

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**Συγκριτική ανάλυση των στρατηγικών περιορισμού της  
φαρμακευτικής δαπάνης. Ο ρόλος των ασφαλιστικών  
συστημάτων στην Ευρώπη με ειδική μνεία στην Ελλάδα.**

**Σπηλιόπουλος Απόστολος**

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

Πειραιάς, Έτος 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**Συγκριτική ανάλυση των στρατηγικών περιορισμού της  
φαρμακευτικής δαπάνης. Ο ρόλος των ασφαλιστικών  
συστημάτων στην Ευρώπη με ειδική μνεία στην Ελλάδα.**

**Σπηλιόπουλος Απόστολος Α.Μ.: ΟΔΥ/1641**

Επιβλέπων: Μιλτιάδης Νεκτάριος

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

Πειραιάς, Έτος 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

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

**Comparative analysis of pharmaceutical cost containment  
strategies. The role of insurance systems in Europe with  
special mention in Greece.**

**Spiliopoulos Apostolos**

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, Year 2019



*Στην οικογένειά μου και τους φίλους μου*





## Ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα « Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας», που πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου πρωτίστως, στον επιβλέπων καθηγητή κ. Νεκτάριο Μιλτιάδη, για την συνεργασία και την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Στην κα Χατζηδήμα Σταματίνα, Διευθύντρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, για την ευκαιρία που μου παρείχε να είμαι μέλος στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Τέλος, σε όλους τους καθηγητές για την συνεργασία, την επιμονή τους και την ουσιαστική γνώση που με θέληση κατάφεραν να μας μεταλαμπαδεύσουν.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω, την φίλη και συμφοιτήτρια μου Ζαχαρούλα Μολυβιάτη για την βοήθεια της και τις χρήσιμες συμβουλές και υποδείξεις της.



# **Συγκριτική ανάλυση των στρατηγικών περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης. Ο ρόλος των ασφαλιστικών συστημάτων στην Ευρώπη με ειδική μνεία στην Ελλάδα.**

**Σημαντικοί Όροι:** Συστήματα Υγείας, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί, Ευρώπη, Ελλάδα

## **Περίληψη**

Οι κοινωνικές συνθήκες σε συνδυασμό με τις δημογραφικές αλλαγές που αντιμετωπίζουν οι χώρες τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βασική υποχρέωση κάθε αναπτυγμένου κράτους, είναι η εξασφάλιση της κάλυψης κάθε υπάρχουσας ή επικείμενης ανάγκης προς τους πολίτες του. Με σωστή οργάνωση και βέλτιστη διαχείριση των πόρων που διατίθενται, οι πολιτείες καλούνται να συγκρατήσουν τη αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να επιτευχθεί η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Η δημοσιονομική πειθαρχία επιβάλλεται από το διεθνές περιβάλλον ως μονόδρομος, και έχει ως στόχο την επαναφορά της ισορροπίας στη καθημερινότητα των πολιτών, την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Κοινωνικά ζητήματα που προκύπτουν μπορούν να αποφευχθούν, υιοθετώντας πρακτικές από χώρες, οι οποίες ανέπτυξαν εναλλακτικές μορφές ασφάλισης και απέκτησαν εμπειρία στην διαχείριση της κρίσης στον τομέα της υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις και οι πολιτικές αποφάσεις, είναι αναγκαίο να εφαρμόζονται με γνώμονα το καλό του κοινωνικού συνόλου, χωρίς να δημιουργούν συνθήκες ανισότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η υλοποίηση των στόχων χρειάζεται να είναι καθορισμένη με συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα, ενώ η προσπάθεια για βελτίωση οφείλει να είναι διαρκής και να ενισχύει την καινοτομία. Το αγαθό της υγείας αποτελεί το σημαντικότερο αξίωμα κάθε κοινωνίας για την συνέχειά της.



# **Comparative analysis of pharmaceutical cost containment strategies. The role of insurance systems in Europe with special mention in Greece.**

**Keywords:** Health System, Health Insurance, Europe, Greece

## **Abstract**

Social conditions, in combination with the demographic changes faced by countries in recent decades, have resulted in increased demand for health services. A basic obligation for each developed state is to ensure that any existing or imminent need is met for its citizens. With proper organization and optimal management of the resources available, states are restrained to the increase in healthcare spending in order to achieve the financial viability of the system. Financial discipline is imposed by the international environment as a one-way street, and aims to restore balance to the everyday life of citizens during the economic crisis.

Social issues have gained the experience from countries that have developed alternative forms of insurance and have gained experience in managing the health crisis. Reforms and political decisions need to be implemented in the light of the well-being of society, without creating conditions of inequality in health services. Achieving the goals needs to be set with time scale effort, and must be reinforced innovation. The good of health is the most important post of every society for its continuity.



## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	xi
Abstract .....	xiii
Κατάλογος Συνομογραφιών .....	xvii
Κατάλογος Πινάκων .....	xix
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xxi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Συγκριτική ανάλυση των φαρμακευτικών δαπανών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	1
1.1 Εισαγωγικές Έννοιες και Ορισμοί.....	1
1.1.1 Επίδραση των Δαπανών Υγείας στην Αγορά του Φαρμάκου .....	3
1.1.2 Οι Φαρμακευτικές Δαπάνες: Στατιστικά στοιχεία για το διάστημα 2000-2015.....	5
1.2 Παράγοντες αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης .....	15
1.3 Στρατηγικές περιορισμού των φαρμακευτικών δαπανών.....	21
1.3.1 Εφαρμογή και προτάσεις στην Ελλάδα .....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ασφαλιστικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη.....	29
2.1 Εισαγωγικές Έννοιες και Ορισμοί.....	29
2.2 Συνοπτική Ιστορική Ανασκόπηση των Ασφαλιστικών Συστημάτων Υγείας.....	31
2.3 Δομή Κοινωνικής Ασφάλισης .....	37
2.4 Ασφαλιστικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη .....	42
2.5 Οικονομική κρίση και ανισότητες στα συστήματα υγείας στις χώρες της Νότιας Ευρώπης.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Το Ασφαλιστικό Σύστημα στην Ελλάδα.....	55
3.1 Ιστορική Ανασκόπηση του Ασφαλιστικού Συστήματος .....	55
Πηγή: Τούντας Γιάννης, Το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, 2016 .....	57
3.2 Δημόσια και Ιδιωτική Ασφάλιση.....	58
3.3 Προβλήματα Ασφαλιστικού Συστήματος.....	60
3.4. Επιπτώσεις της Υγειονομικής κρίσης στην Αγορά του Φαρμάκου.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συμπέρασμα.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	75
Ελληνική .....	75
Νομοθετικά Κείμενα.....	77
Ξενόγλωσση.....	78
Διαδικτυακές Πηγές.....	81





## Κατάλογος Συντομογραφιών

<b>NHS</b>	National Health System
<b>OTC</b>	Over The Counter
<b>SNS</b>	National Health Service
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>ΑΕΠ</b>	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
<b>ΑΜΚΑ</b>	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΕΕ</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση
<b>ΕΚΠΥ</b>	Εθνικός Κανονισμός Παροχών Υγείας
<b>ΕΟΠΥΥ</b>	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
<b>ΕΟΦ</b>	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
<b>ΕΤΑΑ</b>	Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων
<b>ΕΤΑΠ-ΜΜΕ</b>	Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης
<b>ΕΦΚΑ</b>	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΕΣΥ</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>Η.ΔΙ.Κ.Α.</b>	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΗΠΑ</b>	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
<b>ΙΚΑ</b>	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
<b>ΜΕΘ</b>	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
<b>ΜΗΣΥΦΑ</b>	Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα
<b>ΝΑΤ</b>	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
<b>ΟΑΕΔ</b>	Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού
<b>ΟΑΕΕ</b>	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
<b>ΟΓΑ</b>	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
<b>ΟΗΕ</b>	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
<b>ΟΟΣΑ</b>	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<b>ΟΠΑΔ</b>	Προγραμματισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
<b>ΠΟΥ</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>ΠΦΥ</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΣΔΙΤ</b>	Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα
<b>ΤΑΕ</b>	Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων
<b>ΤΑΝ</b>	Ταμείο Ασφαλίσεως Νομικών
<b>ΤΑΥΤΕΚΩ</b>	Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφελείας
<b>ΤΕΒΕ</b>	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος
<b>ΤΣΑ</b>	Ταμείο Σύνταξης Αυτοκινητιστών
<b>ΤΣΑΥ</b>	Ταμείο Σύνταξης Ασφαλίσεως Υγειονομικών
<b>ΤΥΔΚΥ</b>	Ταμείο Ασφαλισμένων Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
<b>ΥΥ</b>	Υπουργείο Υγείας



## Κατάλογος Πινάκων

<b>Πίνακας 1.1.2.1</b>	Φαρμακευτική δαπάνη εκφρασμένη επί τοις εκατό σε σχέση με το σύνολο δαπανών υγείας για το διάστημα 2000- 2008.	Σελ. 7
<b>Πίνακας 1.1.2.2</b>	Μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης των κυριότερων χωρών του ΟΟΣΑ για το διάστημα 2009-2014.	Σελ. 9
<b>Πίνακας 1.1.2.3</b>	Φαρμακευτικές Πωλήσεις εκφρασμένες σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος.	Σελ. 11
<b>Πίνακας 1.1.2.4</b>	Φαρμακευτικές πωλήσεις στην κατηγορία του διαβήτη εκφρασμένες σε ποσοστά.	Σελ. 12
<b>Πίνακας 1.1.2.5</b>	Φαρμακευτική κατανάλωση στη κατηγορία του διαβήτη εκφρασμένη σε ημερήσια δοσολογία ανά 1000 κατοίκους.	Σελ. 13
<b>Πίνακας 1.1.2.6</b>	Φαρμακευτική κατανάλωση στη κατηγορία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, εκφρασμένη σε ημερήσια δοσολογία ανά 1000 κατοίκους.	Σελ. 13
<b>Πίνακας 1.1.2.7</b>	Αγορά γενοσήμων, εκφρασμένη σε ποσοστά.	Σελ. 15
<b>Πίνακας 1.2.1</b>	Εξέλιξη προσδόκιμου ζωής (έτη Ελλάδα- ΟΟΣΑ)	Σελ. 16
<b>Πίνακας 2.2.1</b>	Συγκριτική ανάλυση των χαρακτηριστικών Βίσμαρκ-Μπέβεριτζ.	Σελ. 36
<b>Πίνακας 2.3.1</b>	Υπόδειγμα Ittig.	Σελ. 39
<b>Πίνακας 3.1</b>	Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα έως 1983.	Σελ. 57
<b>Πίνακας 3.2.1</b>	Επισκόπηση των επιδράσεων των εξωτερικών παραγόντων στην οικονομική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.	Σελ. 62



## Κατάλογος Διαγραμμάτων

<b>Διάγραμμα 1.1.2.1</b>	Μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης εκφρασμένη επί τοις εκατό ως προς το σύνολο δαπανών υγείας για το διάστημα 2000- 2008.	Σελ. 8
<b>Διάγραμμα 1.1.2.2</b>	Μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης των κυριότερων χωρών επί τοις εκατό για το διάστημα 2009- 2014.	Σελ. 10
<b>Διάγραμμα 1.2.1</b>	Φυσική μεταβολή πληθυσμού, εκφρασμένη σε χιλιάδες άτομα στην Ελλάδα.	Σελ. 17
<b>Διάγραμμα 1.2.2</b>	Αιτίες θανάτου σε ποσοστό συνολικών θανάτων στην Ελλάδα.	Σελ. 18
<b>Διάγραμμα 1.2.3</b>	Κοινωνικοί παράγοντες.	Σελ. 19
<b>Διάγραμμα 1.2.4</b>	Οικονομικοί παράγοντες.	Σελ. 20
<b>Διάγραμμα 2.2.1</b>	Κατηγοριοποίηση συστημάτων υγείας.	Σελ. 34



# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Συγκριτική ανάλυση των φαρμακευτικών δαπανών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

## **1.1 Εισαγωγικές Έννοιες και Ορισμοί**

Η αγορά των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας λειτουργεί διαφορετικά από τις συνήθεις αγορές, όπου οι παραγωγικοί συντελεστές στοχεύουν στην μεγιστοποίηση του κέρδους και οι χρήστες στην ικανοποίηση των καταναλωτικών τους αναγκών. Ο τομέας της υγείας αποτελεί μια αγορά «ειδικών αγαθών», διότι διέπεται από τις δικές του ιδιαιτερότητες, όπως είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση, η κρατική παρέμβαση και η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) «η υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Π.Ο.Υ., 1946). Παρατηρείται ότι σε αυτόν τον ορισμό, σημαντικό ρόλο για την ομαλή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού πέρα από την σωματική υγεία, αποτελούν παράγοντες όπως είναι η ψυχική και η κοινωνική ευεξία.

Οι ευρωπαϊκές χώρες διαχειρίζονται την υγεία ως ένα κοινωνικό αγαθό, το οποίο παρέχεται σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής κατάστασης. Με τον όρο ελεύθερη χρήση και επιλογή των υπηρεσιών υγείας, νοείται η δυνατότητα που λαμβάνει κάθε πολίτης για επιλογή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας μεταξύ όμοιων θεραπευτικών αγωγών και μη.

Η υγεία ως αγαθό διαχωρίζεται σε δημόσιο και ιδιωτικό. Δημόσιο αγαθό, θεωρείται εκείνο το οποίο παρέχεται ελεύθερα σε όλους τους πολίτες, και συγχρόνως η ποσότητα και η τιμή του δεν δύναται να επιμεριστεί, υπάρχει δηλαδή αδιαιρετότητα ποσότητας και τιμής. Αντίθετα, τα ιδιωτικά αγαθά υπακούουν στους κανόνες της αγοράς και υπόκεινται σε συνθήκες ανταγωνισμού. Υπάρχει διαιρετότητα ποσότητας και τιμής και η κατανάλωση τους εξαρτάται από κριτήρια προσωπικής επιλογής και εισοδηματικά (Υφαντόπουλος, 2006).

Στον τομέα της υγείας εντάσσονται τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα οποία διακρίνονται εξίσου σε δημόσια και ιδιωτικά αγαθά. Κάθε πολίτης είναι σε θέση να καλύψει τις υγειονομικές του ανάγκες, ανεξαρτήτως από την εισοδηματική και αγοραστική δύναμη που κατέχει, όσον αφορά τα φάρμακα που αποζημιώνονται από

τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Χαρακτηριστικό τους, θεωρείται το στοιχείο της αδιαιρετότητας καθώς και της ίσης ευκαιρίας για κατανάλωση. Το φάρμακο ως δημόσιο προϊόν έχει και κοινωνικό χαρακτήρα.

Αντίθετα, το φάρμακο ως ιδιωτικό αγαθό περιλαμβάνει την αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων, όπως ακριβώς συμβαίνει σε όλα τα ιδιωτικά προϊόντα. Έτσι, κάθε καταναλωτής, έχει την δυνατότητα να επιλέξει ελεύθερα τα αγαθά εκείνα που επιθυμεί για κατανάλωση, δίνοντας το αντίστοιχο χρηματικό τίμημα (Υφαντόπουλος, 2006).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως φάρμακο λογίζεται «κάθε ουσία ή μίγμα ουσιών, που παράγεται, προσφέρεται προς πώληση, ή παρουσιάζεται για χρήση... στη διάγνωση, στη θεραπεία, στον μετριασμό ή στην πρόληψη νόσου, μη φυσιολογικής φυσικής κατάστασης, ή των συμπτωμάτων τους στον άνθρωπο ή στα ζώα καθώς και για χρήση στην αποκατάσταση, την διόρθωση, ή τη μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή τα ζώα». Επιπλέον, με βάση την Οδηγία 2001/83/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 6ης Νοεμβρίου 2001 περί κοινοτικού κώδικα για τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση, και το άρθρο 2 της Κ.Υ.Α13 ΔΥΓ 3(α)/83657/2006 «Φάρμακο είναι α) κάθε ουσία ή συνδυασμός ουσιών που χαρακτηρίζεται ως έχουσα θεραπευτικές ή προληπτικές ιδιότητες έναντι ασθενειών ανθρώπων, ή β) κάθε ουσία ή συνδυασμός ουσιών δυναμένη να χρησιμοποιηθεί ή να χορηγηθεί σε άνθρωπο, με σκοπό είτε να αποκατασταθούν, να διορθωθούν ή να τροποποιηθούν φυσιολογικές λειτουργίες με την άσκηση φαρμακολογικής, ανοσολογικής ή μεταβολικής δράσης, είτε να γίνει ιατρική διάγνωση».

Με το πέρασμα των χρόνων παρατηρήθηκε ότι, τα περισσότερα κράτη της δυτικής Ευρώπης απέκτησαν την μορφή κρατών πρόνοιας με αποτέλεσμα να καταστήσουν το φάρμακο ως κοινωνικό-δημόσιο αγαθό και όχι ιδιωτικό. Η παραδοχή αυτή, δημιούργησε προβληματισμό σχετικά με το κόστος που συνεπάγεται από την ελεύθερη διανομή του.

Το 2009, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που έπληξε τις Ευρωπαϊκές χώρες και κυρίως τις χώρες του Νότου, ο κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία μειώθηκε αισθητά. Τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, ως συνέπεια της αλόγιστης κατανάλωσής φαρμακευτικών υπηρεσιών και αγαθών, κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν πρωτόγνωρες καταστάσεις, καθώς και αυστηρά προγράμματα συγκράτησης δαπανών και ελέγχου. Το γεγονός αυτό, δημιούργησε ριζικές αλλαγές στον τομέα της υγείας.



Οι πολιτικές ηγεσίες οφείλουν να αντιμετωπίσουν πλέον το φάρμακο ως εμπορικό αγαθό και μάλιστα ως εμπορεύσιμο με περιορισμένους πόρους, ενσωματώνοντας παράλληλα και την κοινωνική εν-συναίσθηση στις πολιτικές εφαρμογές τους (Karampli et al., 2014).

### **1.1.1 Επίδραση των Δαπανών Υγείας στην Αγορά του Φαρμάκου**

Ως δαπάνες υγείας, ορίζονται όλες οι δαπάνες που πραγματοποιούνται από ένα μεμονωμένο άτομο ή πληθυσμό, με σκοπό όχι μόνο την βελτίωση αλλά και την πρόληψη μιας ασθένειας. Αποτελούν σημαντικό οικονομικό μέγεθος μέτρησης του συστήματος υγείας μια χώρας και βοηθούν στην συγκριτική ανάλυση σύμφωνα με τον πρωταρχικό σχεδιασμό της.

Οι δαπάνες υγείας κατηγοριοποιούνται σε τρεις κύριες κατηγορίες: α) τις ιατρικές, β) τις νοσοκομειακές και γ) τις φαρμακευτικές. Οι ιατρικές δαπάνες σχετίζονται με τις αμοιβές των ιατρών, τα μεταφορικά έξοδα των ασθενών, καθώς και κάθε μορφής έξοδα που αφορούν θεραπείες αντιμετώπισης μιας πάθησης. Αντίστοιχα, στις νοσοκομειακές δαπάνες συγκαταλέγονται όλα τα έξοδα κατά την διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών, όπως είναι οι δαπάνες για τις χειρουργικές επεμβάσεις, τα φάρμακα και τις διαγνωστικές εξετάσεις. Τέλος, στις φαρμακευτικές δαπάνες εντάσσονται εκείνες που δημιουργούνται από έξω-νοσοκομειακά έξοδα όπως είναι τα φάρμακα, τα ορθοπεδικά προϊόντα και άλλα (Belloni et al., 2016)

Το συνολικό άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης μαζί με τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις αποτελούν τις δαπάνες υγείας κάθε χώρας. Η ιδιωτική κατανάλωση εμπεριέχει την συμμετοχή των πολιτών στο κόστος, ενώ αντίθετα η δημόσια κατανάλωση εμπεριέχει τα έξοδα τα οποία οφείλει να καλύψει το κράτος για το σύστημα υγείας του, σύμφωνα με τον αρχικό προϋπολογισμό του.

Άμεση επιρροή για τον κλάδο της υγείας μιας χώρας δημιουργείται μέσα από τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις που πραγματοποιούνται. Ο τρόπος χρηματοδότησης των δημόσιων επενδύσεων (δρόμοι, σχολεία, νοσοκομεία, έργα υποδομής και άλλα) εξασφαλίζεται μέσα από εσωτερικό ή εξωτερικό δανεισμό, φορολογίες και αυτοχρηματοδότηση, καθώς διέπεται από μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Αντίθετα μέσω των ιδιωτικών επενδύσεων, οι χρηματοδότες αποσκοπούν

στην μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους έχοντας ως πρωταρχικό σκοπό το κέρδος (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011).

Η φαρμακευτική δαπάνη, εμπεριέχει το κόστος που δημιουργείται σχετικά με τα φάρμακα και τα λοιπά φαρμακευτικά είδη τα οποία χορηγούνται στους ασθενείς με σκοπό την ίασή τους. Ο περιορισμός τους αποτελεί βασικό σημείο αναφοράς για τα ανεπτυγμένα κράτη τα τελευταία χρόνια. Πιο αναλυτικά, συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες που αφορούν όλα τα συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα, είτε είναι πρωτότυπα είτε είναι γενόσημα.

Ο κύριος διαχωρισμός της φαρμακευτικής δαπάνης δημιουργείται από την δημόσια και την ιδιωτική δαπάνη. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες όλων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης για τα συνταγογραφούμενα (εκτός νοσοκομείων) φάρμακα, ενώ η ιδιωτική περιλαμβάνει τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων στα αποζημιούμενα φάρμακα, τις δαπάνες των καταναλωτών για τα μη καλυπτόμενα φάρμακα από τα ταμεία, καθώς και τα ποσοστά αποζημίωσης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις (Κοντοζαμάνης, 2000).

Η Ευρωπαϊκή κοινότητα τα τελευταία χρόνια, αντιμετωπίζει το πρόβλημα της ραγδαίας αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών, με αποτέλεσμα η ορθολογική χρήση και η μείωση του κόστους της, να θεωρείται ζήτημα καίριας σημασίας. Για τον λόγο αυτό τίθενται σε ισχύ μέτρα με στόχο τον έλεγχο και περιορισμό της φαρμακευτικής κατανάλωσης, από την πλευρά της ζήτησης, της προσφοράς αλλά και του συνόλου της αγοράς. Η αποτελεσματικότητά τους ωστόσο αμφισβητείται, καθώς τα αποτελέσματα που έχουν παρουσιάσει παρεκκλίνουν από τα αναμενόμενα και η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με ταχύ ρυθμό (Κοντοζαμάνης, 2000).

Κάθε χώρα έχει ως στόχο μέσω της πολιτικής του φαρμάκου που εφαρμόζει, την ταυτόχρονη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών της και την συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών της.

Σε πολλές χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α), οι αυξημένες φαρμακευτικές δαπάνες λειτούργησαν ως αντικίνητρο στον κλάδο της έρευνας και ανάπτυξης και συγκεκριμένα στην παραγωγή των καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων. Η συνεχόμενη αύξηση των δαπανών, έχει ως επακόλουθο την αναζήτηση νέων πόρων που θα επηρεάσουν άμεσα το κόστος παραγωγής των νέων φαρμάκων. Κατά την παρασκευή τους απαραίτητη προϋπόθεση θεωρείται, ο έλεγχος και οι δοκιμές των πρώτων υλών που χρησιμοποιούνται με αποτέλεσμα το

κόστος συνεχώς να αυξάνεται, ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά και τις προδιαγραφές που επιτυγχάνονται. (Mousnad et al., 2013).

Εκτός από τις ανάγκες του πληθυσμού, τις επιδράσεις στο γενικό σύνολο και την φαρμακευτική πολιτική που ακολουθεί κάθε χώρα, η καινοτομία αποτελεί πάντα ένα σημαντικό παράγοντα που συμβάλει στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Σε πολλές περιπτώσεις ωστόσο, τα οφέλη της σε χρόνιες και ανίατες ασθένειες υπερτερούν του κόστους της.

Μονόδρομος για τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αποτελεί η παραγωγή γενόσημων φαρμάκων. Με αυτόν τον τρόπο, αποσκοπούν στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, χωρίς ωστόσο να μειώνεται ο βαθμός αξιοπιστίας των παρεχόμενων φαρμακευτικών προϊόντων (Hsieh & Sloan, 2008). Κατά συνέπεια η χρήση γενόσημων φαρμάκων, συνεπάγεται χαμηλότερο κόστος για τον ασθενή ενώ παράλληλα οδηγεί στην εξοικονόμηση πόρων για το σύστημα υγείας, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν σε πιο εξειδικευμένες καινοτόμες θεραπείες.

Αποτέλεσμα των προαναφερθέντων λόγων για τις περισσότερες χώρες, ήταν η χάραξη επιθετικών στρατηγικών για τον περιορισμό της. Άσκησαν πίεση των τιμών προς τα κάτω, όρισαν συμμετοχή των ασθενών στην αγορά των φαρμάκων, επέβαλλαν όριο κάλυψης των φαρμακευτικών δαπανών, αναθεώρησαν τους θετικούς καταλόγους τους, καθιέρωσαν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και βοήθησαν στην εισροή γενόσημων φαρμάκων.

### **1.1.2 Οι Φαρμακευτικές Δαπάνες: Στατιστικά στοιχεία για το διάστημα 2000-2015**

Οι δαπάνες υγείας με τις φαρμακευτικές δαπάνες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Η σταδιακή ανάπτυξη των φαρμακευτικών δαπανών, οδήγησε τους κοινωνικούς φορείς ασφάλισης σε αδυναμία κάλυψής τους, το οποίο επηρέασε σημαντικά την υγειονομική περίθαλψη. Αρκετοί οικονομολόγοι της υγείας, όπως ο Καρατζάς, στην προσπάθειά του να αναλύσει τους παράγοντες που επιδρούν στην εξέλιξη τους, εστίασε κυρίως στο διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των λαών καθώς και στα χαρακτηριστικά του εκάστοτε πληθυσμού (Karatzas, 2000). Στις περιπτώσεις όπου οι προθέσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν ήταν γνωστές, η εξέλιξη των φαρμακευτικών δαπανών θεωρούνταν δύσκολο να προσδιοριστεί.

Σημαντικό κομμάτι για την πλήρη κατανόηση της ανοδικής πορείας των φαρμακευτικών δαπανών, εκτός από την επίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων, θεωρείται η καταγραφή τους κατά την διάρκεια των χρόνων. Με την παρακολούθηση της διαχρονικής πορείας των δαπανών, τα κράτη ισχυροποιούνται στην χάραξη της κατάλληλης πολιτικής στρατηγικής για θέματα που αφορούν την υγεία (Clemente et al., 2008).

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2000 έως 2008, όπου η οικονομική κρίση δεν είχε εμφανιστεί και τα κράτη βρίσκονταν σε ευρωστία, έστω πλασματική, παρουσίασε υψηλά ποσοστά σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Για το διάστημα αυτό και σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α, 2016), η Ελλάδα με ποσοστό 21,89% επί του συνόλου των δαπανών, κατατάχθηκε στις υψηλότερες θέσεις παγκοσμίως.

Η Σλοβακία για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα, κατέλαβε την υψηλότερη θέση λόγω της αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών της, με ποσοστό 33,92%. Ακολούθησαν χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Πολωνία με ποσοστά 20,78%, 20,83%, 22,14% και 24,61% αντίστοιχα. Η Δανία, η Ελβετία και η Γερμανία παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης συγκριτικά με τις υπόλοιπες.

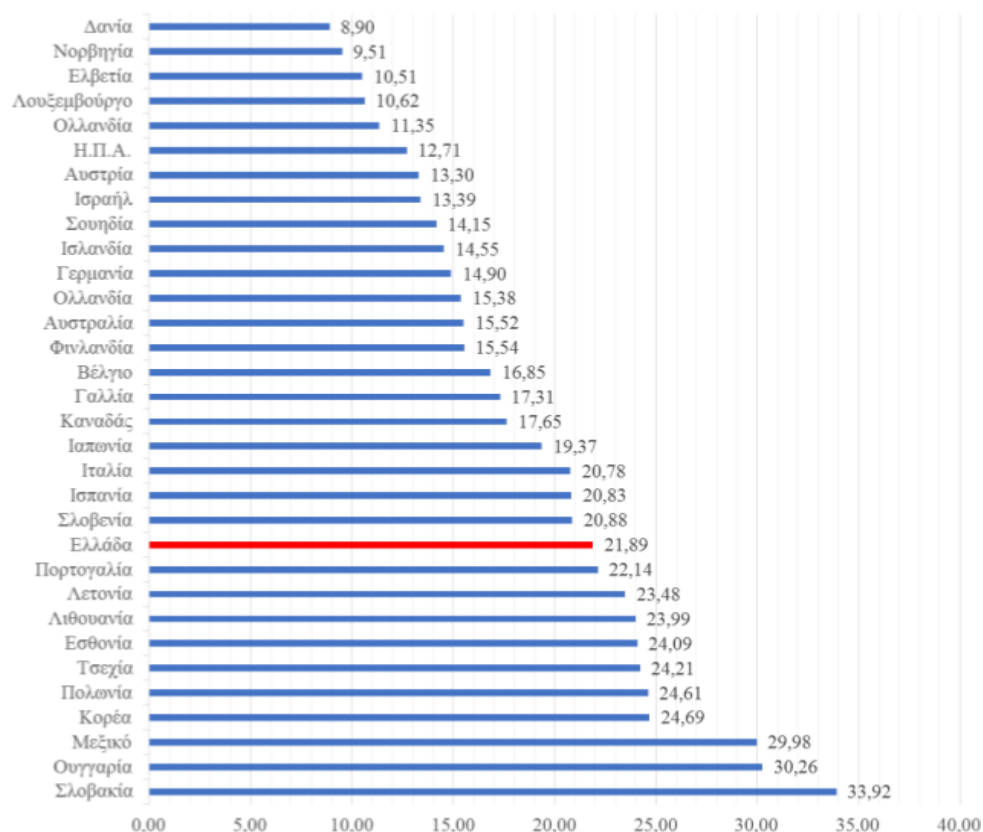
Στον πίνακα 1.1.2.1 και στο διάγραμμα 1.1.2.1, παρουσιάζονται τα μεσοσταθμικά επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης, που αντιστοιχούν στα βασικότερα κράτη του Ο.Ο.Σ.Α.

