

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ  
ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ**

**Βούλγαρης Πέτρος**

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

Πειραιάς, 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ  
ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ**

**Βούλγαρης Πέτρος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1707**

Επιβλέπων καθηγητής: Παπαηλίας Θεόδωρος / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Δυτικής  
Αττικής

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

Πειραιάς, 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

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

**SHARING OF HEALTH EXPENDITURE AND EFFECT  
FACTORS OF IT**

**Voulgaris Petros**

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

Piraeus, Greece, 2019



## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Θεόδωρο Παπαηλία για την καθοδήγηση και υποστήριξη που μου προσέφερε, για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου, για τη βοήθεια και την ηθική υποστήριξη που μου προσέφεραν καθόλη την διάρκεια των σπουδών μου.





## ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

**Σημαντικοί Όροι:** σύστημα υγείας, δαπάνες υγείας, φαρμακευτικές δαπάνες, οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες

### Περίληψη

Η υγεία αποτελεί αδιαμφισβήτητο το σημαντικότερο κοινωνικό αγαθό. Ο τομέας της υγείας, πιο συγκεκριμένα, είναι ζωτικής σημασίας για την ομαλή λειτουργία ενός κράτους. Το εκάστοτε σύστημα υγείας και τα επιμέρους λειτουργικά χαρακτηριστικά του αποτελούν ένα αδιαμφισβήτητο δείγμα για την ποιότητα του βιοτικού επιπέδου των πολιτών ενός κράτους, αλλά καταδεικνύουν πολλές φορές και την ποιότητα των πολιτιστικών υποβάθρων.

Η υγεία, επίσης, ως ένας κλάδος στον οποίο απασχολείται ένα ικανό πλήθος του εργατικού δυναμικού, το γεγονός πως στο πλαίσιο της βρίσκουν εφαρμογή τεχνολογικά ευρήματα αλλά και η αναπόφευκτη διακίνηση ποσοτήτων προμηθειών, δείχνουν την αλληλένδετη σχέση της με την οικονομική πολιτική και την οικονομία ενός κράτους σε γενικότερο επίπεδο.

Στην παρούσα μάλιστα οικονομική κατάσταση με την γενικευμένη κρίση και την αδυναμία εύκολης εύρεσης των απαραίτητων λειτουργικών πόρων, η αδιάρρηκτη σχέση μεταξύ οικονομικών πολιτικών και του αναπόφευκτα πολυδάπανου τομέα της υγείας καθίστανται πιο στενή και με αυστηρότερους κανόνες συνεργασίας στην γενικευμένη τάση μείωσης (ως επί το πλείστον) των κρατικών δαπανών για τον κλάδο της υγείας και η επιχειρούσα μετακύλισή τους στον ιδιωτικό τομέα.

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να αναδείξει το μέγεθος των συνολικών και επιμέρους δαπανών για το χώρο της υγείας σε κρατικό και ιδιωτικό επίπεδο, με ξεχωριστή αναφορά για το ελληνικό σύστημα υγείας και τις περιπτώσεις των χωρών που είναι άξιες εμβάθυνσης και περεταίρω ανάλυσης, και να το συσχετίσει με μεταβολές στο οικονομικό και κοινωνικό γίνεσθαι, αλλά και να προβλέψει πάλι με τη βοήθεια ανάλυσης τις τάσεις των επιμέρους μελλοντικών δαπανών .

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για την στήριξη των παραπάνω είναι η ανάλυση στατιστικών στοιχείων του ΟΟΣΑ και άλλων αξιόπιστων πηγών.



## **SHARING OF HEALTH EXPENDITURE AND EFFECT FACTORS OF IT**

**Keywords:** health system, health costs, pharmaceutical expenditure, economic and social factors

### **Abstract**

Health is undoubtedly the most important social good. The health sector, in particular, is vital for the smooth functioning of a state. Each health system and its individual functional characteristics are an indisputable sample of the quality of living standards of citizens of a state, but they also show the quality of cultural backgrounds.

Health is also a sector in which a large number of workers are employed, the fact that they find technological findings and the inevitable circulation of supplies, in its context, show its interrelated relationship with a country's economic policy and economy at a more general level.

In the present economic situation with the generalized crisis and the inability to easily find the necessary operational resources, the irreconcilable link between economic policies and the inexpensively expensive health sector becomes narrower and with stricter co-operation rules in the generalized downward trend (for the most part) of government spending on the health sector and the attempt to pass them on to the private sector.

The present paper aims to highlight the size of total and partial health expenditure at the state and private level of OECD countries, with a special reference to the Greek health system and the cases of countries that are deserving of deepening and further analysis and to associate it with changes in economic and social development.

The method used to support the above is to analyze OECD statistics and other reliable sources.



## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>Περίληψη</b>	vii
<b>Abstract</b>	ix
<b>Κεφάλαιο 1: <u>Η δομή και η λειτουργία του ΟΟΣΑ</u></b>	1
<b>Κεφάλαιο 2: <u>Υφιστάμενη κατάσταση</u></b>	3
2.1 Υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα	6
2.2 Φαρμακευτική δαπάνη	7
2.3 Μετακύλιση του κόστους στα νοικοκυριά	9
<b>Κεφάλαιο 3: <u>Βασικοί παράγοντες επίδρασης δαπανών</u></b>	13
3.1 Περαιτέρω εμβάθυνση σε παράγοντες επίδρασης	15
3.2 Τάσεις δαπανών	17
3.3 Εκροή Ελλήνων ιατρών	19
<b>Κεφάλαιο 4: <u>Τάσεις-μετακύλιση του κόστους υγείας</u></b>	21
<b>Κεφάλαιο 5: <u>Η περίπτωση των ΗΠΑ</u></b>	25
5.1 Αίτια υψηλών δαπανών	26
<b>Κεφάλαιο 6: <u>Φαρμακευτική δαπάνη</u></b>	31
6.1 Εισαγωγικά	31
6.2 Φαρμακευτική δαπάνη ΟΟΣΑ	32
6.3 Φαρμακευτική δαπάνη Ελλάδα	35
6.4 Πολιτικές μείωσης των δαπανών φαρμάκων	37
6.5 Γενόσημα	40
<b>Κεφάλαιο 7: <u>Δαπάνες υγείας ως επένδυση</u></b>	45
7.1 Επένδυση στην υγεία του πληθυσμού	45
7.2 Επένδυση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας	47
7.3 Μείωση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας	48
7.4 Εκπαίδευση, κλιματική αλλαγή	49
7.5 Οικονομική ανάπτυξη	50
7.6 Χάραξη πολιτικής	51
7.7 Οι συστάσεις της επιτροπής ΗΕ	52
<b>Κεφάλαιο 8: <u>Τεχνολογία στην υγεία</u></b>	57
8.1 Περιπτώσεις και παραδείγματα κρατών	57
8.2 Είναι δικαιολογημένο το αυξανόμενο κόστος της νέας τεχνολογίας	60
<b>Κεφάλαιο 9: <u>Διαφθορά και παραοικονομία</u></b>	65
9.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	65
9.2 Αίτια	66
9.3 Παραμετροποίηση διαφοράς	66
9.4 Επιπτώσεις διαφθοράς	67
9.5 Ανακεφαλαίωση και συμπεράσματα για τη διαφθορά	73

<b>Κεφάλαιο 10: Πολιτικές δαπανών υγείας</b>	75
10.1 Η πολιτική υγείας στην ΕΕ	75
10.2 Τομείς δράσης της ΕΕ για τη βελτίωση της υγείας	77
10.3 Πολιτική δαπανών Ελλάδος εν μέσω κρίσης	78
10.4 Ασφάλιση	81
<b>Κεφάλαιο 11: Ερευνητική μεθοδολογία</b>	87
<b>Βιβλιογραφία</b>	111

## Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Δαπάνες υγείας % ΑΕΠ, 2017	90
Διάγραμμα 2: Μ.Ο. Δαπανών υγείας % ΑΕΠ (2000-2017)	91
Διάγραμμα 3: Ρυθμός μεταβολής δαπανών υγείας % ΑΕΠ (2000-2017)	91
Διάγραμμα 4: Καθημερινοί καπνιστές, 2014 (ή τελευταίο διαθέσιμο έτος)	92
Διάγραμμα 5: Γιατροί / 1.000 κατοίκους, 2016	93
Διάγραμμα 6: Μ.Ο. Γιατρών/1.000 κατοίκους (2000-2016)	94
Διάγραμμα 7: Υπέρβαρος ή παχύσαρκος πληθυσμός, 2014	95
Διάγραμμα 8: Μαγνητικοί τομογράφοι / 1.000.000 κατοίκους, 2016	97
Διάγραμμα 9: Μ.Ο. Μαγνητικών τομογράφων/1.000.000 κατοίκους (2000-2016)	97
Διάγραμμα 10: Φαρμακευτικές δαπάνες, 2016	99
Διάγραμμα 11: Μ.Ο. Φαρμακευτικών δαπανών (2000-2016)	100
Διάγραμμα 12: Προσδόκιμο ζωής, 2016	101
Διάγραμμα 13: Μ.Ο. Προσδόκιμου ζωής (2000-2016)	102
Διάγραμμα 14: Out of pocket δαπάνες, 2016	103
Διάγραμμα 15: Μ.Ο. Out of pocket δαπάνες (2000-2016)	103





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### *Η δομή και η λειτουργία του ΟΟΣΑ*

**Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης** είναι ένας διακυβερνητικός οικονομικός οργανισμός με 35 κράτη-μέλη, ο οποίος ιδρύθηκε το 1961 για να διευρύνει και να τονώσει την οικονομική ανάπτυξη και το παγκόσμιο εμπόριο. Πρόκειται για ένα πλήθος χωρών που χαρακτηρίζονται ως υπόχρεες για τη δημοκρατία και την ελεύθερη οικονομία της αγοράς, χρησιμοποιώντας μια πλατφόρμα για να συγκρίνουν τις καταστάσεις πολιτικής, αναζητώντας λύσεις σε όμοια προβλήματα και συντονίζοντας τις εσωτερικές και διεθνείς πολιτικές των μελών της. Τα περισσότερα μέλη του οργανισμού αποτελούν οικονομίες σχετικά υψηλού εισοδήματος με υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης (HDI) και θεωρούνται αναπτυγμένες χώρες. Από το 2017, τα κράτη-μέλη του οργανισμού παράγουν συνολικά το 62,2% του παγκόσμιου ονομαστικού ΑΕΠ (US \$ 49,6 τρισεκατομμύρια) και το 42,8% του παγκόσμιου ΑΕΠ ( \$ 54,2 τρισεκατομμύρια) σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης. Ο ΟΟΣΑ είναι επίσημος παρατηρητής των Ηνωμένων Εθνών.

Το 1948, ο ΟΟΣΑ ήρθε ως μεταλλαγή του Οργανισμού Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας, με επικεφαλής τον Robert Marjolin της Γαλλίας, για να βοηθήσει τη διαχείριση του Σχεδίου Μάρσαλ (το οποίο απορρίφθηκε από την Σοβιετική Ένωση και τα κράτη-δορυφόρους της). Αυτό θα επιτευχθεί με την διανομή της οικονομικής βοήθειας των ΗΠΑ και την εφαρμογή οικονομικών προγραμμάτων για την ανασυγκρότηση της Ευρώπης, μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. (Παρόμοια βοήθεια για την ανασυγκρότηση αποστέλλεται στη διάσπαρτη από τον πόλεμο, Δημοκρατία της Κίνας και στη μεταπολεμική Κορέα, αλλά όχι κάτω από το όνομα "Σχέδιο Μάρσαλ").

Το 1961, ο ΟΟΣΑ αναδιαρθρώθηκε από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης από τη Σύμβαση για τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και επεκτάθηκε στις μη ευρωπαϊκές χώρες. Η έδρα του ΟΟΣΑ βρίσκεται στο Château de la Muette στο Παρίσι της Γαλλίας. Ο ΟΟΣΑ χρηματοδοτείται από εισφορές από τα κράτη-μέλη, σε διαφορετικά ποσοστά, και είχε συνολικό προϋπολογισμό 374 εκατ. Ευρώ το 2017. Τα κράτη-μέλη είναι τα εξής:

Αυστραλία, Αυστρία, Βέλγιο, Καναδάς, Χιλή, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Ιταλία, Ιαπωνία, Κορέα, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μεξικό, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Τουρκία, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

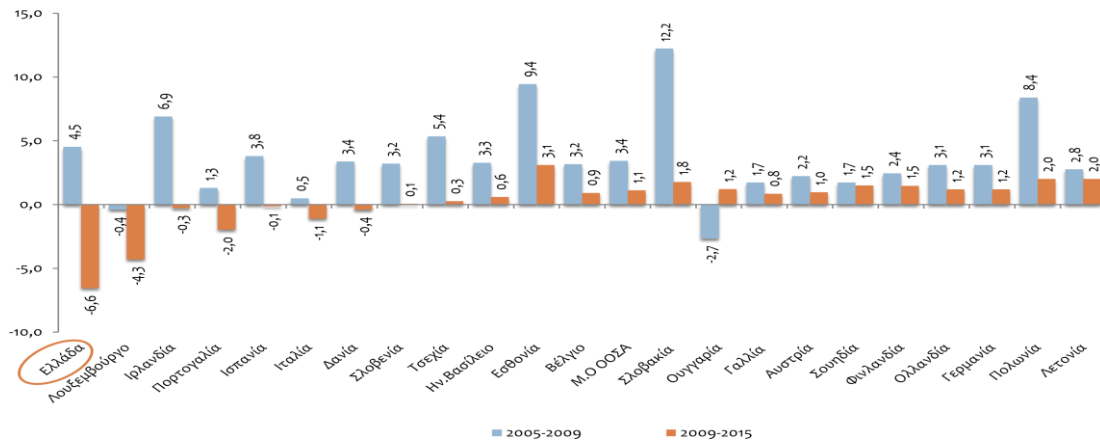
### *ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ*

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης δημοσίευσε το Νοέμβριο του 2017 μια ολική ανασκόπηση με τίτλο “Health at a Glance 2017 “ τις αναμενόμενες τάσεις των βασικών δεικτών και τα τελευταία συγκρίσιμα δεδομένα των συστημάτων υγείας και των αποτελεσμάτων υγείας στα 35 κράτη -μέλη του. Τα συγκεκριμένα δεδομένα αποκαλύπτουν τις αποδόσεις των συστημάτων υγείας με δείκτες που δείχνουν καθαρά τα αποτελέσματα υγείας, την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, την δυνατότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη καθώς επίσης τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που καταναλώθηκαν το 2016.

Κατά το έτος αυτό οι δαπάνες για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ υπολογίστηκαν κατά μέσο όρο στο 9% του ΑΕΠ. Το συγκεκριμένο ποσοστό παραμένει σχετικά σταθερό τα τελευταία έτη ύστερα από την εκτεταμένη αύξηση που παρατηρήθηκε τις δεκαετίες του '90 και του 2000.

Η Ελλάδα βρίσκεται στην 25<sup>η</sup> θέση από τις 35 δαπανώντας το 8.3% του ΑΕΠ για την υγεία, ένα ποσοστό μικρότερο κατά 8.43% από το μέσο όρο. Μάλιστα ο μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας κατέγραψε μία πτώση του -5.0 % το διάστημα 2009-2016 σε αντίθεση με την αύξηση 5.4% που είχε το διάστημα 2003-2009, αποτέλεσμα της χρηματοπιστωτικής κρίσης που επέφερε βαθιά μείωση στα εισοδήματα των Ελλήνων πολιτών που και αυτοί με τη σειρά τους περιέκοψαν τις προσωπικές τους δαπάνες υγείας.

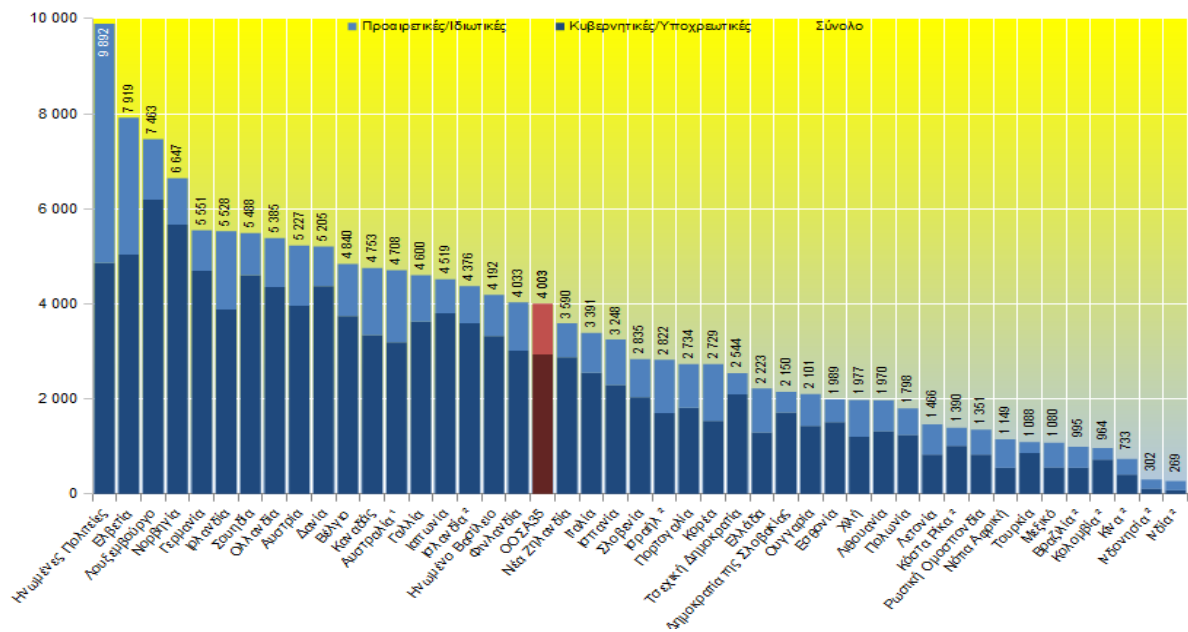
**Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2005-2009 και 2009-2015**



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 1)

Παρόμοια κατάσταση παρατηρείται στην Πορτογαλία, αλλά όχι τόσο μεγάλη, διότι η Πορτογαλία κατάφερε την οικονομική της ανάκαμψη μέσω των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων πιο γρήγορα από ότι η Ελλάδα (2,2% έναντι -1,3% τις αντίστοιχες περιόδους)

**Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2017**

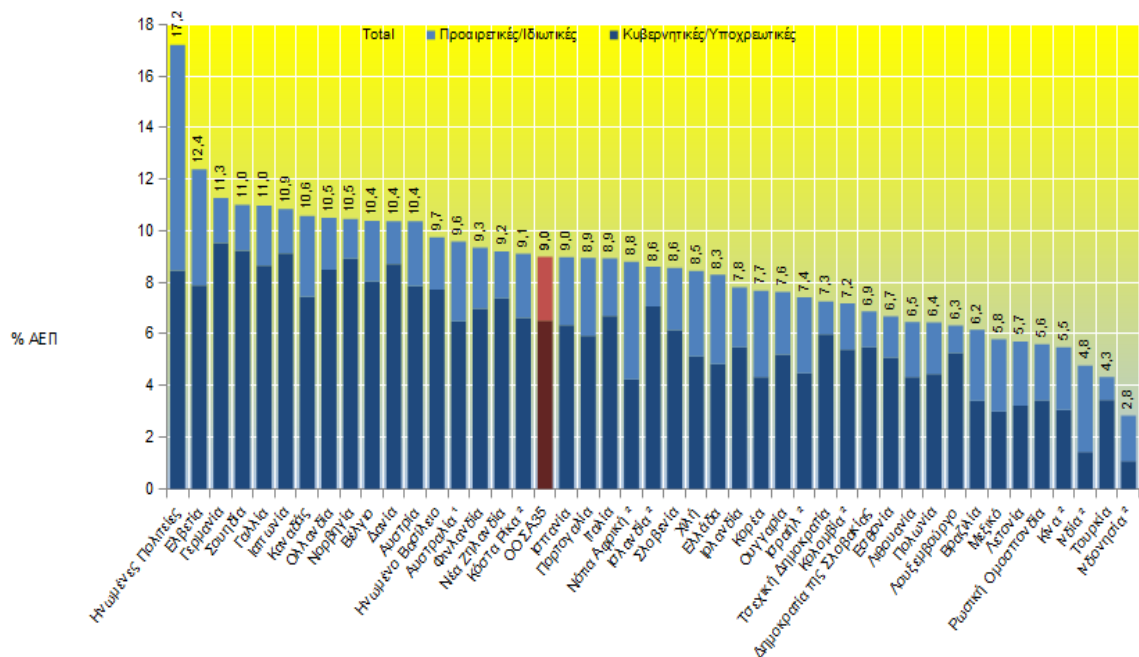


Πηγή:hihec.gr (εικόνα 2)

Στην 1<sup>η</sup> θέση βρίσκονται οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ένα κράτος που δαπανά το 17.2 % του ΑΕΠ για υγεία, δηλαδή ένα ποσοστό μεγαλύτερο κατά 91.1 % από το μέσο όρο, 38,7% περισσότερα από την Ελβετία (2η θέση-12,4%) και κατά 52,2% περισσότερα από τη

Γερμανία (3η θέση-11,3%)

### ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ, 2017



Πηγή : hihec.gr (εικόνα 3)

Οι κρατικές δαπάνες κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στις συνολικές δαπάνες υγείας με 73.4%, ενώ οι ιδιωτικές βρίσκονται στο 26.6%.

Η Ελλάδα βρίσκεται στην 27<sup>η</sup> θέση στην κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία δαπανώντας 2.223 δολάρια κατά κεφαλήν εκ των οποίων το 58.3% είναι κυβερνητικά, ενώ το 41.7% είναι ιδιωτικά. Παρατηρούμε, δηλαδή, στην Ελλάδα πέρα από τις χαμηλές γενικά δαπάνες μία μετακύλιση των δαπανών στον ιδιώτη σε σχέση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, ένα γεγονός το οποίο οφείλεται στην ολοένα αρνητική στάση των πολιτών να δεχθούν φροντίδες υγείας από το δημόσιο σύστημα, μια εσωτερική δηλαδή υποβάθμιση του ρόλου του δημοσίου.

Η δημόσια χρηματοδότηση υποχώρησε πέρυσι στη χώρα μας, φτάνοντας στο 5,1% από 5,2% του ΑΕΠ.

Μείωση της δαπάνης για περίθαλψη των πολιτών σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) καταγράφει στην Ελλάδα ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Σύμφωνα με τα επικαιροποιημένα στοιχεία, η χώρα μας εμφανίζει το 2017 μείωση των συνολικών και των δημόσιων δαπανών για την Υγεία.

Η τάση είναι γενικότερη στις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ, όπου το ΑΕΠ εμφανίζει αυξητική τάση, με τις δαπάνες Υγείας να είναι στα ίδια ή χαμηλότερα επίπεδα.

Το 2016, τα χρήματα που διατέθηκαν ήταν μεσοσταθμικά αυξημένα κατά 3,4%, φτάνοντας στα υψηλότερα επίπεδα από το 2009. Η εκτίμηση του ΟΟΣΑ είναι πως η αύξηση συνεχίστηκε και το 2017, αλλά σε μικρότερη κλίμακα (2,5%).

Το μέσο ποσοστό δαπανών Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του Οργανισμού ήταν 8,9% το 2016 και παρέμεινε και πέρυσι στα ίδια ποσοστά.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφονται στις ΗΠΑ (17,2%), στην Ελβετία (12,3%) και στη Γαλλία (11,5%) και τα χαμηλότερα στην Τουρκία (4,2%) και στο Μεξικό (5,4%).

### 2.1 Υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, στα χρόνια της κρίσης υπήρξε στην Ελλάδα αισθητή μείωση των δαπανών Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και αύξηση των πληρωμών από τα ίδια τα νοικοκυριά.

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, η συνολική δαπάνη για την Υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ έπεσε από το 9,5% (το 2009) στο 8,4% του ΑΕΠ το 2017.

συνολική δαπάνη για την Υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ

		→ Year		2000	2001	2002	2015	2016	2017
				▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼
→ Country	Unit								
Finland	Percentage	(B)	6.8	7.0	7.5	(B)	9.7	9.5	9.2
France	Percentage		9.5	9.7	10.6		11.5	11.5	11.5
Germany	Percentage		9.8	9.9	10.0		11.1	11.1	11.3
Greece	Percentage		7.2	8.0	8.0		8.2	8.5	8.4

Πηγή :<http://www.iatronet.gr> (εικόνα 4)

Το 2015 και το 2016, υπήρξε μία αύξηση, από το 8% στο 8,2% το 2015 και στο 8,5% το 2016, η οποία όμως δεν συνεχίστηκε πέρυσι (8,4%).

Το κράτος ενίσχυσε με δημόσιους πόρους την Υγεία την περίοδο 2015 – 2016. Όπως δείχνει ο παρακάτω πίνακας, αλλά δεν συνέβη το ίδιο και πέρυσι, όταν η δημόσια χρηματοδότηση σημείωσε μείωση ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Αντίθετα, σταθερά αυξημένες είναι οι πληρωμές των νοικοκυριών για περίθαλψη των μελών τους: από το 3% που ήταν το 2009, έφτασαν πέρυσι στο 3,2% του ΑΕΠ.

Στην πρώτη θέση βρίσκονται οι ΗΠΑ ξοδεύοντας 9.892 δολάρια κατά κεφαλήν, δηλαδή 147% περισσότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και 88% περισσότερα από το μέσο όρο των G7 (5.271 δολάρια).

## 2.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Με βάση τις επίσημες καταγραφές, στην Ελλάδα η φαρμακευτική δαπάνη ξεκίνησε το 2000 με 1,275 δισ. ευρώ και με συνεχώς ανοδική τάση εκτοξεύθηκε το 2009 στα 5,108 δισ. ευρώ, διάστημα για το οποίο διερευνάται η υπόθεση αγοράς εμβολίων της γρίπης από την εταιρεία Novartis.

Αμέσως μετά και εφόσον η κρίση κάνει την εμφάνισή της και τα μνημόνια μπαίνουν στη ζωή μας, η φαρμακευτική δαπάνη ξεκινά να μειώνεται σταδιακά.

Έτσι, το 2010 αρχίζει να πέφτει στα 4,522 δισ. ευρώ, το 2011 στα 3,750, το 2012 έπεσε περαιτέρω στα 2,845 δισ. ευρώ, το 2013 στα 2.371 δισ. ευρώ, το 2014 στα 2,019 δισ. ευρώ ενώ από το 2015 και μετά έχει σταθεροποιηθεί κοντά στα 2 δισ..

Χαρακτηριστικά το 2015 περιορίστηκε στα 2 δισ. ευρώ, ενώ τις χρονιές 2016, 2017 αλλά και 2018 κυμαίνεται ακόμα πιο χαμηλά στα 1,945 δισ. ευρώ, καθώς και τη φετινή χρονιά ο προϋπολογισμός έχει προσδιορισθεί στα ίδια επίπεδα.

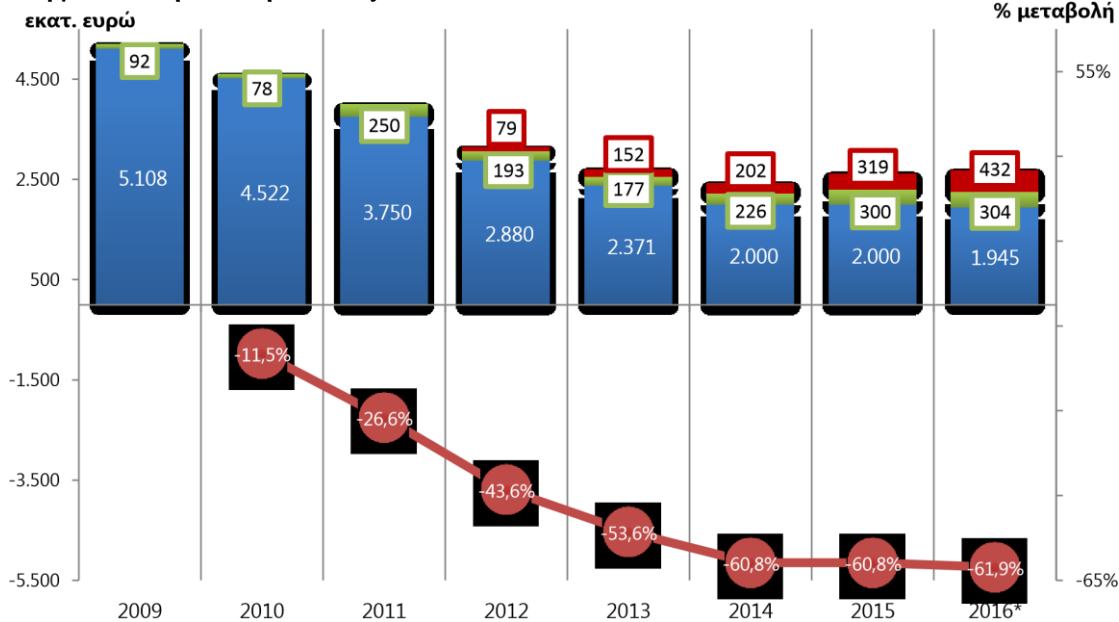
Γίνεται σαφές ότι η μεγαλύτερη δαπάνη ήταν το 2009 οπότε και ξεπέρασε τα 5 δισ. ευρώ, ενώ σήμερα βρισκόμαστε στα χαμηλότερα επίπεδα όλων των εποχών.

**Φαρμακευτική δαπάνη Ελλάδος**



Πηγή: [www.protagon.gr](http://www.protagon.gr) (εικόνα 5)

## Φαρμακευτική δαπάνη Ελλάδος



■ Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική δαπάνη ■ Rebates ■ clawback ● % Σωρευτική Μεταβολή από 2009  
 Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 6)

Οι δαπάνες για φάρμακα καλύπτουν το 20% της συνολικής δαπάνης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ. Η συνεχής γήρανση του πληθυσμού αν συνυπολογιστεί με την ανάπτυξη και κυκλοφορία καινούριων φαρμάκων, συντελούν στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Ο ΟΟΣΑ εκτιμά πως οι φαρμακευτικές δαπάνες θα παρουσιάσουν αύξηση τα επόμενα έτη εξαιτίας των νέων, υψηλού κόστους θεραπειών οι οποίες εισέρχονται στην αγορά και αναμένεται να απορροφήσουν το 50% του συνόλου της φαρμακευτικής δαπάνης

Ειδική αναφορά του ΟΟΣΑ επισημαίνει και τις υψηλές τιμές των νέων φαρμάκων που αφορούν κυρίως την ηπατίτιδα C, τον όγκο, την πνευμονική υπέρταση, τη σκλήρυνση κατά πλάκας, θέτοντας μια σειρά από ερωτήματα όσον αφορά την προσβασιμότητα, το καθαρό όφελος για τον ασθενή και τη νομιμότητα των εκάστοτε υψηλών τιμών.

Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι ενώ ορισμένα από αυτά τα φάρμακα υψηλού κόστους παρουσιάζουν μεγάλα οφέλη για κάποιους ασθενείς, άλλα παρέχουν μόνο οριακή βελτίωση.

Εκτιμάται πως υπάρχει μία ιδιότυπη σχέση ανάμεσα σε νοσοκομειακή περίθαλψη και φαρμακευτική δαπάνη, καθώς η αύξηση της δεύτερης επιδρά στη μείωση των δαπανών της πρώτης.

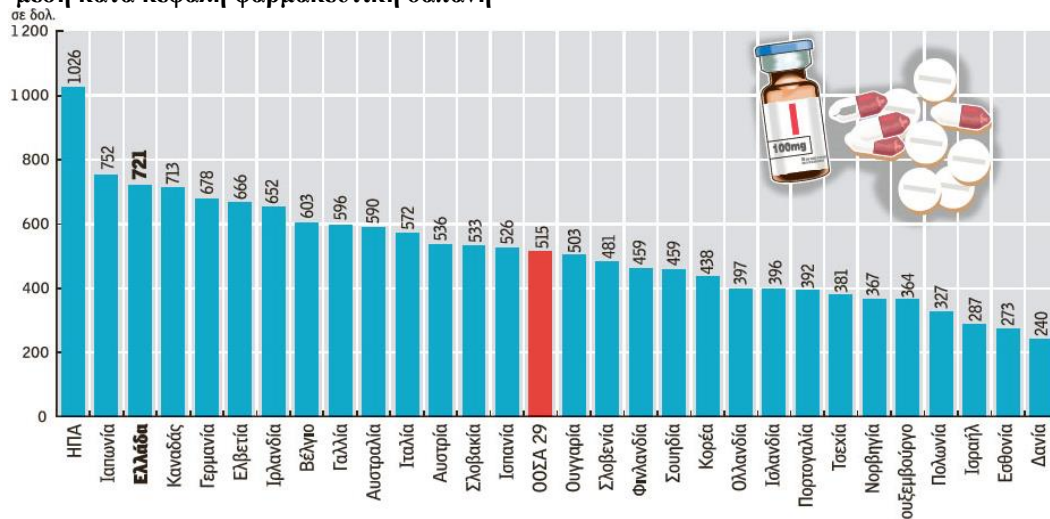
Σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, κάτω από τις ΗΠΑ που βρίσκονται στην πρώτη θέση και την Ιαπωνία.

Σε αυτά τα νούμερα συμπεριλαμβάνονται ΦΠΑ, περιθώρια κέρδους, μη συνταγογραφούμενα



φάρμακα, ενώ σε κάποιες χώρες και αναλώσιμα, όπως οι επίδεσμοι, οι σύριγγες, αλλά όχι το κατά μέσο όρο 15% των νοσοκομειακών δαπανών επί του συνόλου.

#### μέση κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη



Πηγή : analitis.gr (εικόνα 7)

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η φαρμακευτική δαπάνη στο σύνολο των χωρών - μελών έφτασε περίπου στο επίπεδο των 800 δισεκατομμυρίων δολαρίων το 2013, δηλαδή περίπου το 20% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η μέση κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη είναι στα 500 δολάρια, με τις Ηνωμένες Πολιτείες, να εμφανίζουν διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, και περισσότερο από 35% υψηλότερο σε σχέση με την Ιαπωνία.

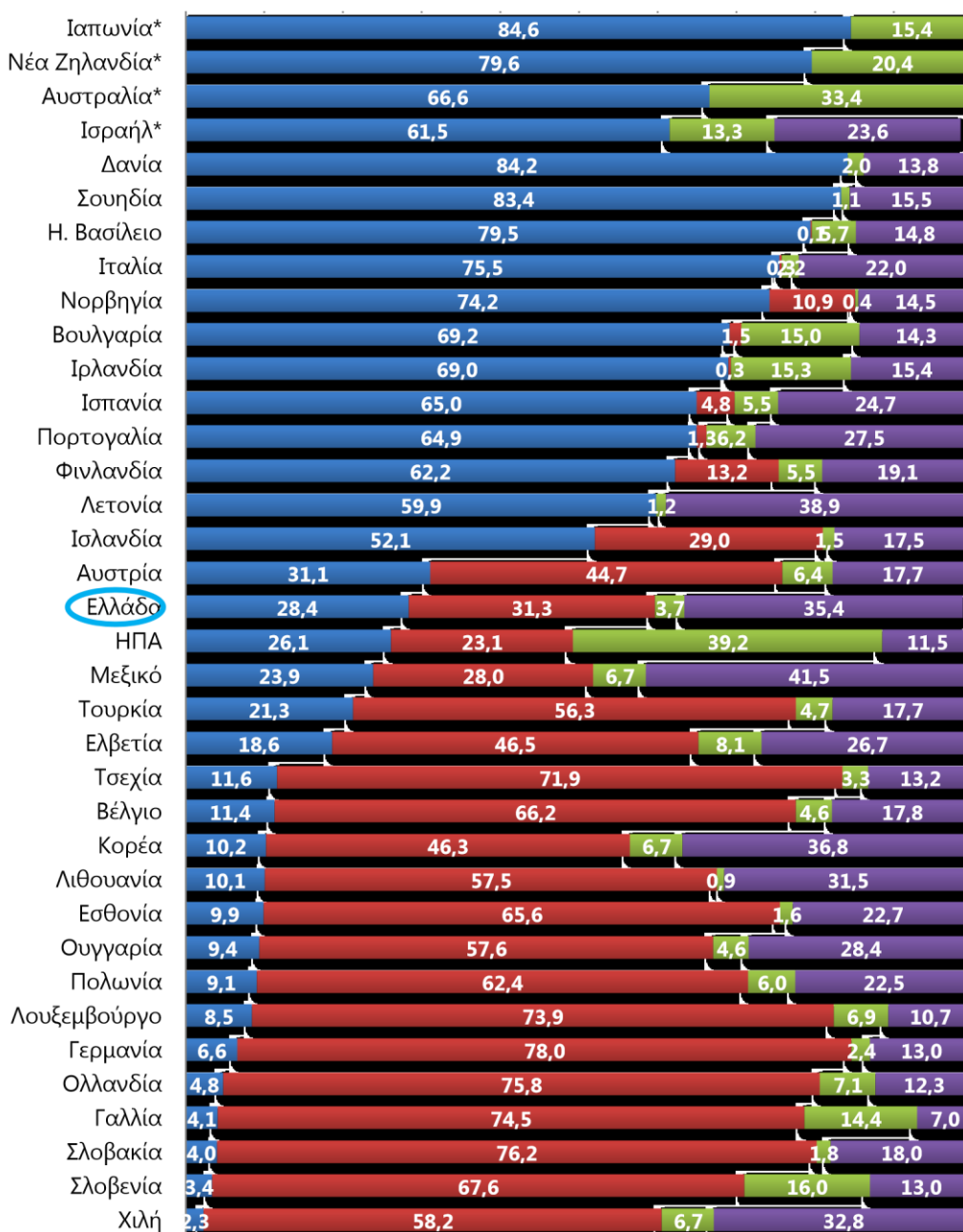
### 2.3 ΜΕΤΑΚΥΛΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ

Στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ, οι ιδιωτικές δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα έχουν αυξηθεί ταχύτερα από ό,τι οι δημόσιες δαπάνες κατά την τελευταία δεκαετία. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε μια παρατηρούμενη μετατόπιση μέρους του κόστους προς τα νοικοκυριά. Για παράδειγμα, στην Ουγγαρία, το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στην αγορά φαρμάκων αυξήθηκαν από 40% έως 45% μεταξύ 2010 και 2013. Η Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακική Δημοκρατία ανέφερε, επίσης, αύξηση του μεριδίου των νοικοκυριών των φαρμάκων έως 38% και 33% αντίστοιχα.

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη είναι υψηλή και αφορά κατά μέσο όρο το 43% της συνολικής δαπάνης. Οι περισσότερες από τις ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα (37%) προέρχεται απευθείας από τις τσέπες των νοικοκυριών. Χώρες

όπως η Γαλλία, Γερμανία και την Ιαπωνία αναφέρουν σχετικά χαμηλό μερίδιο της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης περίπου 25-30%, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά (δύο χώρες όπου η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παίζει μεγάλο ρόλο στη χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης), καθώς και Πολωνία αναφέρουν περισσότερο από το 60% της φαρμακευτικής δαπάνης.

#### Κατανομή δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2016



Γενική Κυβέρνηση ■ Κοινωνική Ασφάλιση ■ Ιδιωτικές Ασφαλιστικές ■ Ιδιώτες

Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 8)

Θάνατοι στην Ελλάδα 2009 και 2014

	2009	2014
<b>1 Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (εκ των οποίων)</b>	48.453	45.148
<i>Καρδιακά νοσήματα</i>	31.976	29.789
<i>Εγκεφαλικά νοσήματα</i>	15.493	14.279
<i>Άλλα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος</i>	984	1.791
<b>2 Νεοπλάσματα</b>	27.345	29.508
<b>3 Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος</b>	10.770	12.751
<b>4 Βίαιοι θάνατοι (εκ των οποίων)</b>	3.868	3.554
<i>Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα</i>	1.647	1.025
<i>Λοιπά ατυχήματα</i>	1663	1773
<i>Αυτοκτονίες</i>	391	565
<i>Ανθρωποκτονίες</i>	167	121
<i>Άλλη βίαιη ενέργεια*</i>	0	70
<b>5 Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα</b>	1.183	3.515
<b>6 Λοιπές αιτίες</b>	16.697	19.264
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές	1.404	1.952
Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	211	285
Ψυχικές διαταραχές	109	665
Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	1.517	2.523
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	2.585	3.294
Νοσήματα του ουροποιογεννητικού	1.859	2.791
Επιπλοκές της κύησης, του τοκετού και της λοχείας	4	4
Νοσήματα του δέρματος και του υποδόριου ιστού	35	66
Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	426	231
Συγγενείς ανωμαλίες	214	155
Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο	172	190
Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	8.161	7.109
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ</b>	<b>108.316</b>	<b>113.740</b>

Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 9)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### *ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ*

Η σχετική βιβλιογραφία έχει προσδιορίσει επτά πηγές του προσδιορισμού των δαπανών υγείας όπου είναι οι εξής:

- 1) Το κατά κεφαλήν εισόδημα
- 2) Δημογραφικοί παράγοντες όπως η δομή ηλικίας του πληθυσμού, η μέση πυκνότητα πληθυσμού ανά τ.χ.
- 3) Η τάση στα δημόσια έξοδα που εκτιμάται πολλές φορές από το μερίδιο των δημόσιων εξόδων στο ΑΕΠ
- 4) Η δομή της υγειονομικής περίθαλψης του κράτους όπως παρουσιάζεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό, τα κρεβάτια νοσοκομείων κ.τ.λ.
- 5) Μη υγειονομικοί καθοριστικοί παράγοντες υγείας, όπως ο τρόπος ζωής, η κατανάλωση φαγητού και αλκοόλ κτλ.
- 6) Κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως η εκπαίδευση, η εργασία οι ευκαιρίες και οι προσδοκίες για το μέλλον
- 7) Η κατάσταση της υγείας και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, όπως η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής και η θνησιμότητα των νηπίων. Οι μελέτες των δαπανών υγείας έχουν προσδιορίσει το εισόδημα ως κυρίαρχη αιτία των εξόδων υγείας.

Οι Cremieux, Ouellette, Pilon (1999) μελέτησαν οικονομικούς, κοινωνικούς, δημογραφικούς, διατροφικούς, life -style παράγοντες και το αποτέλεσμα που είχαν στην υγεία των Καναδών πολιτών, με συγκριτικά μετρήσιμους δείκτες όπως είναι μέρες απουσίας από την εργασία, η παιδική θνησιμότητα, καθώς και το προσδόκιμο ζωής.

Οι ερευνητές έλαβαν υπόψιν τους παράγοντες δημογραφικούς, όπως η πυκνότητα του πληθυσμού και η ηλικία.

Στην ίδια κατηγορία παραγόντων ανήκει και ο αριθμός των πτυχιούχων, ένας δείκτης που κατά τους ερευνητές συνεπάγεται αυξημένα επίπεδα μορφωτικά, ολοκληρωμένη πληροφόρηση και άποψη σε θέματα υγείας, καθώς και ανεβασμένο οικονομικό επίπεδο που με τη σειρά του συνεπάγεται περισσότερες και πιο ποιοτικές φροντίδες υγείας. Στον ίδιο τύπο

παραγόντων ανήκει και το επίπεδο / ποσοστό φτώχειας.

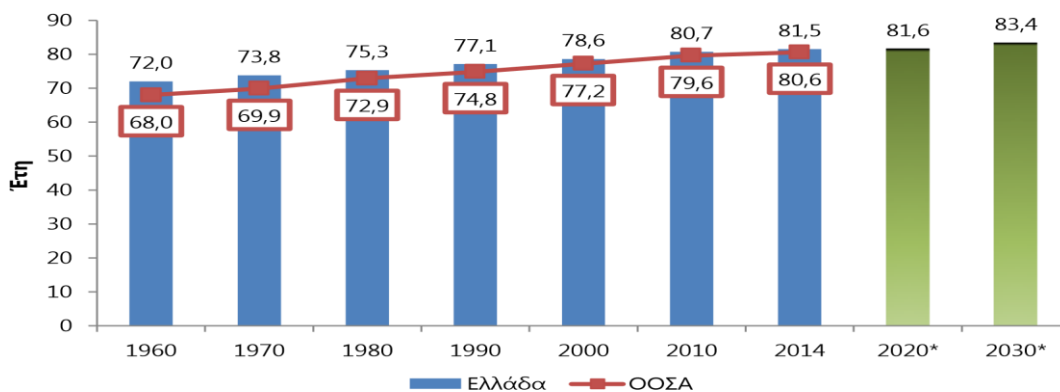
Στους life – style παράγοντες θεωρούμε πως ανήκουν η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η ηλικία που ξεκινά κάποιος να καπνίζει και στους διατροφικούς συμπεριλαμβάνουμε την κατανάλωση κρέατος.

Στο πλαίσιο των οικονομικών παραγόντων ενσωματώνουμε την κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία, καθώς επίσης και τον αριθμό των ιατρών οι οποίοι αντιστοιχούν σε κάθε πολίτη.

Τι δείχνουν τώρα τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής.

Η μεγάλη πυκνότητα πληθυσμού ελαττώνει το unit price (το κόστος μονάδας) της φροντίδας υγειονομικού περιεχομένου, ταυτόχρονα, όμως, ανεβάζει το άγχος, το στρες και τον αριθμό των ατυχημάτων, ένα αποτέλεσμα κοινώς σωστό και συνυφασμένο με την έντονη καθημερινότητα των μεγάλων πόλεων και την πιο ήρεμη ρουτίνα της αποκεντρωμένης ζωής. Η αυξημένη μάλιστα πυκνότητα του πληθυσμού ελαττώνει το προσδόκιμο της ζωής, εξαιτίας της μειωμένης πρόσβασης των πολιτών στα κέντρα υγείας (μεγάλες λίστες αναμονής).

#### Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα 1960-2030



Πηγή: OECD, Health Data 2016, United Nations; \* Η πρόβλεψη μέχρι το 2030 στηρίζεται σε στοιχεία του ΟΗΕ (εικόνα 10)

Η κατανάλωση κρέατος που ισοδυναμεί με την πρόσληψη απαραίτητων για την ανάπτυξη πρωτεϊνών και ταυτόχρονα με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης μειώνει την παιδική θνησιμότητα στο ανδρικό φύλο και αυξάνει το προσδόκιμο ζωής στο θηλυκό.

Τώρα, όσον αφορά τα οικονομικά στοιχεία, διαπιστώθηκε ότι οι περικοπές στις δαπάνες

υγείας οδηγούν στην αύξηση των επιπέδων της βρεφικής θνησιμότητας, καθώς και στην καθοδική πορεία των επιπέδων της βρεφικής θνησιμότητας.

Οι σπουδές και το μορφωτικό επίπεδο δεν επιδρούν σημαντικά στους παραπάνω δείκτες, με τα επίπεδα φτώχειας που συνεπάγονται αρνητικό ρόλο.

### 3.1 ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΜΒΑΘΥΝΣΗ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ

Η θέσπιση του κράτους πρόνοιας που είχε ως σκοπό εξ αρχής την προστασία του βασικού κοινωνικού δικαιώματος για παροχή υγειονομικής φροντίδας για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών, είναι και ο κύριος λόγος αύξησης των δαπανών για την υγεία (ΣΟΥΛΗΣ 1998).

#### ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος έχει ως αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές την άνοδο της κατανάλωσης υγειονομικών υπηρεσιών, μία πραγματικότητα που δεν συνοδεύεται πάντα με την αγορά και χρήση των απαραίτητων υπηρεσιών, αλλά με άσκοπες ή εν μέρει άσκοπες δαπάνες που οφείλονται σε κοινωνικά πρότυπα

#### ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τα πρότυπα αυτά είναι τα καταναλωτικά και το αποτέλεσμα που επιφέρουν είναι η ολοένα αυξανόμενη άνοδος των ‘out of pocket payments ‘ (άμεσων πληρωμών) και γενικότερα των ιδιωτικών δαπανών.

Από την άλλη μεριά αυξάνονται τα δημόσια έξοδα μέσω του ηθικού κινδύνου με τον εξής τρόπο. Η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών που επωμίζεται το κράτος πρόνοιας ωθεί σε αύξηση των δαπανών. Το κόστος των υπηρεσιών έτσι μετακυλιέται προς τα κοινωνικά ασφαλιστικά ταμεία με τους ασφαλισμένους να δείχνουν αδιαφορία όχι μόνο για το κόστος των υπηρεσιών, αλλά και για την ποσότητα που θα κάνουν χρήση αυξάνοντας ασυναίσθητα σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών.

#### ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η νέα ιατρική τεχνολογία, που κατά κανόνα είναι ακριβότερη της ξεπερασμένης, είναι και αυτή ένας παράγοντας αύξησης των υγειονομικών δαπανών, ειδικά σε μία χώρα, όπως η

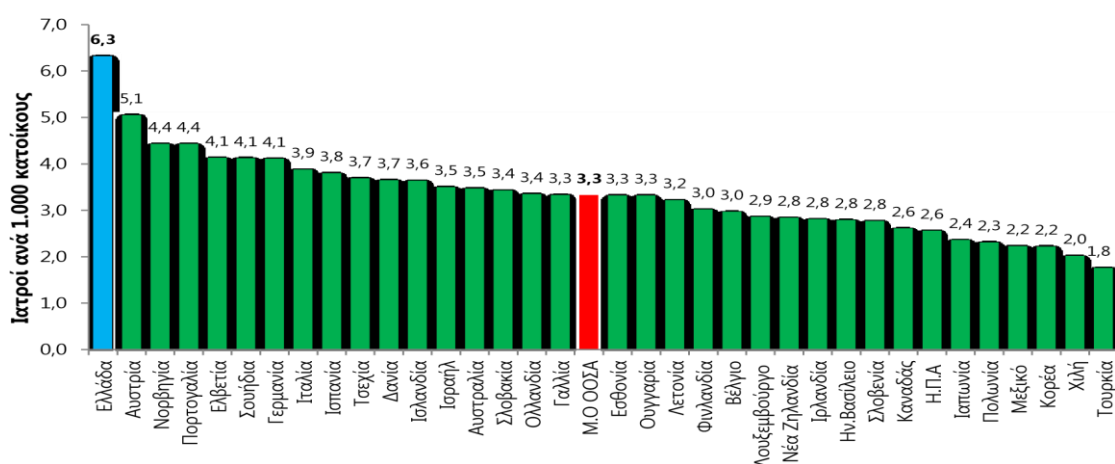
Ελλάδα, που η διαφθορά στο τοπίο των εξοπλισμών και των προμηθειών άλλαξε, όπως θα δούμε παρακάτω, ριζικά το σκηνικό σε επίπεδο βιομηχανοποίησης του κλάδου της υγείας

Ακόμα ο υπερβολικά μεγάλος αριθμός ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας και κατ' επέκταση το πλήθος των γιατρών ανά κάτοικο, οξύνουν το φαινόμενο μέσω της κατάστασης της προκλητής ζήτησης.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση, καθώς και η σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς (ο ιατρός είναι γνώστης του αντικειμένου ενώ ο ασθενής έχει επιφανειακή άποψη, οπότε ο τελευταίος είναι ευάλωτος) είναι τα αίτια της προαναφερθείσας κατάστασης.

Συνολικά ο αριθμός των γιατρών στην Ελλάδα (ειδικευμένοι και χωρίς ειδικότητα) κυμαίνεται γύρω στις 69.000. Αυτό μας φέρνει σταθερά τα τελευταία χρόνια στην 1η θέση μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ σε αναλογία γιατρών με πληθυσμό. Έτσι, στη χώρα μας αναλογούν 6,3 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους και ακολουθούν οι Αυστρία και η Ρωσία (5 και 4,9 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα). Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 3,3 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, ενώ οι χώρες με τη μικρότερη αναλογία είναι η Κίνα, η Τουρκία και η Κολομβία, όπου αντιστοιχούν λιγότεροι από δύο γιατροί ανά 1.000 κατοίκους.

#### Αριθμός Ιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2015



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 11)

Στην Ελλάδα ο αριθμός των γιατρών αυξήθηκε πολύ το διάστημα 2000 έως 2008 (από 47.250 σε 68.000) και έχει σταθεροποιηθεί έκτοτε.

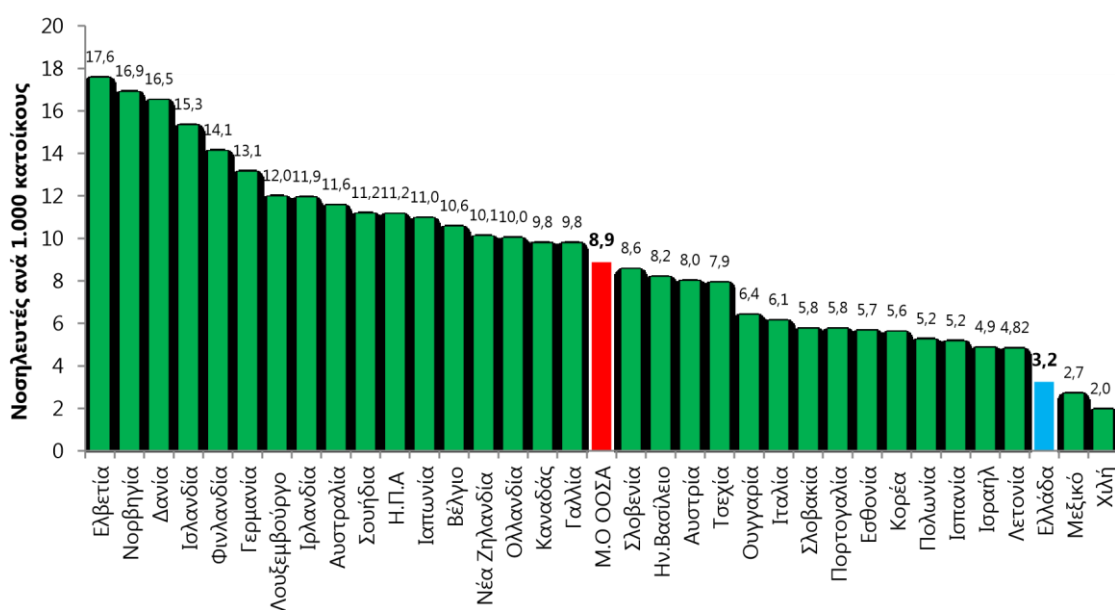
Αντίθετα, η χώρα μας έχει πολύ λίγους νοσηλευτές σε σχέση με τον πληθυσμό της,



αναλογικά με τις άλλες χώρες του λεγόμενου δυτικού κόσμου. Στην Ελλάδα αντιστοιχούν 3,6 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ είναι 9,1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, και σε χώρες όπως η Ελβετία, η Νορβηγία και η Δανία αντιστοιχούν περισσότεροι από 16 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους (στην «πρωταθλήτρια» Ελβετία η αναλογία είναι 17,4 προς 1.000).

Κατά μέσον όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ η αναλογία νοσηλευτών/τριών και γιατρών είναι 3 προς 1, όταν στην Ελλάδα είναι 0,6 προς 1. Σε χώρες όπως η Φινλανδία, η Ιαπωνία, η Ιρλανδία και η Δανία η αντιστοιχία είναι τουλάχιστον 4,5 νοσοκόμες ανά γιατρό.

#### Αριθμός Νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2015



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 12)

### 3.2 ΤΑΣΕΙΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

Από το 1965, μια χρονιά ορόσημο για την ραγδαία και υψηλού ρυθμού οικονομική ανάπτυξη, μια χρονιά έναρξης μεγάλων αλλαγών των συσχετισμών του κοινωνικού και οικονομικού γίνεσθαι στις χώρες του δυτικού αναπτυγμένου κόσμου, άρχισε να δημιουργείται και να θεμελιώνεται αυτό το οποίο ονομάζουμε κράτος πρόνοιας. Ταυτόχρονα με αυτή την πραγματικότητα άρχισαν να αυξάνονται τάχιστα και οι δαπάνες υγείας, κυρίως οι κυβερνητικές.

Τη δεκαετία 1975 – 1985 παρατηρείται μία μετριασμένη αύξηση των εξόδων για την υγεία, λόγω της οικονομικής κρίσης η οποία ήταν αποτέλεσμα του αυξημένου πληθωρισμού, της ανεργίας και της μείωσης του ρυθμού ανάπτυξης. Τα δεδομένα αυτά οδήγησαν σε κρίση και

τα συστήματα υγείας, παράλληλα με την κοινή πεποίθηση και διαπίστωση πως τα χρήματα τα οποία ξοδεύτηκαν τα χρόνια της οικονομικής ανάπτυξης δεν οδήγησαν σε βελτίωση των ποιοτικών δεικτών υγείας των πολιτών.

Η συγκεκριμένη πραγματικότητα δημιούργησε σκεπτικισμό και οδήγησε στην επαναπροσέγγιση των πολιτικών για τις δαπάνες υγείας που με τη σειρά της επέφερε την αναγκαία περιστολή και έλεγχο των κυβερνητικών εξόδων για την υγεία.

Η αύξηση των δαπανών υγείας δεν σχετίζεται πάντοτε θετικά με τους ποιοτικούς δείκτες υγείας και πολλές φορές μάλιστα η στασιμότητα και η ελάττωση των εξόδων συνεπάγονται βελτίωση των επιπέδων υγείας του πληθυσμού.

Πιο συγκεκριμένα, το 1960 οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ βρίσκονταν κατά μέσο όρο στο 4,2% του ΑΕΠ με το 61% να αποτελεί κυβερνητικές δαπάνες, ενώ το 1975 ανήλθαν στο 6,5% του ΑΕΠ μετά από άνοδο των κυβερνητικών δαπανών, των οποίων η συμμετοχή έφτασε στο ποσοστό του 76,2%. Στην Ελλάδα, οι δαπάνες για την υγεία το 1960 ήταν στο 3,3% του ΑΕΠ και το 1975 στο 5,1%, ενώ η εξέλιξη δεν ήταν ανάλογη με τις χώρες του ΟΟΣΑ και η συμμετοχή των δημοσίων δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας τα ίδια έτη ήταν 48% και 51% αντίστοιχα. Τα συγκεκριμένα μεγέθη είναι χαρακτηριστικά της ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού από το δημόσιο, αν και η ελληνική οικονομία τις περιόδους αυτές βρισκόταν σε καλούς ρυθμούς ανάπτυξης

Την δεκαετία του '80, στην Ελλάδα, παρουσιάστηκε μία απότομη αύξηση των δαπανών υγείας σε ποσοστό 7% του ΑΕΠ, με τις κυβερνητικές δαπάνες να καλύπτουν το 63% της πίτας, γεγονός το οποίο ήταν δυσανάλογο με τις ελεγχόμενες αυξήσεις στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ.

Κατά την δεκαετία του '90 παρατηρείται πάλι στον ΟΟΣΑ συγκρατημένη αύξηση των δαπανών, που συνοδεύονται τώρα με διαρθρωτικά μέτρα ανασύνταξης, αναδιοργάνωσης και εκσυγχρονισμού των μονάδων υγείας.

Δηλαδή το ατόπημα που πραγματοποιήθηκε τις προηγούμενες δεκαετίες, με τη λογική αφού παράγουμε υψηλότερο ΑΕΠ, διαθέτουμε και περισσότερα στην υγεία χωρίς όμως ενσυνείδητες και κοστολογημένες πολιτικές, αντικαθίστανται τώρα με την συγκρατημένη

και ελεγχόμενη άνοδο των δαπανών, η οποία τώρα θα προέρχεται από επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και φυσικά θα συνοδεύεται και με βελτιωμένους ποιοτικούς δείκτες υγείας του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα από την άλλη πλευρά, την ίδια περίοδο οι δαπάνες ήταν τριπλάσιες αυτών του μέσου όρου του ΟΟΣΑ και εκτινάχθηκαν την περίοδο 1995-2008, μία πραγματικότητα που συνδέεται με φαινόμενα διαφθοράς σε επίπεδα εξοπλισμών και προμηθειών και φαίνεται να συνδέεται και με την μεταστροφή της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

### 3.3 Εκροή Ελλήνων ιατρών

Τα τελευταία χρόνια, τα χρόνια της κρίσης, παρατηρείται μία σημαντική εκροή ανθρώπινου επιστημονικού κεφαλαίου. Θα αναφερθούμε ειδικότερα στους ιατρούς, διότι η μετανάστευσή τους κυρίως για οικονομικούς λόγους επισύρει μία σειρά από ζητήματα, πρωτίστως οικονομικά αλλά και σε επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Αρχικά, οι γιατροί οι οποίοι σπούδασαν στην Ελλάδα, δαπανήθηκαν για αυτούς πόροι από την κρατική δαπάνη για το χώρο της παιδείας, προκειμένου να εντρυφήσουν στον τομέα της ιατρικής και να ειδικευτούν πάνω σε ένα συγκεκριμένο πεδίο της. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε πως οι σπουδαστές δεν κοστίζουν όλοι το ίδιο για το κράτος. Για παράδειγμα ένας φοιτητής ιατρικής με τη χρονική διάρκεια των 6 χρόνων, που είναι η μεγαλύτερη από κάθε άλλη σχολή, με εργαστήρια, με εξοπλισμούς, με αναλώσιμα, δεν κοστίζει το ίδιο με έναν φοιτητή π.χ. της φιλοσοφικής σχολής. Οι γιατροί πέραν των 6 ετών ακολουθούν και ειδικότητα που μπορεί να κρατήσει αρκετά ακόμη χρόνια. Οι άνθρωποι, λοιπόν αυτοί οι οποίοι έχουν επενδύσει χρόνο, κόπο και χρήμα για σπουδές, είναι συνήθως άτομα υψηλού νοητικού επιπέδου και έχουν φυσικά και τις ανάλογες απαιτήσεις, οι οποίες στη σημερινή εποχή της κρίσης είναι δύσκολο να εκπληρωθούν τόσο σε οικονομικό επίπεδο, σε επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης, σε επίπεδο αξιοκρατίας, όσο και σε επίπεδο να τους παρέχονται τα απαραίτητα(εξοπλισμοί, αναλώσιμα) για την τέλεση της εργασίας τους.

Έτσι, παρατηρείται μία ασταμάτητη "αιμορραγία" στο ζωτικής σημασίας χώρο της ιατρικής επιστήμης. Πλήθος ιατρών, χιλιάδων ιατρών ως επί το πλείστον ειδικευμένων διαρρέουν προς άλλα ευρωπαϊκά κράτη, αναζητώντας μία καλύτερη και πολλές φορές μη αυτονόητη θέση εργασίας. Την ίδια στιγμή το κρατικό σύστημα υγείας βρίσκεται στα όριά του με την έλλειψη ιατρικού προσωπικού και καταφέρνει να προσφέρει υπηρεσίες στους πολίτες με τη βοήθεια των συμβασιούχων ιατρών. Τα δεδομένα του Ιατρικού Συλλόγου Αθήνας είναι χαρακτηριστικά για το μέγεθος της πρωτοφανούς αυτής εκροής επιστημόνων. Από το έτος

2007 έως και τον Δεκέμβριο του 2017 έφυγαν από την Ελλάδα 12.408 γιατροί.

Και ενώ έως και το 2009 η ολική αυτή εκροή οφειλόταν κυρίως στους αποφοίτους ιατρικής οι οποίοι αναζητούσαν βασικά άμεσα ιατρική εξειδίκευση σε άλλα κράτη, από το έτος 2010 και έπειτα η κατάσταση εκτυλίχθηκε δραματικά, Βασικοί συντελεστές της μεγάλης αυτής εκροής η οποία παραμένει σε έντονη εξέλιξη αποτελούν οι ειδικευμένοι ιατροί, εκείνοι δηλαδή οι οποίοι σπούδασαν, πραγματοποίησαν την ειδικότητα στην Ελλάδα, οι ιατροί εκείνοι αποτέλεσαν επένδυση για το σύστημα εκπαίδευσης και υγείας του κράτους. Τα πρόσφατα έξι έτη ο αριθμός των ειδικευμένων γιατρών οι οποίοι εγκαταλείπουν την Ελλάδα είναι σε σταθερό ρυθμό υπερδιπλάσιος από αυτόν των ιατρών χωρίς ειδίκευση.

Το έτος 2017 ζήτησαν και πήραν τα απαραίτητα πιστοποιητικά από τον ιατρικό σύλλογο Αθηνών 1.293 γιατροί, από τους οποίους οι 923 ήταν ειδικευμένοι και οι 370 ανειδίκευτοι. Το έτος 2016 είχαν εγκαταλείψει τη χώρα μας 862 ειδικευμένοι και 306 άνευ ειδικότητας. Το έτος 2015 το κενό είχε διευρυνθεί ακόμα πιο πολύ, διότι μεταναστεύσει 356 ανειδίκευτοι και 1.165 με ειδικότητα ιατροί. Το 2014 σημειώθηκε εκροή στο σύνολο από 1.380 ιατρούς, με τους 1.006 να αποτελούν ανειδίκευτους ιατρούς. Το έτος 2013 εγκατέλειψαν τη χώρα 1.488 ιατροί, με 1.086 εξ αυτών να είναι ειδικευμένοι. Το 2012 σημειώνεται σαν η χρονιά με τη μεγαλύτερη εκροή ιατρών. Εγκατέλειψαν τη χώρα 1.808 ιατροί, 1.166 εξ αυτών ειδικευμένοι.

Τα φαινόμενα της ανεργίας, της διαρκούς αβεβαιότητας και της ανυπαρξίας αξιοκρατίας, διώχνουν το πιο εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό του κράτους στο δρόμο της οικονομικής μετανάστευσης. Η Ελλάδα αποτελεί πλέον ένα εργοστάσιο παραγωγής ιατρών, το οποίο μόνο εξάγει, δηλαδή έχουν όφελος από αυτό ξένα κράτη χωρίς να δαπανήσουν για το κόστος παραγωγής ούτε 1 ευρώ. Τα κράτη της Γερμανίας, της Κύπρου, της Σουηδίας, της Αγγλίας και των ΗΑΕ είναι σύμφωνα με δεδομένα του ιατρικού συλλόγου Αθηνών οι πιο συνηθισμένοι προορισμοί των Ελλήνων ιατρών, διότι τους διασφαλίζεται επαγγελματική αποκατάσταση και ανέλιξη.

Για όλα αυτά θα έπρεπε το κράτος να μεριμνήσει δίδοντας κάποια οικονομικά κίνητρα ούτως ώστε να κρατήσει τους γιατρούς και να περιορίσει το φαινόμενο της εκροής ανθρώπινου κεφαλαίου. Βέβαια, ενέργειες του τύπου των τοπικών μονάδων υγείας (TOMY) οι οποίες προκηρύσσουν θέσεις για ιατρούς με αμοιβή 1.200 ευρώ με μπλοκάκι μάλλον επιτείνουν το πρόβλημα παρά το αμβλύνουν, την ώρα που οι ιατροί μπορούν να διεκδικήσουν καλύτερη αμοιβή στο εξωτερικό και οι εναπομείναντες ιατροί να μη δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για αυτό το εγχείρημα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

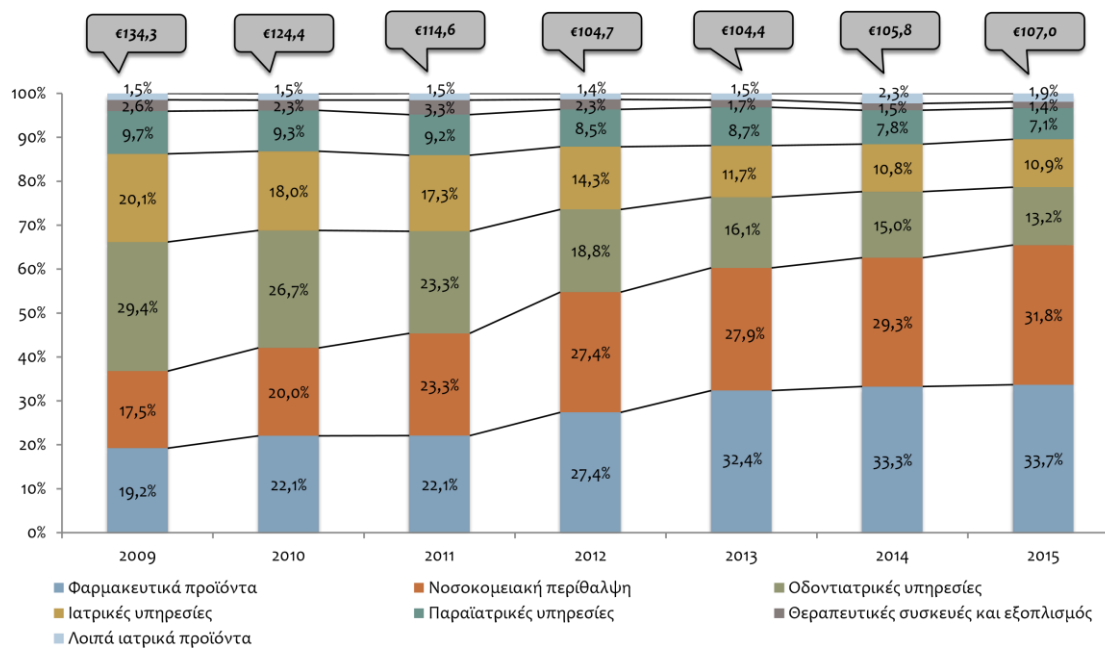
### *ΤΑΣΕΙΣ – ΜΕΤΑΚΥΛΙΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ*

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα παραπάνω παρατηρούμε ότι ο χώρος της υγείας χαρακτηρίζεται από πολλές και ευμετάβλητες μεταβλητές. Η υγεία, είναι μια οικονομία στην οποία βασικό παράγοντα και ρόλο έχει το κράτος λόγω του χαρακτήρα της ως κοινωνικό αγαθό από το κράτος πρόνοιας. Τα τελευταία χρόνια όμως εξαιτίας της γενικευμένης οικονομικής κρίσης, την αδυναμία ακριβούς ελέγχου του προϋπολογισμού του κράτους για την υγεία, των ταχέων εναλλαγών των συσχετισμών λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της τεχνολογίας, της αρνητικής αντιμετώπισης του πολίτη απέναντι στο δημόσιο μηχανισμό της υγείας, την αδυναμία εύρεσης πόρων, των χρεών των ελλείψεων επενδύσεων και της επικράτησης του φιλελευθερισμού, οι κυβερνήσεις των κρατών προσπαθούν με σταθερό ρυθμό να απεμπλακούν και να μειώσουν το ποσοστό τους στις δαπάνες για την υγεία μετακυλίνοντας αυτές στον ιδιωτικό τομέα και τα νοικοκυριά.

Προβλέπεται, λοιπόν, πως τα επόμενα χρόνια θα αυξηθούν οι ιδιωτικές επενδύσεις στην υγεία, οι δαπάνες των νοικοκυριών θα αυξηθούν για φάρμακα και περίθαλψη με το κράτος φυσικά να κρατά τμήμα των δαπανών, αλλά ουσιαστικά να έχει το ρόλο ενός διακριτικού επόπτη.

Αυτό, βέβαια, όσον αφορά το οικονομικό σκέλος. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η προσβασιμότητα και η αποτελεσματικότητα θα εξαρτηθούν από την οικονομική ανάπτυξη και την αύξηση των εισοδημάτων, γεγονός το οποίο για την Ελλάδα θα είναι δυσβάσταχτο, καθώς η μετακύλιση των δαπανών στον ιδιωτικό τομέα και η αύξηση των δαπανών των νοικοκυριών για υγειονομική περίθαλψη σε συνδυασμό με την ύφεση, την μικρή ανάπτυξη και άρα τα μειωμένα εισοδήματα, θα λειτουργήσουν αρνητικά στους ποιοτικούς υγειονομικούς δείκτες και γενικά στην υγεία του πληθυσμού.

## Μηνιαίες δαπάνες νοικοκυριών, 2016



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 13)

### Παρατηρήσεις:

- 1) Μετατόπιση δαπανών σε φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη.
- 2) Σημαντική μείωση αγοράς ιατρικών υπηρεσιών.

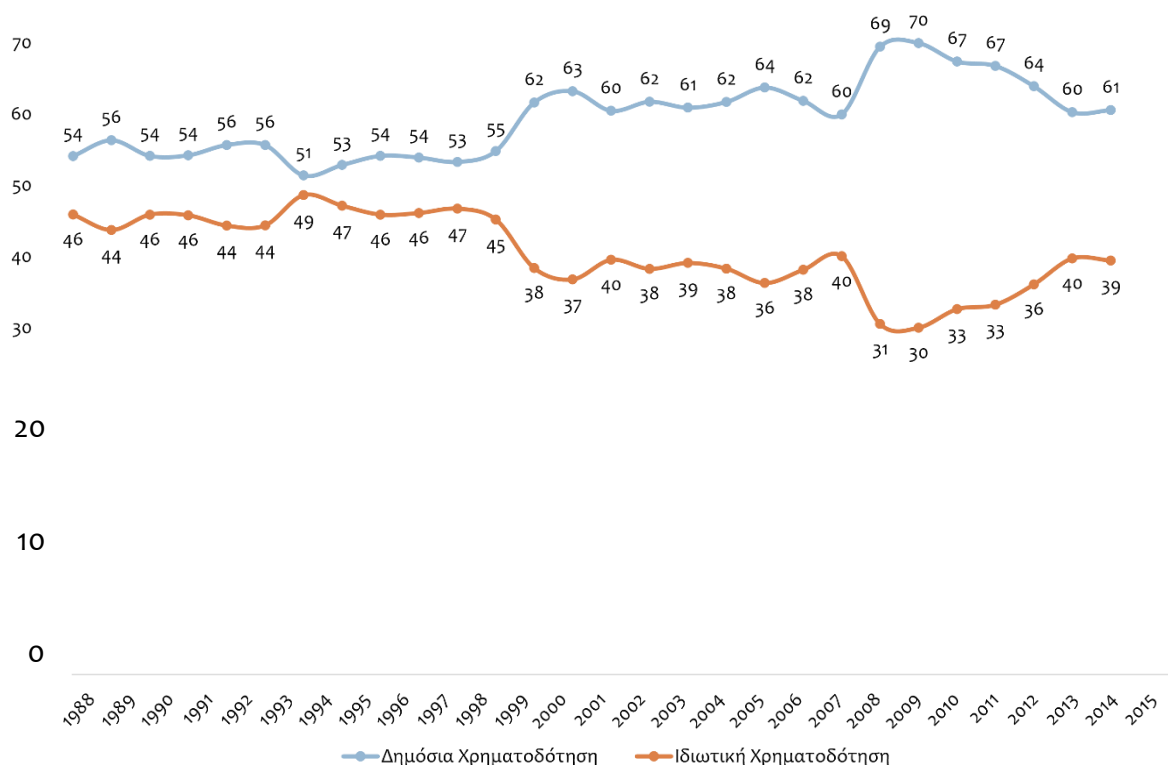
Κατά τη διάρκεια των ετών μεταξύ 2010-2015 παρατηρήθηκε άνοδος ιδιωτικών δαπανών για υπηρεσίες και αγαθά υγείας, διότι τα νοικοκυριά αναγκάστηκαν να πληρώσουν από ίδια κεφάλαια το χάσμα που δημιουργήθηκε από τη συρρίκνωση της κρατικής δαπάνης. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα το οποίο προέρχεται από την έρευνα του IOBE δείχνει, η κρατική δαπάνη συρρικνώθηκε κατά το ίδιο διάστημα με 13% λόγω της αναγκαστικής από τα μνημόνια δημοσιονομικής αναδιάρθρωσης.

Η έρευνα του IOBE επικυρώνει το συμπέρασμα το οποίο προκύπτει από παρόμοιου τύπου έρευνες όπως το Health Care του OECD, πως οι πολίτες είναι εκείνοι που καλύπτουν το χάσμα που δημιουργεί το δημόσιο σύστημα με δαπάνες από την τσέπη τους, διότι είναι ελάχιστο το ποσοστό εκείνων που πραγματοποιούν ιδιωτική ασφάλιση, έτσι ώστε να είναι εξασφαλισμένοι για εισαγωγή σε νοσοκομεία και πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα. Η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης, παρόλο που σημείωσε αύξηση στο συνολικό μέγεθος της ιδιωτικής δαπάνης, συνεχίζει ακόμα να καλύπτει μόνο ένα μικρό τμήμα της της τάξης του 4%.

Οι λόγοι οι οποίοι οδηγούν σε αυτά τα νούμερα, κατά τους ανθρώπους της αγοράς των ασφαλειών, πρέπει να αναζητηθούν ως επί το πλείστον στη μικρού επιπέδου ασφαλιστική συνείδηση των πολιτών και όχι τόσο στη συρρίκνωση των εισοδημάτων. Και αυτό διότι οι Έλληνες πολίτες προτιμούν να ξοδεύουν από τον οικογενειακό προϋπολογισμό για παροχές υγείας παρά καλύπτουν το κόστος ενός ασφαλιστηρίου που είναι πιο φθηνό και έχει περισσότερες. Μία πραγματικότητα είναι πως η Ελλάδα βρίσκεται ανάμεσα στις πρώτες χώρες μεταξύ αυτών του ΟΟΣΑ με τις πιο υψηλές δαπάνες out of pocket, τις δαπάνες δηλαδή οι οποίες δεν υπόκεινται στο οργανωμένο υγειονομικό σύστημα.

Το συγκεκριμένο ποσοστό είναι της τάξης του 35% και αποτελεί το τρίτο μεγαλύτερο στην ΕΕ, ύστερα από Κύπρο και Βουλγαρία, την ίδια στιγμή που στη Γαλλία το συγκεκριμένο ποσοστό βρίσκεται στο 7%. Οι "out of pocket" δαπάνες στην Ελλάδα έχουν σημειώσει άνοδο τα τελευταία έτη, από το 31% το έτος 2013, ενώ το 48% αυτών προορίζεται για νοσοκομειακές δαπάνες(δαπάνες νοσηλείας), που είναι εκ φύσεως ακριβές. Αποτελεί ένα από τα πιο υψηλά ποσοστά στην ΕΕ ύστερα από Βέλγιο και Κύπρο με 52% και 60% κατά αντιστοιχία.

#### Ποσοστό δημόσιας-ιδιωτικής χρηματοδότησης επί του συνόλου της (1988-2015)



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 14)

Η συρρίκνωση του εισοδήματος έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού της μηνιαίας δαπάνης για υγειονομική φροντίδα. Οι Έρευνες (ΕΟΠ) της ΕΛΣΤΑΤ έδειχναν πως το έτος 2008 οι δαπάνες υγείας ήταν το 6,7% των επί του συνόλου δαπανών των νοικοκυριών, όμως το έτος 2015 το ποσοστό αυτό σημείωσε άνοδο στο 7,5%. Η εξήγηση του φαινομένου είναι η εξής: παρόλο που ο μέσος όρος της δαπάνης για κάθε μήνα για υγεία το 2015 σημείωσε πτώση 26,1% σε σχέση με το έτος 2008 (107 ευρώ αντί 142,1 ευρώ το 2008), το συγκεκριμένο ποσοστό στις επί του συνόλου δαπάνες για τα νοικοκυριά είναι μεγαλύτερο από το έτος 2008. Η πτώση αυτή επιβεβαιώνει τη συρρικνωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών, τη μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών στη φαρμακευτική δαπάνη και την ανελαστική συμπεριφορά των δαπανών των υπηρεσιών υγείας.

Από την επί του ποσοστού σύνθεση της δαπάνης, φαίνεται πως τα 2/3 αυτής προορίζονται για να καλύψουν νοσοκομειακές ανάγκες, καθώς τα υπόλοιπα κατευθύνονται στα φάρμακα. Το ΙΟΒΕ συμπεραίνει πως ύστερα από την έναρξη της κρίσης το μέγεθος των δαπανών των νοικοκυριών μετακυλίστηκε βασικά στην κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής φροντίδας και μικρή πτώση παρατηρήθηκε για οδοντιατρική και παραϊατρική φροντίδα. Ειδικότερα, μεταξύ 2009-2015 η φαρμακευτική και νοσοκομειακή δαπάνη αυξήθηκε κατά 14.5%.

Η περιστολή της κρατικής χρηματοδότησης το πιο πιθανό είναι να προκύπτει από τη συρρίκνωση των δαπανών των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, την ίδια στιγμή που η πτώση των δαπανών της κεντρικής κυβέρνησης είναι μικρή. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ το έτος 2014 βρισκόταν στο 31,3% του συνόλου της χρηματοδότησης, ποσοστό το οποίο το έτος 2009 βρισκόταν στο 43,1%. Το κενό αυτό έκλεισε με τη συμμετοχή των νοικοκυριών, είτε άμεσα με άτυπες ιδιωτικές πληρωμές είτε σε μικρότερο ποσοστό με ιδιωτική ασφάλιση. Οι ιδιωτικές πληρωμές σημείωσαν άνοδο από 28,4% το έτος 2009 στο 35,4% το έτος 2014 και το ποσοστό της ιδιωτικής ασφάλισης από 1,9% το έτος 2009 σε 3,6% το έτος 2014.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### *Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΗΠΑ*

Όπως είδαμε σε προηγούμενα κεφάλαια, οι δαπάνες πολλές φορές εκτιμώνται ως ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος ενός κράτους.

Στους πίνακες που παρατέθηκαν, ήταν ξεχωριστή η περίπτωση των ΗΠΑ και αξίζει να σημειωθεί και να αναλυθεί ο λόγος που οι ΗΠΑ δαπανούν ένα τόσο μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ (κοντά στο 17 %) για ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

Υποστηρίζεται συχνά ότι αν και οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να είναι υψηλότερες στις Ηνωμένες Πολιτείες από ό, τι σε άλλες χώρες υψηλού εισοδήματος, τα μακροπρόθεσμα ποσοστά αύξησης των δαπανών ήταν παρόμοια. Στην πραγματικότητα, οι Ηνωμένες Πολιτείες είχαν έναν ασυνήθιστα υψηλό ρυθμό μακροπρόθεσμης αύξησης των δαπανών για την υγεία. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι τα θεσμικά χαρακτηριστικά που διαφέρουν μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και άλλων χωρών υψηλού εισοδήματος ενδέχεται να έχουν επηρεάσει τα μακροπρόθεσμα ποσοστά αύξησης των δαπανών για την υγεία.

#### 5.1 ΑΙΤΙΑ ΥΨΗΛΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι πραγματικές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ραγδαία τις τελευταίες τρεις και μισές δεκαετίες, με ετήσιο ρυθμό 4,3%.

Τέσσερις παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν την αύξηση αυτή: (1) η γήρανση του πληθυσμού, (2) η γενική οικονομική ανάπτυξη, (3) η επέκταση των τεχνολογικών δυνατοτήτων της ιατρικής, και (4) άλλοι παράγοντες όπως η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και οι αλλαγές στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και τα συστήματα προμηθειών. (Health Care Spending Growth: How Different Is the United States from The Rest of the OECD? Chapin White)

Ας εμβαθύνουμε όμως, τώρα, στον κάθε ένα από τους τέσσερις αυτούς παράγοντες ξεχωριστά για να εκτιμήσουμε τη βαρύτητα της επίδρασης του καθενός στις δαπάνες υγείας των ΗΠΑ.

## ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Η τεχνολογική ανάπτυξη και αλλαγή παρουσιάζεται συνήθως ως το βασικό αίτιο αύξησης των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το κύριο επιχείρημα της εισαγωγής τεχνολογικής καινοτομίας είναι ότι παρέχονται νέα είδη θεραπείας, λόγω της επέκτασης του ιατρικού τομέα, μπορούν, δηλαδή, να δεχθούν θεραπεία μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού, που μέχρι προηγουμένως ήταν αποκλεισμένα και φυσικά αυτό έχει ως αποτέλεσμα όλο και μεγαλύτερο τμήμα των πόρων και γενικά του πλούτου να διατίθεται για ιατρικές φροντίδες.

Η ιατρική τεχνολογία και τα ευρήματα της ιατρικής έρευνας χαίρουν αρκετά ελεύθερης διακίνησης σε χώρες με υψηλό ΑΕΠ, οπότε πρέπει να το εκλαμβάνουμε ως ένα θετικό φαινόμενο το γεγονός της επέκτασης της ιατρικής τεχνολογίας στις χώρες του ΟΟΣΑ. Σε χώρες, δηλαδή, με μεγάλη ανάπτυξη, η αύξηση των δαπανών υγείας μέσω της ιατρικής τεχνολογίας μπορεί να σταθεί ως επιχείρημα, διότι όπως αναφέρει και ο David Cutler το γεγονός αυτό δεν θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως πρόβλημα το οποίο πρέπει να λυθεί, αλλά θετική έκρηξη των βελτιώσεων που προάγουν την ευημερία του πληθυσμού.

## ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Οι ΗΠΑ ξεχωρίζουν από τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ και στον τρόπο χρηματοδότησης της ασφάλισης ασθένειας. Ο Howard Oxley και η Elizabeth Docteur εντοπίζουν τις εξής προσεγγίσεις για την χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης.

- 1) Ιδιωτική ασφάλιση / ιδιώτες ασφαλιστές αγοράζουν υπηρεσίες από ιδιώτες παρόχους.
- 2) Η κοινωνική ασφάλιση γίνεται μέσω αγοράς υπηρεσιών από ιδιώτες παρόχους.

Όλες σχεδόν οι χώρες υψηλού εισοδήματος του ΟΟΣΑ χρησιμοποιούν είτε το μοντέλο των δημοσίων συμβάσεων είτε το μοντέλο που ενσωματώνεται στο δημόσιο.

Για να γίνει αντιληπτή η διαφορά των ΗΠΑ με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ αξίζει να σημειωθεί πως το 2002 οι ιδιωτικές ασφαλιστικές χρηματοδοτήσαν το 41% των υγειονομικών δαπανών, σε σύγκριση με το 12%(μέσος ορός) του ΟΟΣΑ

Όπως τονίζουν οι Docteur και Oxley, τόσο τα μοντέλα δημόσιας προσφοράς όσο και τα συμβόλαια δημοσίων συμβάσεων παρέχουν σε μια κεντρική εξουσία (είτε στην εθνική κυβέρνηση είτε στους διαχειριστές κοινωνικής ασφάλισης) μεγάλη ευελιξία έναντι των παρόχων ιατρικής περίθαλψης και ότι η ευελιξία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιορίσει δαπάνες για την υγεία. Ένα σαφές παράδειγμα χρήσης αυτής της δυνατότητας είναι ο καθορισμός προϋπολογισμών νοσοκομείων σε χώρες που χρησιμοποιούν το δημόσιο

ολοκληρωμένο μοντέλο, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο. Ο Henry Aaron και ο William Schwartz, παρατήρησαν ότι οι οικονομικοί περιορισμοί που επιβλήθηκαν στα νοσοκομεία από τη Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας οδήγησαν στην παροχή ενός πολύ διαφορετικού επιπέδου και συνδυασμού υπηρεσιών σε σύγκριση με τις ΗΠΑ

### ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ένας ακόμη τρόπος με τον οποίο διαφέρουν οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι ως ένα βαθμό η σχετικά καθυστερημένη επέκταση της ασφάλισης ως πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Το 1970, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, οι κρατικοί και ιδιωτικοί ασφαλιστές κάλυπταν ήδη μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία (84%) και το μερίδιο αυτό παρέμεινε από τότε σταθερό. Αντίθετα, το μερίδιο των δαπανών για την υγεία που καλύπτονται από ασφάλειες στις ΗΠΑ ήταν σχετικά χαμηλό το 1970 (65%), αλλά αυξήθηκε αρκετά σταθερά στη συνέχεια, φθάνοντας το 77% το 1985 και το 86% το 2002. Αυτή η σταδιακή αύξηση πιθανώς ώθησε την αύξηση των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, η χρονική στιγμή της αύξησης του μεριδίου των ασφαλισμένων στις ΗΠΑ δεν φαίνεται να εξηγεί την απόκλιση των υπερβολικών ρυθμών ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια.

### ΓΗΡΑΝΣΗ

Το ποσοστό της γήρανσης του πληθυσμού αναφέρεται στο ρυθμό αύξησης των κατά κεφαλήν υγειονομικών δαπανών όταν οι κατά κεφαλήν υγειονομικές δαπάνες σε κάθε ηλικιακή ομάδα παραμένουν σταθερές αλλά το μερίδιο του πληθυσμού σε κάθε ηλικιακή ομάδα αλλάζει. Η γήρανση του πληθυσμού αντικατοπτρίζει δύο πράγματα: το συνδυασμό του προφίλ των ηλικιωμένων (οι ηλικιωμένοι έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας από ό,τι οι νεότεροι) και το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι καταλαμβάνουν όλο και μεγαλύτερα μερίδια των πληθυσμών στις χώρες του ΟΟΣΑ. Χώρες όπως η Ιαπωνία έχουν υψηλά ποσοστά γήρανσης του πληθυσμού, επειδή οι ηλικιωμένοι αναπτύσσονται πολύ γρήγορα ως ποσοστό του πληθυσμού.

Η γήρανση του πληθυσμού, εξηγεί μόνο ένα μικρό μέρος της αύξησης στις πραγματικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Αμερική. Στον ΟΟΣΑ, η γήρανση του πληθυσμού έχει διαδραματίσει έναν μεγαλύτερο, αλλά ακόμη περιορισμένο ρόλο (0,5 ποσοστιαίες μονάδες της ετήσιας αύξησης 3,8%). Ο κύριος μοχλός αύξησης των δαπανών για την υγεία ανά κάτοικο ήταν και θα συνεχίσει να είναι η αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών σε κάθε ηλικιακή ομάδα, και όχι η αύξηση του μεριδίου του πληθυσμού σε ομάδες μεγαλύτερης

ηλικίας. Ο δεύτερος παράγοντας, η γενική οικονομική ανάπτυξη (που μετράται από την πραγματική αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ), μπορεί να εξηγήσει περίπου το μισό της πραγματικής αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στον ΟΟΣΑ.

