η ασφαλιστική κάλυψη υγείας

Εν αντιθέσει με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η Ευρώπη έχει μακρά παράδοση στην αντιμετώπιση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας ως δημόσιο καθολικό αγαθό. Ο υποχρεωτικός εισφοροδοτικός αναδιανεμητικός χαρακτήρα μηχανισμός για την κάλυψη του γενικού πληθυσμού σε παροχή υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε πάντα την

ειδοποιό διαφορά με τα ισχύοντα σε άλλες χώρες, αλλά και ο κοινός τόπος εφαρμογής ενός κοινωνικού κράτους.

Τα μοντέλα τα οποία αναπτύχθηκαν ήταν δύο:

1. Το μοντέλο που αναπτύχθηκε το 19^ο αιώνα στη γερμανικά ομιλούσα Κεντρική Ευρώπη (ή κατά Bismarck μοντέλο) με κύριο εμπνευστή τον πρώτο καγκελάριο Otto von Bismarck. Ως μέσο για τη χρηματοδότηση του συστήματος αποτέλεσαν οι εισφορές μέσω παρακρατήσεων στο εισόδημα των εργαζομένων και η απόδοση τους στα δημόσια ταμεία “sickness funds” (Saltman & Dubois, 2004).

Το γερμανικό ή κατά Bismarck μοντέλο έχει επικρατήσει στις εξής χώρες:

- Γερμανία,
- Γαλλία,
- Βέλγιο,
- Κάτω Χώρες,
- Ιαπωνία,
- Ελβετία και
- στην Λατινική Αμερική (Saltman & Dubois, 2004).

2. Το επονομαζόμενο Beveridgian μοντέλο το οποίο πρωτοεμφανίστηκε στη Μεγάλη Βρετανία στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ταυτόχρονα με την ανάπτυξη του εθνικού συστήματος υγείας και αργότερα μετά το 1945 όπου πήρε τη τελική μορφή του από τον κοινωνικό μεταρρυθμιστή William Beveridge. Το πρότυπο αυτό είχε ως κύριο μέσο χρηματοδότησης την άμεση φορολόγηση και τη αναδιανομή του πλούτου υπό μορφή παροχής υπηρεσιών υγειονομικής κάλυψης για όλους τους πολίτες (Saltman & Dubois, 2004).

Στις μέρες μας όσες χώρες έχουν «εθνική» ασφαλιστική κάλυψη της υγείας, έχουν επίδραση και από τα δύο μοντέλα σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό είτε από το ένα ή είτε από το άλλο, αντίστοιχα. Οι πιο κάτω χώρες έχουν επηρεαστεί από το Beveridgian μοντέλο:

- Μεγάλη Βρετανία,
- Κοινοπολιτείες (Νέα Ζηλανδία, Χονγκ Κονγκ),
- Σκανδιναβικές Χώρες,
- Ισπανία,
- Κούβα (με αμιγώς Beveridgian μοντέλο).

Σύμφωνα με τον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) δυνατότητα ανάπτυξης εθνικής πολιτικής για την υγεία και κατά συνέπεια καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας έχουν μόλις 40 χώρες παγκοσμίως. Οι λιγότερο αναπτυγμένες, φτωχότερες χώρες χωρίς δυνατότητα να στηρίξουν εθνική πολιτική για την πρόσβαση των πολιτών τους στην υγεία στερούνται ασφαλιστικής κάλυψης υγείας με δημόσιο χαρακτήρα. Σε αυτές τις χώρες οι χαμηλότερες εισοδηματικά και κοινωνικά τάξεις είναι αποκλεισμένες από τους παρόχους υγείας και η κάλυψη των αναγκών τους γίνεται εν μέρει μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης είτε εκπιπόμενο από τον οικογενειακό προϋπολογισμό «out of pocket» (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011).

Πίνακας 3. Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στις χώρες του ΟΟΣΑ

■ Top third performers (or between 95% and 100% for health care coverage)
■ Middle third performers (or between 90% and 95% for health care coverage)
■ Bottom third performers (or less than 90% for health care coverage)

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available. For out-of-pocket medical expenditure, unmet care needs and the waiting times indicators, the top performers in terms of access are countries with the lowest expenditure as a share of household consumption, the lowest unmet care needs or lowest waiting times.

Indicator	Health care coverage	Share of out of pocket medical expenditure in household consumption	Unmet medical care needs*	Unmet dental care needs*	Waiting times for cataract surgery - median	Waiting times for knee replacement - median
Australia	1	22	n.a.	n.a.	8	12
Austria	1	18	1	2	n.a.	n.a.
Belgium	1	20	11	8	n.a.	n.a.
Canada	1	11	n.a.	n.a.	2	4
Chile	1	28	n.a.	n.a.	13	8
Czech Rep.	1	7	5	4	n.a.	n.a.
Denmark	1	14	7	10	4	1
Estonia	2	12	21	19	9	13
Finland	1	18	19	11	10	7
France	1	3	15	15	n.a.	n.a.
Germany	1	5	9	5	n.a.	n.a.
Greece	3	32	23	20	n.a.	n.a.
Hungary	1	30	14	9	1	6
Iceland	1	21	18	22	n.a.	n.a.
Ireland	1	22	17	17	n.a.	n.a.
Israel	1	16	n.a.	n.a.	3	3
Italy	1	22	20	21	n.a.	n.a.
Japan	1	9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Korea	1	34	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Luxembourg	1	5	4	3	n.a.	n.a.
Mexico	1	30	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Netherlands	1	2**	1	1	n.a.	n.a.
New Zealand	1	9	n.a.	n.a.	7	5
Norway	1	16	8	15	12	10
Poland	2	13	22	13	14	14
Portugal	1	29	16	23	6	11
Slovak Rep.	2	22	11	6	n.a.	n.a.
Slovenia	1	7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Spain	1	26	3	18	11	9
Sweden	1	26	11	14	n.a.	n.a.
Switzerland	1	33	6	12	n.a.	n.a.
Turkey	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	1	3	9	7	4	2
United States	3	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Πηγή: Health at a glance 2015 © OECD 2015, Dashboards of health indicators

(<http://dx.doi.org/10.1787/888933281483>)

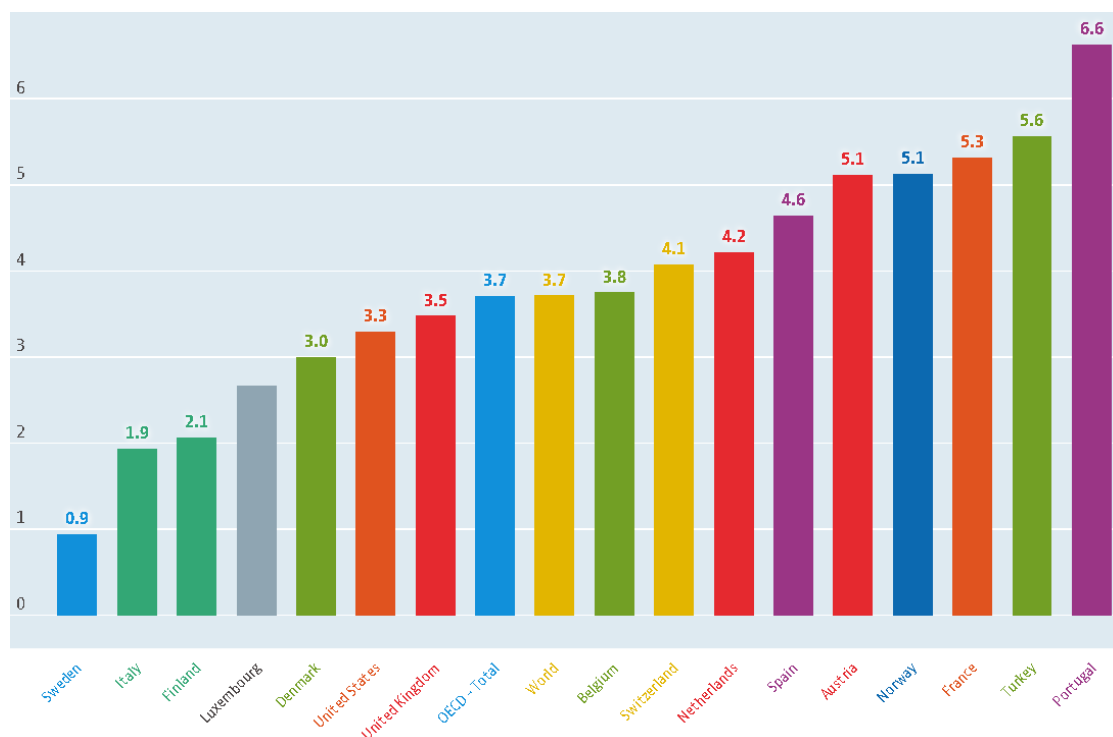
Στο ευρωπαϊκό χώρο (κυρίως στις κεντροευρωπαϊκές «ηπειρωτικές» χώρες) και δη από το 18ο αιώνα, αν και προϋπήρχε η προαιρετική, ιδιωτικού τύπου ασφαλιστική κάλυψη υγείας, ήταν στην ευχέρεια του κράτους κάθε φορά να ορίσει την αναλογία μεταξύ εισφορών, φορολόγησης και δημόσιων εξόδων για την υγεία για την ανάπτυξη κοινωνιών με ευρεία πρόσβαση στην προσφερόμενη υγειονομική περίθαλψη.

Η προσπάθεια αυτή των κρατών για ανάληψη όλο και μεγαλύτερων ευθυνών ως προς την παρεχόμενη υγεία στους πολίτες τους εντάθηκε μετά το 2ο παγκόσμιο πόλεμο και κορυφώθηκε τις δεκαετίες 1960 – 1970 και 1970 – 1980.

Όπως οι Hans Maarse και Ruud Ter Meulen (2006:) σημειώνουν, «λίγο ως πολύ αναπτύχθηκε στην Ευρώπη μία τάση ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης να γίνει μέρος του λεγόμενου δημόσιου τομέα». Συνεπακόλουθο ήταν η συρρίκνωση των “out of pockets” και ιδιωτικών εξόδων για την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών και κατά συνέπεια η αισθητή μείωση του ιδιωτικού τομέα ασφαλιστικών καλύψεων για την υγεία.

Το 1980 ο ιδιωτικός τομέας ασφαλιστικών καλύψεων υγείας στη ζώνη των 12 χωρών της ΕΟΚ κατά μέσο όρο δε ξεπερνούσε το 3,4% επί του συνόλου της χρηματοδότησης για την κάλυψη της ασφάλισης υγείας. Ακόμη και στις Κάτω Χώρες (Ολλανδία) η οποία ανέκαθεν κατείχε μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικής κάλυψης για την υγεία μεταξύ των 12 ποτέ δεν είχε ξεπεράσει το 11% της συνολικής χρηματοδότησης για την ασφαλιστική κάλυψη υγείας (Σακελλαρόπουλος & Οικονόμου, 2006).

Γράφημα 2: 1971 Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), ετησιοποιημένος ρυθμός μεταβολής



Πηγή: OECD Economic Outlook: Statistics and Projections.

4.2.1 Η δημόσια ασφαλιστική κάλυψη υγείας και η υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη

Οι λόγοι που εξηγούν την ανάπτυξη των κοινωνικών, δημόσιου τύπου ασφαλιστικών καλύψεων υγείας στον κεντροευρωπαϊκό χώρο επεξηγούνται ευθύς εξ' αρχής:

- Η ταχεία αστικοποίηση κατά το 19^ο αιώνα και εν συνεχεία η εντατικοποίηση της εργασίας κατά τη βιομηχανική επανάσταση οδήγησε σε τεράστια υγειονομικά και επιδημιολογικά προβλήματα τα οποία, εκ των υστέρων, έγινε κατανοητό ότι μπορούσαν να αντιμετωπισθούν από κοινού μόνο σε δημόσιο επίπεδο (sociology.soc.uoc.gr).
- Ένας άλλος παράγοντας ανάπτυξης πολιτικών δημόσιας υγείας ήταν η εν γένει στροφή προς την κοινωνική πολιτική (κοινωνική ασφάλιση κατά την εργασία “accidents du travail”, δημιουργία δημόσιων συνταξιοδοτικών ταμείων, κλπ.). Κατά το στάδιο οικοδόμησης ενός κοινού συστήματος

αντιμετώπισης των κοινωνικών αναγκών συσχετίστηκε η απαρχή του κράτους δικαίου ως παράγωγο κοινωνικών και πολιτικών τάσεων και αλλαγών.

- Η υγειονομική περίθαλψη ως μέσο οικονομικής ανάπτυξης και κοινωνικής σταθερότητας δεν έπεισε τα κοινά των ευρωπαϊκών χωρών ότι μπορεί να λειτουργήσει με τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς για τους ακόλουθους λόγους (ekdd.gr):

- Οι πολίτες που έχουν ανάγκη υγειονομικής περίθαλψης δεν έχουν τη δυνατότητα να ενεργήσουν με ορθολογισμό και να συνεκτιμήσουν τους αντίστοιχους κινδύνους της κάθε μεθόδου θεραπείας εκτός και αν έχουν αντίστοιχη κατάρτιση. Οι πάσχοντες μπορεί να λάβουν διαφορετικές εναλλακτικές έχοντας υπ' όψιν – διαφορετικούς θεράποντες. Στο τέλος, όμως, βασίζονται στην απόφαση του ιατρού τους.
- Οι υγειονομικοί κίνδυνοι έχουν άμεσο αντίκτυπο σε όλη την κοινωνία. Κατ' αναλογία της δημόσιας εκπαίδευσης που αφορά το κοινό συμφέρον και που αντιμετωπίζεται με κεντρικό σχεδιασμό, είναι προς το δημόσιο συμφέρον, η υγεία του πληθυσμού να αντιμετωπίζεται καθ' ολοκληρίαν.
- Όταν η ασφαλιστική κάλυψη υγείας όταν ακολουθεί τις λειτουργίες της αγοράς, συνήθως μεγάλα τμήματα του πληθυσμού δε μπορούν αποκτούν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Για παράδειγμα: Αραιοκατοικημένες περιοχές, χαμηλά οικονομικά και κοινωνικά στρώματα, δε μπορούν να δημιουργήσουν ικανό οικονομικό κίνητρο για την ανάπτυξη ασφαλιστικών προϊόντων υγείας με τα κριτήρια της αγοράς. Εξ 'άλλου όπως αναφέρεται και στις ετήσιες αναφορές του ΟΟΣΑ (Health at a Glance - OECD INDICATORS) τα φτωχότερα στρώματα έχουν μεγαλύτερη έκθεση σε υγειονομικούς κινδύνους και κατά συνέπεια μεγαλύτερη ανάγκη υγειονομικής περίθαλψης. Ο κεντρικός σχεδιασμός και η εφαρμογή πολιτικών υγείας διευκολύνει την εξισορρόπηση ανισοτήτων και σε ένα ελάχιστο βασικό επίπεδο τη λειτουργία της κοινωνίας.

- Η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας μπορεί να διαχειριστεί ατομικούς ή ομαδικούς κινδύνους, εν αντιθέσει με κινδύνους πολύ μικρής πιθανότητας και πολύ μεγάλου οικονομικού αντίκτυπου που μπορεί να προσβάλουν συνολικά όλη την κοινωνία, όπως επιδημίες και περιβαλλοντικές καταστροφές. Οι ακραίες περιπτώσεις δε συμβολαιοποιούνται τις περισσότερες φορές γιατί δεν είναι δυνατή η οικονομική τους αποτίμηση.
- Η προληπτική ιατρική είναι ο οικονομικότερος και αποτελεσματικότερος τρόπος εξασφάλισης της υγείας του πληθυσμού. Οι ετήσιοι τακτικοί διαγνωστικοί έλεγχοι, ο προσδιορισμός ομάδων υψηλού κινδύνου, οι εκστρατείες ενημέρωσης σε θέματα υγειονομικής πρόληψης είναι οι αποτελεσματικότεροι μέθοδοι αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται κατά την εφαρμογή της προληπτικής ιατρικής προϋποθέτουν κεντρικό σχεδιασμό και ανάπτυξη τέτοιων κοινωνικών πολιτικών οι οποίες δεν μπορούν να πάρουν τη μορφή ασφαλιστικών προϊόντων ανάληψης κινδύνου με τη μορφή των premiums (proliptiki.blogspot.gr).
- Εκτός της οικονομικής διάστασης που μπορεί να λάβει το ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, αποτελεί δικαίωμα και δημόσιο αγαθό η δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, το οποίο έχει θεσμοθετηθεί από όλα τα ευρωπαϊκά κράτη και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Μαζαράκη, 2012).

Πίνακας 4: Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) επί του ΑΕΠ. CE: Κεντρική Ευρώπη, NE: Σκανδιναβικές Χώρες, ASC: Άγγλο-Σαξονικές Χώρες, SE : Νότια Ευρώπη.

Χώρα	Περιοχή											
Ιρλανδία	ASC	3.7	5.5	6.1	5.2	4.1	4.5	4.6	6.0	8.1	<u>6.5</u>	
Η.Β.	ASC	3.4	4.5	4.5	4.4	4.3	5.1	5.0	6.0	7.0	<u>7.7</u>	
Αυστρία	CE	3.0	4.4	4.7	4.5	5.8	6.7	7.0	7.2	7.7	<u>7.9</u>	
Βέλγιο	CE	..	..	..	..	..	5.7	5.9	6.9	7.7	<u>8.0</u>
Γαλλία	CE	3.9	4.8	5.4	6.0	6.0	7.8	7.5	8.0	8.4	<u>8.6</u>	
Γερμανία	CE	4.1	6.3	6.3	6.5	6.1	7.8	7.8	7.8	9.2	9.4	
Λουξεμβούργο	CE	..	..	4.2	4.0	4.7	4.9	4.8	6.0	6.1	6.0
Ολάνδια	CE	..	4.5	4.8	4.9	5.0	5.6	4.7	6.7	9.1	8.7	
Πολωνία	CEE	..	..	..	..	3.9	3.6	3.6	4.0	4.6	<u>4.5</u>
Ελβετία	CE	..	..	..	3.4	3.8	4.7	5.2	6.1	6.7	7.8
Δανία	NE	..	7.3	7.4	6.8	6.6	6.4	6.7	7.6	8.8	<u>8.9</u>	
Φιλανδία	NE	3.6	4.3	4.6	5.2	5.8	5.2	4.9	6.1	6.6	7.3	
Νορβηγία	NE	3.6	5.0	5.3	5.3	5.9	6.1	6.3	6.9	7.5	8.5	
Σουηδία	NE	4.6	5.9	7.2	6.6	5.8	6.3	6.3	6.8	6.9	9.3	
Ιταλία	SE	..	..	..	..	5.7	4.9	5.5	6.5	7.0	<u>6.8</u>
Ελλάδα	SE	..	..	..	..	3.3	4.2	4.5	5.6	6.9	<u>5.0</u>
Πορτογαλία	SE	1.3	2.7	3.0	2.9	3.6	4.4	5.9	6.7	6.9	5.8	
Ισπανία	SE	2.0	3.2	4.0	4.1	4.8	5.1	4.9	5.5	6.7	<u>6.3</u>	

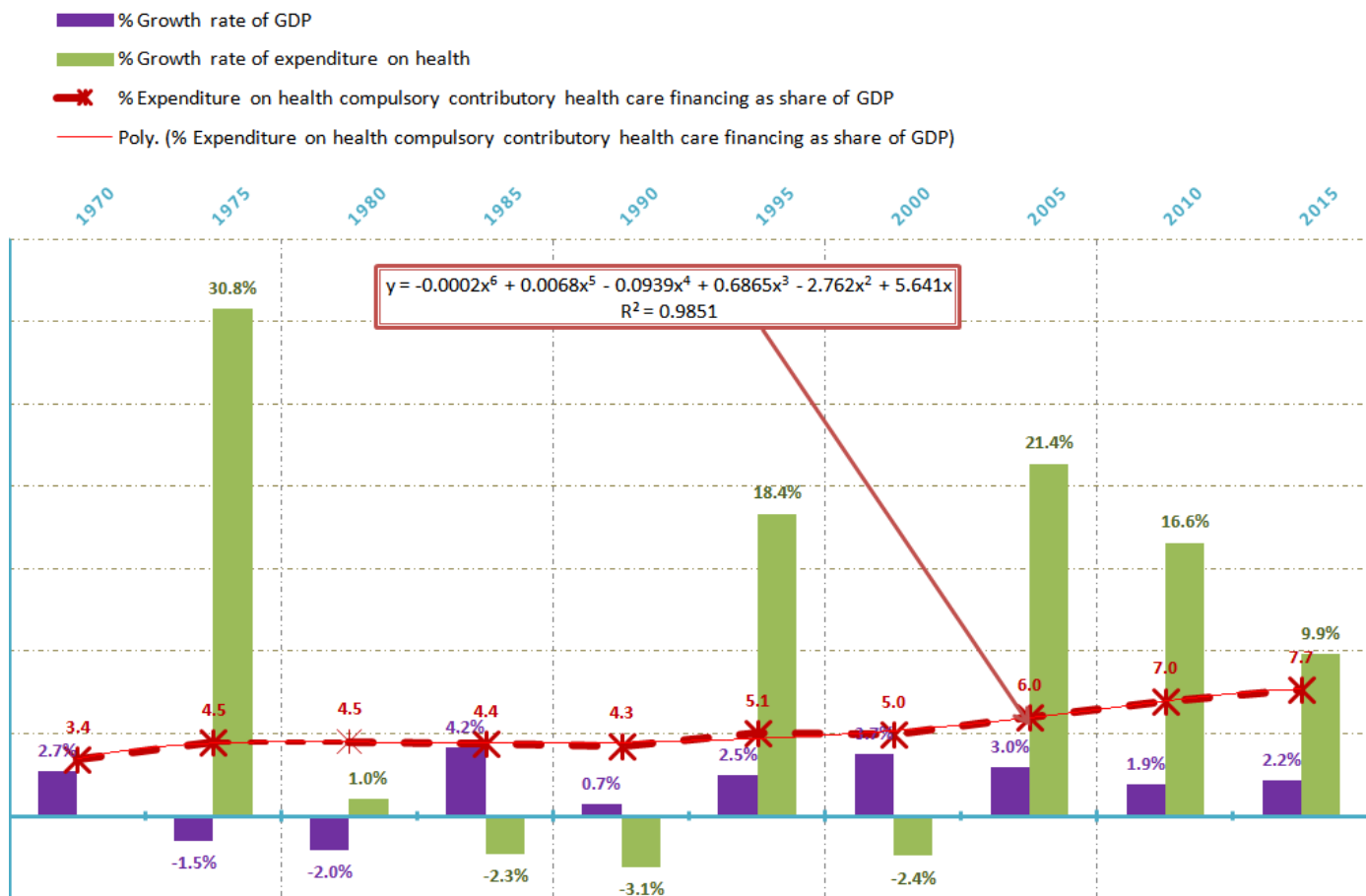
Πηγή: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators OECD

4.3 Η αναδιάρθρωση του τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη

4.3.1. Η αλλαγή της δημοσιονομικής πολιτικής και η αύξηση των δημόσιων εξόδων για την υγεία

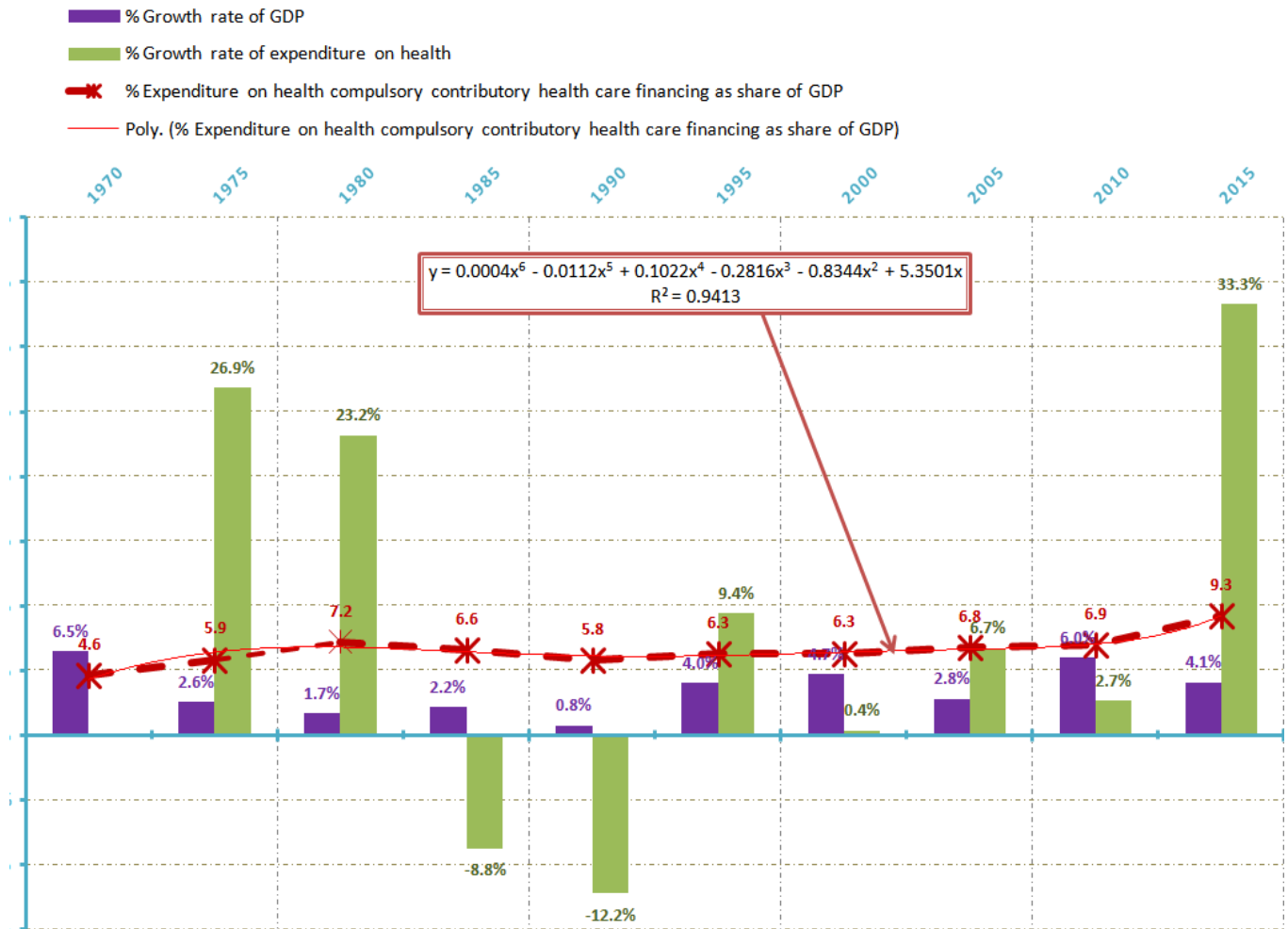
Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αντιμετώπισαν δυσκολία στον ισοσκελισμό των εξόδων που προέκυψαν από τις συγκριτικά αυξανόμενες ανάγκες στην υγειονομική περίθαλψη με τους μειούμενους έως και αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης που προέκυψαν μετά το τέλος της μεταπολεμικής ανάπτυξης και την πρώτη οικονομική ύφεση που ακολούθησε.