**Πίνακας 1.1.2.1:** Φαρμακευτική δαπάνη εκφρασμένη επί τοις % σε σχέση με το σύνολο των δαπανών υγείας, για το διάστημα 2000-2008.

Χώρα	Έτος									Μ.Ο.
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Αυστραλία	15,7	16,06	15,37	15,76	15,66	15,22	15,28	15,2	15,41	15,52
Αυστρία	12,73	12,9	13,15	13,61	13,41	13,33	13,37	13,6	13,61	13,30
Βέλγιο	-	-	-	17,13	17,09	17,14	16,53	16,79	16,39	16,85
Καναδάς	16,6	16,92	17,44	17,84	17,99	18,06	18,2	18	17,78	17,65
Τσεχία	24,66	24,98	25,07	25,2	25,67	25,7	23,48	22,21	20,91	24,21
Δανία	9,07	8,98	9,41	9,24	8,92	8,58	8,72	8,89	8,33	8,90
Εσθονία	22,79	25,52	27,16	24,65	25,54	24,03	23,76	21,74	21,61	24,09
Φινλανδία	15,56	16,02	16,18	16,04	16,15	16,07	14,63	14,64	14,56	15,54
Γαλλία	16,9	17,33	17,19	17,56	17,63	17,57	17,33	17,28	17,01	17,31
Γερμανία	14,06	14,67	14,89	14,91	14,32	15,43	15,03	15,37	15,38	14,90
<b>Ελλάδα</b>	<b>19,87</b>	<b>19,08</b>	<b>19,95</b>	<b>21,39</b>	<b>23,04</b>	<b>22,34</b>	<b>23,61</b>	<b>25,8</b>	-	<b>21,89</b>
Ουγγαρία	-	29,67	28,95	27,59	29,11	31,27	31,98	31,62	31,91	30,26
Ισλανδία	14,83	14,38	14,37	15,24	15,39	14,43	14,22	13,51	14,57	14,55
Ολλανδία	14,18	14,44	14,78	15,09	15,65	15,47	16,46	16,36	15,95	15,38
Ισραήλ	-	-	-	-	-	-	13,25	13,54	13,37	13,39
Ιταλία	21,16	21,92	21,87	21,37	21	20,37	20,12	20	19,19	20,78
Ιαπωνία	18,41	18,86	18,64	19,53	19,46	19,79	19,79	19,97	19,9	19,37
Κορέα	24,26	23,39	23,85	25,57	25,83	25,25	25,53	24,39	24,1	24,69
Λετονία	-	-	-	-	23,68	22,55	23,18	26,52	21,48	23,48
Λιθουανία	-	-	-	-	33,91	34,34	30,99	28,47	26,13	23,99
Λουξεμβούργο	11,04	10,96	10,88	10,97	10,41	10,21	10,2	10,67	10,23	10,62
Μεξικό	19,94	19,89	21,64	35,89	35,05	35,6	34,73	33,93	33,14	29,98
Ολλανδία	12,28	12,23	12,02	-	-	10,97	10,72	10,91	10,31	11,35
Νορβηγία	10,21	9,99	10,06	9,88	10,06	9,66	9,23	8,58	7,95	9,51
Πολωνία	-	-	29,51	31,57	31	29,76	28,82	26,54	24,61	24,61
Πορτογαλία	21,88	22,49	22,54	22,28	22,34	22,09	22,34	22,14	21,18	22,14
Σλοβακία	34,69	34,66	37,56	40,24	34,18	33,28	31,13	29,37	30,16	33,92
Σλοβενία	-	-	22,09	21,21	21,23	21,3	21,15	20,08	19,07	20,88
Ισπανία	21,96	21,95	22,65	21,88	21,26	20,65	19,64	19,01	18,49	20,83
Σουηδία	14,51	14,61	14,71	14,21	14,13	13,92	13,95	13,7	13,65	14,15
Ελβετία	10,84	10,74	10,4	10,62	10,55	10,62	10,4	10,3	10,14	10,51
Η.Π.Α.	11,86	12,24	12,48	12,79	12,94	12,91	13,18	13,13	12,9	12,71

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012), Τσακανίκας και συν. (2013), Ο.Ο.Σ.Α (2016)

**Διάγραμμα 1.1.2.1:** Μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης εκφρασμένη επί τοις % ως προς το σύνολο των δαπανών υγείας, για το διάστημα 2000-2008.



**Πηγή:** Μανιάτης και συν. (2012), Τσακανίκας και συν. (2013), Ο.Ο.Σ.Α (2016)

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης, κατά τα έτη 2009 έως 2014, παρόλο που τέθηκαν σε εφαρμογή από την ελληνική κυβέρνηση μέτρα περιορισμού των δαπανών, έχοντας ως στόχο την μείωση του χρέους, η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας αυξήθηκε σταδιακά. Η αύξηση αυτή είχε ως αποτέλεσμα την κατάταξή της, στις υψηλότερες θέσεις των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., με το μεσοσταθμικό ποσοστό να ανέρχεται στο 30,32%. Χώρες όπως η Ουγγαρία, η Σλοβακία και η Λιθουανία, παρουσίασαν ποσοστά της τάξεως του 32,37%, 27,91%, και 27,40% αντίστοιχα, αποτελέσματα που τις κατέταξαν εξίσου σε υψηλές θέσεις. Αντίθετα, τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης που παρουσίασαν χώρες όπως, η Ισλανδία, η Γερμανία και η Ολλανδία, ήταν πολύ χαμηλά συγκριτικά με της Ελλάδας.

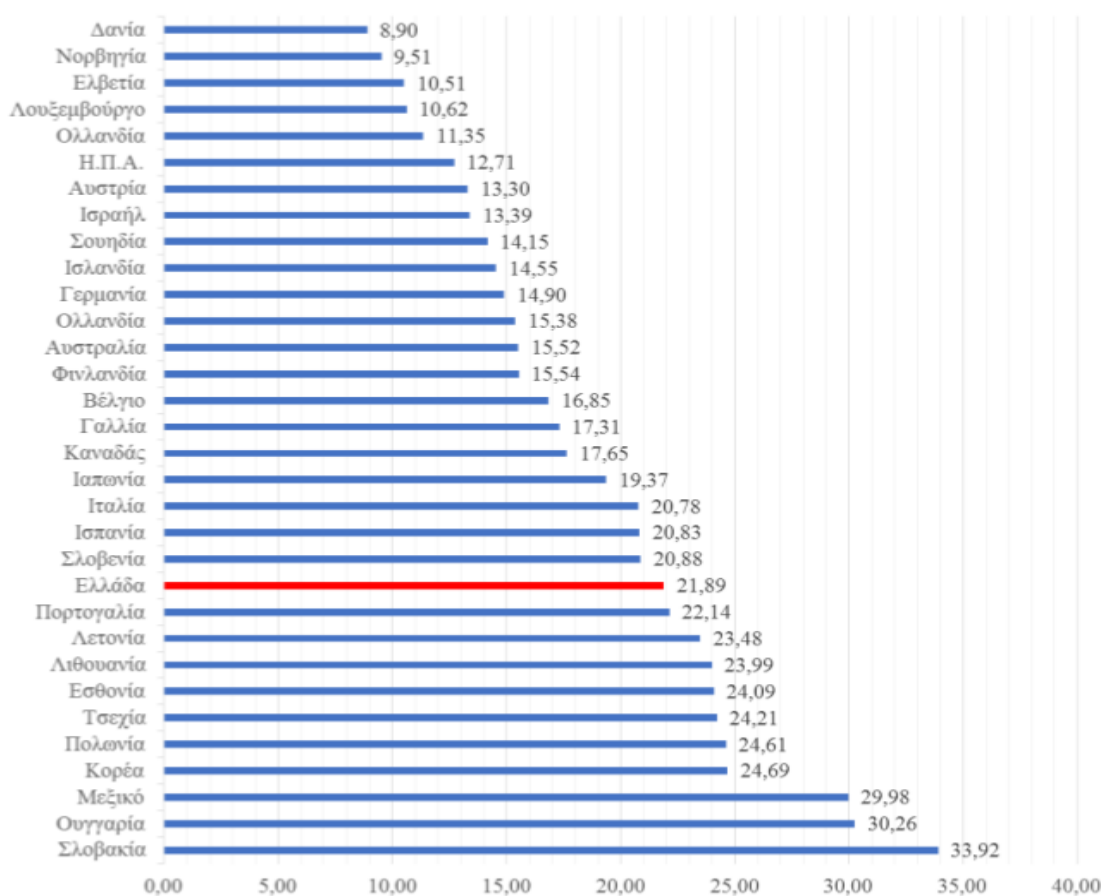
Στον πίνακα 1.1.2.2 και στο διάγραμμα 1.1.2.2, αποτυπώνονται κατά μέσο όρο τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης, που αντιστοιχούν στα βασικότερα κράτη του Ο.Ο.Σ.Α, την περίοδο 2009 έως 2014.

**Πίνακας 1.1.2.2:** Μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης των κυριότερων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α, για το διάστημα 2009-2014.

Χώρα	Έτος						Μ.Ο.
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Αυστραλία	15,54	15,63	15,31	15,31	14,99	-	15,36
Αυστρία	12,53	12,37	12,47	12,18	12,12	12,44	12,35
Βέλγιο	15,95	15,73	15,49	14,63	14,12	13,78	14,95
Καναδάς	17,77	18,42	18,18	17,81	17,36	17,19	17,79
Τσεχία	22,14	20,42	20,43	21,5	17,93	17,11	19,92
Δανία	7,61	7,7	7,01	6,51	6,33	6,68	6,97
Εσθονία	20,02	20,49	19,9	20,21	19,4	18,81	19,81
Φινλανδία	14,03	13,49	12,91	12,62	12,46	12,3	12,97
Γαλλία	16,6	16,35	16,03	15,53	14,98	15,02	15,75
Γερμανία	15,26	15,02	14,31	14,17	14,09	14,48	14,56
<b>Ελλάδα</b>	<b>29,68</b>	<b>30,4</b>	<b>34,81</b>	<b>29,4</b>	<b>29,28</b>	<b>28,36</b>	<b>30,32</b>
Ουγγαρία	32,86	33,27	35	32,58	30,29	30,23	32,37
Ισλανδία	15,66	15,81	15,15	14,45	13,53	12,58	14,53
Ολλανδία	15,13	14,81	14,42	14,09	14,51	14,06	14,50
Ισραήλ	13,99	13,6	13,38	13,47	-	-	13,61
Ιταλία	18,96	18,75	18,54	18,12	18,58	16,97	18,32
Ιαπωνία	20,98	20,47	18,91	18,89	18,85	-	19,62
Κορέα	23,48	23,25	22,98	21,57	21,17	20,64	22,18
Λετονία	24,35	25,79	26,09	25,52	27,97	26,84	26,09
Λιθουανία	26,66	26,72	26,04	28,94	28,17	27,84	27,40
Λουξεμβούργο	9,86	9,67	8,88	8,56	8,53	8,43	8,99
Μεξικό	32,45	31,5	28,2	28,76	27,35	26,96	29,20
Ολλανδία	9,97	9,79	9,57	8,31	7,74	7,59	8,83
Νορβηγία	7,61	7,65	8	7,73	7,59	7,52	7,68
Πολωνία	24,57	24,33	24,15	22,26	21,45	20,86	22,94
Πορτογαλία	20,15	19,27	18,37	16,64	15,61	15,43	17,58
Σλοβακία	29,43	29,2	28,72	26,54	26,54	27,03	27,91
Σλοβενία	19,75	19,85	19,63	20,25	20,36	18,61	19,74
Ισπανία	18,26	18,24	17,82	17,49	18,73	17,91	18,08
Σουηδία	13,48	13,3	10,24	10,15	9,85	9,65	11,11
Ελβετία	10,13	11,38	11,12	11,15	10,94	10,76	10,91
Η.Π.Α.	12,85	12,4	12,23	11,82	11,76	12,32	12,23

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012), Τσακανίκας και συν. (2013), Ο.Ο.Σ.Α (2016).

**Διάγραμμα 1.1.2.2:** Μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης των κυριότερων χωρών επί της %, για το διάστημα 2009- 2014.



**Πηγή:** Μανιάτης και συν. (2012), Τσακανίκας και συν. (2013), Ο.Ο.Σ.Α (2016).

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία από την επίσημη ιστοσελίδα του Ο.Ο.Σ.Α, που παρατίθενται στον πίνακα 1.1.2.3, οι φαρμακευτικές πωλήσεις των ευρωπαϊκών χωρών αυξάνονται σταδιακά με το πέρασμα των χρόνων. Ενδεικτικά για το έτος 2000, σε χώρες όπως η Ισλανδία, η Γερμανία και η Ολλανδία, οι πωλήσεις των φαρμάκων αντιστοιχούν σε 10.462,6 ευρώ, 19.332,8 ευρώ και 3.091 ευρώ αντίστοιχα.

Το 2015 οι συνολικές πωλήσεις της Ισλανδίας, ανήλθαν σε 24.403 ευρώ, διατηρώντας ένα σταθερά αυξητικό ρυθμό. Η Γερμανία την ίδια χρονική περίοδο, εμφανίζει αποτελέσματα της τάξεως του 3.5349,7 ευρώ με καλπάζουσα αυξητική τάση. Αντίθετα, η Ολλανδία αν και εκείνη παρουσιάζει αύξηση των πωλήσεων, η ζήτηση των φαρμάκων που αντιστοιχεί σε χρηματικά μεγέθη είναι αρκετά μικρότερη.



Συμπερασματικά, η ανοδική τάση των πωλήσεων αποφέρει ομόρροπο ανοδικό ρυθμό ως προς τις δαπάνες υγείας. Μέσω της μείωσης των τιμών και άλλων στρατηγικών περιορισμού, επιτυγχάνεται η συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών.

**Πίνακας 1.1.2.3:** Φαρμακευτικές πωλήσεις εκφρασμένες σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος.

Pharmaceutical sales																			
Total pharmaceutical sales	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Million of national currency units	Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2493	2549,6	2613	2635,2	2787,4	2928,9	..	
	Belgium	..	..	4220,5	4597	4857,5	5026,3	5103,2	5373	5617,1	5765,2	5881,5	5993,3	5939,4	5947,9	5947,5	6191,6	6242,6	..
	Czech Republic	38382,3	44233,6	48031,1	52215,7	56993,9	64877,2	58970,9	67157,2	72031,3	80029,4	81467,5	80942	83749,3	79711,7	81076,6	84441,4	..	..
	Denmark	11638,5	12590,5	13952,4	14716,7	15611,2	16440,9	17575,6	19084,6	20151,8	20723,1	21171,2	20540,2	20457,8	20421,1	21408,5	21902,9	..	..
	Estonia	72	83	94,2	102	122,7	128,7	144,5	170,4	191,7	189,1	194,1	204,4	221,7	231	249,4	265,2	289,9	..
	Finland	1115,6	1257,5	1380,9	1473,4	1587,4	1678,8	1684,9	1772,5	1895,5	1872,3	1890,8	1940	1981,3	2033,4	2118,8	2228,3	..	..
	France	17380	19004	20327	21823	23219	24359	24842	25973	26599	27218	27539	27600	27200	26800	..	..	..	..
	Germany	19332,8	21297,5	22688,9	24121,1	21670,3	23561,4	23691,8	25306,1	26677,2	28499,4	29724,7	29716,2	30442	31524,1	33564,8	35349,7	..	..
	Greece	2571,6	3134,6	3762,2	4329,7	4999,4	5577,9	6135,4	7788,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	Hungary	229243	274698	327698	364682	383740	455487	512294	416167	431197	477335,5	498140,3	515299,2	444548,6	430163,5	442945,7	466411,6	..	..
	Iceland	10462,6	13006,6	13675,7	14768,9	15023,7	14449,9	16629,5	16233	20549	26102	25011,6	26083,5	24278	26023,1	23689,8	24403,4	25384,8	..
	Ireland	..	..	..	..	..	..	..	..	2066,3	2174,7	2050	1956,6	2044,7	1959,6	1913,8	1985,1	..	..
	Italy	..	15550,4	15944,7	16128,6	22779,4	23538,9	23837,7	23898,4	24821,2	25785,2	26238,2	26235,9	25180,6	25962,7	26269,2	30112,1	28885,1	..
	Latvia	..	73,2	120,2	122,1	160,4	178,9	209,8	254,8	288,6	271,1	276,2	289,9	295,4	307,6	315,9	331,6	369,2	..
	Luxembourg	117,1	129,5	139,8	150	158	161,2	164,4	170,6	185,1	189,2	189,4	190,4	195,8	194,9	191,3	192,6	194,9	..
	Netherlands	3091	3776,4	4093,1	4356,2	4292,6	4500,7	4687,3	5077,6	5163,3	5082,3	5213,1	5210	4608,7	4323,8	4360,2	4466	..	..
	Norway	11270	12450	13980	14460	15550	16080	16500	17100	17270	18200	17890	18200	18800	19300	20900	22550	24520	..
	Portugal	2336,9	2551,8	2735,3	2733,6	2979	3104,6	3161,8	3287,6	3353	3321,4	3237,9	2942,6	2614	2409,5	2397,6	2491,3	2530,4	..
	Slovak Republic	505,8	552,1	714,9	761,3	668,6	738,9	828,8	961,1	1053	1093	1115,7	1128,6	1104,2	1229,2	1317,2	2208,1	..	..
	Slovenia	..	..	..	..	..	..	..	427,4	448,8	464,6	474,3	470	454,4	451,1	432,3	446	..	..
	Spain	..	..	..	..	9885,5	10365,3	11084,1	11519,1	12464,9	13096,8	13238,8	12356,1	11072	10669,9	11302,6	11403,6	..	..
	Sweden	21296,3	23290,4	25730	27087,4	28401,3	29365,4	30878,4	32821,7	34533	35476,3	36065,8	36736,7	36147,4	36334,2	37786,3	40577,2	42250,4	..
Switzerland	5053	5280	4571	4932	5070	5208	5256	5546	5774	5911	5744,2	5776	5937	5931	5931	6184	..	..	
United Kingdom	9730	10290	11030	11950	12770	13240	13800	14400	14760	14457	13156,1	12983,6	13772,5	14602,1	15995,2	17686,9	18554,1	..	

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α Στατιστικά Δεδομένα Επίσκεψη, 19 Ιουνίου 2018 17:37 UTC

(GMT), [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Μεγάλο ποσοστό των δαπανών υγείας περιλαμβάνεται στην κατηγορία των χρόνιων παθήσεων, όπως είναι αυτή του διαβήτη.

Στον πίνακα 1.1.2.4 εκφράζονται σε ποσοστά τα αποτελέσματα των πωλήσεων κατά το χρονικό διάστημα 2000 έως 2015, για τις 22 ευρωπαϊκές χώρες. Για τις χώρες, Βουλγαρία, Ηνωμένο Βασίλειο, Κροατία, Κύπρος, Λιθουανία και Μάλτα δεν διατίθενται στοιχεία.

Στην Γερμανία, το 2000 το ποσοστό των πωλήσεων που αφορά τον διαβήτη ήταν 5,2%, ενώ το 2015 αντιστοιχούσε σε 6,5%. Στην Ισλανδία, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 1,2% για το 2000 και 3,3% για το 2015. Στη Δανία το 2000 μέχρι και το 2015, το ποσοστό των πωλήσεων του διαβήτη κυμαινόταν από 2,3% έως 4,6%.

**Πίνακας 1.1.2.4:** Φαρμακευτικές πωλήσεις στην κατηγορία του διαβήτη, εκφρασμένες σε ποσοστά.

		Pharmaceutical sales																
Drugs used in diabetes		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% of total sales	Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3,90	4,10	4,20	4,40	4,40	4,60	..
	Belgium	..	..	1,80	1,80	2,00	2,00	2,20	2,20	2,20	2,30	2,40	2,50	2,60	2,70	2,90	2,90	3,00
	Czech Republic	3,60	3,60	3,50	3,50	3,20	3,30	3,70	3,90	4,00	4,20	4,50	4,70	5,00	5,10	5,70	6,10	..
	Denmark	2,30	2,10	2,10	2,20	2,20	2,40	2,40	2,50	2,50	2,70	3,10	3,50	4,10	4,20	4,40	4,60	..
	Estonia	3,60	4,20	4,60	4,70	5,20	4,70	5,20	4,90	5,20	5,70	5,90	5,80	6,00	6,10	6,20	6,20	6,00
	Finland	3,10	3,10	3,10	3,30	3,60	3,70	3,80	3,90	4,20	4,70	5,50	6,00	6,40	6,40	6,60	6,70	..
	France	2,10	2,10	2,10	2,20	2,30	2,50	2,60	2,60	2,70	2,70	..	..	..	..	..	..	..
	Germany	5,20	5,70	5,80	6,10	6,00	6,10	6,10	6,20	6,30	6,30	6,40	6,60	6,80	7,00	6,60	6,50	..
	Greece	1,70	1,80	2,00	2,20	2,80	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	Hungary	..	..	..	3,30	3,40	3,40	3,80	6,00	5,90	5,80	6,10	6,50	7,70	8,30	8,70	8,70	..
	Iceland	1,20	1,40	1,50	1,50	1,50	1,60	1,80	2,00	2,10	2,20	2,40	2,50	2,80	2,80	3,10	3,00	3,30
	Ireland	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3,20	3,20	3,30	3,80	4,00	4,20	4,40	4,50
	Italy	..	2,20	2,20	2,30	1,80	1,90	2,00	2,10	2,30	2,40	2,50	2,40	3,20	3,30	3,20	3,10	3,10
	Latvia	..	4,30	4,60	4,60	4,20	4,20	4,40	4,30	4,50	5,50	5,50	5,80	5,70	5,60	5,70	6,00	5,70
	Luxembourg	2,80	2,80	3,00	3,00	3,20	3,50	3,80	3,90	4,10	4,30	4,80	5,40	5,60	6,20	7,20	7,80	8,10
	Netherlands	..	4,10	4,20	4,20	4,90	5,10	5,00	4,70	4,60	4,50	4,60	4,80	5,60	6,20	6,10	..	..
	Norway	..	..	2,40	2,30	2,40	2,70	2,70	2,60	2,70	2,60	2,90	3,10	3,20	3,10	3,20	3,50	3,70
	Portugal	2,30	2,40	2,40	2,50	2,60	2,60	2,80	3,20	4,10	5,30	6,40	7,60	8,60	9,50	10,00	10,60	11,00
	Slovak Republic	3,80	3,70	3,40	3,30	3,60	3,60	3,60	3,50	3,70	3,50	3,80	3,60	3,70	4,00	2,80	..	..
	Slovenia	..	..	..	..	..	..	..	4,70	4,80	5,10	5,40	5,70	6,20	6,20	6,50	6,50	..
	Spain	..	..	..	..	3,90	4,10	4,30	4,50	4,70	5,20	6,10	7,20	8,50	9,60	10,30	11,10	..
Sweden	1,40	1,70	2,00	2,50	3,30	3,40	3,50	3,40	3,50	3,50	3,60	3,60	3,80	3,80	3,70	3,80	4,00	

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α Στατιστικά Δεδομένα Επίσκεψη Ιστοσελίδας, 19 Ιουνίου 2018 17:37 UTC (GMT), [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Από την πλευρά των καταναλωτών, αναφερόμενοι σε δύο μεγάλες κατηγορίες ασθενειών, όπως αυτή του διαβήτη και των καρδιαγγειακών νοσημάτων παρατίθενται οι πίνακες 1.1.2.5 και 1.1.2.6. αντίστοιχα, εκφρασμένοι σε ημερήσια δοσολογία ανά 1000 κατοίκους.

Και στους δύο πίνακες είναι εμφανές ότι στις 21 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρείται σταθερή αύξηση της κατανάλωσης τόσο στον διαβήτη όσο και στα νοσήματα των καρδιακών παθήσεων. Στην κατηγορία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, ο όγκος της κατανάλωσης είναι πολύ μεγαλύτερος.

Για τις χώρες Κύπρος, Μάλτα, Βουλγαρία, Ισλανδία, Ρουμανία, Κροατία και Πολωνία δεν παρατίθενται στοιχεία.

Πίνακας 1.1.2.5: Φαρμακευτική κατανάλωση στην κατηγορία του διαβήτη, εκφρασμένη σε ημερήσια δοσολογία ανά 1000 κατοίκους.

Pharmaceutical consumption																	
Drugs used in diabetes	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Defined daily dosage per 1 000 inhabitants per day	Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	Belgium	41,4	43,6	44,6	46,2	47,4	47,6	49,3	50,9	55,9	58	60,5	61,8	63,3	65,2	66,4	68,1
	Czech Republic	38,8	47,4	48,6	50	47,1	52,8	54,6	63,8	62,8	68,4	73,7	76,3	78,3	80,3	84,7	88,1
	Denmark	23,2	25	27,3	29,7	32,4	34,9	37,2	39,9	43,2	45,1	47,6	49,4	51,1	51,8	52,5	53,8
	Estonia	15,7	17	18,8	19,2	22,5	21,1	29,7	34	40,2	41,3	45,5	47,5	53,1	54,7	57,4	59,6
	Finland	42,6	48,3	52,5	58	62,5	66,4	70,4	72,3	77,5	79,9	83,3	84,2	85	86	88,2	90,1
	France	44,2	48,1	50,6	53,7	55,1	59,2	60,8	61,5	62,8	65,7	..	..	..	..	..	..
	Germany	46,3	53	56,3	61,1	59	63,6	66	71,1	76,3	79,4	81,4	82,6	83,2	83,2	83,6	82,6
	Greece	39,7	47	51,9	58,3	67,7	..	..	..	..	..	..	..	..	85	83,3	86,2
	Hungary	42,7	45,6	49,1	52,3	54,8	54,6	58,1	58,5	53	62,4	70,7	74,5	75,3	77,5	76,2	69,9
	Iceland	15,3	17,6	19,7	21,1	22,2	24	25,8	26	26,8	28,9	31,7	38,5	39,9	42,6	42,1	46,1
	Italy	..	34,7	36,7	40,5	43,1	45,9	47,8	49,4	51,4	53,7	55	55,9	65,5	66,7	65,8	70,9
	Latvia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	40,2	41,5	42,4	43,8
	Luxembourg	31	33,6	36,3	38,1	38,2	50	50,4	51,9	60,6	63,6	63,8	64	63,4	64	64,6	65,2
	Netherlands	..	46,3	49,9	53,9	57,9	60,6	60,2	68,5	70,8	70,5	72,3	72,9	74,1	74,9	74,8	75,6
	Portugal	50,6	56,8	61,6	62,3	58,9	57,7	58,4	62,3	69	67,3	62,5	58,6	61,2	62,7	64,5	67,3
	Slovak Republic	10,3	31,2	33,6	35	33,8	36,5	38	43,4	48,6	50	57,8	61,3	58	65,6	70,4	75,2
	Slovenia	..	..	..	..	..	..	46	48,8	51,2	54,3	55,5	61	70,6	73,2	74,3	76,1
	Spain	39,1	43,2	46	48,9	51,7	53,3	55,7	58,3	60,4	62	55,8	56	66,4	66,6	71,1	72,9
	Sweden	20,6	26,1	30,1	35	42,9	44,6	46,1	47,3	49,5	50,9	51,9	53	54,1	55,8	56,8	58,7
United Kingdom	..	..	..	..	..	..	..	63,3	67	70,5	74,9	77,8	79,9	82,3	83,6	84,7	

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α Στατιστικά Δεδομένα Επίσκεψη Ιστοσελίδας, 19 Ιουνίου 2018 17:34 UTC (GMT), [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Πίνακας 1.1.2.6: Φαρμακευτική κατανάλωση στην κατηγορία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, εκφρασμένη σε ημερήσια δοσολογία ανά 1000 κατοίκους.