**Στοιχεία της ετήσιας πραγματικής αύξησης των δαπανών για την υγεία κατά κεφαλήν, των Ηνωμένων Πολιτειών και άλλων χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), 1970-2002**

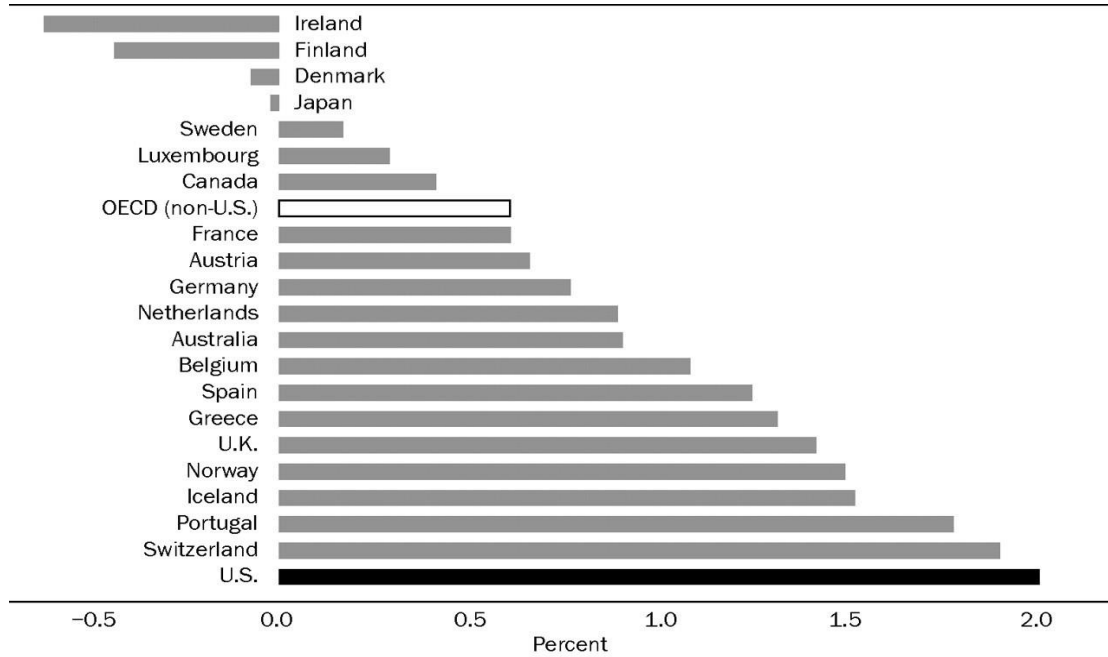
Country	1970 (\$)	2002 (\$)	Country	1970 (\$)	2002 (\$)
Australia	848	2,756	Ireland	460	2,461
Austria	746	2,308	Japan	566	2,278
Belgium	577	2,614	Luxembourg	638	3,189
Canada	1,135	3,047	Netherlands	1,103	2,748
Denmark	1,423	2,682	Norway	549	3,205
Finland	748	2,020	Portugal	211	1,770
France	810	2,844	Spain	380	1,712
Germany	1,047	2,929	Sweden	1,199	2,617
Greece	672	1,885	Switzerland	1,374	3,581
Iceland	636	2,913	United Kingdom	630	2,246
United States	1,363	5,475			
OECD (non-U.S.)	747	2,504			

Πηγή : C White - Health affairs, 2007 (εικόνα 15)

Υπερβολική ανάπτυξη

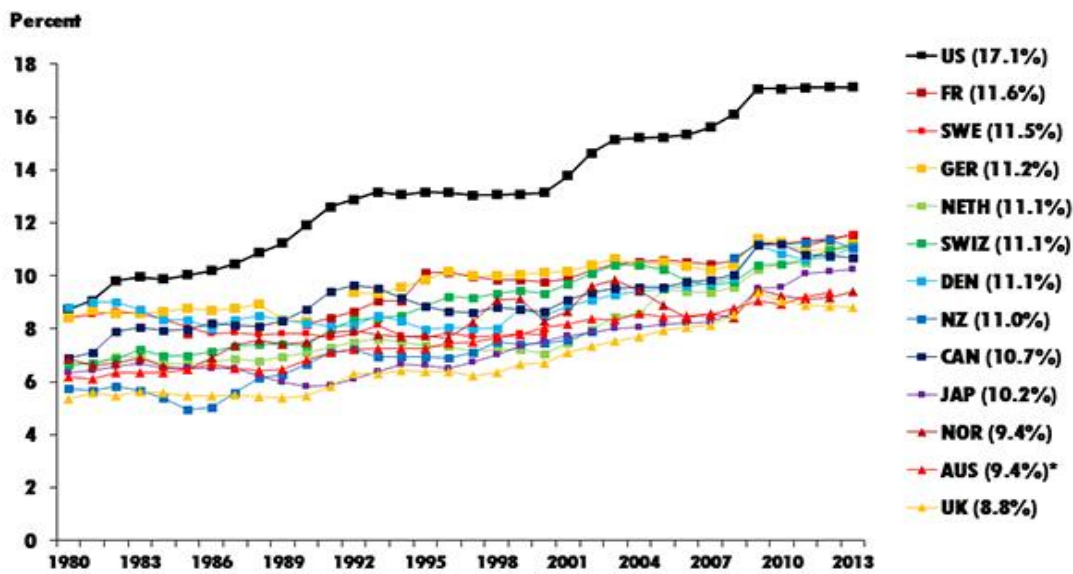
Η υπερβολική ανάπτυξη στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν πάντα υψηλή σε σχέση με τον ΟΟΣΑ. Κατά το διάστημα 1970-1985 ο ρυθμός της υπερβολικής ανάπτυξης στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν ελαφρώς υψηλότερος από ότι στον ΟΟΣΑ (2,0% έναντι 1,7%), Αντίθετα, κατά την μεταγενέστερη περίοδο (1985 και έπειτα), ο ρυθμός υπερβολικής ανάπτυξης στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν ο υψηλότερος μεταξύ όλων των χωρών του ΟΟΣΑ και ήταν αρκετά υψηλότερος από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (2,0% έναντι 0,6%), Στις Ηνωμένες Πολιτείες λοιπόν, η υπερβάλλουσα ανάπτυξη παρέμεινε ουσιαστικά αμετάβλητη μεταξύ των δύο περιόδων, ενώ η υπερβάλλουσα ανάπτυξη σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ μειώθηκε σημαντικά.

**Ετήσια Υπερβολική Εξέλιξη των δαπανών για την υγεία ανά κεφαλή, Ηνωμένες Πολιτείες και άλλες χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), 1985-2002**



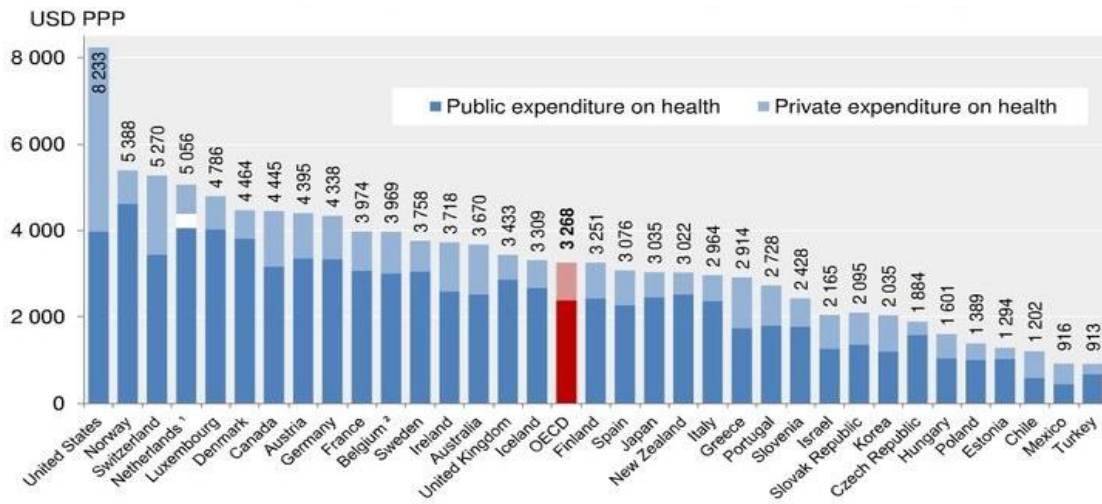
Πηγή : C White - Health affairs, 2007 (εικόνα 16)

**Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ**



Πηγή : commonwealthfund (εικόνα 17)

## Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας 2016



Πηγή: “Health Costs: How the U.S. Compares With Other Countries” (εικόνα 18)

## Κεφάλαιο 6

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

#### 6.1 Εισαγωγικά

Ο όρος φαρμακευτική δαπάνη χρησιμοποιείται για να προσεγγίσει την δαπάνη των φαρμάκων και των υπόλοιπων φαρμακευτικών ειδών, που χορηγούνται κατά την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η δαπάνη αυτή μπορεί να διαχωριστεί σε:

- 1) Ιδιωτική : συνεισφορά των ασφαλισμένων στο κόστος του φαρμάκου και αποζημίωση κατά ένα ποσοστό από ιδιωτικές εταιρίες ασφάλισης.
- 2) Κυβερνητική: έξοδα του εθνικού συστήματος υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης

#### Διευκρινίσεις

Η φαρμακευτική δαπάνη εσωκλείει τις δαπάνες για τα πρωτότυπα αλλά και τα γενόσημα για συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα.

Επίσης κυβερνητική δαπάνη λογίζεται ως η δαπάνη των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης για συνταγογραφούμενα φάρμακα εκτός νοσοκομειακής χρήσης, δηλαδή η αποζημίωση ποσοστού του κόστους την οποία είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί.

Η ιδιωτική δαπάνη περιλαμβάνει:

- 1) Την αποζημίωση τμήματος της δαπάνης από ιδιωτικές εταιρίες ασφάλισης.
- 2) Τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων φάρμακα που αποζημιώνονται.
- 3) Τις δαπάνες για φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

#### Παράγοντες επίδρασης φαρμακευτικής δαπάνης

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται ως το άθροισμα όλων των φαρμακευτικών προϊόντων πολλαπλασιασμένα επί της τιμής τους. Επομένως, η δαπάνη της φαρμακευτικής περίθαλψης επηρεάζεται από:

- 1) Την μεταβολή της τιμής. Όσο αυξάνονται οι τιμές των φαρμάκων τόσο αυξάνεται και η δαπάνη.
- 2) Την μεταβολή της ποσότητας των φαρμάκων που καταναλώνονται. Όταν αυξάνεται η ποσότητα ανάλογα αυξάνεται και η δαπάνη.
- 3) Την μεταβολή του καλαθιού των φαρμακευτικών προϊόντων των ασθενών – καταναλωτών(αποτέλεσμα συνδυασμού άλλων παραγόντων)

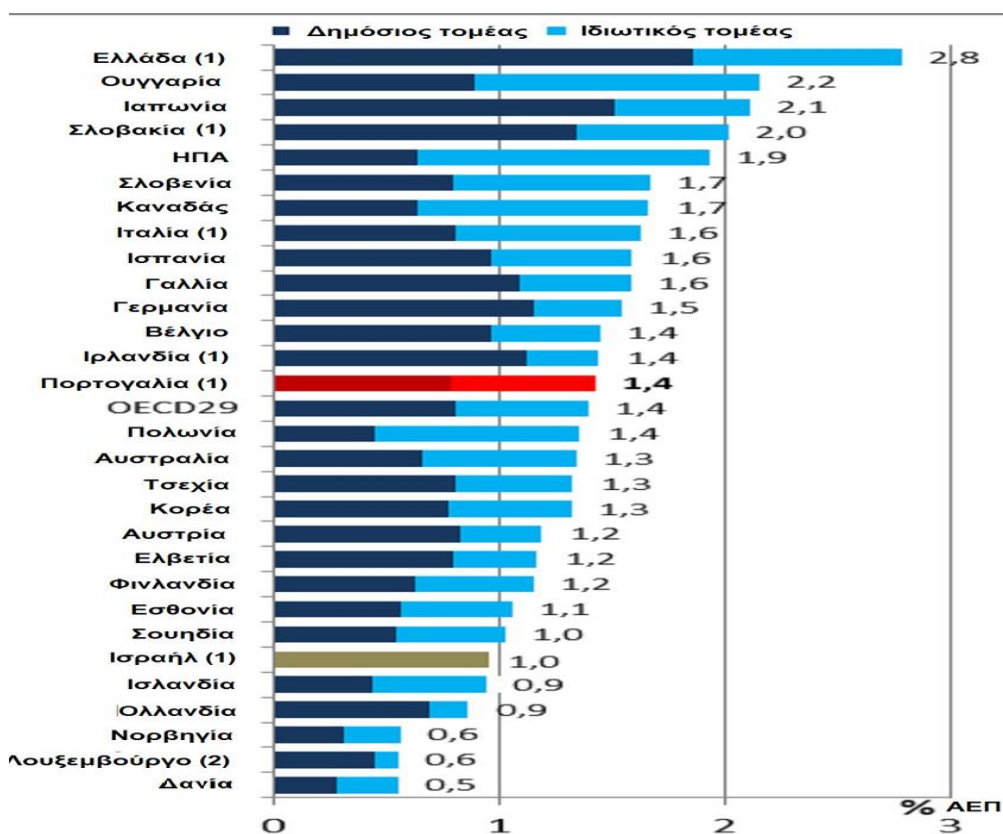
Εκτός αυτών, υπάρχουν και άλλα φαινόμενα που επιδρούν σε σημαντικά στο ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως είναι:

Η καινοτομία, η ασφάλιση, τα συστήματα παραγωγής και διανομής, η υπερσυνταγογράφηση, η πολυφαρμακεία

## 6.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΟΟΣΑ

Οι δαπάνες για φάρμακα βρίσκονται κατά μέσο όρο στο 1.4% του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ με το ποσοστό να κυμαίνεται από το υψηλό της Ελλάδος 2.8% μέχρι το πιο χαμηλό της Δανίας 0.5% του ΑΕΠ. Οι κυβερνητικές δαπάνες προσεγγίζουν το 60%, δηλαδή περίπου το 1% του ΑΕΠ των χωρών του ΟΟΣΑ. Υψηλό είναι το ποσοστό της Ιαπωνίας (1.5%), αλλά και της Ελλάδος (1.9%). Η αναλογία ιδιωτικών προς κυβερνητικές δαπάνες παρουσιάζεται υψηλότερη σε χώρες όπως ο Καναδάς, η Ουγγαρία και οι ΗΠΑ. Τα συγκεκριμένα στοιχεία παρουσιάζονται στο εξής διάγραμμα. (ο αριθμός 1 δίπλα στις χώρες υποδηλώνει μη διαρκή ιατρικά αγαθά, ενώ ο 2 πως για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν συμπεριλαμβάνονται οι σχετικές δαπάνες).

Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ 2013



Πηγή : "Η αγορά γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα και σε χώρες του ΟΟΣΑ" Χατζηγιώγου Κλειώ, Πειραιάς 2016 (εικόνα 19)

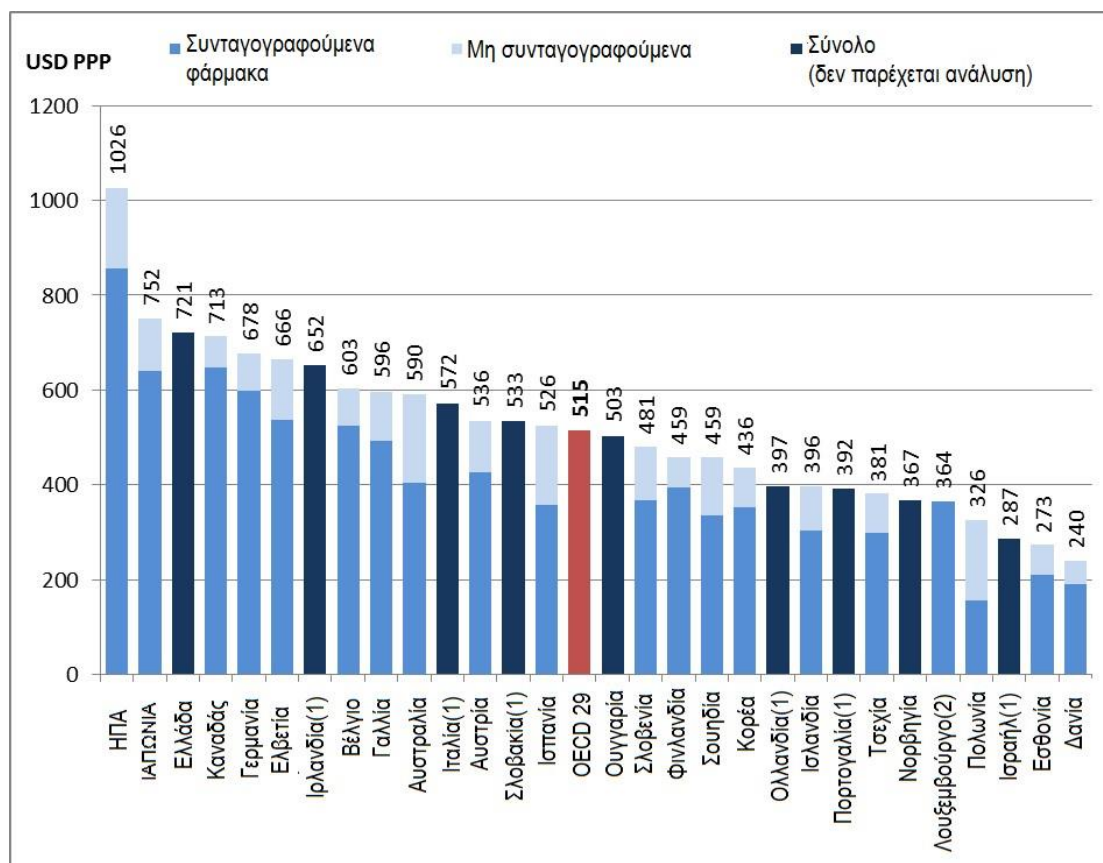
Ακόμα στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται οι κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες των χωρών του ΟΟΣΑ και ερμηνεύονται σε αυτό οι μεγάλες διαφορές μεταξύ κάποιων χωρών



μέσω της υψηλής τιμής των φαρμάκων, αλλά και το life style του υπερκαταναλωτισμού. Κατά το έτος 2013 οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπάνησαν το μεγαλύτερο ποσό για τα φάρμακα, ένα ποσοστό το οποίο είναι διπλάσιο του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.

Εκτός των ΗΠΑ, Ελλάδα, Ιαπωνία και Καναδάς δαπανούν ικανά ποσά για φάρμακα με τη Δανία να βρίσκεται στην τελευταία θέση.

**Κατα κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη 2013(μη συνταγογραφούμενα-συνταγογραφούμενα-συνολικά)**



Πηγή: OECD Health Statistics 2015 (ο αριθμός 1 υποδηλώνει μη διαρκή φαρμακευτικά προϊόντα με μέγεθος υπερεκτίμησης 5-10%.Ο αριθμός 2, υποδηλώνει πως δεν περιλαμβάνονται μη συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά προϊόντα.) (εικόνα 20)

Εξηγήσαμε εκτενώς σε προηγούμενο κεφάλαιο την περίπτωση των ΗΠΑ οπότε παρακάτω θα ασχοληθούμε με την κατάσταση της φαρμακευτικής δαπάνης που αφορά την ελληνική οικονομία.

### 6.3 Φαρμακευτική δαπάνη Ελλάδα

#### Παρούσα κατάσταση

Η ελληνική αγορά φαρμάκου βρίσκεται σε καίρια θέση στον γενικότερο τομέα της υγείας και ως αποτέλεσμα, παρουσιάζει μεγάλη ανάγκη και ενδιαφέρον η εκτενής προσέγγιση και

μελέτη της φαρμακευτικής δαπάνης. Το τελευταίο διάστημα η αγορά του φαρμάκου βάλλεται από την τριχοτόμηση των βασικών συνιστωσών που καθορίζουν την ζήτηση, δηλαδή από τους αγοραστές, τους προμηθευτές αλλά και τους καταναλωτές, όπως, ακόμα και από το μη σταθερό θεσμικό πλαίσιο, λόγω των συνεχών αλλαγών της σχετικής νομοθεσίας, οι οποίες δημιουργούν ένα επιχειρηματικό πλαίσιο, το οποίο συνέχεια αλλάζει, χωρίς να υπάρχει ένας καθορισμένος και συμπαγής στρατηγικός σχεδιασμός, με αντανάκλαση και στην φαρμακευτική πολιτική.

### Τάσεις

Φαίνεται ότι η πρωτική τάση της φαρμακευτικής δαπάνης από το έτος 2012 και μετέπειτα, οδήγησε σε μετακύλιση της κάλυψης των αναγκών των ασθενών από το κράτος, στον ιδιωτικό πάροχο, δηλαδή, στους ίδιους τους ασθενείς, όπως επίσης και στην φαρμακοβιομηχανία. Όπως παρατηρείται και από το παρακάτω διάγραμμα η συμμετοχή της φαρμακοβιομηχανίας στην κρατική φαρμακευτική δαπάνη, διογκώνεται με το πέρασμα των ετών, με αποτέλεσμα από 8,6% το έτος 2012, να φτάσει στο 23,6%, το 2015, με το ποσοστό ολοένα και να αυξάνεται και το 2016, βάσει στοιχείων του 1ου εξαμήνου.

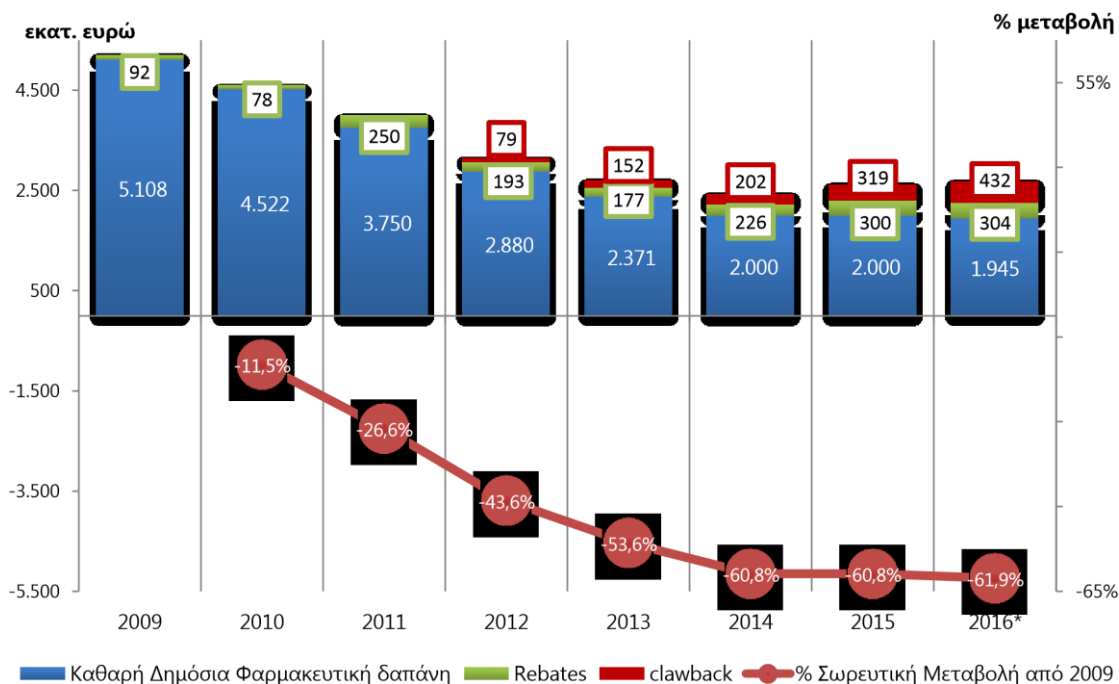
### **ΠΟΣΟΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΣΤΗ ΔΑΠΑΝΗ**

Έτος	Rebates φαρμ/κης βιομηχανίας	Clawback φαρμ/κης βιομηχανίας	Συνολική επιβάρυνση (a)	Προϋπολογισθείσα Δημόσια Φαρμ/κη δαπάνη (b)	% συμμετοχής φαρμ/κης βιομηχανίας στη δαπάνη
2012	€193 εκατ.	€78 εκατ.	€271 εκατ.	€2.880 εκατ.	8,6%
2013	€177 εκατ.	€153 εκατ.	€330 εκατ.	€2.371 εκατ.	12,2%
2014	€226 εκατ.	€ 204 εκατ.	€430 εκατ.	€2.000 εκατ.	17,6%
2015	€300 εκατ.	€319 εκατ.	€619 εκατ.	€2.000 εκατ.	23,6%
2016**	€304 εκατ.	€432 εκατ.	€736 εκατ.	€1.945 εκατ.	27,5%

Πηγή: ΣΦΕΕ,2016 (εικόνα 21)

Πιο συγκεκριμένα, ως κυβερνητική φαρμακευτική δαπάνη χαρακτηρίζεται το ποσό που καλούνται να χορηγήσουν τα ταμεία ασφάλισης, μετά από την αφαίρεση των rebates και clawback. Το έτος 2015, η δαπάνη αυτή έφτασε τα €2,0 δις, ενώ το 2016, παρατηρήθηκε επιπλέον μείωση στα €1,945 δις, σε σχέση με τα €5,1 δις, το 2009, σημειώνοντας, έτσι, συνολική πτώση κατά 61,9% την περίοδο 2009-2016. Μία πιθανή αιτία αυτής της μείωσης, είναι η λήξη της πατέντας ορισμένων πρωτότυπων φαρμάκων.

## Φαρμακευτική δαπάνη Ελλάδα



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 22)

### 6.4 Πολιτικές μείωσης των δαπανών των φαρμάκων

#### Rebates, clawback

Ο όρος clawback μπορεί να χρησιμοποιηθεί έτσι ώστε να αναφερθεί σε οποιαδήποτε χρήματα ή παροχές που έχουν δοθεί πάνω από το συνηθισμένο όριο, αλλά πρέπει να επιστραφούν λόγω ειδικών διατάξεων, οι οποίες πρέπει αναφέρονται σε μία σύμβαση. Γενικά το clawback είναι ένας όρος που ισοδυναμεί με ρήτρα ή ποινή για ένα project που επέφερε ζημιές, οπότε εφόσον έχουν δοθεί παραπάνω χρήματα τότε πρέπει να επιστραφούν από τους δέκτες μόνο, βέβαια, αν περιλαμβάνεται στην σύμβαση. Με το δεδομένο αυτό τα στελέχη επιχειρήσεων που υπογράφουν μια τέτοιου είδους σύμβαση clawback ζητούν και λαμβάνουν μεγαλύτερες από τις συνηθισμένες αποδοχές. Φαίνεται ότι το clawback βοηθά στη μείωση των περιπτώσεων απάτης με την αλλοίωση των στοιχείων και βιβλίων μιας εταιρίας έτσι ώστε να εμφανίσουν μια άλλη πραγματικότητα από την ισχύουσα, όπως έκαναν πολλές επιχειρήσεις σαν αυτές που πτώχευσαν στην Αμερική.

Ο ΕΟΠΥΥ χρησιμοποίησε το «clawback» με εντολή των μνημονίων εις βάρος των παρόχων του (από φαρμακευτικές βιομηχανίες μέχρι απλών φυσικών προσώπων).

Ο ΕΟΠΥΥ στην συγκεκριμένη περίπτωση δεν είχε ενημερώσει καθόλου τους συμβασιούχους γιατρούς όταν το πρωτοεπέβαλλε τη μεταρρύθμιση. Έχοντας κλειστό

προϋπολογισμό στην πραγματικότητα βρήκε ένα μέσο για να μειώσει ακόμα περισσότερο τις τιμές φαρμάκων, των εξετάσεων και των ιατρικών υπηρεσιών. Δεν λειτουργεί όπως στις επιχειρήσεις που χρησιμοποιήθηκε το clawback για να κόβει μόνους και αμοιβές πέραν του συνηθισμένου, αλλά ο ΕΟΠΥΥ το εφήρμοσε για να κόψει από τα βασικά εκείνα που πλήρωνε. Το ακόμα χειρότερο είναι ότι πληρώνει με αρκετά μεγάλες καθυστερήσεις και με τιμές οι οποίες έχουν υποκοστολογηθεί.

Μη γνωρίζοντας ο κάθε πάροχος για αυτή τη μεταρρύθμιση, προνόησε και έκανε το κουμάντο του για να φέρει εις πέρας τις συμβατικές του υποχρεώσεις. Πλήρωσε το προσωπικό, τα αναλώσιμα, τα μηχανήματά υπολογίζοντας τα χρήματα που με αυτές τις χαμηλές τιμές του αναλογούν. Και, βέβαια, δεν υπολόγισε κανείς ότι θα είναι κατά 70% μειωμένα τα χρήματα που θα εισπράξει τελικά όταν συνυπολογιστούν το rebate και το 10% των ελεγκτικών επιχειρήσεων, που εφήρμοσε ο ΕΟΠΥΥ. Ακόμα αντιμετωπίζει όλους του παρόχους υγείας ως κλέφτες, που ζημίωσαν τον οργανισμό, αφού επιβάλλει σε όλους ανεξαιρέτως οριζόντιες περικοπές, άσχετα αν μερικοί κερδοσκόπησαν και άλλοι απλά συνέχισαν να επιχειρούν με το σωστό τρόπο.

### Rebate ΕΟΠΥΥ

Ο όρος rebate είναι ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε με αλλοιωμένο τρόπο από τον ΕΟΠΥΥ. Είναι ένας όρος ο οποίος συνδέεται με την επιβράβευση. Συνήθως χρησιμοποιείται έναντι του όρου της έκπτωση στις εμπορικές συναλλαγές.

Ένας πάροχος υποστηρίζει ότι η πώληση των προϊόντων που φτιάχνει κάνει ένα X ποσό αλλά εφόσον ο πωλητής του καταφέρει να πωλήσει πάνω από ένα συμφωνημένο στη σύμβαση όριο, τότε παίρνει επιστροφή χρημάτων σαν επιβράβευση για την επιτυχία των πωλήσεων που είχε. Το rebate επίσης χρησιμοποιείται για την επιστροφή φόρου από την εφορία πάλι ως επιβράβευση.

Στην προκειμένη κατάσταση του ΕΟΠΥΥ δεν υπάρχει επιβράβευση στους παρόχους αλλά υπάρχει μία άδικη επιβολή έκπτωσης.

Σε αυτήν την περίπτωση ο πιο σωστός όρος είναι ο όρος deduction, ένας όρος που εννοεί την επιβολή έκπτωσης, άρα αυτό είναι που στην πραγματικότητα κάνει ο ΕΟΠΥΥ στους παρόχους.

Έτσι, η Φινλανδία για παράδειγμα, επέβαλε μείωση στην έκπτωση φόρου πολυτελείας, δηλαδή αύξησε τον φόρο κάνοντας deduction.

Κάνοντας έρευνα για το που έχει χρησιμοποιηθεί rebate και clawback στον χώρο της υγείας διεθνώς, συμπεραίνει κάποιος ότι δεν έχει εφαρμοστεί πουθενά σε ιατρικές αμοιβές, αλλά μόνο στον χώρο του φαρμάκου.

Πρόσφατα στον Καναδά η κυβέρνηση πήγε να πραγματοποιήσει clawback σε δημοσίους υπαλλήλους, παίρνοντας από τα επιδόματά τους για τους πρώτους μήνες του 2014. Ξεσηκωθήκαν τόσο μεγάλες αντιδράσεις που η κυβέρνηση αναγκάστηκε να πάρει πίσω την επιβολή αυτή.

Το σίγουρο είναι ότι με τον τρόπο αυτό που ο ΕΟΠΥΥ πραγματοποιεί έκπτωση 70% στους γιατρούς σε χρήματα που χρωστάει, τους εξαναγκάζει να κλείσουν τα ιατρεία τους και να έχουν υποχρεώσεις με τις τράπεζες που τους έχουν δανείσει τα χρήματα αυτά για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους.

Τιμές που σε κάποιες περιπτώσεις δεν έχουν αυξηθεί από το έτος 1991 αλλά έχουν μειωθεί περεταιίρω, είναι μοναδική πραγματικότητα και αντί να συζητηθεί κάποια αύξηση, επιβάλλεται μείωση της τάξης του 70%

Ένα από τα πιο συνηθισμένα μέτρα συγκράτησης της δαπάνης για φάρμακα είναι η συμμετοχή των ασθενών στην κάλυψη του φαρμακευτικού κόστους. Η συμμετοχή αυτή του ασφαλισμένου στο φαρμακευτικό κόστος μπορεί να εφαρμοστεί με τα παρακάτω βήματα:

- 1) Συν – ασφάλιση (ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης.)
- 2) Ασφαλιστική Απαλλαγή, καταβάλλει προκαταβολικά όλο το κόστος, για να εξασφαλίσει την συμμετοχή του στο ασφαλιστικό σύστημα
- 3) Συν-πληρωμή (πληρώνει για κάθε μία μονάδα παροχής υπηρεσίας.)

Θα πρέπει, βέβαια να τηρούνται κάποιες ειδικές ρυθμίσεις προκειμένου να επιτυγχάνεται η δίκαιη κατανομή των χρηματικών επιβαρύνσεων. Για παράδειγμα, ευάλωτες μερίδες του πληθυσμού, όπως οι φτωχοί, οι ηλικιωμένοι και οι άνεργοι, που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες να χαίρουν κάποιας ειδικής μεταχείρισης, όπως ακόμα οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα.

### **Συνταγογράφηση**

Η εξασφάλιση της συνταγογράφησης από την ομάδα των ιατρών, είναι ακόμα ένα εργαλείο με το οποίο δύναται η φαρμακευτική δαπάνη να παραμείνει στα ίδια επίπεδα και για να πραγματοποιηθεί αυτός ο σκοπός χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα μέσα, όπως είναι τα παρακάτω:

- 1) Έλεγχος συνταγογράφησης με κατευθυντήριες οδηγίες

- 2) Ηλεκτρονικά συστήματα συνταγογράφησης.
- 3) Ελεύθερη είσοδος σε τράπεζες δεδομένων και αρχεία.
- 4) Μηχανισμός αξιολόγησης τεχνολογίας και πιστοποίησης του βαθμού ασφαλιστικής κάλυψης.

Παρατηρούμε, λοιπόν πως στο πλαίσιο της συγκράτησης, της μείωσης και της μετακύλισης της φαρμακευτικής δαπάνης στον ιδιωτικό τομέα λαμβάνονται κάποια μέτρα που μπορούν να θεωρηθούν ορθολογικά, αλλά και κάποια άλλα τα οποία χρειάζονται καλύτερη μελέτη. Και αυτό, διότι μέτρα όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχουν θετικό αποτέλεσμα και θα έπρεπε να είχαν εφαρμοστεί νωρίτερα, ενώ άλλα όπως η αύξηση της δαπάνης της φαρμακοβιομηχανίας μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες.

**Τα 20 σημαντικότερα ελληνικά εξαγόμενα προϊόντα στον κόσμο κατά το εννεάμηνο του 2016 (Αξία σε εκατ. € & όγκος σε τόνους)**

Σειρά κατάταξης εννεάμηνο 2017	Σειρά κατάταξης εννεάμηνο 2016	Περιγραφή προϊόντος	Αξία 2017	Ποσότητα 2017
1	1	Ορυκτέλαια πετρελαίου	6.219,4	15.089.433,1
2	2	Φάρμακα για τη λιανική πώληση	610,7	16.772,7
3	3	Αλουμίνιο σε πλάκες >0,2mm	452,9	153.468,5
4	5	Ψάρια	392,4	76.103,5
5	7	Τυριά	334,5	59.390,4
6	9	Ελιές και άλλα λαχανικά	331,8	136.056,6
7	6	Εμπιστευτικά προϊόντα	324,8	93.281,6
8	10	Σωλήνες κάθε είδους	318,7	52.378,8
9	4	Παρθένο ελαιόλαδο	282,0	64.576,6
10	12	Αλουμίνιο σε ράβδους	226,8	79.967,5
11	8	Μηχανές επεξεργασίας δεδομένων	213,9	1.693,9
12	13	Αλουμίνιο σε φύλλα <0,2mm	211,8	66.163,6
13	11	Τσιγάρα που περιέχουν καπνό	202,2	18.209,3
14	15	Κράματα αργιλίου	193,6	97.624,4
15	24	Μάρμαρα, πυκνότητας >2,5	179,5	655.969,0
16	14	Βερούκοκα, κεράσια και ροδάκινα	152,5	157.547,9
17	20	Βαμβάκι	152,4	93.829,9
18	22	Παρασκευάσματα διατροφής	141,4	34.209,2
19	16	Καπνα χωρίς αφαιρέση των μισχών	133,7	24.530,4
20	21	Πολυπροπυλένιο	129,4	121.446,8

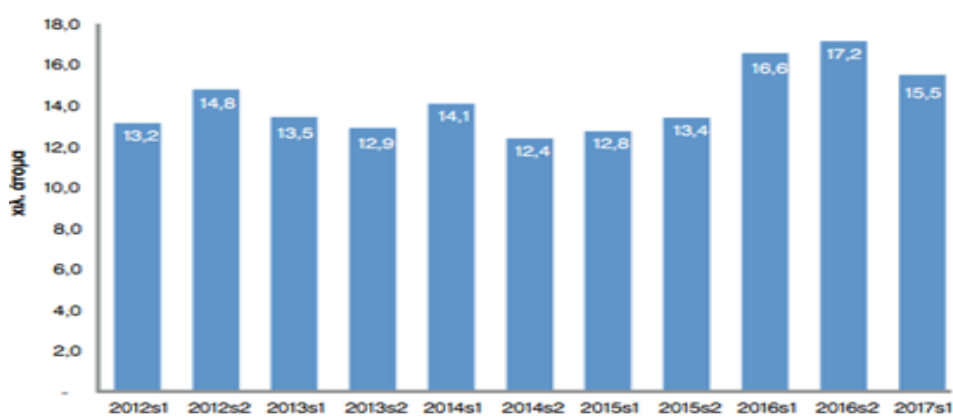
Πηγή: newmoney.gr (εικόνα 23)

Όπως βλέπουμε στον παραπάνω πίνακα τα φάρμακα είναι το δεύτερο σημαντικότερο εξαγώγιμο ελληνικό προϊόν μετά τα πετρελαιοειδή. Αυτό σημαίνει πως ο κλάδος του φαρμάκου συνεισφέρει στην αύξηση του ΑΕΠ και γενικά οι φαρμακοβιομηχανίες απασχολούν ένα ικανό ποσοστό του συνολικού ανθρώπινου δυναμικού, που έχει αντέξει

ακόμα και μέσα στην κρίση. Όμως, με τις ενέργειες που αναφέραμε παραπάνω γίνεται ένα ολέθριο λάθος το οποίο θα βλάψει το φάρμακο σαν κλάδο, αυτό με τη σειρά του θα βλάψει την ανάπτυξη σε έναν υγιή τομέα, το ΑΕΠ θα συρρικνωθεί και οι δαπάνες υγείας με τη σειρά τους θα μειωθούν ακόμα περισσότερο με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση της υγείας του πληθυσμού.

Για να καταλάβει κανείς τα παραπάνω αρκεί να παρατηρήσει το παρακάτω διάγραμμα με τις μεταβολές στην απασχόληση στον κλάδο του φαρμάκου

#### Απασχόληση στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκου



πηγή: IOBE «η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2017» (εικόνα 24)

Όπως παρατηρούμε η απασχόληση ήταν κατά 1,700 θέσεις εργασίας "φτωχότερη" είναι η στο στενό πυρήνα της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων: το πρώτο εξάμηνο του 2017 οι εργαζόμενοι στην αγορά της βιομηχανίας φαρμάκου στην Ελλάδα ήταν 15,5 χιλ. άτομα, όταν στα τέλη του 2016 ανέρχονταν σε 17,2 χιλ.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (Labour Force Survey, 2017) τα οποία επεξεργάστηκε το IOBE και περιλαμβάνονται στη μελέτη "Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα και στοιχεία 2017", με τη συμμετοχή του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, η απασχόληση στον κλάδο της φαρμακοβιομηχανίας σημείωσε σημαντική άνοδο το 2016 (από 13,4 χιλ. θέσεις εργασίας το 2015 στις 16,6 χιλ. στο πρώτο εξάμηνο του 2016), συνέχισε την αυξητική της πορεία καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, για να σταματήσει "απότομα" το πρώτο εξάμηνο της χρονιάς που πέρασε. Η πτώση στον αριθμό των απασχολούμενων στην παραγωγή φαρμάκου το πρώτο εξάμηνο του 2017, σε σύγκριση με το αντίστοιχο του 2016, αγγίζει το 6,3%.

### 6.5 Γενόσημα

Τα γενόσημα φάρμακα τα οποία κυκλοφορούν στην αγορά, είναι βιοϊσοδύναμα με τα πρωτότυπα, είναι άκρως ασφαλή και αποτελεσματικά και βρίσκονται σε μικρότερη τιμή από τα πρωτότυπα.

Η μικρή τιμή των γενοσήμων φαρμάκων εναπόκειται στην άνοδο του ανταγωνισμού που ξεκινά με την κυκλοφορία τους, διαμέσου της πτώσης των τιμών του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμάκου, καθώς και των υπόλοιπων βιοϊσοδύναμων γενοσήμων. Επίσης, η τιμή των φαρμάκων πέφτει, με τη λήξη της πατέντας τους.

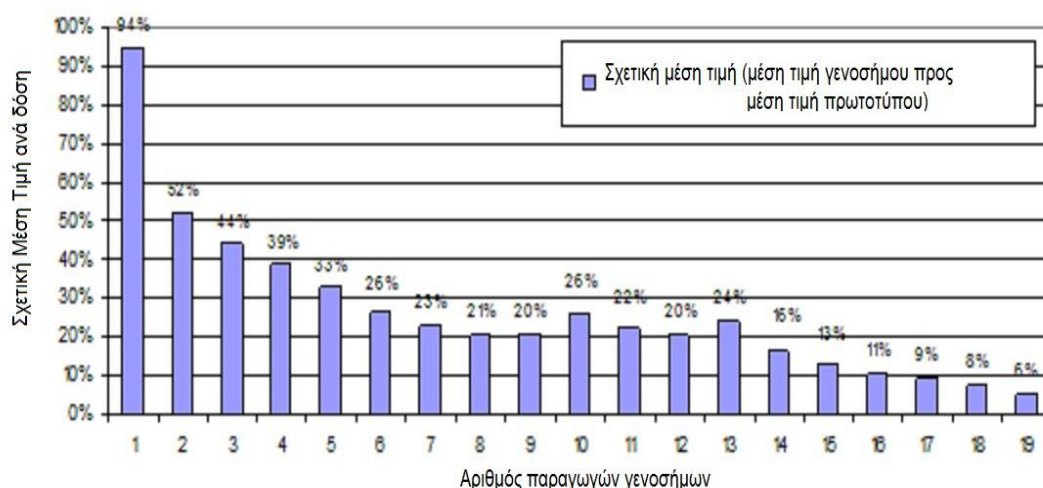
Για ένα πρωτότυπο φάρμακο, για την έναρξη της κυκλοφορίας του έχουν ξοδευθεί πολύς χρόνος και χρήμα κατά την έρευνα και ανάπτυξή του. Από την άλλη πλευρά, για την ανάπτυξη ενός γενοσήμου δεν είναι απαραίτητες δαπάνες για ανακάλυψη και κλινικές δοκιμές. Το R&D νέων φαρμάκων είναι κατάσταση που δύναται να κρατήσει ακόμα και 20 χρόνια, με υψηλό βαθμό ρίσκου. Μόνο κατά μέσο όρο τα πέντε από τα 10.000 πιθανά φάρμακα θα καταφέρουν να εισέλθουν στη διαδικασία των κλινικών δοκιμών, ενώ από αυτά μόλις ένα θα είναι αυτό το οποίο θα πετύχει να κυκλοφορήσει στην αγορά. Η συνολική δαπάνη για ανακάλυψη καινούριων, πρωτότυπων, καινοτόμων φαρμάκων εκτιμάται από την ΕΕ περίπου στο ένα δις. ευρώ.

Ένα καινοτόμο φαρμακευτικό προϊόν για να γίνει καθιερωθεί στην φαρμακευτική θα πρέπει να εφαρμόσει το καλύτερο marketing, που είναι ένα επιπλέον κόστος. Ως αποτέλεσμα, για ένα καινοτόμο φάρμακο η ενημέρωση των ιατρών για τις λεπτομέρειες που το χαρακτηρίζουν, οφέλη, παρενέργειες, είναι και αυτό ένα επιπρόσθετο κόστος, που δεν χαρακτηρίζει ένα γενόσημο.

Το κόστος των φαρμάκων μειώνεται με την είσοδο στην αγορά περισσότερων γενοσήμων φαρμάκων.



## Ανταγωνισμός γενοσήμων και τιμές



Πηγή: FDA analysis of retail sales data from IMS Health, IMS National Sales Perspective, 1999-2004 (εικόνα 25)

Η μικρή τιμή των γενοσήμων είναι ένα εργαλείο για συρρίκνωση των δαπανών του προϋπολογισμού της κυβέρνησης για την υγεία, καθώς και του ασθενή. Η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα, που έχουν την ίδια δραστική ουσία δύναται να πραγματοποιηθεί από ιατρούς και φαρμακοποιούς κατά την εκάστοτε σχετική νομοθεσία.

Σύμφωνα με μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στον χώρο του φαρμάκου, το διάστημα μεταξύ 2000-2007, σε φάρμακα τα οποία μπορούν να χορηγηθούν μόνο με συνταγή ιατρού για χρήση σε άνθρωπο σε 27 κράτη -μέλη της ΕΕ, παρατηρείται μία ικανή χρονική υστέρηση στην έξοδο στην αγορά των γενοσήμων, από την ημέρα που παύει να ισχύει το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας για τα πρωτότυπα. Ειδικότερα αυτή η χρονική καθυστέρηση παρατηρήθηκε με σταθμισμένο μέσο όρο, περισσότερο από τη διάρκεια επτά μηνών, καθώς και για τα φάρμακα με τις μεγαλύτερες πωλήσεις παρατηρήθηκε καθυστέρηση τεσσάρων μηνών. Ως εκ τούτου, συνεπάγεται υψηλότερο κόστος για αγορά φαρμάκων, διότι η ανυπαρξία γενοσήμων οδηγεί στην διόγκωση των δαπανών για τα κράτη της ΕΕ. Οι οικονομίες δύναται να ήταν 20% πιο αναπτυγμένες αν με την παύση ισχύος της πατέντας, τα γενόσημα εισάγονταν κατευθείαν στην αγορά.