Γράφημα 1: ΗΒ:Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως % του ΑΕΠ συγκριτικά με το ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ τα τελευταία 45 έτη



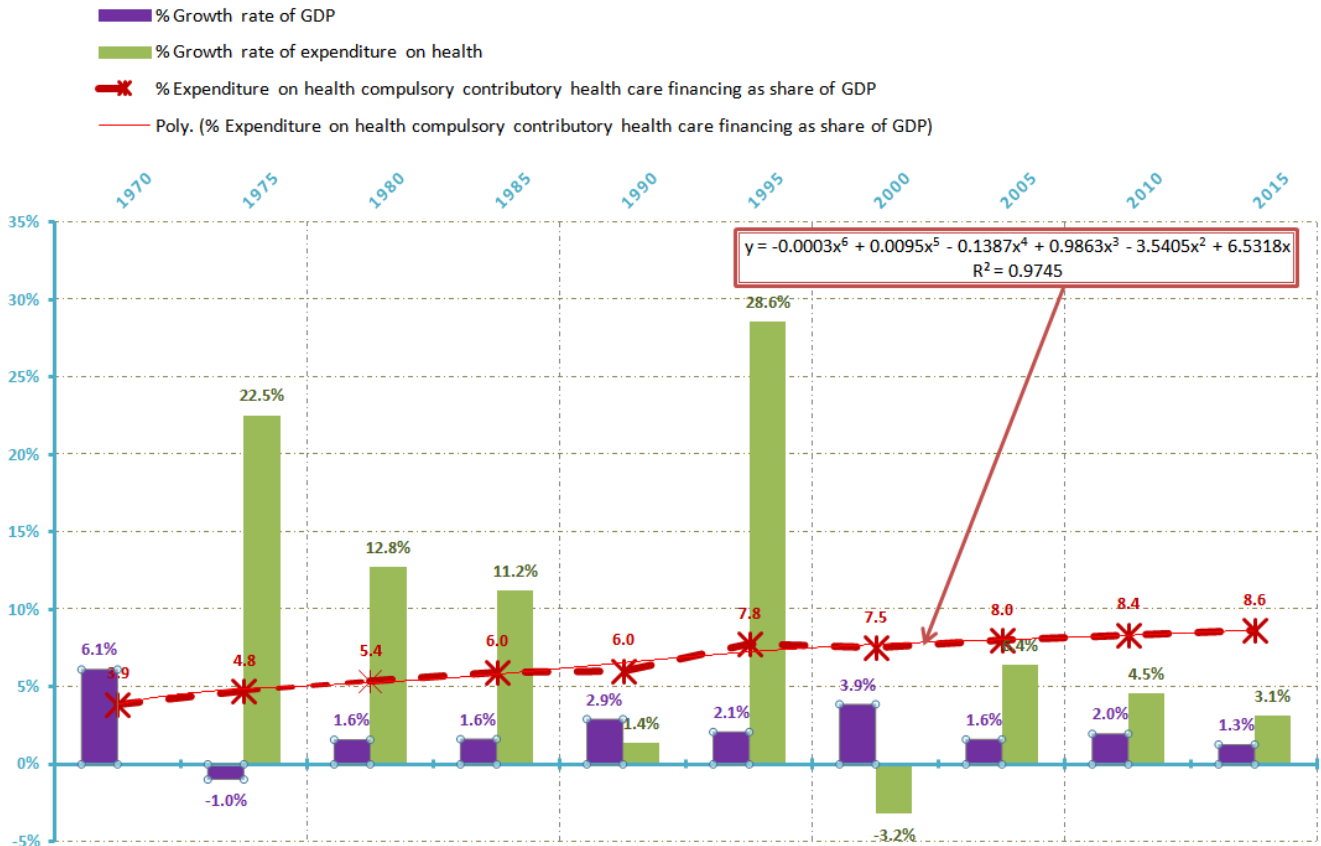
Πηγή: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators OECD

Γράφημα 2: Σουηδία: Ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ συγκριτικά με το ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ τα τελευταία 45 χρόνια



Πηγή: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators OECD

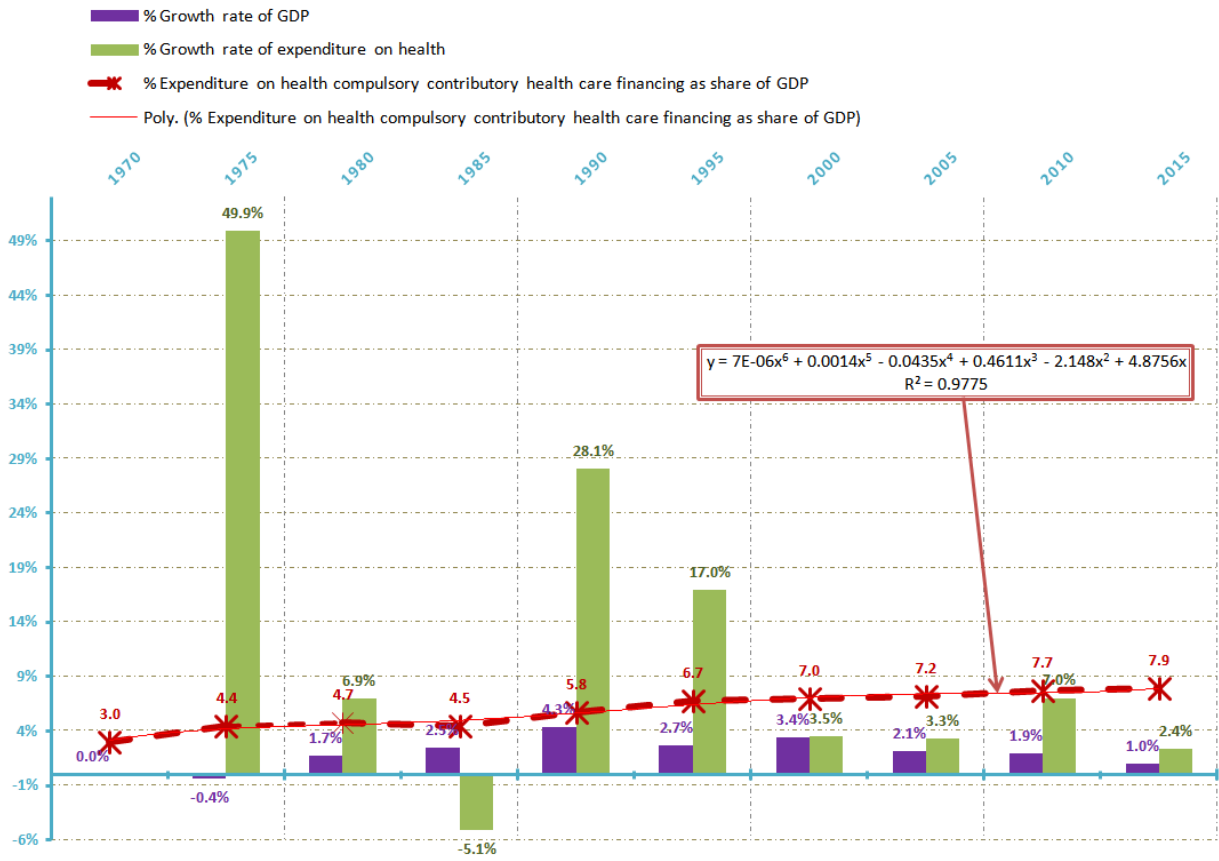
Γράφημα 3: Γαλλία: ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών στην υγεία ως % του ΑΕΠ συγκριτικά με το ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ τα τελευταία 45 χρόνια



Πηγή: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators OECD

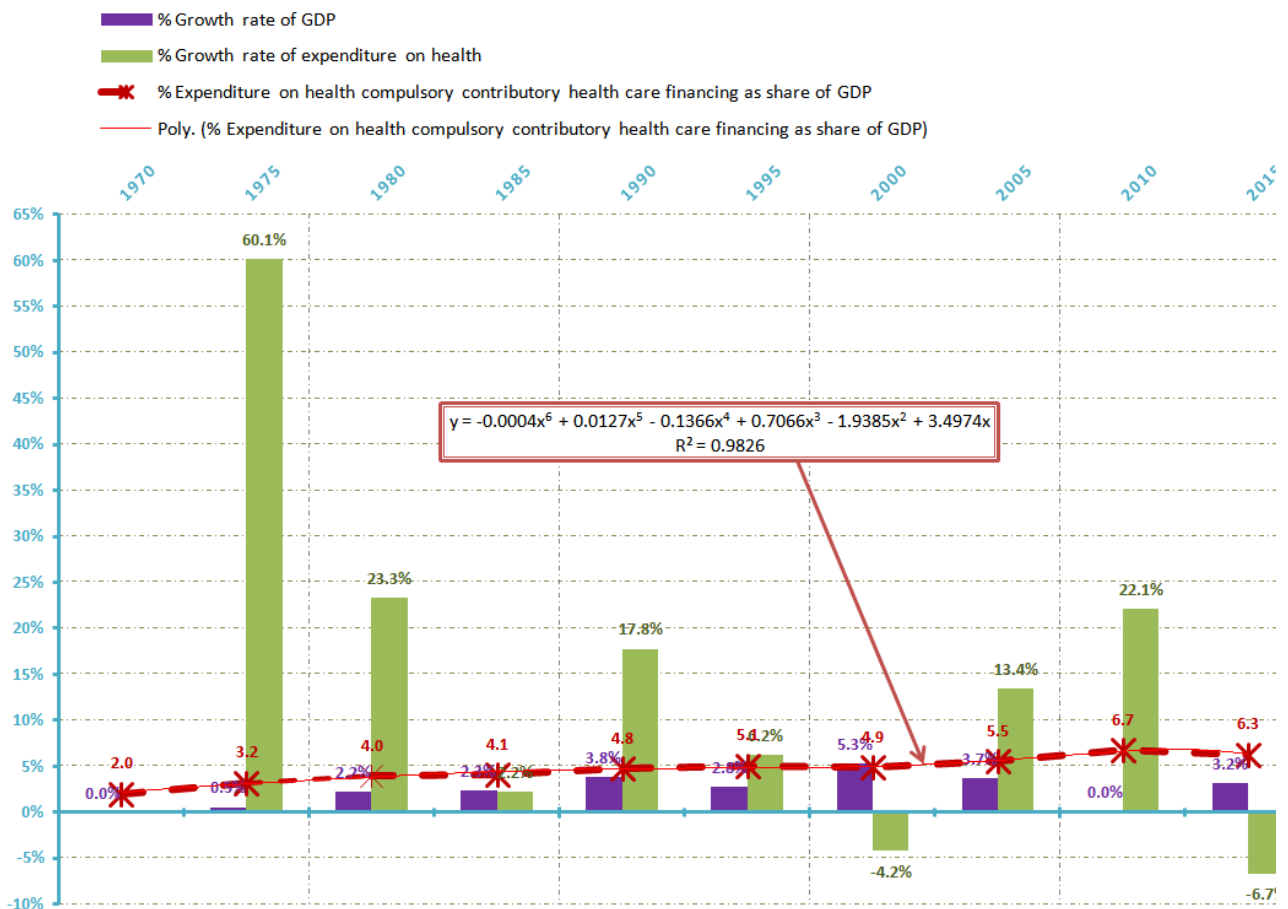
Με τη βοήθεια των δεδομένων που ελήφθησαν από τη βάση δεδομένων του ΟΑΣΑ ακολουθούν τα παρακάτω γραφήματα στα οποία παρουσιάζεται δειγματοληπτικά για χώρες της Ευρώπης ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ, ο ρυθμός μεταβολής των δημοσίων εξόδων για την Υγεία και η πορεία των εξόδων ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (stats.oecd.org).

Γράφημα 4: Αυστρία: Ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ συγκριτικά με το ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ τα τελευταία 45 χρόνια.



Πηγή: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators OECD

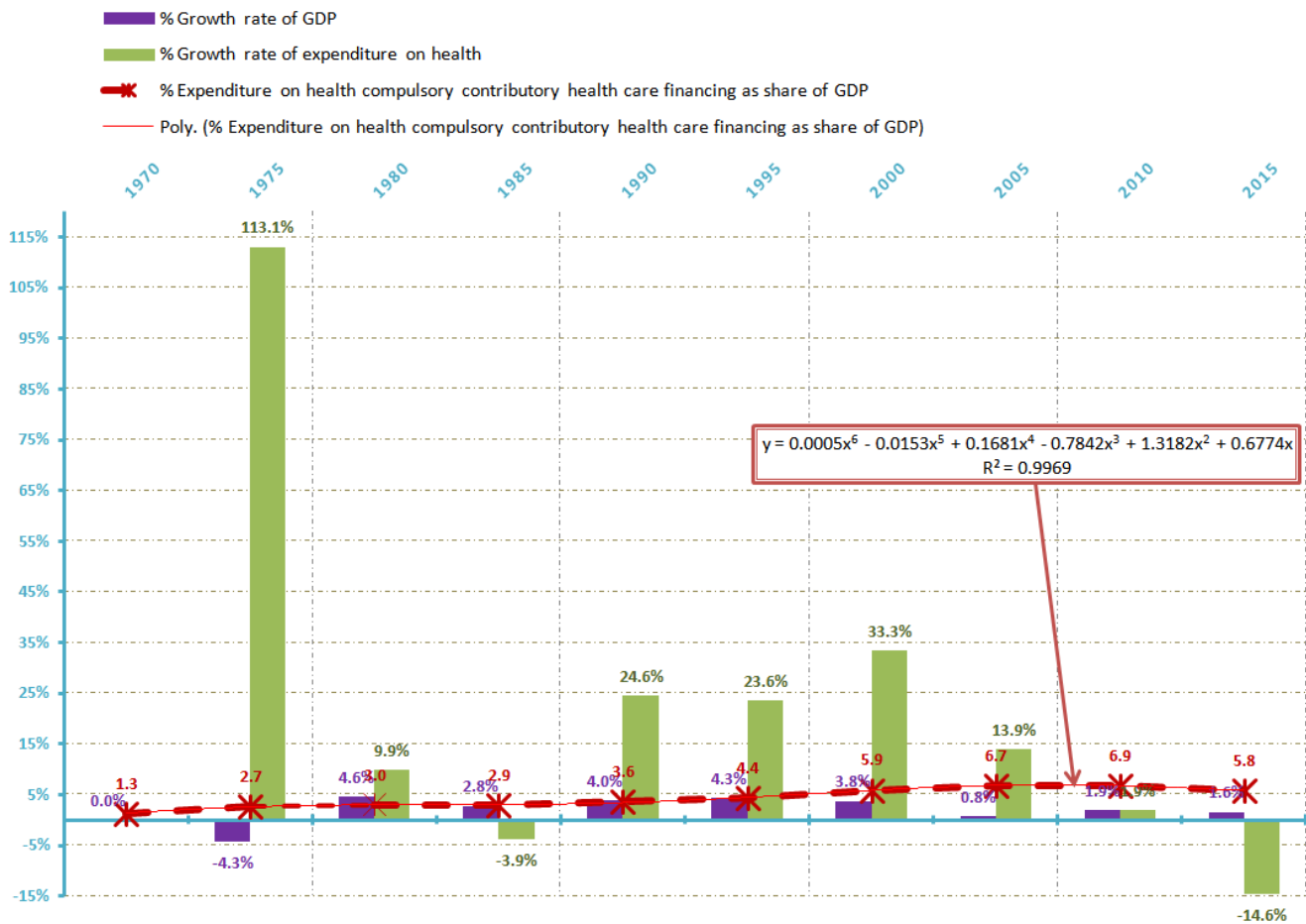
Γράφημα 5: Ισπανία: Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ συγκριτικά με το ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ τα τελευταία 45 χρόνια



Πηγή: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators OECD

Με εξαίρεση τη δεκαετία 1980 - 1990 όπου έγιναν σημαντικές περικοπές στα δημόσια έξοδα υγειονομικής περίθαλψης, η ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνολογιών όπου επιβάρυναν το κόστος περίθαλψης, η αλλαγή των ποιοτικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού των χωρών με τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού και η απαίτηση για υψηλότερη ποιότητα υγειονομικών υπηρεσιών πληθυσμού αύξησαν τα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης κατά αναλογία του ΑΕΠ (Πετμετζίδου, κ.α, 2015).

Γράφημα 6: Πορτογαλία: Ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών στην υγεία ως (%) του ΑΕΠ συγκριτικά με το ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ τα τελευταία 45 χρόνια



Πηγή: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators OECD

Τα δημόσια έξοδα για την υγειονομική περίθαλψη δεν είχαν κοινή τάση στις διάφορες περιοχές της Ευρώπης. Αν αναλυθεί ανά γεωγραφική περιοχή η Ευρώπη, θα παρατηρήσει κανείς κοινά πρότυπα μεταβολής του ΑΕΠ, αλλά και του ρυθμού μεταβολής των εξόδων. Ακολουθώντας την πορεία των πολιτικών και οικονομικών αλλαγών των αρχών της δεκαετίας του 1990 με την αλλαγή των ισορροπιών και την είσοδο νέων κρατών μελών στην ευρωπαϊκή οικογένεια, οι χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης παρέμειναν πρώτες στα έξοδα και στην ποσοστιαία μεταβολή τους (Πετμετζίδου, κ.α, 2015).

Εν αντιθέσει με τις Κεντροευρωπαϊκές χώρες στα Αγγλοσαξονικά κράτη, τα ποσοστά εξόδων ως προς το ΑΕΠ παρέμειναν χαμηλότερα. Με εξαίρεση τη Φιλανδία οι Σκανδιναβικές χώρες αύξησαν οριακά τα έξοδα τους ή ως επί το πλείστον

μειώθηκαν τις δεκαετίες 1980 – 1990 και 1990 – 2000. Επέστρεψαν σε θετικούς ρυθμούς την 1^η δεκαετία του 21^{ου} αιώνα (skai.gr).

Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα οι χώρες της νότιας Ευρώπης με υψηλούς ρυθμούς αύξησης των δημόσιων επενδύσεων στην υγεία προσπάθησαν να φτάσουν τα επίπεδα δημόσιας υγείας των χωρών της κεντρικής Ευρώπης, όπου παρέμεναν και εξακολουθούν να παραμένουν οι χώρες με τα μεγαλύτερα δημόσια κονδύλια (Πετμετζίδου, κ.α, 2015).

Η μείωση του ρυθμού ανάπτυξης σε πολλές χώρες της Ευρώπης τη δεκαετία μεταξύ 1970 – 1980 οδήγησε σε αλλαγή των κοινωνικών πολιτικών. Η στροφή έγινε προς συντηρητικότερες πολιτικές, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την επικράτηση των νεοφιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και ιδιωτικοποιήσεων της Margaret Thatcher στο ΗΒ. Ακολούθησε η εφαρμογή μετριοπαθέστερων πολιτικών λιτότητας στο μεγαλύτερο μέρος της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης (Πετμετζίδου, κ.α, 2015).

Η λιτότητα μέσω του ελέγχου των δημοσίων δαπανών αποτέλεσε στόχο για τα κράτη μέλη που υπέγραψαν το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης, το οποίο αποτέλεσε τη διάδοχη κατάσταση του Προγράμματος Σύγκλισης της Συνθήκης Μάαστριχτ (ec.europa.eu).

«Το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης» βασίζεται στο **άρθρο 104 της Συνθήκης Σύγκλισης του Μάαστριχτ**, το οποίο υποχρεώνει τα κράτη - μέλη σε δημοσιονομική πειθαρχία σεβόμενα τα δύο τουλάχιστον από τα πέντε κριτήρια, που ορίζουν ότι το δημοσιονομικό έλλειμμα ως ποσοστό του ΑΕΠ δεν πρέπει να υπερβαίνει την τιμή αναφοράς του 3% και αντίστοιχα το δημοσιονομικό χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ δεν πρέπει να υπερβαίνει την τιμή αναφοράς του 60%, με κάποιες εξαιρέσεις. Παρέχει την δυνατότητα επιβολής κυρώσεων σε κράτος-μέλος που δεν συμμορφώνεται στις Συστάσεις του Συμβουλίου. Στόχος του ΣΣΑ ήταν η καθιέρωση ενός συστήματος συντονισμού και επιτήρησης των εθνικών δημοσιονομικών πολιτικών που να εξασφαλίζει ότι η προσπάθεια δημοσιονομικής πειθαρχίας των κρατών-μελών θα συνεχιστεί και θα ενισχυθεί μετά την εισαγωγή του ενιαίου νομίσματος, και την ευρωστία των δημοσίων οικονομικών, που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία της ΟΝΕ (Δούμκου, 2014).