Pharmaceutical consumption																	
Cardiovascular system	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Defined daily dosage per 1 000 inhabitants per day	Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	270,3	273,4	271,9	267,6	269,4	267,4	
	Belgium	274,5	293	308,9	331,1	357,2	369,9	390,2	411,5	456	475,8	486,6	488,8	492,2	491,3	487,7	
	Czech Republic	298,2	332,6	358,9	389,4	408,1	473,7	455,3	539,9	506,7	544,5	582,3	581,2	588,5	587,2	600,8	
	Denmark	240,9	255,4	274,7	300,1	331,4	361,4	395,4	429,4	465	487,4	511,2	519,8	530,8	539,1	545,1	
	Estonia	136,8	159,8	182,6	203	250,4	264,3	258,1	292,9	337,9	324,5	351,6	358,5	399,4	402,3	408,5	
	Finland	276,1	300,9	322,9	351,1	382,9	408,2	430,6	459,3	488,8	510,1	530,3	530,5	539,9	548,4	552,1	
	Germany	347,4	388,6	406,6	441,9	418,5	458,2	489,2	529,4	571,9	612,8	635,7	648,7	659,8	668,8	683,5	
	Greece	302,9	348,4	396,2	418,8	455,5	..	..	..	..	..	..	..	..	430,8	411,1	
	Hungary	390,8	410,2	446,9	477,8	518,9	555,8	612,8	696,1	705,5	686,7	690,4	710,7	703,7	713,6	718,6	
	Iceland	235,1	259,6	277,6	307,9	326,8	348,4	366,8	381,5	397,8	366,5	351,8	372,3	375,5	384,4	369,5	
	Italy	..	318,8	337,8	362,5	405,5	425,8	448,1	467,4	492,4	473,1	490,9	504,3	515,7	523,3	520,8	
	Latvia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	255,1	272,1	279,6	
	Luxembourg	..	..	..	..	297,5	313,3	325,1	343,5	316,5	334,2	344,7	353,2	355,4	352,2	347,4	
	Netherlands	..	271,8	290,7	321,9	349,1	327,9	351,9	374,7	391,5	398,4	410,1	421,2	432,9	435,3	436,6	
	Portugal	233,4	250,1	258,7	273,4	301,4	324,1	352,3	381,2	402,7	411,7	408,8	388,4	400,7	396,7	392,4	
	Slovak Republic	291,9	332,2	375,6	381	388	428,7	454,1	510,7	544,8	584,2	608,5	626,6	605	683,8	683,4	
	Slovenia	..	..	..	..	..	..	451	483,6	512,7	541,4	545,1	571,9	537	549,1	549,8	
	Spain	..	..	..	..	305,7	315,5	337	354,2	373,5	389	401,5	408,4	401,5	390,6	417,4	
	Sweden	242,1	259,3	280,1	312	333,7	352,3	375,6	402,3	425	442,7	450,5	455,8	461,1	472,9	479,8	
	United Kingdom	..	..	..	..	..	..	..	461,7	489,2	507,7	520,6	520,2	528,3	533,5	536,1	

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α Στατιστικά Δεδομένα Επίσκεψη Ιστοσελίδας, 19 Ιουνίου 2018 17:34 UTC (GMT), [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Μεγάλο μερίδιο της φαρμακευτικής αγοράς, καταλαμβάνει η αγορά που απευθύνεται σε γενόσημα φάρμακα. Στον πίνακα 1.1.2.5 παρουσιάζεται το μερίδιο τους εκφρασμένο σε ποσοστά για την χρονική περίοδο 2000 έως 2015. Παρατηρούνται χώρες όπως, η Πορτογαλία, η Σλοβακία και η Νορβηγία οι οποίες ξεκίνησαν την παραγωγική τους διαδικασία στο τομέα των γενοσήμων το 2000. Το ποσοστό που κατείχαν στην φαρμακευτική αγορά εκείνη την χρονική περίοδο αντιστοιχούσε σε 0,1%, 49,6% και 25,8% αντίστοιχα. Το 2015, η Πορτογαλία παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη, με αποτέλεσμα τα γενόσημα φάρμακα να διεισδύσουν στο 46,8% της αγοράς. Για την Σλοβακία και την Νορβηγία το ποσοστό που κατείχαν το 2015, αντιστοιχούσε σε 69,6% και 48,5%.

Χώρες όπως η Φιλανδία, η Λετονία και η Εσθονία ξεκίνησαν την παραγωγική διαδικασία σε μεταγενέστερα έτη.

Η συνεχόμενη εκπαίδευση των πολιτών για θέματα σχετικά με την αξιοπιστία και την ασφάλεια που παρέχουν τα γενόσημα, δημιουργεί μια νέα ελκυστική αγορά από την πλευρά των πολιτών. Εξίσου από την σκοπιά του κράτους, τα γενόσημα φάρμακα πλέον θεωρούνται ένα ισχυρό μέτρο για την συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών.

**Πίνακας 1.1.2.7: Αγορά γενοσήμων, εκφρασμένη σε ποσοστά.**

Pharmaceutical Market																			
Generic market	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
% share of generics (value)	Belgium	..	..	..	..	..	8,4	9,7	9,9	10	10,8	11,4	11,8	12,4	13,1	13,8	14,5	..	
	Czech Republic	..	9,9	10,8	11,3	13,4	13,9	14,7	15,7	16,2	16,3	16,5	17	18,4	19,4	18,1	16,7	..	
	Estonia	..	..	..	..	..	..	14	13,1	13,6	15	17,3	17,2	17,6	16,6	15,8	16,5	16	
	Finland	..	..	..	..	..	..	..	12	12	15	14	15	16	17	17	18	..	
	Italy	..	..	..	..	2,5	3,4	3,9	4,3	5	4,9	5,6	6,2	7,2	8,1	8,6	8,4	9,4	
	Latvia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	45	45	43
	Norway	10,7	10,4	10,4	12,1	12,5	12,5	13,3	13,7	14,8	15,5	16,4	16,5	17	16,8	16,2	16	17,2	
	Portugal	0,1	0,3	1,8	5,6	7,9	12,6	15,2	17,8	18,6	17,8	19,1	18,2	16,5	19,7	20,4	20	19,8	
	Slovak Republic	49,6	47,2	44,1	43,9	47,2	46	45,5	44	42,6	42,8	43,3	43,5	44,7	41,3	40,8	39,6	..	
	Switzerland	2,4	3,3	3,7	4,8	5,9	8	11,5	11,4	11,6	11,6	12,4	12,8	14,3	15,5	16	17,7	..	
% share of generics (volume)	Belgium	..	..	..	..	..	16,3	19,4	19,8	20,7	21,9	23,5	24,5	26,3	28	29,3	31,5	..	
	Czech Republic	..	10,2	12,4	14	18,5	20,9	23,3	25,7	28,1	29,5	31,7	34,5	38,2	39,6	41,9	42	..	
	Estonia	..	..	..	..	..	..	29,7	29	29,9	31,1	32,9	34,5	35	34,8	35	36	35,4	
	Finland	..	..	..	..	..	..	..	34	35	39	34	36	39	40	40	42	..	
	France	..	..	..	..	8,7	10,2	14,5	17,1	18	17,8	18,7	18,2	20,1	23,5	25,9	26,5	..	
	Italy	..	..	..	..	5,6	7	8,1	8,3	10,2	10,8	12,4	13,9	16,3	17,6	18,4	19,2	20,6	
	Latvia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	75	75	75	
	Norway	25,8	21,1	21,5	23,8	26,7	32,6	34,9	36,5	38,5	39,4	41,5	41,5	42,8	45,1	46,9	48,5	49,4	
	Portugal	0,2	0,6	2,6	8	10,5	16,7	19,7	22,9	25,7	29,1	32,5	36,6	41,3	46,8	47,3	46,8	46,1	
	Slovak Republic	76,8	74,8	73,4	72,6	73,1	72,1	71,3	70,2	70,5	69,4	69	69,9	71,1	71,7	71,2	69,6	..	
Switzerland	3,1	3,7	4,2	5,1	6	7,6	11,3	11,6	12	12,2	13,2	14	15,6	16,5	17,1	22,2	..		

Πηγή: : Ο.Ο.Σ.Α Στατιστικά Δεδομένα Επίσκεψη Ιστοσελίδας, 19 Ιουνίου 2018

17:27 UTC (GMT), [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

## 1.2 Παράγοντες αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης

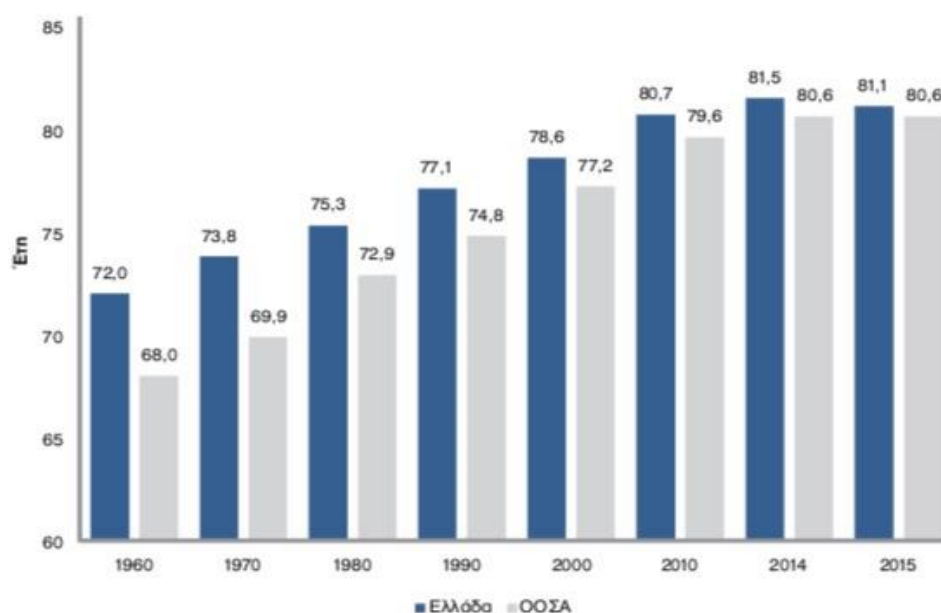
Ο τρόπος υπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης, καθορίζεται από την τιμή και την ποσότητα των φαρμάκων που καταναλώνονται. Παράγοντες οικονομικής, κοινωνικής και πολιτικής κλίμακας επηρεάζουν άμεσα την αυξητική της τάση, καθώς συνδέονται άμεσα με τις διάφορες μεταβολές των τιμών και των ποσοτήτων. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές που αποφέρουν αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης χωρίζονται σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς, κοινωνικό-οικονομικούς και λοιπούς παράγοντες.

### Δημογραφικοί παράγοντες

Το ποσοστό των ατόμων της τρίτης ηλικίας, παρουσιάζει ανοδική πορεία ως προς το γενικό σύνολο με συνέπεια την γήρανση του πληθυσμού, αλλά και την αύξηση του ορίου, ως προς το προσδόκιμο ζωής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός που είναι σε θέση να καταβάλλει ασφαλιστικές εισφορές να μειώνεται, ενώ παράλληλα δημιουργείται επιπλέον ζήτηση για κατανάλωση φαρμακευτικών υπηρεσιών (Τσακανίκας και συν., 2018).

Στον πίνακα 1.1.3.1 παρουσιάζεται η εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής ανάμεσα στην Ελλάδα και τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

**Πίνακας 1.2.1:** Εξέλιξη προσδόκιμου ζωής (έτη) Ελλάδα-Ο.Ο.Σ.Α



**Πηγή:** Ο.Ο.Σ.Α. Στατιστικά Υγείας 2017 - (Τσακανίκας και συν., 2018).

Στην Ελλάδα παρατηρείται σημαντική αύξηση κατά 9,1 έτη, τις δεκαετίες από το 1960 μέχρι και το 2015, ενώ αντίθετα οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α παρουσιάζουν μικρότερη ανάπτυξη.

Σημαντικός παράγοντας επιρροής του προσδόκιμου ζωής, θεωρείται η φυσική μεταβολή του πληθυσμού που συνδέεται με μείωση της γεννητικότητας. Με τον όρο φυσική μεταβολή, νοείται η διαφορά μεταξύ των γεννήσεων και των θανάτων, χωρίς ωστόσο να υπολογίζεται η μεταναστευτική ροή.

Στο διάγραμμα 1.2.1 παρουσιάζεται την φυσική μεταβολή του πληθυσμού της Ελλάδας την δεκαετία του 1960 μέχρι 2016.

**Διάγραμμα 1.2.1:** Φυσική μεταβολή πληθυσμού εκφρασμένη σε χιλιάδες άτομα στην Ελλάδα.



Πηγή: ΕΛ ΣΤΑΤ , 2017 - (Τσακανίκας και συν., 2018).

### Επιδημιολογικοί Παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των φαινομένων για χρόνιες παθήσεις (καρδιοαγγειακά νοσήματα, μορφές καρκίνου, ψυχικές νόσοι) και εκφυλιστικά νοσήματα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καταναλώνουν δαπανηρές φαρμακευτικές αγωγές για την ίαση τους.

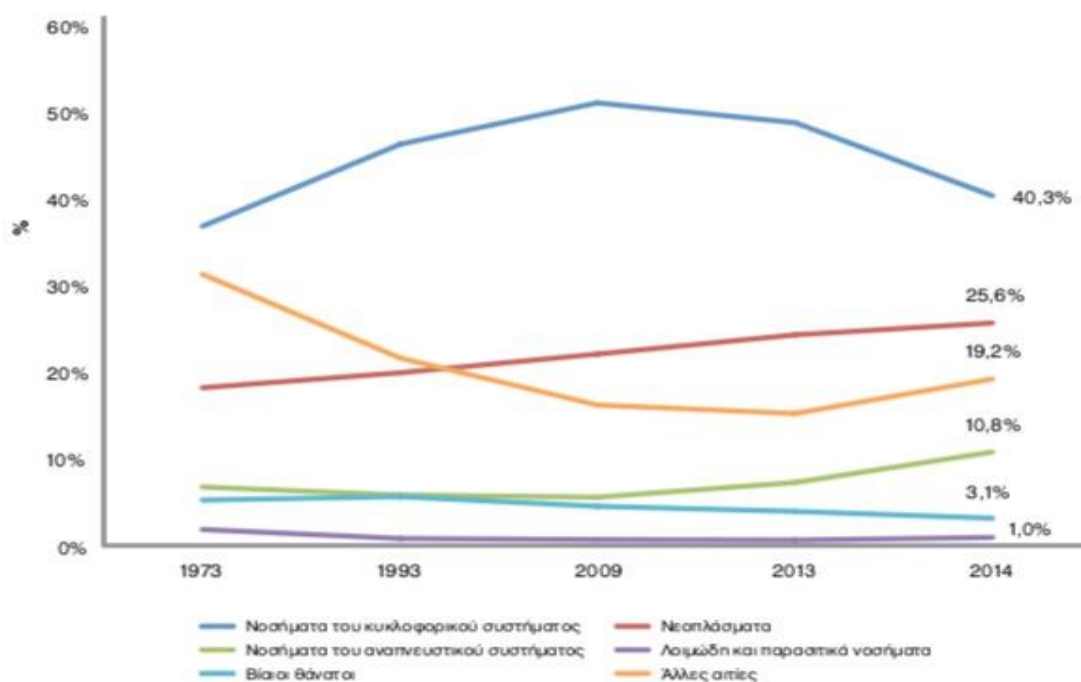
Η 10η Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου (ICD-10), ταξινομεί τις περιπτώσεις των θανάτων σύμφωνα με τους οποίους, οι νομικές και ιατρικές υπηρεσίες δεν έχουν πλήρως αποφανθεί, αν το αίτιο πρόκλησης οφειλόταν σε μορφή αυτοκτονίας ή τραυματισμού από ατύχημα. Συγκαταλέγονται επίσης, περιπτώσεις όπου το θανατικό αποτέλεσμα προήλθε από όργανα τήρησης της τάξεως εν ώρα υπηρεσίας, καθώς και περιπτώσεις πολεμικών επιχειρήσεων (Τσακανίκας και συν., 2018).

Όπως παρατηρείται στο διάγραμμα 1.1.3.3, οι θάνατοι που οφείλονται σε νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος, ανέρχονται στο 40.3% του γενικού συνόλου, ενώ αντίθετα για τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος ευθύνεται το 10.8%. Σταθερή ωστόσο κατάσταση παρατηρείται, για τους θανάτους που οφείλονται σε λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα σε σχέση με την ανοδική τάση των



νεοπλασμάτων. Ως άλλες αιτίες, προσδιορίζονται περιπτώσεις του πεπτικού, του ουροποιογεννητικού και των αισθητήριων οργάνων.

**Διάγραμμα 1.2.2:** Αιτίες θανάτων σε ποσοστό των συνολικών θανάτων στην Ελλάδα.



**Πηγή:** ΕΛ ΣΤΑΤ , 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE \*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (10) - (Τσακανίκας και συν., 2018).

### Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Το υψηλό ποσοστό της ανεργίας αποτυπώνεται κυρίως στην ηλικιακή ομάδα 14 έως 25 ετών. Παρόλο που ο νεότερος σε ηλικία πληθυσμός αποτελεί την παραγωγική δύναμη κάθε χώρας, ένας στους δύο Έλληνες βρίσκεται εκτός εργασίας, έχοντας ως λύση την φυγή του σε ευρωπαϊκές χώρες (brain drain). Η μείωση του εισοδήματος, αποτελεί την εξέλιξη της οικονομικής αστάθειας που επικρατεί και οδηγεί τον πληθυσμό σε καταστάσεις φτώχειας. Μορφή φτώχειας θεωρείται όχι μόνο η έλλειψη σίτισης, αλλά ακόμη και ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής καθώς και η ελλειμματική κάλυψη υγειονομικών παροχών.



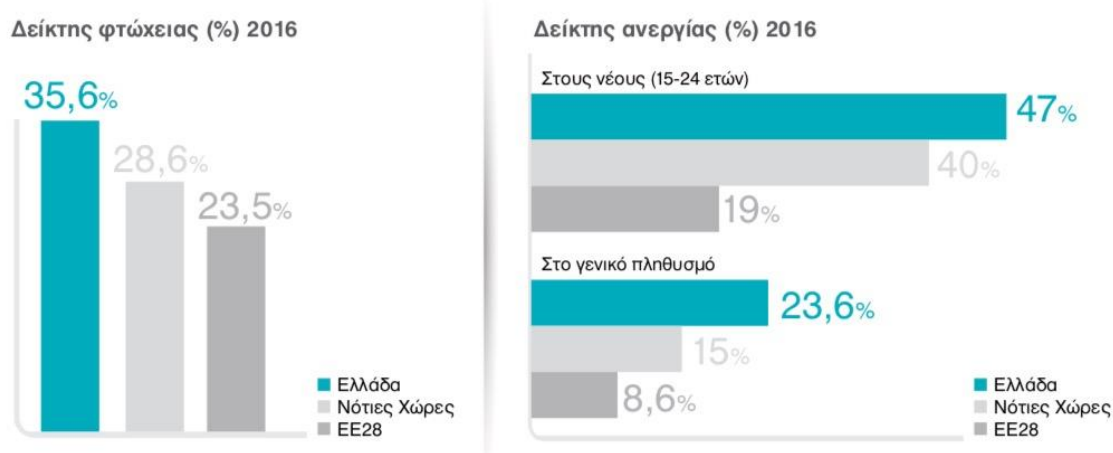
Τέλος, τα αποτελέσματα της οικονομικής δυσχέρειας, οδηγούν συχνά τους ανθρώπους σε ψυχοσωματικές μεταβολές προκαλώντας τους συμπτώματα κατάθλιψης, εξάρτησης σε ναρκωτικές ουσίες, αγχώδεις διαταραχές καθώς και αυτοκτονικές τάσεις (Τσακανίκας και συν., 2018).

Όλα τα παραπάνω, έχουν ως αποτέλεσμα την ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού που οφείλεται σε αυτοκτονίες (0,78%) ακόμα και για τις νεανικές ηλικίες που άγγιξε το 3%.

Το ποσοστό του πληθυσμού, όπου η εισοδηματική του ευχέρεια βρίσκεται κάτω από το 60% του εθνικού ισοδύναμου διάμεσου εισοδήματος, βρίσκεται στο όριο της φτώχειας. Με τον όρο διάμεσο εισόδημα, νοείται το εισόδημα που βρίσκεται πάνω από το 50% του πληθυσμού.

Στο διάγραμμα 1.1.3.4 αποτυπώνεται ο δείκτης φτώχειας μεταξύ της Ελλάδας, των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) και των 28 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### Διάγραμμα 1.2.3: Κοινωνικοί Παράγοντες.

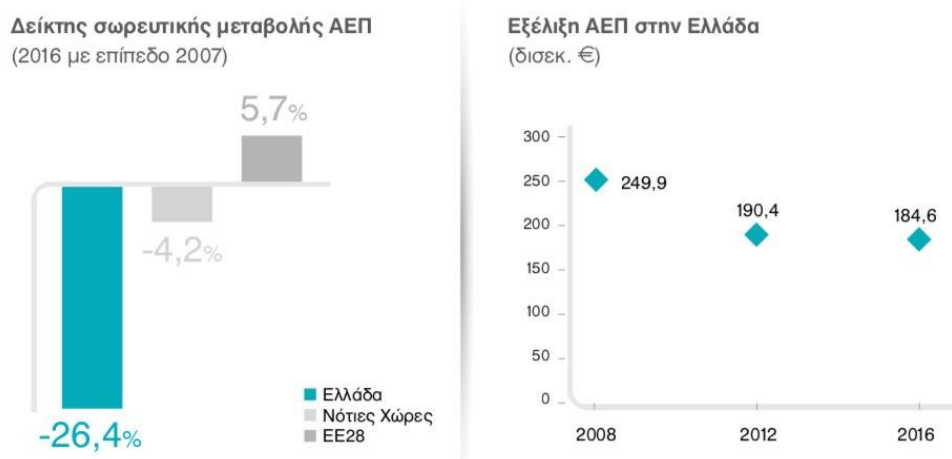


**Πηγή:** Eurostat, 2017, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017 Οικονομική Πρόβλεψη, επεξεργασία στοιχείων IOBE - (Τσακανίκας και συν., 2018).

Το πρόγραμμα της δημοσιονομικής πολιτικής που εφαρμόστηκε από την ελληνική κυβέρνηση το 2010, ήταν αποτέλεσμα της παρατεταμένης ύφεσης που διανύει η χώρας μας. Μέσω της αύξησης της φορολογίας και την μείωση των δημόσιων δαπανών, ο δείκτης σωρευτικής μεταβολής ελαττώνεται και οι δημόσιες δαπάνες μειώνονται (Τσακανίκας και συν., 2018).

Στο διάγραμμα 1.2.4, αποτυπώνεται ο δείκτης σωρευτικής μεταβολής του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος της Ελλάδας σε σχέση με τις Νότιες χώρες αλλά και τις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

**Διάγραμμα 1.2.4:** Οικονομικοί Παράγοντες.



**Πηγή:** Eurostat 2017, Μάκρο-Οικονομική βάση δεδομένων της Ευρωπαϊκής Κομισιόν (AMECO 2017, Οικονομική Πρόβλεψη), Α.Ε.Π αλυσωτοί δείκτες 2010, επεξεργασία στοιχείων IOBE Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) Η Ελληνική Οικονομία, 3ο τρίμηνο 2017 - (Τσακανίκας και συν., 2018).

### Λοιποί Προσδιοριστές

Επιπρόσθετοι παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, είναι η αύξηση των ιατρών και των φαρμακείων, η διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης και η πολιτική των φαρμακευτικών εταιρειών.

Το τελευταίο διάστημα, ολοένα και μεγαλύτερος εισακτέος αριθμός προστίθεται στον κλάδο της υγείας και ειδικότερα στον τομέα της ιατρικής επιστήμης. Η αύξηση των ιατρών, σε συνδυασμό με την ασυμμετρία πληροφόρησης που επικρατεί από την πλευρά των παρόχων, δημιουργεί το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης τόσο ως προς τις υπηρεσίες υγείας, όσο και ως προς την κατανάλωση των φαρμακευτικών αγαθών. Έτσι, λόγω έλλειψης μηχανισμού ελέγχου, η αλόγιστη συνταγογράφηση ευδοκιμεί και η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς (Μαλάμου, 2015).

Ένας επιπλέον σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει σταδιακά ολοένα και περισσότερο την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, θεωρείται η διερεύνηση της

ασφαλιστικής κάλυψης. Εξαιτίας της επέκτασης αυτής και λόγω της εξαρτώμενης συσχέτισης μεταξύ ιατρού, ασθενή και ασφαλιστικής καλυπτότητας, μειώθηκε σταδιακά η ευαισθητοποίηση ως προς το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ο ιατρός στην προσπάθεια του για καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας, και γνωρίζοντας ότι ο ασθενής μετέχει είτε σε μικρό ποσοστό επί της συνολικού κόστους της αγωγής, είτε καθόλου, συνταγογραφεί καινοτόμα φάρμακα ανεξαρτήτου αξίας και πλήθους με αποτέλεσμα την συνεχόμενη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο με τους επιπρόσθετους προσδιοριστές αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών, επιβάλλεται να τονιστεί ο πρωταρχικός σκοπός ιδρύσεως των εταιρειών, οπού δεν είναι άλλος από την αύξηση του κέρδους. Έτσι, μέσω του τμήματος διαφήμισης, στοχεύουν στην προώθηση των ήδη υπαρχόντων φαρμακευτικών προϊόντων τους, καθώς και των νέων καινοτόμων υψηλού κόστους. Η καθιέρωση των φαρμάκων νέας γενιάς και εξελιγμένης τεχνολογίας προσέφερε λύσεις σε ασθένειες που μέχρι σήμερα δεν είχαν αντιμετωπιστεί. Στον αντίποδα, οι θεραπείες αυτές είναι αρκετά πιο δαπανηρές από τις ήδη υπάρχουσες και οδηγούν σε επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων και σε υπέρβαση της φαρμακευτικής δαπάνης (Μαλάμου, 2015).

### **1.3 Στρατηγικές περιορισμού των φαρμακευτικών δαπανών**

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση ο τομέας της φαρμακευτικής αγοράς, λόγω των ιδιαιτεροτήτων που επικρατούν, υπόκειται διαφορετικής αντιμετώπισης από τις υπόλοιπες αγορές. Εξαιτίας της τριχοτόμησης της ζήτησης, δημιουργούνται ισχυρά μονοπώλια από τις φαρμακοβιομηχανίες τόσο ως προς την γενική φύση του φαρμάκου, όσο και ως προς την προστασία ευρεσιτεχνίας για κάθε νέο καινοτόμο φαρμακευτικό αγαθό (Καραμπλή και συν., 2006).

Αναλύονται τα κυριότερα μέτρα συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης από την πλευρά της ζήτησης, της προσφοράς αλλά και της αγοράς στο σύνολό της.

## Μέτρα περιορισμού της ζήτησης

- **Συμμετοχή των ασθενών στην αγορά των φαρμάκων**

Με τον όρο συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος μια δημόσιας, ιδιωτικής ασφάλισης ή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, νοείται το σύνολο των ενεργειών, οι οποίες έχουν οριστεί από το κράτος με σκοπό την εξασφάλιση των υπηρεσιών υγείας και την ευαισθητοποίηση των πολιτών του.

Οι δύο περιπτώσεις συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος είναι οι εξής:

- Ο ασθενής υποχρεούται να καλύψει ένα μέρος της συνολικής ιατρικής ή φαρμακευτικής δαπάνης, ανάλογα με το είδος της ασθένειας και τις υπηρεσίες που του παρέχεται.
- Ο ασθενής υποχρεούται να καλύψει ένα πάγιο ποσό για κάθε ιατρική και φαρμακευτική υπηρεσία που του παρέχεται.

Σκοπός της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας, είναι να μετριάσει φαινόμενα όπως ο ηθικός κίνδυνος, καθώς και να οδηγήσει τους ασθενείς στην αγορά γενόσημων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Ηθικός κίνδυνος, είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής αγοράζει μεγαλύτερη ποσότητα φροντίδας υγείας από αυτή που πραγματικά έχει ανάγκη, εφόσον δεν επωμίζεται το κόστος της δαπάνης. Αποτέλεσμα των ενεργειών του είναι η υπερχρέωση των ταμείων για την κάλυψη των αναγκών του (Carone et al., 2012).

- **Ένταξη των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ) στην αγορά**

Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ), εντάσσονται στην κατηγορία των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Είναι διαθέσιμα προς κατανάλωση για κάθε ασθενή για την αντιμετώπιση απλών παθήσεων, χωρίς να κρίνεται απαραίτητη προϋπόθεση η ιατρική παρακολούθηση και συνταγογράφηση.

Είναι εγκεκριμένα από τις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες και στόχος τους είναι η ευαισθητοποίηση του ασθενή, καθώς ολόκληρο το κόστος το επωμίζεται ο ίδιος και όχι τα ασφαλιστικά ταμεία (Carone et al., 2012).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι λόγω του χαμηλού κόστους που έχουν έναντι των υποχρεωτικών συνταγογραφούμενων φαρμάκων, σε συγκεκριμένες θεραπευτικές κατηγορίες, η αποδοχή τους αυξάνεται σταδιακά. Με

αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής λειτουργεί δυναμικά σε θέματα που παρουσιάζονται στην υγεία του αλλά και το κράτος από την μεριά του δεν υποχρεούται να ελαττώσει τον προϋπολογισμό για την φαρμακευτική περίθαλψη (Carone et al., 2012).

- ***Ενημέρωση των πολιτών- καταναλωτών για θέματα υγείας***

Η συνεχής ενημέρωση των πολιτών για θέματα που αφορούν την υγεία, τους δίνει την δυνατότητα να ξεχωρίσουν μια απλή πάθηση από μία άλλη ιδιαίτερης προσοχής (αυτοθεραπεία), καθώς και να την αντιμετωπίσουν με την επιλογή κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η σωστή χρήση της, απαιτεί μία βάση εκτενούς και πλήρους ενημέρωσης των πολιτών για θέματα σχετικά με τον ανθρώπινο οργανισμό, την λειτουργία του καθώς και των μέτρων πρόληψης και ίασης για παθήσεις που ευδοκιμούν (Carone et al., 2012).

Μέσω της αυτοθεραπείας όπου όλο και πιο πολύ εντάσσεται η εκμάθηση συμπτωμάτων και φάρμακων, ο πολίτης έχει την ικανότητα πρόληψης και ίασης της ασθένειας. Ως συνέπεια αυτού, παθήσεις που δεν διέπονται από ιδιαίτερο κίνδυνο δεν χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση και μειώνεται αισθητά ο αριθμός των περιστατικών που επιβαρύνουν τις δημόσιες υπηρεσίες.