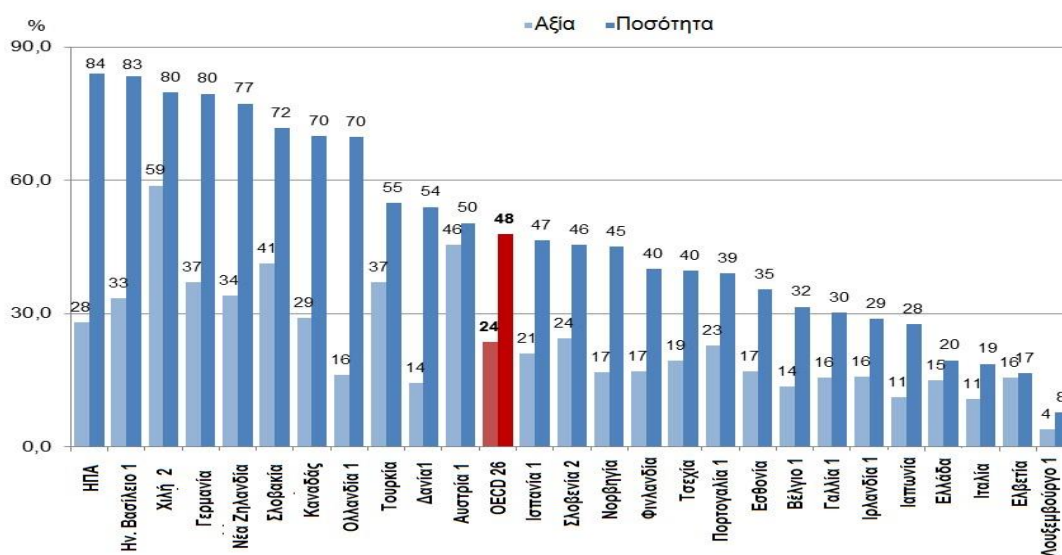
Οι φαρμακευτικές οι οποίες κατέχουν δίπλωμα ευρεσιτεχνίας για ένα πρωτότυπο, χρησιμοποιούν στρατηγικές έτσι ώστε οι φαρμακευτικές που παράγουν γενόσημα να μην δύναται να κυκλοφορήσουν στην αγορά αντίγραφο φάρμακο. Κάνουν την προσπάθεια με τις τακτικές που ακολουθούν να αυξήσουν τη χρονική διάρκεια που είναι καλυμμένες από τη δυνατότητα αποκλειστικής εκμετάλλευσης του πρωτότυπου. Η πιο κλασική τακτική είναι οι συνεχείς αιτήσεις διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας για ένα συγκεκριμένο φάρμακο. Η «δέσμη

διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας» δύναται να πλησιάσει μέχρι και τα 1300 κατά την μελέτη της Επιτροπής. Μία επιπλέον πολιτική, που ακολουθείται σαν δυσκολία για την εισαγωγή γενόσημων φαρμάκων, αποτελούν κατά τμήματα αιτήσεις διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, οποίες στοχεύουν στο να επιμηκύνεται το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ερευνάται το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Η τακτική των παράγωγων διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, αποσκοπεί στην την διεύρυνση της χρονικής διάρκειας αποκλειστικής εκμετάλλευσης του πρωτότυπου, καθώς και μη δυνατότητας αντιγραφής από έτερη φαρμακοβιομηχανία. Με αυτό τον τρόπο, πριν την παύση ισχύος της πατέντας, η φαρμακοβιομηχανία η οποία το αναπτύσσει και το εισαγάγει στην αγορά, υιοθετεί μερικά νέα συστατικά στο πρωτότυπο και το επανακυκλοφορεί.

#### Αγορά γενοσήμων

Οι χώρες του ΟΟΣΑ διαβλέπουν την εξέλιξη της αγοράς των γενόσημων σαν ένα εργαλείο για την άνοδο της αποδοτικότητας των συνολικών δαπανών για το φάρμακο. Όμως, πολλά κράτη δεν εκμεταλλεύονται σωστά την προοπτική αυτή. Το έτος 2013, τα γενόσημα κατείχαν κάτι παραπάνω από τα τρία τέταρτα του συνόλου των φαρμακευτικών προϊόντων τα οποία διατίθενται σε Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Χιλή, Νέα Ζηλανδία. Στην Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, την Ελβετία και την Ιταλία κατείχαν πιο λίγο από ένα τέταρτο του συνόλου της αγοράς. Στο παρακάτω σχήμα, τα κράτη στα οποία που δίπλα τους βρίσκεται αριθμός 1, σχετίζονται με το ανταποδοτικό φαρμακευτικό σύστημα και ο αριθμός 2 σχετίζεται με αγορές «Community pharmacy market» που είναι εγκατάσταση διανομής φαρμάκων (φάρμακα που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή). Δεν σχετίζονται με φάρμακα σε νοσοκομεία.

**Ποσοστό μεριδίου αγοράς γενοσήμων στη γενικότερη αγορά φαρμάκων (2013 ή κοντινότερο έτος), ως ποσοστό επί της αξίας και επί του όγκου**



Πηγή: OECD Health Statistics 2015 (εικόνα 26)

Οι ανακατατάξεις αυτές στην χρήση των γενοσήμων φαρμάκων, σχετίζονται άμεσα με τη δομή της αγοράς για το εκάστοτε κράτος κυρίως φάρμακα που είναι εκτός πατέντας, καθώς και από τις εφαρμογές συνταγογράφησης. Αλλά, η εισαγωγή γενοσήμων οφείλεται κατά πολύ στις πολιτικές που ακολουθούνται στα εκάστοτε κράτη. Αρκετά κράτη έχουν βελτιώσει τις κινήσεις τους για ενίσχυση και χρήση των γενοσήμων από το ξεκίνημα της κρίσης και έπειτα.

Οι φαρμακοποιοί δύνανται να αντικαθιστούν τα πρωτότυπα με γενόσημα φάρμακα στα περισσότερα κράτη του ΟΟΣΑ. Η αντικατάσταση με γενόσημα φάρμακα αποτελεί υποχρεωτική πράξη σε κάποια κράτη π.χ. σε ορισμένες χώρες, όπως για Δανία, Φινλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Ιταλία, ενώ στη Νέα Ζηλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται μεγάλη προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων στην φαρμακευτική αγορά, χωρίς αυτό να αποτελεί υποχρέωση.

Οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους πολίτες έχουν θεσπιστεί για να ενισχύσουν την εξέλιξη της αγοράς γενοσήμων φαρμάκων. Η Γαλλία, το έτος 2009 και 2012, προώθησε κίνητρα που αφορούσαν γενικούς ιατρούς, για να συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα διαμέσου ενός συστήματος αμοιβής με βάση την επίδοση.

Τα φαρμακεία συνήθως πληρώνονται με τα περιθώρια κέρδους, με βάση την τιμή του φαρμάκου. Το γεγονός αυτό είναι ένα αντικίνητρο για την διείσδυση των γενοσήμων στην αγορά που έχουν σημαντικά μικρότερες τιμές από τα πρωτότυπα φάρμακα. Για την

αντικατάσταση αυτού του αντικινήτρου, έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλες πολιτικές και μέτρα σε χώρες. Για παράδειγμα στη Γαλλία, δίνεται εγγύηση στα φαρμακεία για να καταβληθούν ισοδύναμα περιθώρια κέρδους. Στην Ελβετία τα φαρμακεία πληρώνονται με την αντικατάσταση με τα γενόσημα φάρμακα. Σε πολλά χώρες οι φαρμακοποιοί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν για την ύπαρξη φθηνότερης εναλλακτικής φαρμακευτικής θεραπείας.

Οι πολίτες έχουν οικονομικό συμφέρον να χρησιμοποιούν φθηνότερα φάρμακα. Στην Ελλάδα, οι πολίτες οι οποίοι επιθυμούν να αγοράσουν το πρωτότυπο υποχρεούνται να πληρώσουν, τη διαφορά τιμής με το γενόσημο φάρμακο..

Οι στρατηγικές αυτές, οι οποίες συνδέονται με τις παύσεις ισχύος των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, ενισχύουν στην άνοδο του μεριδίου αγοράς γενόσημων φαρμάκων που καταγράφηκε την τελευταία δεκαετία. Στο κράτος της Πορτογαλίας, η αγορά γενοσήμων φαρμάκων αυξήθηκε από μηδέν το έτος 2000 σε 39% σε μέγεθος και 23% οικονομική αξία το έτος 2013. Στην Ισπανία, το μερίδιο αγοράς των γενοσήμων φαρμάκων βρισκόταν στο 47% σε μέγεθος και 21% σε οικονομική αξία το 2013, από 3% το 2000. Εκτός από την ενίσχυση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, είναι ακόμα βασικό να ενισχυθεί η μικρότερη δυνατή τιμή για τα γενόσημα.

## Κεφάλαιο 7

### *Δαπάνες υγείας ως επένδυση*

Είδαμε σε προηγούμενα κεφάλαια ανάλυση επιμέρους δαπανών για την υγεία σε διάφορους τομείς. Όλες αυτές οι αναλύσεις για τις δαπάνες άφηναν εκτός τις επενδύσεις στον χώρο της υγείας, οι οποίες διαχωρίζονται από τα υπόλοιπα κόστη(μισθούς ιατρών, διοικητικών υπαλλήλων, νοσηλευτών, φαρμακευτική δαπάνη, αναλώσιμα κ.τ.λ..) και εντάσσονται σε ένα γενικότερο πλαίσιο προσέγγισης του όρου της επένδυσης με σκοπό την οικονομική ανάπτυξη.

Έτσι, λοιπόν σε αυτό το κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε τις επενδύσεις στον χώρο της υγείας από όλες τις πιθανές συνιστώσες και να συσχετίσουμε τους παράγοντες επίδρασης των επενδύσεων, όπως το πραγματοποιήσαμε και με τις καθαρές δαπάνες.

#### 7.1 Επένδυση στην υγεία του πληθυσμού

Η ποιότητα της υγείας του πληθυσμού έχει επίδραση στο γεγονός κατά πόσο μπορούν οι πολίτες να έχουν τη δυνατότητα και την ευκαιρία να συμμετέχουν στον επαγγελματικό και κοινωνικό βίο, καθώς επίσης και πόσο παραγωγικοί είναι κατά την τέλεση της εργασίας τους. Συμπεραίνουμε, λοιπόν πως η κατάσταση της υγείας των πολιτών έχει άμεση επίδραση στα συστήματα υγείας των κρατών σε πλαίσιο δημοσιονομικό. Επίσης, οι επενδύσεις υγείας παρέχουν άμεση συνάφεια με την οικονομική ανάπτυξη, εξαιτίας του ότι οι πολίτες θα έχουν την δυνατότητα να απολαμβάνουν καλή υγεία και να εργάζονται για περισσότερο χρονικό διάστημα. Η καλύτερευση του περιβάλλοντος και των συνθηκών της απασχόλησης, καθώς και η άμεση επένδυση στην πρόληψη βοηθά τους πολίτες να παραμείνουν υγιείς για περισσότερο χρόνο, μειώνει μελλοντικές δαπάνες θεραπείας από τυχούσες ασθένειες και συνδράμει τόσο στη μείωση του κόστους συντήρησης του συστήματος υγείας όσο και στην οικονομική ανάπτυξη.

Στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν πως η αύξηση του προσδόκιμου ζωής για ένα έτος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του ΑΕΠ έως και κατά 4%. [“Investing in Health”].

Η επένδυση, για παράδειγμα, στην καλύτερευση της υγείας των νέων ανθρώπων και φυσικά των παιδιών συμβάλλει στη σωματική και κοινωνική τους προαγωγή, δίνοντάς τους χρήσιμα εφόδια για να συμμετέχουν ως ενεργοί πολίτες στην κοινωνία. Ζωτικής σημασίας είναι

επίσης και η επένδυση στους εργαζομένους στον κλάδο της υγείας, όπως δημοσίευσε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε σχέδιο δράσης του 2012 (Europa, 2012).

### 7.2 Επενδύσεις για βιωσιμότητα συστημάτων υγείας

Τα κράτη-μέλη Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι υπεύθυνα για το σχεδιασμό και την οργάνωση των εθνικών υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας. Είναι απαραίτητο για την ανάπτυξή τους να ξοδεύουν πιο στοχευμένα και όχι αναγκαστικά περισσότερα χρήματα, για καλύτερη αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας καθώς και περίθαλψης. Όπως κάνει λόγο ο ΟΟΣΑ, οι διαρθρωτικές αλλαγές στον κλάδο της υγείας έχουν την δυνατότητα να εξοικονομήσουν μέσο όρο, 2% του ΑΕΠ έως το έτος 2019.

Βασική είναι η βελτίωση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας μέσω διαρθρωτικών αλλαγών και επενδύσεων. Οι επενδύσεις που πραγματοποιούνται στον τομέα της υγείας υπό τη μορφή των συγχρηματοδοτούμενων έργων ή με άλλους τρόπους, σημαντικό είναι να χαρακτηρίζονται από καινοτομία και στοχευμένη εξειδίκευση, να εξασφαλίζουν τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πληθυσμό, την ορθολογική διαχείριση, καθώς και λειτουργία των υπηρεσιών του Υπουργείου και των σχετιζόντων Φορέων, τη δημιουργία συστημάτων συστημικής και ατομικής λογοδοσίας για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και τη διαρκή μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.

Η αποτελεσματικότητα είναι δυνατό να βελτιωθεί με τα εξής μέσα:

- 1) Περιορισμός των εισαγωγών στα νοσοκομεία και των ραντεβού σε ειδικούς ιατρούς, όταν δεν αποτελεί άμεση ανάγκη ή δεν είναι πλήρως απαραίτητο.
- 2) Αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- 3) Ανάπτυξη της χρήσης φθηνότερων, ισοδύναμων φαρμάκων (γενόσημα).
- 4) Συνεχής μέτρηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των τεχνολογιών στον κλάδο της υγείας, ως μέτρο για λήψη αποφάσεων (Europa, 2012).

### 7.3 Μείωση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας

Παρόλο που παρουσιάστηκε βελτίωση για κάποια χρόνια στο μέσο επίπεδο ποιότητας υγείας σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης, συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμα διάφορες ανισότητες τόσο από κράτος σε κράτος όσο και στο εσωτερικό των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής, στην ηλικία των 30, μεταξύ πολιτών με ανώτατη εκπαίδευση και εκείνων με δευτεροβάθμια ή και κατώτερου επιπέδου ξεπερνούν τα 10 χρόνια σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι διαρκείς ανισότητες στην υγεία των

πολιτών, εκτός από το σύνηθες ηθικό πρόβλημα που υφίστανται, αποτελούν και ένα αρκετά μεγάλο αίτιο της συρρίκνωσης του ΑΕΠ που μετριοπαθώς κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 9,5% για τα κράτη της ΕΕ. [“Investing in Health”]. Οι μη ελεγχόμενες ασθένειες και θάνατοι που οφείλονται σε ανισότητες στον κλάδο της υγείας είναι λόγω της σπατάλης του ανθρώπινου κεφαλαίου και είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν μεταρρυθμίσεις. Η εύκολη και καθολική είσοδος σε ασφαλείς, υψηλής ποιότητας και αποδοτικές υπηρεσίες υγείας και η βελτιωμένη συνεργασία ανάμεσα σε κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και η αποδοτική συνεισφορά για τις συνιστώσες κινδύνου δίνουν το κίνητρο να παίξουν μείζονα ρόλο στο κλείσιμο του φαύλου κύκλου της ελαττωματικής υγείας/ανέχειας/κοινωνικού αποκλεισμού. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα συνεχίσει να ενισχύει τη συνεννόηση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς επίσης και τις ευκαιρίες για καλυτέρευση των γνώσεων και των υφιστάμενων πλαισίων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Συμπερασματικά, οι επενδύσεις στον κλάδο της υγείας σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν την ευκαιρία να χρηματοδοτούνται από το πρόγραμμα "Υγεία», από το ταμείο συνοχής και τα μεταρρυθμιστικά ταμεία, καθώς επίσης και από τα ταμεία για την έρευνα, την ανάπτυξη και την νεοφυα. (Euroopa, 2012)

#### Κάποια γενικά στοιχεία

Ο νόμος 3370/2005 άρθρο 1 και 2 αναφέρει πως «Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και τη καλυτέρευση του ανθρώπινου κεφαλαίου στη Ελλάδα. Τα έξοδα για την υγεία περιέχουν όχι μόνο τις επενδύσεις στο χώρο της υγείας αλλά και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Οι Εθνικοί λογαριασμοί υγείας είναι μια τυποποιημένη μεθοδολογία που εξετάζει και καταγράφει όλες τις ροές των εξόδων σε ένα σύστημα υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, δαπάνες στο εξωτερικό). Οι κρατικοί λογαριασμοί υγείας παρέχουν πληροφορίες σε 3 πυλώνες (Κουσουλάκου & Βίτσου, 2008):

- 1) Χρηματοδοτικές πηγές, στην ουσία ποιος χρηματοδοτεί τις ενέργειες στον κλάδο της υγείας, από που πηγάζουν οι απαραίτητοι πόροι.
- 2) Παραγωγή. Στον τομέα αυτό εξηγείται το πώς κατανέμονται οι υπάρχοντες πόροι στους επιμέρους παραγωγικούς συντελεστές (ιατροί, φάρμακα, νοσηλευτές, εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, κτλ.).
- 3) Κατανάλωση. Εδώ αποτυπώνεται τι είδους περίθαλψη θα αγοραστεί με τους υπάρχοντες

πόρους (προληπτική, θεραπευτική, νοσοκομειακή).

Στη σημερινή εποχή, το παγκόσμιο γίνεσθαι βρίσκεται εν μέσω μίας υψηλής κλίμακας οικονομικής κρίσης. Η χρηματοπιστωτική κρίση έφτασε γρήγορα στις αναπτυγμένες χώρες και ύστερα εξαπλώθηκε σε ολόκληρο τον κόσμο, με σημαντικά αρνητικά αποτελέσματα στο γενικό τραπεζικό σύστημα και τον επιχειρηματικό κόσμο. Η επέμβαση των χωρών ήταν άμεση σχετικά με την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων για την αντιμετώπιση της κρίσης. Οι βασικοί πυλώνες για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι η τόνωση της ρευστότητας στην οικονομία με στόχο να αυξηθεί η ζήτηση και η πραγματοποίηση επενδύσεων με σκοπό την βελτίωση των δεικτών της ανταγωνιστικότητας, συνεχώς όμως λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας, το οποίο δίνει ως βασική αρχή τη πειθαρχία και συμμόρφωση των δημοσιονομικών δεικτών και τη νομισματική σταθερότητα. Η ανάγκη για ορθολογική κατανομή των μη ανεξάντλητων πόρων είναι αναγκαία σε χρονικά διαστήματα οικονομικής κρίσης (European Commission, 2009).

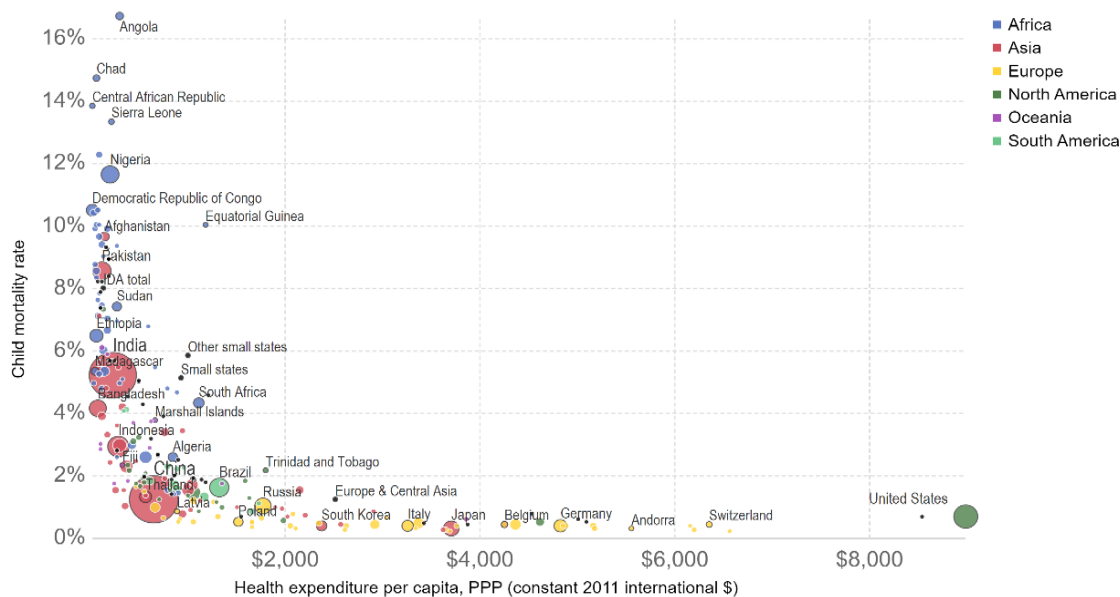
#### 7.4 Εκπαίδευση, κλιματική αλλαγή

Η επένδυση στον κλάδο της υγείας αντιμετωπίζει κλάδους σαν αυτόν της κλιματικής αλλαγής και της εκπαίδευσης. Το γεγονός, βέβαια αυτό δεν σημαίνει πως συνεχώς οι κλάδοι αυτοί ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Από την άλλη πλευρά, η εκπαίδευση και το περιβάλλον είναι βασικοί παράγοντες για τον τομέα της υγείας και η αναβάθμισή τους και η τόνωσή τους συσχετίζεται άμεσα με την υγεία. Ο περιορισμός του ρυθμού βελτίωσης των δεικτών υγείας των πολιτών αναδεικνύει πάλι σημασία στην ανάγκη χαρακτηρισμού των κοινωνικών παραγόντων υγείας (εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση) ως κύριων προσδιοριστών στην ανάδειξη του επιπέδου ποιότητας της υγείας, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα και το μείζονα ρόλο που παίζει η δημόσια υγεία στην υγειονομική πολιτική που εφαρμόζεται και ακολουθείται. Η επένδυση στον χώρο της υγείας είναι βασικό χαρακτηριστικό της σειράς μέτρων για κοινωνικές επενδύσεις, που αποφασίστηκε στις 20 Φεβρουαρίου 2013 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Αποτελεί αποτέλεσμα της Ετήσιας Επισκόπησης της Ανάπτυξης-2013, που αποτυπώνει τη ζωτική σημασία που έχει ο τομέας της υγείας για μια οικονομική ανόρθωση με νέες θέσεις εργασίας. Το έγγραφο που αφορά τις επενδύσεις αναδεικνύει τη θέση της υγείας ως βασικού στοιχείου της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Τονώνει, επίσης τη σχέση των ευρωπαϊκών πολιτικών για τον τομέα της υγείας με τις διαρθρωτικές αλλαγές εθνικών συστημάτων υγείας. Η υγεία αποτελεί ένα αγαθό από μόνο του και έχει μεγάλη αξία. Ακόμα αποτελεί αναγκαίο προπαρασκεύασμα της οικονομικής ευημερίας. Τα έξοδα για την



υγεία βοηθούν και ενισχύουν την οικονομική ανάπτυξη.

### ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑ-ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ, 2013



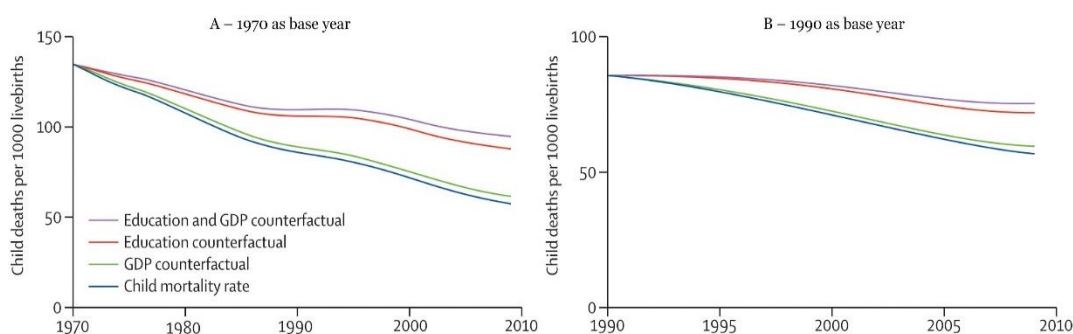
Πηγή: ourworldindata.com (εικόνα 27)

### 7.5 Οικονομική ανάπτυξη

Ο συσχετισμός κοινωνικών και οικονομικών δεδομένων με τον τομέα της υγείας έχει μελετηθεί και διαπιστωθεί από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Χαρακτηριστικά, όπως αναφέρει ο ΠΟΥ τα δεδομένα δεν χρίζουν αμφισβήτησης, ότι οι δυσκολίες, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός και ο ρατσισμός έχουν σαν επίπτωση να θρηνούνται ζωές. Το εργασιακό στρες αυξάνει τον κίνδυνο για μια επερχόμενη νόσο, η ιδέα της επερχόμενης απόλυσης, καθώς και η ανεργία έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια πλήρους υγείας και τον πρόωρο θάνατο. Ο κοινωνικός περίγυρος πολλές φορές οδηγεί στην κατάχρηση αλκοόλ, τσιγάρου και ναρκωτικών με οδυνηρές επιπτώσεις για τα επίπεδα υγείας. Ακόμα, εξαιτίας της παγκοσμιοποίησης, η διακίνηση, η ποιότητα και η επαρκής τροφή αποτελεί ένα πολιτικό θέμα. Συμπερασματικά, δεν είναι παράλογο το γεγονός πως σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης κατά τις οποίες οι συνθήκες ζωής χειροτερεύουν, έχουμε άνοδο των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας (Πάβη 2010). Περεταίρω, τις πιο πολλές φορές πραγματοποιείται περιορισμός των δαπανών του κοινωνικού κράτους και της υγείας, οι οποίες θα ήταν μία ασπίδα προστασίας για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, αν οι επενδύσεις στον κλάδο της υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης ήταν εκείνες που θα παρείχαν βοήθεια στην αντιμετώπιση της κρίσης και στην τόνωση της οικονομικής ανάπτυξης. Η καλή υγεία λειτουργεί θετικά και συνδράμει στην αποδοτικότητα των πολιτών

και της κοινωνίας γενικότερα, ανεβάζει τα επίπεδα προσφοράς για εργασία, ανεβάζει την πιθανότητα ο πολίτης να έχει καλύτερες δεξιότητες και άρα να έχει περισσότερες πιθανότητες να απασχοληθεί με καλύτερα οικονομικά επίπεδα. Συνεπώς, αυξάνει περίπτωση συσσώρευσης κεφαλαίου. Τα συγκεκριμένα οικονομικά δεδομένα, στη συνέχεια, έχουν θετική επίδραση στους κοινωνικούς και οικονομικούς δείκτες του κλάδου της υγείας της, συνεπώς αποτελεί ένα κυκλικό, ανοδικό και βοηθητικό αποτέλεσμα στα καλά επίπεδα υγείας.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ



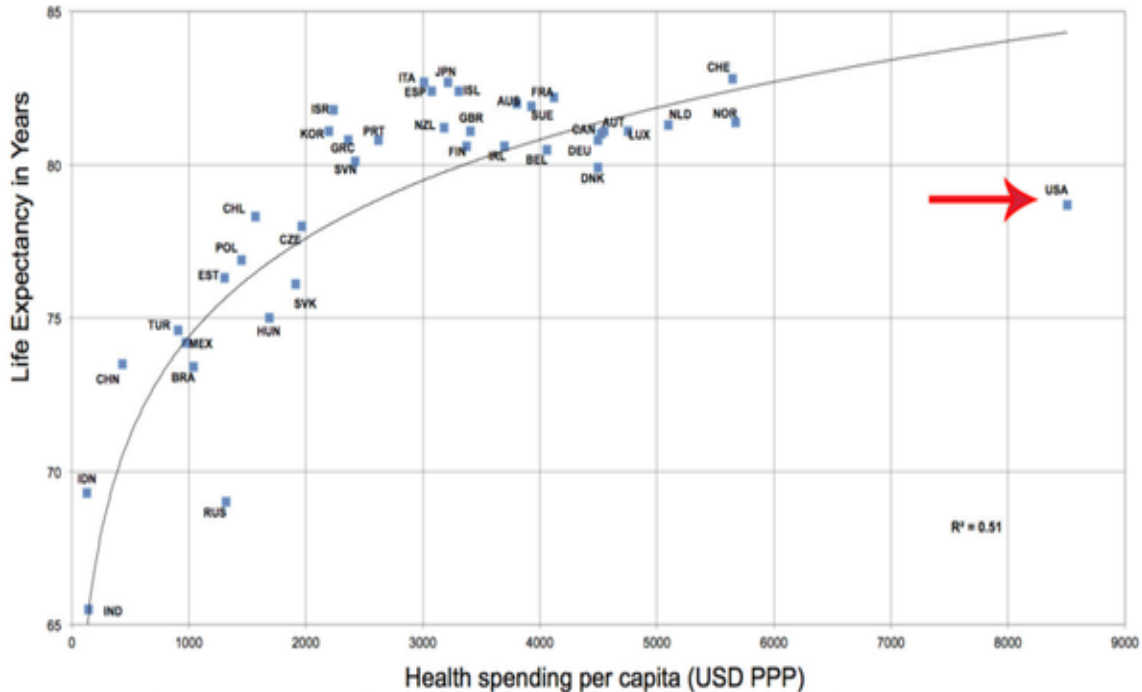
Πηγή: ourworldindata.com (εικόνα 28)

Επιστημονικές τεκμηριώσεις για την υποστήριξη της ορθότητας αυτού του μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο η υγεία συνεισφέρει σε καλά οικονομικά αποτελέσματα, αναφέρθηκε από την Επιτροπή για την Μακροοικονομία και την Υγεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2001. Σε κράτη μικρού και μεσαίου εισοδήματος, φαίνεται πως όταν η βρεφική θνησιμότητα ήταν μικρή το 1965, τα επόμενα τριάντα χρόνια σημειώθηκαν υψηλοί ρυθμοί αύξησης του ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, σε μακρο – επίπεδο, τα κράτη που άρχισαν με καλύτερα επίπεδα υγείας σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα οικονομικής ανάπτυξης. Χρησιμοποιώντας τη βοήθεια πολλών δεδομένων, η Επιτροπή κατέληξε στο πόρισμα πως σε χώρες χαμηλού και μέτριου εισοδήματος η ποιότητα της υγείας δεν είναι μόνο μια συνιστώσα της οικονομικής ανάπτυξης, αλλά κύριος παράγοντας της οικονομικής ανάπτυξης και περιορισμού της ανέχειας. Ένα 10% αύξησης του προσδόκιμου χρόνου ζωής έχει μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα 0,3% έως 0,4% ετήσια άνοδο του ΑΕΠ. Παραπλήσιες σε αυτό το θέμα έρευνες για τις αναπτυσσόμενες χώρες δείχνουν πως το ύψος όσο και το βάρος επιδρούν σημαντικά σε καλύτερο μισθό και εισόδημα. Ακόμα, τα ανεβασμένα επίπεδα υγείας φέρουν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη πιθανότητα συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό.

Ακόμα, στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες κατά συνθήκη υπάρχουν συστήματα

κοινωνικής ασφάλισης και μέριμνας, η κακή υγεία μεγεθύνει την προσδοκία συνταξιοδότησης, δηλαδή την απομάκρυνση από την αγορά εργασίας (Πάβη, 2010).

#### ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ – ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2015

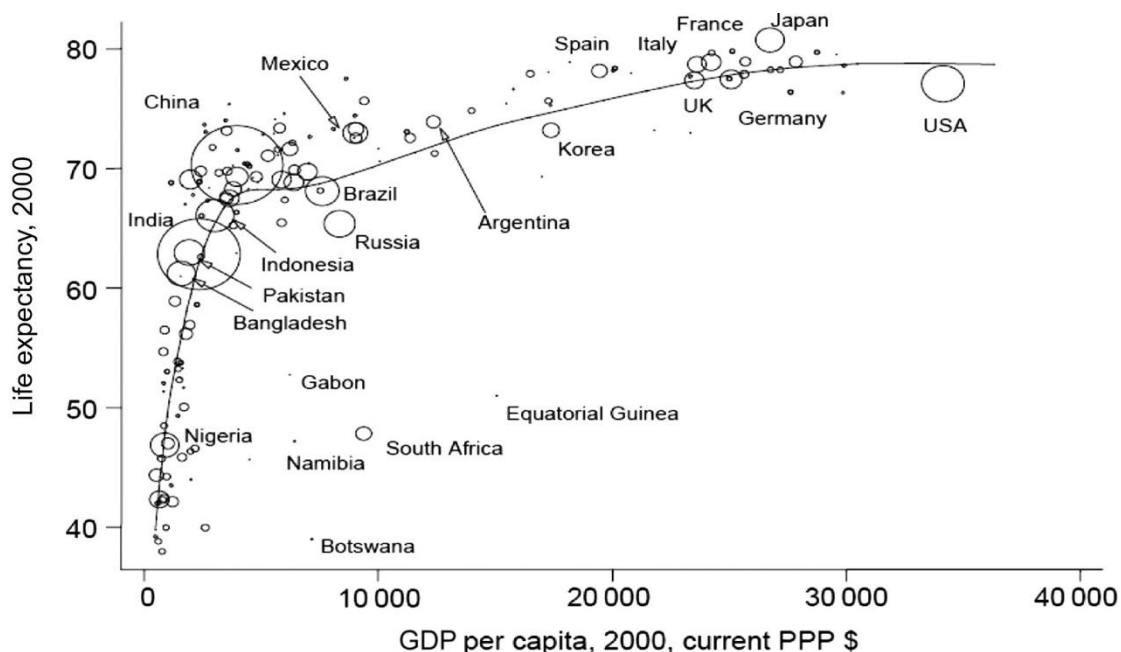


Πηγή: Erik FoggCambridge, MA25 Aug. 2015 (εικόνα 29)

Σε έρευνες που έγιναν για την επιρροή της υγείας στη μακροοικονομία σημειώθηκε πως το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, καθώς και η χαμηλότερη θνησιμότητα συσχετίζονται ανάλογα με την επερχόμενη αύξηση του πλούτου. Τα καλά επίπεδα υγείας αποτελούν στοιχείο πρόβλεψης της επερχόμενης οικονομική ανάπτυξης σε πολλές μελέτες σε κράτη με μικρό εισόδημα. Σε κράτη μεγάλου εισοδήματος, στα οποία το προφίλ νοσηρότητας διαφέρει η μικρή θνησιμότητα από καρδιαγγειακά περιστατικά συσχετίζεται και αυτή ανάλογα με την επερχόμενη οικονομική ανάπτυξη. Όπως αναφέρει ο Usher (1973), σε Καναδά, Ιαπωνία και Γαλλία, ο περιορισμός της θνησιμότητας είναι υπεύθυνος σε ποσοστό κατά 30% της μεγέθυνσης του πλούτου. Παρόμοιες αναφορές για τις Ηνωμένες Πολιτείες του Nordhaus (2003) σημειώνουν πως για την αύξηση του πλούτου κύριος υπεύθυνος παράγοντας είναι η καλή υγεία, πάνω από άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Όσον αφορά Ευρωπαϊκά κράτη τώρα ο McKee και συν(2005) αναφέρει πως με γνώμονα την αξία του περιορισμού της θνησιμότητας, οι αποδόσεις των υγειονομικών δαπανών φαίνεται να κυμαίνονται από 47% για το κράτος της Γαλλίας και έως 274% αυτό της Σουηδίας. Εν κατακλείδι, σημαντικό είναι

να προσδιοριστεί πως στο χώρο της Ευρώπης ο κλάδος της υγείας καταλαμβάνει το 7% του ΑΕΠ και πως στον τομέα της υγείας και του κράτους πρόνοιας βρίσκει εργασία το 9% του εργατικού δυναμικού. Συνεπώς, οι έρευνες αναδεικνύουν πως τα καλά επίπεδα υγείας συντελούν στη συνοχή της κοινωνίας, στην αύξηση της παραγωγικότητας, στην εργασία και την ανάπτυξη της οικονομίας. Σε χρονικές περιόδους οικονομικής ύφεσης, αστάθειας και κρίσης, οι επενδύσεις στην υγεία δεν καθορίζουν απλά την κοινωνική πολιτική, αλλά και την πολιτική ανάπτυξης, η οποία είναι απολύτως αναγκαία. (Πάβη, 2010).

#### Προσδόκιμο ζωής – κατά κεφαλήν εισόδημα, 2011



Πηγή: pubheal.com (εικόνα 30)

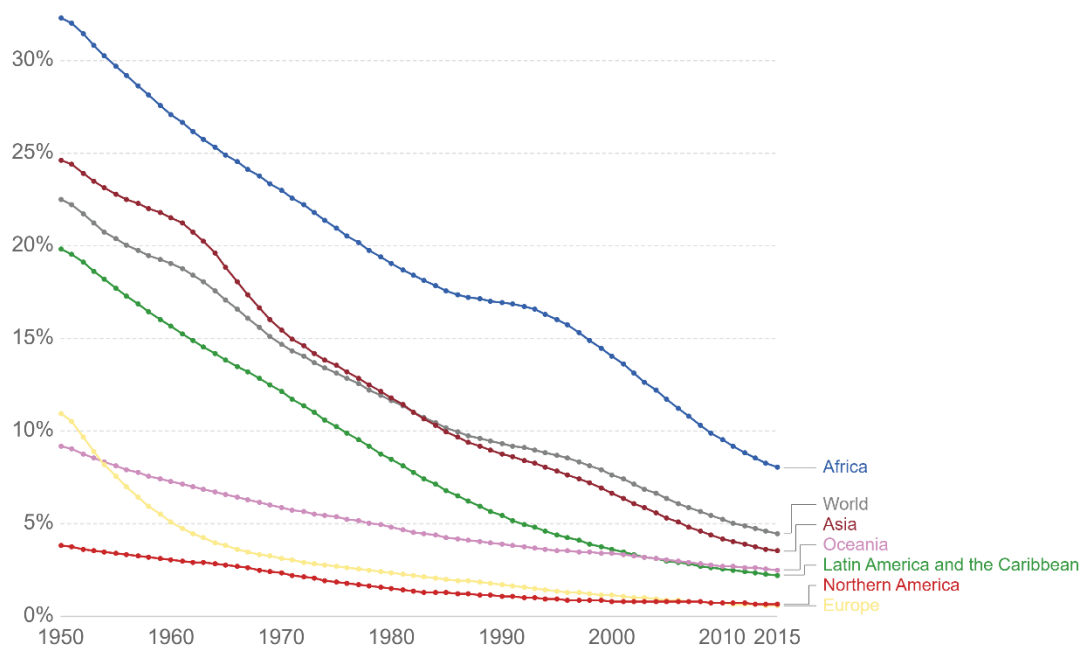
#### 7.6 Χάραξη πολιτικής

Σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα, αναδεικνύονται στοιχεία που παρουσιάζουν πως πολλά οικονομικά θετικά αποτελέσματα μπορούν να προκύψουν από επενδύσεις στο χώρο της υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αδιάσειστα αυτά δεδομένα και ευρήματα της έρευνας, θα ήταν συνετό για τις εκάστοτε εξουσίες να αρχίσουν να βλέπουν την υγεία ως επένδυση και όχι ως ένα μεγάλο κόστος για τον προϋπολογισμό. Μία μη προσοδοφόρα μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας με αθέμιτο ανταγωνισμό μπορεί να έχει ως επίπτωση μεγάλα προβλήματα στην αγορά της οικονομίας. Η παρέμβαση μίας κυβέρνησης στα της υγείας κρίνεται απαραίτητη όχι για να φορτώσει τον χώρο της υγείας με πλήθος μεταρρυθμίσεων και αλλαγών, αλλά για να δημιουργηθεί ένα ευνοϊκό πλαίσιο το οποίο θα βοηθά και θα παροτρύνει τα πρόσωπα

ρίξουν χρήμα σε καινοτόμες τεχνολογίες και μοντέλα, για να ικανοποιηθούν οι εκάστοτε ανάγκες υγείας του πληθυσμού, να διευρυνθεί η επενδυτική απόδοση και να μεγεθυνθεί η ανάπτυξη της οικονομίας. Η καλύτερευση της υγείας των πολιτών απαιτεί βαθύ χρονικό ορίζοντα. Απαιτείται να δοθεί μεγάλη σημασία στα μακροοικονομικά αποτελέσματα των επενδύσεων υγείας και στην απομάκρυνση από βραχυπρόθεσμες μικροπολιτικές ημιμέτρων οι οποίες μπορούν να φέρουν δημοσιονομικά αποτελέσματα σε λίγο χρονικό διάστημα, σε βάρος όμως της μελλοντικής αιεφόρου ανάπτυξης.

## ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ



Πηγή: ourworldindata.com (εικόνα 31)

Η ανασυγκρότηση των συστημάτων του χώρου της υγείας είναι αναγκαίο να αποτελεί προτεραιότητα για τις κυβερνήσεις. Η μεταλλαγή των συστημάτων των νοσοκομείων με τις νέες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις οργάνωσης θα προωθήσει την ανάπτυξη με γνώμονα την αύξηση και την πιο εύκολη πρόσβαση σε δομές και θα προσδώσει οφέλη σε όλους τους βασικούς συντελεστές της δημόσιας ζωής(ATUN, 2004).

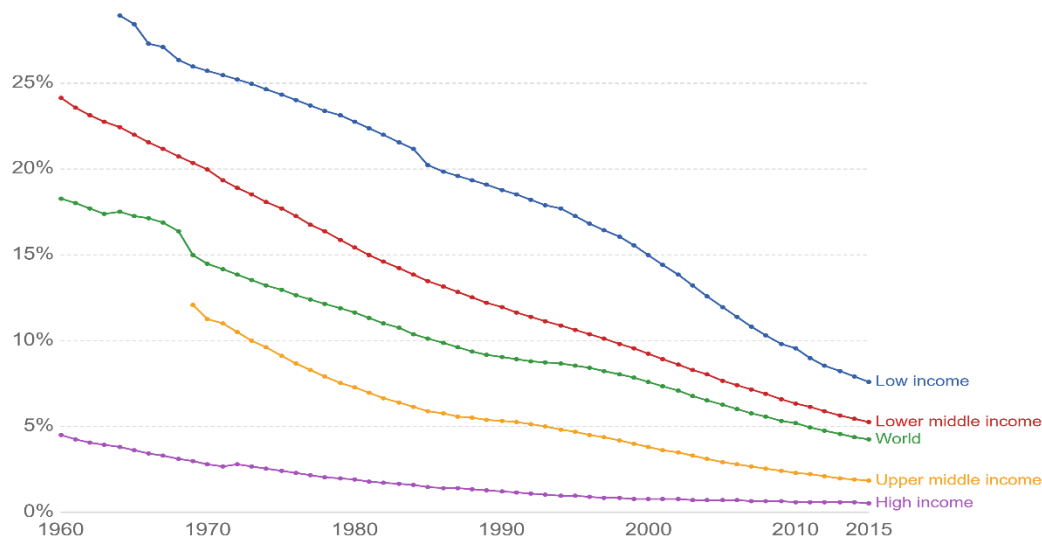
### 7.7 Οι συστάσεις της επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών

- 1) Προώθηση των επενδύσεων με σκοπό την ανάπτυξη αξιοπρεπών εργασιακών θέσεων στον κλάδο της υγείας, κυρίως για το γυναικείο φύλο και τους νέους, με τα απαραίτητα προσόντα, στους κατάλληλους αριθμούς και χώρους.

- 2) Αύξηση της οικονομικής συμμετοχής του γυναικείου πληθυσμού και προώθηση της χειραφέτησης με τη θεσμοθέτηση της ηγεσίας τους, επίλυση των μη αμερόληπτων στοιχείων και των ανισοτήτων που έχουν να κάνουν με το φύλο την εκπαίδευση και την αγορά εργασίας και περιορισμός των αμφιβολιών όσον αφορά το φύλο στις καταστάσεις διάρθρωσης της υγείας.
- 3) Ενίσχυση της ποιοτικής εκπαίδευσης και της δια βίου μάθησης έτσι ώστε το πλήθος των εργαζομένων στον χώρο της υγείας να έχει προσόντα που να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των πολιτών και να εκμεταλλεύονται επαρκώς το εκτόπισμά τους
- 4) Τα πρότυπα υπηρεσιών διαρθρωτικών αλλαγών να στοχεύουν στην νοσοκομειακή περίθαλψη και να αναλώνονται για την πρόληψη και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, οικονομικά ελκυστικής, αποδοτικής, με γνώμονα την πρωτογενή φροντίδα με κέντρο τον άνθρωπο, παρέχοντας ξεχωριστή έμφαση στα γεωγραφικά μέρη τα οποία δεν καλύπτονται με τον πιο αποδοτικό τρόπο.
- 5) Χρήση του εκτοπίσματος οικονομικά αποδοτικών τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας με σκοπό την ανάπτυξη της εκπαίδευσης στον κλάδο της υγείας, των υπηρεσιών υγείας με κέντρο τον άνθρωπο και των συστημάτων πληροφόρησης για την υγεία.
- 6) Προώθηση επενδύσεων στις κύριες δυνατότητες των διεθνών κανόνων υγείας, μεταξύ των οποίων και της ενίσχυσης προσόντων των εθνικών και διεθνών εργαζομένων στον κλάδο της υγείας σε ανθρωποκεντρικά περιβάλλοντα. Εξασφάλιση της προστασίας και της ασφάλειας του πλήθους των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας όσον αφορά τις υγειονομικές υποδομές.
- 7) Ανάπτυξη της απαραίτητης χρηματοδότησης από εθνικές και διεθνείς πηγές, τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές, και μελέτη των καθολικών διαρθρωτικών αλλαγών για την σωστή χρηματοδότηση, των επενδύσεων σε σωστές δεξιότητες και αξιοπρεπείς εργασιακές συνθήκες και έρευνα για τον απαραίτητο αριθμό απασχολούμενων στον τομέα της υγείας.
- 8) Ενίσχυση της διατομεακής συνεργασίας σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο, συμμετοχή της κοινωνίας συνδικάτων και άλλων οργανώσεων εργαζομένων στον κλάδο της υγείας και του ιδιωτικού τομέα, ευθυγράμμιση της διεθνούς συνεργασίας για τη στήριξη των επενδύσεων στο εργατικό δυναμικό της υγείας, στο πλαίσιο των εθνικών στρατηγικών και σχεδίων για την υγεία και την εκπαίδευση.