Ο συνδυασμός περικοπών στη φορολογία, και η μείωση των δημόσιων επενδύσεων είχαν ως αποτέλεσμα την κρίση του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και ασφαλιστικής κάλυψης. Οι αλλαγές αυτές επίδρασαν καταλυτικά όχι

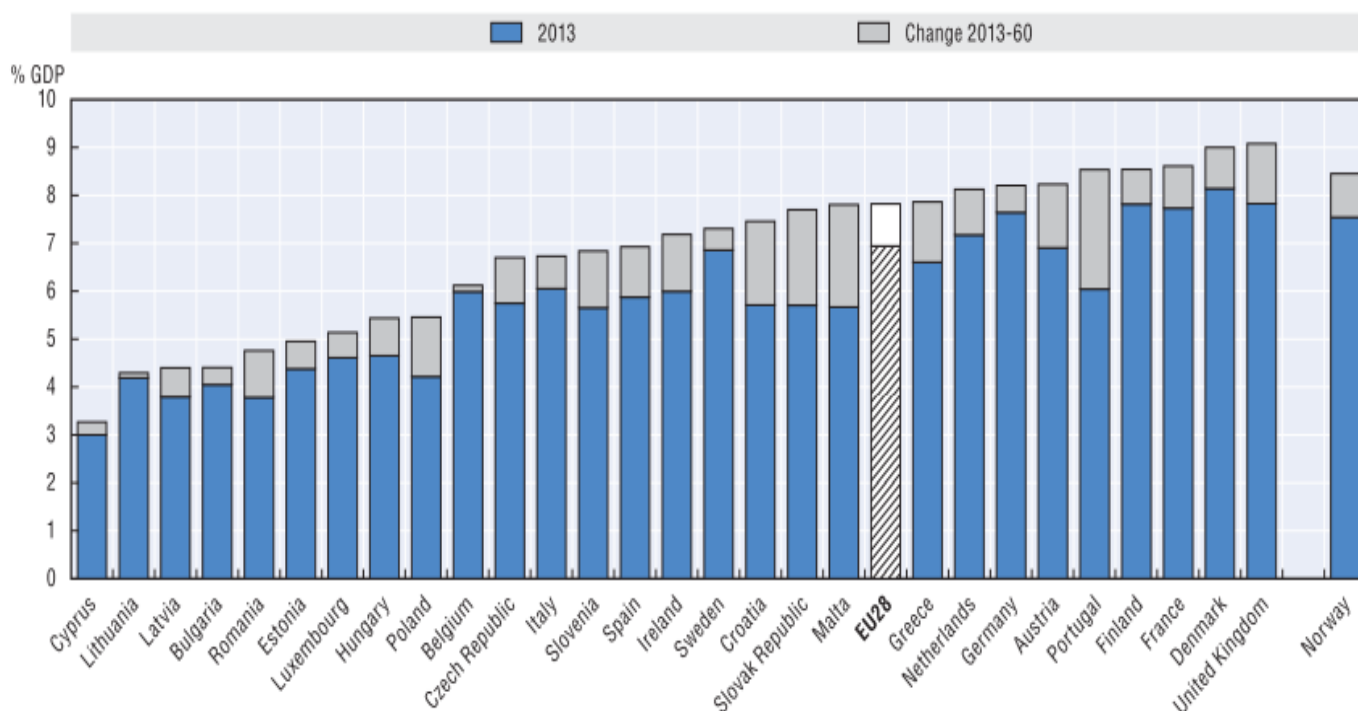
μόνο στις χώρες με κατά Beveridge δημόσια ασφαλιστικά συστήματα, δηλαδή όσα χρηματοδοτούνταν μέσω του φορολογικού συστήματος, αλλά και στα εισφοροδοτικά συστήματα. Στα τελευταία, οι νοσηλευτικές και υγειονομικές υποδομές καλύπτονται από την περιφερειακή διοίκηση, ενώ η κάλυψη των εξόδων περίθαλψης από τα δημόσια ταμεία ασφαλιστικής κάλυψης (εισφορές). Για παράδειγμα, σε ομοσπονδιακά συστήματα διακυβέρνησης όπως η Γερμανία, η δημοτική και περιφερειακή διοίκηση ήταν αυτή που υπέστη τη μεγαλύτερη πίεση για μείωση των εξόδων. Συγχρόνως τα δημόσια ταμεία υπέστησαν καθίζηση στα έσοδα τους καθώς οι μισθοί παρέμειναν σταθερά καθηλωμένοι ή και μειούμενοι. Στην ανωτέρω μείωση των ασφαλιστικών εισφορών συνέβαλε αρνητικά και η δημιουργία νέων άτυπων μορφών εργασιακών σχέσεων (διάφορες μορφές μερικής απασχόλησης ή τύπου απασχόλησης - μαθητείας) με πολύ μικρή έως και ανύπαρκτη συνεισφορά για τα ασφαλιστικά ταμεία (Δούμκου, 2014).

4.3.2. Η επιρροή των ιδιωτικών επενδύσεων στην αναδιάρθρωση του τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη

Πέραν των όσων αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα, εξ' ίσου σημαντικό είναι και το ενδιαφέρον που προήλθε από πολυεθνικούς οργανισμούς και επενδυτικά σχήματα από την προσμενόμενη κερδοφορία και ανάπτυξη στον ευρύτερο κλάδο της υγείας, όπως: πολυεθνικές εταιρείες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ασφαλιστικά και αντασφαλιστικά χρηματοοικονομικά σχήματα, φαρμακευτικές εταιρείες, ο κατασκευαστικός κλάδος υγειονομικών υποδομών και μεγάλοι πάροχοι ιατρικής τεχνολογίας. Πέραν της γενικευμένης λιτότητας, τον περιορισμό των δημοσίων εξόδων και την κρίση στα δημόσια έσοδα, ο κλάδος της υγείας εκτιμάται ότι θα εξακολουθήσει να αναπτύσσεται μεσοπρόθεσμα.

Ως επί τω πλείστον ο τομέας της υγείας δεν ακολουθεί τους οικονομικούς κύκλους (non-cyclical sector). Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι μη κυκλική αν θεωρήσουμε ότι μεταβολή ή ο ρυθμός μεταβολής των δημοσίων δαπανών αποτελούν έκφραση της ζήτησης αυτής, όπως αυτό αποδίδεται στο ακόλουθο γράφημα:

Γράφημα 7: Δημόσια δαπάνη ως ποσοστό (%) ΑΕΠ. Προβολή 2013 – 2060



Πηγή: HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2016 © OECD/EUROPEAN UNION 2016, PROJECTIONS OF PUBLIC EXPENDITURE ON HEALTH AND LONG-TERM CARE EC and EPC (2015)

Συνεπώς ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα σχετικά ασφαλές πεδίο επενδύσεων, είτε αφορά ιδιωτικές επενδύσεις στο τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων, είτε στην ανάπτυξη ιδιωτικών συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ως επιστέγασμα να σημειωθεί ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου ΠΟΕ (World Trade Organization) έχει αναγάγει το τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ως πρωταρχικό ζήτημα στις συνομιλίες του Γενικού Συμφώνου για το Εμπόριο και τις Υπηρεσίες (Mackenbach, 2002).

4.3.3 Η επιχειρηματολογία των υπέρμαχων της ιδιωτικοποίησης των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη

Η επιχειρηματολογία υπέρ του ρόλου του ιδιωτικού τομέα στην υγεία έχει επικεντρωθεί στη συχνότερη αναφορά της αποδοτικότητας και της ποιότητας των ιδιωτικών ασφαλιστικών συστημάτων υγείας σε σχέση με το κόστος περίθαλψης. Είναι αληθές πως η διαχείριση και η δομή του δημόσιου ασφαλιστικού συστήματος υγείας απέχουν από το ιδανικό με αποτέλεσμα την μειωμένη αποδοτικότητα και την έλλειψη κινήτρων για τη συγκράτηση του κόστους λειτουργίας και ασφαλισιμότητας. Εν αντιθέσει, με τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος απολαμβάνει υψηλό βαθμό εξειδίκευσης, μεγάλα ποσοστά καταμερισμού εργασίας και ευελιξία στην επιλογή των φορέων περίθαλψης. Με αποτέλεσμα να τεκμαίρεται ότι επιτυγχάνουν μεγαλύτερες επιδόσεις στον περιορισμό των εξόδων («ζημιές») περίθαλψης προς τους παρόχους υγείας αν και τα κόστη διοίκησης και διαφήμισης είναι πολύ μεγαλύτερα από αυτά του δημοσίου.

Παράλληλα σημειώνουν ότι η απορρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας θα επιτρέψει τον ανταγωνισμό να λειτουργήσει υπέρ της περεταίρω μείωσης των εξόδων περίθαλψης του πληθυσμού. Η θεώρηση αυτή δεν συμπεριλαμβάνει τη δυναμική των δημόσιων συστημάτων κάλυψης υγείας τα οποία αντιμετωπίζουν καθολικά το ζήτημα της υγείας του πληθυσμού, ανεξάρτητα κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης. Τα δημόσια συστήματα μπορούν να λειτουργούν για το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνίας χωρίς εξαιρέσεις, σε ακραίες συνθήκες ή να καλύπτουν προβλήματα υγείας τα οποία δεν αναλαμβάνουν τα ιδιωτικά συστήματα (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Πίνακας 5: Συγκριτικός πίνακας του κόστους διαχείρισης μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών συστημάτων ασφάλισης.

Country	Voluntary (% of premium income)	Statutory (% of public expenditure on health)
CC: Belgium	25.8% (commercial individual) 26.8% (commercial group)	4.8%
Netherlands	12.7%	4.4%
Germany	10.2%	5.09% (2000)
France	10-15% (mutuals) 15-25% (commercial)	4-8%
Austria	22% (early 1990s)	3.6% (2000)
ASC: United Kingdom	About 15%	3.5% (1995)
Ireland	11.8% (Vhi Healthcare 2001) 5.4% (Vhi Healthcare 1997)	2.8% (1995)
SC: Italy	27.8% (2000)	0.4% (1995)
Spain	About 13-15%	5.0%
Portugal	About 25%	-
Greece	15-18% (commercial life insurance)	5.1%

Πηγή: (Mossialos & Thomson), Συντομεύσεις: CC: Ηπειρωτικές Ευρωπαϊκές Χώρες, ASC: Αγγλοσαξονικές Χώρες, SC: Νοτιοευρωπαϊκές Χώρες.

4.3.4 Οι μορφές ιδιωτικοποίησης

Η έννοια της ιδιωτικοποίησης είναι αρκετά συγκεχυμένη στον τομέα της υγείας, καθώς μέσα από ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικού τύπου οργανισμών και κλάδων που αφορούν την υγεία δε διαφαίνεται εν πρώτοις τι είναι αμιγώς «ιδιωτικών συμφερόντων». Η ιδιωτικοποίηση μπορεί να συσχετίζεται με διαφορετικές διεργασίες ή με διάφορους ιδιωτικούς φορείς.

Συνεπώς εξετάζοντας ένα σύστημα υγείας διακρίνουμε τα ακόλουθα στοιχεία από τα οποία μπορεί να διαφανεί αν πρόκειται για ιδιωτικό ή δημόσιο σύστημα υγείας (ec.europa.eu):

1. Οι συμμετέχοντες φορείς: για το δημόσιο αποτελούν οι διάφορες βαθμίδες δημόσιας διοίκησης, ενώ για τον ιδιωτικό τομέα οι «μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα» και «κερδοσκοπικού χαρακτήρα» οργανισμοί.
2. Η προέλευση των αποφάσεων: που λαμβάνονται σχετικά με τη δομή του συστήματος υγείας. Δηλαδή, αν λαμβάνονται οι αποφάσεις μέσω ενός δημόσιου θεσμού, μίας διοικητικής αρχής ή αποτελούν μέρος της πολιτικής που εξασκεί η γενική κυβέρνηση.

3. Η προέλευση της χρηματοδότησης: του συστήματος υγείας. Δηλαδή αν προέρχεται από ένα εισφοροδοτικό μηχανισμό, αν χρηματοδοτείται από συνεισφορές και συμβολαϊκά δικαιώματα (premia), αν γίνεται με συμμετοχή του εργοδότη ή εξ ολοκλήρου από τον εργαζόμενο.
4. Το είδος του ασφαλιστρού: (υποχρεωτικό ή όχι, με δυνατότητα συμπληρωματικής ασφάλειας) και το είδος του ασφαλιζόμενου.
5. Ο τύπος των υγειονομικών παροχών, αν πρόκειται για πρωτοβάθμια περίθαλψη, πρόληψη – διάγνωση, κα.
6. Τον ιδιοκτήτη των μέσων παροχής υγειονομικής φροντίδας (οικόπεδο, κτίριο, εξοπλισμός, πνευματικά δικαιώματα).

4.3.5 Οι κύριες διαδικασίες ιδιωτικοποίησης

Η ιδιωτικοποίηση λαμβάνει χώρα μέσα από διαδικασίες οι οποίες μεταφέρουν μέρος ή σύνολο των αναφερόμενων υπηρεσιών από το δημόσιο προς τον ιδιωτικό τομέα. Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όριο μεταξύ του δίπολου (δημόσιο – ιδιωτικό συμφέρον) καθώς υφίστανται αλληλεπικαλύψεις και αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των δύο. Η ιδιωτικοποίηση είναι μία συνεχόμενη λειτουργία η οποία εξαρτάται από την ευχέρεια του κράτους να επιτρέψει το ιδιωτικό συμφέρον να εισέλθει στους διάφορους τομείς δημοσίου συμφέροντος. Για παράδειγμα, δημόσια χρηματοδότηση μπορεί να παράγεται σε ένα ιδιωτικό σχήμα αν αυτό είναι προς όφελος του δημοσίου (Σιούφας, 2013).

Ακολουθούν οι συνήθεις διαδικασίες ιδιωτικοποίησης (Σιούφας, 2013) :

- Απορρύθμιση (deregulation), κατά την οποία γίνεται η άρση των περιορισμών στη χρήση εργαλείων της ιδιωτικής οικονομίας στο δημόσιο ή και η μείωση των κανόνων που ρυθμίζουν τον εκάστοτε οικονομικό τομέα. Ένα παράδειγμα είναι η δυνατότητα σύστασης επενδυτικών σχημάτων (πχ. αμοιβαία κεφαλαία) τα οποία διαχειρίζονται μέρος των κεφαλαίων (δημόσιων ταμείων) που αφορούν αποζημιώσεις υγείας ή η δυνατότητα λήψης χρηματοδότησης από ιδιωτικές επενδύσεις. Με ανάθεση έργου η οποία μπορεί να αφορά λήψη, μέχρι πρότινος δημόσιων, υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα έως την ολοκληρωτική αντικατάσταση ενός συνόλου υπηρεσιών που παράγονται από ένα δημόσιο οργανισμό με

τη δημιουργία αντίστοιχου ιδιωτικού «μη κερδοσκοπικού» ή «κερδοσκοπικού» χαρακτήρα. Μία ασάφεια που προκύπτει εξ' ορισμού είναι το θέμα που προκύπτει όταν ένας «μη κερδοσκοπικός» φορέας μετατρέπεται σε «κερδοσκοπικό» αν ονομάζεται ιδιωτικοποίηση ή εμπορευματοποίηση (Kupstsch).

- Επιτρέποντας το κράτος την ευνοϊκή αντιμετώπιση του ιδιωτικού τομέα ενός κλάδου της οικονομίας έναντι του δημοσίου για τον ίδιο κλάδο, ή παρέχοντας εγγυήσεις, κίνητρα προσέλκυσης κεφαλαίων και δημόσιες επιχορηγήσεις.
- Μειώνοντας τη συμμετοχή του δημοσίου με αντίστοιχη αύξηση, της συμμετοχής των πολιτών στα έξοδα που επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό «Out of rockets» για τη χρήση ενός δημόσιου αγαθού όπως η υγειονομική περίθαλψη (Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2016).

4.4 Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην αναδιάρθρωση του τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων στην Ευρώπη

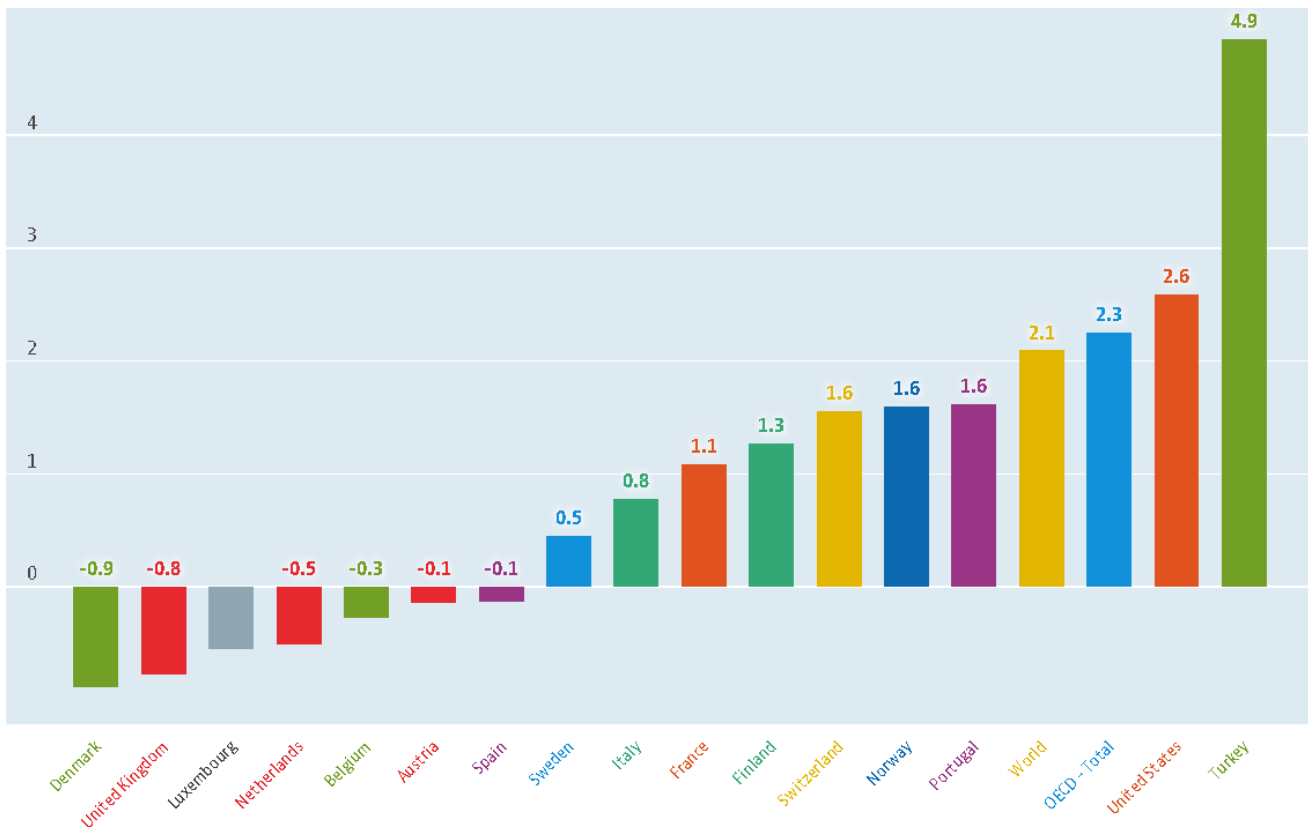
Η άσκηση της δημόσιας υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέκαθεν αποτελούσε κεντρικό στοιχείο της εθνικής πολιτικής τους. Τα κράτη μέλη της ήταν σε μεγάλο βαθμό, απρόθυμα να παραχωρήσουν μέρος της άσκησης της πολιτικής υγείας προς την κεντρική εξουσία της ΕΕ.

Το ευρωπαϊκό σύμφωνο κάνει αναφορά μόνο στο τομέα της δημόσιας υγείας και σύμφωνα με το «άρθρο 152, § 1» προτρέπει τις εθνικές πολιτικές να εναρμονιστούν προς το κοινό συμφέρον της διατήρησης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας. Το σύμφωνο, επιπλέον, απαιτεί από την Κοινότητα να προτρέπει τη συνεργασία και την κοινή δράση μεταξύ των χωρών μελών για την διασφάλιση της υγείας εντός των ευρωπαϊκών συνόρων (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1992). Παράλληλα, όμως, αναφέρεται στο ίδιο άρθρο, ότι η ευρωπαϊκή κοινότητα θα περιορίζει τη δράση της στο τομέα της δημόσιας υγείας στο βαθμό όπου αυτή αποτελεί μέρος των υποχρεώσεων του εκάστοτε μέλους κράτους. Αυτό, βέβαια, σημαίνει ότι η δυνατότητα επέμβασης της Κοινότητας στο τομέα της δημόσιας υγείας δεν έχει το αντίκτυπο που θα μπορούσε ή θα προέβλεπε κανείς. Η ελευθερία των κρατών μελών στη λήψη και εφαρμογή πολιτικών δημόσιας υγείας και κοινωνικής ασφάλισης για την κάθε χώρα χωριστά μαζί με την ελευθερία μετακίνησης αγαθών, υπηρεσιών και ανθρώπων εντός των συνόρων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτέλεσε θεμελιώδες δικαίωμα και ελευθερία μεταξύ των κρατών μελών (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1992).

Το ερώτημα, ίσως, που μπόρεσε να διαμορφώσει και να απαντήσει η ευρωπαϊκή κοινότητα είναι αν και σε ποιο βαθμό η υγειονομική φροντίδα είναι μία παροχή υπηρεσιών υπό την οπτική μίας κοινής εμπορικής συνδιαλλαγής. Τα κράτη μέλη επανειλημμένως επιχειρηματολόγησαν υπέρ της θέσης ότι η παροχή υγείας δεν πρέπει να αποτελεί οικονομική δραστηριότητα υπό το πρίσμα ότι οι πάροχοι δεν πρέπει να προσβλέπουν σε κερδοφορία (Οικονόμου, 2012).

Μάλιστα, κατόπιν σκληρών διαπραγματεύσεων μίας πλειοψηφίας κρατών μελών έγινε εφικτό ο τομέας της υγείας να αποκλειστεί από τη οδηγία για την Εντός ΕΕ Αγοράς Υπηρεσιών (Internal Service Market Directive) το Δεκέμβριο του 2006.

Γράφημα 10: 1981 Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), ετησιοποιημένος ρυθμός μεταβολής.



Πηγή: OECD Economic Outlook: Statistics and Projections

Όσο ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης ήταν τέτοιος που μπορούσε να διατηρήσει τον ρυθμό αύξησης των εξόδων κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης, το κράτος όχι μόνο ήταν ρυθμιστής αλλά και ο κύριος χρηματοδότης του ασφαλιστικού συστήματος κάλυψης της υγείας. Το δημόσιο κατά την ευρύτερη έννοια, δηλαδή είτε μέσω της γενικής κυβέρνησης είτε μέσω της περιφερειακής διοίκησης ήταν ο μεγαλύτερος επενδυτής αλλά και σημαντικός ιδιοκτήτης σε όλες τις βαθμίδες παροχής υγείας (Θεοδωρόπουλος, 1998).

Συγκεκριμένα, στις χώρες με φοροεισπρακτική χρηματοδότηση της υγείας η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια βαθμίδα υγείας ήταν κατά κύριο λόγο δημόσια. Εν αντιθέσει, με τις ως άνω χώρες, σε αυτές όπου επικράτησε η εισφοροεισπρακτική χρηματοδότηση της υγείας δηλαδή το κατά Bismarck μοντέλο, διατηρήθηκε ο ιδιωτικός μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα δευτεροβάθμιος και τριτοβάθμιος τομέας της υγείας. Κατ' εξαίρεση σε χώρες που παρέμεινε ο ιδιωτικός κερδοσκοπικού

χαρακτήρα δευτεροβάθμιος και τριτοβάθμιος τομέας της υγείας όπως στις «Κάτω Χώρες» λειτούργησε σε πολύ μικρή κλίμακα (Maarse & Meulen, 2006).

4.5. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας και οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ευρώπη

Παρά τις προσπάθειες που πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια για τη βελτίωση της λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και παρά το γεγονός ότι τα ιδιωτικά θεραπευτήρια έχοντας αναβαθμίσει τις υπηρεσίες τους σε τεχνολογικό εξοπλισμό και σε ξενοδοχειακό επίπεδο έχουν υψηλό κόστος για τις υπηρεσίες που προσφέρουν, οι πολίτες δείχνουν σαφή προτίμηση στην ιδιωτική υγεία (Σουλιώτης, 2002).

Ένα στοιχείο συζήτησης είναι ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν ξεκαθάρισε από την αρχή τους ρόλους της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Καθώς η απόσταση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας θα διευρύνεται, προβλέπεται ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες θα επιδιώξουν να αποσπάσουν μεγαλύτερο μερίδιο από την συγκεκριμένη αγορά, λαμβανομένου υπόψη ότι οι συμφωνίες για την κάλυψη πελατών δεν επαρκούν (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Η σταδιακή αύξηση του ΑΕΠ τη τελευταία εικοσαετία οδήγησε στη δημιουργία αρνητικής σχέσης ως προς τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ και του ΕΣΥ. Σύμφωνα με έρευνες αγοράς, η κατά 10% αύξηση του ΑΕΠ οδήγησε σταδιακά στη στροφή του πολίτη προς εναλλακτικές υπηρεσίες υγείας πλην εκείνων του ΙΚΑ (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Η ιδιωτική υγεία είναι εκείνη που διευρύνει το μερίδιό της με πολύ ταχύτερους ρυθμούς σε βάρος του δημοσίου συστήματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοικοκυριών με συγκεκριμένα εισοδήματα στρέφεται στον ιδιωτικό τομέα υγείας για να καταναλώσει υπηρεσίες καλύτερης ποιότητας. Η γρήγορη ανάπτυξη των δαπανών για την υγεία και τα διαρθρωτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ (μειώνεται συνεχώς το μερίδιο που κατέχει στην αγορά), εξηγούν τους λόγους για τους οποίους έχουν αυξηθεί -και θα συνεχίζουν να αυξάνονται με ταχείς ρυθμούς- οι επενδύσεις από ιδιώτες στον τομέα της υγείας (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας αντικατοπτρίζει πλήρως τη συμβολή (συμμετοχή) του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς οι δημόσιες δαπάνες ανέρχονται στο 5% του ΑΕΠ, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να καταλαμβάνει τη δέκατη τρίτη θέση σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (15), αμέσως μετά την Πορτογαλία στην οποία οι αντίστοιχες κρατικές δαπάνες ανέρχονται σε 4,7% και την Ιρλανδία στην οποία προσεγγίζουν το 4,9%. Η αντίθεση στα προηγούμενα είναι πως αν ληφθούν υπόψη και οι ιδιωτικές δαπάνες στον τομέα υγείας τότε το συνολικώς διατιθέμενο ποσοστό του ΑΕΠ συμπεριλαμβανομένων και των κρατικών δαπανών καταλαμβάνει το 9,5% (2002) με αποτέλεσμα η Ελλάδα να κατατάσσεται μαζί με την Σουηδία στη τρίτη θέση. Υπολείπεται μόνο της Γερμανίας στην οποία οι αντίστοιχες συνολικές δαπάνες ανέρχονται στο 10,7% και της Γαλλίας στην οποία φθάνουν το 9,6%. (healthmag.gr).