Στις πιο πολλές χώρες, η διαδικασία αυτή επιτυγχάνεται μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, από τα οποία οι πολίτες κατανοούν την σπουδαιότητα της χρήσης των φαρμάκων αλλά και τις αρνητικές επιπτώσεις που θα τους αποφέρει η αλόγιστη κατανάλωσή τους και η πολυφαρμακία (Carone et al., 2012).

### **Μέτρα που αφορούν την προσφορά**

- ***Αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των ιατρών-φαρμακοποιών***

Ο τρόπος αποζημίωσης και η παροχή κινήτρων που προσφέρεται στους ιατρούς και τους φαρμακοποιούς, συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τον τρόπο τον οποίο οι ίδιοι ενεργούν.

Οι ιατροί δύναται να αμείβονται με πάγιο μισθό, είτε με κατά κεφαλήν αποζημίωση είτε με αμοιβή κατά πράξη. Στον πάγιο μισθό, ο ιατρός αμείβεται με σταθερό ποσό σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ανεξαρτήτως των υπηρεσιών που

παρέχει. Αν και ελέγχεται ο όγκος της συνταγογράφησης, παρατηρείται μειωμένη παραγωγικότητα λόγω στέρησης κινήτρων. Στην κατά κεφαλή αποζημίωση η αμοιβή του ιατρού προκύπτει βάσει συμφωνίας προκαθορισμένου ποσού ανά ασθενή που εγγράφεται στον κατάλογο του. Ελλοχεύει κίνδυνος πληθώρας εγγραφών και μεγάλης λίστας αναμονής μειώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, στην αμοιβή κατά πράξη ο ιατρός αποζημιώνεται είτε με τιμές που καθορίζει ο ίδιος ανάλογα την παρεχόμενη υπηρεσία, είτε με τιμές προκαθορισμένες μέσω τιμοκαταλόγου. Σύνηθες φαινόμενο που παρουσιάζεται είναι η προκλητή ζήτηση και η υπέρ-συνταγογράφηση (Mousnad et al., 2014).

Σημαντικό ρόλο για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης εκτός από τον τρόπο αποζημίωσης, δημιουργούν και τα κίνητρα που παρέχονται στους φαρμακοποιούς. Στην περίπτωση που η αποζημίωση τους πραγματοποιείται με σταθερό ποσό και όχι έναντι ενός ποσοστού ανάλογα με το φάρμακο που παρέχουν, ενισχύεται η προώθηση των οικονομικότερων φαρμάκων (γενοσήμων).

Σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, εφόσον η θεραπεία καταγράφει την δραστική ουσία έναντι της ονομασίας του φαρμακευτικού σκευάσματος, ο φαρμακοποιός μέσω του θεσμού της υποκατάστασης δύναται να αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο με το οικονομικότερο γενόσημο (Mousnad et al., 2014).

- ***Προκαθορισμένος οικονομικός προϋπολογισμός στους ιατρούς***

Σημαντικό μέτρο για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης, θεωρείται και ο προκαθορισμένος οικονομικός προϋπολογισμός που έχουν να διαχειριστούν οι ιατροί. Η εισαγωγή αυτού του μέτρου, τους παρέχει κίνητρα προκειμένου να μην υπερβούν τον αρχικό κρατικό σχεδιασμό μέσω της υπερβάλλουσας συνταγογράφησης. Η όποια υπέρβαση πραγματοποιηθεί, μεταφράζεται σε χρηματικό πρόστιμο που το επωμίζονται οι ίδιοι. Η προώθηση φαρμάκων που συνδυάζουν κόστος και αποτελεσματικότητα καθώς και η στροφή στα γενόσημα, αποτελεί μονόδρομο για την επίτευξη του στόχου και την συγκράτηση του προϋπολογισμού.

Χώρες όπως η Αγγλία, η Ιρλανδία, η Ιταλία και η Νέα Ζηλανδία, λειτουργούν ως αρωγός του μέτρου, καθώς οι γενικοί ιατροί (General Practitioners) διαχειρίζονται το μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού. Απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση του συγκεκριμένου μέτρου, θεωρείται η ύπαρξη μιας βάσης

δεδομένων, κατά την οποία θα αποσαφηνίζεται η προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων από του ιατρούς (Καραμπλή και συν., 2006).

- ***Δημιουργία θετικής ή/ και αρνητικής λίστας φαρμάκων***

Η σταδιακή μείωση του αριθμού και του είδους των φαρμακευτικών προϊόντων που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, οδηγεί σε ταυτόχρονη μείωση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης. Ιδιαίτερη προσοχής, χρήζει η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας κατά την εφαρμογή του μέτρου, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος να αποζημιώνονται μονάχα νέες θεραπείες έναντι παλαιότερων ισοδύναμων με μικρότερο κόστος.

Στην θετική λίστα ανήκουν τα φαρμακευτικά σκευάσματα όπου τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν, ενώ στην αρνητική αντίστοιχα ανήκουν αυτά που δεν καλύπτονται και επιβαρύνουν αποκλειστικά τον ασθενή. Η δημιουργία των δύο καταλόγων, έχει στόχο τον έλεγχο και περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και η συμμετοχή του ασθενή καθορίζεται με βάση την κατηγορία που ανήκει η αγωγή παρακολούθησης (Καραμπλή και συν., 2006).

Ο διαχωρισμός των φαρμάκων ως προς την λίστα που ανήκουν, πραγματοποιείται βάσει κλινικών μελετών που πραγματοποιήθηκαν. Τα φάρμακα όπου τα αποτελέσματα τους προσδίδουν ασφάλεια, θεραπευτική αξία και αποτελεσματικότητα αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία και εμπεριέχονται στον θετικό κατάλογο.

- ***Εισαγωγή γενόσημων στην αγορά***

Τα τελευταία χρόνια, εντείνεται ολοένα και περισσότερο η δημιουργία και η εισαγωγή των γενόσημων φαρμάκων σε μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς. Ενισχύεται το κομμάτι του ανταγωνισμού έναντι των πρωτότυπων φαρμάκων, καθώς παρέχουν ίδια ποιοτική αποτελεσματικότητα σε χαμηλότερα επίπεδα τιμών. Πολλές φαρμακοβιομηχανίες με την λήξη της ευρεσιτεχνίας των φαρμάκων και την κυκλοφορία γενόσημων προϊόντων, μείωσαν αισθητά τις τιμές των πρωτότυπων προϊόντων τους.

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ευρωπαϊκές χώρες όπως την Δανία, την Γερμανία και την Ολλανδία, παρουσίασαν σημαντική αύξηση του μεριδίου της αγοράς των γενόσημων φαρμάκων, που φτάνει ακόμα και το 6,5%. Αποτέλεσμα αυτού και μέσω του θεσμού «Εφαρμογή της κοινωνικό-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων», οι φαρμακοποιοί επιτρέπεται να συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα έναντι πρωτοτύπων (Mousnad et al., 2014).

### **Μέτρα που αφορούν την αγορά ως σύνολο**

- ***Έλεγχος στα κέρδη των φαρμακοβιομηχανιών***

Ο έλεγχος των κερδών που παρουσιάζουν οι φαρμακευτικές εταιρείες, απασχόλησε κράτη, όπως είναι η Ισπανία και η Αγγλία. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα μηχανισμό που συνδυάζει την τιμή πώλησης των προϊόντων σε σχέση με τις δαπάνες που δημιουργούνται. Οι φαρμακοβιομηχανίες, κατά την ένταξη των νέων φαρμάκων στην αγορά, έχουν το πλεονέκτημα να τιμολογούν στα επίπεδα εκείνα που θεωρούν ότι θα έχουν κέρδος. Μοναδική προϋπόθεση, το συνολικό κέρδος που θα καταγραφεί να είναι μικρότερο ή ίσο με το σχεδιασμό που είχε συμφωνηθεί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Αγγλία, στην οποία μειώθηκαν αισθητά οι τιμές σε φάρμακα όπου τα έσοδα υπερέβαιναν το ποσό που είχε οριστεί.

Με την μέθοδο αυτή, οι εταιρείες έχουν την δυνατότητα να επενδύσουν τα κεφάλια σε πολύ νευραλγικά τμήματα, όπως είναι της Έρευνας και Ανάπτυξης. Σκοπός, η βελτίωση των ήδη υπάρχοντων προϊόντων αλλά και η δημιουργία νέων. Σημαντικά μειονεκτήματα, η έλλειψη κινήτρου για τον συνδυασμό συνταγογράφησης των φαρμάκων με οφέλη όπως το κόστος-αποτελεσματικότητα καθώς και ο κίνδυνος που δημιουργείται από ενδεχόμενη αύξηση της τιμής πώλησης σε περιόδους όπου τα έσοδα της εταιρείας μειώνονται (Carone et al., 2012).

- ***Έλεγχος του αριθμού των φαρμακευτικών προϊόντων***

Αρκετές χώρες, στην προσπάθεια περιορισμού της προκλητής ζήτησης και της συνταγογράφησης νέων και δαπανηρών φαρμάκων αλλά και για ελαχιστοποίηση της ισχύς των φαρμακοβιομηχανιών στα επίπεδα τιμών, ελέγχουν το είδος των φαρμάκων που διατίθενται για κατανάλωση. Το είδος καθώς και η ποσότητα των



φαρμακευτικών προϊόντων που κυκλοφορεί σε κάθε χώρα ποικίλει. Σημαντικός ρόλος στην διαφορετικότητα, θεωρείται η πολιτική στρατηγική που υλοποιεί κάθε κράτος με σκοπό τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

### **1.3.1 Εφαρμογή και προτάσεις στην Ελλάδα**

Η αυξητική τάση που παρουσίασαν οι φαρμακευτικές δαπάνες τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε τις πολιτικές ηγεσίες στην οργάνωση στρατηγικών περιορισμού των δαπανών υγείας. Μέσω των στρατηγικών που άσκησαν, αποσκοπούσαν στον έλεγχο και στην συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών, καθώς και στη δημιουργία ισοσκελούς ισοζυγίου σύμφωνα με τον αρχικό προϋπολογισμό. Η οικονομική κρίση, δημιούργησε νέα δεδομένα και συνθήκες τόσο στις δαπάνες υγείας όσο και στις φαρμακευτικές δαπάνες (Karampli et al., 2014).

Η εξισορρόπηση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε κύριο στόχο όλων των κρατών και κυρίως εκείνων που η οικονομική κρίση τα επηρέασε σημαντικά. Η κρατική παρέμβαση για τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών ήταν αναγκαία. Η ζήτηση για φάρμακα και υπηρεσίες υγείας που προκλήθηκε από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, των χρόνιων παθήσεων και την ανακάλυψη νέων δραστικών φαρμακευτικών ουσιών, οδήγησε στην χάραξη στρατηγικών εξορθολογισμού της δαπάνης.

Υπό αυτές τις συνθήκες, τα κύρια μέτρα που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα ήταν αρκετά δραστικά και αφορούσαν ένα ευρύ πεδίο των υπηρεσιών υγείας. Αρχικά, επιβλήθηκε αναδιοργάνωση του υπάρχοντος συστήματος και δημιουργήθηκε ένας ενιαίος ασφαλιστικός φορέας με τη συγχώνευση των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων (Ε.Φ.Κ.Α), προκειμένου να επιτευχθεί ένας ισχυρός φορέας κοινωνικής ασφάλισης και ο έλεγχος των δαπανών. Σε δεύτερο επίπεδο, δημιουργήθηκε συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με κύριο στόχο την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και τον περιορισμό δαπανών (Souliotis & Lionis, 2005; Karampli et al., 2014). Θεσμοθετήθηκαν όρια ανώτατων τιμών και ποσοστό εκπτώσεων επί των πωλήσεων ως μέτρο ελέγχου του κόστους των φαρμακευτικώνσκευασμάτων. Ως προς την ζήτηση, καθιερώθηκε προκαθορισμένο ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στη συνταγογράφηση ενώ από την πλευρά της προσφοράς επιβλήθηκε έλεγχος σε επίπεδο ιατρών, φαρμακείων αλλά και εταιριών.

Στο πλαίσιο της συγκράτησης της αλόγιστης ζήτησης και στην δημιουργία πολιτών με ορθολογικό τρόπο σκέψης, συνάφθηκαν συμβάσεις με πάγια αντιμισθία ανά ιατρό όπου προσδιόριζαν το μέγιστο πλήθος συνταγών και την αμοιβή του ιατρού. Παράλληλα διείσδυσαν στην αγορά τα γενόσημα φάρμακα, με δράση ανάλογη των πρωτότυπων και κόστος μικρότερο (Karampli et al., 2014).

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης πριν και μετά την κρίση, αποτελεί ένα ισχυρό οικονομικό στοιχείο βιωσιμότητας για το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει ο τρόπος επιρροής των παραγόντων της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς και οι ενέργειες που δύναται να ακολουθηθούν για την αντιμετώπισή τους. Μέσω των αποτελεσμάτων διεξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα για τις χώρες που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση, καθώς και των αποφάσεων που πάρθηκαν για την επίλυσή της.

Το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείο βιωσιμότητας αλλά και ως επιδρών παράγοντα στην οικονομική ανάπτυξη ενός κράτους, αποτελεί στοιχείο έρευνας για τους οικονομολόγους της υγείας. Η προσέγγιση της φαρμακευτικής δαπάνης στο ασφαλιστικό σύστημα, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής καθώς μπορεί να συνεισφέρει λύσεις σε προβλήματα που δημιουργήθηκαν στην κλάδο της υγείας κατά την διάρκεια των χρόνων.

Η οικονομική κρίση, βοήθησε τα κράτη στην διεξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων σχετικά με την κακή διαχείριση του δημόσιου χρήματος, που είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δημοσιονομικού ελλείμματος. Σημαντικό παράγοντα για την δημιουργία του δημοσιονομικού ελλείμματος αποτέλεσε η φαρμακευτική δαπάνη, καθώς θεωρείται κύριος συντελεστής του συστήματος υγείας και των ασφαλιστικών φορέων (Karampli et al., 2014).

Η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης ωστόσο, δεν είχε μόνο αρνητικές επιρροές. Ήταν μια ιδιαίτερη ευκαιρία για κάθε χώρα που επηρεάστηκε, προκειμένου να αναδιοργανωθεί, να ελέγξει και να εξορθολογήσει την σπατάλη της, στις δημόσιες και στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας. Τέλος, τα οφέλη από την σωστή διαχείρισή της μπορούν να βελτιώσουν σημαντικούς κρατικούς φορείς, όπως το ασφαλιστικό σύστημα. Για την πλήρη αξιοποίηση των συμπερασμάτων που αποφέρει η οικονομική κρίση, απαιτούνται σημαντικές νομοθετικές παρεμβάσεις από την πολιτική ηγεσία κάθε χώρας και δέσμευση όλων των εμπλεκόμενων φορέων για συνεργασία, προκειμένου να αντιμετωπιστούν μελλοντικές προκλήσεις.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ασφαλιστικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη**

### **2.1 Εισαγωγικές Έννοιες και Ορισμοί**

Η ανάπτυξη της συγκεκριμένης ενότητας αποσκοπεί στην διαχρονική μελέτη του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης και στην εξέλιξη της με το πέρασμα των χρόνων. Με τον όρο σύστημα υγείας, ορίζεται "το σύνολο των επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού" (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα, 2007). Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που οφείλουν να γίνουν με σκοπό την επαναφορά της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου. Έτσι, οι άνθρωποι στρέφονται προς το σύστημα υγείας, όχι μόνο σε περιπτώσεις συμπτωμάτων πόνου, αλλά και για την επίλυση προβλημάτων ψυχολογικής φύσεως, ανατροφής των παιδιών τους, καθώς και για διατροφικές και διαιτητικές συμβουλές.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας αποτελείται κατά το ελάχιστο από τρία υποσυστήματα. Το πρώτο αφορά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, την βιωσιμότητά του, την σταδιακή εξέλιξη του, καθώς και τις ανάγκες που προκύπτουν από τα δεδομένα των επιδημιολογικών ερευνών. Το δεύτερο υποσύστημα περιλαμβάνει όλους τους οικονομικούς και τεχνικούς πόρους που λειτουργούν κατά την διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας, όπως είναι οι κτιριακές εγκαταστάσεις, το ανθρώπινο δυναμικό, η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών και οι δείκτες αξιολόγησης του αγαθού της υγείας. Τέλος, οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών αποτελούν το τρίτο υποσύστημα. Σε αυτή την περίπτωση, περιλαμβάνονται όλοι οι πιθανοί τρόποι με τους οποίους καλύπτονται οι υγειονομικές ανάγκες. Θεωρείται ίσως το πιο νευραλγικό τμήμα του συστήματος, καθώς η μελέτη και η γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών του είναι καίριας σημασίας (Θεοδώρου και συν., 2001). Η επίτευξη της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης κάθε χώρας, εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο υγείας του πληθυσμού της, όπως και του τρόπου που επιμερίζει τους διαθέσιμους πόρους της. Προτεραιότητα τους αποτελεί η ενίσχυση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με κύριο γνώμονα την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η εξάλειψη της οικονομικής επιβάρυνσης των πολιτών (WHO, 2009).

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και συσχέτιση μεταξύ τους. Για παράδειγμα, όταν βελτιώνεται το επίπεδο υγείας μια χώρας,

εξασφαλίζεται μείωση των παραγόμενων προϊόντων ή βελτίωση της ποιότητάς τους. Αποτέλεσμα αυτού, είναι η εξοικονόμηση και η επένδυση των πόρων, σε τομείς όπως είναι η Έρευνα και η Ανάπτυξη. Επιπλέον, η ορθολογική χρήση των μηχανισμών κάλυψης επηρεάζουν θετικά το επίπεδο υγείας μιας χώρας στο σύνολό του, και ενισχύουν την παραγωγή των υπηρεσιών της. Αντίθετα, οποιαδήποτε αρνητική εξέλιξη δημιουργείται σε ένα από τα τρία υποσυστήματα, επιφέρει αντίστοιχα αρνητικά αποτελέσματα στα υπόλοιπα δύο.

Το σύστημα υγείας ωστόσο, αποτελεί ένα ανοιχτό σύστημα και κατά συνέπεια δεν θα μπορούσε να παραμείνει ανεπηρέαστο από το εξωτερικό περιβάλλον που περικλείεται. Έτσι, επηρεάζεται άμεσα ή έμμεσα από παράγοντες οικονομικούς, πολιτικούς, κοινωνικούς, οικολογικούς και πολιτιστικούς. Με την βοήθεια της συστημικής προσέγγισης ως σύστημα ανάλυσης, πολλά κράτη αποσαφηνίζουν πλήρως τον τρόπο που επιδρούν οι προαναφερθέντες παράγοντες στο επίπεδο υγείας και στο σύστημα περίθαλψης με αποτέλεσμα να προσπαθούν να επιτύχουν την βέλτιστη λειτουργία του. Ακόμα, μέσω των αναλύσεων αυτών δημιουργείται μια συγκριτική βάση δεδομένων, αποτελούμενη από τα επιθυμητά και από τα πραγματικά αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν.

Το σύστημα υγείας κάθε χώρας, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα κρατικά συστήματα αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό οικονομικό παράγοντα, καθώς απασχολεί μεγάλο ποσοστό του ενεργού πληθυσμού και επηρεάζει άμεσα το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π). Κατά συνέπεια, κάθε κράτος προτού προβεί σε αποφάσεις για θέματα πολιτικής της υγείας, οφείλει να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο της ιδιαιτερότητες του αγαθού, αλλά και των χαρακτηριστικών που το διέπουν (Θεοδώρου και συν., 2001). Χαρακτηριστικά όπως είναι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η ελεύθερη επιλογή, η συνεχής προσφορά τους, καθώς και η ισότητα στην προσβασιμότητα της χρήσης τους, αποτελούν μερικά από τα βασικά γνωρίσματα κάθε συστήματος. Οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν ωστόσο, οδηγούν σε αυξημένη κρατική παρέμβαση, σε αδυναμία λειτουργίας σύμφωνα με τους νόμους της αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού, καθώς και σε οργανωτικές και διοικητικές δυσκολίες.

Η κοινωνική ασφάλεια ως έννοια, εμπεριέχει ουσιαστικά τρία επίπεδα κοινωνικής προστασίας. Την κοινωνική ασφάλιση, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Κάθε κράτος, στην προσπάθειά του να διασφαλίσει την ομαλή λειτουργία των πολιτών του, λαμβάνει προληπτικά μέτρα, μέσω των οποίων μειώνει τις

αρνητικές συνέπειες που μπορεί να του αποφέρουν ενδεχόμενοι κίνδυνοι. Με τον όρο κίνδυνος, νοείται κάθε μελλοντικό και αβέβαιο γεγονός, το οποίο φέρει αρνητικά αποτελέσματα ανεξαρτήτως επιθυμίας του ατόμου (Κουκουφιλίππου και συν., 2016). Υπάρχουν πολλές μορφές κινδύνου, όπως είναι: οι φυσικοί (φυσικά φαινόμενα), οι φυσιολογικοί (ανθρώπινης φύσης), οι οικογενειακοί, οι επαγγελματικοί και οι κοινωνικοί. Ως κοινωνικοί, θεωρούνται εκείνοι που απειλούν το σύνολο της κοινωνίας και αντιμετωπίζονται μέσω της αποταμίευσης, της ιδιωτικής ασφάλισης και της φιλανθρωπίας. Η περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης, εμπεριέχει ομάδες ατόμων που απειλούνται από συγκεκριμένους κινδύνους. Ουσιαστικά, θεωρείται ως ένα είδος συμβολαίου μεταξύ όλων των πολιτών, λειτουργεί με βάση την κατανομή του εισοδήματος και σύμφωνα με τους κανόνες της αγοράς (Κουκουφιλίππου και συν., 2016).

## **2.2 Συνοπτική Ιστορική Ανασκόπηση των Ασφαλιστικών Συστημάτων Υγείας**

Η ραχοκοκαλιά κάθε κράτους πρόνοιας αποτελείται από τα συστήματα υγείας και από την κοινωνική ασφάλιση. Αποτέλεσμα αυτού, οι πολιτικές ηγεσίες των Δυτικού κόσμου επικεντρώθηκαν στην βελτίωσή και στην εξέλιξή τους. Με το πέρασμα των χρόνων, οι πολίτες της Ευρώπης απέκτησαν συνταγματικά το δικαίωμα για ισότιμη πρόσβαση σε παροχή υπηρεσίας υγείας με μηδενική ή ελάχιστη καταβολή χρηματικού τιμήματος. Το επίπεδο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών σταδιακά βελτιώθηκε, ως συνέπεια επένδυσης των οικονομικών πόρων σε έρευνα και ανάπτυξη, καθώς δημιουργήθηκαν περισσότερα νοσοκομεία, καινούργια φάρμακα και καινοτόμες θεραπείες (Θεοδώρου, 2000).

Τα πρώτα νοσοκομεία κατά τον κόσμο , δημιουργήθηκαν τον 6<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ, για τη περίθαλψη των απόρων και αναπήρων στην Ινδία, ενώ στη Αίγυπτο οι ιατροί εκλέγονταν από την εκκλησία του Δήμου και επισκέπτονταν του ασθενείς στα σπίτια τους. Οι ιατροί αναφέρονταν ως «δημοσιεύοντες ιατροί», αμείβονταν με πάγια αντιμισθία και στις υπηρεσίες που παρείχαν στους πολίτες, είτε στην κατοικία τους είτε σε δημόσια ιατρεία, δεν εισέπρατταν καμία πρόσθετη αμοιβή. Τα αντίστοιχα νοσοκομεία στην Ευρώπη είχαν άμεση επιρροή από τα μοναστήρια, προσφέροντας υπηρεσίες νοσηλείας σε φτωχούς, στρατιώτες, ναυτικούς και λοιπούς. Τον 13<sup>ο</sup> αιώνα στην Ευρώπη λειτουργούσαν περίπου 19.000 νοσοκομεία, παράλληλα την ίδια χρονική περίοδο και συγκεκριμένα στην Αγγλία, ξεκίνησαν να λειτουργούν τα πρώτα

δημόσια νοσοκομεία. Στα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα, οι οικονομικά ευκατάστατοι πολίτες της εποχής, προσέφεραν χρήματα προκειμένου να δημιουργηθούν νοσοκομεία και χώροι πρόνοιας, ως επίδειξη κύρους και φιλευσπλαχνίας. Την ίδια εποχή, άρχισαν να λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία ως μεμονωμένες μονάδες της νοσοκομειακής περίθαλψης. Παράλληλα, έκαναν την εμφάνισή τους στην Γερμανία οι πρώτοι εργαστηριακοί επιστήμονες, οι οποίοι αποτέλεσαν νέα ειδικότητα της ιατρικής, όπου με τον συνδυασμό θεωρίας, πρακτικής και έρευνας, έθεσαν ως στόχο την ανάπτυξη των φαρμάκων και των θεραπειών (Θεοδώρου, 2000).

Το πρώτο Εθνικό σύστημα ασφάλισης, δημιουργήθηκε το 1883 στην Γερμανία, όταν η κυβέρνηση Μπίσμαρκ (Bismarck) έθεσε ως προτεραιότητα την ασφάλιση όλων των εργαζομένων. Ακολούθησε η Αγγλία το 1948, όπου ίδρυσε το πρώτο εθνικό σύστημα υγείας, μέσω του λόρδου Μπέβεριτζ (Beveridge). Το 1946 ιδρύθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος είναι αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία. Τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948 αποτελεί μια επιμέρους και εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ).

Από τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και έπειτα, τα χρόνια που ακολούθησαν, θεωρήθηκαν η απαρχή της δημιουργίας των φαρμάκων και των θεραπειών, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην ίαση χρόνιων νοσημάτων. Οι υπηρεσίες υγείας μεταλλάχθηκαν σε πολυπλοκότερα και πιο δαπανηρά συστήματα, καθώς εισχώρησε η ιατρική τεχνολογία και ο τομέας της ιατρικής επιστήμης διασπάστηκε σε ποικίλες επιμέρους ειδικότητες (Θεοδώρου, 2000).

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε η κοινωνική ασφάλιση. Η βιομηχανική επανάσταση υπήρξε ορόσημο στην δημιουργία του θεσμού κράτους-πρόνοιας και της κοινωνικής προστασίας. Το κράτος πρόνοιας συντελείται από πολιτικές αποφάσεις, μέτρα και ρυθμίσεις οι οποίες έχουν ως κύριο σκοπό την ανθρώπινη ευημερία. Έτσι, στόχος της κοινωνικής προστασίας είναι η ενίσχυση της ασφάλειας των ατόμων και η κάλυψη τους από κινδύνους ασθένειας, ατυχήματος και ηλικιακών προβλημάτων. Σταδιακά η εξέλιξή της αποκόπηκε από την φιλανθρωπία και την ιδιωτική ασφάλιση, αποκτώντας δομή κρατικής μέριμνας και πρόνοιας,

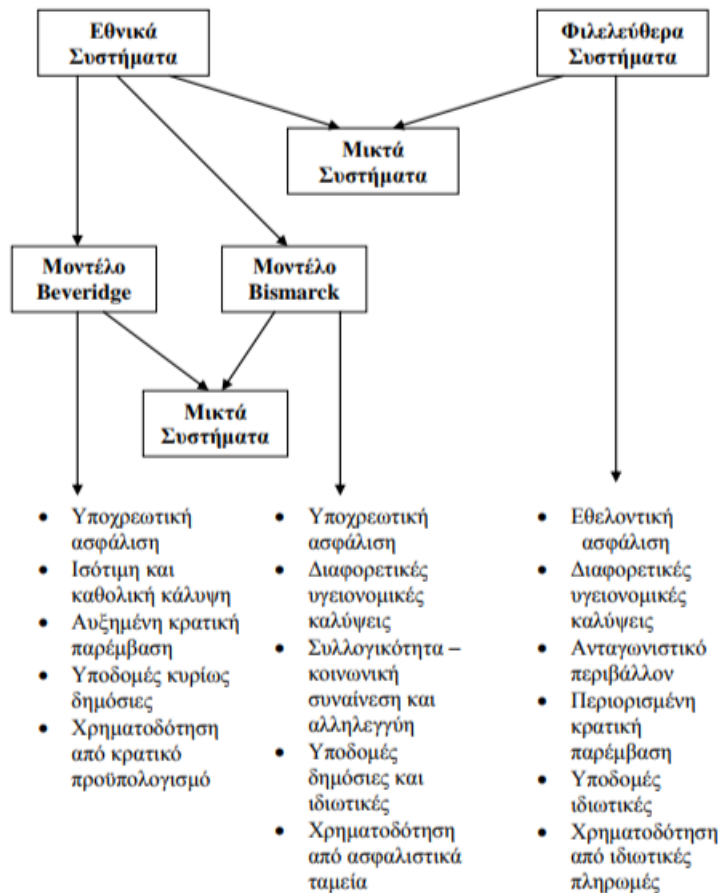
Η κύρια δομή των κρατικών δραστηριοτήτων, αφορά τις χρηματικές παροχές (συντάξεις, επιδόματα και λοιπά), τις παροχές σε είδος (υγεία, εργασία και λοιπά) και την λήψη μέτρων που θα βελτιώσουν το επίπεδο ζωής των ατόμων, όπως καλύτερες συνθήκες εργασίας, φορολογικές πολιτικές και άλλα. Η φορολογική πολιτική ενός

σύγχρονου κράτους πρόνοιας μπορεί να είναι είτε έμμεση είτε άμεση. Οι οικονομικά εύρωστοι πολίτες φορολογούνται και με τους δυο τρόπους ταυτόχρονα, ενώ οι πολίτες οι οποίοι ανήκουν σε αδύναμες οικονομικές ομάδες ή δεν είναι επαγγελματικά ενεργοί φορολογούνται μόνο μέσω έμμεσων φόρων. Ρόλος κάθε κράτους πρόνοιας είναι μέσω των κοινωνικών και οικονομικών παρεμβάσεων του, να αποτελέσει σταθμό οικονομικής ανάπτυξης της χώρας, να βοηθήσει στην αναπαραγωγή του ανθρώπινου δυναμικού και στην συντήρηση του μη εργαζόμενου πληθυσμού (Θεοδώρου, 2000).