- 9) Προκαταρκτική διεθνής αναγνώριση των προσόντων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας για βελτιστοποίηση της χρήσης των δεξιοτήτων, αύξηση των οφελών και μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της μετανάστευσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και διασφάλιση των δικαιωμάτων των μεταναστών.
- 10) διεξαγωγή μεγάλης έρευνας και ανάλυση των αγορών εργασίας στον τομέα της υγείας, χρησιμοποιώντας εναρμονισμένες μετρήσεις και μεθοδολογίες, για να ενισχυθούν τα αποδεικτικά στοιχεία, η λογοδοσία και η δράση (ΟΟΣΑ, 2016).

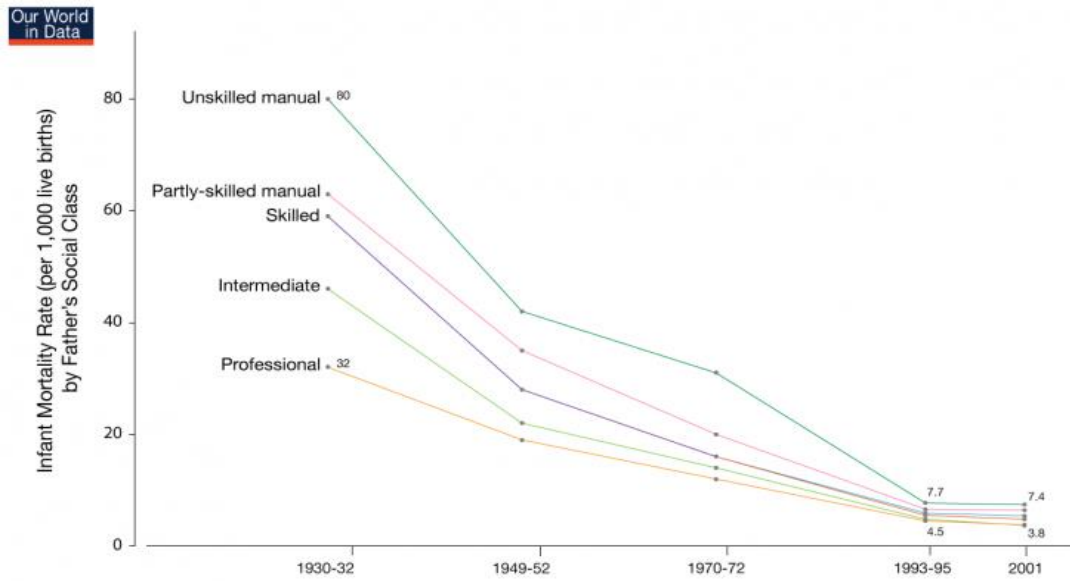
#### ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΕΙΣΟΔΗΜΑ



Πηγή: ourworldindata.com (εικόνα 32)

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ σε έκθεση της Επιτροπής Υψηλού Επιπέδου για την Απασχόληση και την Οικονομική Ανάπτυξη στον τομέα της Υγείας των Ηνωμένων Εθνών αναφέρεται πως Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των ποσοστών των μη μεταδοτικών ασθενειών αναμένεται να οδηγήσουν στη ζήτηση 40 εκατομμυρίων νέων εργαζομένων στον τομέα της υγείας παγκοσμίως έως το 2030, γεγονός που θα ισοδυναμεί με διπλασιασμό του σημερινού παγκόσμιου εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Αλλά οι περισσότερες από αυτές τις θέσεις εργασίας θα δημιουργηθούν στις πλουσιότερες χώρες. Χωρίς δράση θα υπάρξει έλλειμμα, κυρίως σε χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, των 18 εκατομμυρίων εργαζομένων στον τομέα της υγείας που απαιτούνται για την επίτευξη και τη διατήρηση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης.

## ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΚΟΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ



Πηγή: ourworldindata.com (εικόνα 33)

Συμπερασματικά, οι εκάστοτε εξουσίες και κυβερνήσεις κρίνεται απαραίτητο να σταθούν ψηλά στο ύψος της υφιστάμενης κατάστασης παροτρύνοντας και προωθώντας με όλους τους τρόπους τις επενδύσεις υγείας με γνώμονα την οικονομική ανάπτυξη, την αειφόρο ανάπτυξη, την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την εξασφάλιση της ευημερίας των πολιτών.



## Κεφάλαιο 8

### *Τεχνολογία στην υγεία*

Η πρωτοπορία και καινοτομία στην τεχνολογία, με συνυπολογισμό των μη εκτεταμένων μέτρων για την ελαχιστοποίηση του κόστους, αποτελεί σημαντικό στοιχείο όσον αφορά το ολοένα αυξανόμενο και μεγάλο σταθερά κόστος της υγειονομικής φροντίδας. Τα δεδομένα καταδεικνύουν πως οι εξελιγμένες τεχνολογίες στον χώρο της υγείας συνήθως αυξάνουν παρά ελαχιστοποιούν τις δαπάνες για την υγειονομική φροντίδα. Η διευρυμένη διαθεσιμότητα εξελιγμένων τεχνολογιών π.χ. απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού, υπολογιστική τομογραφία, μοσχεύματος bypass στεφανιαίας αρτηρίας, αγγειοπλαστική, μονάδες εντατικής θεραπείας καρδιάς και νεογνών, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και εγκαταστάσεις ογκολογίας ακτινοβολίας, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αύξηση της κατά κεφαλήν χρήσης αυξημένα έξοδα για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Τα κράτη με αυξημένη ολοκλήρωση του συστήματος υγείας έχουν βασιστεί στους ελέγχους των δαπανών και στους κλειστούς προϋπολογισμούς για περιορισμό του κόστους. Παρόλο που η διάδοση της τεχνολογίας πραγματοποιείται πιο αργά σε πιο αυστηρά και κλειστά προϋπολογιζόμενα συστήματα, η χρήση καινοτόμων τεχνολογιών στα συστήματα αυτά τείνει να γίνεται μεγάλο τμήμα αυτών των συστημάτων με την πάροδο του χρόνου. (High and Rising Health Care Costs. Part 2: Technologic Innovation

*Thomas Bodenheimer, MD)*

#### 8.1 Περιπτώσεις και παραδείγματα κρατών

Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι, οικονομολόγοι και αναλυτές πολιτικής θεωρούν πως αυτή η τεχνολογική πρόοδος αποτελεί βασική κινητήρια δύναμη αύξησης των δαπανών για την υγεία.

#### παράδειγμα

Το παράδειγμα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου απεικονίζει τον τρόπο με τον οποίο συνδέεται η ιατρική καινοτομία με αυξημένο κόστος. Η θεραπεία έχει μετατραπεί από 1 εβδομάδα ανάπαυσης στο κρεβάτι στη μονάδα στεφανιαίας φροντίδας - με φαρμακολογική θεραπεία, παρεμβάσεις για τον έλεγχο καρδιογενούς σοκ, πνευμονική οίδημα και αρρυθμίες - σε θρομβολυτική θεραπεία, αγγειογραφία, αγγειοπλαστική ή χειρουργική επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης.

Οι καινοτομίες απαιτούν περισσότερο κεφάλαιο (καρδιακός καθετηριασμός εργαστήρια), περισσότερη εργασία (εργασιακή ώρα των γιατρών, νοσηλευτές και άλλους φροντιστές) και περισσότερα έξοδα με την εξάπλωση της γνώσης -όλα από τα οποία κοστίζουν χρήματα που δεν δαπανήθηκαν εδώ και 30 χρόνια. Οι τεχνολογικές πρόοδοι συνδέονται γενικά με την αύξηση αντί τη μείωση του κόστους. Ως οικονομολόγος ο Χένρι Ααρών επισημαίνει: «Η ταχεία επιστημονική πρόοδος αυξάνεται πάντα καθώς μειώνει τις τιμές. Εκείνοι που σκέφτονται διαφορετικά πρέπει μόνο να μετατρέψουν τα ιστορικά τους μάτια σε αυτοκίνητα, αεροπλάνα, τηλεόραση και υπολογιστές. Σε κάθε περίπτωση, η τεράστια τεχνολογική πρόοδος οδήγησε στην μείωση των τιμών των υπηρεσιών, αλλά οι συνολικές δαπάνες αυξήθηκαν». (Aaron HJ. (The Unsurprising Surprise of Renewed Health Care Cost Inflation)

#### παράδειγμα

Η λαπαροσκοπική χολοκυστοεκτομή παρέχει ένα ιατρικό παράδειγμα αυτού του φαινομένου. Η τιμή μιας λαπαροσκοπικής διαδικασίας μπορεί να είναι κατά 25% μικρότερη από την τιμή μιας ανοικτής χολοκυστοεκτομής. Η την ταχύτητα και των δύο τύπων χολοκυστοεκτομής αυξήθηκε κατά 60%. Η αύξηση της ποσότητας των υπηρεσιών υποβαθμίζουν τον αντίκτυπο των μειώσεων της τιμής ανά μονάδα.

Ο Baker και οι συνεργάτες του μελέτησαν τη διαθεσιμότητα, τη χρήση και το κόστος απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού, υπολογιστικής τομογραφίας, το μόσχευμα bypass στεφανιαίας αρτηρίας, την αγγειοπλαστική, μονάδες εντατικής θεραπείας, μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και εγκαταστάσεις ογκολογίας – ακτινοβολίας από το 1998 έως το 2001. Παρατήρησαν πως η μεγαλύτερη διαθεσιμότητα συνδέεται με μεγαλύτερη κατά κεφαλήν χρήση και υψηλότερες δαπάνες για αυτές τις υπηρεσίες. Αυξήσεις στον αριθμό των καρδιακών εγκαταστάσεων αντιστοιχούν με αύξηση του ποσοστού χρήσης και του κόστους της στεφανιαίας αγγειογραφίας, αγγειοπλαστικής και καρδιακής εντατικής φροντίδας. Αν και κάποιος μπορεί να σκεφτεί πως η αυξημένη χρήση της αγγειοπλαστικής θα μειώσει τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων με παράκαμψη της στεφανιαίας, η μεγαλύτερη διαθεσιμότητα της αγγειοπλαστικής συνδέεται στην πραγματικότητα με περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις παράκαμψης κυρίως στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών - μια εκπληκτική διαπίστωση που ο Μπέικερ και οι συνάδελφοί τους δεν εξήγησαν. Ομοίως, η διαθεσιμότητα και οι περισσότερες μονάδες απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού δεν μειώνουν τον αριθμό των περιπτώσεων αξονικής τομογραφίας που εκτελέστηκαν.

Η καινοτομία έχει εξαπλωθεί ευρύτερα και έχει καταφέρει υψηλότερες τιμές ανά μονάδα υπηρεσίας στην Ενωμένη Ευρώπη σε σύγκριση με τα περισσότερα άλλα ανεπτυγμένα έθνη.

### Παραδείγματα κρατών

Για παράδειγμα, οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν περίπου δύο φορές περισσότερο αριθμούς σαρωτών απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού ανά κάτοικο, σε σύγκριση με τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν κατά το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1990, οι Ηνωμένες Πολιτείες είχαν σχεδόν 3 φορές περισσότερες μονάδες καρδιοχειρουργικής και εργαστήρια καθετηριασμού από τον Καναδά, τη Γερμανία και τα περισσότερα άλλα αναπτυγμένα κράτη. Το 1997, ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων παράκαμψης της στεφανιαίας αρτηρίας κατά κεφαλήν ήταν περίπου τόσο ψηλά στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και σε 15 άλλες αναπτυγμένες χώρες. Για αγγειοπάθειες, άλλα αναπτυγμένα κράτη έχουν σταδιακά πλησιάσει τις τιμές των ΗΠΑ.

Η αποδοχή νέων τεχνολογιών από το ιατρικό επάγγελμα είναι ένας βασικός παράγοντας του ρυθμού διάχυσης τους. Οι γιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες επεκτείνουν τον αριθμό των ασθενών που θεωρούνται κατάλληλοι για νέες διαδικασίες ταχύτερα από ό, τι κάνουν γιατροί σε άλλα κράτη. Αυτό γίνεται διότι η αμοιβή για τις εν λόγω υπηρεσίες και οι πληρωμές σε γιατρούς και νοσοκομεία που χρησιμοποιούν νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες είναι σχετικά

γενναιόδωρες. Ακόμα, ο ρυθμός εξάπλωσης της τεχνολογίας σχετίζεται με τον αριθμό των ειδικών σε μια περιοχή ή σε ένα κράτος εν μέρει, επειδή οι ειδικοί λαμβάνουν εισόδημα από νέες τεχνολογίες όταν τα νοσοκομεία επενδύουν σε εγκαταστάσεις που υποστηρίζουν αυτές τις νέες τεχνολογίες. Ακόμα, ένα νοσοκομείο που κατασκευάζει καινοτόμες εγκαταστάσεις μπορεί να προσελκύσει ειδικούς στην κοινότητα.

Η ταχεία εξάπλωση της ιατρικής καινοτομίας τροφοδοτείται από τους γιατρούς, τα νοσοκομεία και τους κατασκευαστές τεχνολογίας ή από τη ζήτηση του ασθενή;

Μια πρόσφατη έρευνα διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδάς έχουν περισσότερες γνώσεις και προσδοκίες από τα νέα ιατρικά επιτεύγματα από ό, τι οι άνθρωποι στα κράτη της Δυτικής Ευρώπης (Kim M, Blendon RJ, Benson JM.).

Είναι πιθανό ότι η στάση του κοινού επηρεάζεται από τους ιατρικούς παρόχους και τους προμηθευτές που διαφημίζουν τις νέες τεχνολογίες μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Η επιτυχία της διαφήμισης φαρμάκων απευθείας στον καταναλωτή είναι ένα παράδειγμα.(στις ΗΠΑ επιτρέπεται η διαφήμιση φαρμάκων). Δεδομένου ότι η δημόσια "δίψα" για νέες τεχνολογίες είναι παρόμοια στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, η πολύ μεγαλύτερη διάχυση της τεχνολογίας στις ΗΠΑ σε σύγκριση με τον Καναδά δείχνει ότι η έλλειψη κανονιστικών περιορισμών στις Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί να είναι περισσότερο σημαντική από τη δημόσια ζήτηση ως βασικός παράγοντας ταχείας διάδοσης της καινοτομίας.

### 8.2 Είναι δικαιολογημένα τα αυξανόμενα κόστη που επιφέρει η νέα τεχνολογία;

Οι Cutler και McClellan υποστηρίζουν ότι παρόλο που οι τεχνολογικές επιτυχίες έχουν βοηθήσει πολύ την ιατρική επιστήμη, το κόστος φροντίδας με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται. Οι ιατρικές πρόοδοι έχει αποδειχθεί ότι αξίζουν πολύ περισσότερο από το κόστος τους. Οι ερευνητές συγκρίνουν τη μεταβολή του κόστους θεραπείας που προκύπτει από τις ιατρικές καινοτομίες με τα ανθρώπινα οφέλη (μετρούμενη σε προστιθέμενα έτη ζωής κατά την προσαύξηση ποιότητας) για 5 συνθήκες:

έμφραγμα του μυοκαρδίου, χαμηλό βάρος γέννησης, κατάθλιψη, καταρράκτη και καρκίνο του μαστού. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα οφέλη υπερβαίνουν το κόστος για τις πρώτες 4 συνθήκες και είναι σχεδόν ίσα για τον καρκίνο του μαστού.

Μια εναλλακτική άποψη υποστηρίζει ότι αν και η νέα τεχνολογία αντιπροσωπεύει την ιατρική πρόοδο, υπάρχει μια τάση για υπερβολική χρήση και επομένως επιπλέον κόστος. Ο Wennberg δήλωσε: " πίσω από την ποικιλία των τρόπων περίθαλψης κρύβονται συχνά τεράστιες επενδύσεις νοσοκομείων σε δαπανηρές τεχνολογίες που συνδέονται άμεσα με την οικονομική τους σταθερότητα. Αυτή η άποψη δεν αρνείται ότι τα οφέλη των νέων τεχνολογιών μπορεί να αντισταθμίζουν το κόστος, αλλά μπορεί να μετατοπίζουν το κόστος με έμφαση στο πρόβλημα της ακατάλληλης κατάχρησης της ιατρικής καινοτομίας. Το πρόβλημα κόστους, σύμφωνα με αυτή την προοπτική, δεν είναι ζήτημα τεχνολογίας αλλά ζήτημα διάχυσης της τεχνολογίας.

### Περιορισμός της τεχνολογικής διάχυσης για μείωση του κόστους

Η τεχνολογική καινοτομία αποτελεί τον κύριο παράγοντα αύξησης των δαπανών για την υγεία και η συγκράτηση του κόστους απαιτεί ορισμένα όρια στη διάχυση της τεχνολογίας.

Τα ιδανικά κριτήρια για την προώθηση και διάχυση της τεχνολογίας βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία: Μήπως τα οφέλη για την υγεία από τη νέα τεχνολογία ξεπερνούν το δυναμικό και βλάπτουν και οι νέες τεχνολογίες είναι πιο αποτελεσματικές από τις προηγούμενες; Ένα άλλο σύνολο κριτηρίων σχετίζεται με το κόστος: Είναι η νέα τεχνολογία οικονομικά αποδοτική όταν συγκρίνεται με τις υπάρχουσες τεχνολογίες; Αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας είναι η διαδικασία αξιολόγησης των οφελών και ζημιών και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας μιας νέας τεχνολογίας. Στην υγεία η τεχνολογική αξιολόγηση μπορεί να επηρεαστεί από το αν η καινοτομία για διάγνωση ή θεραπεία θα εξαπλωθεί ευρέως ή όχι ή επειδή οι πάροχοι ή τα ιδιωτικά σχέδια υγείας, μπορεί να αρνηθούν την πληρωμή για καινοτομίες που θεωρούνται αναποτελεσματικές ή ελάχιστα αποτελεσματική.

Πολλά ανεπτυγμένα έθνη έχουν οργανώσεις για να διεξάγουν αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας. Το έργο τους μοιράζεται διεθνώς μέσω του Διεθνούς Δικτύου Υπηρεσιών για την αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας.

#### Κλειστοί προϋπολογισμοί

Σε ένα κλειστό προϋπολογισμένο σύστημα, οι δαπάνες για όλες τις υπηρεσίες εντός του προϋπολογισμού καθορίζονται εκ των προτέρων. Οι προϋπολογισμοί μπορεί να έχουν ορίσει ένα συνολικό ποσό ή να έχουν καθορίσει όρια δαπανών σε διάφορα στοιχεία ενός ιδρύματος υγείας.

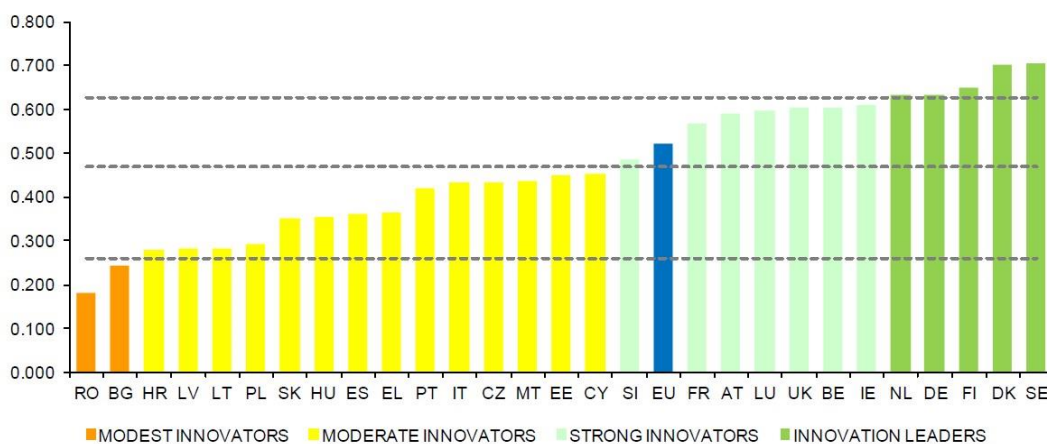
#### Παραδείγματα

Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου αποτελεί ένα κλειστό σύστημα προϋπολογισμού. Ο Καναδάς πληρώνει νοσοκομεία, αλλά όχι υπηρεσίες γιατρών ή φαρμακευτικά προϊόντα, από κλειστούς προϋπολογισμούς. Στις Ηνωμένες Πολιτείες τα νοσοκομεία καταβάλλουν τα χρήματα στους παρόχους μέσω συνολικών προϋπολογισμών. Παρόλο που το ποσό ενός κλειστού προϋπολογισμού θα μπορούσε να καθοριστεί μονομερώς από τους πληρωτές, οι περισσότεροι κλειστοί προϋπολογισμοί στον Καναδά και την Ευρώπη είναι διαπραγματεύσης μεταξύ πληρωτών και παρόχων υπηρεσιών. Ο κλειστός προϋπολογισμός των νοσοκομείων στον Καναδά έχει συσχετιστεί με την επιβράδυνση της αύξησης των δαπανών των νοσοκομείων στον Καναδά σε σύγκριση με τις Ηνωμένες Πολιτείες. Η Εθνική

Υγειονομική Υπηρεσία του Ηνωμένου Βασιλείου κατείχε κατά κεφαλήν δαπάνες πολύ χαμηλές. Οι κλειστοί προϋπολογισμοί μπορούν να ελέγξουν τις δαπάνες εκτός αν οι πληρωτές αντισταθμίσουν και επιτρέψουν έναν συμπληρωματικό προϋπολογισμό αργότερα στον ετήσιο κύκλο και το κόστος των υπηρεσιών υπερβαίνει το ποσό που έχει εγγραφεί στον

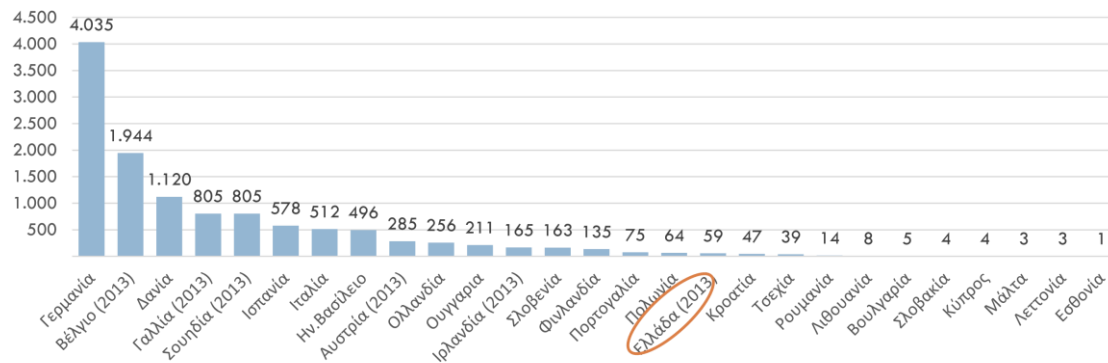
προϋπολογισμό. Κράτη με μη κλειστούς προϋπολογισμούς μπορεί να δυσκολεύουν τον έλεγχο της αύξησης των δαπανών λόγω της πίεσης από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και τους ασθενείς. Προς το να αποτρέψουν την άνοδο των κλειστών προϋπολογισμών, τα κράτη μπορεί να θέσουν όρια στην προμήθεια νοσοκομειακού κρεβατιού, στη διάχυση νέων τεχνολογιών, στις βελτιώσεις κεφαλαίου και στον αριθμό των νέων γιατρών που εισέρχονται στο εργατικό δυναμικό. Οι αποτελεσματικοί κλειστοί προϋπολογισμοί απαιτούν έναν μόνο πληρωτή υπηρεσίας υγείας ή στενή συνεργασία μεταξύ των πολλαπλών πληρωτών, συνθήκες που δίνουν στους πληρωτές ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ έναντι των παρόχων υπηρεσιών. Πλεονεκτήματα των κλειστών προϋπολογιζόμενων συστημάτων είναι ότι διατηρούν τα διοικητικά έξοδα χαμηλά, και μπορεί να ανατεθεί σε παρόχους υπηρεσιών η εξουσία για να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα διατεθεί ο προϋπολογισμός. Μειονεκτήματα είναι ότι ο προϋπολογισμός μπορεί να είναι πάρα πολύ μικρός για να επιτρέψει υψηλής ποιότητας προσβάσιμη φροντίδα και αποφάσεις σχετικά με ποια νοσοκομεία ή ομάδες ιατρών θα πρέπει να λάβουν την εξουσία για να διαχειριστούν τα χρήματα είναι σύνθετες και οι προϋπολογισμοί μπορούν να πολιτικοποιηθούν από ειδικά συμφέροντα. Διεθνείς συγκρίσεις αποδεικνύουν ότι οι νέες τεχνολογίες εισάγονται περισσότερο αργά σε συστήματα με κλειστό προϋπολογισμό, αλλά συχνά καλύπτουν τη διαφορά.

### Καινοτομία 2016



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 34)

### Έρευνα και ανάπτυξη στο φάρμακο



Πηγή: IOBE « Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016» (εικόνα 35)





## Κεφάλαιο 9

### *Διαφθορά και παραοικονομία στο χώρο της υγείας*

#### 9.1 Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

Η διαφθορά, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η Ευρωπαϊκή ένωση και Παγκόσμια Τράπεζα ορίζεται ως «η κατάχρηση εξουσίας για ιδιωτικό όφελος». Όσον αφορά τώρα στον κλάδο της υγείας, η διαφθορά «σχετίζεται με την κατάχρηση εξουσίας στην οποία μπορούν να προβούν τόσο οι εμπλεκόμενοι σε υπηρεσίες διαχείρισης χρημάτων και προμήθειών (ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, υλικών, υπηρεσιών κ.α.) όσο και οι εμπλεκόμενοι πάροχοι υγείας προκειμένου να προσποριστούν παράνομο ίδιο όφελος» (ΟΕΚΔΥ 2014, σελ.10). Οι τύποι διαφθοράς είναι αρκετοί και περιέχουν: τη δωροδοκία(ενεργητική, παθητική), το χρηματισμό, τον εκβιασμό, την υπεξαίρεση χρημάτων, τη δωροληψία, την κατάχρηση, την πλαστογραφία, το νεποτισμό και τη σπατάλη (ΟΕΚΔΥ 2014, TI-Italia 2013).

#### 9.2 Αίτια

Η διαφθορά στον χώρο της υγείας, σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, αποτελεί καθρέφτη των βασικών ζητημάτων στα υγειονομικά συστήματα όπως επίσης και των δομικών σχεδιασμών του τομέα υγείας. Ως ζητήματα που γεννούν το πρόβλημα της διαφθοράς λογίζονται η πολυνομοθεσία, τα κενά νόμου, η ελλιπής λογοδοσία, οι μικροί μισθοί και η μειωμένη προσφορά υπηρεσιών Υγείας (UNDP 2011).

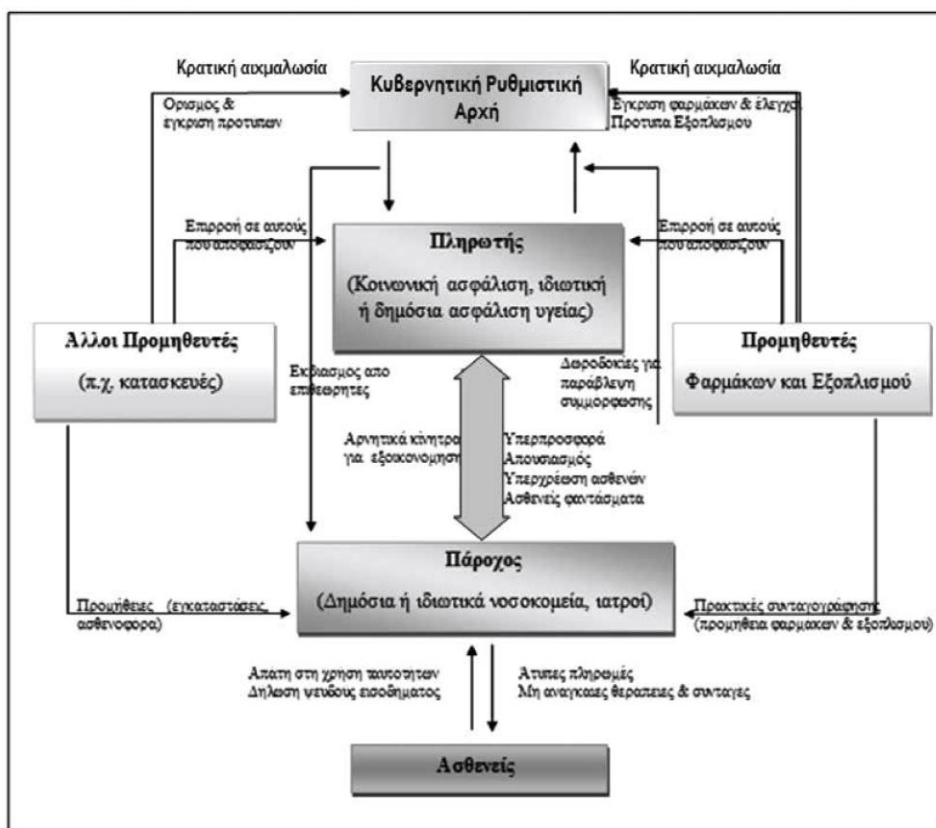
Στη μελέτη Health Sector Corruption Survey, αναδείχθηκαν σαν βασικά γενεσιουργά αίτια της διαφθοράς στον κλάδο της υγείας, με σειρά βαρύτητας τα εξής:

- 1) το μη κατάλληλο εποπτικό σύστημα ελέγχου των προμηθειών
- 2) οι χαμηλοί μισθοί
- 3) οι παρεμβάσεις από στελέχη της πολιτικής ζωής/μη στοχευμένη έως και ανύπαρκτη πρωτοβουλία της εκάστοτε εξουσίας
- 4) η χωρίς όραμα ηγεσία
- 5) η λανθασμένα θεσμοθετημένη λογοδοσία
- 6) η απληστία
- 7) η ανέχεια
- 8) το πολιτισμικό επίπεδο

Ακόμα, μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων πρόκλησης διαφθοράς, όσον αφορά

καταστάσεις προκλητής ζήτησης, συμπεριλαμβάνεται και το πλήθος των ιατρών, όπως επίσης και οι κακοί μισθοί τους. Έρευνες σημειώνουν καταλυτική επίδραση του πλήθους των ειδικών γιατρών σε ένα κράτος με το φαινόμενο, αλλά αντίστροφη συσχέτιση με το πλήθος γενικών– οικογενειακών ιατρών.

Στην Ελλάδα είναι γνωστό το φαινόμενο του μεγάλου πλήθους ιατρών ανά χίλιους κατοίκους το οποίο αποτελεί και παθογένεια του συστήματος, με μόλις τους 31,8 από τους 678 να είναι Γενικοί Ιατροί (Eurostat 2013), όπως επίσης και μικρού τους μισθού σε σχέση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ.



Πηγή: Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων  
 Ευαγγελία Ανδρεαδάκη, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (εικόνα 36)

### 9.3 Παραμετροποίηση Διαφθοράς

Παρά το γεγονός ότι το θεωρητικό υπόβαθρο της διαφθοράς είναι πιο σαφές από ότι ποτέ, είναι τόσο πολυδιάστατο πρακτικά, έτσι ώστε να χαρακτηρίζεται με τον όρο «κλειστό κουτί», το οποίο καθίσταται περίπου απίθανο να ανοιχτεί και να ερευνηθεί (Norad 2008). Τα

υπάρχοντα στοιχεία απόδοσης είναι το λιγότερο μπερδεμένα και στην ουσία μιλάμε για διερευνητικά στοιχεία, έμμεσους δείκτες που αξιολογούνται όχι ξεχωριστά, και όχι σαν ελεγκτικά μεγέθη. Περεταίρω πολυπλοκότητα περί διαφθοράς προκαλεί το γεγονός μίας σειράς καταστάσεων όπως η μυστικότητα, ο κυνισμός και η παθητικότητα μεγάλου τμήματος του πληθυσμού που την υιοθετεί ως μια κανονική συμπεριφορά, όπως επίσης και το μεγάλο και μη αμφισβητήσιμο στάτους που χαίρουν οι επαγγελματίες υγείας, και συγκεκριμένα περισσότερο οι ιατροί.

#### Μέτρα για τον περιορισμό της διαφθοράς

- 1) περιορισμός των μονοπωλιακών καταστάσεων, ενίσχυση της δυνατότητας ελεύθερης επιλογής από διάφορους και όχι έναν προμηθευτή, πάροδο.
- 2) Εύκολη μεταβίβαση και διάχυση των πληροφοριών σχετικά με τα νέα στον κλάδο της υγείας. Εκστρατείες ενημέρωσης με σκοπό την αλλαγή των στερεοτύπων και των μέχρι σήμερα πεποιθήσεων.
- 3) Στήριξη της αξιοκρατίας, της διαφάνειας και της αυστηρής και σωστής λογοδοσίας. Ενίσχυση της υπευθυνότητας στο σύστημα και τους τρόπους με τους οποίους λαμβάνεται μία απόφαση, όπως π.χ. με τη διευρυμένη συμμετοχή πολλών εταίρων ή θεσμοθετώντας σύστημα καταγραφής και ελεύθερης πρόσβασης σε κέντρα αποφάσεων.
- 4) Περιορισμός των κινήτρων και βασικών αιτιών που προκαλούν διεφθαρμένες συμπεριφορές. Αυτό μπορεί να γίνει με αύξηση του εισοδήματος των εργαζομένων, με αυστηροποίηση των ποινών και με πιο ισχυρή εποπτεία.
- 5) Θεσμοθέτηση μίας ανεξάρτητης αρχής με υπηρεσίες που θα εκτελούν με μία στοχευμένη λειτουργία συντονισμού απέναντι στο φαινόμενο της διαφθοράς.
- 6) Η εκάστοτε ηγεσία και ο συντονισμός δύναται να συνδράμουν στην αξιοποίηση αποτελεσματικών πολιτικών ενάντια στη διαφθορά.

#### 9.4 Επιπτώσεις της διαφθοράς

Τα αρνητικά αποτελέσματα στον χώρο της υγείας εξαιτίας των περιπτώσεων διαφθοράς έχουν αναλυθεί με ποικίλους τρόπους και σε ποικίλα επίπεδα. Οι Rădulescu et al (2008) ανακεφαλαιώνουν τις επιπτώσεις της διαφθοράς στα ακόλουθα:

- α) διασπάθιση δημόσιου χρήματος και συγκεκριμένα εξάντληση των πόρων υγείας, β) πτώση της ποιότητας (σε έναν χώρο όπως η υγεία που η ποιότητα είναι αδιαπραγμάτευτη),
- γ) περιορισμός της αποδοτικότητας και της αξιοκρατίας
- δ) μεγέθυνση των δαπανών,

ε) μειωμένη αποτελεσματικότητα και μέγεθος κοινωνικού έργου που πρέπει να παραχθεί

#### γενικές επιπτώσεις

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών καταδεικνύει το φαινόμενο της διαφθοράς ως τον βασικό παράγοντα προκλητών καθυστερήσεων και δυσκίνητης γραφειοκρατίας έτσι ώστε κάποιοι να επωφεληθούν από φαινόμενα προκλητής ζήτησης και από τεχνητές επιταχύνσεις διαδικασιών να επωφεληθούν από δωροδοκίες. Ο ΟΗΕ ανακεφαλαιώνει με τις επιδράσεις της διαφθοράς στην γενικότερη οικονομική κατάσταση με επιβαρύνσεις εμπορικών συναναστροφών κάθε τύπου, με καταλυτική της δράση σε μη αποτελεσματική διαχείριση και διασπάθιση κρατικών πόρων, παράταση στο καθεστώς της φτώχειας και των κοινωνικών ανισοτήτων. Το φαινόμενο της διαφθοράς είναι ικανό να οξύνει την άνιση κατανομή εισοδήματος, να μεγεθύνει το κόστος κύριων κρατικών υπηρεσιών και να περιορίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στους πιο ασθενείς οικονομικά πολίτες. Η κατάσταση της διαφθοράς έχει επιπτώσεις κατά μείζονα τρόπο στα πιο φτωχά στρώματα μίας κοινωνίας (Boehm & Joerges 2008).

#### Αρνητικές επιδράσεις στον χώρο της υγείας

Το φαινόμενο της διαφθοράς είναι γεγονός πως σε μακροπρόθεσμο επίπεδο υπονομεύει τη σταθερότητα και τη βιωσιμότητα του υγειονομικού συστήματος, καταναλώνοντας σημαντικούς πόρους από αυτό, και επίσης έχει ως αποτέλεσμα να εντείνεται η μη σωστή εσωτερική κατανομή των πόρων και να διοχετεύονται με ασυνάρτητο, μη στοχευμένο τρόπο. Τη στιγμή που οι πόροι του προϋπολογισμού υγείας καταναλώνονται με υπεξαίρέσεις και άλλες περιπτώσεις διαφθοράς, η πραγματικότητα αυτή δύναται να λειτουργήσει ως αντικίνητρο για τους εργαζομένους, με αδρανή και παθητική συμπεριφορά και με παροχές περιορισμένης ποιότητας σε ένα κλίμα περιορισμού της χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών. (Lindelov et al 2006). Η έρευνα των Rothstein & Holmberg (2011) καταδεικνύει την θετική αλληλεπίδραση ανάμεσα στην ένταση των φαινομένων διαφθοράς και των ιδιωτικών δαπανών για υγεία. Για παράδειγμα, σε κράτη με χαμηλή ένταση διαφθοράς οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, άρα και οι παραπληρωμές, είναι χαμηλότερες, παρόλο που μπορεί να σημειώνεται μεγάλη αύξηση των κρατικών ενισχύσεων για την υγεία. Οι μορφές διαφθοράς υπό τον τύπο των παραπληρωμών, έχουν ως επίπτωση να περιορίσουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες, περισσότερο για τα πιο φτωχά κοινωνικά στρώματα, και να επιφέρουν καθυστερήσεις στις καταστάσεις αναζήτησης υγειονομικής φροντίδας (Lewis 2000). Ακόμα η κατάσταση της διαφθοράς επιφέρει πιο βαριές συνέπειες στους ηλικιωμένους, διότι είναι

εκείνο το τμήμα του συνολικού πληθυσμού το οποίο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσει πιο συχνή φροντίδα. Η έρευνα των Bobak et al (2007) σημειώνει την πιο χαλαρή αρνητική αλληλεπίδραση μεταξύ της έντασης διαφθοράς και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Επίσης τέλος, τα φαινόμενα διαφθοράς λογίζονται σαν βασικό αίτιο υπονόμησης της παγκόσμιας δημόσιας υγείας, εξαιτίας του γεγονότος πως τα συστήματα υγείας μπορεί να αποσταθεροποιηθούν σημαντικά σε ξαφνικές περιπτώσεις αναζήτησης ιατρικής φροντίδας, όπως η επιδημία του ιού Έμπολα (Mackey et al 2016).

### Επιπτώσεις στην υγεία

Η ένταση της διαφθοράς σε έρευνες που έχουν γίνει έχει βρεθεί ότι συνδέεται άμεσα με μικρότερα επίπεδα ανοσοποίησης, βραδεία προσέλευση για εμβολιασμούς και αποτυχημένες θεραπείες ασθενών, περιορισμένη χρησιμοποίηση κρατικών νοσοκομείων, ελαττωμένη ικανοποίηση των ασθενών από τα επίπεδα και την ποιότητα υπηρεσιών και ουρές αναμονής. (Azfar & Tugrul 2008) Ακόμα υπάρχει αρνητική συσχέτιση και με υγειονομικούς δείκτες σαν τη θνησιμότητα παιδιών και βρεφών (Gupta et al 2002). Η πολυδιάστατη μελέτη ανάμεσα σε δείκτες διαφθοράς και δείκτες υγείας σε πλήθος κρατών σημειώνει την αρνητική αλληλεπίδραση και συσχέτιση αναμεταξύ τους. Υψηλότερα επίπεδα του αρνητικού φαινομένου της διαφθοράς προκαλούν πολλαπλάσιες επιπτώσεις για τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού.

Οι Factor & Kang (2015) μελετούν τα δεδομένα για την αλληλεπίδραση και συσχέτιση των μικρών κρατικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ, και των μη προσδοκώμενων αποτελεσμάτων υγειονομικής φροντίδας με τα αυξημένα επίπεδα υπέρμετρης διαφθοράς. Οι Lio & Lee (2015) ερεύνησαν και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα χαμηλά επίπεδα διαφθοράς αλληλεπιδρούν θετικά με την άνοδο του προσδόκιμου επιβίωσης και με ελαττωμένη και θνησιμότητα κάτω των 5 ετών σε ένα κράτος. Με τον ίδιο τρόπο, οι Muldoon et al (2011) "κατηγορούν" τις παραπληρωμές ως ένα σημαντικό αίτιο για την παιδική, μητρική και παιδική θνησιμότητα. Σε αντίθετη πλευρά φαίνεται να κυμαίνονται η αξιοκρατία, η διαφάνεια στη λήψη αποφάσεων και η αυστηρή λογοδοσία των επιμέρους αξιωματούχων. Εν κατακλείδι, η ένταση της διαφθοράς ως μεταβλητή αποτελεί ακόμα έναν βασικό και σημαντικό παράγοντα που επιφέρει επιπτώσεις στους δείκτες υγείας σε επίπεδο συστήματος.

### Χρηματοοικονομικά ασθενών

Το ΕΗFCN (2010a) σημειώνει πως οι πολύτεκνοι, οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών, οι πολίτες με σταθερά άσχημα επίπεδα υγείας και οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις, αποτελούν εκείνο το τμήμα του πληθυσμού για τους οποίους είναι και πιο επικίνδυνο να υποστούν οικονομική καταστροφή από τις δαπάνες για την υγεία. Επίσης, παράλληλα στοχοποιεί το ελληνικό σύστημα υγείας για το γνωστό «φακελάκι». Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 4738 ασθενών, έδειξε πως το 36% του συνόλου πραγματοποίησε μια φορά το λιγότερο (Liaropoulos et al 2008). Μια ακόμη μελέτη διαπίστωσε πως το ποσό των €300 ήταν ο μέσος όρος της πληρωμής, καθώς και πως τα «δώρα ευχαρίστησης» κυμαίνονταν στα €200, με τους νοσηλευτές να δέχονται λιγότερα χρήματα της τάξης που κυμαίνονταν μεταξύ €25–€35 (Siskou et al 2008). Μία ακόμα έρευνα σημειώνει την πραγματικότητα της παραοικονομίας στον χώρο της γυναικολογίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Σημειώνεται πως σε δείγμα 160 γυναικών σε 4μηνιαία της Αθήνας το 74,4% έδωσε «φακελάκι» (Kaitelidou et al 2013). Επίσης σε μία ακόμα μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2012 σε δείγμα 2741 ασθενών, σημειώνεται πως το 32,4% των εισαγωγών σε κρατικό νοσοκομείο σχετίζεται με άτυπες πληρωμές.

Στον ιδιωτικό, τώρα, χώρο το υψηλότερο ποσοστό (36%) των άτυπων πληρωμών πραγματοποιήθηκε με σε ιδιώτες ιατρούς και οδοντιάτρους κατά την επίσκεψη(οι συγκεκριμένοι δεν έκοβαν αποδεικτικό πληρωμής) (Souliotis et al 2016). Οι εκτιμηθείσα χρηματοοικονομική τρύπα, λόγω της συγκεκριμένης απάτης, ανέρχεται στα €30-100 εκατομμύρια, ενώ η Παγκόσμια Τράπεζα σημειώνει πως έως και το 30% των πόρων που δαπανάται για υγειονομική φροντίδα στις χώρες που είναι έτοιμες να μπουν στην Ευρωπαϊκή ένωση, χάνεται στη «μαύρη τρύπα» του φαινομένου της διαφθοράς.

Ο Chattopadhyay χαρακτηρίζοντας το φαινόμενο της διαφθοράς στον χώρο της υγείας ως έγκλημα κατά της ανθρωπότητας, διαχωρίζει τα αρχικά αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία ανάλογα με το είδος της απάτης, ενώ παράλληλα κατάλογο με ξεχωριστές παράνομες πράξεις διαφθοράς σημειώνει και το Boston University School of Public Health.