Το υψηλό αυτό επίπεδο δαπανών αντανακλά την ανεπάρκεια του κρατικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας να καλύψει τις ανάγκες του μέσου πολίτη για το λόγο ότι τόσο το επίπεδο όσο και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών δεν μπορεί να συγκριθεί με το αντίστοιχο επίπεδο κρατών όπως η Ολλανδία ή η Σουηδία. Στην Ελλάδα οι ατομικές δαπάνες στον τομέα υγείας είναι οι υψηλότερες στην Ε.Ε. Αυτό δείχνει την προσπάθεια των πολιτών να καλύψουν τις ανάγκες που δεν κατάφερε να ικανοποιήσει ο δημόσιος τομέας υγείας. Το διατιθέμενο ποσό από το ατομικό εισόδημα ανέρχεται τελικά στο 3,6% του ΑΕΠ με δεύτερη τη Πορτογαλία με 3,2% (healthmag.gr).

Πίνακας 6: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000)

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		
ΧΩΡΕΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ
Αυστρία	6,0	2,3
Βέλγιο	6,7	0,9
Δανία	6,7	1,3
Φιλανδία	5,7	1,7
Γαλλία	7,1	2,5
Γερμανία	8,3	2,4
Ελλάδα	5,0	3,6
Ιρλανδία	4,9	1,4
Ιταλία	5,3	2,3
Λουξεμβούργο	6,4	0,6
Ολλανδία	6,2	2,3
Πορτογαλία	4,7	3,2
Ισπανία	5,6	1,8
Σουηδία	7,2	1,4
Βρετανία	5,8	1,0

Πηγή: ΟΟΣΑ 2003.

Το ίδιο επιβεβαιώνει και ο **Πίνακας 7** όπου σε είκοσι μία χώρες του ΟΟΣΑ η Ελλάδα καταλαμβάνει την τρίτη θέση μετά τις ΗΠΑ και την Ελβετία σε ιδιωτικές δαπάνες σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας (Mossialos, 2002).

Πίνακας 7: Δημόσιες & ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως % των συνολικών δαπανών υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ (2000)

ΧΩΡΕΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ
Αυστραλία	68,9	31,1
Αυστρία	69,7	30,3
Βέλγιο	71,2	28,8
Καναδάς	70,9	29,1
Δανία	82,5	17,5
Φιλανδία	75,1	24,9
Γαλλία	75,8	24,2
Γερμανία	75,0	25,0
Ελλάδα	56,1	43,9
Ιρλανδία	73,3	26,7
Ιταλία	73,3	26,7
Ιαπωνία	78,3	21,7
Λουξεμβούργο	87,8	12,2
Ολλανδία	63,4	36,6
Νορβηγία	85,0	15,0
Πορτογαλία	68,5	31,5
Ισπανία	71,7	28,3
Σουηδία	85,0	15,0
Ελβετία	55,6	44,4
Βρετανία	80,9	19,1
ΗΠΑ	44,2	55,8

Πηγή: ΟΟΣΑ 2003.

Η αύξηση που παρουσιάζει ο ιδιωτικός τομέας υγείας έστρεψε το ενδιαφέρον πολλών επιχειρηματιών στο χώρο, οι οποίοι, είτε μέσω κοινοπραξιών είτε μεμονωμένα, προχώρησαν σε επενδύσεις στο χώρο. Έχοντας ξεπεράσει το στάδιο της ανεξέλεγκτης δημιουργίας Διαγνωστικών Κέντρων, τα οποία από τα μέσα της δεκαετίας του '80 είχαν δημιουργήσει υπερβάλλουσα προσφορά, οι επενδυτές προχώρησαν σε ανάπτυξη Ιδιωτικών Κλινικών και Θεραπευτηρίων με προοπτική να αποσπάσουν μερίδια από το ΕΣΥ, το οποίο αντιμετωπίζει μια φάση αναζήτησης νέου προσανατολισμού. Τα τελευταία χρόνια με την είσοδο συγκεκριμένων επιχειρήσεων του τομέα υγείας στο χώρο του Χρηματιστηρίου, ο ανταγωνισμός δεν αφήνει

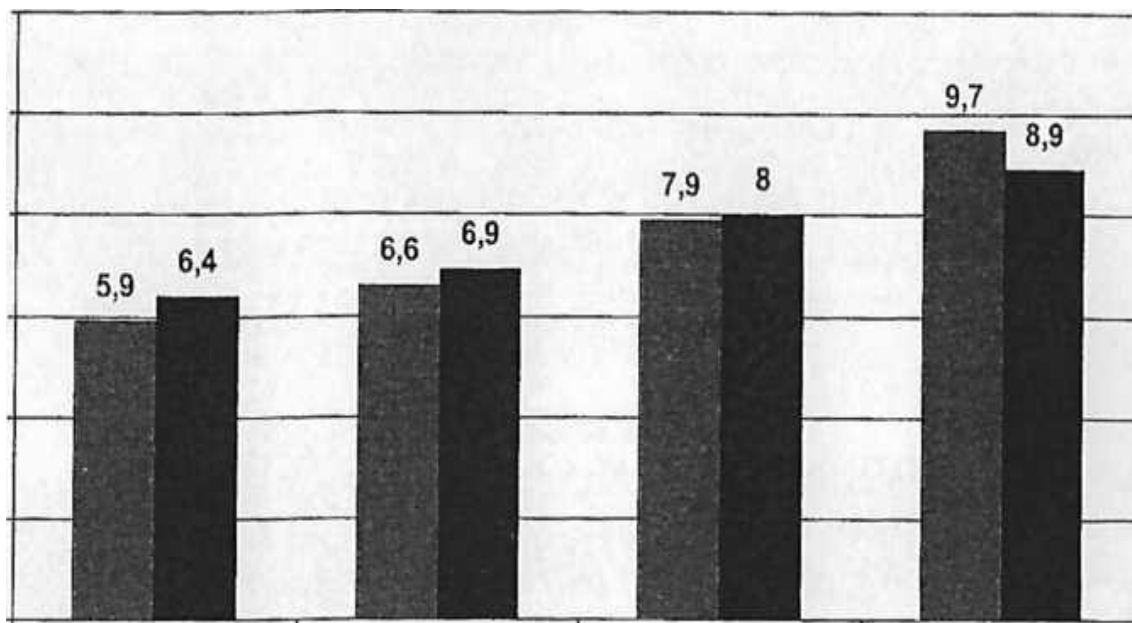
περιθώρια εξέλιξης στις μικρές ιδιωτικές μονάδες υγείας για τον επιπρόσθετο λόγο ότι ο κλάδος είναι εντάσεως κεφαλαίου και απαιτεί μηχανολογικό εξοπλισμό, ο οποίος απαξιώνεται σε σύντομο διάστημα (aagora.gr).

Με δεδομένη την τάση αυτή που διαμορφώνεται στην αγορά, τα τμήματα μάρκετινγκ των ασφαλιστικών εταιρειών αναζητούν συνεχώς νέα προϊόντα πιο ελκυστικά που να καλύπτουν με μεγαλύτερη επάρκεια τις ανάγκες των πολιτών. Ο περιορισμός όμως των εισοδημάτων επιτρέπει όλο και λιγότεροι πολίτες να συνάπτουν ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής που να αναφέρονται σε συνταξιοδοτικά προγράμματα. Το πλέον προσελκυστικό στοιχείο για σύναψη συμβολαίου από τους περισσότερους πελάτες των εταιρειών αποτελούν οι παροχές υγείας, οι οποίες είναι τμήμα των προγραμμάτων ασφάλισης ζωής. Υπολογίζεται ότι το 50% της παραγωγής αφορά συνταξιοδοτικά προγράμματα και το υπόλοιπο 50% προγράμματα υγείας (aagora.gr).

4.6. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Η πλάνη των αριθμών και το «παράδοξο» του χρηματοδοτικού υποδείγματος

Η διερεύνηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα οδηγεί σε δύο αναγκαιότητες: στην υπογράμμιση των μεθοδολογικών προβλημάτων κατά την καταγραφή των σχετικών μεγεθών (Κυριόπουλος - Κ. Σουλιώτης (επιμ.), 2002· Κ. Souliotis - J. Kyriopoulos, 2003) και στο «ιδιότυπο» μείγμα των πηγών άντλησης των κεφαλαίων τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά την πρώτη, ενώ η πορεία των σχετικών μεγεθών είναι ενδεικτική της αυξητικής τάσης στις δαπάνες υγείας της χώρα συγκριτικά με άλλες (*Γράφημα 11*), εντούτοις, με μια πιο προσεκτική ανάλυση, ιδίως σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, διαπιστώνονται αμφισβητήσεις ως προς την ακρίβεια των σχετικών καταγραφών.

Γράφημα 11: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ
(Μ.Ο. σε ΟΟΣΑ και Ελλάδα, 1980-2007)



Πηγή: OECD, 2010.

Ενδεικτικά, στον Πίνακα 6, για την περίοδο 2003- 2007, καταγράφονται επιμέρους μεταβολές στη δημόσια και την ιδιωτική δαπάνη υγείας που δεν μπορούν να ερμηνευτούν επαρκώς από το θεσμικό περιβάλλον του τομέα της υγείας ή τη χρήση των υπηρεσιών, τουλάχιστον όσον αφορά τη συμμετοχή της κάθε κατηγορίας δαπάνης, με πιο χαρακτηριστική την αντιστροφή της συμβολής της δημόσιας και της

ιδιωτικής δαπάνης υγείας κατά τις περιόδους 2005-2006 και 2006-2007.

Πίνακας 8: Ρυθμός μεταβολής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2003-2007

ΕΤΗ	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΔΥ	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΔΔΥ	ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΙΔΥ
2003 – 2004	4,4	3,3	6,2
2004 – 2005	16,0	17,9	13,2
2005 – 2006	9,0	12,5	3,8
2006 – 2007	7,6	4,7	12,4

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2009α.

Όπως διαφαίνεται, η έλλειψη ενός μηχανισμού συστηματικής και ακριβούς καταγραφής των δεδομένων που αφορούν τη δαπάνη υγείας στην Ελλάδα έχει για πολλές δεκαετίες στερήσει από την κεντρική διοίκηση τη δυνατότητα να λαμβάνει αποφάσεις στη βάση αξιόπιστων πληροφοριών και, ως εκ τούτου, ενοχοποιείται για μια σειρά από περαιτέρω προβλήματα του συστήματος υγείας.

Ωστόσο, η επιστημονική αναζήτηση γύρω από τη δαπάνη υγείας στην Ελλάδα δεν εξαντλείται στο μεθοδολογικό πρόβλημα, αλλά, κυρίως, αφορά το υπόδειγμα χρηματοδότησης των φροντίδων, το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές στρεβλώσεις.

Η πρώτη στρέβλωση συνίσταται στο μείγμα των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, στο οποίο είναι εμφανής η συνύπαρξη -με ίδια σχεδόν συμμετοχή- τόσο του κρατικού προϋπολογισμού (φόρων) όσο και της κοινωνικής ασφάλισης (εισφορών). Η συνθήκη αυτή, η οποία είναι μοναδική στην Ευρώπη αλλά και παγκοσμίως, έχει σημαντικότερες προεκτάσεις στη λειτουργία του συστήματος υγείας, με πιο χαρακτηριστική την αναπαραγωγή των ελλειμμάτων των δημόσιων νοσοκομείων, ως συνέπεια της ελλιπούς χρηματοδότησης από τα επίσης ελλειμματικά ασφαλιστικά ταμεία (Tountas κ.ά., 2005).

Η δεύτερη στρέβλωση σχετίζεται με το παγιωμένο πλέον 40% της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα, το οποίο είναι ιδιαίτερα υψηλό¹ σε σύγκριση με το αντίστοιχο στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως εάν συνυπολογίσουμε το ύψος των αμοιβών της εργασίας στη χώρα, αμοιβές που υπολείπονται εκείνων σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Είναι, μάλιστα, ενδεικτικό ότι η ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (PPP) είναι κατά 40% υψηλότερη από τον αντίστοιχο Μέσο Όρο της Ευρωζώνης, γεγονός το οποίο ενισχύει τις ανισότητες όσον αφορά τόσο την κατανομή των χρηματοδοτικών βαρών του συστήματος υγείας, όσο και την πρόσβαση στις υπηρεσίες του (Tountas κ.ά., 2005).

Η τρίτη στρέβλωση προκύπτει από τις εσωτερικές κατανομές στην ιδιωτική δαπάνη υγείας, καθώς, το 90% αυτής προέρχεται από ίδιες, άμεσες πληρωμές, δεδομένης της περιορισμένης συγκριτικά με άλλες χώρες απήχησης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα. Η πραγματικότητα αυτή προσδίδει στις άμεσες πληρωμές απρόβλεπτο και συχνά «καταστροφικό» χαρακτήρα (Κυριόπουλος - Γκρέγκορ - Οικονόμου, 2003), ιδίως αν συνδυαστεί με τα δεδομένα που καταδεικνύουν μια ανελαστικότητα των σχετικών μεγεθών ως προς το εισόδημα.

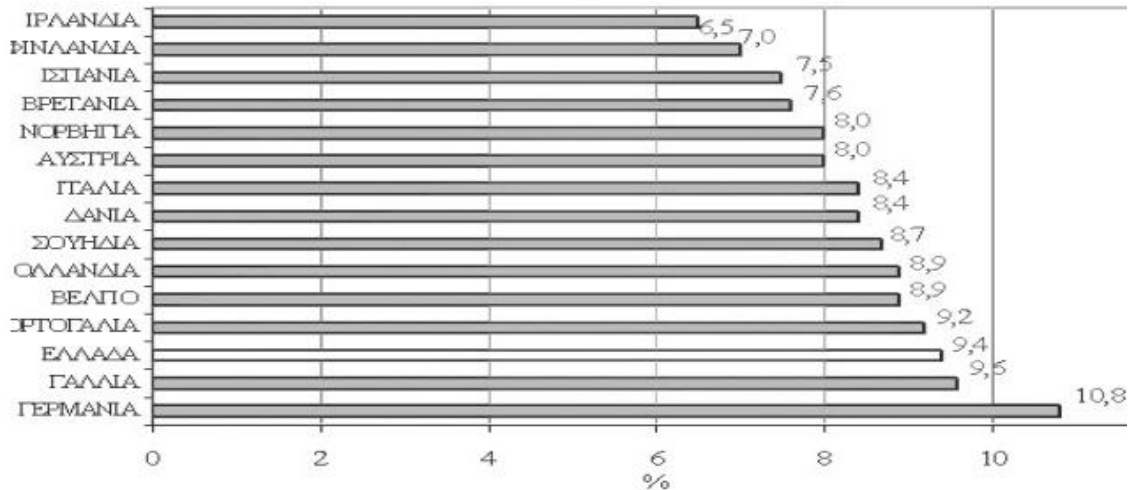
Από την τελευταία διαπίστωση συμπεραίνουμε ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας δεν συνιστά καταναλωτική συμπεριφορά βασισμένη -πάντα- στις οικονομικές δυνατότητες των νοικοκυριών, αλλά, πολλές φορές, αποτελεί σχεδόν μοναδική επιλογή ατόμων αλλά και οικογενειών με χαμηλά εισοδήματα (Σουλιώτης, 2000· Tountas κ.ά., 2011).

Οι παραπάνω στρεβλώσεις ανατρέπουν, ουσιαστικά, την υπόθεση εργασίας για το βαθμό (αυτόματης) σύνδεσης της αύξησης στις δαπάνες υγείας με τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία όσον αφορά τις δύο βασικές διαστάσεις του προβλήματος, διότι, αφενός, η επίπτωση των οικονομικών πόρων στην υγεία σχετίζεται κυρίως με τις πηγές των κεφαλαίων και, αφετέρου, η οργάνωση και η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας διαφέρουν τόσο μεταξύ διαφορετικών μορφών συστημάτων υγείας όσο και μεταξύ δομών που αναπτύσσονται σε διαφορετικές περιοχές ή καλύπτουν διαφορετικές ομάδες πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2003).

¹ Το ποσοστό αυτό είναι από τα μεγαλύτερα παγκοσμίως και σε κάποιο βαθμό ερμηνεύει τη μεγάλη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα (Υ.Τountas κ.ά.,2005).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας το 2003 η δαπάνη των χωρών της Ευρώπης για την δημόσια υγεία φαίνεται από το παρακάτω γράφημα.

Γράφημα 12: Δαπάνη των χωρών της Ευρώπης για την δημόσια υγεία



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003)

Η πορεία της ανθρώπινης ιστορίας έχει δείξει πως η φροντίδα για την δημόσια υγεία είναι αποτέλεσμα της καλής οικονομικής ή κακής αντίστοιχα ανάπτυξης. Για παράδειγμα η έρευνα που έχει κάνει η World Bank το 1993 έχει βγάλει το πόρισμα πως σε χώρες με ανεπτυγμένη την οικονομία, δαπανώνται και περισσότερα χρήματα στον τομέα της υγείας, όπως τέτοιες χώρες είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και η Ελβετία. Βέβαια υπάρχουν και άλλες οι οποίες δεν δαπανούν μεγάλο όγκο χρημάτων, ενώ έχουν μια υγιή οικονομία (Πολύζος, 2008).

Από τις χώρες που είναι ενταγμένες στον ΟΟΣΑ, οι πιο πολλές κάνουν έξοδα από δημόσιες πηγές για την δημόσια υγεία. Από αυτό εξαιρούνται οι ΗΠΑ και η Τουρκία, αλλά και τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα. Από το 1996 έως το 2005 σημειώθηκε αύξηση των δημοσίων δαπανών σε χώρες με συγκρατημένα γενικότερα τα δημόσια έξοδα, όπως για παράδειγμα στην Φιλανδία και την Ιρλανδία, με άλλα λόγια σε χώρες, που διέθεταν ένα ενιαίο εθνικό σύστημα για την υγεία, με εξαίρεση, μάλλον την Γαλλία. Από την άλλη μεριά δεν υπήρχε μεγάλη δαπάνη από την χώρα του Βελγίου, αλλά και την Γερμανία, όπου επικρατούσε το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Πολύζος, 2008).

Από το 2005 και έπειτα η χώρας βρίσκεται στις χώρες με πολύ χαμηλά ποσοστά δαπάνης στην δημόσια υγεία, ενώ από την άλλη βρίσκεται στη πρώτη θέση της ιδιωτικής δαπάνης, στα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ μετά ακολουθούν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στη συνέχεια η Ελβετία και η Ολλανδία, οι οποίες χαρακτηρίζονται για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας τους (Πολύζος, 2008).

Επίσης σύμφωνα με την Άννα Παπαδορμακάκη «η Ολλανδία και η Γαλλία είχαν τις υψηλότερες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ΑΕΠ μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ (11,8% και 11,2%, αντίστοιχα), αν και το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο στις ΗΠΑ (16,2%) (healthmag.gr).

Το επίπεδο των δαπανών περίθαλψης στη Γερμανία αντιστοιχεί στο 10,9% του ΑΕΠ όπως και στο Βέλγιο, καθώς και τη Δανία και την Αυστρία που δήλωσαν υπέρβαση του 10% του ΑΕΠ. Όσον αφορά τρίτες χώρες, ο δείκτης δαπανών περίθαλψης προς το ΑΕΠ έφθασε ή υπερέβη το 10% στη Νέα Ζηλανδία, Ιαπωνία, τον Καναδά και την Ελβετία. Αντίθετα, λιγότερο από το 6,5% του ΑΕΠ απορρόφησαν στη Λιθουανία, Πολωνία, Λετονία και Εσθονία, με την Ρουμανία να καταγράφει το χαμηλότερο ποσοστό (5,5%)» (healthmag.gr).

Συνεχίζοντας, μπορούμε να πούμε, πως μέσα από έρευνα σχετικά με την δημόσια δαπάνη χρημάτων, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι ένας τρόπος για να χρηματοδοτηθεί ο υγειονομικός τομέας σε χώρες της Ευρώπης. Σε σύνολο αποτελούν τα τρία τέταρτα από τις συνολικές δαπάνες σε χώρες, όπως η Τσεχία, η Ολλανδία, και η Κροατία, αλλά πολύ μικρότερο ποσοστό από το 5% σε άλλες χώρες, όπως η Ισπανία, η Κύπρος, η Πορτογαλία, η Δανία, η καθώς και η Λετονία. Στην Δανία και την Σουηδία, η κυβέρνηση είναι αυτή, που χρηματοδοτεί τη δημόσια υγεία σε ποσοστό μεγαλύτερο από τα τέσσερα πέμπτα της συνολικής δαπάνης για την δημόσια υγεία. Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί ένα μικρό μέρος της χρηματοδότησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (healthmag.gr).

Αυτό που επίσης παρατηρείται είναι να μετακινούνται δαπάνες από τον δημόσιο τομέα στο ιδιωτικό σε χώρες ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης, άρα και στην νότια μεσόγειο. Από την άλλη μεριά τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια να βρεθούν νόμιμοι και βιώσιμοι οικονομικά μέθοδοι, ώστε να γίνει μια συγκράτηση στην δαπάνη υγείας. Αυτό σε πολλές χώρες επιτυγχάνεται μέσα από την οριοθέτηση των εξόδων από σαφείς προϋπολογισμούς και την ειδική διαχείριση των

δαπανών ειδικότερα στα νοσοκομεία, όπου εκεί ξοδεύονται περισσότερα χρήματα (Πολύζος, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

5.1. Δείκτες υγείας και Ευρωπαϊκή Ένωση

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 οι μελέτες του Cochrane και των συνεργατών του έδειξαν ότι σε 16 ευρωπαϊκές χώρες οι δείκτες θνησιμότητας σχετίζονται αρνητικά με το βαθμό της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης. Όπως θα περίμενε κανείς, οι χώρες με υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έχουν και τους καλύτερους δείκτες υγείας λόγω διατροφής, εκπαίδευσης, κατοικίας, άσκησης και γενικότερα λόγω καλύτερης διαβίωσης. Ωστόσο, ο Cochrane παρατήρησε ότι δεν μπορεί να υποστηριχθεί η ίδια υπόθεση και για το υγειονομικό σύστημα. Βρήκε δηλαδή ότι σε ορισμένες χώρες, που υπάρχουν ανεπτυγμένα υγειονομικά συστήματα, υπάρχουν ταυτόχρονα και σχετικά υψηλοί δείκτες θνησιμότητας, ειδικότερα των νέων ηλικιών. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών, καθώς και άλλων παρόμοιων, έδωσαν το έναυσμα για μια παραπέρα διερεύνηση και οριοθέτηση της έννοιας του αγαθού «υγεία» (Περάκη, Γενετάκη & Δοξάκη, 2015).