Η έλλειψη εισοδηματικών πηγών ενός ατόμου σημαίνει αυτόματα ότι σε περιπτώσεις κινδύνου, ο μοναδικός τρόπος για την κάλυψη του, προέρχεται από φιλανθρωπίες ή από βοήθεια του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Κατά συνέπεια, για τα κράτη πρόνοιας, θεωρείται σημαντική η λήψη πολιτικών αποφάσεων με κύριο γνώμονα την καθολική προστασία των πολιτών, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις επισφαλείς ομάδες. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης, επηρεάζεται άμεσα από τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που ισχύουν στην χώρα την εκάστοτε χρονική περίοδο, τόσο σε μακροοικονομικό όσο και σε μικροοικονομικό επίπεδο. Ως μακροοικονομία, θεωρείται η μελέτη της οικονομίας μιας χώρας στο σύνολό της, ενώ αντίθετα, ως μικροοικονομία, ορίζεται η ατομική συμπεριφορά των επιχειρήσεων στο πέρασμα του χρόνου (Θεοδώρου, 2000).

Τα συστήματα υγείας κατηγοριοποιούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Στα Εθνικά και τα Φιλελεύθερα. Στο διάγραμμα 2.2.1 που ακολουθεί, απεικονίζονται τα δύο συστήματα και οι υποδιαίρέσεις τους.

**Διάγραμμα 2.2.1:** Κατηγοριοποίηση Συστημάτων Υγείας



**Πηγή:** Θεοδώρου Μ., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2000.

Στο Εθνικό σύστημα υγείας, προτεραιότητα είναι η κοινωνική αλληλεγγύη και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Η κρατική παρέμβαση και δράση είναι διάχυτη σε ολόκληρο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας, παρέχοντας στο σύνολο των πολιτών το ελάχιστο επίπεδο παροχών υγείας. Στα πλεονεκτήματα του συγκαταλέγονται η μείωση των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων, ενώ στα μειονεκτήματα του η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας και η μειωμένη αποτελεσματικότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, λόγω έλλειψης κινήτρων στους παρόχους τους (Γκόλνα και συν., 2005).

Υποδιαιρείται σε μοντέλο Βίσμαρκ (Bismarck), όταν η χρηματοδότηση του στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, και σε μοντέλο Μπέβεριτζ (Beveridge) όταν χρηματοδοτείται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Στα μέσα του 16<sup>ου</sup> αιώνα στη



Γερμανία, δημιουργήθηκε πολιτική αναταραχή και κοινωνικές συγκρούσεις, στην προσπάθεια των πολιτών για διεκδίκηση καλύτερου μισθού και κάλυψη πολλών βιοτικών αναγκών. Ο καγκελάριος Βίσμαρκ αναγγέλλει την δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου και πείθει τους εργοδότες να μετέχουν μαζί με τους εργάτες με ένα ποσοστό κοινωνικής συνεισφοράς. Έτσι, το μοντέλο Βίσμαρκ, κατοχύρωσε υποχρεωτική ασφάλιση για όλους τους πολίτες, διαφορετικές υγειονομικές καλύψεις, δημόσιες υποδομές, χρηματοδότηση από τα ασφαλιστικά ταμεία και κοινωνική συναίνεση και αλληλεγγύη (Γκόλνα και συν., 2005).

Η κρίση που ξέσπασε το 1929 μέχρι το 1930, σε συνδυασμό με την κατάρρευση του φιλελεύθερου μοντέλου της οικονομίας που είχε δημιουργηθεί, επέφερε πολλές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του κράτους. Ο πρωταρχικός σκοπός για κάθε κοινωνία, ήταν η εξάλειψη της ανεργίας και η επαναφορά ενός ικανοποιητικού ποσοστού απασχόλησης των πολιτών. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο Μπέβεριτζ, εστίασε στην σημασία της πλήρους απασχόλησης, μέσω της οποίας επιτυγχάνεται ένα αποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Έτσι το μοντέλο Μπέβεριτζ, περιλαμβάνει υποχρεωτική ασφάλιση, ισότιμη και καθολική κάλυψη για όλους τους πολίτες. Οι υποδομές του και η χρηματοδότηση του, στηρίζεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποτέλεσμα την αυξημένη κρατική παρέμβαση (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Η Γερμανία και η Γαλλία αποτελούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα του μοντέλου Βίσμαρκ, ενώ η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Σουηδία είναι κάποιες από τις χώρες που βασίζουν το ασφαλιστικό τους σύστημά στο μοντέλο Μπέβεριτζ. Ανάμεσα στους δύο προαναφερθέντες τύπους εθνικών συστημάτων δημιουργήθηκαν εναλλακτικές δομές στις οποίες το κράτος και η κοινωνική ασφάλιση συνυπάρχουν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, και ονομάζονται μικτά συστήματα ασφάλισης.

Στον αντίποδα του Εθνικού συστήματος, βρίσκεται το φιλελεύθερο σύστημα υγείας όπου η απαρχή του είναι η ιδιωτική-εθελοντική ασφάλιση. Υπάρχουν διαφορετικές υγειονομικές καλύψεις ανάλογα με το εισόδημα και τις ανάγκες των καταναλωτών, ενώ η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του είναι η υποδομή του, η οποία στηρίζεται κυρίως σε ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Η χρηματοδότηση του εξασφαλίζεται κατά κύριο λόγο μέσω των ιδιωτικών εισφορών των πολιτών, ενώ οι τιμές των παροχών υγείας διαμορφώνονται με κριτήριο την ζήτηση και βάσει των κανόνων που διέπουν την

ελεύθερη αγορά. Κύριος εκπρόσωπος του φιλελεύθερου μοντέλου είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α), όπου η μοναδική κρατική παρέμβαση συνίσταται στα προγράμματα κάλυψης των φτωχών και ηλικιωμένων (Medicare, Medicaid αντίστοιχα). Ως πλεονεκτήματα του καταλογίζονται η ανάπτυξη ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και η δημιουργία ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, καθώς ευνοούνται μέσω της ιδιωτικής χρηματοδότησης. Στα μειονεκτήματα του συγκαταλέγονται η ανισότητα πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη της προκλητής ζήτησης και η εστίαση του ως προς την θεραπεία και όχι ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δηλαδή την πρόληψη του πληθυσμού (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Στον πίνακα 2.2.1, παρουσιάζεται η συγκριτική ανάλυση των χαρακτηριστικών Βίσμαρκ-Μπέβεριτζ.

**Πίνακας 2.2.1:** Συγκριτική ανάλυση των χαρακτηριστικών Βίσμαρκ-Μπέβεριτζ.

	<b>ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΠΕΒΕΡΙΤΖ</b>	<b>ΜΟΝΤΕΛΟ ΒΙΣΜΑΡΚ</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ</b>	Η πρόληψη της φτώχειας	Η διατήρηση του επιπέδου του εισοδήματος
<b>ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΑ ΑΡΧΗ</b>	Η προτεραιότητα στην εξασφάλιση της εργασίας και του δικαιώματος σε αυτή	Η κοινωνική ασφάλεια σαν αυτόνομη αρχή
<b>ΕΙΔΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ</b>	Η εγγύηση ενός ελάχιστου κοινωνικού επιπέδου διαβίωσης	Η διατήρηση της κοινωνικής θέσης μέσω του επιπέδου του εισοδήματος
<b>ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ</b>	Από το κράτος ή τους εργαζόμενους	Από τους κοινωνικούς εταίρους (εργοδότες και εργαζόμενους)
<b>ΚΑΛΥΨΗ ΠΑΡΟΧΩΝ</b>	Σε όλους τους πολίτες (καθολικότητα)	Μόνο στους εργαζόμενους (επιλεξιμότητα)
<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΟΧΩΝ</b>	Σταθερού Επιπέδου παροχές για το σύνολο των πολιτών	Σχετιζόμενο με το ύψος του εισοδήματος
<b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ</b>	Μέσω της Προοδευτικής φορολογίας	Μέσω εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών
<b>ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ</b>	Αναδιανεμητικό	Κεφαλαιοποιητικό

**Πηγή:** Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012. Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης - Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

### 2.3 Δομή Κοινωνικής Ασφάλισης

Κάθε σύστημα υγείας έχει ως στόχο να παρέχει στους πολίτες του, τον καλύτερο συνδυασμό ποιότητας και αποδοτικότητας υπηρεσιών υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, την στιγμή που το έχουν ανάγκη. Έτσι διασφαλίζει την ομαλή λειτουργία του κοινωνικού συνόλου, καθώς κίνδυνοι που ενδέχεται να δημιουργηθούν, εξουδετερώνονται την κατάλληλη χρονική στιγμή.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, προστάζει την αναπροσαρμογή των υπηρεσιών υγείας προς την κατεύθυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Εξαιτίας της μεγάλης απορρόφησης των οικονομικών πόρων από την νοσοκομειακή περίθαλψη, θεωρείται αναγκαία η δημιουργία ενός αναδιαρθρωμένου συστήματος υγείας, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η αποκέντρωση και η ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και η ισοκατανομή των πόρων στις υγειονομικές περιφέρειες. Ο σωστός σχεδιασμός, ο προγραμματισμός και η συνεχής αξιολόγηση του συστήματος, αποτελούν τους πιο σημαντικούς πυλώνες για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία του. Σημαντική προϋπόθεση για την επίτευξη του στόχου, θεωρείται η βοήθεια της κοινότητας στον προσδιορισμό των αναγκών υγείας που παρουσιάζονται, καθώς και η συμμετοχή της στη διαδικασία αξιολόγησης των προγραμμάτων που χρησιμοποιούνται (Αντωνοπούλου, 2008).

Τα συστήματα υγείας, μπορούμε να τα διαχωρίσουμε σε δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Η πρώτη μορφή περίθαλψης θεωρείται η εξωνοσοκομειακή ενώ η δεύτερη η νοσοκομειακή. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που παρέχουν οι οικογενειακοί ιατροί καθώς και κάθε επαγγελματίας υγείας, δημιουργώντας το πρωτοβάθμιο επίπεδο. Το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που παρέχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα στο χώρο του νοσοκομείου (Λιαρόπουλος, 2010).

Με τον όρο πρωτοβάθμια φροντίδα, νοείται η παροχή των υπηρεσιών υγείας που αναλαμβάνει να προσφέρει το κράτος σε όλους τους πολίτες του ως πρόληψη, θεραπεία, εκπαίδευση και αποκατάσταση σε αρχικό επίπεδο. Η παρακολούθησή τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο μέχρι την στιγμή που θα αναρρώσουν, η δυνατότητα πρόληψης για την αποφυγή δυσάρεστης ασθένειας, όπως και η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού μέσα από προγράμματα, διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις αποτελούν μερικά από τα πεδία που την αποτελούν. Τέλος, συμπεριλαμβάνεται η συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και

Πρόνοιας με τις τοπικές αυτοδιοικήσεις, με σκοπό την αποδοτικότερη προσφορά των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Υφαντόπουλος, 2003).

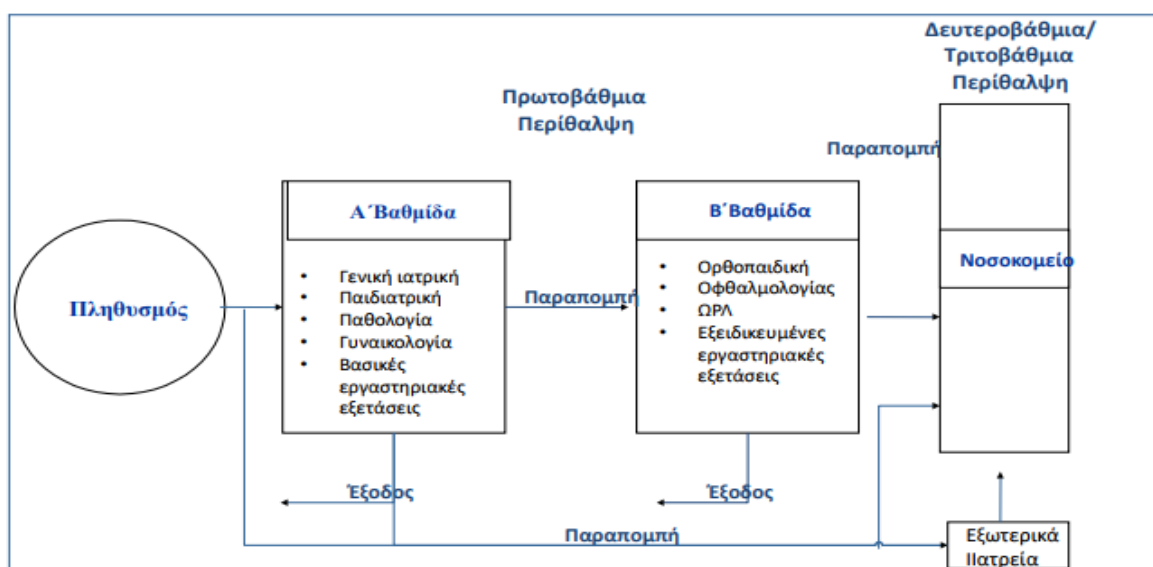
Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο συγκαταλέγονται η εισαγωγή των πολιτών στα νοσοκομεία και οι υπηρεσίες που παρέχονται από ιατρούς, οι οποίοι απασχολούνται σε αυτά. Καλύπτονται τα προβλήματα που απασχολούν τον γενικό πληθυσμό και η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν μπορεί να τα καλύψει. Εξυπηρετούν μεγάλο όγκο πολιτών παρέχοντας ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη, βασικές ιατρικές υπηρεσίες, διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις (Υφαντόπουλος, 2003).

Τέλος, το τριτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, σύγχρονα και εξοπλισμένα ιατρικά μηχανήματα με σκοπό την ίαση χρόνιων και σύνθετων προβλημάτων υγείας. Συμπληρωματικό των τριών επίσημων επιπέδων υγείας θεωρείται η «αυτοθεραπεία» ή διαφορετικά «αυτοϊαση», η οποία παρέχεται από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή ή τον ίδιο. Η αυτοϊαση περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες εκείνες, οι οποίες προσφέρουν την απαραίτητη γνώση με σκοπό οι ασθενείς και το περιβάλλον τους να βρίσκονται σε θέση να προβλέψουν και να διαγνώσουν ένα ελαφρύ σύμπτωμα υγείας. Θεωρείται ουσιαστικά, ως μια μορφή ιατρικής φροντίδας και λειτουργεί σαν προθάλαμος του υγειονομικού συστήματος, καθώς αντιμετωπίζονται πολλά περιστατικά μικρής βαρύτητας (Υφαντόπουλος, 2003).

Η οργάνωση των τριών επιπέδων υγείας παρατηρείται σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες, ανεξάρτητα από τις διαφορές στην λειτουργία τους που μπορεί να προκύπτουν και τον τρόπο ιεράρχησης τους. Ένας σύνηθες τρόπος οργάνωσης είναι του Ροϊτστέιν (Reutstein), όπου με επίκεντρο την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, παρέχει στους πολίτες πανεπιστημιακή κάλυψη, με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και εξοπλισμό με υψηλή τεχνολογική υποστήριξη. Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο αυτού του τρόπου οργάνωσης, το νοσοκομείο παρέχει περιορισμένες υπηρεσίες, με μικρότερο αριθμό από εξειδικευμένους ιατρούς και χειρότερο τεχνολογικό εξοπλισμό. Τέλος, το πρωτοβάθμιο επίπεδο μέσω πολλών κέντρων υποδοχής ασθενών, αποτελεί την πρώτη επαφή των πολιτών για ασθένειες μικρού κινδύνου. Παρόλο που ο τρόπος οργάνωσης σύμφωνα με το υπόδειγμα Ροϊτστέιν (Reutstein) αποσκοπούσε στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και στην ενίσχυση της περιφερειακής μονάδας, εντούτοις με το πέρασμα των χρόνων παρατηρήθηκε ισχυροποίηση του νοσοκομειακού συστήματος θέτοντας το ως επίκεντρό της λειτουργίας του (Υφαντόπουλος, 2003).

Ένας άλλος τρόπος λειτουργίας και οργάνωσης του ιατρικού συστήματος, βασίζεται στο υπόδειγμα του Ίτιγκ (Ittig), όπου θέτει ως βάση την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Διαχωρίζει την εξωνοσοκομειακή σε δύο επιπλέον βαθμίδες προκειμένου να παρέχει στήριξη στους πολίτες στα περισσότερα προβλήματα που προκύπτουν με εξαίρεση την αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών. Στην πρώτη βαθμίδα, οι πολίτες έχουν την δυνατότητα κάλυψης για θέματα γενικής ιατρικής, ενώ αντίθετα η δεύτερη περιλαμβάνει πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως δερματολόγους, ορθοπεδικούς, οφθαλμιάτρους και άλλες. Σε περιπτώσεις που χρήζουν νοσοκομειακή αντιμετώπιση, οι πολίτες παραπέμπονται στα νοσοκομεία της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Στον πίνακα 2.3.1 παρουσιάζεται σχηματικά το υπόδειγμα Ίτιγκ (Υφαντόπουλος, 2003).

**Πίνακας 2.3.1:** Υπόδειγμα Ittig.



**Πηγή:** Υφαντόπουλος, 2003 - Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ, Αθήνα.

Τα δύο αυτά υποδείγματα, υπήρξαν η αφετηρία για την δημιουργία νέων προτάσεων ως προς την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου και σύγχρονου τρόπου λειτουργίας κάθε συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από τη χώρα που τα επιλέγει. Αφορμή για την δημιουργία εναλλακτικών προτάσεων, θεωρείται η αναποτελεσματικότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης σε πολλές περιπτώσεις. Έτσι,

κατά την δημιουργία των προτεινόμενων μοντέλων, στόχος είναι η μέγιστη επίτευξη και ποιοτικότερη ικανοποίηση των πολιτών, σύμφωνα με τις αρχές που έχουν διατυπωθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Υφαντόπουλος 2003).

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί, τα τελευταία χρόνια, στη φροντίδα που παρέχεται μέσω των οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι ανήκουν στα οργανωτικά μοντέλα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κατά το παρελθόν ο οικογενειακός ιατρός ήταν συνήθως παθολόγος ή ιατρός χωρίς ειδικότητα, ενώ σήμερα τον θεσμό τον υπηρετούν επιστήμονες με γνώσεις γενικής ιατρικής. Ανάλογα με το σύστημα υγείας που εφαρμόζει κάθε χώρα, ο ρόλος του θεωρείται πολύ σημαντικός εάν είναι απόλυτα συνδεδεμένος μαζί του, ή έχει μικρότερη βαρύτητα όταν ο ρόλος του είναι πιο περιορισμένος. Έτσι, ανάλογα με τις παραλλαγές των συστημάτων, οι πολίτες είτε έχουν την δυνατότητα να πάνε σε ιατρούς εξειδικευμένους για την ίαση της πάθησής τους, χωρίς να μεσολαβήσουν αρχικά οι γενικοί ιατροί, είτε σε άλλες περιπτώσεις, η παραπομπή τους κρίνεται απαραίτητη. Σημαντική διαφορά από κράτος σε κράτος παρατηρείται ως προς τον τρόπο μισθοδοσίας τους, αλλά και την σχέση των ιατρών με τον ασφαλιστικό φορέα (υπαγόμενοι στον φορέα ή ως συμβεβλημένοι ελεύθεροι επαγγελματίες). Για παράδειγμα, σε χώρες όπως η Αγγλία, η Ολλανδία και η Δανία, η μισθοδοσία τους γίνεται με αμοιβή κατά κεφαλή, στη Ελλάδα με πάγιο μισθό, ενώ σε χώρες όπως το Βέλγιο, τον Καναδά, τη Σουηδία με αμοιβή κατά πράξη. Μία επιπλέον παραλλαγή στη δομή των συστημάτων υγείας είναι ο χώρος παροχής των ιατρικών υπηρεσιών. Οι πολίτες έχουν την δυνατότητα να τους επισκέπτονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία, στο κέντρο υγείας, στην κλινική που εργάζονται ή ακόμα και στον ασφαλιστικό φορέα που υπάγονται. Στις περισσότερες χώρες, οι ιατροί εργάζονται σε ομάδες 3- 8 ατόμων (group practice), ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις με ατομική βάση (solo practice). Ο τελευταίος διαχωρισμός, εστιάζει στην δυνατότητα εξυπηρέτησης ατόμων που προκύπτουν μέσω λίστας ή αναλόγως της περιοχής που διαμένουν. Η ύπαρξη της λίστας, θεωρείται η πιο διαδεδομένη μορφή εξυπηρέτησης για τις χώρες που έχουν στην δομή τους, του γενικούς- οικογενειακός ιατρούς (Αντωνοπούλου, 2008).

Ως προς το αντικείμενο της νοσοκομειακής περίθαλψης, αποτελείται από όλες τις δραστηριότητες οι οποίες αναπτύσσονται μέσα από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα. Οι δραστηριότητες αυτές, περιλαμβάνουν την ιατρική περίθαλψη, την εκπαίδευση και την έρευνα. Στην ενδο-νοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη εμπεριέχεται εξίσου η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια

φροντίδα υγείας. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συγκαταλέγονται τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, όπου προσφέρουν υπηρεσίες πλήρης οργάνωσης, με στόχο την εξυπηρέτηση των πολιτών σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο, το νοσοκομείο έχει την δυνατότητα παροχής εργαστηριακού ελέγχου και γενικών επεμβάσεων για την κάλυψη αναγκών που δημιουργούνται. Επεμβάσεις όπως, καθετηριασμοί, γαστροσκοπήσεις, λαπαροσκοπήσεις και άλλες. Τέλος, το τριτοβάθμιο επίπεδο θεωρείται πιο σύνθετο και με υψηλό κόστος λειτουργίας, καθώς αποτελείται από ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, απαιτεί υψηλές γνώσεις και εξειδικευμένο προσωπικό. Κατά την διαδικασία της εκπαίδευσης, δημιουργείται μια ροή συνεχιζόμενης εκμάθησης των προπτυχιακών γνώσεων, και των ειδικοτήτων που υπάρχουν. Ο τομέας της έρευνας περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που πραγματοποιούνται μέσω της βασικής και της εφαρμοσμένης έρευνας και τα αποτελέσματα που αποφέρουν (Λιαρόπουλος, 2010).

Ως λειτουργία νοσηλευτικής μονάδας νοείται η νοσηλευτική φροντίδα και τα εκπαιδευτικά προγράμματα. Η νοσηλευτική φροντίδα αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα των εξωτερικών ιατρείων ενός νοσοκομείου, τα ενδο-νοσοκομειακά περιστατικά και την φροντίδα κατ' οίκον. Και σε αυτή την περίπτωση η εκπαίδευση αποσκοπεί στην δια βίου εκμάθηση των νοσηλευτών για προγράμματα ιατρικής φροντίδας.

Τα νοσοκομεία ανάλογα με τα περιστατικά που καλούνται να αντιμετωπίσουν κατηγοριοποιούνται σε γενικά, ειδικά, οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων. Τα γενικά νοσοκομεία υποστηρίζονται από τμήματα με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, ενώ τα ειδικά διαθέτουν ιατρούς μιας μόνο ειδικότητας, όπως ψυχιατρικό τμήμα, μαιευτήριο και άλλα. Τα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας διαχειρίζονται περιστατικά μικρής διάρκειας, όπου η ίαση της νοσηλείας δεν απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα, σε αντίθεση με των χρόνιων παθήσεων που παρέχουν υπηρεσίες για ασθένειες πολυπλοκότερες, με αυξημένο χρόνο ίασης.

Επιπρόσθετη κατηγοριοποίηση της νοσοκομειακής μονάδας γίνεται με βάση την περιφέρεια που καλύπτει. Έτσι, υπάρχουν τα τοπικά, τα νομαρχιακά και τα περιφερειακά νοσοκομεία. Τα τοπικά παρέχουν υπηρεσίες έως 50.000 κατοίκους, τα νομαρχιακά μέχρι 500.000 κατοίκους, ενώ τα περιφερειακά απευθύνονται σε όλους τους πολίτες μια περιφέρειας, διαθέτοντας τμήματα κατάλληλα εξοπλισμένα για την ίαση των περισσότερων ασθενειών (Λιαρόπουλος, 2010).

Για την αποτελεσματική και εύρυθμη λειτουργία κάθε συστήματος υγείας, είτε αυτό αφορά ενδο-νοσοκομειακά περιστατικά, είτε έξω-νοσοκομειακά, απαιτείται σωστή οργάνωση και διασύνδεση όλων των επιπέδων περίθαλψης. Περιστατικά όπου αδυνατεί η πρωτοβάθμια φροντίδα να καλύψει, εναποτίθενται στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα αναλόγως. Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργείται μια ροή παρεχόμενων υπηρεσιών οι οποίες καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών. Ωστόσο, εξαιτίας του αυξημένου νοσοκομειακού κόστους, επιβάλλεται αυστηρός έλεγχος των περιστατικών προτού εισέλθουν στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο. Όλες οι μονάδες των υπηρεσιών υγείας, αλληλοσυνδέονται μεταξύ τους σε επίπεδα νοσηλευτικής, επιστημονικής και εκπαιδευτικής λειτουργίας, ανεξαρτήτως της περιφέρειας που ανήκουν. Για την καλύτερη αντιμετώπιση των ιατρικών αναγκών είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός ενιαίου μηχανισμού, ο οποίος θα παρέχει τον ιατρικό φάκελο του ασθενή σε οποιαδήποτε νοσοκομειακή μονάδα χρειαστεί να διακομισθεί.

Η νομοθεσία για την κοινωνική ασφάλιση διαφέρει από χώρα σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, τα Εθνικά Συστήματα Υγείας συντονίζονται μεταξύ τους και προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη στους πολίτες που μετακινούνται μέσα στην επικράτεια της. Οι εισφορές που καταβάλουν όμως αφορούν μονάχα μια χώρα, αυτήν στην οποία εργάζονται. Για τα άτομα που ενδέχεται να εργάζονται συγχρόνως σε περισσότερες από μία χώρες, ισχύουν ειδικοί κανόνες οι οποίοι καθορίζουν σε ποιας χώρας τη νομοθεσία οφείλουν να καταβάλλουν τις εισφορές τους (Αντωνοπούλου, 2008).

#### **2.4 Ασφαλιστικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη**

Σύμφωνα με τον ορισμό από το Oxford English Dictionary, «σύστημα είναι μια σειρά πραγμάτων συνδεδεμένων ή αλληλεξαρτώμενων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη ενότητα: Ένα σύνολο που αποτελείται από επιμέρους υποσύνολα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με κάποιο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας». Υπάρχουν δηλαδή επιμέρους τμήματα, όπου μέσω της σωστής διασύνδεσης και εφαρμογής τους, εξασφαλίζεται η ομαλή λειτουργία ολόκληρου του συστήματος. Έτσι, κάθε σύστημα παρουσιάζει όμοια γνωρίσματα και χαρακτηριστικά, με διαφορετική ωστόσο ένταση, γεγονός που τα κάνει να διαφοροποιούνται μεταξύ τους (Υφαντόπουλος και συν., 2005).



Ορισμένα από τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα των συστημάτων, αναφέρονται στην σχέση εξάρτησης και αλληλεπίδρασης που έχουν με το περιβάλλον, διακρίνοντάς τα σε κλειστά ή ανοιχτά ανάλογα με τον βαθμό επιρροής του. Η οριοθέτηση τους είναι εξίσου σημαντική, αφορά το πλαίσιο των ορίων που τα καθορίζουν και τα διαφοροποιούν από το περιβάλλον που τα περικλείει. Μέσω της δυναμικότητας τους εκφράζεται η συχνότητα ανταλλαγής στοιχείων με το περιβάλλον τους, ενώ μέσω της πολυπλοκότητας τους προσδιορίζεται το πλήθος των στοιχείων που τα συνθέτουν. Επιπρόσθετο γνώρισμά τους είναι η ιεραρχικότητα τους, η οποία αναφέρεται ως προς τη θέση τους σε σχέση με τα υπόλοιπα συστήματα, αλλά και ως προς τη θέση τους προς το σύνολο του. Τέλος, ως τελεολογική συμπεριφορά νοείται ο προσδιορισμός του στόχου και η επίτευξή του και ως εντελεχειακή ο καθορισμός συμπεριφοράς του συστήματος και η δυνατότητα αναπροσαρμογής του έχοντας ως βασικό κριτήριο την επίτευξη του στόχου (Υφαντόπουλος και συν., 2005).

Η έμφυτη αποστροφή κινδύνου του ανθρώπινου είδους σε συνδυασμό με τους κινδύνους της καθημερινότητας και την αβεβαιότητα οδήγησαν στην δημιουργία συστημάτων και κοινωνιών. Τα σύγχρονα κράτη δικαίου προκειμένου να καταπολεμήσουν τις κοινωνικές ανισότητες ανέπτυξαν συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Μορφή αβεβαιότητας μπορεί να προκληθεί είτε από μια ενδεχομένη πάθηση που καλείται να αντιμετωπίσει ένα άτομο, είτε από την αποχώρηση του από την εργασία με τις συνέπειες που προκύπτουν, οδηγώντας το σε αίσθημα ανασφάλειας και κατάσταση άγχους και αγωνίας. Οι κοινωνίες οι οποίες είναι σε θέση να παρέχουν ένα καλά οργανωμένο και δομημένο ασφαλιστικό σύστημα, μπορούν να αντιμετωπίσουν κάθε μορφή αβεβαιότητας και ανασφάλειας που δημιουργείται στο κοινωνικό τους σύνολο. Προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα, απαραίτητη είναι η τήρηση συγκεκριμένων προϋποθέσεων, όπως η ανταποκρισιμότητα, η προσπελασιμότητα και η βιωσιμότητα (Τούντας, 2011).