### Διαφθορά στο ελληνικό σύστημα υγείας

Η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι ένα βασικό στοιχείο της πολιτικής που χαράσσεται για την υγεία. Τα ζητήματα που επιδρούν σημαντικά στην ίση πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες και το σύστημα της υγείας είναι οικονομικής και κοινωνικής φύσεως. Τα εισοδηματικά στοιχεία είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την πρόσβαση των πολιτών και έχει άμεση αντανάκλαση στις εκάστοτε ανισότητες. Όπως τονίζουν οι Mossialos

et al (2005), η πολιτική που χαράσσεται για τον χώρο της υγείας, καθώς και οι διαρθρωτικές αλλαγές που πραγματοποιούνται στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν άμεση συσχέτιση και αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο πελατειακό κράτος, την ανυπαρξία συναίνεσης και την μη οργανωμένη και όχι δυνατή κοινωνική προσπάθεια.

Οι μη επερχόμενες αλλαγές που αναγκαστικά έπρεπε να πραγματοποιηθούν για το δημόσιο συμφέρον ήταν πάντα ένα αποτέλεσμα με βασικά αίτια τις επικρατούσες πολιτικές συνθήκες και νοοτροπίες μη συναίνεσης και των οικονομικών συμφερόντων, όπως επίσης και της σθεναρής αντίστασης των ιατρών για την απώλεια των προνομίων τους. Το έτος 2010 δύναται να χαρακτηριζόταν ως ένα έτος μεταίχμιο και διαρθρωτικών αλλαγών, με τη θεσμοθέτηση σημαντικών νομοθετημάτων που μεταμόρφωναν το ελληνικό σύστημα υγείας και προσπάθησαν να εξαλείψουν τις παθογένειες πολλών ετών.

Όμως, στους χρήστες υγείας επικρατεί ακόμα το στερεότυπο πως το σύστημα υγείας της Ελλάδος κυριαρχείται ακόμα από φαινόμενα διαφθοράς. Το χρηματοδοτικό κόστος που έχουν να καλύψουν οι ασθενείς για να χαιρούν υγειονομικής φροντίδας μεγαθύνεται ακόμα περισσότερο αν συνυπολογίσει κάποιος πως κατά το έτος 2015 2,5 εκατομμύρια πολίτες βρίσκονταν χωρίς ασφάλεια υγείας (κυρίως λόγω της ανεργίας) και πως αυξήθηκε η συμμετοχή των πολιτών στην κάλυψη του κόστους των φαρμάκων και των υπηρεσιών (Economou et al 2015). Ο περιορισμός των κυβερνητικών δαπανών για τον χώρο της υγείας τα τελευταία 7 χρόνια με την παράλληλη παράταση της πραγματικότητας της δυσκολίας καταβολής ιδιωτικών πληρωμών από τους πολίτες, επιδρούν όχι θετικά στο συσχετισμό ανάμεσα σε προσφορά και ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Σαν διαχρονικό φαινόμενο φυσικά, οι δαπάνες ιδιωτών αποτέλεσαν κύριο ισοσταθμιστή αυτής της συσχέτισης καθώς και ένα άτυπο τρόπο επιτάχυνσης των διαδικασιών για εισαγωγή στο ελληνικό σύστημα υγείας. Σημαντικό στοιχείο είναι ακόμα το γεγονός πως η ανικανοποίητη ζήτηση η οποία παρατηρείται, σχετίζεται άμεσα με τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες σαν τους πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες, τους φτωχούς και τους άνεργους. Σαν αποτέλεσμα, το βασικό εγχείρημα κατά τη διάρκεια μάλιστα και της οικονομικής ύφεσης, έγγυται στην αδυναμία ισορροπίας ανάμεσα σε προσφορά και ζήτηση υπηρεσιών, με καθολική ανυπαρξία αντιστάθμισης από τους πολίτες- ασθενείς δια μέσου των ίδιων πληρωμών.

Είναι κοινώς, λοιπόν, γνωστό πως η δυσκολία πληρωμής αφορά βασικά τους πολίτες με άσχημα επίπεδα υγείας και μικρά εισοδήματα.

Το έτος 2014,15,1% ήταν το σχετικό ποσοστό ανέχειας, ενώ το έτος 2012 ο Δείκτης Gini κατέγραψε τιμή-ρεκόρ 36,68% (σε σχέση με το 33,97% για το έτος 2004) (The World Bank 2016).

Και οι δύο δείκτες, σε άμεσο συσχετισμό με τα μεγαλύτερα καταγεγραμμένα ποσοστά ανεργίας (24,9 % το πρώτο τρίμηνο του 2016), δείχνουν, πως οι φτωχοί έγιναν ακόμη πιο φτωχοί και η διαφορά στην κατανομή του πλούτου διευρύνθηκε περισσότερο. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει την αλλαγή πορείας των πολιτών στο κρατικό σύστημα, διότι παρατηρείται δυσκολία για καταβολή άμεσων πληρωμών. Η έρευνα των Krueger et al (2015) αποδεικνύει με σαφή επιχειρήματα την βασική στατιστικά μη θετική αλληλεπίδραση του δείκτη Gini με το αυτοαντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας των πολιτών, και ειδικότερα η σχέση αυτή ποσοτικοποιείται με την απόδοση του 21% κάθε ποσοστιαίας μονάδας μεταλλαγής της τελευταίας, άμεσα στον δείκτη οικονομικής ανισότητας.

Το ερώτημα που εγείρεται τώρα είναι πως από τη στιγμή που οι πόροι είναι περιορισμένοι και εξαντλούνται και οι πολίτες δυσκολεύονται να πραγματοποιήσουν άμεσες νόμιμες και παράτυπες πληρωμές, αλλά και συνυπολογίζοντας και την αυξημένη συμμετοχή σε φάρμακα και υπηρεσίες, τι επίδραση έχει αυτό στα επίπεδα υγείας των πολιτών; Η έρευνα EU Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC 2016) σημειώνει εκτεταμένη άνοδο των μη ικανοποιημένων αναγκών υγειονομικής φροντίδας σε ένα δείγμα 20 κρατών λόγω του κόστους, όμως η Ελλάδα και η Λετονία φαίνεται να διατηρούν τις πρώτες θέσεις με σημαντικότερη επίπτωση στα πιο φτωχά κοινωνικά στρώματα.

Όλες οι έρευνες από το 2009 και μετά βρίσκουν την Ελλάδα στις πρώτες τρεις θέσεις με τους πολίτες που δυσκολεύονται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες που τους επιβάλλει η υγεία τους 'αξιο σχολιασμού είναι και το γεγονός πως οι Έλληνες πολίτες έχουν σταθερά το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από το υγειονομικό σύστημα, στις χώρες της Ευρώπης, με τη μεγαλύτερη κάθοδο των ποσοστών να παρατηρείται μεταξύ 2009-2014 (Eurobarometer 2009 & 2014).

Ένα σημαντικό τμήμα των άμεσων δαπανών υγείας στο ελληνικό σύστημα σχετίζεται με παραπληρωμές. Έτσι δημιουργείται μια παραοικονομία και κάθε οικονομική ανάλυση και έρευνα για το σύστημα υγείας θα ήταν μεγάλο λάθος να μην συμπεριλάβει το παρακράτος στις ερευνητικές μεθόδους και στα συμπεράσματα που προκύπτουν. (Souliotis & Kyriopoulos 2003).

Η εμπειρία που προκύπτει από τις διεθνείς έρευνες μας εφιστά την προσοχή στο γεγονός πως οι παραπληρωμές δεν είναι το μόνο βασικό αίτιο υπερχειλίσης των δαπανών για την υγεία. Αποτελεί τον κυριότερο αρνητικό παράγοντα με την ταυτόχρονη συνύπαρξη άλλων τριών αιτιών όπως είναι η φτώχεια, οι δυσκολίες στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας στην πρόσβαση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και οι μη επιτυχημένοι μηχανισμοί εποπτείας της διαφθοράς και της προστασίας του κοινωνικού συνόλου. (Xu et al 2003).



### 9.5 Ανακεφαλαίωση για τη διαφθορά και συμπεράσματα

Κύριο συμπέρασμα της εμπειρίας από την έρευνα είναι πως η διαφθορά προκύπτει αρχικά από μία κρίση αρχών και αξιών, που έχει περάσει την κουλτούρα αυτή και στα θεσμικά όργανα της χώρας. Το πελατειακό κράτος σχετίζεται άμεσα με την ανυπαρξία ενδιαφέροντος για το κοινωνικό συμφέρον και την κοινωνική αλληλεγγύη. Σε μία ανήθικη και αισχρή κατάσταση αθέμιτου ανταγωνισμού που η ήττα του ενός ισοδυναμεί με νίκη του άλλου, επερχόμενη πραγματικότητα της διαφθοράς σε οποιοδήποτε σημείο του συστήματος υγείας επιβαρύνει και μετακυλιέται πολίτη, είτε ως φυσικό πρόσωπο και ασθενή είτε ως φορολογούμενο πολίτη. Η άπληστη διεκδίκηση ατομικών ωφελειών λειτουργεί σαν γενεσιουργός αιτία παραμόρφωσης της κοινωνικής ομαλότητας

Σε όλα τα επίπεδα, η διαφθορά στο σύστημα υγείας υπονομεύει βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, καταστρατηγεί την ευρωστία των πολιτών, επιφέρει επώδυνες συνέπειες στα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και καταστρέφει οποιαδήποτε προσπάθεια για ομαλοποίηση των κοινωνικών ανισοτήτων και των κοινωνικών πολιτικών του κράτους πρόνοιας.

Η διαφθορά στο χώρο της υγείας είναι ένα τμήμα μόνο της γενικευμένης σε όλους τους τομείς διαφθοράς που για να αντιμετωπιστεί χρειάζεται πρωτίστως επένδυση στην παιδεία, αλλαγή άμεσα κουλτούρας, ρηξικέλευθες πολιτικές πρωτοβουλίες και πολυδιάστατα εγχειρήματα από πλήθος ικανών και ειδικών ανθρώπων.



## Κεφάλαιο 10

### *Πολιτικές δαπανών υγείας*

Όπως γνωρίζουμε, οι πόροι της οικονομίας δεν είναι ανεξάντλητοι, αλλά περιορισμένοι. Όταν επιλέγει ο κρατικός παράγοντας ή ο ιδιωτικός να διαθέσει ένα μέγεθος πόρων προς μία κατεύθυνση, αυτό αυτόματα σημαίνει πως τους πόρους αυτούς τους στερεί από κάτι άλλο. Και αυτό μπορεί να μην είναι τόσο σημαντικό σε άλλους τομείς όπου λάθη στην κατανομή πόρων μπορεί απλά να οδηγούν σε ζημιές οικονομικών δεικτών και μεγεθών, στην υγεία όμως κάθε λάθος και αστοχία στη σωστή στόχευση πόρων δύναται να αποδειχθεί επιζήμια για τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού.

Η πολιτική, λοιπόν, της κατανομής των πόρων και γενικά των οικονομικών αποφάσεων που ακολουθούνται για την υγεία καθίσταται αναγκαία και καίριας σημασίας για τα καλά επίπεδα υγείας των πολιτών.

#### 10.1 Η πολιτική υγείας στην ΕΕ

Η συνθήκη της Ρώμης, συνθήκη ίδρυσης της ΕΕ(τότε ΕΟΚ) καθώς και οι επόμενες συνθήκες όπως αυτή του Μάαστριχ το έτος 1992, του Άμστερνταμ το 1999 και της Νίκαιας το 2000 χαρακτήρισαν μία συνεχή και πιο πρακτική απόπειρα σύμπτωσης των νόμων και των πραγματικών καταστάσεων των αγορών των κρατών-μελών σε θέματα που άπτονταν του χώρου της υγείας, καθώς βέβαια και κλιμακωτή εναρμόνιση των επιμέρους εθνικών συστημάτων υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, τα τεκτονώμενα των πρόσφατων χρόνων καθώς και η ανάπτυξη των χρηματοδοτούμενων εγχειρημάτων για τον κλάδο της υγείας επισημαίνουν το στόχευση στο να αναδειχθεί η δημόσια υγεία σε υψηλό "σκαλί" της ιεράρχησης των προτεραιοτήτων που έχει θέσει η ΕΕ. Παρόλα αυτά, δεν είναι λίγοι εκείνοι οι οποίοι τονίζουν πως παρά τα ευνοϊκά μέτρα που έχουν παρθεί, δεν έχουμε ακόμη ξεκάθαρες επισημάνσεις σε περιπτώσεις εκπαίδευσης και κατάρτισης, όπως επίσης παρουσιάζεται οξύς σκεπτικισμός για την εναρμόνιση της μοντέρνας πολιτικής για τη βελτίωση των επιπέδων υγείας με την παραδοσιακή πολιτική της πρόληψης, ακόμα και την κατάσταση πως παρόλο που η πρόληψη ασθενειών, η υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας των πολιτών, οι αποτελεσματικές και

ποιοτικές υπηρεσίες χαρακτηρίζονται ως καίριοι σκοποί, δεν υπάρχουν στοχευμένες πολιτικές και επιταγές οι οποίες να προωθούν με ορθολογικό τρόπο τον επιδιωκόμενο στόχο. Ο έντονος σκεπτικισμός παρατηρείται και σε άλλα μείζονος σημασίας θέματα, σαν αυτό της ανάγκης ευρέσεως περισσότερων πόρων, στην κλίμακα εκείνη που η χρηματοδότηση των εγχειρημάτων του κλάδου υγείας κρίνεται ανεπαρκής, της ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής ένωσης, των σημαντικών ζητημάτων υγείας των πολιτών που έχουν να αντιμετωπίσουν αρκετά από τα νέα κράτη-μέλη, της διαφθοράς, της έλλειψης εγκαταστάσεων και μηχανισμών, της ποσοτικοποίησης και του ελέγχου των αποτελεσμάτων των πολιτικών που εφαρμόζονται, όπως επίσης και η σύμπτωση των εθνικών συστημάτων των κρατών- μελών, ένα θέμα που γεννά πολλές και ποικίλες αντιδράσεις.

Όσον αφορά το προηγούμενο θέμα που τέθηκε, η απόπειρα για ομοιογένεια των αγορών της ΕΕ δεν έχει συμπεριλάβει έως τώρα τη σύμπτωση των εθνικών συστημάτων υγείας. Η χάραξη των πολιτικών των υγειονομικών συστημάτων είναι ακόμα στην ευχέρεια των κυβερνήσεων των κρατών μελών και όχι μίας κεντρικής ευρωπαϊκής διοίκησης.

Αλλά, η πραγματικότητα πως αναπτύσσεται ταχύτατα η εναρμόνιση σε ζητήματα δημόσιας υγείας ότι εξελίσσεται ταχέως η σύγκλιση στα θέματα δημόσιας υγείας, έχει ως αποτέλεσμα την έμμεση όμως κραταιά αναπτυσσόμενη εναρμόνιση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών. Έτσι κι αλλιώς, έως σήμερα έχουν συμφωνηθεί πολλές επίσημες διατάξεις (το 1/3 αυτών από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο) για ζητήματα που άπτονται της λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών των κρατών-μελών.

Η Συνθήκη της Νίκαιας το έτος 2000, με την εφαρμογή του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, συμπεριέλαβε την προστασία της δημόσιας υγείας ως έναν από τους κύριους παράγοντες αλληλεγγύης, επεξηγηματικά ως ένα από τα έξι θεμελιώδη δικαιώματα. Πιο συγκεκριμένα, κάνει λόγο πως όλοι ανεξαιρέτως οι πολίτες έχουν δικαίωμα πρόσβασης στην πρόληψη και την ιατρική περίθαλψη, με τη συμφωνία βέβαια των νομικών προϋποθέσεων και διατάξεων.

Δεν είναι αποτέλεσμα της τύχης άρα, πως τα τελευταία έτη γίνονται πιο έντονες και εκτεταμένες προσπάθειες με σκοπό τη σύμπτωση και την ομοιογένεια των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της ΕΕ. Η πραγματικότητα αυτή δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κίνδυνος για τα εθνικά συμφέροντα κάθε κράτους μέλους και των επενδύσεών του, αλλά σαν ένα εγχείρημα για τη μεγαλύτερη ανάπτυξη και καλύτερευση των υγειονομικών συστημάτων με σκοπό τα καλύτερα επίπεδα υγείας των πληθυσμών της ΕΕ. Η επιταγή ευρωπαϊκών προδιαγραφών και πολιτικών για τα συστήματα υπηρεσιών υγείας δύναται να βοηθήσει σημαντικά στην προάσπιση του θεμελιώδους δικαιώματος της υγείας των πληθυσμών της

ΕΕ και παράλληλα να τονώσει το εγχείρημα της οικονομικής, καθώς και της πολιτικοκοινωνικής τελειοποίησης της ΕΕ.

Στο περιθώριο του εγχειρήματος αυτού, είναι σημαντικό να τονιστεί πως η ΕΕ στοχεύει σε 2 μη συγκλίνοντα μοντέλα: α) το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο και β) το μοντέλο του ελεύθερου ανταγωνισμού της εσωτερικής αγοράς.

Από τη μία πλευρά, λοιπόν δημιουργείται πίεση στις υπηρεσίες έτσι ώστε να εναρμονιστούν στους κανόνες της ευρωπαϊκής αγοράς και από την άλλη οι κυβερνήσεις των κρατών-μελών αναγκάζονται να εναρμονίσουν τους κανόνες αυτούς στην πρόσβαση σε υπηρεσίες βάσει του κοινωνικού μοντέλου. Δεν είναι λίγοι, βέβαια εκείνοι που θεωρούν πως η παγκοσμιοποίηση και ο παγκόσμιος ανταγωνισμός επιτάσσουν, ξεχωριστά από την καθολικότητα, την ισότητα, την αλληλεγγύη του κοινωνικού προτύπου και την αειφόρο ανάπτυξη και βιωσιμότητα. Είναι, συμπερασματικά, ανάγκη να βρεθούν νέοι τρόποι οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας, οι οποίοι να με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα χαρακτηριστικά της ίσης πρόσβασης σε υπηρεσίες, της αποτελεσματικότητας, καθώς και της αποδοτικότητας.

## 10.2 ΤΟΜΕΙΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ Ε.Ε. ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η Ευρωπαϊκή ένωση θεσμοθέτησε νομοθετικό πλαίσιο για τα καπνικά προϊόντα από το 1990. Τη σημερινή εποχή η Ευρωπαϊκή ένωση και τα κράτη μέλη της βρίσκονται σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για να προτρέψουν τους πολίτες σε μείωση του καπνίσματος και απαγόρευσή του όσο το δυνατόν. Η πιο γνωστή συμφωνία που πραγματοποιήθηκε ήταν Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Είναι μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε εξαιτίας της ραγδαίας εξάπλωσης της συνήθειας του καπνίσματος. Η Ελλάδα, σε επίπεδο κατανάλωσης καπνικών προϊόντων και άρα καπνίσματος είναι στην πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης και του ΟΟΣΑ.

### ΑΛΚΟΟΛ

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι μία συνήθεια που θεωρείται ως υπεύθυνη για τα εξής: ανάπτυξη καρκίνου, υπέρταση, έμφραγμα του μυοκαρδίου καθώς και άμεσος θάνατος από υπερβολική κατανάλωση. (WHO, 2012). Η ευρωπαϊκή ένωση καθυστέρησε αρκετά να μεριμνήσει και να θεσμοθετήσει συγκεκριμένη και εναρμονισμένη πολιτική για την κατανάλωση αλκοόλ. Θεσμοθέτησε στρατηγικές για την κατανάλωση αλκοόλ τα έτη 2009 και 2013, όμως για πρώτη φορά αντιμετώπισε το αλκοόλ ως βασικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία μόλις το έτος 2001. Στη σημερινή εποχή η κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει μεγάλες διαφορές και

ανισότητες μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής ένωσης. (European Union, 2009, “First progress report on the implementation of the EU Alcohol strategy”).

### ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κλασικό παράδειγμα είναι η δράση Environment and Health Action Plan. Η πολιτική αυτή αποπειράθηκε πρωτίστως να προμηθεύσει με πληροφορίες την Ε.Ε. όσον αφορά περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην υγεία με αποτέλεσμα η ΕΕ να μεριμνήσει για τα κράτη-μέλη και επίσης να αναπτύξει το πλαίσιο της συνεργασίας ανάμεσα σε φορείς οι οποίοι έχουν ως ενασχόληση το περιβάλλον, την έρευνα και την υγεία.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Κλασικό παράδειγμα είναι η δημιουργία του ECDC, υπεύθυνου οργανισμού της ευρωπαϊκής ένωσης όσον αφορά την καταγραφή, την επιτήρηση καθώς και την αξιολόγηση των δεικτών υγείας στα εξής επίπεδα: νοσηρότητα, θνησιμότητα από νοσήματα.

### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Αποτελεί μια νέα στοχευμένη πολιτική της ευρωπαϊκής ένωσης τα τελευταία χρόνια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να θεωρηθεί το εγχείρημα δράση e-Health Action Plan (2004). Κατά το εγχείρημα αυτό, τα κράτη μέλη ήταν υποχρεωμένα να δημιουργήσουν έναν χάρτη για την ηλεκτρονική υγεία έως και το πέρας του 2006. Τα 25 από τα 27 κράτη-μέλη παρουσίασαν τις εργασίες τους σε μια διάσκεψη η οποία πραγματοποιήθηκε, στην οποία και σημείωσαν πως προώθησαν μία σειρά από πολιτικές για την ηλεκτρονική υγεία. Στα κράτη αυτά συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Οι πολιτικές και οι μηχανισμοί ηλεκτρονικής υγείας που αναδείχθηκαν, έχουν άμεση σχέση με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, με τον ηλεκτρονικό φάκελο, την κάρτα υγείας, τα ιατρικά Portal, την τηλεϊατρική, τις καινοτομίες σε θέματα για την ασφάλεια και την ποιότητα υπηρεσιών, την ηλεκτρονική υγεία όσον αφορά την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των νοσημάτων (Hamalailen P., Doupi P., Hyrponen H., (2008), “e-Health Policy and Deployment in the European Union. Review and Analysis of Progress”)

### 10.3 Πολιτικές δαπανών Ελλάδος εν μέσω κρίσης

Η Ελλάδα το έτος 2010 εισήλθε σε μνημόνιο χρηματοδότησης από πόρους ξένων χωρών που ανάγκαζε και θεσμοθετούσε αλλαγές σε πλαίσιο μεταρρυθμίσεων και περικοπών των συνολικών δαπανών του κυβερνητικού προϋπολογισμού. Ουσιαστικά, εξαιτίας των δημοσιονομικών μέτρων που πάρθηκαν τα τελευταία πέντε έτη, σημειώθηκε συρρίκνωση του ΑΕΠ που είχε αντίκτυπο στους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών. Η εξωτερική εποπτεία των οικονομικών στοιχείων, μια κατάσταση στην οποία είχε εισέλθει το κράτος

οικονομικός επιτάσσει, πιο συγκεκριμένα στον χώρο της υγείας, που αντιστοιχεί σε καίριο γρανάζι της κοινωνικής παραγωγής, μια ισχυρή συρρίκνωση των τεχνολογικών, ανθρώπινων, καθώς και οικονομικών πόρων. Από το έτος 2010 έως και σήμερα και ενώ έχουν μεσολαβήσει πλήθος διαφορετικών ηγεσιών στο υπουργείο υγείας και με ποικίλα ιδεολογικά πιστεύω κυβερνήσεις, πραγματοποιούνται απόπειρες προσαρμογή στα περιθώρια τα οποία έχουν θέσει οι δανειστές των πόρων, προκειμένου να καταστεί βιώσιμο τόσο οικονομικά καθώς και λειτουργικά, το σύστημα υγείας.

Βάσει της αναλυτικής ερμηνείας των πλαισίων που ορίζει το μνημόνιο, σημειώνεται ισχυρή συρρίκνωση της κρατικής δαπάνης για το χώρο της υγείας, που είναι κιόλας από τις μικρότερες ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ σαν ποσοστό του ΑΕΠ. Η προσπάθεια όλων των μνημονίων έως και σήμερα, σε ό,τι έχει σχέση με το υπουργείο υγείας, σκοπεύει στην καίρια περιστολή φαρμακευτικής δαπάνης, της λειτουργικής για τα νοσοκομεία δαπάνης, της βιοϊατρικής τεχνολογίας και επίσης της περιστολής της δημόσιας ασφάλισης και ενίσχυση της ιδιωτικής.

Επίσης, ο περιορισμός της αγοραστικής δύναμης του πληθυσμού, εξαιτίας της κρίσης σε συνδυασμό με την άνοδο των επιπέδων της ανεργίας, είχε ως αποτέλεσμα τη συρρίκνωση και της ιδιωτικής δαπάνης που γινόταν για υπηρεσίες και αγαθά της υγείας. (>35% το 2011 και >50% το 2012), η οποία πριν την οικονομική κρίση έφτανε στις τάξεις του 40% της συνολικής δαπάνης για την υγεία.

Η ανικανότητα δημιουργίας ενός καινούριου συστήματος λειτουργίας καθώς και χρηματοδότησης του ευρύτερου τομέα της υγείας έχει άμεση συνάφεια με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της δομικής σύστασης του ελληνικού συστήματος υγείας, καθώς και των χαρακτηριστικών των χρηστών και των ανθρώπων που απασχολούνται στον κλάδο της υγείας. Ακόμα, είναι μια πραγματικότητα πως, παρόλο που αρκετές μεταρρυθμίσεις κρίνονταν απαραίτητες, πραγματοποιήθηκε βίαια τάχιστα προσαρμογή στα νέα πλαίσια, γεγονός που είχε ως αντίκτυπο την απορρύθμιση του συστήματος υγείας, καθώς και τη συρρίκνωση των συνολικών δαπανών. Η περιστολή των δαπανών, εκτός από τα δημοσιονομικά θετικά αποτελέσματα για την κυβέρνηση, προκαλούν συνήθως όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, διότι επιδρούν άμεσα στην πρόσβαση των πολιτών σε υγειονομικές υπηρεσίες και αγαθά.

### Πολιτική για το ΕΣΥ

Ο πρώτος στόχος των διαρθρωτικών αλλαγών και των γενικότερων μεταρρυθμίσεων για την υγεία ήταν το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ, διότι σε αυτό πήγαινε το 75% περίπου των διαθέσιμων για τη υγεία πόρων. Τα έτη προ κρίσης σημειωνόταν μία συνεχόμενη αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού στον κλάδο της υγείας. Ο στόχος των μεταρρυθμίσεων που προωθούσε το μνημόνιο ήταν η περιστολή της η της μισθοδοσίας του προσωπικού του κλάδου της υγείας. Αυτό πραγματοποιήθηκε με την αναδιάρθρωση των μισθών του νοσηλευτών, με τη μείωση των εφημεριών των ιατρών και ακόμα με συρρίκνωση των επιδομάτων του νοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμα, μία άλλη καίρια μεταρρύθμιση αποτέλεσε το πάγωμα σε προσλήψεις ιατρών και νοσηλευτών. Ειδικότερα, έγινε επαναδιάρθρωση στο ύψος των μισθών των ιατρών, αλλά και στην αμοιβή για τις εφημερίες αυτών.

Ένα ακόμη μέτρο που εφαρμόστηκε ήταν και η επιμήκυνση του ωραρίου της λειτουργίας για τα νοσοκομεία, ένα μέτρο που είχε ως στόχο την αύξηση των εσόδων από τους ασθενείς. Προβλέφθηκε συγκεκριμένη ποσόστωση από τα έσοδα, ούτως ώστε τμήμα αυτών να δίνεται στους ιατρούς και με αυτό τον τρόπο να ανεβαίνουν νομίμως οι αποδοχές τους κάθε μήνα.

Έτσι, θεσπίστηκε ένα ενιαίο μισθολόγιο και αυτό το μέτρο κατήγγησε τα 15 ειδικά μισθολόγια που υπήρχαν πριν από αυτή τη θέσπιση. Οι άμεσες συνέπειες οι οποίες σημειώθηκαν ήταν οι δαπάνες για τους εργαζόμενους που απασχολούνταν στο ΕΣΥ να μειωθούν μεταξύ 2009 και 2011, στα χρόνια δηλαδή της αρχής της επιβολής του μνημονίου. Η συρρίκνωση της δαπάνης για τους εργαζόμενους στο ΕΣΥ ελάττωσε και το συνολικό κόστος του κάθε ασθενή μεταξύ 2009-2011. Βέβαια, το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο, διότι μεγάλο τμήμα της πίτας των οικονομικών πόρων από τις δαπάνες για τον κλάδο της υγείας, όπως προείπαμε απορροφάται στη μισθοδοσία ιατρών και νοσηλευτών.

Η αδυναμία αναπλήρωσης των συνταξιοδοτημένου προσωπικού μεταξύ 2011-2015 συρρίκνωσε αρκετά το ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος. Ειδικότερα μεταξύ 2012-2015 συνταξιοδοτήθηκαν κάθε χρόνο σχεδόν 1500 ιατροί. Την ίδια στιγμή, πριν από την κρίση το πλήθος των ιατρών στο εθνικό σύστημα υγείας ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, και η πραγματικότητα αυτή εναρμονίστηκε μεταξύ 2011-2015 εξαιτίας του παγώματος των προσλήψεων. Αυτό, βεβαια έγινε στο πλαίσιο της επιταγής του μνημονίου, μία πρόσληψη για κάθε πέντε συνταξιοδοτήσεις. Έτσι, μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός των ιατρών. Εάν μάλιστα συμπεριλάβουμε στη σκέψη μας το ζήτημα πως προσλήψεις δεν πραγματοποιήθηκαν ή δεν επισημοποιήθηκαν, καταλαβαίνουμε πως σε μερικά χρόνια από σήμερα θα δημιουργηθεί πρόβλημα υποστελέχωσης. Στην πραγματικότητα, το μέτρο που



εκτιμούσε 250 με 300 προσλήψεις νέων ιατρών κάθε έτος για το διάστημα 2012- 2015 δεν έγινε ποτέ γεγονός, εξαιτίας της οικονομικής αστάθειας και των συνεχόμενων πολιτικών αλλαγών που βρίσκονταν συνέχεια στο προσκήνιο.

#### 10.4 ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Συνοπτικά, η χρηματοδότηση για τον κλάδο της υγείας βασίζεται σε δύο πηγές, τη δημόσια και την ιδιωτική. Η δημόσια χρηματοδότηση είναι προϊόν του κρατικού προϋπολογισμού και επιτυγχάνεται διαμέσου άμεσων, έμμεσων και ειδικών περιπτώσεων φορολογίας. Ακόμα, η δημόσια χρηματοδότηση δύναται να επιτυγχάνεται με την κοινωνική ασφάλιση, πιο συγκεκριμένα από τις υποχρεωτικά καταβαλλόμενες από τους εργαζομένους ασφαλιστικές εισφορές προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές, οι τυχόν φιλανθρωπίες και το οικογενειακό εισόδημα διαμέσου των άμεσων πηγών, των άτυπων και των νομίμως θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των ασθενών στο κόστος.

Ο κυβερνητικός προϋπολογισμός είναι η κύρια πηγή η οποία χρηματοδοτεί για τις κρατικές μονάδες υγείας, ειδικότερα, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Η δεύτερη σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης είναι τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι πηγές των ασφαλιστικών ταμείων όπως προαναφέραμε είναι βασικά οι εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και των αυτοαπασχολούμενων. Προ της πρόσφατης ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων, τα σημαντικότερα ταμεία ήταν το Ι.Κ.Α., το Τ.Ε.Β.Ε., καθώς και το ταμείο δημοσίων υπαλλήλων. Ο προσδιορισμός του ύψους των ασφαλιστικών εισφορών για κάθε ταμείο είναι επιλογή από τις πολιτικές που ασκεί η εκάστοτε εξουσία.

Ένας άλλος διαφορετικός τρόπος ασφάλισης που είναι πηγή χρηματοδότησης για το σύστημα υγείας είναι η εθελοντική ασφάλιση. Ο όρος αυτός έχει σχέση με ιδιώτες οι οποίοι δρούν συμπληρωματικά στο δημόσιο σύστημα και υποκαθιστούν τη δημόσια ασφάλιση τελείως. Η διαφορά της από την κοινωνική ασφάλιση είναι ότι στην εθελοντική ασφάλιση, ο εργαζόμενος βάσει κριτηρίων δύναται να εξαιρεθεί από το δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο και ταυτόχρονα δύναται να είναι υποχρεωμένος ή και όχι σε ιδιωτική ασφάλιση. Ακόμα, συμμετέχει ενεργά ο εργαζόμενος στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και ο ίδιος διαμέσου ίδιων πληρωμών και συμμετοχής στο κόστος. Στους πόρους του συστήματος τέλος, περιλαμβάνουμε και τις ίδιες πηγές εσόδων που οι μονάδες υγείας διαθέτουν.

## Ιδιωτική και κοινωνική ασφάλιση

Ιδιωτική ασφάλιση:

- 1) Οι πόροι για την ιδιωτική ασφάλιση πηγάζουν από τα νοικοκυριά και τους εργαζόμενους χωρίς να μεσολαβήσει κάποιος ενδιάμεσος
- 2) Εθελοντική ασφάλιση
- 3) Ύψος εισφορών ανάλογα με το μέγεθος του κινδύνου για ασθένειες και εισφορές ανεξάρτητες του εισοδήματος.
- 4) κερδοσκοπικές εταιρείες αναλαμβάνουν την διαχείριση των ασφαλιστρών.

Κοινωνική ασφάλιση:

- 1) Οι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης πηγάζουν από τα νοικοκυριά και τους εργαζόμενους διαμέσου του κράτους που πραγματοποιεί συλλογή των άμεσων και έμμεσων εισφορών
- 2) Υποχρεωτική ασφάλιση
- 3) Ύψος εισφορών ανάλογα με το μέγεθος του εισοδήματος
- 4) Η διαχείριση των πόρων πραγματοποιείται από γίνεται από δημόσιους και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς

Εκτενέστερη αναφορά για την ιδιωτική ασφάλιση έχει γίνει στο κεφάλαιο 4.

## Ιδιωτική ασφάλιση

Η ασφαλιστική αγορά όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας από τη δεκαετία του '70 όταν και η Ελλάδα είχε πολύ μικρό ποσοστό στην εν λόγω αγορά, κατά την οποία οι πολίτες υπογράφουν συμβόλαια με ασφαλιστικές ιδιωτικών συμφερόντων έχει σημειώσει άνοδο τα τελευταία χρόνια.

Είναι αρκετά τα αίτια για τα οποία ο πληθυσμός στράφηκε στην ιδιωτική ασφάλιση. Το πιο σημαντικό από αυτά αποτελεί η μη δυνατότητα του ΕΣΥ να μπορέσει να ανταποκριθεί στις βασικές προσδοκίες των ασθενών για ποιότητα στις φροντίδες υγείας, με μικρές αναμονές και σε υποδομές με τα στάνταρ ξενοδοχειακών εγκαταστάσεων. Ακόμα, μείζονα σημασία είχαν και οι συμβάσεις που συνηφθησαν από οι ιδιωτικές ασφαλιστικές με ιδιωτικές κλινικές και κέντρα διάγνωσης.

## Γενικά για ασφάλιση

Η αποζημίωση για ενδεχόμενες ζημιές που βασίζονται στην τυχαιότητα, όπως επίσης και

η χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών που χαίρουν οι ασφαλισμένοι έναντι ασφαλιστρών είναι ο ορισμός της ασφάλισης. Κύρια γνωρίσματα της ασφάλισης αποτελούν η συγκέντρωση των κινδύνων, η εναπόθεση του κινδύνου, ο περιορισμός της αβεβαιότητας, καθώς και η αποζημίωση. Ο κίνδυνος αποτελεί την αβεβαιότητα όσον αφορά την επέλευση ενός ζημιογόνου γεγονότος. (Νεκτάριος Μ., 2003).

Στο κράτος της Ελλάδος, οι κύριες ανάγκες για φροντίδες υγείας παρέχονται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, όμως λόγω των καθυστερήσεων στην πρόσβαση σε νοσοκομεία, την περιορισμένη ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας και την περιορισμένη ελευθερία επιλογών, προωθήθηκε ακούσια η εξέλιξη και άνοδος των ιδιωτικών ασφαλίσεων.

Τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια παρέχονται υπό το σχήμα των ατομικών και ομαδικών συμβολαίων. Τα ατομικά έχουν σχέση με την υγεία και την φροντίδα αυτής μόνο για ένα άτομο και τα ομαδικά για ένα πλήθος ασφαλισμένων που έχουν συνήθως κάποια επαγγελματική σχέση. Πιο συχνά, τα ομαδικά ασφαλιστήρια δίδονται από εργοδότες σε εργαζόμενους με τη συμμετοχή των εργαζομένων να βρίσκεται μεταξύ 10% και 20% στο συνολική δαπάνη για φροντίδες υγείας. Το μέγεθος του χρηματικού ποσού των ασφαλιστρών είναι ανάλογο με τον κίνδυνο για ασθένεια συμπεριλαμβανομένων και κάποιων στοιχείων όπως η ηλικία, το φύλο, η παρούσα κατάσταση υγείας και τα δημογραφικά (Δήμου & Μανωλέσσου, 2000).

Ο ρόλος που έχει η ιδιωτική ασφάλιση δύναται να είναι βασικός, με την υποκατάσταση της κοινωνικής ή και συμπληρωματικός (Σίσκου Ο., 2006). Στα ζητήματα τα οποία ο χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης είναι συμπληρωματικός της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι δύνανται να δέχονται υπηρεσίες είτε που δεν μεριμνά για αυτές το κρατικό σύστημα (οδοντιατρική περίθαλψη, αγορά θεραπευτικού εξοπλισμού κ.α.), είτε που παρέχονται δίδοντας όμως στους ασφαλισμένους πιο άμεση πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας με ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις (Huber & Orosz, 2003).

Στο κράτος της Ελλάδος λόγω της μη δυνατότητας του κρατικού συστήματος υγείας και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης να έχουν ικανοποιημένους τους ασθενείς από τις υπηρεσίες που παρέχονται, όπως επίσης και λόγω των καταστροφικών δαπανών που βαραίνουν τον πληθυσμό με παραπληρωμές καθώς και τις out of pocket δαπάνες, οι ιδιωτικές ασφάλειες βρέθηκαν σε ανοδική πορεία. (Σίσκου Ο., 2006).

Ειδικότερα το 1976 μόνο το 0,6% του συνόλου των πολιτών διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια υγείας και στα μέσα της δεκαετίας '80 το ποσοστό βρισκόταν μόλις στο 2%, το οποίο ήταν και το μικρότερο στην Ευρώπη. ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη (Sneider & Poulhier 1991).

Το 2003 ανέβηκε το ποσοστό κοντά στο 15%. Είναι σημαντικό βέβαια να αναφερθεί πως η άνοδος αυτή βασίζεται στη δυσκολία να διαχωριστούν τα συμβόλαια ζωής από αυτά της υγείας (Σίσκου Ο., 2006).

#### Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα ιδιωτικών ασφαλειών

Το έτος 2014 η συνολική παραγωγή για τα ασφάλιστρα πλησίασε τα 120 δις € (Ενωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας).

Κατά με τους Colombo & Taray (2004), παρατηρείται μία κλειστή σχέση αλληλεξάρτησης πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με το δημόσιο σύστημα. Από το ένα σκέλος, λοιπόν, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές πρέπει να δρουν με γνώμονα τους σκοπούς των υγειονομικών συστημάτων και από την άλλη πλευρά η κυβέρνηση θα πρέπει να οριοθετεί την εμπλοκή της δράσης των ιδιωτών ασφαλιστών στο δημόσιο σύστημα για να μην δημιουργούνται σημαντικά προβλήματα με την υγεία των πολιτών (Σίσκου Ο., 2007).

Κατά τη μελέτη των Christiansen et al., (2002), φαίνεται πως η ιδιωτική ασφάλιση υγείας εμπίπτει βασικά σε μορφωμένους ανθρώπους με υψηλό εισόδημα. Από την άλλη πλευρά κατά τους Mossialos & Thomson (2006), άνθρωποι πιο ευάλωτοι στις ασθένειες και με μικρό εισόδημα που έχουν δυσκολίες στο να είναι εντάξει οικονομικά με το κόστος της θεραπείας, δεν έχουν δυνατότητα να συνάψουν ιδιωτικές ασφάλειες για την υγεία τους. Στο πλαίσιο αυτό η ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία μεγενθύνει τις ανισότητες για εισαγωγή σε υπηρεσίες υγείας, οι οποίες έτσι και αλλιώς υπάρχουν στο ελληνικό σύστημα.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν τη συμμετοχή των φορολογουμένων στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, διότι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό της ζήτησης και αυτό με τη σειρά του αμβλύνει τις ανισότητες με τα χρήματα που εξοικονομούνται. Ακόμα σε κράτη στα οποία η συμμετοχή στο κόστος αποζημιώνεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές, ενισχύεται περισσότερο η πιο εύκολη εισαγωγή πολιτών σε υπηρεσίες υγείας. (Σίσκου., 2007).

Στα συστήματα, στα οποία η ιδιωτική ασφάλεια έχει συμπληρωματικό ρόλο, το κράτος δύναται να έχει όφελος με αύξηση της αποδοτικότητας για το σύστημα με μετακύλιση τμήματος των δαπανών σε ιδιώτες ασφαλιστές. Σε πιο φιλελεύθερα συστήματα για τα οποία βάση αποτελούν οι παροχές υγείας με υψηλό ανταγωνισμό ιδιωτικών ασφαλιστικών, ο πληθυσμός έχει τη δυνατότητα να επιλέξει, ωστόσο αυξάνεται το κόστος κατά πολύ (Σίσκου Ο., 2007).

Μειονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αποτελούν οι περιπτώσεις ηθικού κινδύνου (moral hazard) και αντεπιλογής (adverse selection). Λόγω της κάλυψης του

κόστους από τους ιδιώτες ασφαλιστές σημειώνεται συχνά υπερβάλλουσα χρήση υγειονομικών υπηρεσιών. Η κατάσταση αυτή αποτελεί τον αυτό ηθικό κίνδυνο και έχει σαν αποτέλεσμα τη μεγέθυνση των αποζημιώσεων και του ύψους των ασφαλίσεων. Για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους καταστάσεων οι ιδιωτικές ασφαλιστικές μπορεί να ορίζουν κάποιες απαλλαγές και κάποιο ποσοστό συμμετοχής για να εξαλείψουν μικροζημιές και αναίτια χρήση υπηρεσιών.

Οι ιδιώτες ασφαλιστές επιχειρούν να ελκύουν άτομα που έχουν μικρό κίνδυνο εμφάνισης μίας ασθένειας και αποκλείουν άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν. Σαν επίπτωση της κατάστασης αυτής, άτομα με υψηλότερου βαθμού ανάγκη στην πραγματικότητα στερούνται την ιδιωτική κάλυψη και έτσι οι ανισότητες για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας οξύνονται.

Η ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία πέρα από τον ρόλο που δύναται να κατέχει σε ένα υγειονομικό σύστημα, έχει άμεση επίδραση και στη γενικότερη οικονομία ενός κράτους και οι λόγοι είναι οι εξής:

- Άμεση αποκατάσταση ζημιών, καθώς παρακάμπτεται η κρατική γραφειοκρατία
- Ενθάρρυνση πρωτοβουλιών για μεγάλες επενδύσεις.
- Ενθάρρυνση πρωτοβουλιών για ανάληψη κινδύνων με νέες τεχνολογίες.
- Επένδυση αποθεματικών των ασφαλιστικών σε παραγωγικούς τομείς με αποτέλεσμα την άνοδο της ποιότητας ζωής.
- νέες θέσεις εργασίας-μείωση της ανεργίας.
- Επένδυση αποθεμάτων σε κρατικούς τίτλους αλλά και χρεόγραφα διαπραγματεύσιμα στο χρηματιστήριο με ενίσχυση της χρηματαγοράς – κεφαλαιαγοράς.



## Κεφάλαιο 11

### *ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ*

#### **Ερευνητικό σχέδιο**

Η παρούσα μελέτη εφαρμόζει ποσοτική ανάλυση με συλλογή δευτερογενών δεδομένων από τη στατιστικά βάση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) αναφορικά με τις δαπάνες υγείας και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν. Τα δεδομένα συλλέγονται για την περίοδο 2000-2017 και η διαγραμματική απεικόνιση πραγματοποιείται με το Excel.

Επιπλέον, η έρευνα εφαρμόζει ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (regression analysis) προκειμένου να προσδιορισθεί ο βαθμός επίδρασης ανεξάρτητων μεταβλητών στις δαπάνες υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ. Ουσιαστικά, πραγματοποιούνται δύο αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης, προκειμένου να συγκριθούν τα αποτελέσματα των χωρών του ΟΟΣΑ με τα αποτελέσματα της Ελλάδας.

#### **Ερευνητικό δείγμα**

Οι χώρες που εξετάζονται είναι Αυστραλία, Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Ελβετία, Ελλάδα, Εσθονία, Ηνωμένες Πολιτείες, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιαπωνία, Ιρλανδία, Ισλανδία, Ισπανία, Ισραήλ, Ιταλία, Καναδάς, Κορέα, Λετονία, Λουξεμβούργο, Μεξικό, Νέα Ζηλανδία, Νορβηγία, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία, Τουρκία, Τσεχική Δημοκρατία, Φινλανδία και Χιλή

#### **Ανάλυση παλινδρόμησης**

Στην ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, η τιμή  $p$  είναι ένα συνεχές μέτρο απόδειξης. Η τιμή του  $p$  θεωρείται στατιστικά σημαντική όταν  $p \leq 0,05$ . Μία τέτοια τιμή υποδηλώνει ότι υπάρχει μικρότερη από 5% πιθανότητα οι τιμές των μεταβλητών να είναι όμοιες. Επομένως, υπάρχει σημαντική στατιστική σημαντικότητα.