Ο προσδιορισμός της κατάστασης υγείας μιας χώρας ή μιας κοινωνικής ομάδας αποτελεί ένα δύσκολο επιστημονικό εγχείρημα, γιατί προϋποθέτει μια πολύπτυχη διεπιστημονική διερεύνηση του φαινομένου «υγεία». Ωστόσο, πολλές φορές στην επιστημονική βιβλιογραφία παρουσιάζονται διεθνείς συγκρίσεις μεταξύ των συστημάτων υγείας και αποτυπώνονται διαφορές που αποδίδονται στην οργανωτική δομή, τη χρηματοδότηση, τις παροχές, την πρόσβαση, τη ζήτηση ή την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών, τη φιλελεύθερη πολιτική της αγοράς ή την κατευθυνόμενη κρατική παρέμβαση. Ανεξάρτητα όμως από την επιστημονική προσέγγιση ή το πολιτικό πλαίσιο ερμηνείας των διαφορών αυτών, υπάρχει συνήθως στην επιστημονική βιβλιογραφία μια σιωπηρή, κοινή, ερευνητική προσπάθεια, ένας κοινός στόχος, που αποσκοπεί στη μέτρηση του φαινομένου που λέγεται «υγεία» και στον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στη βελτίωσή της (Περάκη, Γενετάκη & Δοξάκη, 2015).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) το 1977, στην 30ή Γενική Συνέλευση των χωρών-μελών, καθόρισε ότι «ο κοινωνικός στόχος της ΠΟΥ για τις δεκαετίες μέχρι το 2000 πρέπει να είναι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας,

από όλους τους πολίτες του κόσμου, ώστε να έχουν μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή» (Resolution WHO 30.43). Το 1985 η ΠΟΥ καθόρισε τη Στρατηγική της Υγείας για όλους το 2000, εξειδικεύοντας 38 στόχους (WHO, 1981,1991). Οι στόχοι αυτοί αποτέλεσαν το ερευνητικό ενδιαφέρον πολλών μελετών και η εφικτότητά τους συζητήθηκε και αξιολογήθηκε σε σχέση με τη γενικότερη πολιτική υγείας της ΠΟΥ και των επιμέρους ανεπτυγμένων ή αναπτυσσόμενων χωρών. Το Ευρωπαϊκό Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ, αξιολογώντας την εμπειρία που προέκυψε από τις πολιτικές υγείας που υιοθετήθηκαν από τα μέλη της, πρότεινε την αναμόρφωση των 38 στόχων και την αντικατάστασή τους από 21 στόχους για τον 21ο αιώνα. Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά οι 21 στόχοι της ΠΟΥ για τον νέο αιώνα (Δημολιάτης 2002):

- Στόχος 1.** Αλληλεγγύη για την υγεία στην Ευρώπη
- Στόχος 2.** Ισότητα στην υγεία
- Στόχος 3.** Υγιεινό ξεκίνημα στη ζωή
- Στόχος 4.** Η υγεία των νέων (μέχρι 18 ετών)
- Στόχος 5.** Καλά γεράματα
- Στόχος 6.** Βελτίωση της ψυχικής υγείας
- Στόχος 7.** Μείωση των μεταδοτικών νοσημάτων
- Στόχος 8,** Μείωση μη μεταδοτικών νοσημάτων
- Στόχος 9.** Μείωση των κακώσεων από βία και ατυχήματα
- Στόχος 10.** Υγιεινό και ασφαλές φυσικό περιβάλλον
- Στόχος 11.** Υγιεινότερος τρόπος ζωής
- Στόχος 12.** Μείωση των επιπτώσεων από αλκοόλ, ναρκωτικά και καπνό
- Στόχος 13.** Υγιεινοί χώροι
- Στόχος 14.** Πολυτομεακή ευθύνη για την υγεία
- Στόχος 15.** Ένας ολοκληρωμένος υγειονομικός τομέας
- Στόχος 16.** Διαχείριση για ποιότητα στη φροντίδα
- Στόχος 17.** Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κατανομή των πόρων
- Στόχος 18.** Ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας
- Στόχος 19.** Έρευνα και γνώσεις για την υγεία
- Στόχος 20.** Κινητοποίηση των εταίρων για καλύτερη υγεία
- Στόχος 21.** Πολιτική και στρατηγική για την «Υγεία για όλους».

5.2. Υγειονομικές ανισότητες στην Ευρώπη

Όπως αναφέρθηκε ήδη, μία από τις ουσιαστικές διαστάσεις του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου αφορά τη διασφάλιση της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης στα ευρωπαϊκά υγειονομικά συστήματα. Ωστόσο, από έρευνες της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας προκύπτει μια μεγάλη και προκλητική ανισότητα, η οποία διαμορφώνεται στα 14 χρόνια διαφοράς όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ των 27. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρούνται έντονες ανισότητές μόνο μεταξύ των κρατών-μελών αλλά και στο εσωτερικό των ίδιων των κρατών ανάμεσα στις περιφέρειες. Οι υγειονομικές ανισότητες ανάμεσα στις περιφέρειες της ΕΕ είναι άμεσα συνυφασμένες με πολλούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που αφορούν την ιστορικότητα των κοινωνικών και των υγειονομικών συστημάτων καθώς και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας κατά την ανοιχτή πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Στην οικονομετρική βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί οι παράγοντες που επηρεάζουν τις ανισότητες υγείας. Ανάμεσα σε αυτούς, το ύψος του εισοδήματος θεωρείται ότι αποτελεί έναν από τους ουσιαστικότερους. Διακρίνουμε πέντε βασικές κατηγορίες εισοδημάτων. Οι Σκανδιναβικές Χώρες, το Λουξεμβούργο, η Αγγλία και ορισμένες περιοχές της Κεντρικής Ευρώπης κατατάσσονται στις πλουσιότερες, με τα υψηλότερα κατά κεφαλήν εισοδήματα. Ταυτόχρονα, παρουσιάζουν και τα υψηλότερα ποσοστά προσδόκιμου επιβίωσης. Οι γεωγραφικές περιφέρειες με τα χαμηλότερα εισοδήματα εντοπίζονται στις πρώην Ανατολικές Χώρες, τη Νότια Ιταλία, την Πορτογαλία καθώς και σε ορισμένες περιφέρειες της Δυτικής Ελλάδας και της Θράκης. Οι περιφέρειες αυτές παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά προσδόκιμου επιβίωσης (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

5.2.1 Ανισότητες υγείας ανάμεσα στα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας

Σύμφωνα με πολλές έρευνες, στις οποίες εξετάζονται οι ανισότητες στον τομέα της υγείας με βάση διεθνείς συγκρίσεις, οι υψηλοί ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας δεν διασφαλίζουν αναγκαστικά κοινωνική ισότητα και δικαιοσύνη. Πέρα

όμως από την οικονομική ανάπτυξη, έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η δομή και η οργάνωση των συστημάτων υγείας ασκούν καθοριστική επίδραση στην καταπολέμηση των ανισοτήτων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2006).

Συνήθως στα δημόσια συστήματα υγείας όπως είναι το βρετανικό, ήδη από την ίδρυσή του το 1948 είχε τεθεί ως καθοριστικός στόχος η ισότητα στη πρόσβαση. Όλοι οι Βρετανοί πολίτες έχουν δικαίωμα ίσης πρόσβασης σε όλα τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας, στο πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο. Το κράτος αναλαμβάνει την πλήρη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μέσα από την άμεση φορολογία. Με τις έννοιες της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης το βρετανικό σύστημα υγείας επηρέασε καθοριστικά την ανάπτυξη και την αναδιοργάνωση των αντίστοιχων συστημάτων σε χώρες της Νότιας Ευρώπης και ειδικότερα στην Ελλάδα, στην οποία ιδρύθηκε το 1983 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (teachers4europe.gr).

Στα ιδιωτικά συστήματα υγείας, όπως των ΗΠΑ πρωταρχικός στόχος δεν είναι η ισότητα αλλά η αποδοτικότητα και η βιωσιμότητα του συστήματος. Η ασφάλιση υγείας είναι άμεσα συνυφασμένη με την εργασία και τις αντίστοιχες εισφορές. Οι πλουσιότεροι, με μεγαλύτερα εισοδήματα, μπορούν να καταβάλουν υψηλότερες εισφορές και να απολαμβάνουν υψηλότερες παροχές νοσοκομειακής περίθαλψης, πρόληψης και φαρμακευτικής περίθαλψης. Το πρόβλημα εντοπίζεται στους φτωχούς, σε όσους δεν εργάζονται και, επομένως, δεν έχουν ασφάλιση υγείας προκειμένου να προστατευθούν απέναντι σε ένα μεγάλο φάσμα κινδύνων που απειλούν τη ζωή τους. Στις ΗΠΑ, πάνω από 40 εκατομμύρια πολίτες δεν έχουν ασφάλιση υγείας. Η ανεργία είναι άμεσα συνυφασμένη με τη χρόνια νοσηρότητα, την κακή διατροφή, την ανθυγιεινή επιβίωση και την πρόωμη θνησιμότητα (IOBE, 2011).

Πολλές μελέτες στις ΗΠΑ, την Αγγλία, την Ουαλία, τη Σκωτία, τον Καναδά και την Αυστραλία σε διαφορετικές χρονικές περιόδους έχουν καταδείξει τη σχέση μεταξύ ανεργίας και χρονίων ασθενειών, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης και τα νεοπλάσματα. Έχουν εξειδικευτεί διάφορα υποδείγματα με χρονικές υστερήσεις, στα οποία έχει καταγραφεί η επίδραση της ανεργίας (με χρονικές υστερήσεις 1 -5 ετών) στους δείκτες θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Το μήκος της χρονικής υστέρησης ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία το φύλο, και την αιτία της νόσου και τείνουν να παρουσιάζονται οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ ΗΠΑ και Μ. Βρετανίας όσον αφορά τρεις κατηγορίες ασθενειών: τα

καρδιαγγειακά, τον σακχαρώδη διαβήτη και τα νεοπλάσματα. Τα καρδιαγγειακά και ο σακχαρώδης διαβήτης, που επηρεάζονται από τον τρόπο διαβίωσης, παρουσιάζουν έντονες ανισότητες μεταξύ των τριών εισοδηματικών κατηγοριών. Τόσο στο δημόσιο σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας όσο και στο ιδιωτικό σύστημα υγείας των ΗΠΑ καταγράφονται ανισότητες (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2006).

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές είναι υπερδιπλάσιες στις ΗΠΑ από ό,τι στη Μ. Βρετανία. Επίσης οι χαμηλές εισοδηματικές τάξεις πλήττονται πολύ περισσότερο στις ΗΠΑ από όσο στη Μ. Βρετανία (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2006).

Σε πολλές μελέτες καταγράφεται η έντονη ανισότητα στην πρόσβαση και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στα ιδιωτικά συστήματα υγείας. Όσον αφορά τη διαχρονική εξέλιξη των ανισοτήτων, αξίζει να σημειωθεί ότι αυτές παραμένουν αγεφύρωτες, με αύξηση της «ψαλίδας» μεταξύ των φτωχών και των πλέον ευνοούμενων κοινωνικών τάξεων (Καραμεσίνη, 2004).

5.2.2 Ανισότητες στα επίπεδα υγείας

Στις αρχές του 21 ου αιώνα, παρά τη συνολική βελτίωση που σημείωσαν οι δείκτες υγείας του ευρωπαϊκού πληθυσμού λόγω της καλύτερευσης των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, της προσφοράς τροφίμων, καθώς και της πρόσβασης σε βασικά αγαθά και σημαντικές υπηρεσίες, όπως η εκπαίδευση και η υγειονομική περίθαλψη, οι ανισότητες στην υγεία εντός και μεταξύ των χωρών εξακολουθούν να υφίστανται, ενώ σε μερικές περιπτώσεις έχουν, μάλιστα, αυξηθεί.

Σε όλη την Ευρώπη παρατηρείται κοινωνική διαβάθμιση στην κατάσταση υγείας, καθώς τα άτομα που είτε έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή εισόδημα, είτε προέρχονται από χαμηλότερη επαγγελματική κατηγορία τείνουν να πεθαίνουν σε μικρότερη ηλικία και να έχουν υψηλότερο επιπολασμό στα περισσότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με τα άτομα που εμφανίζουν υψηλότερο εκπαιδευτικό, εισοδηματικό ή επαγγελματικό επίπεδο (J. Mackenbach, 2006). Όλες οι συστηματικές κοινωνικές ανισότητες στο εσωτερικό μιας χώρας παράγονται κοινωνικά, είναι τροποποιήσιμες και άδικες.

Σύμφωνα με τους M. Marmot και R. Wilkinson (2006), οι λόγοι πίσω από τις ανισότητες στην υγεία είναι σύνθετοι και αφορούν ένα ευρύ φάσμα καθοριστικών παραγόντων, όπως είναι οι συνθήκες διαβίωσης (στέγαση, περιβάλλον), οι συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, φυσική άσκηση), εξαιτίας επιρροών που δέχονται αυτές οι ίδιες από κοινωνικοοικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, οι συνθήκες εργασίας και απασχόλησης (έκθεση σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία, επαγγελματική υγεία, υγεία και ασφάλεια στην εργασία, είδος σύμβασης εργασίας), το εισόδημα (ή η απουσία του και το συνεπακόλουθο άγχος), η εκπαίδευση και η πρόσβαση στην κοινωνική προστασία, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, η οποία με τη σειρά της περιλαμβάνει παρεμβάσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης της ασθένειας.

Φτώχεια, λοιπόν, δεν σημαίνει μόνο έλλειψη εισοδήματος. Στις πλούσιες χώρες, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σημαίνει φτώχη εκπαίδευση, έλλειψη ανέσεων, ανεργία και ανασφάλιστη εργασία, άσχημες συνθήκες εργασίας και ανασφαλείς γειτονίες, με τον αντίστοιχο αντίκτυπο στην οικογενειακή ζωή (Καραμεσίνη, 2004).

Στην κοινωνική επιδημιολογία προσδιορίζονται οι εξής δύο βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις όσον αφορά το θέμα των ανισοτήτων στην υγεία: (1) οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και (2) οι προσεγγίσεις της κοινωνικής παραγωγής της νόσου (πολιτική οικονομία της υγείας). Μέσω και των δύο αυτών προσεγγίσεων επιδιώκεται η διασαφήνιση των αρχών που μπορούν να εξηγήσουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία (Marmot & Wilkinson, 2006).

Με βάση την πρώτη θεωρητική προσέγγιση, δίνεται πρωταρχική έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και υποστηρίζεται ότι η αντίληψη και η εμπειρία των ανθρώπων για την κοινωνική θέση τους σε κοινωνίες που είναι άνισες ενδέχεται να οδηγήσουν σε χρόνιο στρες και κακή υγεία. Σύμφωνα με σύγχρονους θεωρητικούς της κοινωνικής επιδημιολογίας, όπως οι R. Wilkinson και K. Pickett (2009), η εμπειρία κάποιου ο οποίος ζει σε κοινωνικό περιβάλλον ανισοτήτων τον ωθεί να συγκρίνει την κοινωνική θέση, τα υπάρχοντα και διάφορες καταστάσεις της ζωής του με αυτά των άλλων, γεγονός που του προκαλεί συναισθήματα ντροπής και αναξιοσύνης εάν βρίσκεται σε πιο μειονεκτική θέση. Το χρόνιο αυτό στρες, μέσω ενδοκρινολογικών κυρίως διαδικασιών, υποσκάπτει άμεσα την υγεία. Ουσιαστικά

μιλάμε για «εξουθένωση» του οργανισμού εξαιτίας της καθημερινής του έκθεσης σε αρνητικές συνθήκες ζωής (Wilkinson & Pickett, 2009).

Επίσης, το στρες μπορεί να επηρεάσει την υγεία έμμεσα οδηγώντας σε ένα προφίλ αρνητικών συμπεριφορών για την υγεία, όπως το κάπνισμα και η υπερκατανάλωση αλκοόλ. Τελευταία, η έρευνα αυτή έχει εμπνεύσει σημαντικούς μελετητές όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις για την κοινωνική ανισότητα, τους ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς και την υγεία (Marmot & Wilkinson, 2006).

Η κοινωνική παραγωγή της νόσου (πολιτική οικονομία για την υγεία) προβάλλει τους οικονομικούς και τους πολιτικούς παράγοντες ως καθοριστικούς για την υγεία και την ασθένεια. Οι ερευνητές που ακολουθούν αυτή την προσέγγιση (η οποία περιγράφεται και ως υλιστική ή νεοϋλιστική προσέγγιση) δεν αμφισβητούν τις αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της εισοδηματικής ανισότητας (Marmot & Wilkinson, 2006).

Ωστόσο, υποστηρίζουν ότι η ερμηνεία των σχέσεων μεταξύ της εισοδηματικής ανισότητας και της υγείας πρέπει να αρχίζει με τα διαρθρωτικά αίτια των ανισοτήτων και όχι απλώς να εστιάζει στις αντιλήψεις των ανθρώπων για αυτή την ανισότητα. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη ερμηνεία, η επίδραση της εισοδηματικής ανισότητας στην υγεία αντικατοπτρίζει τόσο την έλλειψη πόρων όσων προέρχονται από μη προνομιούχα τμήματα της κοινωνίας, όσο και τις συστηματικές υποεπενδύσεις σε ένα ευρύ φάσμα δημόσιων υποδομών, που καθορίζονται φυσικά από πολιτικές επιλογές. Έτσι, οι οικονομικές διαδικασίες και οι πολιτικές αποφάσεις διαμορφώνουν τους πόρους οι οποίοι είναι διαθέσιμοι στα άτομα καθώς και την ποιότητα των δημόσιων υποδομών (την εκπαίδευση, τις υπηρεσίες υγείας, τις μεταφορές, τη διαθεσιμότητα των τροφίμων, την ποιότητα των κατοικιών, τις ρυθμίσεις για την υγεία στα διάφορα επαγγέλματα, τους ελέγχους για το περιβάλλον κτλ.) που απολαμβάνουν (ή δεν απολαμβάνουν) τα διαφορετικά κοινωνικά στρώματα (Wilkinson & Pickett, 2009).

5.2.3 Το προφίλ των ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία στην Ευρώπη

Η πιο πρόσφατη και ολοκληρωμένη περιγραφή για το προφίλ των ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία στην Ευρώπη συντάχθηκε κατόπιν αίτησης της βρετανικής

Προεδρίας της ΕΕ από τον καθηγητή J. Mackenbach (2006). Στόχος ήταν η ανασκόπηση των επιστημονικών τεκμηρίων για την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη.

Χαρακτηριστικά, στην έκθεση αναφέρεται ότι σε όλες τις χώρες με διαθέσιμα δεδομένα τα ποσοστά της πρόωρης θνησιμότητας είναι σταθερά υψηλότερα ανάμεσα στους πληθυσμούς με χαμηλό εκπαιδευτικό, επαγγελματικό ή εισοδηματικό επίπεδο. Εκτός από το μέγεθος αυτών των ανισοτήτων, που είναι συχνά σημαντικό, οι ανισότητες στη θνησιμότητα παρουσιάζουν αύξηση σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες κατά τις τελευταίες δεκαετίες (Mackenbach, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι οι ανισότητες στη θνησιμότητα ξεκινούν νωρίς στη ζωή και παραμένουν σε μεγάλη ηλικία, οδηγούν σε σημαντικές ανισότητες στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, επηρεάζουν και τους άνδρες και τις γυναίκες, και ενυπάρχουν σε πολλές ειδικές αιτίες θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, πολλών ειδών καρκίνου και τραυματισμών. Μάλιστα, οι ανισότητες στη θνησιμότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων υπολογίζεται ότι ευθύνονται για το μισό περίπου της αυξημένης θνησιμότητας μεταξύ ατόμων χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στις περισσότερες χώρες (Mackenbach, 2006).

Τα ποσοστά νοσηρότητας είναι επίσης υψηλότερα μεταξύ ατόμων με χαμηλότερο εκπαιδευτικό, επαγγελματικό και εισοδηματικό επίπεδο. Οι ανισότητες στη νοσηρότητα παρατηρούνται σε πολλούς δείκτες, όπως στον επιπολασμό της λιγότερο «καλής» αυτοαξιολόγησης της υγείας, στις επιπτώσεις και στον επιπολασμό πολλών χρόνιων παθήσεων, των κυριότερων προβλημάτων ψυχικής υγείας και των λειτουργικών περιορισμών στην καθημερινότητα, καθώς και των αναπηριών. Ως αποτέλεσμα, τα άτομα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση όχι μόνο ζουν λιγότερο, αλλά ζώντας περισσότερα χρόνια με κακή υγεία (Mackenbach, 2006).

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound) είναι ένας οργανισμός που παρέχει, μέσω της έκθεσής του, πληροφορίες, συμβουλές και εμπειρογνωμοσύνη σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τις εργασιακές σχέσεις, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την ψυχική υγεία και τη διαχείριση της αλλαγής στην Ευρώπη όσον αφορά βασικούς φορείς της ΕΕ για την κοινωνική πολιτική. Το Eurofound παρέχει επίσης μια ενεργό βάση δεδομένων για την ποιότητα ζωής (EurLIFE), η οποία δίνει πληροφορίες σχετικά με τις

αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης και την υποκειμενική ευημερία των Ευρωπαίων πολιτών (europa.eu).

Μια άλλη διεθνής πρωτοβουλία για τη μέτρηση των ανισοτήτων στην υγεία συνιστά και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ο οποίος συνέταξε πρόσφατα μια έκθεση για την αξιολόγηση της διαθεσιμότητας και της συγκρισιμότητας των επιλεγμένων δεικτών των ανισοτήτων όσον αφορά την κατάσταση της υγείας και την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, με επίκεντρο τις διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Η έκθεση παρέχει μια συλλογή από τους καλύτερους δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (huffingtonpost.gr).

Σύμφωνα με ένα από τα συμπεράσματά της, οι έρευνες κατάστασης της υγείας και πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ακόμη κι αν ενέχουν περιορισμούς, όπως πολιτιστικές προκαταλήψεις, προβλήματα ανάκλησης μνήμης, διαφορετική κάλυψη του πληθυσμού και θέματα αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος, ωστόσο παραμένουν μια μοναδική πηγή στοιχείων στις περισσότερες χώρες για τη μέτρηση των ανισοτήτων και των καθοριστικών παραγόντων της υγείας (Ελληνική Κοινωνιολογική Εταιρεία, 2016).

5.2.4 Οι περιοχές δράσης για τις ανισότητες στην υγεία

Στην τελική έκθεση της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Καθοριστικούς Παράγοντες της Υγείας (Commission on Social Determinants of Health, 2008), προσδιορίζονται συγκεκριμένες περιοχές δράσης, κοινές για όλες τις χώρες, με στόχο τη βελτίωση των καθημερινών συνθηκών ζωής και τις διαρθρωτικές αλλαγές που πρέπει να γίνουν για να επιτευχθεί αυτή η βελτίωση, ενώ αναλύονται οι κοινωνικοί παράγοντες της υγείας και προσφέρονται συγκεκριμένα παραδείγματα αποτελεσματικών δράσεων από πολλές χώρες. Την Επιτροπή σύστησε το 2005 ο ΠΟΥ, ύστερα από ανάθεση εργασίας, προκειμένου να συλλέξει τεκμήρια όσον αφορά τις δράσεις για την προαγωγή της ισοτιμίας στην υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην Έκθεσή της συνοψίζονται τα γνωστά μας έως τώρα ευρήματα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Συγκεκριμένα, τονίζεται ότι:

α) παρατηρείται έντονη κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία (όσο χαμηλότερη η κοινωνική θέση ενός ατόμου, τόσο χειρότερη η υγεία του),

β) οι ανισότητες στην υγεία είναι αποτέλεσμα των κοινωνικών ανισοτήτων και φυσικά δεν αντιμετωπίζονται μόνο μέσω του τομέα υγείας αλλά απαιτείται διατομεακή προσπάθεια (κάθε πτυχή της κυβέρνησης και της οικονομίας, όπως χρηματοδότηση, εκπαίδευση, στέγαση, εργασία, μεταφορά και υγεία, για να αναφέρουμε μόνο έξι, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την υγεία και την ισότητα στην υγεία),

γ) η οικονομική ανάπτυξη και ο πλούτος μιας χώρας δεν σχετίζονται με το επίπεδο υγείας και ευημερίας του πληθυσμού, αλλά με την περισσότερο ή λιγότερο άνιση κατανομή του εισοδήματος ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις,

δ) η δράση που εστιάζει μόνο στους μη προνομιούχους πληθυσμούς δεν θα μειώσει επαρκώς τις ανισότητες. Για να μειωθεί η κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία, οι ενέργειες θα πρέπει να αφορούν όλο τον πληθυσμό, με ένταση βέβαια ανάλογη αυτής των επιπέδων ανάγκης.

Σε γενικές γραμμές, η μέτρηση και η κατανόηση του προβλήματος των ανισοτήτων στην υγεία και η αξιολόγηση του αντικτύπου της δράσης των πολιτικών αποτελούν σημαντικές προτεραιότητες. Η έλλειψη δεδομένων για τις ανισότητες συχνά σημαίνει έλλειψη αναγνώρισης του προβλήματος. Τα επαρκή δεδομένα στο επίπεδο της υγείας, του τρόπου με τον οποίο αυτή κατανέμεται, καθώς και των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της είναι εξαιρετικής σημασίας για την κατανόηση της έκτασης του προβλήματος, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων και την παρακολούθηση της διαδικασίας. Η ανάπτυξη του οργανωτικού χώρου και της ικανότητας για αποτελεσματική δράση όσον αφορά τις ανισότητες στην υγεία προϋποθέτει, αφενός, επένδυση των φορέων που χαράσσουν πολιτικές στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και, αφετέρου, δημόσια κατανόηση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Επίσης, στο πλαίσιο της έρευνας για τη δημόσια υγεία απαιτείται μεγαλύτερη έμφαση στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Health Policies, 2011).