Ως ανταποκρισιμότητα ορίζεται η οργάνωση ενός ορθολογικού ασφαλιστικού συστήματος καθώς και η ικανότητα του για την αντιμετώπιση των τωρινών αναγκών και των ενδεχόμενων προκλήσεων που προκύπτουν. Με τον όρο προσπελασιμότητα, νοείται ο αριθμός των ατόμων που έχουν ασφαλιστική κάλυψη, ο οποίος προσδιορίζεται με την δημιουργία μια μακροχρόνιας βάσης δεδομένων. Τέλος, η

βιωσιμότητα αφορά την σωστή αξιοποίηση των πόρων, έχοντας ως στόχο την κάλυψη μελλοντικών αναγκών (Τούντας, 2011).

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ασφαλιστικά μοντέλα που αναπτύχθηκαν είναι το διανεμητικό σύστημα, το κεφαλαιοποιητικό σύστημα και ο ιδιωτικός τομέας. Το διανεμητικό σύστημα (pay-as—you-go) έχει ως πρωταρχικό σκοπό την διανομή των πόρων από γενιά σε γενιά, χωρίς ωστόσο να περιορίζει τις κοινωνικές ανισότητες που προκύπτουν. Αντίθετα, το αναδιανεμητικό σύστημα (redistribution) αποσκοπεί όχι μόνο στην διανομή των πόρων αλλά και στην προώθηση και ενίσχυση της ισότητας μεταξύ των πολιτών. Στην περίπτωση όπου το κράτος μεριμνά για τους πολίτες που λαμβάνουν χαμηλές συντάξεις, το διανεμητικό σύστημα μετατρέπεται ταυτόχρονα σε αναδιανεμητικό. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης για την ομαλή λειτουργία του αναδιανεμητικού συστήματος είναι οι εργατικές εισφορές, οι έμμεσοι φόροι μέσω των προϊόντων και των υπηρεσιών που καταναλώνουν οι πολίτες, καθώς και η κρατική συνεισφορά, δηλαδή μέσω της φορολογίας που προέρχεται από την φοροδοτική ικανότητα κάθε ατόμου. Όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη εκτός από την Σουηδία ακολουθούν το διανεμητικό μοντέλο ασφάλισης (Δρ. Κατσιολούδης, 2011).

Τα συστήματα υγείας σε όλες τις Ευρωπαϊκές και ανεπτυγμένες βιομηχανικά χώρες, δημιουργήθηκαν τα τελευταία πενήντα χρόνια και ανεξαρτήτως των πολιτικών δεδομένων που επικρατούσαν. Με εξαίρεση ορισμένα κράτη, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία τα οποία τελούσαν υπό δικτατορικά καθεστώτα, σε όλα τα υπόλοιπα κράτη η δημιουργία ενός ενιαίου εθνικού συστήματος αναπτύχθηκε και διήρκησε περίπου στην ίδια χρονική περίοδο. Υπάρχουν τέσσερα βασικά μοντέλα οργάνωσης πάνω στα οποία στηρίχτηκαν και προσαρμόστηκαν τα κράτη της Ευρώπης. Το Αγγλοσαξονικό που δημιουργήθηκε από τον σερ Ουίλιαμ Χένρι Μπέβεριτζ (William Beveridge), το ηπειρώτικο όπου κύριος εκφραστής του ήταν ο καγκελάριος Όττο φον Βίσμαρκ (Bismark), το σκανδιναβικό μοντέλο και το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο. Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας που ακολούθησαν χώρες όπως η Αγγλία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Σουηδία, η Ιταλία και η Πορτογαλία (Δρ. Κατσιολούδης, 2011).

Στην Αγγλία, μέχρι το 1900 την ευθύνη για την υγειονομική φροντίδα του πληθυσμού την είχε εξολοκλήρου η εκκλησία, καθώς η κοινωνική ασφάλιση δεν είχε ακόμα αναπτυχθεί. Στην επόμενη δεκαετία, ωστόσο, δημιουργήθηκε ο εθνικός

οργανισμός ασφάλισης, έχοντας ως κύρια πηγή χρηματοδότησης τις εργατικές εισφορές. Η Αγγλία θεωρείται το πρώτο Ευρωπαϊκό κράτος που εφάρμοσε Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service-NHS), με αποτέλεσμα πολλά κράτη να στηριχθούν σε αυτή και να το χρησιμοποιήσουν ως πρότυπο κατά την δημιουργία των δικών τους. Παρέχει καθολική και ολοκληρωμένη κάλυψη, έχοντας ως προτεραιότητα την βέλτιστη απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τα χρήματα που δαπανούν οι πολίτες (value for money) (Δρ. Κατσιολούδης, 2011).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και οι κύριες πηγές εσόδων του προέρχονται από τον εθνικό προϋπολογισμό, καθώς το 79% καλύπτεται από την γενική φορολογία, το 16% από την κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο από τις ιδιωτικές πληρωμές. Οι φορολογικές εισροές διατίθενται άμεσα στις περιφερειακές και τοπικές Υγειονομικές Αρχές καθώς και στους «διαχειριστές κεφαλαίου» (fund holders) των γενικών ιατρών. Το 1995 θεσπίστηκε η διοικητική αυτονομία για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, και με το πέρασμα των χρόνων αναπτύχθηκαν συμβάσεις με τις τοπικές υγειονομικές αρχές και τους «διαχειριστές κεφαλαίων» (fund holders) (Τούντας, 2011).

Οι γενικοί ιατροί στην Μεγάλη Βρετανία αντιπροσωπεύουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μέσω της οποίας καλύπτουν το 97% των αναγκών του πληθυσμού. Εργάζονται είτε ατομικά στα ιδιωτικά τους ιατρεία είτε ομαδικά στα δημόσια νοσοκομεία και διασφαλίζουν τις απαραίτητες νοσοκομειακές υπηρεσίες για τους υπ' ευθύνης τους πολίτες. Ο τρόπος πληρωμής των γενικών ιατρών διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο εργασίας τους, καθώς οι πρώτοι αμείβονται κατά πράξη, ενώ οι δεύτεροι με μισθό ή μέσω συμβάσεων (Υφαντόπουλος και συν., 2005).

Παρά την σπουδαιότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) και την καθολική κάλυψη που προσέφερε στον πληθυσμό, με το πέρασμα των χρόνων δημιουργήθηκαν αρκετά προβλήματα, εξαιτίας της μεγάλης λίστας αναμονής που υπήρχε στα δημόσια νοσοκομεία και στα εξωτερικά ιατρεία. Αποτέλεσμα της δύσκολης πρόσβασης των πολιτών για ιατρική περίθαλψη, ακόμα και σε περιπτώσεις σοβαρών επεμβάσεων, ήταν η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης (Τούντας, 2011). Από τον Απρίλιο του 2008 και ύστερα, δόθηκε στους Βρετανούς πολίτες, οι οποίοι έχουν ιδιωτική ασφάλιση να νοσηλεύονται χωρίς επιπλέον τίμημα στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Αποτέλεσμα αυτού, αρκετοί Βρετανοί πολίτες στράφηκαν στα ιδιωτικά νοσοκομεία όχι μόνο για περιπτώσεις δύσκολων περιστατικών αλλά και για απλές ιατρικές πράξεις. Μία επιπρόσθετη δυσκολία που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι

οικονομικά ασθενέστεροι Βρετανοί πολίτες, είναι η μη παρεχόμενη οδοντιατρική κάλυψη από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS).

Η οικονομική κρίση που υπόκειται τα Ευρωπαϊκά κράτη τα τελευταία χρόνια, δεν άφησε ανεπηρέαστο το Αγγλικό Σύστημα Υγείας. Οι περικοπές των δαπανών υγείας και ο προβληματισμός για την βιωσιμότητα της κοινωνικής ασφάλισης, οδήγησε τον Βρετανικό Ιατρικό Σύλλογο σε συζητήσεις με την Πολιτεία, προκειμένου να επισημανθούν οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν λόγω της μείωσης του προσωπικού και των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών (Τούντας, 2011).

Στην Γαλλία τα πρώτα συστήματα ασφάλισης δημιουργήθηκαν με σκοπό την προστασία των εργαζόμενων από ατυχήματα στον χώρο εργασίας και την προστασία της μητρότητας. Στηρίχτηκε σε μεγάλο βαθμό στο μοντέλο Βίσμαρκ και θεωρείται από τα πιο επιτυχημένα συστήματα στην Ευρώπη. Η χρηματοδότηση του προέρχεται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, με την κυβερνητική παρέμβαση και έλεγχο να είναι εμφανής. Αποτελεί μικτό σύστημα ασφάλειας υγείας, με το 76% να καλύπτεται από την δημόσια κοινωνική ασφάλιση ενώ το υπόλοιπο από ιδιωτικές εισφορές. Για την εύρυθμη λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων, το Υπουργείο Οικονομικών και το Υπουργείο Εργασίας βρίσκονται σε διαρκή συνεννόηση και επιλύουν τυχόν δυσκολίες που παρουσιάζονται. Σύμφωνα με το Γαλλικό πρότυπο ασφάλισης, παρέχεται κάλυψη στο 85% των μισθωτών υπαλλήλων, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να επωμιστούν συντάξεις γήρατος, επιδόματα λόγω ασθένειας καθώς και κάλυψη σε περίπτωση πρόκλησης εργατικού ατυχήματος. Η κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών δαπανών φτάνει μέχρι και το 100% σε πολλές περιπτώσεις, παρόλο που η Γαλλία είναι μια χώρα με πολύ υψηλό επίπεδο δαπανών υγείας (Υφαντόπουλος και συν., 2005).

Όπως και στην Αγγλία, με το πέρασμα των χρόνων και τις μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν, η ιδιωτική ασφάλιση άνησε. Έτσι, το 1996 υπήρξε διοικητική αυτονομία στα περιφερειακά νοσοκομεία και αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης τους. Πλέον, το 90% των νοσοκομειακών δαπανών καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο ποσό το επωμίζεται ο πολίτης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας απαρτίζεται κυρίως από ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη. Σε περιπτώσεις ύπαρξης προκλητής ζήτησης από την πλευρά των ιατρών, οι κυρώσεις που έχει ορίσει το Κράτος περιλαμβάνουν μέχρι και αφαίρεση της ιατρικής πιστοποίησης. Κάθε πολίτης ωστόσο, έχει την δυνατότητα επιλογής του ιατρού παρακολούθησης χωρίς κανένα περιορισμό και την δυνατότητα χρησιμοποίησης των

τριών πυλώνων ασφάλισης. Πρώτος πυλώνας είναι ο βασικός ο οποίος παρέχεται σε όλους του πολίτες-κύρια ασφάλιση, και ακολουθούν ο συμπληρωματικός που είναι η υποχρεωτική επικουρική ασφάλιση και ο υπέρ συμπληρωματικός, ο οποίος αποκτάται προαιρετικά. Η Γαλλική Κυβέρνηση με γνώμονα την ισότητα των τιμών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες που προσφέρει τόσο ο ιδιωτικός όσο και ο δημόσιος τομέας στους πολίτες, έθεσε ένα ανώτατο όριο για τις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα. Σε περίπτωση υπέρβασης του προκαθορισμένου ορίου δίνεται η δυνατότητα μείωσης της τιμής ανά πράξη στον Διευθυντή του εκάστοτε νοσοκομειακού οργανισμού προκειμένου να επέλθει ισορροπία τιμών στο σύστημα (Υφαντόπουλος και συν., 2005). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η Γαλλία ενοποίησε το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, καταλαμβάνοντας την πρώτη θέση για την ολική απόδοση του παρεχόμενου συστήματος υγείας. Χαρακτηρίζεται ως πρότυπο φιλελεύθερο σύστημα υγείας παγκοσμίως, εξαιτίας της δυνατότητας αυτονομίας που παρέχει τόσο στους πολίτες όσο και στους ιατρούς για τον τρόπο λειτουργίας τους.

Η Γερμανία ακολουθεί πολιτική ως προς το σύστημα υγείας η οποία διαφοροποιείται από τα συνηθισμένα μοντέλα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Βίσμαρκ (Bismarck), καθώς η διοίκηση του συστήματος υγείας της έχει δημιουργηθεί από την συνδιοίκηση των ασφαλιστικών ταμείων με τις ενώσεις που υπάρχουν στα συμβεβλημένα νοσοκομεία και στους συμβεβλημένους ιατρούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό των υγειονομικών δαπανών της αποζημιώνεται από την κοινωνική ασφάλιση (ποσοστό 56%), ενώ μέσω της φορολογίας (ποσοστό 19%) και των ιδιωτικών δαπανών (ποσοστό 25%) καλύπτεται το υπόλοιπο. Η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει περίπου 45 δημόσια ταμεία και 50 ιδιωτικά, παρέχοντας την δυνατότητα στους πολίτες της να επιλέξουν τα ασφαλιστικά ταμεία που θα υπάγονται καθώς και την ιδιωτική τους ασφάλιση. Η χρηματοδότηση των νοσοκομειακών δαπανών καλύπτεται από τα ταμεία υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές στο πλαίσιο του συμφωνημένου προϋπολογισμού τους και μέσω ενός προκαθορισμένου νοσηλίου (Δρ. Κατσιολούδης, 2011).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως και στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη, παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, όπου έχουν την δυνατότητα σε περιπτώσεις που εκείνοι κρίνουν αναγκαίες, να παρέχουν ιατρική περίθαλψη μέσα στα νοσοκομεία. Η αποζημίωσή τους γίνεται κατά πράξη, σύμφωνα με τις ετήσιες συμφωνημένες τιμές που έχουν οριστεί από τα ιατρικά σωματεία και τα ταμεία υγείας. Για την αποφυγή φαινομένων προκλητής ζήτησης, οι αμοιβές των ιατρών

ελέγχονται από τις τοπικές ιατρικές ενώσεις, ενώ παράλληλα έχει οριστεί συγκεκριμένος αριθμός από ιατρικές πράξεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν. Σε περιπτώσεις υπέρβασης των δύο αυτών περιορισμών, η Γερμανική νομοθεσία έχει ορίσει και τις αντίστοιχες ποινές και κυρώσεις.

Το νομικό πλαίσιο που ορίζει τα θέματα περί κοινωνικής ασφάλισης και ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ονομάζεται «κοινωνικός κώδικας». Ελέγχει την σταδιακή αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών μέσω της δημιουργίας αρνητικής λίστας φαρμάκων, όπου αναφέρονται όλα τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ως στόχος ορίζεται ο περιορισμός και ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς η Γερμανική κυβέρνηση επιτυγχάνει εκπτώσεις των τιμών προκειμένου ένα φαρμακευτικό σκεύασμα να αποζημιώνεται από τα ταμεία και να μην υπάγεται στην αρνητική λίστα (Δρ. Κατσιολούδης, 2011).

Το σύστημα της Σουηδίας (Σκανδιναβικό μοντέλο), έχει προσαρμοστεί σύμφωνα με το μοντέλο Μπέβεριτζ (Beveridge). Το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση και την φορολογία, ενώ ένα μικρό ποσοστό καλύπτεται μέσω ιδιωτικών ασφαλίσεων. Οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την σωστή διοικητική οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και για την χρηματοδότησή τους. Σε αυτό το μοντέλο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στελεχώνεται όχι μόνο από τους γενικούς ιατρούς αλλά και από τα κέντρα υγείας. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, στην προσπάθεια ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα, δημιουργήθηκαν πολλά νοσοκομεία με περιορισμένο αριθμό κλινών, ενώ παράλληλα προσπάθησαν να διασπάσουν τους αγοραστές από τους προμηθευτές υγείας (Δρ. Κατσιολούδης, 2011).

Χώρες όπως η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ελλάδα ανέπτυξαν συστήματα υγείας αρκετά αργότερα από τις προαναφερθέντες χώρες, σε περίοδο λιτότητας και αυστηρών ορίων των δημόσιων δαπανών. Στην Πορτογαλία η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κυρίως από την φορολογία καθώς σημαντικό ρόλο καταλαμβάνει ο ιδιωτικός τομέας. Η Ιταλία στηρίζεται κυρίως στο Βρετανικό μοντέλο από μεταρρυθμίσεις που υιοθετήθηκαν κατά την δεκαετία του 1990. Επιτυγχάνει ολική κάλυψη του πληθυσμού της και μέρος των ελέγχων της φαρμακευτικής δαπάνης μεταφέρθηκαν σε κέντρα της περιφέρειας (Υφαντόπουλος και συν., 2005). Η Ελλάδα έχει μικτό σύστημα υγείας με ιδιαίτερα προβλήματα και ιδιαιτερότητες οι οποίες αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο της μελέτης.

## 2.5 Οικονομική κρίση και ανισότητες στα συστήματα υγείας στις χώρες της Νότιας Ευρώπης

Η ανάπτυξη της συγκεκριμένης ενότητας αποσκοπεί στην ανάλυση και την συσχέτιση των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας της Ισπανίας, της Ιταλίας, της Ελλάδας και της Πορτογαλίας, υπογραμμίζοντας τις κύριες ιδιαιτερότητες, τις διαφορές σε σχέση με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα, καθώς και τις ανισότητες που δημιουργήθηκαν πριν και κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Παρά την συνολική αύξηση του βιοτικού επιπέδου του 20ού αιώνα και την καθιέρωση καθολικών συστημάτων υγείας, έχουν εντοπιστεί ανισότητες σε πολλές βιομηχανικές χώρες. Παρόμοιες ανισότητες παρατηρήθηκαν ακόμη και σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, οι Κάτω Χώρες και η Σουηδία, όπου οι κυβερνήσεις τους είχαν δημιουργήσει ένα πολύ καλά οργανωμένο και δομημένο σύστημα υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), αναγνώρισε ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπήρξε διαφορετική αντιμετώπιση για την υγειονομική κατάσταση των πολιτών, ως αποτέλεσμα των οικονομικών, των κοινωνικών, των περιβαλλοντικών και των θεσμικών παραγόντων που επικρατούσαν την εκάστοτε χρονική περίοδο (Eikemo et al., 2008). Το ζήτημα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας έγινε και πάλι προτεραιότητα για τις χώρες της Νότιας Ευρώπης το 2010-2011, όταν άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα αποτελέσματα της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008. Τα μέτρα λιτότητας που επέβαλε η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα σε συνδυασμό με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, είχαν αντίκτυπο στις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών και αύξηση του ποσοστού που αφορούσε ασθένειες, οι οποίες σχετίζονται με την ψυχική υγεία των πολιτών, όπως είναι η κατάθλιψη. Μέσω της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας που εφαρμόστηκε στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, εντοπίστηκαν διάφορες μορφές κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων (Eikemo et al., 2008).

Η Ισπανία, το 1977, μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας, δημιούργησε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, το οποίο απορρόφησε όλα τα υφιστάμενα υγειονομικά ιδρύματα και τις υπηρεσίες που υπήρχαν μέχρι τότε. Το 1986, βάσει του γενικού νόμου περί υγείας που επικρατούσε, θέσπισε το Εθνικό Σύστημα Υγείας και επιτάχυνε τη διαδικασία μεταφοράς ευθυνών στις δεκαεπτά αυτόνομες κοινότητες της χώρας. Το συγκεκριμένο μέτρο συνέβαλε σημαντικά στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, ανισότητες μεταξύ των περιφερειών, οδήγησαν στην αντίληψη ότι στην Ισπανία

συνυπάρχουν δεκαεπτά διαφορετικά συστήματα. Έτσι, περιφέρειες που ανήκαν στο βόρειο μέρος της και είχαν καλύτερη πρόσβαση στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, παρουσίαζαν καλύτερους δείκτες υγείας, έναντι των νότιων και δυτικών περιφερειών, οι οποίες είχαν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών. Στην σημερινή πραγματικότητα, εν μέσω της οικονομικής κρίσης, οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν οδήγησαν σε ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, ανοίγοντας την ψαλίδα ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των πολιτών εκτός από τη γεωγραφική εγγύτητα, είναι και οι κοινωνικοοικονομικοί, όπως η εκπαίδευση, το εισόδημα και η κατάσταση εργασίας (Guillén & León, 2011).

Σημαντικό κομμάτι ωστόσο στην αύξηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, αποτελεί η διπλή κάλυψη (δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση), που τυγχάνουν τα προνομιούχα κοινωνικά στρώματα, σε σύγκριση με τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες της χώρας, καθώς έχουν την δυνατότητα να χρησιμοποιούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όχι μόνο ως έκτακτη ανάγκη αλλά και για προληπτικά μέτρα. Το ιδιωτικό σύστημα υγείας της Ισπανίας έχει σταθερή ανοδική πορεία από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, μια τάση που έγινε ακόμη ταχύτερη, από την έναρξη της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Η κρίση παρείχε έτσι μια δυνατότητα στην ισπανική κυβέρνηση, να δημοσιεύσει το βασιλικό νομοθετικό διάταγμα 16/2012, βάσει του οποίου τίθεται σε εφαρμογή ένα σύστημα που στηρίζεται στην προαιρετική ασφάλιση. Οι σημαντικές περικοπές που επήλθαν στην δημόσια υγεία, οδήγησαν τα πλουσιότερα κοινωνικά στρώματα προς την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, ενώ τους ασθενέστερους οικονομικά πολίτες προς το δημόσιο σύστημα υγείας (Guillén & León, 2011).

Το 1983, η Ελλάδα δημιούργησε την Εθνική Υπηρεσία Υγείας, η οποία με το πέρασμα των χρόνων μετονομάστηκε σε Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), με σκοπό να υιοθετήσει τις αρχές της καθολικότητας και της ισότητας, ως προς την πρόσβαση του πληθυσμού της. Πρόκειται για την πρώτη ρυθμιστική προσπάθεια δημιουργίας ενός δημόσιου συστήματος, το οποίο δύναται να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Λανθασμένοι χειρισμοί και αστοχίες, είχαν ως αποτέλεσμα η προσπάθεια για την ενοποίηση των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης να εγκαταλειφτεί και το ελληνικό σύστημα υγείας να μην γίνει καθολικό. Το Υπουργείο Υγείας, ξεκίνησε μια νέα μεταρρύθμιση το 2000, όπου ο κεντρικός στόχος ήταν η αποκέντρωση του συστήματος, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής



περίθαλψης και η καθιέρωση νέων μορφών συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Για μια ακόμα φορά, η προσπάθεια αυτή δεν ευδοκίμησε και απέτυχε να προκαλέσει την συγχώνευση των αμέτρητων ταμείων ασφάλισης, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες. Έως το 2010 υπήρχαν περίπου 30 ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα. Κάθε ασφαλιστικό ταμείο υπόκειται στη δική του νομοθεσία, και στα δικά του ποσοστά συνεισφοράς. Η κατάσταση άλλαξε το 2011 με την δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ). Το νέο ταμείο σχεδιάστηκε για να εξυπηρετεί την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού (εργαζόμενους, εξαρτώμενα μέλη και συνταξιούχους), συγχωνεύοντας τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία που προϋπήρχαν (Mossialos et al., 2005).

Σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στην ανισότητα μεταξύ των νοικοκυριών, αποτελεί η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών που καταβάλουν για τις υπηρεσίες υγείας, επειδή δεν καλύπτονται από την συμμετοχή τους στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Επιπρόσθετο ρόλο στην άμβλωση των ανισοτήτων, προκαλεί η γεωγραφική κατανομή των ιδιωτικών κλινικών και των διαγνωστικών κέντρων, καθώς είναι συγκεντρωμένη κυρίως στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και της Μακεδονίας. Αποτέλεσμα αυτού η δημιουργία υποβαθμισμένων περιφερειών, που δεν διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή και προσωπικό για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού τους (Mossialos et al., 2005).

Το 1978, η Ιταλία εισήγαγε ένα καθολικό σύστημα υγείας, θέτοντας ως στόχο την προώθηση της ισότητας και την μείωση των γεωγραφικών ανισοτήτων που δημιουργούνταν. Ωστόσο, στα τέλη της δεκαετίας του 1980, η χώρα αποπειράθηκε να καταγράψει τις υγειονομικές διαφορές ανάμεσα στις περιφέρειές της. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε πόλεις, όπως το Τορίνο, τη Φλωρεντία και το Λιβόρνο, απέδειξαν τη γραμμική σχέση που συνδέει την θνησιμότητα με το κοινωνικό μειονέκτημα. Κύριοι παράγοντες που επηρέασαν το αποτέλεσμα των μελετών, ήταν η κοινωνική τάξη, οι συνθήκες στέγασης και το εισόδημα. Το εισόδημα συγκεκριμένα, θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας, καθώς οι πολίτες με ασθενέστερο οικονομικό υπόβαθρο, δεν είχαν την δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης στις ασθένειες που εμφανίζονταν (Bertin & Carradore, 2006).

Η άνιση κατανομή στην υγεία δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο και το μεταναστευτικό κομμάτι. Έτσι, παρατηρήθηκαν σε ορισμένες περιπτώσεις διαφορές στα προνόμια μεταξύ Ιταλών και μεταναστών, οι οποίες οφείλονταν κυρίως

στο σύστημα των κοινωνικών σχέσεων, δηλαδή στη δυσφορία που προκύπτει από την κοινωνία να δέχεται τους μετανάστες. Ένα επιπλέον κρίσιμο ζήτημα απορρέει από τις διαφορές των θεσμικών ρυθμίσεων που εφαρμόζονται στα εθνικά και στα περιφερειακά συστήματα υγείας. Εξαιτίας των ποικίλων κανόνων που εισάγονται στην διαχείριση της δημόσιας και της ιδιωτικής φροντίδας και στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας δημιουργούνται διακρίσεις στην πρόσβαση των πολιτών, όχι μόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα αλλά και στις εξειδικευμένες υπηρεσίες που απαιτούν υψηλό εισόδημα (Bertin & Carradore, 2006).

Σε συνέχεια, η Πορτογαλία καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service-SNS) το 1979, αντιμετωπίζοντας διάφορα προβλήματα όπως ήταν η ανεπαρκής χρηματοδότηση, η συγκέντρωση των πόρων στον νοσοκομειακό τομέα και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Σημαντικό βήμα για την αντιμετώπισή τους, πραγματοποιήθηκε με την μεταρρύθμιση και την εισαγωγή του βασικού νόμου για την υγεία το 1990, όπου ενσωματώθηκαν νεοφιλελεύθερες πολιτικές. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην οργάνωση και στην στελέχωση του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να μην υπάρξει ανισότητα πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Εγκρίθηκε το Εθνικό Σχέδιο Υγείας, το οποίο προέβλεπε μια σειρά παρεμβάσεων για την ενίσχυση του συστήματος. Δημιουργήθηκαν οι πρώτες μονάδες οικογενειακής περίθαλψης το 2006 και οι πρώτες ομάδες σε κέντρα υγείας το 2008, με αποστολή την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό εντός δεδομένης γεωγραφικής περιοχής. Τέλος, για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, όπου δεν απαιτείται νοσηλεία, το 2006, συγκροτήθηκε ένα δίκτυο συνεχούς περίθαλψης με καθολική ισχύ. Η εφαρμογή των προαναφερθέντων πολιτικών υγείας καθώς και η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας, συνέβαλαν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πορτογαλικού πληθυσμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αξιολόγησε το πορτογαλικό σύστημα, και διαπίστωσε σημαντικές βελτιώσεις στους δείκτες υγείας του πληθυσμού, όπως ήταν η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η ελάττωση του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας και η μείωση του ποσοστού θνησιμότητας σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών (Barros et al., 2011).

Παρά την επιτυχία του Πορτογαλικού Συστήματος Υγείας, η αρχή της ισότητας δεν κατάφερε να εφαρμοστεί ούτε σε αυτό. Οι πολίτες που ζούσαν σε περιφέρειες του κέντρου και ανήκαν σε υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα ευνοήθηκαν τόσο στην πρόσβαση όσο και στη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών

υγείας. Ακόμα και σήμερα, το πορτογαλικό σύστημα χαρακτηρίζεται από την ταυτόχρονη παρουσία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των διαφόρων υποσυστημάτων φροντίδας, που εξασφαλίζουν διπλή κάλυψη για ένα τμήμα του πληθυσμού. Έτσι, ο δημόσιος τομέας που θεωρείται υποσύστημα κοινωνικής προστασίας για τους δημόσιους υπαλλήλους και χρησιμοποιείται από το 10% περίπου του πληθυσμού της, χρηματοδοτείται κυρίως από τους φορολογούμενους. Το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της απολαμβάνει διπλή κάλυψη μέσω διαφορετικών τύπων υποσυστημάτων υγείας, δημιουργεί σαφείς ανισότητες στην πρόσβαση της υγειονομικής περίθαλψης (Barros et al., 2011).