Η στατιστική σημαντικότητα επεξηγείται και από την τιμή  $F$ , η οποία πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την τιμή  $p$ . Αυτό είναι απαραίτητο προκειμένου να διασφαλιστεί ότι όλες οι μεταβλητές είναι σημαντικές. Επομένως, θα πρέπει να ισχύει

καταρχήν  $p \leq 0,05$  και εν συνεχεία  $F < 0,1$ , ώστε μία επιμέρους μεταβλητή να είναι στατιστικά σημαντική. Στην περίπτωση, που η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη του  $0,05$ , τότε απορρίπτεται και η τιμή  $F$  (Figueiredo Filho et.al., 2013).

Η εξαρτημένη μεταβλητή  $Y$  είναι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές  $X$  είναι το κάπνισμα, οι γιατροί/1.000 άτομα, ο υπέρβαρος ή παχύσαρκος πληθυσμός, οι μαγνητικοί τομογράφοι / 1.000.000 άτομα, οι φαρμακευτικές δαπάνες, το προσδόκιμο ζωής, και οι Out of pocket δαπάνες % ΑΕΠ.

Συνεπώς, οι εξαρτημένες μεταβλητές  $X$  είναι οι ακόλουθες:

- Κάπνισμα (X1)
- Γιατροί/1.000 άτομα (X2)
- Υπέρβαρος ή παχύσαρκος πληθυσμός (X3)
- Μαγνητικοί τομογράφοι / 1.000.000 άτομα (X4)
- Φαρμακευτικές δαπάνες (X5)
- Προσδόκιμο ζωής (X6)
- Out of pocket δαπάνες % ΑΕΠ (X7)

Παρά τα δεδομένα πλεονεκτήματα, η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς:

- *Αστάθεια των παραμέτρων:* υποδηλώνει την τάση να αλλάξουν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών με την πάροδο του χρόνου λόγω αλλαγών στην οικονομία ή τις αγορές. Για παράδειγμα, εάν μία μεταβλητή εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από την τεχνολογία, τότε το μοντέλο ανάλυσης παλινδρόμησης θα πρέπει να προσαρμοστεί στην τεχνολογική πρόοδο, προκειμένου να παράγει αξιόπιστα αποτελέσματα.
- *Εναισθησία σε ακραίες τιμές:* το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης είναι ευαίσθητο σε ακραίες τιμές. Αυτό σημαίνει ότι ένα η πλειοψηφία των δεδομένων εμφανίζεται κοντά στον άξονα  $x$ , αλλά υπάρχουν δύο σημεία πολύ μακριά από τον άξονα  $x$ , τότε τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης θα επηρεαστούν.
- *Δημόσια διάδοση των πληροφοριών:* σε μια αποτελεσματική αγορά, η δημόσια διάδοση των πληροφοριών που περιγράφουν τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών ενός μοντέλου παλινδρόμησης μπορεί να περιορίσει την αποτελεσματικότητα της μελλοντικής συσχέτισης των μεταβλητών. Για παράδειγμα, η διάδοση της πληροφορίας ότι η τιμή προς λογιστική αξία μετοχών χαμηλής αξίας θα ξεπεράσει



την τιμή προς λογιστική αξία μετοχών υψηλής αξίας θα έχει ως αποτέλεσμα η επένδυση στις μετοχές υψηλής αξίας να βασιστεί αποκλειστικά στην αξία της μετοχής, η οποία μεταβάλλεται.

- *Υπερ-προσαρμογή*: όταν υπάρχουν πολλές ανεξάρτητες μεταβλητές, το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ενδέχεται να υπερ-προσαρμοστεί στις υποθέσεις, έτσι ώστε, εκτός από τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, να διαμορφώσει το τυχαίο σφάλμα.
- *Γραμμική συσχέτιση*: εάν μία σχέση είναι μη γραμμική, το μοντέλο δεν την λαμβάνει υπόψη.

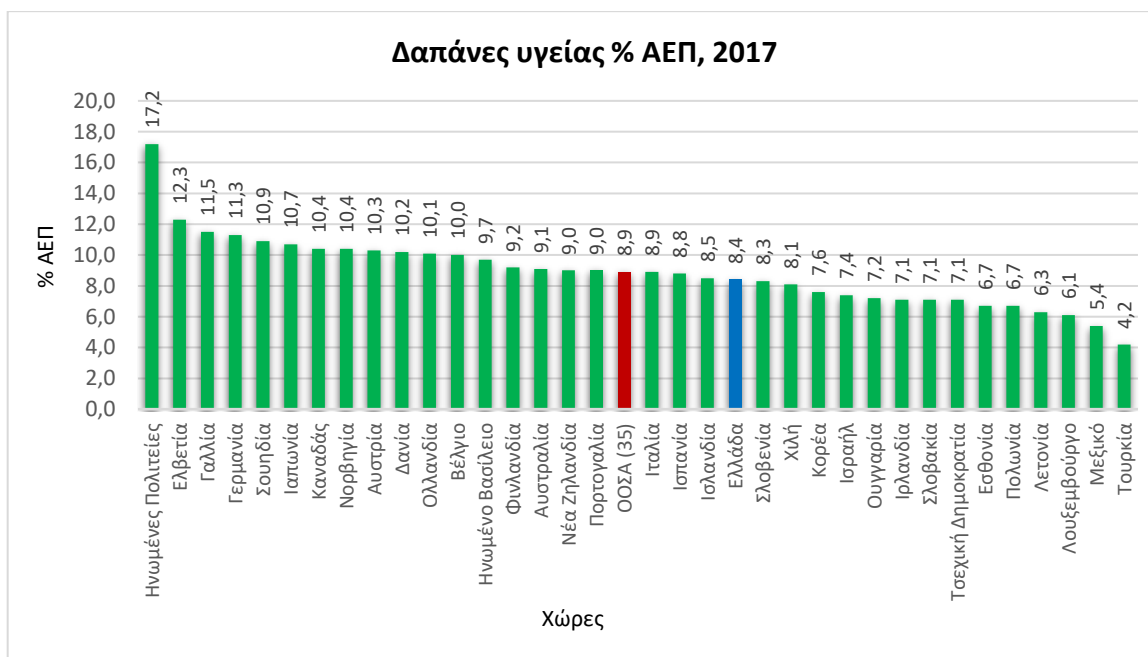
## **Εξεταζόμενες μεταβλητές**

### *Δαπάνες υγείας*

Οι δαπάνες για την υγεία λαμβάνουν υπόψη την τελική κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης (θεραπευτική αγωγή, αποκατάσταση, μακροχρόνια περίθαλψη, βοηθητικές υπηρεσίες και ιατρικά προϊόντα), συλλογικές υπηρεσίες, και υγειονομική διοίκηση, εξαιρουμένων των δαπανών για επενδύσεις. Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται μέσω χρηματοδοτικών διευθετήσεων, συμπεριλαμβανομένων των κρατικών δαπανών και της υποχρεωτικής ασφάλισης ασθενείας, καθώς και της εθελοντικής ασφάλισης υγείας και των ιδιωτικών κεφαλαίων, όπως οι πληρωμές εκτός νοικοκυριών, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) και οι ιδιωτικές εταιρείες. Ο δείκτης δαπανών υγείας παρουσιάζεται ως σύνολο και ανά είδος χρηματοδότησης, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, σε δολάρια ΗΠΑ ανά κάτοικο με χρήση ισοτιμιών αγοραστικής δύναμης σε δολάρια ΗΠΑ σε ολόκληρη την οικονομία, και ως ποσοστό του ΑΕΠ, και σε δολάρια ΗΠΑ κατά κεφαλήν (OECD, 2018).

Το 2017, οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπάνησαν 17,2% του ΑΕΠ για την υγεία, σχεδόν πέντε ποσοστιαίες μονάδες πάνω από την Ελβετία (12,3%) και πάνω από οκτώ ποσοστιαίες μονάδες πάνω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (8,9%). Μια ομάδα δέκα χωρών υψηλού εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένης της Γερμανίας, της Γαλλίας, της Ιαπωνίας, και του Καναδά, δαπάνησαν μεταξύ 10,0% και 11,5% του ΑΕΠ για την υγεία, ενώ μια άλλη μεγάλη ομάδα χωρών της Ευρώπης, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, και η Χιλή δαπάνησαν περίπου 8-10% του ΑΕΠ για την υγεία. Οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, όπως η Ουγγαρία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Σλοβακία, και η Πολωνία, αλλά και η Κορέα και το

Ισραήλ δαπάνησαν μεταξύ 6,7% και 7,6% του ΑΕΠ τους για την υγεία, ενώ το Μεξικό και η Τουρκία δαπάνησαν λιγότερα από 6% του ΑΕΠ για τις υπηρεσίες υγείας. Τέλος, η Ελλάδα δαπάνησε το 8,4% του ΑΕΠ σε δαπάνες υγείας το 2017, κάτω του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 1).

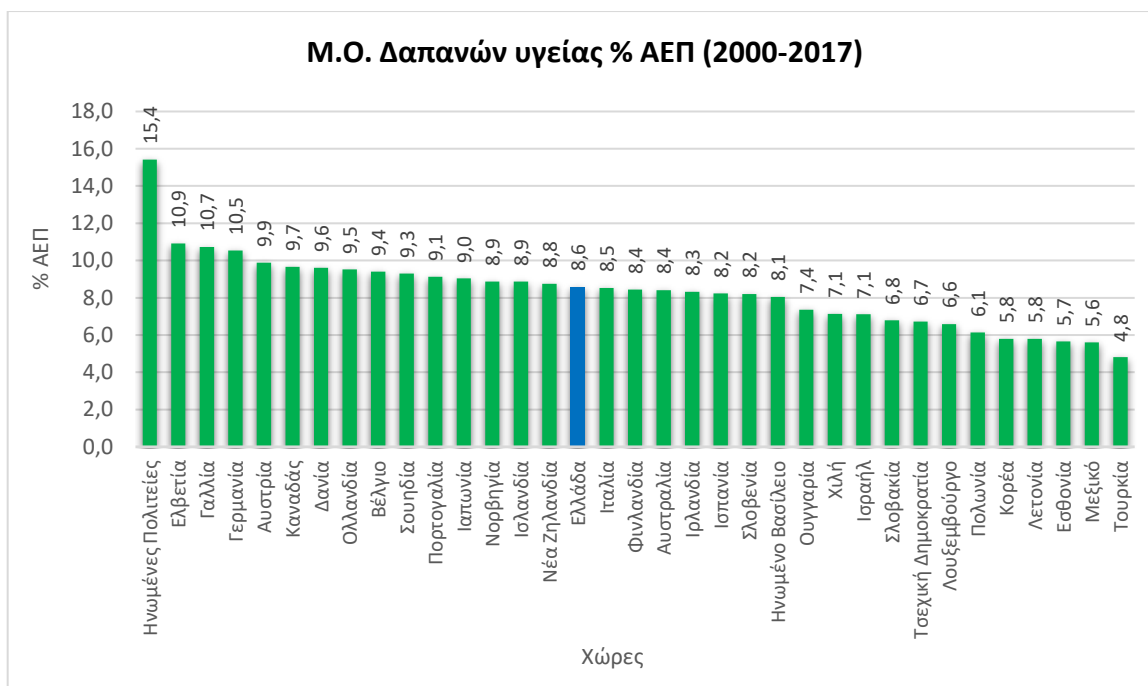


**Διάγραμμα 1: Δαπάνες υγείας % ΑΕΠ, 2017**

Πηγή: OECD (2018α)

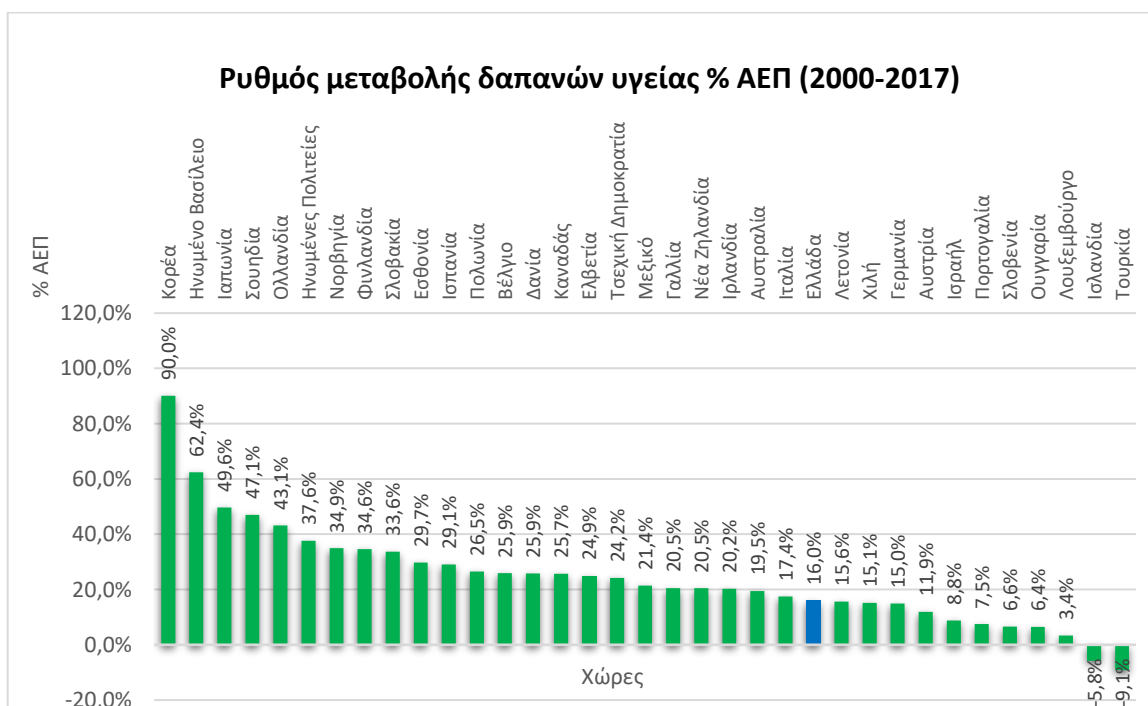
Για την περίοδο 2000-2017, οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν τον υψηλότερο μέσο όρο δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (15,4%) και ακολουθούν η Ελβετία (10,9%), η Γαλλία (10,7%) και η Γερμανία (10,5%). Ο μέσος όρος δαπανών υγείας για την Ελλάδα είναι 8,6% του ΑΕΠ, ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος ανήκει στην Τουρκία, 4,8% του ΑΕΠ για το ίδιο διάστημα (Διάγραμμα 2).

Αναφορικά με τον ρυθμό μεταβολής των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρατηρείται στο Διάγραμμα 3 ότι η υψηλότερη μεταβολή, +90%, για την περίοδο 2000-2017 ανήκει στην Κορέα, ενώ ακολουθούν το Ηνωμένο Βασίλειο (+62,4%), η Ιαπωνία (+49,6%), η Σουηδία (+47,1%), και η Ολλανδία (+43,1%). Ένα σύνολο 16 χωρών παρουσιάζει ρυθμό μεταβολής των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μεταξύ +38% και +20%, ενώ η Ελλάδα έχει ρυθμό μεταβολής +16,0%. Τέλος, αρνητικές μεταβολές παρουσιάζουν η Ισλανδία (-5,8%) και η Τουρκία (-9,1%).



**Διάγραμμα 2: Μ.Ο. Δαπανών υγείας % ΑΕΠ (2000-2017)**

Πηγή: OECD (2018α)



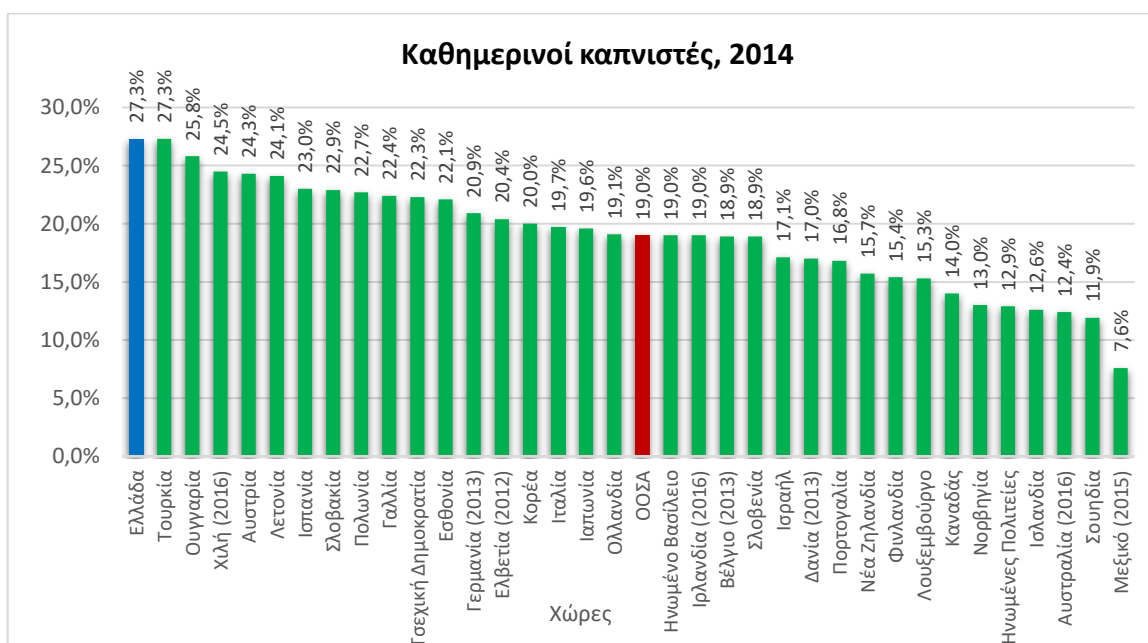
**Διάγραμμα 3: Ρυθμός μεταβολής δαπανών υγείας % ΑΕΠ (2000-2017)**

Πηγή: OECD (2018α) και ίδια επεξεργασία

## Καθημερινοί καπνιστές

Οι καθημερινοί καπνιστές ορίζονται ως ο πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω που αναφέρουν ότι καπνίζουν καθημερινά. Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τουλάχιστον δύο από τις κύριες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας - κυκλοφορικής νόσου και καρκίνου, αυξάνοντας τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρκίνου του πνεύμονα, και καρκίνων του λάρυγγα και του στόματος. Επιπλέον, το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τις αναπνευστικές ασθένειες, ενώ το κάπνισμα μεταξύ των εγκύων γυναικών μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλό βάρος γέννησης και ασθένειες μεταξύ των βρεφών. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζεται ως σύνολο και ανά φύλο και μετράται ως ποσοστό του πληθυσμού που θεωρείται (σύνολο ανδρών ή γυναικών) ηλικίας 15 ετών και άνω (OECD, 2018β).

Το 2014, η Ελλάδα και η Τουρκία είχαν το υψηλότερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών, 27,3%, ενώ ακολουθούν η Ουγγαρία (25,8%), η Χιλή (24,5%), η Αυστρία (24,3%), και η Λετονία (24,1%). Ένα σύνολο 12 χωρών βρίσκεται μεταξύ 23,0% και 19,1%, πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, 19,0%. Ακολουθούν 16 χώρες μεταξύ 19,0% και 12,0%, ενώ στην τελευταία θέση βρίσκεται το Μεξικό με 7,6%. Να σημειωθεί ότι το έτος σύγκρισης για τις περισσότερες χώρες είναι το 2014, ωστόσο, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το έτος αυτό, χρησιμοποιούνται τα διαθέσιμα στοιχεία του αμέσως προηγούμενου διαθέσιμου έτους (Διάγραμμα 4).



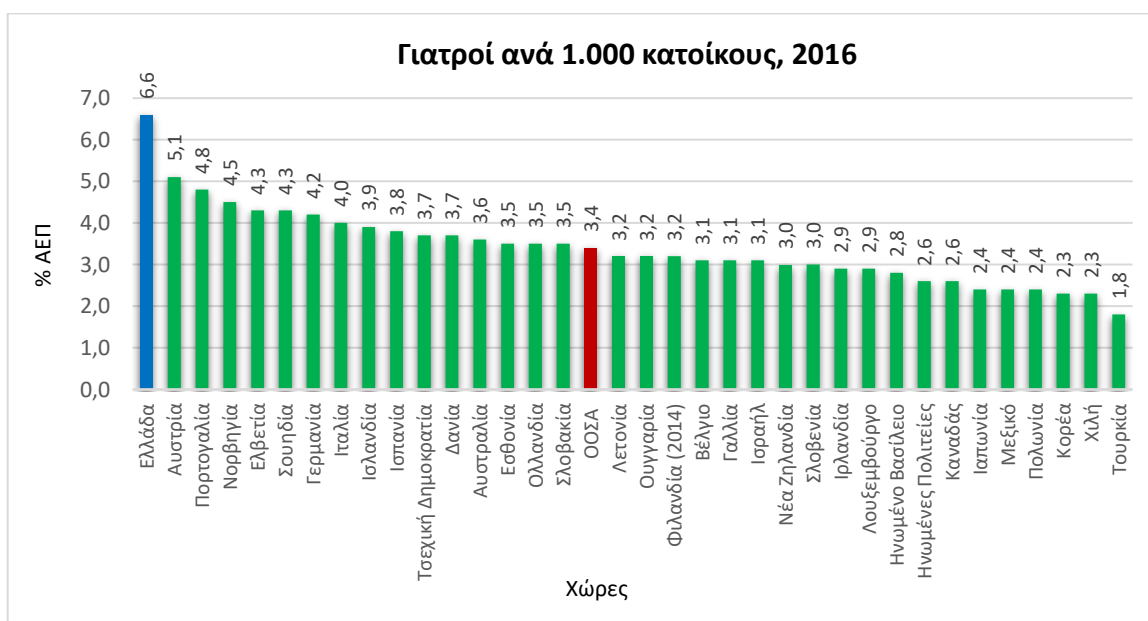
**Διάγραμμα 4: Καθημερινοί καπνιστές, 2014 (ή τελευταίο διαθέσιμο έτος)**

Πηγή: OECD (2018α)

## Γιατροί

Οι γιατροί ορίζονται ως "ασκούμενοι" γιατροί που παρέχουν άμεση φροντίδα στους ασθενείς. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες (Γαλλία, Καναδά, Ολλανδία, Σλοβακία και Τουρκία), λόγω έλλειψης συγκρίσιμων δεδομένων, τα αριθμητικά στοιχεία αντιστοιχούν σε "επαγγελματικά δραστήριους" γιατρούς, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών που εργάζονται στον τομέα της υγείας ως διευθυντές, εκπαιδευτικοί, ερευνητές κλπ., προσθέτοντας ένα επιπλέον ποσοστό 5-10% των γιατρών. Για παράδειγμα, η Ελλάδα και η Πορτογαλία αναφέρουν τον αριθμό των γιατρών που δικαιούνται να ασκήσουν το επάγγελμα, καταλήγοντας σε υπερεκτίμηση του αριθμού των ασκούμενων γιατρών, ενώ το Βέλγιο καθορίζει το ελάχιστο κατώτατο όριο των δραστηριοτήτων για τους γιατρούς, ώστε να θεωρηθούν ως ασκούμενοι, οδηγώντας έτσι σε μια υποεκτίμηση του ιατρικού προσωπικού σε σύγκριση με άλλες χώρες που δεν θέτουν αυτά τα ελάχιστα κατώτατα όρια (OECD, 2017β). Οι γιατροί είναι συνήθως γενικοί ιατροί που αναλαμβάνουν την ευθύνη για την παροχή συνεχούς φροντίδας σε άτομα και οικογένειες ή εξειδικευμένοι γιατροί, όπως παιδίατροι, μαιευτήρες / γυναικολόγοι, ψυχίατροι, και ειδικοί χειρουργοί. Ο δείκτης αυτός μετράται ανά 1.000 κατοίκους (OECD, 2018γ).

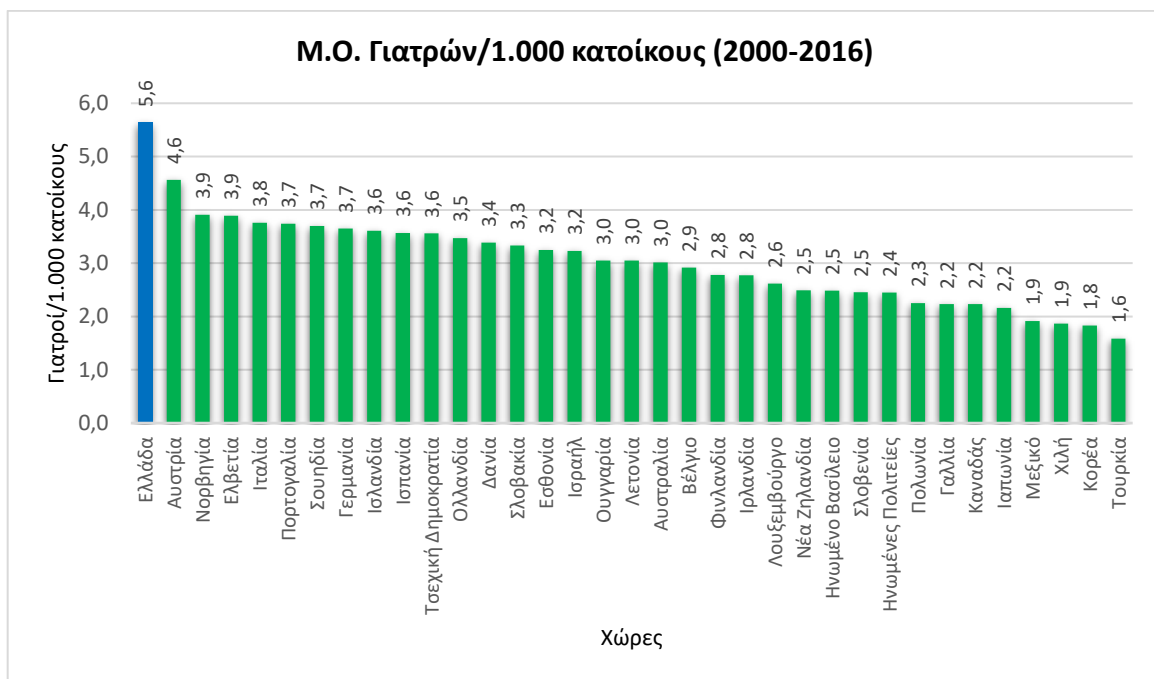
Το 2016, η Ελλάδα είχε τον υψηλότερο αριθμό γιατρών ανά 1.000 κατοίκους (6,6), και ακολουθούν η Αυστρία (5,1), η Πορτογαλία (4,8) και η Νορβηγία (4,5). Είναι χαρακτηριστικό ότι το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν μόλις 2,8 και 2,6 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, αντίστοιχα, ενώ ο χαμηλότερος αριθμός γιατρών ανά 1.000 κατοίκους, 1,8, ανήκει στην Τουρκία (Διάγραμμα 5).



**Διάγραμμα 5: Γιατροί / 1.000 κατοίκους, 2016**

Πηγή: OECD (2018α)

Για την περίοδο 2000-2016, η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο μέσο όρο γιατρών ανά 1.000 κατοίκους (5,6) και ακολουθούν η Αυστρία (4,6), η Νορβηγία (3,9), η Ελβετία (3,9) και η Ιταλία (3,8). Ο χαμηλότερος μέσος όρος γιατρών ανά 1.000 κατοίκους ανήκει στην Τουρκία (1,6) (Διάγραμμα 6). Ωστόσο, σημειώνεται ότι τα δεδομένα για την Ελλάδα αποτελούν υπερεκτίμηση, δεδομένου ότι περιλαμβάνουν όλους τους γιατρούς στους οποίους έχει χορηγηθεί άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, ανεξάρτητα από το εάν ασκούν την ειδικότητά τους ή όχι.



**Διάγραμμα 6: Μ.Ο. Γιατρών/1.000 κατοίκους (2000-2016)**

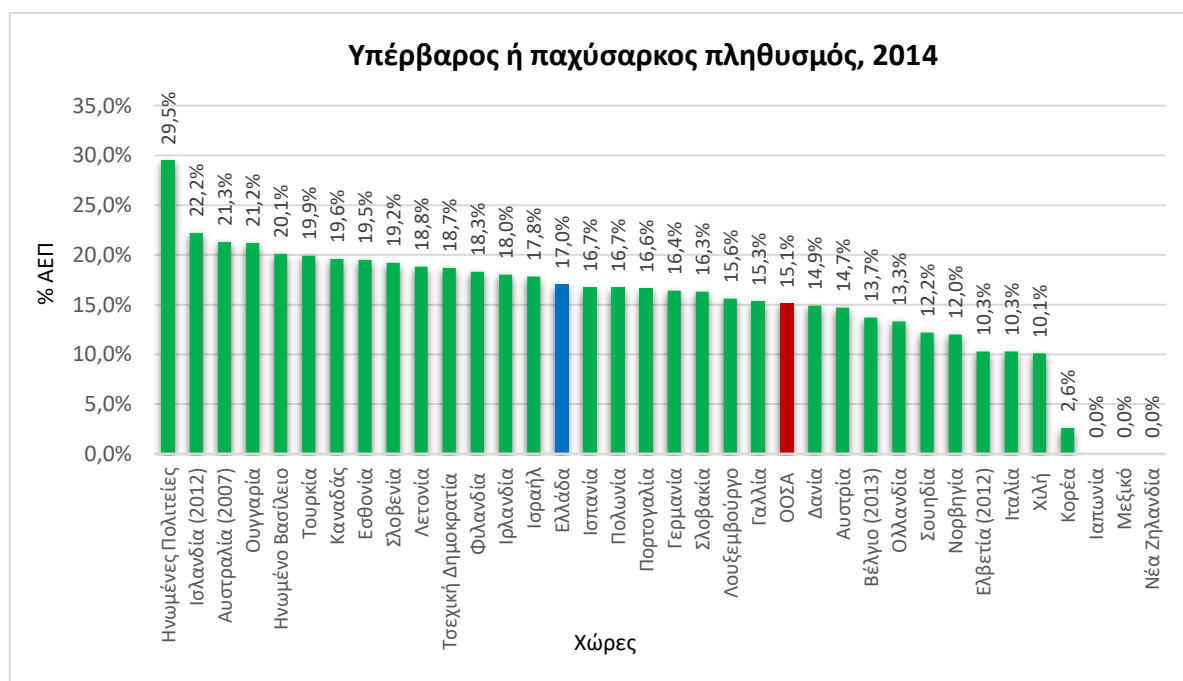
Πηγή: OECD (2018a)

### Υπέρβαρος ή παχύσαρκος πληθυσμός

Ο υπέρβαρος ή παχύσαρκος πληθυσμός ορίζεται ως οι κάτοικοι με υπερβολικό βάρος που παρουσιάζουν κινδύνους για την υγεία λόγω της μεγάλης αναλογίας σωματικού λίπους. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μέτρο είναι ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index, BMI), ο οποίος είναι ένας αριθμός που αξιολογεί το βάρος ενός ατόμου σε σχέση με το ύψος (βάρος σε κιλά και ύψος σε μέτρα). Με βάση την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι ενήλικες με δείκτη μάζας σώματος από 25 έως 30 ορίζονται ως υπέρβαροι και εκείνοι με δείκτη μάζας σώματος 30 ή μεγαλύτερο ορίζονται ως παχύσαρκοι. Ο δείκτης παρουσιάζεται τόσο για τα δεδομένα "αυτοαναφερόμενων" εκτιμήσεων σχετικά με το ύψος

και το βάρος από τις έρευνες συνεντεύξεων υγείας βάσει πληθυσμού όσο και για τα δεδομένα "μέτρησης" που αφορούν ακριβείς εκτιμήσεις ύψους και βάρους από εξετάσεις υγείας. Ο δείκτης μετριέται ως ποσοστό πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω (OECD, 2018δ).

Το 2014, οι Ηνωμένες Πολιτείες κατέγραψαν το υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας του πληθυσμού άνω των 15 ετών, 29,5%, ενώ ακολουθούν η Ισλανδία (22,2%), η Αυστραλία (21,3%), η Ουγγαρία και η (21,2%). Ένα σύνολο δέκα χωρών κατέγραψαν ποσοστά παχυσαρκίας μεταξύ 20% και 18%, ενώ η Ελλάδα κατέγραψε ποσοστό 17,0%, υψηλότερο του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, 15,1%. Η Κορέα κατέγραψε ποσοστό 2,6%, ενώ δεν υπάρχουν καθόλου διαθέσιμα στοιχεία για την Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Νέα Ζηλανδία. Να σημειωθεί ότι το έτος σύγκρισης για τις περισσότερες χώρες είναι το 2014, ωστόσο, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το έτος αυτό, χρησιμοποιούνται τα διαθέσιμα στοιχεία του αμέσως προηγούμενου διαθέσιμου έτους (Διάγραμμα 7).



**Διάγραμμα 7: Υπέρβαρος ή παχύσαρκος πληθυσμός, 2014**

Πηγή: OECD (2018α)

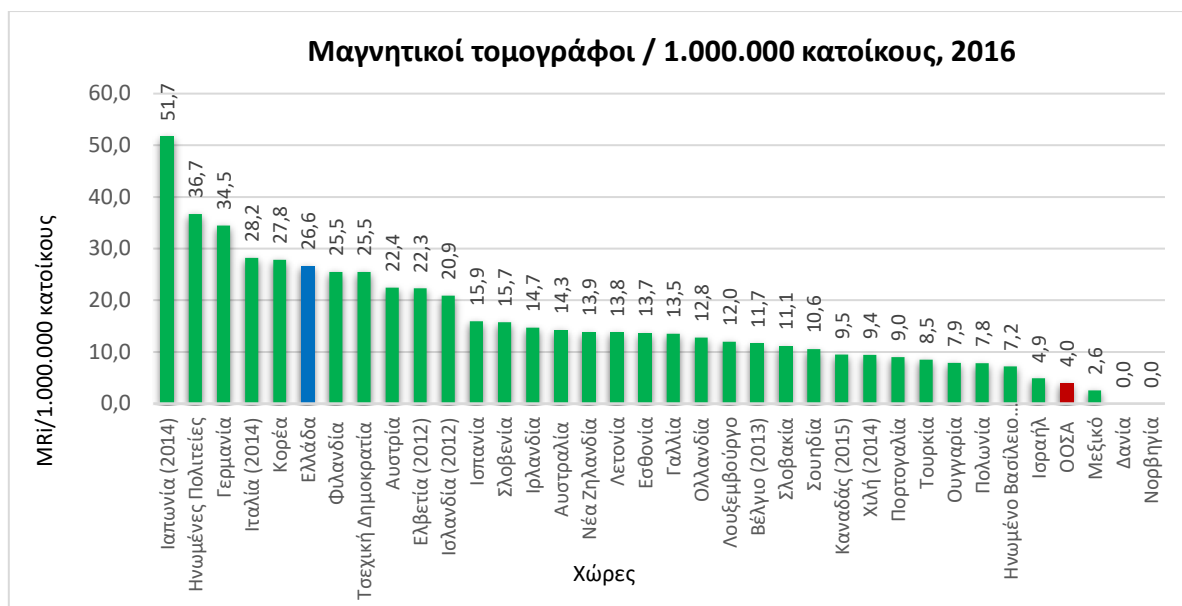
### *Μαγνητικοί τομογράφοι / 1.000.000 άτομα*

Η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) είναι μια τεχνική απεικόνισης που έχει σχεδιαστεί για να απεικονίζει τις εσωτερικές δομές του σώματος χρησιμοποιώντας μαγνητικά και ηλεκτρομαγνητικά πεδία τα οποία προκαλούν την επίδραση συντονισμού των ατόμων υδρογόνου. Η ηλεκτρομαγνητική εκπομπή που δημιουργείται επεξεργάζεται από έναν ειδικό υπολογιστή για την παραγωγή των εικόνων των δομών του σώματος. Οι μονάδες μαγνητικής τομογραφίας βοηθούν τους ιατρούς να διαγνώσουν μια σειρά από συνθήκες, δημιουργώντας εικόνες εσωτερικών οργάνων και δομών του σώματος. Ο δείκτης MRI μετράται με βάση τους αριθμούς εξοπλισμού ανά 1.000.000 κατοίκους. Παρουσιάζεται συνολικά και κατανέμεται μεταξύ των νοσοκομείων, κυρίως νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, και των παρόχων περιπατητικής περίθαλψης (κυρίως στις εγκαταστάσεις εξωτερικών ασθενών) (OECD, 2018ε).

Δεν υπάρχει γενική κατευθυντήρια γραμμή ή σημείο αναφοράς σχετικά με το ιδανικό αριθμό μονάδων MRI ανά πληθυσμό. Ωστόσο, εάν υπάρχουν πολύ λίγες μονάδες, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα πρόσβασης όσον αφορά τη γεωγραφική εγγύτητα ή την αναμονή. Αντιθέτως, εάν υπάρχουν πάρα πολλές μονάδες, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική χρήση αυτών των δαπανηρών διαγνωστικών διαδικασιών, με ελάχιστα ή και καθόλου οφέλη για τους ασθενείς. Τα δεδομένα στις περισσότερες χώρες καλύπτουν μονάδες μαγνητικής τομογραφίας στα νοσοκομεία και εξωνοσοκομειακά, αλλά η κάλυψη είναι πιο περιορισμένη σε μερικές χώρες. Για παράδειγμα, δεν περιλαμβάνονται εξωνοσοκομειακά δεδομένα για MRI για το Βέλγιο, την Ελβετία, την Πορτογαλία, και την Σουηδία, ενώ για το Ηνωμένο Βασίλειο, τα δεδομένα περιλαμβάνουν μόνο τον εξοπλισμό στον δημόσιο τομέα. Για την Αυστραλία και την Ουγγαρία, ο αριθμός των μονάδων MRI περιλαμβάνει μόνο εκείνες που είναι επιλέξιμες για δημόσια αποζημίωση, ενώ στην Κορέα και την Ολλανδία περιλαμβάνουν μόνο τις εξετάσεις που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο (OECD, 2017δ).

Το 2016, η Ιαπωνία κατατάχθηκε στην πρώτη θέση της μεταβλητής μαγνητικοί τομογράφοι ανά 1.000.000 κάτοικους με 51,7 μονάδες MRI, ενώ ακολουθούν οι Ηνωμένες Πολιτείες με 36,7 μονάδες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους και η Γερμανία με 34,5 μονάδες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους. Ένα σύνολο οκτώ χωρών έχει μεταξύ 28 και 21 μονάδες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους και στις χώρες αυτές ανήκει και η Ελλάδα με 26,6 μονάδες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους. Τέλος, το Μεξικό έχει μόλις 2,6 μονάδες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους, κάτω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, 4,0, ενώ δεν υπάρχουν στοιχεία για τη Δανία και τη Νορβηγία (Διάγραμμα 8).

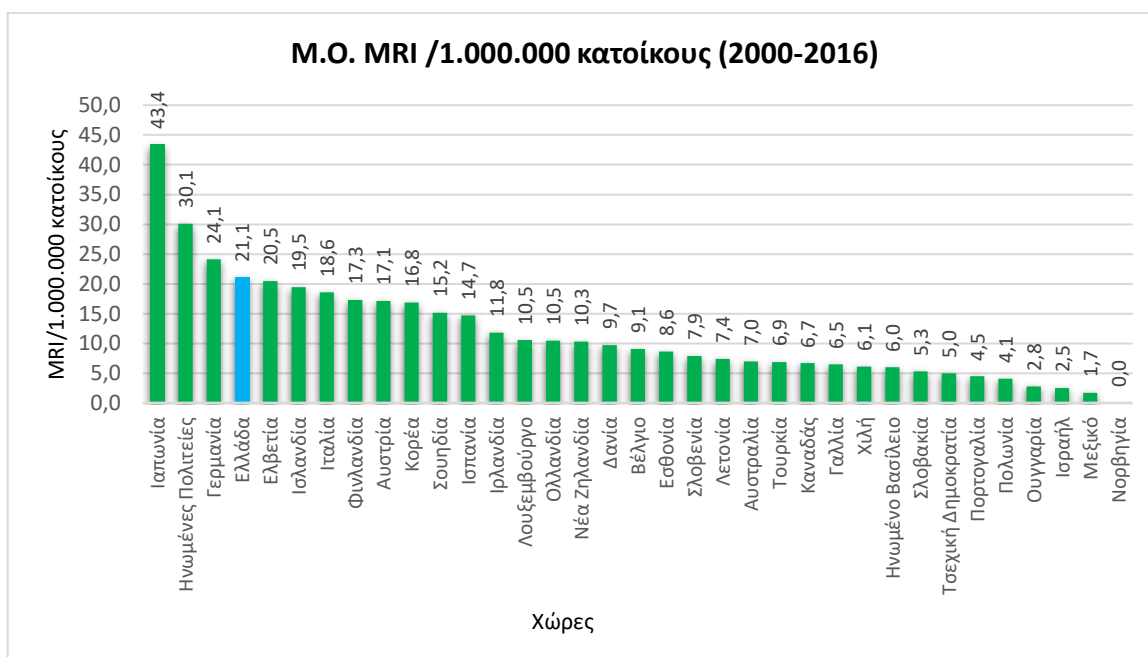




**Διάγραμμα 8: Μαγνητικοί τομογράφοι / 1.000.000 κατοίκους, 2016**

Πηγή: OECD (2018α)

Για την περίοδο 2000-2016, η Ιαπωνία έχει τον υψηλότερο μέσο όρο MRI ανά 1,000,000 κατοίκους (43,4) και ακολουθούν οι Ηνωμένες Πολιτείες (30,1), η Γερμανία (24,1) και η Ελλάδα (21,1) MRI ανά 1,000,000 κατοίκους. Ο χαμηλότερος μέσος όρος MRI ανά 1,000,000 κατοίκους, 1,7, ανήκει στο Μεξικό, ενώ δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία για τη Νορβηγία (Διάγραμμα 9).



**Διάγραμμα 9: Μ.Ο. Μαγνητικών τομογράφων/1.000.000 κατοίκους (2000-2016)**

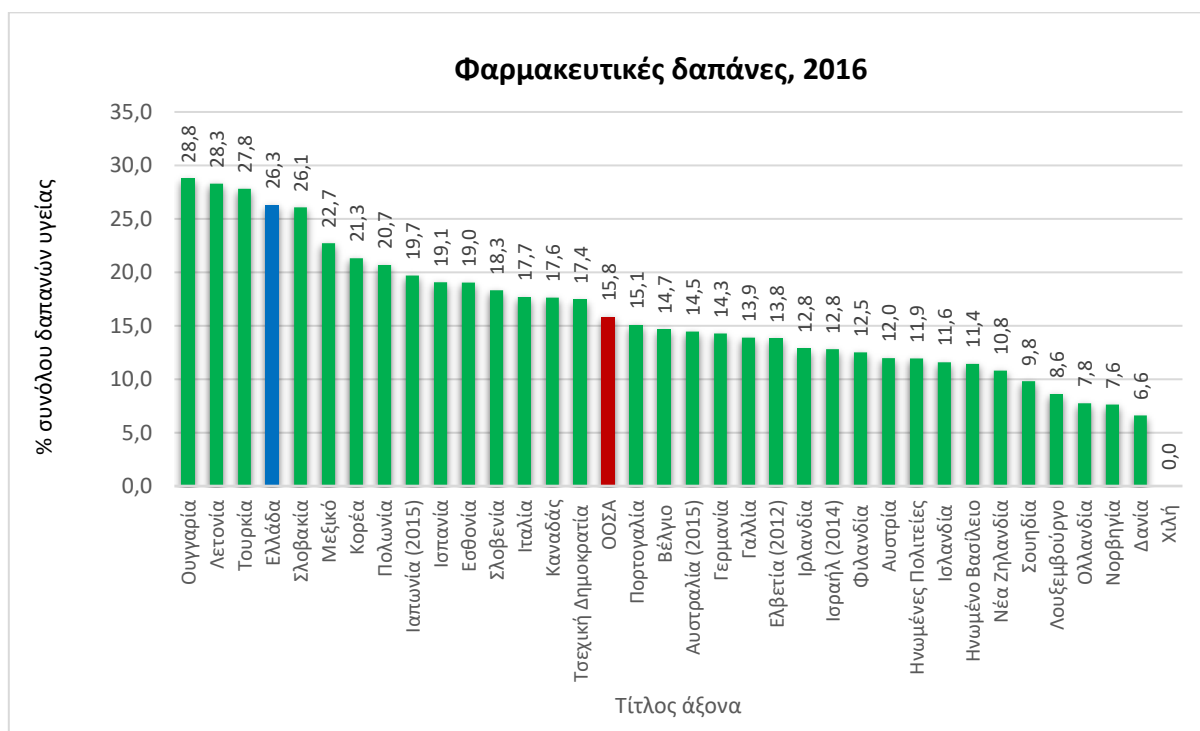
Πηγή: OECD (2018α) και ίδια επεξεργασία

### *Φαρμακευτικές δαπάνες*

Οι φαρμακευτικές δαπάνες καλύπτουν τις δαπάνες για τα φάρμακα που χορηγούνται με ή χωρίς ιατρική συνταγή. Σε ορισμένες χώρες συμπεριλαμβάνονται επίσης και άλλα ιατρικά μη διαρκή αγαθά. Τα φαρμακευτικά προϊόντα που καταναλώνονται στα νοσοκομεία και σε άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης εξαιρούνται. Οι τελικές δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα περιλαμβάνουν περιθώρια χονδρικής και λιανικής πώλησης και φόρο προστιθέμενης αξίας. Οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες αναφέρονται στις περισσότερες χώρες στις "καθαρές" δαπάνες, δηλαδή προσαρμοσμένες στις πιθανές εκπτώσεις που καταβάλλουν οι κατασκευαστές, οι χονδρέμποροι ή τα φαρμακεία. Ο δείκτης αυτός μετριέται ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, σε δολάρια ΗΠΑ ανά κάτοικο με χρήση ισοτιμιών αγοραστικής δύναμης σε δολάρια ΗΠΑ σε ολόκληρη την οικονομία, και ως ποσοστό του ΑΕΠ (OECD, 2018ζ).