Άλλες σημαντικές προτεραιότητες για δράση αφορούν την επένδυση κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, δηλαδή τη σωματική, συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη των παιδιών. Οι εμπειρίες στην πρώιμη παιδική ηλικία, που ορίζονται από την προγεννητική περίοδο μέχρι τα πρώτα οκτώ έτη, βάζουν τις κρίσιμες βάσεις για ολόκληρη τη ζωή, καθώς πολλές προκλήσεις στην ενήλικη ζωή, όπως η παχυσαρκία, τα καρδιαγγειακά, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, η εγκληματικότητα, έχουν τις

ρίζες τους σε αυτά τα χρόνια. Ιδιαίτερος είναι ο ρόλος της εκπαίδευσης και των παρεμβάσεων στην προσχολική ηλικία για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και την υποστήριξη των γονιών με ποιοτικές κοινωνικές υπηρεσίες (Health Policies, 2011).

Η βελτίωση του αστικού περιβάλλοντος αναδεικνύεται επίσης σε σημαντική προτεραιότητα. Το 2007 βρήκε για πρώτη φορά τη μεγάλη πλειονότητα των ατόμων να ζει σε αστικές περιοχές. Καταρχήν, η πρόσβαση τόσο σε ποιοτική στέγη και υγιεινή, όσο και σε άλλα βασικά αγαθά είναι ανθρώπινα δικαιώματα και βασικές ανάγκες για μια υγιή διαβίωση (Health Policies, 2011).

Η εξασφάλιση πλήρους, δίκαιης και αξιοπρεπούς απασχόλησης προτείνεται επίσης ως κεντρικός στόχος τόσο της εθνικής όσο και της διεθνούς κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής. Οι συνθήκες απασχόλησης και εργασίας ασκούν ισχυρές επιδράσεις στην ισότητα όσον αφορά την υγεία. Όταν είναι καλές, παρέχουν οικονομική ασφάλεια, κοινωνικό κύρος, προσωπική ανάπτυξη, κοινωνικές σχέσεις και αυτοεκτίμηση, προστασία από φυσικούς και ψυχοκοινωνικούς τραυματισμούς (Health Policies, 2011).

Τα αποτελέσματα για τη φτώχη σωματική και ψυχική υγεία σχετίζονται με τις επισφαλείς θέσεις εργασίας, όπως οι συμβάσεις ορισμένου χρόνου, η απασχόληση χωρίς εργασιακή σύμβαση και η εργασία μερικής απασχόλησης (L. Artazcoz κ.ά., 2005· I.H. Kim κ.ά., 2006). Οι αντίξοες συνθήκες εργασίας εκθέτουν τα άτομα σε ένα ευρύ φάσμα φυσικών κινδύνων για την υγεία και τείνουν να παρατηρούνται σε επαγγέλματα χαμηλού κύρους.

Το στρες στην εργασία σχετίζεται με την αύξηση κατά 50% του κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Marmot, 2004· Kivimaki κ.ά., 2006), ενώ σύμφωνα με αξιόπιστα δεδομένα, η εργασία υψηλών απαιτήσεων με χαμηλό έλεγχο και η ασυμφωνία προσπάθειας-επιβράβευσης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση σωματικών βλαβών.

5.3. Η υφιστάμενη κατάσταση: Χρηματοδότηση και παροχή των Υπηρεσιών Υγείας

Το ύψος των δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται καθεμία από αυτές (Σουλιώτης, 2006). Ειδικότερα, οικονομετρικές μελέτες δείχνουν ότι το εισόδημα αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα εξέλιξης των δαπανών υγείας στις εν λόγω χώρες, δεδομένου ότι τα κράτη τα οποία εμφανίζουν υψηλότερη οικονομική ανάπτυξη αφιερώνουν μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία. Έτσι, οι δαπάνες υγείας στη Μάλτα, τη Σλοβενία, την Κύπρο και την Τσεχία κυμαίνονται μεταξύ 7,4-8,9% του ΑΕΠ, ακολουθώντας το πρότυπο των κρατών μελών της Κοινότητας (ec.europa.eu).

Αντίθετα, τις χαμηλότερες δαπάνες υγείας καταγράφουν η Ρουμανία, η Βουλγαρία και η Τουρκία, ακολουθούμενες από τις τρεις βαλτικές χώρες. Η Σλοβακία, η Πολωνία και η Ουγγαρία συνιστούν μια τρίτη, ενδιάμεση ομάδα με δαπάνες υγείας περί του 5,7-6,5% του ΑΕΠ. Στον σκληρό πυρήνα της Ευρώπης, η Γερμανία, η Γαλλία και η Ελλάδα δαπανούν το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία, ενώ το Λουξεμβούργο, η Φινλανδία και η Ιρλανδία δαπανούν το χαμηλότερο ποσοστό (ec.europa.eu).

Όσον αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, η Μάλτα, η Κύπρος και η Σλοβενία εμφανίζουν μεγέθη τα οποία βρίσκονται πολύ κοντά ή ξεπερνούν τα αντίστοιχα της Ελλάδας, της Πορτογαλίας και της Ισπανίας, που είναι οι τρεις χώρες της Ένωσης με τη χαμηλότερη επίδοση (ec.europa.eu).

Εξετάζοντας τις πηγές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας, διαπιστώνουμε το υψηλό μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών στην Κύπρο (46,2% του συνόλου των δαπανών υγείας), τη Λετονία (40%) και τη Ρουμανία (36,2%). Τα ποσοστά αυτά συγκρίνονται με το αντίστοιχο της Ελλάδας (44,5%), η οποία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας μεταξύ των κρατών μελών της Κοινότητας. Η Τσεχία και η Σλοβακία παρουσιάζουν τις χαμηλότερες ιδιωτικές δαπάνες, με μεγέθη λίγο υψηλότερα από αυτό του Λουξεμβούργου, χώρας με τις χαμηλότερες ιδιωτικές δαπάνες στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ec.europa.eu).

Οι ιδιωτικές δαπάνες στις χώρες της Ευρώπης αποτελούν πρωταρχικά άμεσες προτιμήσεις των χρηστών κατά τη στιγμή της συνδιαλλαγής. Αυτό σημαίνει ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν έχει αναπτυχθεί στις χώρες αυτές. Εξαίρεση αποτελεί

το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για υγεία που απορροφάται από προπληρωμένα προγράμματα παροχής υπηρεσιών στη Σλοβενία, ποσοστό το οποίο πλησιάζει τα αντίστοιχα μεγέθη στη Γερμανία και τη Γαλλία. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει τη λειτουργία στη Σλοβενία ιδιωτικών ασφαλιστικών σχημάτων υγείας σε μεγαλύτερη έκταση σε σχέση με τις υπόλοιπες υποψήφιες χώρες (Καραδημήτρη, 2005).

Ένα σημείο το οποίο θα πρέπει να επισημανθεί είναι η ύπαρξη υψηλής παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα σε αρκετές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Για παράδειγμα, έρευνα σε δείγμα χρηστών δημόσιων υπηρεσιών υγείας στη Βουλγαρία έδειξε ότι το 42,9% αυτών πλήρωσε για τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών οι οποίες επίσημα παρέχονταν δωρεάν ποσά τα οποία για κάθε επίσκεψη κυμαίνονταν μεταξύ 3-14% του μέσου μηνιαίου εισοδήματος. Στην Πολωνία, οι άτυπες πληρωμές κατευθύνονται κυρίως στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και συμβάλλουν στο διπλασιασμό του μισθού των γιατρών. Σύμφωνα με άλλη έρευνα, σε χώρες όπως η Βουλγαρία, η Σλοβακία και η Τσεχία οι επαγγελματίες υγείας συχνά δέχονται επιπλέον αμοιβές ή ακριβά δώρα από τους χρήστες των υπηρεσιών (Σίσκου, 2006).

Η υποχρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, το υψηλό κόστος χρόνου και η αναζήτηση καλύτερης ποιότητας φαίνεται να αποτελούν τις βασικότερες αιτίες ύπαρξης του φαινομένου, το οποίο όμως αναιρεί την αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και οδηγεί στην αδυναμία βεβαίωσης εσόδων από το κράτος, την αναίρεση της κοινωνικής νομιμοποίησης του δημόσιου χαρακτήρα της φροντίδας υγείας και την αδυναμία άσκησης αποτελεσματικής ρύθμισης στον υγειονομικό τομέα (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριάνος, 2012).

Η στροφή των περισσότερων χωρών προς την κοινωνική ασφάλιση είναι εμφανής, αν εξετάσουμε την αναλογία κρατικού προϋπολογισμού και κοινωνικής ασφάλισης στη χρηματοδότηση των δημόσιων δαπανών υγείας. Στην Εσθονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, τη Σλοβακία, τη Σλοβενία και την Τσεχία, πάνω από το 82% των δημόσιων δαπανών υγείας χρηματοδοτείται από πόρους της κοινωνικής ασφάλισης. Επιπροσθέτως, ορισμένες χώρες λαμβάνουν εξωτερική βοήθεια από διεθνείς οργανισμούς, η οποία όμως πάσχει από έλλειψη συντονισμού και διαφορετικές στοχοθετήσεις. Για παράδειγμα, η βοήθεια προς τη Βουλγαρία ετησίως

ανέρχεται στο 18% των δημόσιων δαπανών υγείας της χώρας αυτής (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριάνος, 2012).

Είναι πολύ σημαντικό να παρουσιαστούν οι τάσεις που διαγράφουν ορισμένοι βασικοί δείκτες παροχής και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας οξείας νοσηλείας στα κράτη μέλη και τις νέες και υποψήφιες χώρες της Ένωσης. Και στις δύο ομάδες χωρών παρατηρήθηκε διαχρονική μείωση των κλινών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας, με ρυθμούς όμως διαφορετικούς αφού οι εξελίξεις ήταν πιο έντονες στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Ωστόσο οι χώρες αυτές, με εξαίρεση τη Σλοβενία, εξακολουθούν να έχουν μεγαλύτερο αριθμό κλινών σε σχέση με τη Δυτική Ευρώπη, καθώς και υψηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι η συνολική τάση μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας συνοδεύτηκε σχεδόν σε όλες τις χώρες από αύξηση του αριθμού εισαγωγών (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριάνος, 2012).

Οι τάσεις αυτές στη νοσοκομειακή περίθαλψη συνδέονται με παράγοντες όπως η επιδίωξη πιο ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας και τη συγκράτηση του κόστους και οι αλλαγές στις μεθόδους θεραπείας μέσω μορφών υποκατάστασης και έμφασης στην ανοικτή περίθαλψη. Το γεγονός ότι οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης παρουσιάζουν περισσότερες κλίνες και υψηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας συγκρινόμενες με τα κράτη της Κοινότητας οφείλεται σε παράγοντες όπως η ιστορική κληρονομιά του υποδείγματος Semashko, όπου το νοσοκομείο ήταν η βασική μονάδα παροχής φροντίδας υγείας με έμφαση στην κατάτμηση της περίθαλψης σε εξειδικευμένες μονάδες, η ανεπάρκεια πόρων και πολλές φορές τεχνογνωσίας, οι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί των νοσοκομείων που ευνοούν την παράταση της νοσηλείας και η απουσία υποκατάστατων υπηρεσιών (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριάνος, 2012).

Σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κρατών παρουσιάζονται στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η Ουγγαρία, η Τσεχία και η Σλοβακία έχουν ιδιαίτερα υψηλό αριθμό επισκέψεων, ενώ η Τουρκία καταγράφει τον χαμηλότερο μεταξύ των νέων και υποψήφιων χωρών. Συνολικά στις χώρες αυτές φαίνεται ότι οι πολίτες επισκέπτονται τακτικότερα τις μονάδες υγείας σε σχέση με τα κράτη μέλη της Ένωσης (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Ανάλογη είναι η κατάσταση, αν εξετάσουμε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η Λιθουανία είναι η χώρα με τους περισσότερους γιατρούς και ακολουθούν η Ουγγαρία, η Βουλγαρία, η Τσεχία, η Σλοβακία και η Εσθονία. Από την άλλη, η Τουρκία και η Ρουμανία έχουν τους λιγότερους γιατρούς αλλά και οδοντιάτρους. Η Τουρκία έχει επίσης το λιγότερο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον τομέα αυτό κατά πολύ υπερέχει η Τσεχία (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Η Ελλάδα έχει τη μεγαλύτερη αναλογία γιατρών ανά 100.000 κατοίκους συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες 27 χώρες, ενώ ως προς τους οδοντιάτρους παρουσιάζει τον δεύτερο υψηλότερο δείκτη μετά τη Σουηδία. Η αρνητική εικόνα συμπληρώνεται και από την μικρότερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους που εμφανίζει η χώρα (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

Είναι αξιοσημείωτο πως το επίπεδο υγείας των σχετικά νέων χωρών, με την εξαίρεση της Κύπρου, της Μάλτας και της Σλοβενίας, υπολείπεται του αντίστοιχου των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον και η διαδικασία μετασχηματισμού των κοινωνιών αυτών άσκησαν σημαντική επίδραση στο επιδημιολογικό τους πρότυπο και ερμηνεύουν σε μεγάλο βαθμό το χάσμα υγείας μεταξύ «Ανατολής» και «Δύσης». Ιδιαίτερα, η ταχύτητα με την οποία επιχειρήθηκε η μετάβαση σε νέες μορφές κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης μέσω της εφαρμογής μιας πολιτικής «ισχυρών κλονισμών», χωρίς την ταυτόχρονη δημιουργία ενός μηχανισμού κοινωνικής πρόνοιας με τη θέσπιση κατάλληλων και επαρκών πολιτικών κοινωνικής προστασίας, λειτούργησε αρνητικά επιβαρύνοντας τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού (Κουζής, κ.α., 2012).

Οι αδυναμίες που εμφάνισαν τα συστήματα υγείας των χωρών σε σχέση με την οικονομική αποδοτικότητα της κατανομής και της διαχείρισης των πόρων και την κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών οδήγησαν στην αναζήτηση λύσεων με την υιοθέτηση συμβολιακών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Σημαντικό τμήμα των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων επικεντρώθηκε στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και την αποζημίωση των προμηθευτών και εμπνεύστηκε από τα πρότυπα των χωρών της Δυτικής Ευρώπης (ekdd.gr).

Ένα σημαντικό μάθημα που προκύπτει από τη διεθνή εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων είναι ότι για να στεφθούν αυτές με επιτυχία πρέπει να αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης, συνεκτικής πολιτικής υγείας και να λαμβάνουν υπόψη τους το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο

οποίο συντελούνται. Πρόκειται για πολιτικές διαδικασίες αλλαγής των υγειονομικών πολιτικών και θεσμών που αναλαμβάνονται εκ των άνω και προσδιορισμού προτεραιοτήτων με σκοπό τη βελτίωση των υφιστάμενων ανεπαρκειών και αδυναμιών ικανοποίησης των κριτηρίων της ισότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και αφορούν όχι μόνο το περιεχόμενο αλλά και τις διαδικασίες που καθιστούν εφικτή την εφαρμογή τους (Πετμετζίδου, κ.α., 2015).

5.4 Ευρωπαϊκές Επιχειρήσεις Υγείας

Ενώ κατά το μεγαλύτερο διάστημα του 20ού αιώνα οι υπηρεσίες υγείας ήταν ταυτισμένες με την ιατρική και η ιατρική με το νοσοκομείο, τα τελευταία 20-30 χρόνια έχουν καταβληθεί, σε όλον τον κόσμο, συστηματικές προσπάθειες για την ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, για την αναβάθμιση της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, για τη διαμόρφωση ιατροκοινωνικών προγραμμάτων, για την εκπαίδευση νέων επαγγελματιών υγείας, ικανών να στελεχώσουν τις καινούργιες αυτές υπηρεσίες. Η ανάπτυξη σύγχρονων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ειακών υπηρεσιών ενισχύθηκε, εξάλλου, και από την ανάγκη περιορισμού της νοσοκομειακής περίθαλψης, προκειμένου να συγκρατηθούν οι ραγδαία αυξανόμενες νοσοκομειακές δαπάνες. Όλες αυτές οι καινούργιες υπηρεσίες υγείας, μαζί με τις παλιές, συγκροτούν τα σύγχρονα συστήματα υγείας (Τούντας, 2008).

Η εξέλιξη της αγοράς αναφορικά με τις ιδιωτικές «επιχειρήσεις» παροχής υγείας παρουσιάζει μια σταθερή αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών της σε όλη την ΕΕ τα τελευταία χρόνια, ενώ παράλληλα οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα.

Στην Ελλάδα, κυρίως από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια, ενώ η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Πολλές ευρωπαϊκές επιχειρήσεις υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαβλέπουν και άλλες παγκόσμιες ευκαιρίες για επέκταση σε διάφορες πτυχές του τομέα υγειονομικής περίθαλψης: ασφάλιση, κλινικές και διαγνωστικές υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις διαχείρισης των υπηρεσιών. Οι συμπράξεις με το δημόσιο τομέα θεωρούνται, από πολλές εταιρείες, ως ένα σημαντικό βήμα προς την ανάπτυξη και την παροχή νέων υπηρεσιών και εγκαταστάσεων. Η συμμετοχή των εταιρειών αυτών, για την παροχή υπηρεσιών στο δημόσιο τομέα υγείας, θα έχει συνέπειες για την υγεία

των εργαζομένων και για την υποχρέωση λογοδοσίας των συστημάτων δημόσιας υγείας (hygeia.gr).

Πολλές επιχειρήσεις βλέπουν τις σχέσεις τους με την κυβέρνηση/ δημόσιο τομέα υγείας ως κρίσιμες για τη μελλοντική ανάπτυξη της εταιρείας. Ορισμένες εταιρείες χτίζουν αυτή την περίοδο την εμπειρία της εργασίας με το δημόσιο τομέα. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα στην Ευρώπη των κυβερνήσεων που συμβάλλουν σε ιδιωτικές εταιρείες προκειμένου να διαχειρίζονται ένα δημόσιο νοσοκομείο. Σε ορισμένες χώρες, αυτό συνεπάγεται επίσης την ιδιωτική εταιρεία στο κτίριο του νοσοκομείου. Εταιρείες παγκόσμιων υπηρεσιών έχουν εμπλακεί σε ιδιωτική χρηματοδότηση πρωτοβουλιών στο ΗΒ (Δίκαιος, κ.α., 2007).

5.4.1 Alliance

Η Alliance Medical Group παρέχει μια σειρά προϊόντων υψηλής τεχνολογίας, όπως PET, MRI, CT, και μαστογραφία. Παρέχει εκτεταμένη, ανάθεσης υπηρεσιών κινητής τηλεφωνίας καθώς και σταθερό χώρο υπηρεσιών. Η εταιρεία ιδρύθηκε το 1989 από τον Robert Waley-Cohen, ο οποίος υπήρξε προηγουμένως συνιδρυτής της Alliance Imaging Inc. στις ΗΠΑ το 1983. Η εταιρεία άρχισε να λειτουργεί στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1990. Από το 2003, η εταιρεία αυτή συνέχισε να κερδίζει συμβάσεις από το NHS. Η εταιρεία «τρέχει» δύο ενδιάμεσα κέντρα επεξεργασίας στο Ηνωμένο Βασίλειο με τη συνεργασία ομίλων υγείας και παρέχει εξοπλισμό για τουλάχιστον 19 νοσοκομεία μέσα στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Υπήρξε κάποια κριτική για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τη Alliance Medical στο ΗΒ, συμπεριλαμβανομένων τυχόν λαθών στην ερμηνεία των εικόνων και καθυστερήσεις στην παράδοση των αποτελεσμάτων. Γιατροί στο Βέλγιο, τη Νότια Αφρική και την Ισπανία ερμηνεύουν τα δεδομένα και δεν συνεργάζονται με γιατρούς στο NHS (BBC, 2005).

Υπήρξαν επίσης ερωτήσεις στο Κοινοβούλιο, σχετικά με τις επαφές μεταξύ της Alliance Medical και του Υπουργείου Υγείας στην περίοδο πριν από μία σύμβαση που συνήφθη το 2004. Τον Ιανουάριο του 2007, η Alliance Medical, σε συνεργασία με την Care UK, άρχισε να παρέχει υπηρεσίες διαγνωστικού ελέγχου σε όλη τη Βορειοανατολική Αγγλία, οι οποίες λειτουργούν υπό την κοινή επωνυμία AMC Diagnostics Limited (Alliance Medical Group, 2007).

5.4.2 BUPA

Η BUPA είναι ένας από τους δύο μεγαλύτερους παρόχους της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο με 40,1% της αγοράς. Τα τελευταία 10 χρόνια η BUPA επεκτάθηκε μέσω μιας σειράς εξαγορών στα πλαίσια του Ηνωμένου Βασιλείου αλλά και παγκοσμίως. Η πιο εντυπωσιακή περιοχή της επέκτασης βρίσκεται στις υπηρεσίες φροντίδας. Οι υπηρεσίες φροντίδας της BUPA αποτελούνται από τις τρεις θυγατρικές: BUPA Γηροκομεία Ltd, BUPA Care Services Ltd και Care First Group plc. Η BUPA λειτουργεί 223 σπίτια φροντίδας, 54 σπίτια για συνταξιούχους και το 1999 ενδιαφέρθηκε για 26.000 άτομα σε οικιστική φροντίδα ή μέσω των υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον. Η BUPA έχει επίσης επεκταθεί σε νοσηλευτικό προσωπικό και άλλες υπηρεσίες φροντίδας (BUPA, 2008).

Το 2007, η BUPA πώλησε τα 25 νοσοκομεία της στην Cinven για £1.44 δισεκατομμύρια δολάρια, προκειμένου να αποπληρώσει το χρέος και να επικεντρωθεί στην μακροπρόθεσμη ανάπτυξη της εταιρίας, διεθνώς, και στον τομέα της περίθαλψης. Αυτή είναι μια δραματική αλλαγή για την BUPA, που υπήρξε ένας από τους κορυφαίους ιδιωτικών φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η BUPA επίσης δραστηριοποιείται στην Ισπανία, στη Μέση Ανατολή, η Ταϊλάνδη, το Χονγκ Κονγκ, τη Σιγκαπούρη και τη Μαλαισία (BUPA, 2007).

Η Sanitas είναι μια ισπανική υγεία ασφάλισης και υπηρεσιών υγείας, η οποία ενσωματώθηκε στη BUPA το 1989. Το Σεπτέμβριο του 2006, η Sanitas, κέρδισε το διαγωνισμό της κυβέρνησης για να κατασκευάσει και να λειτουργήσει ένα μεγάλο νέο δημόσιο νοσοκομείο στην πόλη Βαλένθια. Η 15ετής σύμβαση για την κυβέρνηση της Βαλένθια προβλέπει στην κατασκευή και στη διαχείριση του νέου νοσοκομείου καθώς και στην ενημέρωση και στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιοχή, στη δημιουργία ενός νέου κέντρου υγείας στο Turis και στην ανακαίνιση ενός εξειδικευμένου κέντρου στην περιοχή της Aldaya. Επίσης, η Sanitas σχημάτισε κοινοπραξία με τη Ribera Salud (Sanitas 60%: Ribera Salud 40%), η οποία είναι ιδιοκτησία της Bancaja και της Caja Mediterraneo, δύο ισπανικών τραπεζών (RiberaSalud, 2007).

Το έργο είναι αξίας €137 εκατομμυρίων. Το νοσοκομείο Horta Manises θα απασχολεί 700 υπαλλήλους και θα θεραπεύει 140.000 άτομα στην επαρχία. Η Sanitas έχει δύο άλλα νοσοκομεία, τόσο στη Μαδρίτη . Το 2007, η Sanitas απέκτησε την

Sanitas Residencial, που ανήκει στον όμιλο της ισπανικής εταιρείας φροντίδας στο σπίτι, αγόρασε επίσης την Euroresidencias, εταιρεία για φροντίδα στο σπίτι από την ισπανική εταιρεία Saarema Inversiones. Αυτό θα καταστήσει συνεπώς τη Sanitas, το δεύτερο μεγαλύτερο πάροχο της μακροχρόνιας περίθαλψης στην Ισπανία (BUPA, 2006).

Η BUPA επίσης, έχει διευρυνθεί τόσο σε υγειονομική ασφάλιση όσο και σε περίθαλψη στην Ασία κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Το 2001, αγόρασε η BUPA τη Vista Healthcare στην Ασία, η οποία συνέβαλε στη BUPA να επεκταθεί στην αγορά της Ασίας. Το 2002, η BUPA μαζί με τη Macquarie Bank αγόρασε την AXA Asia Pacific Holdings, μια εταιρεία ασφάλισης υγείας στην Αυστραλία. Είναι πλέον η τρίτη μεγαλύτερη ιδιωτική υγεία ασφαλιστή στην Αυστραλία. Η BUPA κατέχει το ήμισυ της επιχείρησης. Το 2006, η BUPA καθιέρωσε ένα αντιπροσωπευτικό γραφείο στην Κίνα (BUPA, 2006).