Συμπερασματικά, κεντρικό γνώρισμα των μοντέλων κοινωνικής προστασίας στη νότια Ευρώπη είναι τα συστήματα υγείας που χαρακτηρίζονται από μια καθολική θεωρητική προσέγγιση, παρά τον θεσμικό κατακερματισμό τους. Κατά την τελική επέκταση του κράτους πρόνοιας, τη δεκαετία του 1970 και του 1980, οι τέσσερις χώρες της Νότιας Ευρώπης καθιέρωσαν καθολικές εθνικές υπηρεσίες υγείας βασισμένες στα δικαιώματα των πολιτών και εμπνευσμένες από το μοντέλο Μπέβεριτζ. Ωστόσο, η μετάβαση τους προς την ασφάλιση για μια εθνική υγειονομική υπηρεσία πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικούς ρυθμούς και οδήγησε σε ποικίλα επίπεδα κάλυψης στις αντίστοιχες χώρες. Η Ισπανία και η Ιταλία ανέπτυξαν συστήματα δημόσιας υγείας βασισμένα περισσότερο στις οικουμενικές αρχές και προώθησαν την περιφερειοποίηση της εθνικής τους πολιτικής υγείας. Στην Ελλάδα και σε κάποιο βαθμό στην Πορτογαλία, τα συστήματα παρέμειναν κατακερματισμένα μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού υποσυστήματος, τουλάχιστον κατά την πρώτη φάση της μετάβασης τους (European Commission, 2013).

Τα κοινά χαρακτηριστικά τους περιλαμβάνουν: (i) την ασυνέπεια μεταξύ των οικουμενικών υποσχέσεων και την πραγματική εφαρμογή τους, ιδίως για οικονομικούς λόγους, (ii) την αναποτελεσματικότητα και τα χαμηλά επίπεδα διοικητικών ικανοτήτων που οδήγησαν τις κυβερνήσεις στην προώθηση διαφόρων μεταρρυθμίσεων, οι οποίες αποσκοπούσαν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, (iii) τον ρόλο που διαδραματίζουν τα οικογενειακά και συγγενικά δίκτυα και τα γειτονικά δίκτυα, προσπαθώντας να αντισταθμίσουν την έλλειψη θεσμικής υποστήριξης (υπηρεσίες υποστήριξης, ιδίως κατ'οίκον περίθαλψη κλπ.) για να αντισταθμίσουν την έλλειψη διατάξεων κοινωνικής πρόνοιας στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας, (iv) την έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο του αντίστοιχου συστήματος υγείας, για

παράδειγμα τα δικαιώματα τους στην πλήρη ενημέρωση. Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό δείκτη καταναλωτών υγείας 2015, τα συστήματα υγείας στη νότια Ευρώπη οφείλουν να καλύψουν το κενό που τα διαχωρίζει από τις σκανδιναβικές και τις υπόλοιπες χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης στον τομέα των δικαιωμάτων των ασθενών να ενημερώνονται. και ν) την έλλειψη καναλιών και μηχανισμών συμμετοχής των πολιτών στις αποφάσεις για την υγεία (European Commission, 2013).

Παρά τα όρια και τις δυσκολίες που εντοπίστηκαν τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιταλία και η Πορτογαλία έφθασαν τα επίπεδα προσδόκιμου επιβίωσης, μεταξύ άλλων ευνοϊκών δεικτών αύξησης των υγειονομικών προτύπων, που τις τοποθέτησαν στις κορυφαίες χώρες του κόσμου. Η γενική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της υγειονομικής περίθαλψης οφείλεται στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των τελευταίων δεκαετιών και στις ευνοϊκές υγειονομικές προδιαγραφές στις μεσογειακές χώρες. Ωστόσο, αυτοί οι δείκτες υγείας κρύβουν καταστάσεις εσωτερικής ανομοιογένειας, δηλαδή ανισότητες στη διανομή υλικών πόρων, στην εκπαίδευση, στην κοινωνική κατάσταση και στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ο αντίκτυπος της τρέχουσας χρηματοπιστωτικής κρίσης, τόσο στις άμεσες βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις όσο και τις έμμεσες μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, που προέκυψαν από περικοπές του προϋπολογισμού στα συστήματα δημόσιας υγείας, έχει επιτείνει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, μειώνοντας στη συνέχεια την πρόσβαση και τη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών και επηρεάζοντας περαιτέρω τα ευάλωτα άτομα με λιγότερους πόρους και λιγότερο κοινωνικό κεφάλαιο (European Commission, 2013).

Εν κατακλείδι, η οικονομική κρίση και οι πολιτικές λιτότητας αύξησαν την δυσαρέσκεια του πληθυσμού για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες. Πυροδοτήθηκε μια δραστική περικοπή των δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα, μια σημαντική πτώση στην Πορτογαλία, μια αισθητή συρρίκνωση στην Ισπανία και μια μέτρια μείωση στην Ιταλία. Τέτοιες εξελίξεις έχουν προφανώς αυξήσει την ανισότητα στην υγεία, εξαιτίας της διαφορετικής ικανότητας των ατόμων να συνάπτουν ιδιωτική ασφάλιση και συμπληρωματικά σχέδια υγείας στην αγορά. Στις τέσσερις χώρες, η κοινωνική κλίση (ιδίως στην εκπαίδευση, το εισόδημα και το καθεστώς εργασίας) είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας που δημιουργεί τις ανισότητες στον τομέα της υγείας (Eikemo et al., 2008).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Το Ασφαλιστικό Σύστημα στην Ελλάδα**

### **3.1 Ιστορική Ανασκόπηση του Ασφαλιστικού Συστήματος**

Στην Ελλάδα η κοινωνική ασφάλιση δεν είχε αναγνωρισθεί ως αυτοτελής θεσμός αλλά ως κομμάτι του εργατικού δικαίου, μέχρι που ο κρατικός μηχανισμός άρχισε να επεμβαίνει μέσω της φορολογίας, δημιουργώντας μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το πρώτο ασφαλιστικό σύστημα υγείας που καθιερώθηκε είχε πολλές ομοιότητες με το γερμανικό μοντέλο Μπίσμαρκ. Το 1861 και έπειτα, ιδρύθηκαν τα πρώτα μετοχικά ταμεία στρατού και ναυτικού, καθώς και το μετοχικό ταμείο των πολιτικών υπαλλήλων της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδας, συνθέτοντας την επικουρική ασφάλιση. Με τον όρο επικουρική ασφάλιση, νοείται η κάλυψη των αναγκών που δημιουργούνται στους ασφαλισμένους εξαιτίας των κενών της κύριας ασφάλισης, κυρίως στις περιπτώσεις γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου, προσφέροντας επιπρόσθετες παροχές σε μισθωτούς και ελεύθερους επαγγελματίες. Λειτουργεί ως συμπληρωματική της κύριας και είναι υποχρεωτική χωρίς όμως το κράτος να βρίσκεται σε θέση να εγγυηθεί την καταβολή της ή να τη χρηματοδοτήσει. Αυτή η δεκαετία θεωρήθηκε η απαρχή για την δημιουργία των υπόλοιπων ταμείων, με σκοπό την καθολική κάλυψη του πληθυσμού ανάλογα με την επαγγελματική ιδιότητα του καθενός (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Η υποχρεωτική ασφάλιση των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων θεσπίστηκε με τον νόμο Ν.2868 το 1922, θέτοντας ως στόχο την κάλυψη των ασφαλισμένων από τους κινδύνους της ασθένειας, της γήρανσης του πληθυσμού και των ατυχημάτων. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν ο πολλαπλασιασμός των ασφαλιστικών ταμείων. Το 1925 ιδρύεται το ναυτικό απομαχικό ταμείο, το 1928 δημιουργείται το Ταμείο Σύνταξης Ασφαλίσεως Υγειονομικών (ΤΣΑΥ), το Ταμείο Νομικών( ΤΑΝ), και το Ταμείο Σύνταξης Αυτοκινητιστών (ΤΣΑ). Στις αρχές της δεκαετίας του 1930, υπό του πολιτικού καθεστώτος του Ιωάννη Μεταξά, ύστερα από μεγάλες κοινωνικές πιέσεις, θεσπίστηκε ο νόμος Ν.6298/1934, βάσει του οποίου δημιουργήθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), παρέχοντας ασφαλιστική κάλυψη στο εργατικό δυναμικό της χώρας (Σουλιώτης, 2013). Τα προβλήματα ωστόσο που επικρατούσαν κυρίως στον οικονομικό και οργανωτικό τομέα, ανέβαλλαν την λειτουργία του ταμείου μέχρι το 1937, με αποτέλεσμα μόνο το 1/3 του ελληνικού πληθυσμού να έχει πρόσβαση σε ασφαλιστικές παροχές. Η δεκαετία από το τέλος του πολέμου έως το 1959 αποτέλεσε ορόσημο για την Ελληνική πραγματικότητα, καθώς

συστάθηκε ταμείο με σκοπό την κάλυψη των ανέργων, Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), (Σουλιώτης, 2013). Επιπλέον, σημαντικό κομμάτι στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης, εκτός από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τον ΟΑΕΔ, αποτέλεσε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος ψηφίστηκε το 1961 με τον νόμο Ν.4169/61, με σκοπό να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες που δημιουργούνται στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Το 1988 βάση του νόμου Ν.2458/97, ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων μετετράπη σε ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Η οικονομική κρίση του 1973 δημιούργησε σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες προβλήματα και κοινωνικές αναταραχές. Ανεπηρέαστη δεν έμεινε ούτε η Ελλάδα, όπου η ανάγκη για ολοκληρωμένη κοινωνική μέριμνα οδήγησε στην δημιουργία υπέρογκου αριθμού ταμείων (περισσότερο από 10.000). Φορείς όπως το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) και το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ), καλύπτουν το μεγαλύτερο κομμάτι του ελληνικού πληθυσμού, ενώ με τον νόμο Ν.1397 που ψηφίστηκε το 1983 από την ελληνική βουλή, θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), αποτελώντας την μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση που έχει πραγματοποιηθεί στο υγειονομικό σύστημα (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, στηρίζεται στην πεποίθηση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, έχει δημόσιο χαρακτήρα και προσφέρει ισότιμη και καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αποτελεί ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα παρέχοντας δικαιότερη κατανομή των πόρων βάσει της γεωγραφικής κατανομής τους και καθιερώνει πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών. Θεωρείται ως μικτό σύστημα διότι αποτελεί συνδυασμό των στοιχείων τόσο του μοντέλου Βίσμαρκ (Bismark) όσο και του μοντέλου Μπέβεριτζ (Beveridge), ενισχύοντας παράλληλα την ανάπτυξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές (Παπαθεοδώρου και Μωισίδου, 2011).

**Πίνακας 3.1:** Ιστορική εξέλιξη του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα έως 1983.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

### **A' Περίοδος: 1829 - 1909**

- 1836, πρώτο νοσοκομείο
- ταμεία αλληλοβοήθειας
- υπουργείο εσωτερικών

### **B' Περίοδος: 1909 – 1949**

- 1917, Υπουργείο Ιατρικής Φροντίδας
- 1922, Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο
- Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης
- 1934, ΙΚΑ

### **Γ' Περίοδος: 1950 - 1983**

- 1953, ψήφιση νόμου
- 1967, αγροτικό
- 1979, νομοσχέδιο Δοξιάδη

**Πηγή:** Τούντας Γιάννης, Το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, 2016

Από την έναρξη της κρίσης του 2009, το Εθνικό Σύστημα Υγείας βρέθηκε αντιμέτωπο με δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη κυρίως λόγω της υπερκοστολόγησης των υπηρεσιών του και της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης. Η Ελλάδα, στην προσπάθεια της να καταστήσει το δημόσιο χρέος ως βιώσιμο, στις 23 Απριλίου 2010, κατάφερε να έρθει σε συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, προκειμένου να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές υπογράφοντας την εφαρμογή του πρώτου μνημονίου ώστε να ενταχθεί στο «Μηχανισμό Στήριξης» (ESM/EFSF). Η συμφωνία προέβλεπε αυστηρές δομικές αλλαγές και δράσεις, από την πλευρά της Ελληνικής Κυβέρνησης ώστε να έχει πρόσβαση στις Διεθνείς Αγορές και να πετύχει μείωση των επιτοκίων δανεισμού της (Economou, 2010).

Πρώτη κύρια υποχρέωση της ήταν η δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού οργανισμού, όπου θα συγχώνευε τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-ΙΚΑ, Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων-ΟΓΑ,

Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών-ΟΑΕΕ, Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου-ΟΠΑΔ, Τομέας Ασφαλισμένων Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων-ΤΥΔΚΥ, Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο-NAT, Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας-ΤΑΥΤΕΚΩ, Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων-ΕΤΑΑ, Ενιαίο ταμείο ασφάλισης προσωπικού μέσω μαζικής ενημέρωσης-ΕΤΑΠ-ΜΜΕ και το Λιμενικό). Με τον νόμο Ν.3918/2011, συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), αποτελώντας την πρώτη υλοποίηση των δεσμεύσεων της Ελληνικής Κυβέρνησης. Στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας σε όλους τους ασφαλισμένους των προαναφερθέντων ταμείων. Ο ρόλος του είναι διπλός εφόσον λειτουργεί ως πάροχος υπηρεσιών υγείας αλλά και ως αγοραστής αυτών, παρέχοντας δικούς του ιατρούς με πάγια αντιμισθία και συμβεβλημένους οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη (Economidou, 2010).

Παρά τον αρχικό σκοπό του, απέτυχε να ενοποιήσει τα ασφαλιστικά ταμεία και δεν αποτέλεσε την αποτελεσματική αποκέντρωση του συστήματος υγείας για την οποία είχε σχεδιαστεί. Αντίθετα, ενισχύθηκε ο ρόλος του δημοσίου και του κράτους ταυτίζοντας την πρωτοβάθμια περίθαλψη με τον θεσμό του νοσοκομείου (Αντωνοπούλου, 2008). Μέσω του Ε.Ο.Π.Υ.Υ εκδίδεται ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ), ο οποίος καθορίζει όλες χορηγούμενες παροχές σε είδος για το σύνολο των ασφαλισμένων του (Νιάκας, 2013).

### **3.2 Δημόσια και Ιδιωτική Ασφάλιση**

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αποτελεί ένα πολύ σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι της καθολικής κάλυψης των πολιτών ενός έθνους. Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια λόγω των τροποποιήσεων και της ανάγκης μείωσης των δαπανών υγείας των δημοσίων ταμείων που συνεπάγεται ταυτόχρονη μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ιδιωτική ασφάλιση εισχωρεί στην καθημερινότητα των πολιτών ολοένα και περισσότερο, κερδίζοντας συνεχώς μεγαλύτερο κομμάτι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Λιαρόπουλος, 2010).

Αναφορικά με την δημόσια ασφάλιση είναι πολύ σημαντικό να διευκρινιστούν οι παροχές της ως προς τον κοινωνικό σύνολο μετά τις πρόσφατες αλλαγές που υπέστη λόγω μνημονιακών υποχρεώσεων. Τον Ιανουάριο του 2017 δημιουργήθηκε ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.), στον οποίο



συμπεριλήφθηκαν εννέα ασφαλιστικοί φορείς, δηλαδή 4,2 εκατομμύρια ασφαλισμένοι και 2,6 εκατομμύρια συνταξιούχοι. Με τον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες ενοποιούνται για τους ασφαλισμένους, καθώς και οι κανονισμοί που τις διέπουν. Σημαντική αλλαγή στην μέχρι πρότινος λειτουργία της δημόσιας ασφάλισης, αποτελεί η κατάργηση της θεώρησης των βιβλιαρίων και ο νέος ψηφιακός ατομικός λογαριασμός ασφάλισης που υποχρεούται να έχει κάθε ασφαλισμένος, προκειμένου να έχει πρόσβαση στο ιστορικό της ασφαλιστικής πορείας του με το πέρασμα του χρόνου καθώς και ο οικογενειακός ιατρός, όπου συνδέεται κάθε ασφαλισμένος και λειτουργεί ως σύμβουλος υγείας και πλοηγός του (Τούντας, 2016).

Η δημόσια ασφάλιση υγείας συνεχίζει να καλύπτει περιπτώσεις που αφορούν την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Συγκεκριμένα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κάλυψη σε προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις ή μη, οι οποίες πραγματοποιούνται είτε σε συμβεβλημένα ιατρεία είτε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Επιπλέον, μέσω της δημόσιας ασφάλισης ο πολίτης έχει την δυνατότητα να πραγματοποιεί διαγνωστικές εξετάσεις. Η δευτεροβάθμια περιλαμβάνει τις περιπτώσεις που χρήζουν νοσοκομειακή περίθαλψη τόσο στα εγχώρια ιδρύματα όσο και στο εξωτερικό, υπό προϋποθέσεις (100% αν δεν υπάρχει αντίστοιχη θεραπεία στην Ελλάδα, το 30% των εξόδων αν η μεταφορά του είναι από επιλογή του ασφαλισμένου). Καλύπτονται νοσηλείες απλές και σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), οι αμοιβές των ιατρών, των χειρουργών και των νοσηλευτών. Τέλος καλύπτονται αιμοκαθάρσεις και μεγάλο εύρος χημειοθεραπειών (Σουλιώτης, 2013).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, από την άλλη, ανάλογα με το ασφάλιστρο που επιλέγει ο πολίτης να καταβάλει καλύπτει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής φροντίδας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας. Ειδικά, παρέχει τις γενικές ιατρικές εξετάσεις, κάθε μορφής προληπτική θεραπεία συμπεριλαμβανομένων εμβολιασμών, ανοσοποίησης και αλλεργικών τεστ. Εμπεριέχει όλα τα είδη των εναλλακτικών και πειραματικών θεραπειών οι οποίες είναι μη εγκεκριμένες από επίσημο φορέα ή αναπόδεικτες ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Φαρμακευτικές αγωγές που δεν είναι ιατρικά αποδεκτές, τα έξοδα νοσηλείας τους, τις παροχές και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την αιτία εισαγωγής. Τέλος περιλαμβάνει τις εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, τα φάρμακα που χορηγούνται ενδονοσοκομειακά, τις μεταγγίσεις, τα έξοδα του

χειρουργείου και της νάρκωσης, καθώς και υλικά. Ο περιορισμός που υπόκειται προκειμένου να αποζημιωθεί ο ασφαλισμένος είναι ότι όλα τα έξοδα που πραγματοποιήθηκαν πρέπει να σχετίζονται με την φύση της πάθησης (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Εν κατακλείδι, τα τελευταία χρόνια από το 2009 και έπειτα, παρατηρείται μία αύξηση των δαπανών για προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας από τα νοικοκυριά στην Ελλάδα. Η τάση αυτή αντανακλά στην αβεβαιότητα που αισθάνονται οι πολίτες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην ανάγκη τους να εξασφαλίσουν το αγαθό της υγείας. Οι πολίτες είναι διατεθειμένοι να διαθέσουν πόρους στην ιδιωτική ασφάλιση, παρόλο που η οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα λειτουργεί ως αντίβαρο, αν και τα ποσοστά των δαπανών αυτών είναι περιορισμένο σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

Τέλος, υπάρχουν συνδυαστικά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης τα οποία επιτρέπουν και τη χρήση του Δημόσιου Φορέα Ασφάλισης, με σκοπό τη μείωση της συμμετοχής του ασφαλισμένου. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η αποζημίωση αφενός από την εταιρία ιδιωτικής ασφάλισης και αφετέρου από τον εκάστοτε Δημόσιο Φορέα, με όσο το δυνατόν τη μικρότερη επιβάρυνση του πολίτη (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

### **3.3 Προβλήματα Ασφαλιστικού Συστήματος**

Το 1970 δημιουργήθηκε ένα ολοκληρωμένο σύστημα ασφάλισης στην Ελλάδα, με πρωταρχικό σκοπό να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών όσον αφορά τα θέματα υγείας που προέκυπταν. Ωστόσο, η ανάγκη για αμεσότητα στην επίλυση των περιστατικών υγείας, σε συνδυασμό με λάθη στην οργανωτική δομή του συστήματος, αποτέλεσαν τους πιο ουσιαστικούς παράγοντες αποτυχίας του, όπου το σημερινό σύστημα ασφάλισης καλείται να αντιμετωπίσει. Αναλογιστικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στον ασφαλιστικό κλάδο κατά το παρελθόν, είχαν επισημάνει τα ελλείμματα που θα δημιουργηθούν σε μακροχρόνια βάση. Με τον όρο αναλογιστικά ελλείμματα, νοείται η παρούσα αξία της διαφοράς των εσόδων και των εξόδων στο μέλλον (Goranitis et al., 2014).

Το 1975, οι δαπάνες για συντάξεις αποτελούσαν το 2% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π), και ήταν μικρότερες από τις εισφορές για συντάξεις. Με το πέρασμα του χρόνου, το ποσοστό επί του Α.Ε.Π, μεγάλωνε και οι εισφορές δεν

επαρκούσαν για την κάλυψη των συντάξεων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα το 1990, όπου το ποσοστό επί του Α.Ε.Π ήταν πλέον στο 5,5%. Στην σημερινή περίοδο οι δαπάνες αποτελούν το 12% του Α.Ε.Π, ενώ το 2050 σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Ο.Ο.Σ.Α, εκτιμάται ότι το αντίστοιχο ποσοστό θα είναι στο 20%, ως αποτέλεσμα των ελλειμματικών μεταρρυθμιστικών μεταβολών. Βάσει των παραπάνω δεδομένων, η πολιτεία καλείται να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση, να διασφαλίσει την βιωσιμότητα των Ταμείων, να αυξήσει τα αποθεματικά των ταμείων προκειμένου να ανταποκριθεί στις μακροχρόνιες δεσμεύσεις της προς τους ασφαλισμένους, παρέχοντας τους σύνταξη και υγειονομική ασφάλεια (Yfantopoulos, 2008).

Το συνταξιοδοτικό χρέος, σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποίησε ο Ο.Α.Σ.Α, υπολογίζεται στο 200% του Α.Ε.Π, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το δημόσιο χρέος ανέρχεται στο 105%. Μέτρα όπως αύξηση των ορίων της ηλικίας των ασφαλισμένων για σύνταξη και μείωση των παροχών, αποτελούν την απαρχή των συνεχόμενων μεταρρυθμίσεων (Vrachatis & Papadopoulos, 2012).

Εξωγενείς παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, η υπογεννητικότητα, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η ανεργία, το δημόσιο χρέος και οι οικονομικές διακυμάνσεις επηρεάζουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα και δημιουργούν προβλήματα τα οποία καλείται να επιλύσει με παρεμβάσεις η κυβέρνηση (Goranitis et al., 2014).

Στον πίνακα 3.2.1 παρουσιάζεται η επισκόπηση των επιδράσεων των εξωτερικών παραγόντων στην οικονομική ισορροπία του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης.

**Πίνακας 3.2.1:** Επισκόπηση των επιδράσεων των εξωτερικών παραγόντων στην οικονομική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Παράγοντες	Επιδράσεις στα έσοδα	Επιδράσεις στα έξοδα
<i>Οικονομικοί παράγοντες</i>		
Αύξηση ΑΕΠ	Αύξηση στον αριθμό των ασφαλισμένων και στις εισφορές μέσω της αύξησης των μισθών	Αύξηση στις παροχές και στον αριθμό των δικαιούχων παροχών
Αύξηση των μισθών και πληθωρισμός	Αύξηση των εισφορών μέσω της αύξησης των μισθών	Αύξηση των ποσών των παροχών
Αύξηση των επιτοκίων	Αύξηση των εισφορών μέσω της αύξησης των μισθών, αύξηση των αποδόσεων των επενδύσεων	Αύξηση των ποσών των παροχών, αλλά και αύξηση της δαπάνης για πληρωμή τοκοχρεολυσίων
<i>Δημογραφικοί παράγοντες</i>		
Συνήθης δημογραφική εξέλιξη	Εξαρτάται από τη δραστηριότητα του πληθυσμού	Εξαρτάται από τη δραστηριότητα του πληθυσμού
Μείωση της θνησιμότητας		Αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων και της διάρκειας λήψης των παροχών
Αύξηση της γονιμότητας	Μακροπρόθεσμη αύξηση των ασφαλισμένων, εφόσον η οικονομική συγκυρία το ευνοεί	Μακροπρόθεσμη αύξηση των δικαιούχων παροχών
<i>Αλλαγές στην απασχόληση</i>		
Αύξηση της απασχόλησης	Αύξηση στον αριθμό των ασφαλισμένων και στο επίπεδο των εισφορών	Αύξηση στον αριθμό των δικαιούχων παροχών
Αύξηση των μισθών και βελτίωση της διανομής	Αύξηση των εισφορών μέσω της αύξησης των μισθών	Αύξηση των ποσών των παροχών, αλλά και αύξηση της δαπάνης για πληρωμή τοκοχρεολυσίων
<i>Πολιτικοί - διοικητικοί παράγοντες</i>		
Μείωση του Διοικητικού κόστους		Μείωση των εξόδων για τη διοίκηση
Καταπολέμησης της εισφοροδιαφυγής	Βραχυπρόθεσμη αύξηση των εισφορών	Μακροπρόθεσμη αύξηση των δικαιούχων παροχών
Αύξηση στο ύψος των υπαγόμενων στην ασφάλιση εισοδημάτων	Βραχυπρόθεσμη αύξηση των εισφορών	Μακροπρόθεσμη αύξηση του ύψους των παροχών

Οι ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνουν τα στοιχεία που επηρεάζουν διαχρονικά το ασφαλιστικό σύστημα, αναπτύσσονται μέσα σε αυτό και με το πέρασμα του χρόνου διογκώνουν τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα. (Υφαντόπουλος, 2006). Ο κατακερματισμός του ασφαλιστικού συστήματος, οι συνεχόμενες πολιτικές παρεμβάσεις, η απουσία στελεχών δημόσιας και ασφαλιστικής διοίκησης, ο ανεπαρκής προγραμματισμός, η ένδεια οικονομικής διαχείρισης, η εισφοροδιαφυγή, η απουσία ενιαίου αριθμού μητρώου ασφαλισμένων μέχρι πρόσφατα, η ανεπαρκή μηχανογράφηση και ο αμυδρός έλεγχος στην ανασφάλιστη εργασία αποτελούν τα πιο ουσιαστικά ενδογενή προβλήματα (Λιαρόπουλος, 2010). Συμπερασματικά, το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας δέχεται ισχυρές πιέσεις, ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας οικονομικής ύφεσης που υπόκειται και των ισχυρών δημογραφικών αλλαγών. Στην δεκαετία του 2000 οι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης σταδιακά μειώνονταν, δημιουργώντας σημαντικά προβλήματα οικονομικής ύφεσης.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας και η πρόοδος της ιατρικής και φαρμακευτικής επιστήμης επηρέασε σημαντικά τα δημογραφικά δεδομένα. Έτσι, ενώ βοήθησε στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, μείωσε αισθητά την δείκτη γεννητικότητας, δημιουργώντας αύξηση του κόστους της νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης, αύξηση των δαπανών της συνταξιοδοτικής κάλυψης και προβλήματα στην ασφαλιστική σχέση που υφίστανται οι συνταξιούχοι με τους ασφαλισμένους. Η εφαρμογή του νόμου Ν.3863/10, εισήγαγε καινούργιους τρόπους υπολογισμού των συντάξεων και μείωση των ήδη καταβαλλόμενων, έχοντας απώτερο σκοπό την βελτίωση της οικονομίας σε μακροχρόνια βάση (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Το πιο σημαντικό αίτιο που δημιούργησε τα μεγαλύτερα προβλήματα στη εθνική ασφάλιση ήταν ο πολυκερματισμός της εθνικής ασφάλισης. Η άνιση κατανομή των πόρων και η πολλαπλή ασφάλιση, δεν επέφερε καθολική κάλυψη, αντίθετα δημιούργησε ανισοκατανομή των πόρων και προβλήματα στην λειτουργία των ταμείων. Στην προσπάθεια που πραγματοποιήθηκε για συγχώνευση των προβληματικών ταμείων και στην διατήρηση των υγιή, νόμος Ν. 3655/08, τα αποτελέσματα δεν έφεραν το επιθυμητό αποτέλεσμα, καθώς δεν εφαρμόστηκε σε κανένα φορέα η αρχή της ασφαλιστικής δικαιοσύνης και το πρόγραμμα της ενοποίησης ήταν ελλειμματικό, χωρίς να έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες για την βιωσιμότητά τους. Με τον όρο ασφαλιστική δικαιοσύνη, νοείται ότι κάθε ασφαλισμένος κατατάσσεται στις ασφαλιστικές κατηγορίες του νέου φορέα ανάλογα

με το ιστορικό των αποδοχών του (Vrachatis & Papadopoulos, 2012). Τα παραπάνω προβλήματα απορρέουν κυρίως από την αναποτελεσματική ελληνική δημόσια διοίκηση, ταυτόχρονη λειτουργία πολυάριθμων ταμείων και άνιση αντιμετώπιση των ασφαλισμένων και των δικαιούχων. Η έντονη μεταρρυθμιστική προσπάθεια είχε μεγάλο κοινωνικό κόστος, που δυσχεραίνει την εφαρμογή του προγράμματος, και ενίοτε οδήγησε σε παλινδρομήσεις. Η Ελλάδα μέχρι και σήμερα δεν έχει καταφέρει να επιστρέψει σε διατηρήσιμη ανάπτυξη και η σύμπραξη δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης λογίζεται ως ιδανική.