Τα φαρμακευτικά προϊόντα διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στο σύστημα υγείας. Οι φορείς χάραξης πολιτικής πρέπει να εξισορροπήσουν την πρόσβαση των νέων φαρμάκων, παρέχοντας ταυτόχρονα τα κατάλληλα κίνητρα στη βιομηχανία και αναγνωρίζοντας ότι οι προϋπολογισμοί της υγειονομικής περίθαλψης είναι περιορισμένοι. Μετά τη νοσοκομειακή περίθαλψη και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τα φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσωπεύουν την τρίτη μεγαλύτερη δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη, περίπου το 16% των δαπανών για την υγεία κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ το 2015. Παρόμοια με άλλες λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης, το κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων καλύπτεται κατά κύριο λόγο από την χρηματοδότηση από την κυβέρνηση ή μέσω υποχρεωτικής ασφάλισης. Σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, τα συστήματα αυτά καλύπτουν κατά μέσο όρο περίπου το 57% όλων των φαρμακευτικών δαπανών λιανικής πώλησης, ενώ οι δαπάνες Out of pocket με 39% και η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση με 4% χρηματοδοτούν το υπόλοιπο μέρος. Γενικότερα, η κάλυψη είναι πιο γενναιόδωρη στη Γερμανία και το Λουξεμβούργο, όπου τα κυβερνητικά και υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης καλύπτουν το 80% ή περισσότερο όλων των φαρμακευτικών δαπανών. Αντιθέτως, σε οκτώ χώρες του ΟΟΣΑ, τα δημόσια ή υποχρεωτικά συστήματα καλύπτουν λιγότερο από το 50% του ποσού που δαπανήθηκε για τα φάρμακα. Αυτή είναι η περίπτωση για την Πολωνία (34%), τη Λετονία (35%), τον Καναδά (36%) και τις Ηνωμένες Πολιτείες (36%). Σε αυτές τις χώρες, η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση ή οι δαπάνες out of pocket διαδραματίζουν πολύ μεγαλύτερο ρόλο στη χρηματοδότηση φαρμακευτικών προϊόντων (OECD, 2017ε).

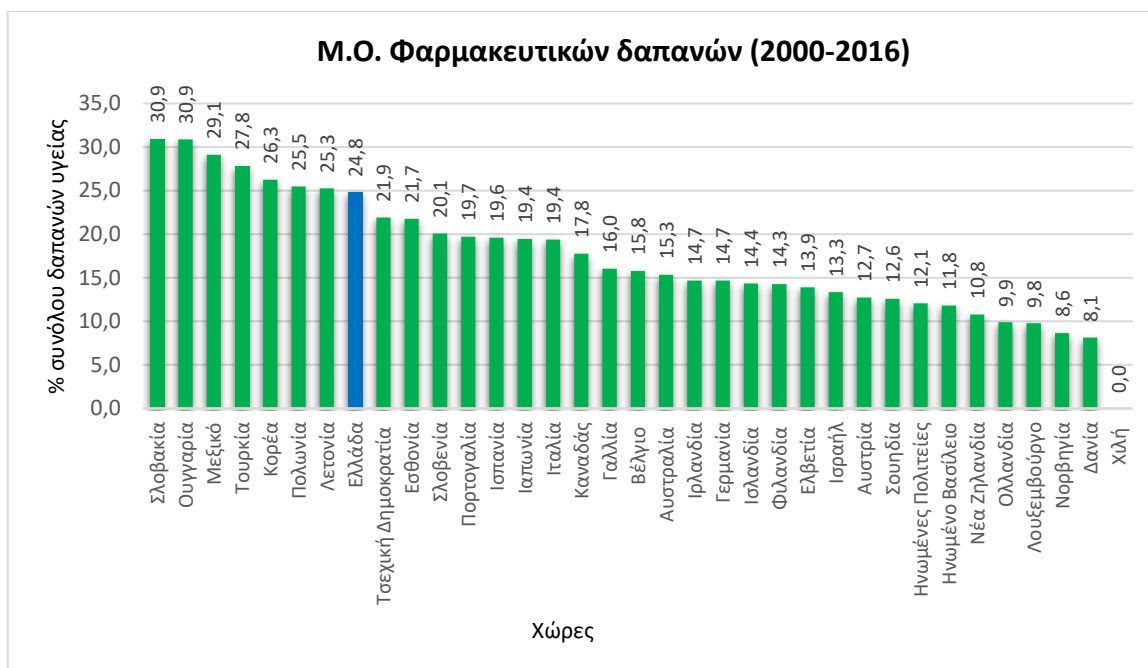
Το 2016, το υψηλότερο ποσοστό φαρμακευτικών δαπανών ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας, 28,8, ανήκει στην Ουγγαρία, ενώ ακολουθούν η Λετονία (28,3), η Τουρκία (27,8) και η Ελλάδα (26,3). Ο μέσος όρος των φαρμακευτικών δαπανών ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 15,8, ενώ τα ποσοστά κάτω του 10% έχουν η Σουηδία (9,8), το Λουξεμβούργο (8,6), η Ολλανδία (7,8),. Η Νορβηγία (7,6) και η Δανία (6,60, ενώ δεν υπάρχουν στοιχεία για την Χιλή (Διάγραμμα 10).



**Διάγραμμα 10: Φαρμακευτικές δαπάνες, 2016**

Πηγή: OECD (2018α)

Το διάστημα 2000-2016, ο υψηλότερος μέσος όρος φαρμακευτικών δαπανών ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας, 30,9, ανήκει στη Σλοβακία και την Ουγγαρία, ενώ ακολουθούν το Μεξικό (29,1) και η Τουρκία (27,8). Ο μέσος όρος φαρμακευτικών δαπανών ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας για την Ελλάδα υπολογίστηκε στο 24,8, ενώ οι χαμηλότεροι μέσοι όροι ανήκουν στην Ολλανδία (9,9), το Λουξεμβούργο (9,8), τη Νορβηγία (8,6), και τη Δανία (8,1), ενώ δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία για την Χιλή (Διάγραμμα 11).



**Διάγραμμα 11: Μ.Ο. Φαρμακευτικών δαπανών (2000-2016)**

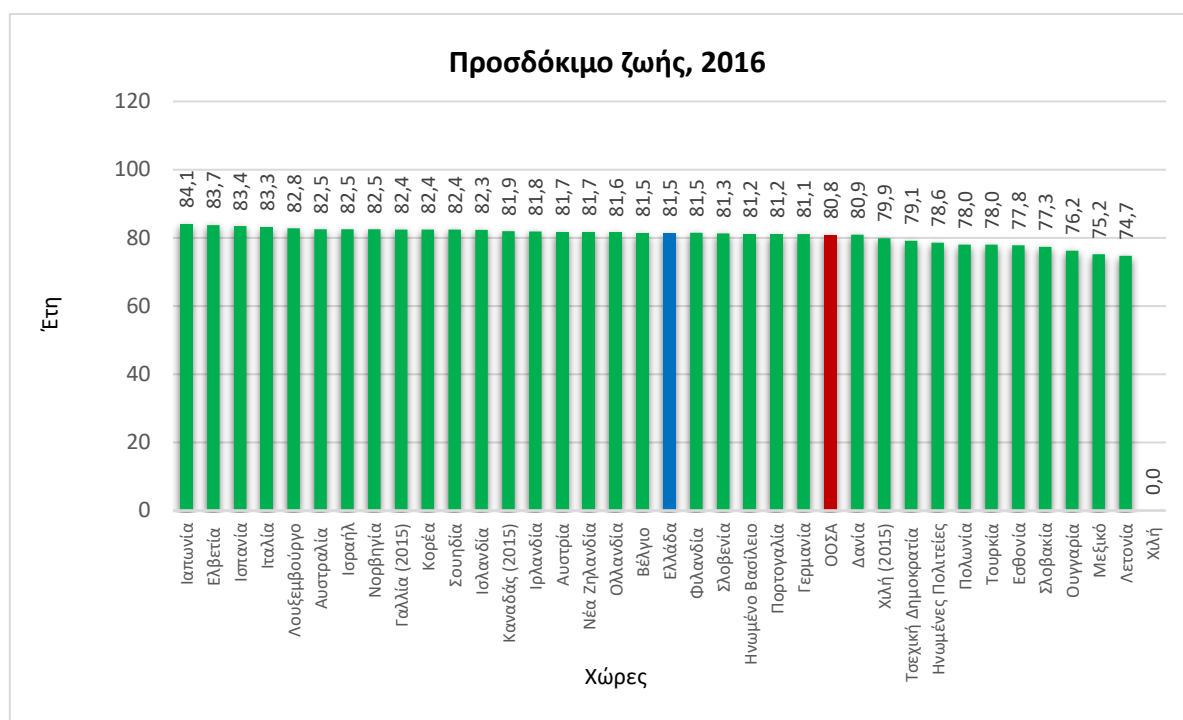
Πηγή: OECD (2018α) και ίδια επεξεργασία

### Προσδόκιμο ζωής

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μετρά για πόσο καιρό κατά μέσο όρο, οι άνθρωποι θα ζούσαν με βάση ένα συγκεκριμένο σύνολο ειδικών δεικτών θνησιμότητας. Ωστόσο, τα πραγματικά ποσοστά θανάτου οποιασδήποτε γέννησης δεν μπορούν να είναι γνωστά εκ των προτέρων. Εάν τα ποσοστά θνησιμότητας ανά ηλικία μειώνονται, όπως συμβαίνει κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η πραγματική διάρκεια ζωής θα είναι υψηλότερη από το προσδόκιμο ζωής με βάση τα τρέχοντα ποσοστά θνησιμότητας. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του προσδόκιμου ζωής μπορεί να διαφέρει ελαφρά μεταξύ των χωρών, γεγονός που μπορεί να αλλάξει τις εκτιμήσεις μιας χώρας κατά ένα κλάσμα ενός έτους. Γενικότερα, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τον συνολικό πληθυσμό υπολογίζεται από τη Γραμματεία του ΟΟΣΑ για όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, χρησιμοποιώντας το μέσο σταθμισμένο μέσο όρο προσδόκιμου ζωής ανδρών και γυναικών (OECD, 2017ζ).

Το 2016, το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, 84,1 έτη, παρατηρείται στην Ιαπωνία, και ακολουθούν η Ελβετία με 83,7 έτη, η Ισπανία με 83,4 έτη, και η Ιταλία με 83,3. Ένα σύνολο είκοσι χωρών έχει προσδόκιμο ζωής μεταξύ 82,8 και 81,1 έτη, και στις χώρες αυτές ανήκει και η Ελλάδα με προσδόκιμο ζωής 81,5 έτη, υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του

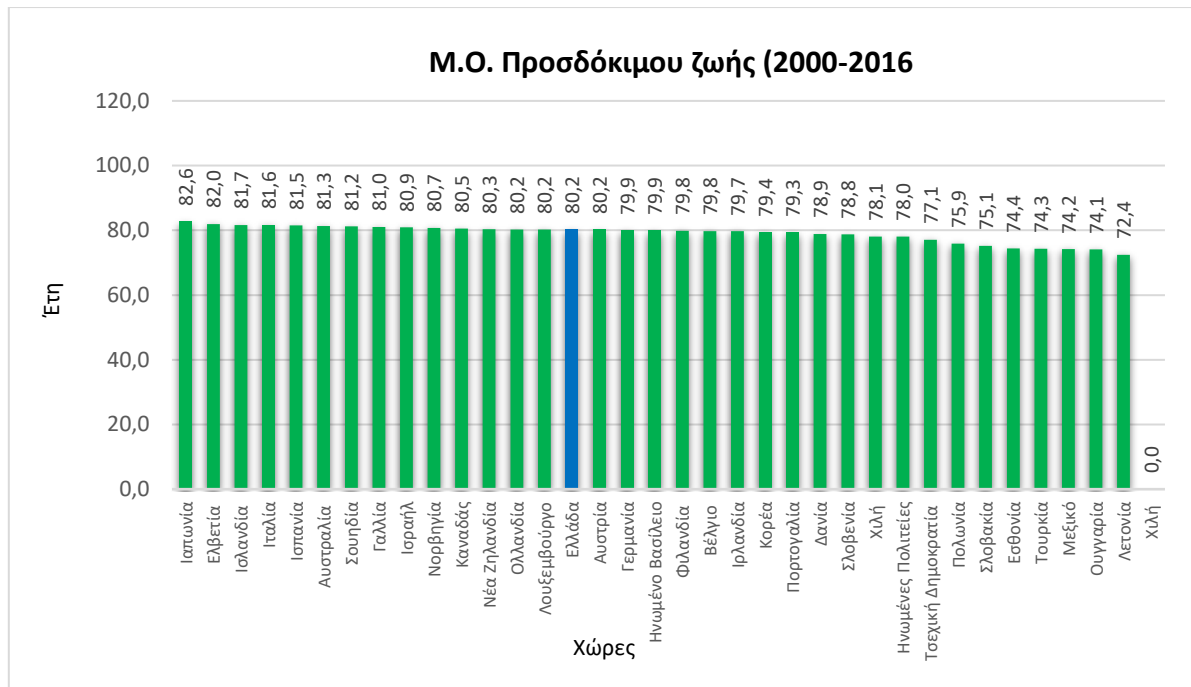
ΟΟΣΑ, 80,8 έτη. Τέλος, δείκτες κάτω των 76 ετών έχουν το Μεξικό (75,2 έτη) και η Λετονία (74,7), ενώ δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία για την Χιλή (Διάγραμμα 12).



**Διάγραμμα 12: Προσδόκιμο ζωής, 2016**

Πηγή: OECD (2018α)

Την περίοδο 2000-2016, ο υψηλότερος μέσος όρος προσδόκιμου ζωής ανήκει στην Ιαπωνία με 82,6 έτη, ενώ ακολουθούν η Ελβετία με 82,0 έτη, η Ισλανδία με 81,7 έτη, η Ιταλία με 81,6 έτη και η Ισπανία με 81,5 έτη. Η Ελλάδα έχει μέσο όρο προσδόκιμου ζωής 80,2 έτη, ενώ μέσοι όροι κάτω των 75,0 ετών παρατηρούνται στην Εσθονία (74,4), την Τουρκία (74,3), το Μεξικό (74,2), την Ουγγαρία (74,1) και τη Λετονία (72,4), ενώ δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία για την Χιλή (Διάγραμμα 13).



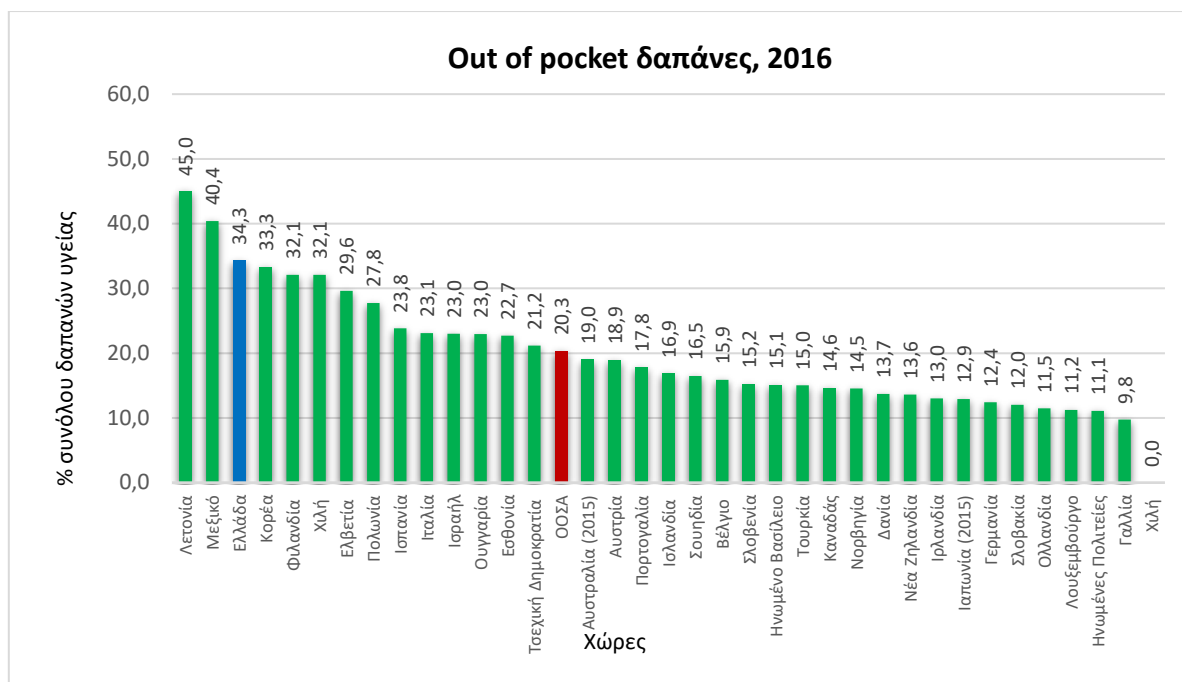
**Διάγραμμα 13: Μ.Ο. Προσδόκιμου ζωής (2000-2016)**

Πηγή: OECD (2018a)

### *Out of pocket* δαπάνες

Οι *out of pocket* δαπάνες είναι δαπάνες που πραγματοποιούνται απευθείας από έναν ασθενή, όπου ούτε υποχρεωτική ούτε η προαιρετική ασφάλιση καλύπτει το πλήρες κόστος της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας. Οι δαπάνες αυτές Περιλαμβάνουν την κατανομή κόστους των δαπανών που καταβάλλονται απευθείας από ιδιωτικά νοικοκυριά και θα πρέπει να περιλαμβάνουν και εκτιμήσεις των άτυπων πληρωμών στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Αν η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται περισσότερο από τέτοιου είδους δαπάνες, τότε το βάρος της χρηματοδότησης μετατοπίζεται προς την κατεύθυνση εκείνων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες περισσότερο, και ενδεχομένως σε ομάδες ατόμων χαμηλού εισοδήματος, όπου οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης είναι συνήθως μεγαλύτερες. Στην πράξη, πολλές χώρες διαθέτουν δίκτυ ασφαλείας για την προστασία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού (π.χ. φτωχοί, ηλικιωμένοι ή άτομα με χρόνια νοσήματα ή αναπηρίες) από υπερβολικές *out of pocket* δαπάνες (OECD, 2017η).

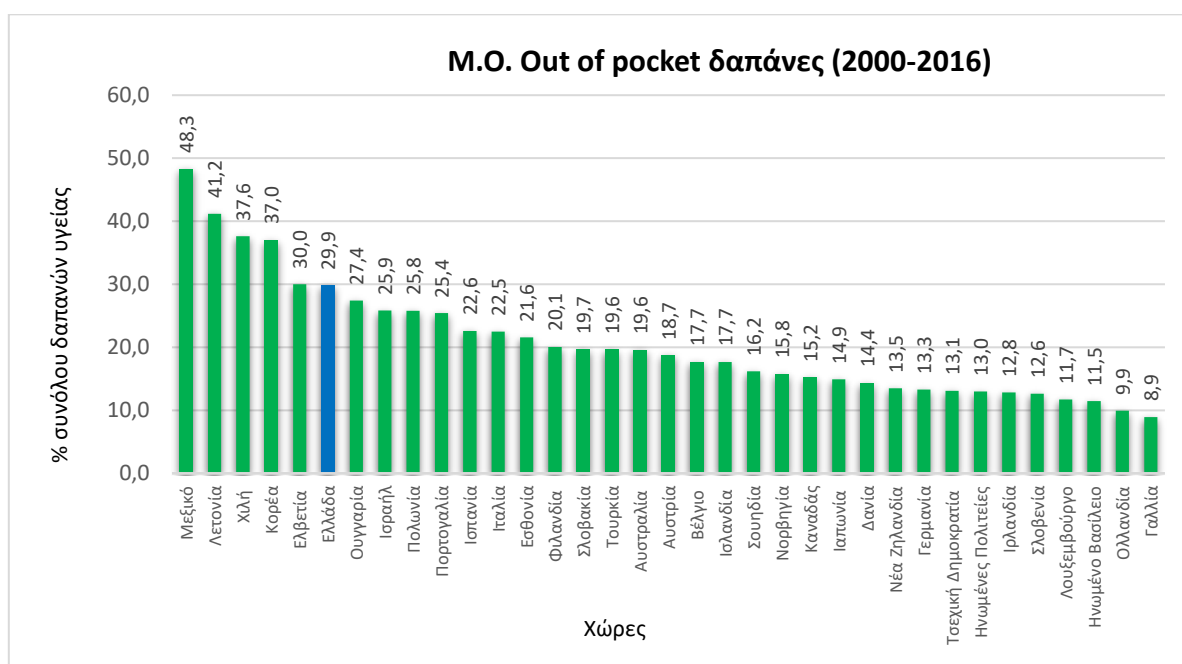
Το 2016, η Λετονία δαπάνησε το 45,0% των συνολικών δαπανών υγείας σε δαπάνες *out of pocket*, ενώ ακολουθούν το Μεξικό με 40,4% και η Ελλάδα με 34,3%. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 20,3%, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό 9,8% ανήκει στη Γαλλία. Τέλος, δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία για την Χιλή (Διάγραμμα 14).



**Διάγραμμα 14: Out of pocket δαπάνες, 2016**

Πηγή: OECD (2018α)

Το διάστημα 2000-2016, ο υψηλότερος μέσος όρος δαπανών out of pocket επί των συνολικών δαπανών υγείας 48,3% ανήκει στο Μεξικό και ακολουθεί η Λετονία με 41,2%. Η Ελλάδα έχει μέσο όρο δαπανών out of pocket 29,9% επί των συνολικών δαπανών υγείας ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος 8,9% ανήκει στη Γαλλία (Διάγραμμα 15).



**Διάγραμμα 15: Μ.Ο. Out of pocket δαπάνες (2000-2016)**

Πηγή: OECD (2018α)

### **Αποτελέσματα ανάλυσης παλινδρόμησης**

Πραγματοποιήθηκαν 17 παρατηρήσεις για τις χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός της Ελλάδας. Η πρώτη εκτίμηση από την ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τις χώρες του ΟΟΣΑ είναι ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή  $x_5$ , φαρμακευτικές δαπάνες, και η ανεξάρτητη μεταβλητή  $x_7$ , out of pocket δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, είναι στατιστικά σημαντικές εφόσον  $p = 0,021$  και  $0,025$ , αντίστοιχα, και άρα  $p \leq 0,05$ . Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές δεν είναι στατιστικά σημαντικές διότι δεν ισχύει η προϋπόθεση  $p \leq 0,05$ . Αναφορικά με τη στατιστική σημαντικότητα  $F < 0,1$  καλύπτεται δεδομένου ότι  $F = 0,0000216$ . Ακόμα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές παράγουν συντελεστή παλινδρόμησης  $r = 0,97755$  και επεξηγούν το 95,6% των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής  $Y$  δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (Πίνακας 1).

Πραγματοποιήθηκαν 17 παρατηρήσεις για την Ελλάδα. Η πρώτη εκτίμηση από την ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για την Ελλάδα είναι ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή  $x_2$ , γιατροί/1.000 άτομα, και η ανεξάρτητη μεταβλητή  $x_6$ , προσδόκιμο ζωής, είναι στατιστικά σημαντικές εφόσον  $p = 0,044$  και  $0,028$ , αντίστοιχα, και άρα  $p \leq 0,05$ . Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές δεν είναι στατιστικά σημαντικές διότι δεν ισχύει η προϋπόθεση  $p \leq 0,05$ . Αναφορικά με τη στατιστική σημαντικότητα  $F < 0,1$  καλύπτεται δεδομένου ότι  $F = 0,0180584$ . Ακόμα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές παράγουν συντελεστή παλινδρόμησης  $r = 0,88547$  και επεξηγούν το 78,4% των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής  $Y$  δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (Πίνακας 2).



**Πίνακας 1 Αποτελέσματα ανάλυσης παλινδρόμησης για τις χώρες του ΟΟΣΑ**

<i>Στατιστικά παλινδρόμησης</i>	
Πολλαπλό R	0,97755
R Τετράγωνο	0,95561
Προσαρμοσμένο R Τετράγωνο	0,92108
Τυπικό σφάλμα	5,60456
Μέγεθος δείγματος	17

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ**

	<i>Df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Σημαντικότητα F</i>
Παλινδρόμηση	7	6085,545	869,364	27,677	0,0000216
Υπόλοιπο	9	282,700	31,411		
Σύνολο	16	6368,245			

	<i>Συντελεστές</i>	<i>Τυπικό σφάλμα</i>	<i>t</i>	<i>πιμή-P</i>	<i>Κατώτερο 95%</i>	<i>Υψηλότερο 95%</i>	<i>Κατώτερο 95,0%</i>	<i>Υψηλότερο 95,0%</i>
Τεταγμένη επί την αρχή	-60,074	608,310	-0,099	0,923	-1436,167	1316,018	-1436,167	1316,018
Καθημερινοί καπνιστές (X1)	0,014	0,049	0,282	0,784	-0,097	0,124	-0,097	0,124
Γιατροί/1000 άτομα (X2)	0,790	1,341	0,589	0,571	-2,245	3,824	-2,245	3,824
Υπέρβαρος / Παχύσαρκος πληθυσμός (X3)	-0,036	0,036	-0,979	0,353	-0,118	0,047	-0,118	0,047
Μαγνητικοί τομογράφοι / 1.000.000 άτομα (X4)	0,014	0,106	0,130	0,899	-0,225	0,253	-0,225	0,253
Φαρμακευτικές δαπάνες (X5)	0,112	0,040	2,785	0,021	0,021	0,203	0,021	0,203
Προσδόκιμο ζωής (X6)	6,097	7,855	0,776	0,458	-11,672	23,866	-11,672	23,866
ΟΟΡ δαπάνες % ΑΕΠ (X7)	-0,373	0,138	-2,709	0,024	-0,684	-0,061	-0,684	-0,061

**Πίνακας 2 Αποτελέσματα ανάλυσης παλινδρόμησης για την Ελλάδα**

<i>Στατιστικά παλινδρόμησης</i>	
Πολλαπλό R	0,88547
R Τετράγωνο	0,78406
Προσαρμοσμένο R Τετράγωνο	0,61611
Τυπικό σφάλμα	0,41157
Μέγεθος δείγματος	17

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ

	<i>Df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Σημαντικότητα F</i>
Παλινδρόμηση	7	5,535	0,791	4,668	0,0180584
Υπόλοιπο	9	1,525	0,169		
Σύνολο	16	7,06			

	<i>Συντελεστές</i>	<i>Τυπικό σφάλμα</i>	<i>t</i>	<i>τιμή-P</i>	<i>Κατώτερο 95%</i>	<i>Υψηλότερο 95%</i>	<i>Κατώτερο 95,0%</i>	<i>Υψηλότερο 95,0%</i>
Τεταγμένη επί την αρχή	83,383	30,844	2,703	0,024	13,609	153,157	13,609	153,157
Καθημερινοί καπνιστές (X1)	-0,023	0,010	-2,196	0,056	-0,046	0,001	-0,046	0,001
Γιατροί/1000 άτομα (X2)	2,012	0,859	2,342	0,044	0,068	3,955	0,068	3,955
Υπέρβαρος / Παχύσαρκος πληθυσμός (X3)	0,050	0,026	1,907	0,089	-0,009	0,109	-0,009	0,109
Μαγνητικοί τομογράφοι / 1.000.000 (X4)	0,002	0,044	0,049	0,962	-0,098	0,102	-0,098	0,102
Φαρμακευτικές δαπάνες (X5)	-0,018	0,022	-0,803	0,443	-0,067	0,032	-0,067	0,032
Προσδόκιμο ζωής (X6)	-1,062	0,405	-2,620	0,028	-1,979	-0,145	-1,979	-0,145
ΟΟΡ δαπάνες % ΑΕΠ (X7)	-0,027	0,019	-1,379	0,201	-0,071	0,017	-0,071	0,017

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαγραμματική παρουσίαση των δευτερογενών δεδομένων από τη στατιστική βάση του ΟΟΣΑ για τις διάφορες εξεταζόμενες μεταβλητές ανέδειξε τα εξής συμπεράσματα:

- Το 2017, οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπάνησαν το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ σε δαπάνες υγείας (17,2%), ενώ έχουν και τον υψηλότερο μέσο όρο δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (15,4%) για την περίοδο 2000-2017. Για την ίδια περίοδο, ο μέσος όρος της Ελλάδας είναι 8,6% του ΑΕΠ, ενώ το 2017 δαπάνησε το 8,4% του ΑΕΠ, κάτω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ 8,9%.
- Αναφορικά με τον ρυθμό μεταβολής των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ διαπιστώθηκε ότι η υψηλότερη μεταβολή, +90%, για την περίοδο 2000-2017 ανήκει στην Κορέα, ενώ η Ελλάδα έχει ρυθμό μεταβολής +16,0% για το ίδιο διάστημα.
- Την υψηλότερη κατάταξη κατέχει η Ελλάδα στο ποσοστά καθημερινών καπνιστών για το 2014, 27,3%, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 19,0%. Ομοίως, η Ελλάδα κατατάσσεται στην υψηλότερη θέση το 2016 με 6,6 γιατρούς ανά 1,000 κατοίκους, υψηλότερα του μέσου όρου του ΟΟΣΑ 3,4 γιατροί ανά 1,000 κατοίκους,
- Αναφορικά με τον υπέρβαρο/παχύσαρκο πληθυσμό, οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ποσοστό 29,5% με βάση τα δεδομένα του 2014, ενώ η Ελλάδα κατέγραψε ποσοστό 17,0%, υψηλότερο του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, 15,1%.
- Η Ιαπωνία έχει τους υψηλότερους δείκτες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους με 51,7 μονάδες MRI και το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, 84,1 έτη, σύμφωνα με τα στοιχεία του 2016. Στις ίδιες κατηγορίες, η Ελλάδα έχει 26,6 μονάδες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους, πολύ υψηλότερα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, 4,0 MRI ανά 1.000.000 κάτοικους, ενώ το προσδόκιμο ζωής είναι 81,5 έτη, υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, 80,8 έτη.
- Η Ουγγαρία έχει το υψηλότερο ποσοστό φαρμακευτικών δαπανών ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας, 28,8 και η Ελλάδα έχει 26,3, υψηλότερα του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, 15,8. Ο μέσος όρος της Ελλάδας για το διάστημα 2000-2016 είναι 24,8.

- Τέλος, το 2016, στις δαπάνες out of pocket, η Λετονία δαπάνησε το 45,0% των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ η Ελλάδα δαπάνησε το 34,3%, υψηλότερο ποσοστό του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ 20,3%, και έχει μέσο όρο 29,9% για την περίοδο 2000-2016.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης έδειξαν ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή x5, φαρμακευτικές δαπάνες, και η ανεξάρτητη μεταβλητή x7, out of pocket δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, είναι στατιστικά σημαντικές για τις χώρες του ΟΟΣΑ εφόσον  $p = 0,021$  και  $0,025$ , αντίστοιχα, και άρα  $p \leq 0,05$ . Ακόμα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές παράγουν συντελεστή παλινδρόμησης  $r=0,97755$  και επεξηγούν το 95,6% των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής Y δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Για την Ελλάδα, η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή x2, γιατροί/1.000 άτομα, και η ανεξάρτητη μεταβλητή x6, προσδόκιμο ζωής, είναι στατιστικά σημαντικές εφόσον  $p = 0,044$  και  $0,028$ , αντίστοιχα, και άρα  $p \leq 0,05$ . Ακόμα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές παράγουν συντελεστή παλινδρόμησης  $r=0,88547$  και επεξηγούν το 78,4% των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής Y δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Και στις δύο αναλύσεις παλινδρόμησης η στατιστική σημαντικότητα  $F < 0,1$  καλύπτεται, ενώ πραγματοποιήθηκαν 17 παρατηρήσεις σε κάθε ανάλυση.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαγραμματικής παρουσίασης και των αναλύσεων παλινδρόμησης συμπεραίνεται ότι η Ελλάδα κατατάσσεται υψηλότερα του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ στις μεταβλητές καθημερινοί καπνιστές (27,3% έναντι 19,0%), στους γιατρούς ανά 1,000 κατοίκους (6,6 έναντι 3,4), στον υπέρβαρο/παχύσαρκο πληθυσμό (17,0% έναντι 15,1%), στις μονάδες MRI ανά 1.000.000 κάτοικους (26,6 έναντι 4,0), και στις φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας (26,3% έναντι 15,8%). Αντιθέτως, βρίσκεται κάτω του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ στη μεταβλητή δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (8,6% έναντι 8,9%), ενώ έχει και χαμηλό ρυθμό μεταβολής των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 16,0% για την περίοδο 2000-2017.

## **Περιορισμοί έρευνας**

Δεν υπάρχουν δεδομένα για όλα έτη, σε διάφορες μεταβλητές σε πολλές χώρες. Επιπλέον, αναφορικά με την μεταβλητή γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, τα αποτελέσματα για την Ελλάδα δεν είναι αξιόπιστα, καθώς περιλαμβάνονται στις μετρήσεις όλοι οι γιατροί με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, ανεξάρτητα από το εάν ασκούν την ειδικότητά τους ή όχι.



## Βιβλιογραφία

### ελληνική

- 1) Αναστασάκου, Ζ. Ν. (2013), «Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη - Πρόσφατες Εξελίξεις»
- 2) Ανδρεαδάκη Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων
- 3) ΙΟΒΕ Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2017
- 4) ΙΟΒΕ« Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016»
- 5) Κομποτιάτης Α «Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ»
- 6) Κουσουλάκου Χ, Βίτσου Ε. (2008). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα
- 7) Κυριόπουλος, Γ. (1997), «Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας»
- 8) Λιαρόπουλος, Α. (2007), «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας»
- 9) Μπιδικουδής Π. «Δαπάνες Υγείας Και Οικονομική Ανάπτυξη»
- 10) Νεκτάριος Μ.(2003). Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση.
- 11) Πάβη Ε. (2010). Η Επένδυση στην Υγεία σε Περιόδους Οικονομικής Κρίσης
- 12) Ρούπας Θ.(2006). Ιδιωτική Ασφάλιση και υπηρεσίες υγείας
- 13) Σίσκου Ο. (2006). Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα
- 14) Σούλης Σ. (1998), Οικονομική της υγείας
- 15) Σούλης Σ. (1999). Οικονομική της υγείας
- 16) Σουλιώτης Κ. (2000). Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας
- 17) Σύγκριση πολιτικών υγείας στην Ευρωπαϊκή ένωση Μπατάκης Δ.
- 18) Τουλιιάς Χ. «φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα την περίοδο 2005 - 2015 & πως αυτές επηρεάστηκαν από την κρίση του 2010»
- 19) Χατζηγώγου Κ. Η αγορά γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα και σε χώρες του ΟΟΣΑ

### ξενόγλωσση

- 1) Aaron HJ. (The Unsurprising Surprise of Renewed Health Care Cost Inflation. Health Aff (Millwood). Web Exclusive. 23 January 2002. Accessed at <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w2.85v1 /DC1> on 3 April 2005.)
- 2) Aaron HJ. Serious and Unstable Condition. Washington DC: The Brookings Institution; 1991.
- 3) Baker L, Birnbaum H, Geppert J, Mishol D, Moyneur E. The relationship between technology availability and health care spending. Health Aff (Millwood). Web Exclusive. 5 November 2003. W3-537-551. Accessed at <http://content>

- 4) Boehm, F. & Joerges, J. (2008) *Costs of Corruption: Everyone Pays – And the Poor More than Others*. Eschborn: GTZ
- 5) Chernew ME, Hirth RA, Sonnad SS, Ermann R, Fendrick AM. *Managed care, medical technology, and health care cost growth: a review of the evidence*. *Med Care Res Rev*. 1998;55:259-88. [PMID: 9727299]
- 6) Chernew, M.E., Sabik, L., Chandra, A., Newhouse, J.P. (2009) *Would Having More Primary Care Doctors Cut Health Spending Growth?* *Health Affairs* 2
- 7) Cutler DM, McClellan M. *Is technological change in medicine worth it?* *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:11-29
- 1) E. Docteur and H. Oxley, “Health-System Reform: Lessons from Experience,” chap. 1 in *OECD, Towards High-Performing Health Systems (Paris: OECD Publications, 2004)*.
- 2) E. Meara, C. White, and D.M. Cutler, “Trends in Medical Spending by Age, 1963–2000,” *Health Affairs* 23, no. 4 (2004)
- 8) *EFPIA Manifesto for an Integrated Life Sciences Strategy in Europe “A vision towards a life sciences strategy for Europe, Brussels 2014”*
- 9) *EGA – European Generic Medicines Association (2011), Market Review – The European Generic Medicines Markets, EGA*.
- 3) *European Commission (2009). Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy*
- 10) *European Parliament, 2006, “An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm”*.
- 11) *European Union, 2009, “First progress report on the implementation of the EU Alcohol strategy”*. 4*European Parliament, 2006, “An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm”*.
- 12) *European Union, 2009, “First progress report on the implementation of the EU Alcohol strategy”*.
- 13) *Figueiredo Filho, D.B., Paranhos, R., Rocha, E.C.D., Batista, M., Silva Jr, J.A.D., Santos, M.L.W.D. and Marino, J.G., (2013). When is statistical significance not significant? Brazilian Political Science Review, 7(1), pp.31-55.*
- 14) *Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. Ann Intern Med. 2003;138:288-98.*
- 15) *Fuchs VR, Sox HC Jr. Physicians’ views of the relative importance of thirty medical innovations. Health Aff (Millwood). 2001;20:30-42. [PMID: 11558715]*
- 16) *Gelijns A, Rosenberg N. The dynamics of technological change in medicine. Health Aff (Millwood). 1994;13:28-46. [PMID: 7927160]*
- 17) *Grumbach, K., Vranizan, K., and Bindman, A.B. (1997) Physician supply and access to care in urban communities. Health Affairs*
- 18) *H.J. Aaron and W.B. Schwartz, The Painful Prescription: Rationing Hospital*



- Care* (Washington: Brookings Institution, 1984).
- 19) Hamalailen P., Doupi P., Hypponen H., (2008), “e-Health Policy and Deployment in the European Union. Review and Analysis of Progress”, STAKES, Reports 26/2008, Helsinki 2008
  - 20) Huber M., Orosz E.(2003). *Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001*. *Health care financing review* 25(1): 1-22.
  - 21) International monetary fund (2009). *Global Economic Slump Challenges policies*. 2009.
  - 22) Jakusovaite, I., Darulis, Z., Zekas, R. (2005): *Lithuanian health care in transition state: ethical problems*. *BMC Public Health* 5:117-12
  - 23) Kim M, Blendon RJ, Benson JM. *How interested are Americans in new medical technologies? A multicountry comparison*. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20:194-201. [PMID: 11558703]
  - 24) Kutzin J.(1998). *The appropriate role for patient cost sharing in Saltman R.B., Figueras J., Sakellariadis C. Critical challenges for health care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press
  - 25) Lewis, M. (2000) *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia*
  - 26) *MEDICINE AND PUBLIC ISSUES* [7 JUNE 2005] *High and Rising Health Care Costs. Part 2: Technologic Innovation* Thomas Bodenheimer, MD
  - 27) Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005) *Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia*. *Health Economics*
  - 28) Newhouse JP. *An iconoclastic view of health cost containment*. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12 Suppl:152-71. [PMID: 8477929]
  - 29) Organisation for Economic Cooperation and Development. *A Disease-Based Comparison of Health Systems*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2003. Accessed at [www.oecd.org](http://www.oecd.org) on 7 December 2004.
  - 30) Rădulescu, I.G, Alexandru, G., Miu, A. (2008) *Inside the Core of Corruption from the Health System*
  - 31) Rubin, R.J. & Mendelson, D.N. (1997) “Cost sharing in health insurance”, *N Engl J Med*. 1995 Sep 14;333(11):733-4
  - 32) Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L. (2008) *Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins*. *Health Policy*
  - 33) Tsirona, S., Galanis, P.A., Siskou, O.C., Mladovsky, P., Kouli, E.G., Prezerakos, P.E., Theodorou, M., Sourtzi P.A., Liaropoulos, L.L. (2013) *Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece*. *Health Policy*
  - 34) United Nations Development Programme (UNDP) (2011) *Fighting Corruption in the Health Care Sector. Methods, Tools and Good Practices*. UNDP, Bureau for Development Policy, One United Nations Plaza, New York, USA
  - 35) United States Agency for International Development (USAID) (2013) *Corruption in Health Sectors of Low- and Middle- Income Countries. A report on preliminary findings from a survey of health sector leaders and managers in 95 countries*
  - 36) Vogler, S. (2012), “The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on

*Διαδικτυακές πηγές*

- 1) OECD (2018). *Health Spending*. Διαθέσιμο: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>
- 2) OECD (2018α). *OECD Health Statistics 2018*. Διαθέσιμο: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- 3) OECD (2018β) *Daily Smokers*. Διαθέσιμο: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>
- 4) OECD (2018γ). *Doctors*. Διαθέσιμο: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>
- 5) OECD (2018δ). *Overweight or obese population*. Διαθέσιμο: <https://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm#indicator-chart>
- 6) OECD (2018ε). *Medical technologies*. Διαθέσιμο: <https://data.oecd.org/healtheq/magnetic-resonance-imaging-mri-units.htm#indicator-chart>
- 7) OECD (2018ζ). *Pharmaceutical spending*. Διαθέσιμο: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>
- 8) OECD (2017). *Health expenditure in relation to GDP*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2015-60-en.pdf?expires=1543569500&id=id&accname=guest&checksum=F90F1A3D9CDE751BFD380F336238026D](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-60-en.pdf?expires=1543569500&id=id&accname=guest&checksum=F90F1A3D9CDE751BFD380F336238026D)
- 9) OECD (2017α). *Smoking among adults*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-16-en.pdf?expires=1543569306&id=id&accname=guest&checksum=CC15F6C80F4C2D5A9B4CD15028BC0382](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-16-en.pdf?expires=1543569306&id=id&accname=guest&checksum=CC15F6C80F4C2D5A9B4CD15028BC0382)
- 10) OECD (2017β). *Doctors (overall number)*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-52-en.pdf?expires=1543569415&id=id&accname=guest&checksum=7EF28830FF9937CC1510DF13DBEDAF74](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-52-en.pdf?expires=1543569415&id=id&accname=guest&checksum=7EF28830FF9937CC1510DF13DBEDAF74)
- 11) OECD (2017γ). *Overweight and obesity among adults*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-21-en.pdf?expires=1543573083&id=id&accname=guest&checksum=9D2E516623863D41096395CE5CE72FC4](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-21-en.pdf?expires=1543573083&id=id&accname=guest&checksum=9D2E516623863D41096395CE5CE72FC4)
- 12) OECD (2017δ). *Medical technologies*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-61-en.pdf?expires=1543575557&id=id&accname=guest&checksum=5BE9B5BE4BAAF827827BB470FC73656C](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-61-en.pdf?expires=1543575557&id=id&accname=guest&checksum=5BE9B5BE4BAAF827827BB470FC73656C)
- 13) OECD (2017ε). *Pharmaceutical expenditure*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-68-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-68-)

[en.pdf?expires=1543595805&id=id&accname=guest&checksum=F641AAA22BFA5D0A42547E6912179A55](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-6-en.pdf?expires=1543595805&id=id&accname=guest&checksum=F641AAA22BFA5D0A42547E6912179A55)

- 14) OECD (2017ζ). *Life expectancy at birth*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-6-en.pdf?expires=1543596311&id=id&accname=guest&checksum=C9FDD766F769E41FD37D728DB529451](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-6-en.pdf?expires=1543596311&id=id&accname=guest&checksum=C9FDD766F769E41FD37D728DB529451)
- 15) OECD (2017η). *Out-of-pocket medical expenditure*. Διαθέσιμο: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-26-en.pdf?expires=1543596486&id=id&accname=guest&checksum=02DA50C2B70DBB6C242DD89141B6BDBE](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-26-en.pdf?expires=1543596486&id=id&accname=guest&checksum=02DA50C2B70DBB6C242DD89141B6BDBE)
- 16) OECD (2017) “*Health at a Glance*”
- 17) <https://www.wikipedia.org/>
- 18) [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)
- 19) <https://ec.europa.eu/eurostat>
- 20) Europa (2012). *Η επένδυση στην υγεία, προτεραιότητα της Δέσμης Μέτρων για Κοινωνικές Επενδύσεις*. Διαθέσιμο στο: [http://ec.europa.eu/health/highlights/2012/25/short\\_content\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/highlights/2012/25/short_content_el.htm)