5.4.3 Cario

Η Cario είναι μια σουηδική εταιρεία υγειονομικής περίθαλψης, η οποία στοχεύει να γίνει μια διευρωπαϊκή healthcare εταιρεία. Από το 2003, η Cario συνέχισε την επέκταση στη Γαλλία, Ισπανία και Γερμανία, καθώς και την παγίωση της παροχής των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα στη Σουηδία, τη Νορβηγία, τη Δανία, τη Φινλανδία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Μία από τις πιο σημαντικές εξελίξεις από το 2004, ήταν η πώληση του Σεπτεμβρίου του 2006, της Cario στην Orica, μια εταιρεία που έμμεσα, ανήκει από κοινού στην Apax Worldwide Partners LLP, από το Σκανδιναβικό Κεφαλαίου VI και από κεφάλαια που συμβούλεψε ή διαχειρίζεται Apax Worldwide Partners LLP. Η εταιρεία είχε αποχωρήσει από το Νοέμβριο του 2006.

Το 2005, απέκτησε η Cario τη Grupo Sanitario IDC (Ισπανία), η οποία βρίσκεται στην πρώτη θέση στην ισπανική αγορά της υγείας. Επίσης πώλησε την κλινική Άγιος Βικέντιος (Γαλλία) και έκλεισε την Dreux clinic στη Γαλλία. Το ίδιο έτος, πωλήθηκε επίσης η La Metairie clinic στην Ελβετία (Cario, 2006).

Το 2006, πραγματοποίησε η Cario μια σημαντική αύξηση στη γαλλική αγορά της υγείας, αγοράζοντας το νοσοκομείο Arvita, την Κλινική La Rochelle και την κλινική Saint Jean Languedoc, καθώς και τον όμιλο της Τονκίν. Επίσης, έχει

επιτευχθεί ένας από τους στόχους της για να εισέλθω στη γερμανική αγορά της υγείας, με την απόκτηση της Deutsche Klinik (Cario, 2006).

Από το 2004, η Cario πέτυχε τους στόχους του να κινείται στην Ισπανία και τη Γερμανία καθώς επίσης, έχει πετύχει την εδραίωση της παρουσίας της στη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Έχει επίσης διαπραγματεύσει συμβάσεων πλέον στο St. Gorens, στη Σουηδία και στο Valdemoro, στην Ισπανία, μια σύμβαση με μια ιδιαίτερα βάση, η οποία προβλέπει ετήσια σταθερή πληρωμή ανά κεφαλή του πληθυσμού. Η σύμβαση αφορά την κατασκευή ενός νοσοκομείου, το οποίο αναμένεται να λειτουργήσει στα τέλη του 2007 (Cario, 2008).

Τον Ιανουάριο του 2007, η Cario Diagnostics συγχωνεύθηκε με την Cario UK. Υπάρχουν δύο εργαστήρια του νοσοκομείου στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα οποία θα μεταφερθούν στην Cario UK, ενώ τον Αύγουστο του 2007, αγοράστηκε η Cario Unilabs, ένα ελβετικό εργαστήριο με βάση της εταιρείας, της οποίας οι δραστηριότητες λαμβάνουν χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γαλλία, την Ισπανία, την Ιταλία, τη Ρωσία και την Πορτογαλία (Cario, 2008).

5.4.4 Cinven

Η Cinven, ως ευρωπαϊκός ιδιωτικός επενδυτής στο μετοχικό κεφάλαιο, διαθέτει πάνω από μια δεκαετία εμπειρίας στις επενδύσεις σε εταιρείες υγειονομικής περίθαλψης. Το 2005, αγόρασε την Partnership in Care από το General Health Group. Στις συνεργασίες με φροντίδα παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ειδικές μονάδες για άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, εγκεφαλικό τραυματισμό μονάδες αποκατάστασης. Η Cinven είχε επενδύσει επίσης στο General Health Group, το οποίο πωλήθηκε το 2000 (Cinven, 2008).

Το 2007, έκανε δύο σημαντικές healthcare επενδύσεις. Αγόρασε 25 νοσοκομεία από τη BUPA και έναν ισπανικό ιδιωτικό όμιλο νοσοκομείου, τον USP Hospitales, από τη Mercapital, που αποτελεί κορυφαίο ανεξάρτητο φορέα στην ισπανική ιδιωτική αγορά της υγείας και τον δεύτερο μεγαλύτερο παροχέα στην ιδιωτική περίθαλψη όσον αφορά την ασφαλιστική αγορά. Η Cinven επιδιώκει να διευρύνει την εταιρεία μέσω των εξαγορών της στην Ισπανία και σε διεθνείς αγορές. Μόλις πρόσφατα απέκτησε μερίδιο 25% στην HPP, τον τέταρτο μεγαλύτερο όμιλο νοσοκομείου στην Πορτογαλία (Cinven, 2007).

Οι δύο αυτές πρόσφατες εξαγορές, υποδηλώνουν ότι η Cinven προσδιόρισε το Ευρωπαϊκό τομέα υγείας ως μια σημαντική πηγή επενδύσεων. Η Ισπανία θεωρείται ότι έχει έναν ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα υγείας. Η Cinven έχει επίσης δημιουργήσει κάποια εξειδίκευση στη διαχείριση της υγειονομικής περιθάλψης κατά την τελευταία δεκαετία.

5.4.5 Euromedic International

Η Euromedic Diagnostics BV και το Διεθνές Κέντρο αιμοκάθαρσης BV είναι κατά 100% ολλανδικές θυγατρικές της Euromedic International NV, που με τη σειρά της αποτελεί μια εταιρεία χαρτοφυλακίου του ομίλου (Euromedic International Group, 2007). Για περισσότερο από μια δεκαετία, η Euromedic έχει κατασκευάσει και ενισχύσει τη λειτουργία του διαγνωστικού ελέγχου απεικόνισης σε κέντρα και κέντρα αιμοκάθαρσης στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη. Εργάζεται σε δημόσιες-ιδιωτικές συμφωνίες εταιρικής σχέσης, όπου η Euromedic επενδύει στα κέντρα και το δημόσιο σύστημα υγείας πληρώνει για την υπηρεσία.

Η ιστορία της Euromedic παρέχει μια εικόνα του τρόπου με τον οποίο οι healthcare εταιρείες άρχισαν να λειτουργούν εντός της ευρωπαϊκής αγοράς. Το 1991, δύο Ούγγροι επιχειρηματίες ίδρυσαν μια εταιρεία που είχε σχέση με διεθνή ιατρικά κέντρα στη Βουδαπέστη, που ανήκε σε μια ισραηλινή εταιρεία, την Elbit. Το 1995, ο όμιλος Euromedic δημιουργήθηκε μαζί με την Red Sea Group, η οποία είναι επίσης μια ισραηλινή εταιρεία. Το 1998, τα διεθνή ιατρικά κέντρα συγχωνεύθηκαν με την Euromedic. Το 1999, η GE Capital και η Dresdner Kleinwert Benson αποτέλεσαν τους ιδρυτές του Euromedic στην εξαγορά από την Elbit. Έτσι σχηματίστηκε η Euromedic (Euromedic International Group, 2007).

Το επόμενο έτος, 2000, τέθηκε μια περαιτέρω εισφορά κεφαλαίου, η οποία καλύπτονταν από την εταιρεία που βασιζόταν στην εταιρεία. Η Euromedic επεκτάθηκε στην Πολωνία, Βοσνία Ερζεγοβίνη και στην Ρουμανία, ανοίγοντας κλινικές αιμοκάθαρσης. Το Νοέμβριο του 2002, η GE Capital και η Dresdner Kleinwert Benson αγόρασαν την Red Sea Group. Το 2005, με την υPFIτήριξη από την Ολλανδική ING Bank, χρηματοδοτούν την ανάπτυξη της εταιρείας, που μετακινούνται από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη προκειμένου πλέον να καταστεί ένα ευρωπαϊκό επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Το 2006, η Euromedic επέκτεινε

τις δραστηριότητές της και μετακινήθηκε στη Ρωσία, Τσεχία, Ελλάδα και Τουρκία. Το 2007, η πανευρωπαϊκή θέση ενισχύθηκε από την επέκταση της στην Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ιρλανδία (Euromedic International Group, 2007).

5.4.6 Fresenius

Η Fresenius είναι μια "παγκόσμια εταιρεία υγειονομικής περίθαλψης με προϊόντα και υπηρεσίες για αιμοκάθαρση, αποτελεί δηλαδή το νοσοκομείο και την ιατρική περίθαλψη των ασθενών στο σπίτι" (Fresenius, 2007).

Ως μια κάθετα ολοκληρωμένη εταιρεία φροντίδας για νεφροπαθείς, η Fresenius παράγει προϊόντα και εξοπλισμό για νεφρική αιμοκάθαρση και λειτουργεί κλινικές αιμοκάθαρσης. Η εταιρεία εμπλέκεται όλο και περισσότερο στην παραγωγή θεραπειών έγχυσης για ασθενείς στο σπίτι, καθώς και ένα ευρύτερο φάσμα των συνθηκών για νεφρική φροντίδα, π.χ. φροντίδα του καρκίνου.

Ο Πρόεδρος της Fresenius επεσήμανε το 2001 ότι υπήρχε το ενδεχόμενο ύπαρξης της Fresenius ProServe, το διεθνές τμήμα διαχείρισης δηλαδή να επεκταθεί διότι "τα συστήματα υγείας, όχι μόνο στη Γερμανία αλλά και σε όλο τον κόσμο, είναι σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων και υπάρχει ζήτηση για ειδικευμένη, οικονομικώς αποδοτική περίθαλψη των ασθενών" (Krick, 2001).

Ο Krick μάλιστα πρόβλεψε ότι στην Γερμανία το τρέχον 7% των νοσοκομείων που λειτουργούν ιδιωτικά θα αυξηθεί και θα υπάρχει επίσης μια αύξηση στις ολοκληρωμένες υπηρεσίες του νοσοκομείου όπου θα υπάρξει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Οι εξελίξεις από το 2004, δείχνουν ότι η Fresenius συνέχισε να επεκτείνει τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης. Το 2005, η Fresenius (ProServe, νοσηλευτικό τμήμα διαχείρισης) αγόρασε το HELIOS, έναν όμιλο γερμανικών ιδιωτικών νοσοκομείων, η οποία έχει 55 νοσοκομεία και 26.000 εργαζόμενους. Ο όμιλος Wittgensteiner Kliniken, τον οποίο η Fresenius αγόρασε το 2001, έχει ενσωματωθεί στη HELIOS. Το 2006, η Fresenius αγόρασε τον όμιλο HUMANE clinic, με 6 νοσοκομεία και 2.900 εργαζομένους (Fresenius, 2006).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ενσωμάτωση του HELIOS δεν έχει αποδειχθεί τόσο καλή. Το νοσοκομείο Herbolzheim, στο Freiburg, έχει επιστρέψει στην τοπική

κυβέρνηση, αφού είχε ήδη ιδιωτικοποιηθεί και αγοραστεί από τον όμιλο HELIOS. Δεδομένου ότι η καθιέρωση ενός συστήματος τιμολόγησης, χρησιμοποιώντας τη συσκευή διαγνωστικού συναφείς ομάδες (DRG), συνεπάγεται την πληρωμή για μια κατάσταση αντί για ειδικές θεραπείες, τα μικρότερα νοσοκομεία δεν μπόρεσαν να ανταγωνιστούν με επιτυχία με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία (Verdi, 2006).

Ο όμιλος HELIOS έκανε μια συμφωνία με τη Marburger Bund, τον Δεκέμβριο του 2006 (Fresenius, 2006). Ο όμιλος Fresenius, μέσω του VAMED, το διεθνές νοσοκομείο τμήμα προγραμμάτων, έχει εμπλακεί σε εταιρικές σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην Αυστρία και τη Βοσνία Ερζεγοβίνη στην Ευρώπη. Στην Αυστρία, τα σχέδια του ομίλου αφορούν τις κλινικές και ακτινολογικό κέντρο. Στη Βοσνία, το VAMED ενεπλάκη στον εκσυγχρονισμό του πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Τούζλα και τη δημιουργία ενός νέου ιατρικού κέντρου. Το VAMED είναι επίσης υπεύθυνο για συμβάσεις για την παροχή τεχνικών διαχείρισης για το γενικό νοσοκομείο της Βιέννης και διαχειρίζεται το μη ιατρικές υπηρεσίες για την Charite στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το Βερολίνο. Είναι επίσης αναλάβει να παρέχει τεχνική διαχείριση στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Eppendorf, στο Αμβούργο (Fresenius, 2006).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, υπάρχουν κάποια κοινά σχέδια επέκτασης στην υγεία ανάμεσα στις πολυεθνικές εταιρείες σε όλο τον κόσμο. Υπάρχει μια κίνηση προς τη διαφοροποίηση από απλά παρέχοντας την healthcare στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και άλλων οικονομικών υποδομών. Υπάρχει μεγάλη σημασία στη δημιουργία νέων μεθόδων χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα της υγείας, την οποία κάποιος μπορεί να δει στην Ασία, και σε αρχικά στάδια στην Αφρική.

Οι εταιρείες Ευρωπαϊκής healthcare φαίνεται να είναι ενεργές και να εκμεταλλεύονται νέες ευκαιρίες για την παροχή περίθαλψης προς το δημόσιο τομέα υγείας στην Ευρώπη. Πολλές εταιρείες έχουν αναγνωρίσει την ανάγκη για εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας στα συστήματα δημόσιας υγείας. Οι εταιρικές σχέσεις έχουν αναπτυχθεί με τα εθνικά συστήματα υγείας. Η κυριότητα των ευρωπαϊκών εταιρειών υγείας αλλάζει και κυριαρχείται από τις ιδιωτικές επενδύσεις σε μετοχές, που αναζητούν μια γρηγορότερη επιστροφή στις επενδύσεις. Παρέχουν επίσης πληροφορίες σχετικά με την εταιρεία οικονομικών υποθέσεων.

5.4.7 Affidea

Η Affidea είναι ένας από τους μεγαλύτερους και πλέον επιτυχημένους πάροχους ιατρικών υπηρεσιών πανευρωπαϊκά, που ειδικεύεται σε διαγνωστικές έρευνες, κλινικά εργαστήρια και υπηρεσίες ακτινοθεραπείας. Περιλαμβάνει πληθώρα ιατρικών κέντρων σε ολόκληρη την ΕΕ, προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες και φροντίδας των ασθενών. Με πάνω από δύο δεκαετίες αφοσίωσης στην ιατρική αριστεία, η Affidea επαναπροσδιορίζει τη σχέση της ιδιωτικής χρηματοδότησης με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον δημόσιο τομέα, καθώς παρέχει αποτελεσματικά ιατρικές υπηρεσίες, σύμφωνα με το υψηλότερο ευρωπαϊκό πρότυπο, σε υπάρχουσες δημόσιες δομές υγείας (affidea.com).

Όπως αναφέρεται και στην επίσημη ιστοσελίδα της, Affidea καλύπτει τις συγκλίνουσες ανάγκες των ασθενών, των εργαζομένων, των αρχών δημόσιας υγείας και των εταιρικών επενδυτών. Διατηρεί υψηλά πρότυπα και έχει δημιουργήσει μια κουλτούρα που εκτιμά την ειλικρίνεια, την ακεραιότητα και τη διαφάνεια σε ό, τι κάνει. Προσπαθεί να δημιουργήσει ένα εργασιακό περιβάλλον αμοιβαίου σεβασμού, ενθάρρυνσης και ομαδικής εργασίας - που ανταμείβει τη δέσμευση και την απόδοση και ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ειδικευμένων ιατρών (affidea.com).

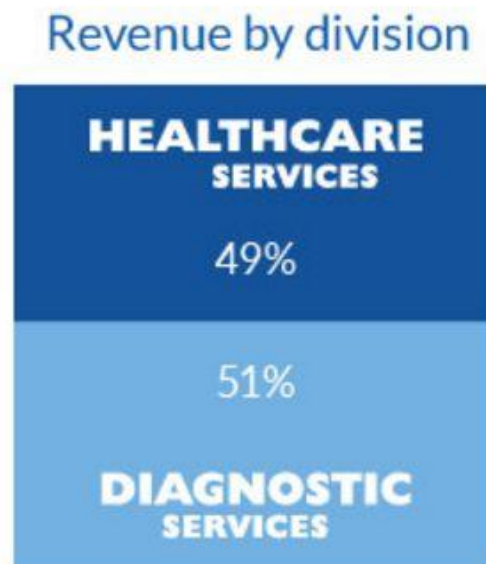
Στην Ελλάδα, υπάρχει η Affidea Ευρωιατρική, η Ελληνική θυγατρική εταιρεία της AFFIDEA, η οποία απασχολεί περίπου 3000 επαγγελματίες υγείας. «Η Affidea Ευρωιατρική ξεκίνησε την λειτουργία της στην Ελλάδα το 2005, με στόχο την είσοδό της στην ιδιωτική αγορά των διαγνωστικών εργαστηρίων απεικόνισης και βιοπαθολογίας. Σήμερα, λειτουργεί ένα εκτεταμένο δίκτυο 15 διαγνωστικών εργαστηρίων, εγκατεστημένων σε πρότυπους ιατρικούς χώρους με τα υψηλότερα επίπεδα ασφάλειας, άνεσης και αισθητικής, ιατρικό εξοπλισμό με τεχνολογία αιχμής, στελεχωμένα από καταξιωμένους ιατρούς στο είδος τους και συνδεδεμένα μεταξύ τους με το πλέον σύγχρονο σύστημα τηλεϊατρικής στην Ελλάδα» (affidea.gr).

5.4.8 Medicover

Η Medicover αποτελεί έναν κορυφαίο διεθνή πάροχο υπηρεσιών υγείας και διαγνωστικών υπηρεσιών. Ιδρύθηκε το 1995, με στόχο να ανταποκριθεί στην αυξανόμενη ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στην Πολωνία και στη συνέχεια επεκτάθηκε σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Σήμερα οι μεγαλύτερες

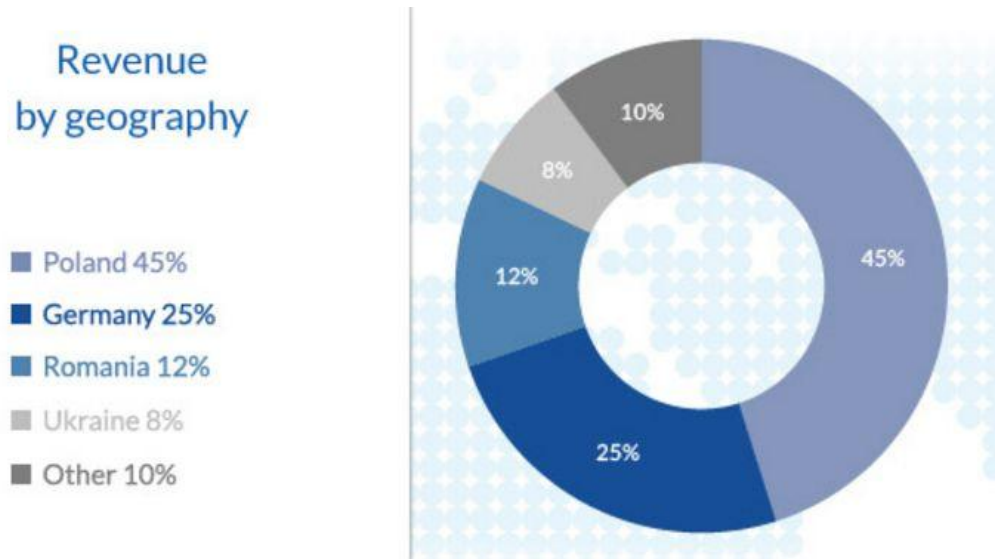
επιχειρήσεις της Medcover είναι στη Γερμανία, την Πολωνία, τη Ρουμανία και την Ουκρανία. Η Medcover παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός εκτεταμένου δικτύου κλινικών, νοσοκομείων, εγκαταστάσεων ειδικής φροντίδας και εργαστηρίων. Οι βασικές υπηρεσίες της εταιρείας είναι οι υπηρεσίες υγείας και οι διαγνωστικές υπηρεσίες, όπως φαίνεται και στην παρακάτω εικόνα (medicover.com).

Πίνακας 9: Βασικές Υπηρεσίες της Medcover



Πηγή: <https://www.medicover.com>

Γράφημα 13: Χώρες που εξυπηρετεί η Medicover



Πηγή: <https://www.medicover.com>

Το επιχειρησιακό πρότυπο της εταιρείας, επικεντρώνεται γύρω από τρεις στρατηγικές προτεραιότητες (medicover.com):

- Χρήση αξιόπιστων εμπορικών σημάτων και παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητάς με στόχο την εξασφάλιση της υψηλής εμπιστοσύνης των πελατών την προώθηση περαιτέρω οργανικής ανάπτυξης, αξιοποιώντας τις εδραιωμένες δραστηριότητές της στις κύριες αγορές στην Κεντρική Ευρώπη και τη Γερμανία.
- Επιλεκτικές εξαγορές με στόχο την επέκταση σε υπάρχουσες αγορές και την εξέλιξη νέων τμημάτων ειδικής φροντίδας. Άλλες εξαγορές για την είσοδο και ανάπτυξη νέων χωρών με υψηλό μακροπρόθεσμο αναπτυξιακό δυναμικό.
- Διατήρηση κορυφαίας ποιότητας και αποδοτικότητας, ώστε η εταιρεία να διαφοροποιείται από τους ανταγωνιστές του βασικού εταιρικού τομέα, αλλά και να προσελκύει τους καλύτερους ιατρούς.

5.5 Συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ)

Το 2013 η Ευρωπαϊκή αγορά των ΣΔΙΤ καταγράφει την υπογραφή συμβάσεων για 80 έργα, συνολικής αξίας 16 δις ευρώ, ενισχυμένη σε σχέση με τα επίπεδα του 2012.

Αξιοσημείωτη δυναμική παρουσιάζουν τα έργα ΣΔΙΤ στον τομέα του περιβάλλοντος, τόσο σε όρους αξίας, όσο και σε όρους αριθμού έργων (10 έργα με συνολική αξία 2,3 δις ευρώ) (sdit.mnec.gr).

Στον κλάδο των υποδομών εκπαίδευσης υπεγράφησαν οι συμβάσεις για 21 έργα, τα περισσότερα σε σχέση με άλλους κλάδους. Πολλές εταιρείες υγειονομικής περίθαλψης έχουν θεσπίσει εταιρικές σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην Ευρώπη (sdit.mnec.gr).

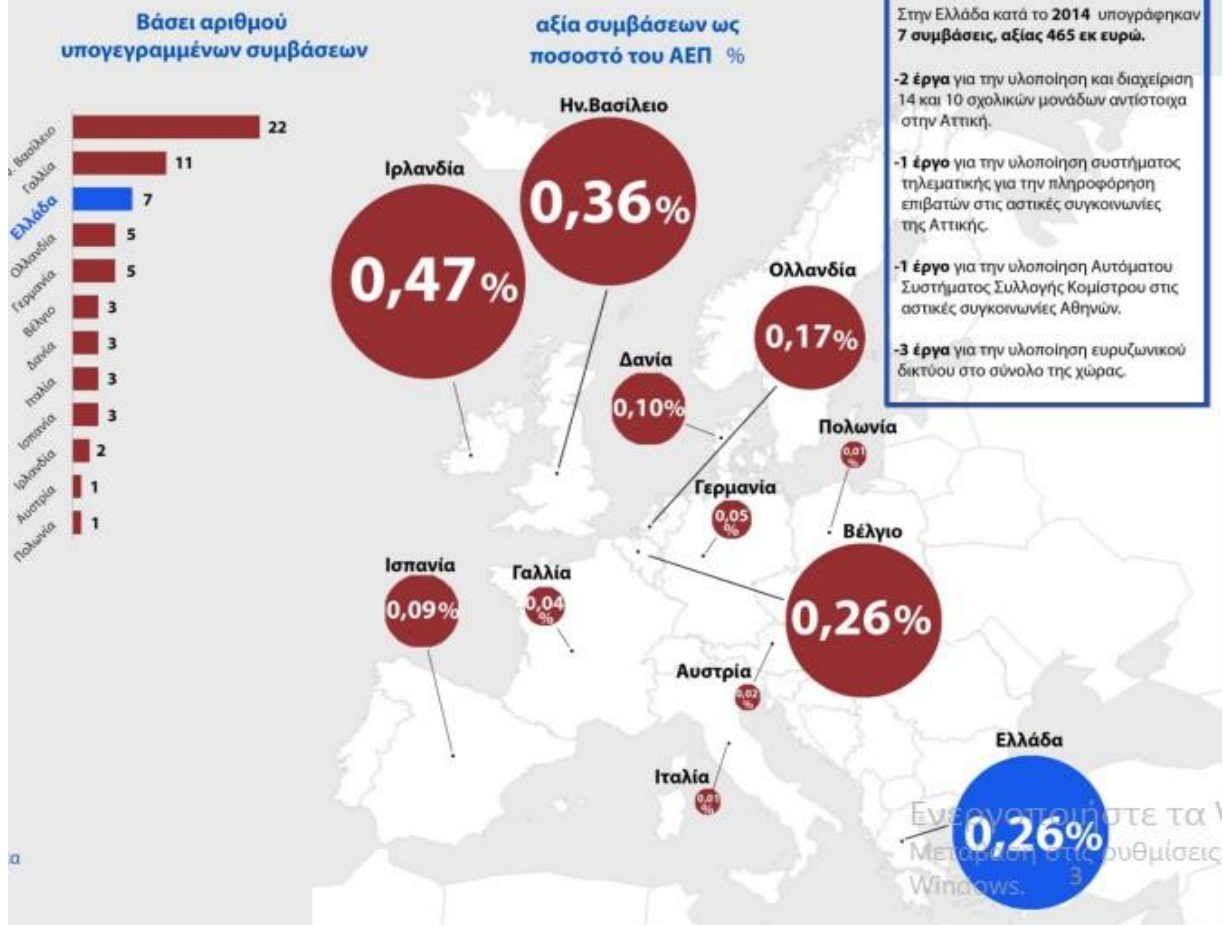
Η δημόσια υγεία δεν είναι δωρεάν, γιατί την πληρώνει ο πολίτης μέσω της φορολογίας που καταβάλλει (euro2day, 2016). Πρόκειται για δήθεν δωρεάν υγεία, η οποία στο τέλος της ημέρας κοστίζει πανάκριβα στον ασθενή. Στην Ελλάδα έχουμε αναλογικά τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών, τον μικρότερο αριθμό νοσοκόμων και το μεγαλύτερο ποσοστό πολιτών (70% έναντι 30% στην υπόλοιπη Ευρώπη), που διαμαρτύρεται για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών (euro2day, 2016).

Συνεχίζοντας μάλιστα σημειώνεται πως δεν είναι τυχαίο ότι οι ασφαλίσεις ιδιωτικής υγείας αυξάνονται με διψήφιο ποσοστό από έτος σε έτος, σε μια περίοδο βαθιάς οικονομικής κρίσης και πως αν απέσυραν οι ασφαλιστικές εταιρείες τα συμβόλαια υγείας, τότε οι ουρές στα κρατικά νοσοκομεία θα έφταναν στα... τρία χιλιόμετρα. Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι αυτές που κρατούν σήμερα όρθιο το δημόσιο σύστημα υγείας (euro2day, 2016).

Μονόδρομος πλέον είναι η καθιέρωση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, με συνεργασία του δημόσιου τομέα με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Η υγεία θα παραμείνει δημόσια, αλλά η διαχείρισή της θα γίνεται με χαμηλότερο κόστος, προσφέροντας ταυτόχρονα και καλύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς (euro2day, 2016).

Την ευρύτερη συνεργασία του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα επιθυμούν και οι πάροχοι της ιδιωτικής υγείας, οι οποίοι θεωρούν την επικρατούσα κατάσταση ως αδιέξοδη. Γενικότερα, οι ιδιωτικές κλινικές έχουν επανειλημμένα δηλώσει πως κοστίζουν στο δημόσιο πολύ λιγότερο από τα κρατικά νοσοκομεία, λόγω της κακοδιαχείρισης που επικρατεί στα τελευταία (euro2day, 2016).

Η Ευρωπαϊκή Αγορά ΣΔΙΤ 2014



Οι πολυεθνικές επιχειρήσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη συνεχίζουν να επεκτείνονται. Αυτή η ανασκόπηση των εταιρειών, οι οποίες είναι επιλέξιμες για τις ευρωπαϊκές επιτροπές επιχείρησης, δείχνει ότι κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, σε περίοδο οικονομικής ύφεσης, οι healthcare εταιρείες έχουν είτε ενοποιηθεί ή αναπτύσσονται νέες στρατηγικές. Οι παγκόσμιες υπηρεσίες εταιρείες έχουν υιοθετήσει στρατηγικές επέκτασης εκτός Ευρώπης, είτε στη Βόρεια Αμερική ή στην Ασία. Οι Healthcare εταιρείες έχουν παγιωθεί αλλά παραμένουν μια σημαντική παρουσία σε πολλά δημόσια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη (europarl.europa.eu).

Η σημασία της επέκτασης της εταιρείας σε ολόκληρη την Ευρώπη, πρέπει να εξεταστεί υπό το φως της προτεινόμενης οδηγίας της ΕΚ στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Μολονότι αυτό δεν έχει οριστικοποιηθεί, οι healthcare εταιρείες λειτουργούν ήδη σε μια ευρωπαϊκή αγορά.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Επιδίωξη της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η νέα πολιτική στο χώρο της υγείας, η οποία εν' όψει της υφιστάμενης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης της Ευρωζώνης, δημιούργησε μια νέα πραγματικότητα που επηρέασε ακολούθως τη ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη μεγάλων πάροχων υγείας στην Ευρώπη.

Η δραματική μείωση των πόρων στον υγειονομικό τομέα σε συνδυασμό με τις χρόνιες στρεβλώσεις παρακινούν σε μία ταχεία διαδικασία αποασφάλισης μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού, με αποτέλεσμα -μολονότι η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται θεμελιώδες δικαίωμα στις σύγχρονες κοινωνίες-, να παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση και τη χρήση των υγειονομικών παροχών. Τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας έχουν αναπτυχθεί σε συνθήκες περιορισμένων πόρων, ενώ ταυτόχρονα πολλές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές στην επίτευξη των εκπεφρασμένων στόχων των συστημάτων υγείας. «Συχνά λοιπόν αναπαράγεται ένα περιβάλλον διευρυμένης ανισότητας, το οποίο πλήττει πρωτίστως τις ασθενέστερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις. Ιδιαίτερα εκτεταμένες ανισότητες παρουσιάζονται σε χώρες με αυξημένες άμεσες ιδιωτικές δαπάνες (out-of-pocket expenditure) και όπου, συγχρόνως, οι δημόσιες δαπάνες υγείας είναι χαμηλές» (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011).

Οι εξελίξεις της πολιτικής που σημειώθηκαν κατά την τελευταία δεκαπενταετία έθεσαν τα ζητήματα υγείας στην ημερήσια διάταξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σταδιακά ο τομέας της υγείας αποτέλεσε πεδίο μιας περισσότερο συγκροτημένης και συνεκτικής παρέμβασης από μέρους της Κοινότητας. Το ερώτημα το οποίο τώρα τίθεται αφορά τις προοπτικές αυτής της πορείας.

Κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί διάφορα σενάρια για τις μελλοντικές εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, των οποίων το εύρος εκτείνεται από τη διατήρηση από τα κράτη μέλη της αποκλειστικής αρμοδιότητας διαμόρφωσης και άσκησης πολιτικής, μέχρι την εναρμόνιση των υγειονομικών συστημάτων και των συστημάτων ασφάλισης υγείας (Οικονόμου, 2004).

Μια πρόσφατη προσέγγιση διακρίνει μεταξύ τριών πιθανών τάσεων:

(α) Η πρώτη περίπτωση είναι η φροντίδα υγείας να παραμείνει στην αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών και οι οποιεσδήποτε εξελίξεις σημειωθούν στη διασυνοριακή παροχή υπηρεσιών υγείας να οφείλονται όχι σε

παρεμβάσεις της Κοινότητας, αλλά στη σύναψη διμερών ή πολυμερών συμφωνιών μεταξύ των κρατών. Στα πλαίσια αυτά ο τομέας της υγείας μένει εκτός του πεδίου της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.

(β) Η δεύτερη πιθανή εξέλιξη είναι η ανάπτυξη ενός πλαισίου ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού και βασίζεται σε δύο παραδοχές: α) Οι τέσσερις βασικές ελευθερίες που κατοχυρώνονται στις Συνθήκες της Ένωσης έχουν πεδίο εφαρμογής και στον υγειονομικό τομέα και β) Η φροντίδα υγείας αποτελεί τμήμα του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου και συνεπώς η επιδίωξη της ενιαίας εσωτερικής αγοράς θα πρέπει να περικλείεται εντός ενός κοινωνικού ρυθμιστικού πλαισίου, που να εγγυάται τη θέσπιση βασικών κανόνων ισότητας και αλληλεγγύης.

(γ) Το τρίτο σενάριο χαρακτηρίζεται ως το σενάριο της «σύγχυσης» (muddling through). Βασική του παραδοχή είναι η απουσία μιας συνεκτικής πολιτικής βούλησης και ενός οράματος σε ένα πεδίο δράσης που δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί πολιτικά, με αποτέλεσμα την εμφάνιση α-βεβαιοτήτων και ανεπαρκειών ως προς τους ισχύοντες ρυθμιστικούς κανόνες. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η πολιτική υγείας της Κοινότητας αναπτύχθηκε μέσα από δράσεις που προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν συγκεκριμένα κάθε φορά προβλήματα και όχι στο πλαίσιο μιας στρατηγικής.

Το ποιο από τα τρία σενάρια θα πραγματοποιηθεί μένει να επαληθευτεί στο μέλλον. Πιθανόν το πιο δόκιμο σενάριο θα ήταν αυτό του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού. Τόσο η νέα στρατηγική δημόσιας υγείας όσο και τα πρώτα βήματα εφαρμογής της ανοικτής μεθόδου συντονισμού στην υγεία αποτελούν ενδείξεις μιας τέτοιας εξέλιξης. Σε αυτό συνηγορεί και η πρόσφατη ανακοίνωση της Επιτροπής για την ενδυνάμωση της κοινωνικής διάστασης της στρατηγικής της Λισαβόνας και το συντονισμό των κοινωνικών πολιτικών. Όπως επισημαίνει η ανακοίνωση, τα ζητήματα φροντίδας της υγείας συνδέονται στενά με την ανάπτυξη του κοινωνικού προτύπου της Ευρώπης, τις κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές και τις πολιτικές απασχόλησης. Τα συστήματα υγείας και οι πολιτικές υγείας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση αλληλοσυνδέονται όλο και περισσότερο από ό,τι στο παρελθόν, γεγονός το οποίο συμβάλλει στην εμφάνιση πολλών ζητημάτων πολιτικής υγείας», που έχουν σαφή ευρωπαϊκή διάσταση (Πετμετζίδου, κ.α, 2015).

Στα πλαίσια αυτά, είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί ποιες μέθοδοι είναι οι πιο κατάλληλες για τη διερεύνηση των ζητημάτων κοινωνικής πρόνοιας της υγείας,

ιδιωτικής υγείας, κλινικής αποτελεσματικότητας των θεραπειών και εφαρμογή» των αρχών της εσωτερική» αγοράς στον τομέα της υγειονομική» περίθαλψης. Ίσως αντιπροσωπευτική της πραγματικότητα» και περισσότερο ρεαλιστική να είναι η άποψη του πρώην επικεφαλής του τμήματος Ευρωπαϊκής Πολιτικής Υγείας του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας της Γερμανίας, H. Stein, ο οποίος υποστήριξε ότι η υγεία είναι και θα παραμείνει ένα ζήτημα μικτής αρμοδιότητας και ευθύνης μεταξύ των κρατών μελών και της Κοινότητας. Η ανοικτή μέθοδος συντονισμού παρέχει τα αναγκαία εργαλεία για μια ουσιαστική ευρωπαϊκή συνεργασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Ανδριοπούλου, Ε., Τσακλόγλου, Π. (2010), Δυναμική ανάλυση του φαινομένου της φτώχειας στην Ελλάδα. Αθήνα: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ
- Αντωνάκης Ν. (1999), Θεμελιώδεις Αρχές Οικονομικής Ανάλυσης. Αθήνα: Εκδόσεις Συμεών.
- Γεωργακόπουλος Θ. (1997), Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Γεωργακόπουλος Θ. - Πατσουράτης Β. (1994), Δημόσια Οικονομική. Αθήνα: Εκδόσεις Σμπίλιας «Το Οικονομικό».
- Γκιουζέλης, Α. (2011). Το Ελληνικό σύστημα υγείας σε σύγκριση με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Καλαμάτας
- Δίκαιος, Κ., Πεμπετζόγλου, Μ., Πετμετζίδου, Μ. (2007). Πρακτικά Πανηγυρικού Συνεδρίου για τον Εορτασμό του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Αθήνα: Κριτική
- Δρολάπας, Α. (2013), Συγκριτική Αξιολόγηση Ιατρικών Απεικονιστικών Μεθόδων Υψηλού Κόστους CT & MRI σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πειραιάς: Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση της Υγείας.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Μελέτη Αποτρεπτής Θνησιμότητας (1980-2003). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B7%20%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%84%CF%81%CE%B5%CF%80%CF%84%CE%AE%CF%82%20%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82%20FINAL.pdf
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (2010), ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ European Social Survey (ESS) ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ 4ου ΚΥΜΑΤΟΣ ΕΛΛΑΔΑ – ΕΥΡΩΠΗ 2009. Αθήνα: ΕΚΚΕ
- Ελληνική Κοινωνιολογική Εταιρεία, (2016), ΠΡΑΚΤΙΚΑ 5ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

(ΕΚΕ), «Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ – ΕΞΙ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ». Αθήνα: ΕΚΕ

- Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (2017), ΕΑΕΕ ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ 2016. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.eaee.gr/cms/sites/default/files/annualreport2016.pdf>
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1992). Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003). ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ 2003 ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ 2002 ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ.
- Ευρωπαϊκή Ένωση, (2010), Ενοποιημένες Συνθήκες- Χάρτης Των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2011) Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011), Απόφαση της Επιτροπής, της 22ας Φεβρουαρίου 2011, σχετικά με την έκδοση απόφασης χρηματοδότησης για το 2011 στο πλαίσιο του δεύτερου προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013). Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C 69, 3 Μάρτιος 2011
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2010). Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Health Policies (2011), Πολιτικές υγείας: ανισότητες στον τομέα της υγείας στην ΕΕ. Περιφέρεια της Λομβαρδίας (Ιταλία).
- Θεοδωρόπουλος, Σ. (1998), Ονομαστική και Πραγματική Σύγκλιση στον Ελληνικό Δημόσιο Τομέα. *Επιθ. Κοιν. Ερευνών*, 96-97: 219-247

- Θεοδωρουλάκης, Μ. & Κουμαριανός, Θ. (2012). Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ, Αθήνα: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΓΣΕΕ
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2011). Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα. Αθήνα: ΙΟΒΕ
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, (2016), Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Αθήνα: ΙΚΠΙ
- Καραδημήτρη, Β. (2005), Συμπληρωματικά Συστήματα Ασφάλισης Ασθένειας στις Χώρες- Μέλη της ΕΕ. Πτυχιακή Εργασία. Καλαμάτα: ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
- Καραμεσίνη, Μ. (2004), Ανεργία, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στην Ελλάδα, στο Πετμετζίδου, Μ.- Παπαθεοδώρου, Χ. (επ.) Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός, Αθήνα : Εξάντας
- Κυριόπουλος, Γ. (2006). Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΤΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ ΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης, Κ. (επιμ.), (2002), Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για την πολιτική υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Κυριόπουλος, Γ. - Γκρέγκορυ, Σ. - Οικονόμου, Χ. (επιμ.), (2003), Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αθήνα: Παπαζήσης
- Κώτση, Α. (2008), Νοσολογία των παιδικών ηλικιών και της νεολαίας (20ός αιώνας). Αθήνα: Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς
- Λιαρόπουλος, Λ. (2010), Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, τόμ. Β Διεθνή συστήματα υγείας. Αθήνα: Βήτα
- Λιαρόπουλος Λ. (2001), Η ιδιωτικοποίηση της υγείας στην Ελλάδα: μύθοι και πραγματικότητα, στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., (επιμ), Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο
- Μαζαράκη, Η. (2012). Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό. ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Τόμος 31ος, τεύχος 1, σελ. 62-69

- Μαλλιώρα, Μ. (2005). Η Ευρωπαϊκή πολιτική στον τομέα της δημόσιας υγείας. Διαθέσιμο στην Ηλεκτρονική Διεύθυνση: <http://www.malliori.gr/?p=1626>.
- Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, Τόμος 8ος, Τεύχος 4^ο, σελ. 380-400
- Μόσιαλος Η., Θεοδώρου Μ. (2003), Η Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη, στο Νιάκας Δ. (επιμ.), Θέματα Διοίκησης & Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce
- Μωυσίδου, Α. (2011), Η επίδραση του συστήματος υγείας στις κοινωνικές ανισότητες: η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. 4^ο Διεθνές επιστημονικό Συνέδριο. Αθήνα: Επιστημονική Εταιρεία Κοινωνικής Πολιτικής
- Οικονόμου Χ. (1999), Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις, στο Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ.), Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική,
- Οικονόμου, Χ. (2004), Οι επιπτώσεις της διεύρυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον υγειονομικό τομέα των χωρών-μελών της: Η περίπτωση της Ελλάδας. Αθήνα: ΙΣΤΑΜΕ
- Οικονόμου, Χ. (2011). Η Επίδραση της ευρωπαϊκής ένωσης στα συστήματα υγείας των χωρών μελών. Στο: Σακελλαρόπουλος, Θ. (επιμ.). Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου, Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ
- Οικονόμου, Χ. (2013), Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας των χωρών μελών. Επιστημονική Εταιρεία Κοινωνικής Πολιτικής, Ενημερωτικό Δελτίο (Newsletter) τεύχος 9ο.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2006), Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up. Part 1. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Παρασκευόπουλος, Χ. (2008). «Κράτος ή/και «οιονεί αγορές; Η εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στους χώρους της δημόσιας υγείας και της δημόσιας εκπαίδευσης», Βήμα Ιδεών, 5 Δεκεμβρίου, <http://www.vimaideon.gr/>

- Περάκη, Δ., Γενετάκη, Ε., Δοξάκη, Κ. (2015), Ασθενείς μετανάστες: Στάσεις και Απόψεις Επαγγελματιών Υγείας και Διοικητικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
- Πετμετζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π. (2015), Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ
- Πολύζος. Ν. (2008). Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 3 (2), 121-136
- Ρούπας Θ. (1999), Bancassurance και Συστήματα Ασφάλισης, Ένωση Ελληνικών Τραπεζών, Πρακτικά Συνεδρίου, Αθήνα.
- Ρούπας Θ. (2003), Το Ασφαλιστικό Σύστημα στην Ελλάδα: Διοικητική Λειτουργία, Οργάνωση και Χρηματοοικονομική Διαχείριση, Διδακτορική Διατριβή, Οικονομικό Τμήμα Νομικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος Θ. (1993), Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική
- Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ. (2006), Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 1 (1), 5-36
- Σιούφας, Δ.Γ (2013), Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 1990-1993. Μεταρρύθμιση σωτηρίας του Ασφαλιστικού συστήματος. Ανατροπή και αποδόμηση. Αθήνα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.sioufas.gr/Vivlio%20Ygeias%202013.pdf>
- Σίσκου, Ο. (2006), Εκτίμηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας Στην Ελλάδα. ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ. Αθήνα: ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
- Σουλιώτης Κ. (2000), Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση,
- Σουλιώτης Κ. (2002), Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινίσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας, στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα.*

Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Σουλιώτης Κ. (2002), Η κατανάλωση Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, Τεύχος 32*
- Σταυρόπουλος, Ν. (2009). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Μελέτη Ικανοποίησης Ασθενών Δημόσιων Νοσοκομείων. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά-Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων.
- Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007), Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 24* (Συμπλ.1): 6-18.
- Υφαντόπουλος Γ. (1988), Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Busse, R., Saltman, R. and Dubois, H. (2004) Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments. In: Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J., Eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press, Berkshire, 33-81.
- Freeman, R. (2000). *The Politics of Health Care in Europe*, New York: St. Martins Press
- Hans Maarse & Ruud Ter Meulen (2006), Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform. *Health Care Analysis 14 (1):37-49*
- Mackenbach, J.P. (2002), «Income Inequality and Population Health», *British Medical Journal (BMJ)*. Apr 20; 324(7343)
- Marmot, M., Wilkinson, R. G. (2006). *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.
- Mossialos E., Thomson S. (2002), Voluntary Health Insurance in the EU. *International Journal of Health Services, 32 (1): 19-88*.
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kurtin J. (Eds.) (2002), *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University.

- Souliotis, K. - Kyriopoulos, J. (2003), «The Hidden Economy and Health Expenditures in Greece: Measurement Problems and Policy Issues». *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, (3): 129-134.
- Tountas, Y. - Karnaki, P. - Pavi, E. - Souliotis, K. (2005), «The "Unexpected" Growth of the Private Health Sector in Greece». *Health Policy*, τόμ. 74, τχ. 2: 167-180.
- Tountas, Y. et al. (2011), «Socio-Demographic and Socio-Economic Determinants of Health Services Utilisation in Greece: The Hellas Health I Study». *Health Services Management Research*, vol. 24, (1): 8-18.
- United Nations Population Division (2005), «World Population Prospects: The 2004 Revision», *ESA/P/WP/193*. New York: United Nations
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ

- http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/el/displayFtu.html?ftuId=FTU_1.1.2.html
- http://europa.eu/rapid/press-release_DOC-00-14_el.htm
- https://europa.eu/european-union/topics/health_el
- <http://socialpolicy.gr/2013/11/%CE%B7-%CE%AD%CE%BD%CE%BD%CE%BF%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CF%86%CF%84%CF%8E%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82.html>
- http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/404.pdf
- http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/12/4/283.pdf
- http://www.oke.gr/opinion/op_242.pdf
- <http://www.affidea.com/>
- <http://www.affidea.gr/%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9%CF%81%CE%B5%CE%AF%CE%B1/>
- <https://www.medicover.com/about-us/medicover-in-brief/>
- <https://www.medicover.com/about-us/mission-strategy/>

- <http://healthmag.gr/post/808/dapanes-ygeias-emeis-kai-oi-alloi-eyrwph-b-amerikh-wkeania>
- http://evima-ekka.gr/assets/uploads/EditorFiles/%CE%9A%CE%A9%CE%94%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%A0%CE%9F%CE%99%CE%97%CE%A3%CE%97%20%CE%9D%CE%944000_1970_2014.pdf
- [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%B%CE%B5%CE%B9%CE%B1_\(%CF%83%CF%8D%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%83%CE%B7\)](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%B%CE%B5%CE%B9%CE%B1_(%CF%83%CF%8D%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%83%CE%B7))
- <https://www.fle.gr/index.php/asfalistika-109/asfalistiki-nomothesia/72-asfalistiki-nomothesia/840--sp-1571167637>
- <http://www.interamerican.gr/default.asp?pid=39&la=1>
- http://globalsustain.org/files/Interamerican_CSR_report_2012.pdf
- <http://insuranceworld.gr/13945/archive/%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%87%CE%AE/>
- <http://feelsafe-insurance.gr/healthinsurance.php>
- <http://proliptiki.blogspot.gr/2010/06/blog-post.html>
- <http://www.skai.gr/news/finance/article/278025/ta-hrei-horon-tis-ee-se-infographic-vizualization/>
- http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_finance_statistics/el
- http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance_clld_local_actors_el.pdf
 - https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/european-semester-national-plan_greece_2016_el.pdf
 - <http://aagora.gr/>
 - http://www.teachers4europe.gr/images/media/files/JE0514044ELN_002.pdf
 - https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/eurofound_el

- http://www.huffingtonpost.gr/2017/03/17/oikonomia-oosa-ellada_n_15428954.html
- http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Minimum_wage_statistics/el
- http://www.hygeia.gr/media/files/1417-OMILOS_HYGEIA_2016_low.pdf
- <http://www.alliancemedical.com/>
- <https://www.bupa.com/~media/files/site-specific-files/our%20performance/pdfs/financial%20results%20-%20historical%20financial%20info/archive%20group%20annual%20reports%20and%20accounts/annual-report-and-accounts-2006.pdf>
- <https://www.bupa.com/Corporate>
- <http://capiro.com/>
- <http://capiro.com/en/corporate-governance/corporate-governance-organization/>
- <https://www.cinven.com/>
- <https://www.cinven.com/sectorfocus/default.aspx>
- <http://www.affidea.com/>
- <https://www.fresenius.com/>
- <http://www.freseniusmedicalcare.com/en/home/>
- http://www.sdit.mnec.gr/sites/default/files/assets/PPPs%20presentation_0.pdf
- <http://www.euro2day.gr/news/economy/article/1428081/monodromos-ta-sdit-sto-horo-ths-ygeias.html>
- <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+CRE+20071115+SIT+DOC+PDF+V0//EL&language=EL>
- <http://www.capital.gr/Content/RelatedFiles/07/079b2671f5304f3a826c452e7c670769.pdf>
- <http://sociology.soc.uoc.gr>