### **3.4. Επιπτώσεις της Υγειονομικής κρίσης στην Αγορά του Φαρμάκου**

Ως φάρμακο λογίζεται κάθε χημική ουσία που έχει την ικανότητα να επηρεάσει έναν οργανισμό ή μικροοργανισμό, μόλις εισέλθει στο σύστημα του. Πρωταρχικός σκοπός κατά τη δημιουργία του φαρμάκου είναι να ανακουφίζει ή να θεραπεύει τους ανθρώπους από ασθένειες ή να επαναφέρει την σωματική και πνευματική υγεία τους σε ισορροπία. Ο ορισμός σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) είναι ο εξής: « Φάρμακο είναι κάθε ουσία ή μίγμα ουσιών, που παράγεται, προσφέρεται προς πώληση, ή παρουσιάζεται για χρήση στη διάγνωση, στην θεραπεία, στον μετριασμό ή στην πρόληψη νόσου, μη φυσιολογικής φυσικής κατάστασης, ή των συμπτωμάτων τους στον άνθρωπο ή στα ζώα καθώς και για χρήση στην αποκατάσταση, την διόρθωση ή την μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή στα ζώα.» (World Health Organization, 2009).

Η ζήτηση του φαρμάκου από το κοινωνικό σύνολο είναι άρρηκτα δεμένη από τις ανάγκες που δημιουργούνται στο τομέα της υγείας ενός κράτους. Όπως έχει προαναφερθεί, τα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα μια χώρας επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό το αγαθό της υγείας. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, ο πληθυσμός της χώρας ξεπέρασε τους 11 εκατομμύρια κατοίκους τα τελευταία χρόνια. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα δείκτες όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, το ποσοστό θανάτων, οι διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού, το κάπνισμα αλλά και η μορφολογία του ίδιου του περιβάλλοντος, να καθορίζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την ανάγκη για φάρμακα (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Από την πλευρά της η κυβέρνηση, μέσα από τρεις βασικές αρμοδιότητές της, εμπλέκεται άμεσα στην λειτουργία των φαρμακευτικών βιομηχανιών. Αρχικά,

διαθέτει επιχορηγήσεις σε πανεπιστημιακές και ιατρικές σχολές, βοηθώντας να ενισχυθεί ο τομέας της Έρευνας και Ανάπτυξης. Δεύτερον, λειτουργεί ως «προασπιστής» των πολιτών για θέματα υγείας, καθώς φροντίζει να υπάρχει φαρμακευτική διαθεσιμότητα των προϊόντων, και τέλος ρυθμίζει όλα τα θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των νέων φαρμάκων, την κατοχύρωση της ευρεσιτεχνίας - πατέντα, τη προστασία του εμπορικού σήματος και άλλα (Vogler, 2012).

Η ελληνική πολιτεία τα τελευταία χρόνια, δεδομένου της συμφωνίας του μνημονίου και της χρηματοπιστωτικής πολιτικής που ακολούθησε, μείωσε αισθητά τις δαπάνες στον τομέα της υγείας και σε σημαντικούς τομείς, όπως είναι η Έρευνα και Ανάπτυξη των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Σύμφωνα με το νόμο 3816 (ΦΕΚ 6/Α'26-01-2010), άρθρο 12, θεσπίστηκε εκ νέου ο θετικός κατάλογος αποζημιούμενων φαρμάκων, μέτρο όπου είχε εφαρμοστεί και κατά τα έτη 1997-2006. Τα ποσοστά αποζημίωσης διαφέρουν ανάλογα με την πάθηση και την κατηγορία που εμπίπτει το φαρμακευτικό προϊόν. Έτσι, το 100% της αποζημίωσης λαμβάνουν άτομα που είναι παθόντες σοβαρών παθήσεων όπως ο καρκίνος, η επιληψία και η νεφρική ανεπάρκεια. Το 90% δικαιούνται πολίτες που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως πάρκινσον (Parkinson), καρδιοπάθειες και οστεοπόρωση, ενώ το 75% λαμβάνουν όσοι δεν συγκαταλέγονται σε κάποια από τις ανώτερες κατηγορίες. Επιπροσθέτως, 0% συμμετοχή για όλα τα φάρμακα δικαιούνται οι πάσχοντες από παραπληγία, τετραπληγία, οι μεταμοσχευθέντες συμπαγών ή ρευστών οργάνων και ιστών, οι γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας και οι εργαζόμενοι που έτυχαν σε εργατικό ατύχημα (ιστοσελίδα ΕΟΦ, Συμμετοχές ασφαλισμένων).

Η φαρμακευτική δαπάνη αναλύεται σε δημόσια και ιδιωτική, καθώς περιλαμβάνει φάρμακα και φαρμακευτικά είδη με σκοπό την κάλυψη των πολιτών για ανάγκες που δημιουργούνται στην καθημερινότητα. Δημόσια δαπάνη, θεωρείται κάθε μορφής δαπάνη που δημιουργείται για φάρμακα, και καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση μια χώρας ή το εθνικό σύστημα υγείας. Αντίθετα, στην ιδιωτική συγκαταλέγονται τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, όπως επίσης και το μερίδιο των εξόδων που καλείται να καλύψει η αναφερόμενη ιδιωτική ασφάλιση του κάθε πολίτη. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων καταγράφει μηνιαίως τις πωλήσεις που πραγματοποιούν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις στα νοσοκομεία, στις φαρμακαποθήκες και στα φαρμακεία, ενώ η δημόσια δαπάνη υπολογίζεται σύμφωνα με το International Classification of Health Account του ΟΟΣΑ. Συνεπώς, η δημόσια

και η ιδιωτική δαπάνη μιας χώρας, αποτελεί μονάχα ένα μέρος από τις φαρμακευτικές πωλήσεων μιας χώρας (Σουλιώτης, 2013).

Δεδομένου της οικονομικής κρίσης, οι περικοπές που υφίστανται τομείς όπως είναι η Έρευνα και Ανάπτυξη και η καινοτομία για την δημιουργία νέων προϊόντων, επηρεάζουν άμεσα την φαρμακευτική αγορά και τις προσπάθειες που καταβάλλονται για μείωση των δαπανών. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η πολιτική ηγεσία της Ελλάδας την εποχή του μνημονίου, είναι η αυξανόμενη πίεση που υπάρχει για μείωση των τιμών και του όγκου κατανάλωσης. Στόχος με την εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου είναι να διατηρηθεί η δημόσια δαπάνη στον τομέα της υγείας σε ποσοστά μικρότερα του 6% του ΑΕΠ, διατηρώντας ταυτόχρονα την καθολική πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας και βελτιώνοντας την ποιότητα της υγειονομικής τους περίθαλψης (Economou, 2010).

Σύμφωνα με τον νόμο Ν.3918 που εφαρμόζεται από το Μάιο του 2011, έχει δοθεί η αρμοδιότητα στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη να εκδίδει το δελτίο τιμών για τα φάρμακα. Έτσι, αναρτάται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου, το συγκεκριμένο δελτίο τιμών, το οποίο περιλαμβάνει τις τιμές παραγωγού, τις χονδρικές τιμές που εμπεριέχουν το χονδρεμπορικό κέρδος, τις λιανικές τιμές των φαρμάκων (συμπεριλαμβανομένου του κέρδους του φαρμακείου και το Φ.Π.Α 6%), και τις λιανικές τιμές των φαρμάκων (μειωμένες κατά 2%) για εκείνες τις περιοχές που ισχύουν οι μειωμένοι συντελεστές Φ.Π.Α. Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση 32535 «Διατάξεις τιμολόγησης φαρμάκων», ΦΕΚ 1508/06.05.2019, Δελτία τιμών εκδίδονται κάθε τρεις μήνες συνολικά για φάρμακα αναφοράς, βιολογικά, βιοομοειδή, υβριδικά και γενόσημα. Η διαδικασία πρώτης τιμολόγησης για τις πρώτες τέσσερις ως άνω κατηγορίες φαρμάκων ολοκληρώνεται μέσα σε ενενήντα ημέρες, ενώ στα γενόσημα σκευάσματα εντός τριάντα ημερών.

Οι τιμές των φαρμάκων αναθεωρούνται μια φορά ανά έτος και το συγκεκριμένο Δελτίο Τιμών αναρτάται εντός του μηνός Απριλίου. Τέλος, με την ίδια υπουργική απόφαση, για λόγους εύρυθμης οργάνωσης και λειτουργίας της αγοράς, για την απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών στα νέα φάρμακα και για την εξομοίωση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων στην εγχώρια αγορά, καθορίστηκε νέο σύστημα τιμολόγησης και ανατιμολόγησης φαρμάκων. Οι τιμές των οποίων καθορίζονται ανάλογα την νομική τους βάση, όπως ορίζεται από τον ΕΟΦ κατά την διαδικασία λήψης της άδειας κυκλοφορίας τους. Όσον αφορά τα φάρμακα αναφοράς η τιμοδότηση τους γίνεται βάσει του συστήματος εξωτερικών τιμών



αναφοράς και συγκεκριμένα των δυο χαμηλότερων τιμών της Ευρωζώνης, ενώ τα γενόσημα παραμένουν στο 65% του αντίστοιχου φαρμάκου αναφοράς τους (Υ/Α 32535, ΦΕΚ 1508 06/05/2019).

Η ελληνική κυβέρνηση στην προσπάθειά της να ελαττώσει τη φαρμακευτική δαπάνη δημιούργησε άλλους δυο επιπρόσθετους καταλόγους φαρμάκων. Με την Υ.Α. ΔΥΓ3α/οικ. Γ.Υ. 32294 (ΦΕΚ 559/Β'/08.04.2011), θεσπίστηκε ο κατάλογος σκευασμάτων τα οποία χορηγούνται με ιατρική συνταγή αλλά δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, γνωστός ως Αρνητική Λίστα. Με το νομοθετικό κείμενο υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/Γ.Π. 52241 (ΦΕΚ 840/Β'/12-05-2011) ολοκληρώθηκε η μνημονιακή υποχρέωση επέκτασης του καταλόγου μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ-ΟΤC), δηλαδή των σκευασμάτων εκείνων που χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή και διατίθενται αποκλειστικά από τα φαρμακεία χωρίς να αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

Με την υπουργική απόφαση αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46843 (ΦΕΚ 3663/Β'/28.08.2018) καθορίστηκαν όρια συνταγογράφησης φαρμάκων ανά ιατρική ειδικότητα, ανά περιφερειακή ενότητα, ανά μήνα και ανά Α.Μ.Κ.Α ασθενούς, καθώς επιπλέον ορίστηκαν οι ελάχιστοι στόχοι συνταγογράφησης γενοσήμων κατ' όγκο, ανά θεραπευτική ομάδα και τρόπο χορήγησης. Το μέτρο αυτό είναι συμπληρωματικό της αναγραφής της δραστικής ουσίας έναντι της ονομασίας του σκευάσματος στις ηλεκτρονικές συνταγές των ιατρών.

Οι φαρμακοποιοί υποχρεούνται, κατά την εκτέλεση των συνταγών, να ακολουθούν την διαδικασία που προβλέπεται από το άρθρο 46, παρ. β' του ν. 4316/2014, δηλαδή να παρέχουν στον ασθενή το φθηνότερο γενόσημο που εμπεριέχεται στην ίδια κατηγορία φαρμάκου και δραστικής, εφόσον δεν έχει γραφτεί η συνταγή με δέσμευση ονομασίας σκευάσματος.

Η κυβέρνηση λόγω μνημονιακών δεσμεύσεων εφάρμοσε μέτρα υποχρεωτικών εκπτώσεων (rebate) και επιστροφών (clawback) για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και τους φαρμακοποιούς. Ως Rebate, καθορίζεται το υποχρεωτικό ποσό επιστροφής από τα ιδιωτικά φαρμακεία προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ και από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το οποίο με τον νόμο 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/07.08.2017), καθορίστηκε εκ νέου ο τρόπος υπολογισμού του, με τον οποίο ενοποιήθηκαν όλες οι προϋπάρχουσες υποχρεωτικές εκπτώσεις μέσω ενός πολυωνύμου, γνωστού ως «πολυώνυμο Μπερσίμη». Ενοποιήθηκαν δηλαδή, όλα τα βασικά rebates 9% (με το

πρόσθετο 2% και 5% νοσοκομειακό, 50-50%) και του rebate τριμηνιαίου όγκου πωλήσεων όλων των φαρμάκων.

Ως Clawback ορίζεται η επιστροφή χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο. Το clawback προϋποθέτει ύπαρξη κλειστών προϋπολογισμών ανά κατηγορία δαπάνης (εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, δαπάνη από φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ και υγειονομικό υλικό). Ισούται με το ποσοστό του μεριδίου αγοράς που αναλογεί σε κάθε φαρμακευτική εταιρεία ως προς την υπέρβαση του προκαταβολικά συμπεφωνημένου ορίου. Υπολογίζεται και αποστέλλεται ανά εξάμηνο είτε από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, είτε από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ (Δημόπουλος & Τσαντίλη-Κακουλίδου, 2015).

Συμπερασματικά, ο χαμηλός προϋπολογισμός που διατίθενται για την κάλυψη της φαρμακευτικής δαπάνης, είναι μη εφαρμόσιμος στα πραγματικά δεδομένα της χώρας με αποτέλεσμα να οδηγεί σε υπερβολικές επιστροφές rebate και κυρίως του clawback και σε αδυναμία του ελέγχου της συνταγογράφησης απειλώντας την επάρκεια της φαρμακευτικής αγοράς. Η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στα φάρμακα δυσχεραίνει τη πρόσβαση των ασθενών στις αναγκαίες θεραπείες. (Δαγκαλίδης, 2011).

Στο πλαίσιο της εξόδου από το μνημονιακό καθεστώς η Ελλάδα, το 2018, υπέγραψε συμφωνία Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων έως το 2022. Σκοπός της υπήρξε η διασφάλιση της ένταξής της στις αγορές και η εγγύηση της αποπληρωμής των δανειστών της. Ποικίλες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις κρίθηκαν αναγκαίες ως προς την επίτευξη του θεμιτού αποτελέσματος, όπως ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας. Ανάμεσα στις υποχρεώσεις της ήταν η σύσταση νέου συστήματος αποζημίωσης φαρμάκων μέσω σχηματισμού επιτροπής αξιολόγησης και επιτροπής διαπραγμάτευσης, για την επαναξιολόγηση των ήδη ενταγμένων στον θετικό κατάλογο σκευασμάτων. Δημιουργήθηκαν ξεχωριστοί κλειστοί προϋπολογισμοί που αφορούν συγκεκριμένες θεραπευτικές κατηγορίες υψηλού κόστους, ιατροτεχνολογικού υλικού και ειδικής διατροφής.

Δόθηκε επέκταση των υποχρεωτικών εκπτώσεων και επιστροφών στην εξωνοσοκομειακή και στην νοσοκομειακή δαπάνη έως το 2022. Δημιουργήθηκαν θεραπευτικά πρωτόκολλα τα οποία συνδέθηκαν με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση με στόχο τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης. Δημιουργήθηκε ο ηλεκτρονικός

φάκελος ασφάλισης υγείας του ασθενή, μέσω του οποίου δίδεται η δυνατότητα πρόσβασης του στις δαπάνες που πραγματοποιήσε.

Οι ανωτέρω μεταρρυθμίσεις, αν και είναι στραμμένες προς την σωστή κατεύθυνση, απαιτούν χρήση τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας προκειμένου να επιτευχθούν. Αρχικά, είναι απαραίτητη η συμμετοχή όλων των πυλώνων που αποτελούν το εγχώριο σύστημα υγείας μέσω μιας διαδικασίας διαπραγμάτευσης και συναίνεσης. Το πρόγραμμα υλοποίησης τους είναι απαραίτητο να βρίσκεται σε πλήρη στοίχιση με το σύστημα αξιών της κοινωνίας, να εμπεριέχει συγκεκριμένους στόχους και ορισμένο χρονικό ορίζοντα. Τέλος, η πολιτική η οποία θα εφαρμοστεί οφείλει να βασίζεται σε επιστημονικά θεμελιωμένα δεδομένα, σε σχέση με την υγεία του πληθυσμού, με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που επιλέγονται και με την οικονομική επίπτωση του προϋπολογισμού (Δημόπουλος & Τσαντίλη-Κακουλίδου, 2015).

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συμπέρασμα**

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι δαπάνες που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο για τα συστήματα υγείας, αυξήθηκαν με υψηλότερο ρυθμό από τη συνολική οικονομική ανάπτυξη. Ακόμη και για χώρες οικονομικά εύρωστες, όπως η Σουηδία, οι οποίες έχουν επιτύχει την συγκράτηση των δαπανών για την υγεία, ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ συνέχισε να είναι μεγαλύτερος από την αύξηση των δαπανών αυτών. Δεδομένου της πολυπλοκότητας που επικρατεί στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, των παγκόσμιων δημογραφικών και επιδημιολογικών τάσεων, των δυσμενών οικονομικών συνθηκών και των περιορισμένων εθνικών προϋπολογισμών, οι ρυθμιστικές αρχές καλούνται να λάβουν αποφάσεις με γνώμονα την καθολική, ποιοτική και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Οι κρατικοί φορείς σε συνεργασία με τις αρμόδιες ρυθμιστικές αρχές κάθε χώρας, έχουν την ευθύνη να λάβουν αποφάσεις προκειμένου τα συστήματα υγείας της εκάστοτε χώρας, να λειτουργούν αποτελεσματικά και να είναι βιώσιμα. Υπό αυτό το πρίσμα, κάθε πολιτεία οφείλει να διερευνήσει τις επιλογές που διαθέτει και να κατανείμει αποτελεσματικά τους πόρους, ώστε να διασφαλίσουν σε υψηλά επίπεδα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στηριζόμενοι σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης, έχουν την δυνατότητα να προβλέψουν τους οικονομικούς πόρους που ενδέχεται να χρειαστούν τα προσεχή έτη, πόσο θα επηρεαστεί η οικονομική βιωσιμότητα των

συστημάτων υγείας, καθώς και το αντίκτυπο που θα προκύψει σε πολλούς μακροοικονομικούς παράγοντες (Harper, 2010).

Σημαντική προτεραιότητα, που έχει τεθεί από την παγκόσμια πολιτική ηγεσία στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, για την μείωση των κρατικών δαπανών είναι η εκπαίδευση των πολιτών σε τομείς όπως είναι η διαδικασία της πρόληψης και η καλύτερη διαχείριση του τρόπου ζωής τους. Με αυτό τον τρόπο, φαινόμενα χρόνιων παθήσεων μπορούν να αντιμετωπιστούν στο πέρασμα του χρόνου, εξασφαλίζοντας σημαντικούς πόρους για την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Επιπλέον, επενδύοντας σε τομείς όπως η τεχνολογία, η έρευνα και ανάπτυξη, ελαττώνεται ο κίνδυνος που δημιουργείται, εξαιτίας αναποτελεσματικών ενεργειών, οι οποίες φέρουν άμεσο αντίκτυπο στον προϋπολογισμό του κράτους (Κανανος, 2016).

Η ιστορία των ασφαλιστικών συστημάτων, στις αναπτυγμένες χώρες, αντικατοπτρίζει τα κοινά σημεία επαφής τους, ως προς την αντίληψη των στόχων που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, όπως είναι η ενίσχυση των ασθενών με χαμηλό εισόδημα, η εγγύηση ενός ελάχιστου εισοδήματος στους πάσχοντες μισθωτούς, ή η καθολική πρόσβαση τόσο των πολιτών του εκάστοτε κράτους, όσο και των Ευρωπαίων πολιτών (Commonwealth Found, 2010). Ο τρόπος της επίτευξης των ανωτέρω στόχων διαφέρει από κράτος σε κράτος, ανάλογα από το Σύνταγμα που διέπονται, την οργανωτική δομή τους, τον τρόπο αντίληψης της σχέσης ζήτησης - κόστους και τα ήθη και έθιμά τους.

Με τον τρόπο αυτό τα κράτη της Ευρώπης δημιούργησαν συστήματα υγείας που έχουν σαν προτεραιότητα είτε την καθολική δημόσια κάλυψη του πληθυσμού, είτε την δυνατότητα επιλογής δημόσιας και συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, σε χώρες όπως η Σουηδία, η Νορβηγία, η Μεγάλη Βρετανία, η Δανία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Φιλανδία, η Ελλάδα και εν μέρει η Πορτογαλία, δημιουργήθηκαν Εθνικά Συστήματα, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από τα κράτη και έχουν ως προτεραιότητα την ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Στην αντίπερα όχθη συναντώνται συστήματα που στηρίζονται σε σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η ελεύθερη επιλογή ιατρού και η χρηματοδότηση των δαπανών από διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία υγείας και από κοινωνικές εισφορές. Η Γαλλία, η Γερμανία, το Λουξεμβούργο, το Βέλγιο η Αυστρία και ως ένα βαθμό η Ολλανδία, είναι οι

εκφραστές των συστημάτων ασφάλισης αυτού του τύπου (Commonwealth Found, 2010).

Συμπερασματικά, η υγεία είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, για αυτό το λόγο αποτελεί θέμα πολιτικής στρατηγικής των κυβερνήσεων. Ο συνδυασμός των διαθέσιμων πόρων με την οικονομική θέση και τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε χώρας είναι ο γρίφος που τα κράτη καλούνται να λύσουν με τον αποδοτικότερο τρόπο. Τα συστήματα υγείας δεν αποτελούν στατικούς οργανισμούς, αλλά οντότητες διαρκώς μεταβαλλόμενες καθώς νέες ανάγκες παρουσιάζονται στο πέρασμα των χρόνων. Δεν δύναται να αναφερθεί με ακρίβεια ποιο μοντέλο συστήματος υγείας είναι πιο αποτελεσματικό έναντι κάποιου άλλου, αλλά τα στατιστικά δεδομένα τοποθετούν τις μεταρρυθμίσεις από το 2006 και έπειτα της Ολλανδίας ως πρότυπο υγειονομικό σύστημα (Κανανος, 2016).

Η Ολλανδία αποτέλεσε μοντέλο αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα καλύπτοντας δεκαέξι εκατομμύρια ασφαλισμένους. Εξασφάλισε καθολική κάλυψη του πληθυσμού της παρέχοντας τους υψηλή ποιότητα υπηρεσιών με χαμηλό κόστος. Ο βασικός ρυθμιστής του συστήματος είναι η κυβέρνηση, διατηρώντας ρόλο εποπτικό ως προς την ποιότητα, χωρίς όμως να ασκεί επιρροή ως προς τον όγκο, τις τιμές, την παραγωγική δυνατότητα των προμηθευτών ή διοικητικά καθήκοντα. Περιλαμβάνει την υποχρεωτική αγορά ενός βασικού πακέτου σημαντικών παροχών από το σύνολο των ασφαλισμένων, το κόστος του οποίου το αναλαμβάνουν οι ίδιοι. Το κράτος, από πλευράς του, χρηματοδοτεί το κόστος συμμετοχής των παιδιών έως 18 ετών και ενισχύει τους οικονομικά ασθενείς πολίτες. Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να παρέχουν ασφάλεια στο σύνολο των πολιτών, ανεξαρτήτως ηλικίας, κατάστασης υγείας ή φύλου, έναντι συγκεκριμένου ποσού (Mossialos et al., 2010).

Το Ολλανδικό μοντέλο ενισχύει τον ανταγωνισμό μεταξύ των εταιρειών, παρέχοντας υψηλή ποιότητα υπηρεσιών και έχοντας κερδίσει την πρώτη θέση ως προς την ικανοποίηση του πληθυσμού σύμφωνα με τον δείκτη «Euro Health Consumer System» (Daley & Gubb, 2011).

Η Ελλάδα, από το 2009 και έπειτα διανύει μια εποχή ραγδαίων αλλαγών και ανατροπών σε κάθε δυνατό επίπεδο, οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό. Η χρηματοδότηση στον τομέα της υγείας υπόκειται σε συνεχόμενες μειώσεις, κάνοντας τις δραστικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ασφάλισης να φαντάζουν ως μονόδρομος. Κλειδί για άμεση ανάπτυξη θεωρείται, η σύμπραξη του δημόσιου με τον

ιδιωτικό τομέα (ΣΔΙΤ). Η συγκεκριμένη συνεργασία έχει τα εχέγγυα να διασφαλίσει τα πλεονεκτήματα των φορέων και να λύσει πολλά προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί στην ασφαλιστική αγορά. Η Ευρώπη παρέχει, σε διάφορες χώρες, δοκιμασμένα μοντέλα ασφάλισης με υψηλά ποσοστά επιτυχίας, στα οποία η Ελλάδα ενδεχομένως να μπορούσε να στηρίξει μια νέα πρόταση. Όπως προαναφέρθηκε, το Ολλανδικό μοντέλο κατέχει μια εξέχουσα θέση σε ποιοτικές υπηρεσίες, αλλά εξίσου αποτελεσματικό είναι και το Γαλλικό μοντέλο ασφάλισης, που ίσως βρίσκεται σε μεγαλύτερη συνάφεια με την ελληνική πραγματικότητα.

Το Γαλλικό σύστημα υγειονομικής ασφάλισης, είναι μικτού τύπου, βασιζόμενο δομικά στο μοντέλο Βίσμαρκ, με στόχους του μοντέλου Μπέβεριτζ και αντικατοπτρίζεται σε ένα ενιαίο μοντέλο δημόσιων πληρωμών (Chevreul, 2015a). Λόγω της αποτελεσματικής οργάνωσης του, την συμμετοχή των επαγγελματιών του και την ικανότητα του να καινοτομεί, έχει χαρακτηριστεί ως σύστημα αριστείας. Με τον νόμο της 21<sup>ης</sup> Ιουλίου 2009, προωθήθηκε η μεταρρύθμιση των νοσοκομείων, η οποία όρισε το νέο πλαίσιο δομής του με την συμμετοχή όλων των φορέων υγείας. Στόχος του είναι οι ποικίλες επιλογές που μπορούν να συνδυαστούν ώστε, να παράξουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα βάσει της βέλτιστης κατανομής των διαθέσιμων πόρων (Chevreul, 2015b).

Η υποχρεωτική ασφάλιση των πολιτών είναι καθολική και χρηματοδοτείται από την εθνική φορολογία, τον εργοδότη, τους εργαζόμενους, και από φόρους που καταβάλλονται στο κράτος. Σήμερα, καλύπτει το 100% των αναγκών τους, μέσα από τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας. Η υποχρεωτική ασφάλιση δίδεται στους εργαζόμενους πολίτες και παρέχεται χωρίς συμμετοχή σε φοιτητές, συνταξιούχους και μακροχρόνια άνεργους (Durand-Zaleski, 2016). Αντίθετα, η προαιρετική ασφάλιση, λειτουργεί ως συμπληρωματική και παρέχει κάλυψη σε συγκεκριμένους τομείς, οι οποίοι δεν καλύπτονται επαρκώς από την υποχρεωτική (Durand-Zaleski, 2016). Ουσιαστικά δίνει την δυνατότητα στους πολίτες να εξοφλούν οι ίδιοι τους ιατρούς και ύστερα να λαμβάνουν από τα ασφαλιστικά ταμεία την επιστροφή των δαπανών τους (Lundy, et.al., 2009). Οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και Ιδρύματα πρόνοιας, παρέχουν την δυνατότητα κάλυψης υπό μορφή συμπληρωμών, στα πλαίσια της συμπληρωματικής ασφάλισης. Η κάλυψη των πολιτών της Γαλλίας είναι καθολική, καθώς το 95% του πληθυσμού λαμβάνει την συμπληρωματική ασφάλιση, ενώ για τους οικονομικά ασθενέστερους πολίτες το κράτος μεριμνά για την

προστασίας τους, παρέχοντας ένα δίκαιο σύστημα ασφάλισης για όλους (Mosse, et.al.,2013).

Οι προκλήσεις που αναγκάστηκε να αντιμετωπίσει η Γαλλική κυβέρνηση την εποχή της οικονομική κρίσης ήταν πολλές. Μέσα από μεταρρυθμίσεις που πραγματοποίησε, είχε ως στόχο τη βελτίωση και την διαφάνεια του συνολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τον έλεγχο της επερχόμενης αύξησης των δαπανών υγείας μέσω της υιοθέτησης της συμπληρωματικής ασφάλισης, την αντιμετώπιση των δυσκολιών πρόσβασης των πολιτών σε απομακρυσμένες περιοχές και την κάλυψη της ανισότητας που δημιουργούνταν σε πολίτες που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες (Chevreul, 2015b).

Η Ελληνική κυβέρνηση θέτει τον ασφαλιστικό κλάδο ως ένα τομέα πολύ σημαντικό για την οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Ως εκ τούτου, η συνεργασία των δημόσιων αρχών με τον ιδιωτικό τομέα, είναι καίριας σημασίας προκειμένου να εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση, η συντήρηση, η διαχείριση μιας ή μιας παροχής στο σύστημα της υγείας. Με την ολοκλήρωση της σύμπραξης του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα ασφάλισης, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, θα βελτιωθούν ποιοτικά, θα είναι πιο αποδοτικές ως προς την χρήση τους, και θα δοθεί η δυνατότητα δημιουργίας νέων σύγχρονων υποδομών. Επιπλέον, η εισαγωγή των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών δίδει την δυνατότητα απελευθέρωσης κονδυλίων του δημόσιου φορέα σε άλλους σκοπούς όπως, είναι ο τομέας της Έρευνας και Ανάπτυξης και στην ενίσχυση της εγχώριας βιομηχανίας (Παπανικολάου, 2016).

Σύμφωνα με την Εθνική Στρατηγική Υγείας, οποιαδήποτε μεταρρύθμιση αποφασιστεί είναι απαραίτητο να έχει επίκεντρο τον πολίτη ως οντότητα, να εξασφαλίσει την πρόσβαση του σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και να στηρίζεται σε πραγματικά δεδομένα της υγείας του πληθυσμού. Η υλοποίηση των στόχων χρειάζεται να είναι καθορισμένη με συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα, ενώ η προσπάθεια για βελτίωση οφείλει να είναι διαρκής και να ενισχύει την καινοτομία.





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αντωνοπούλου, Λ. (2008) "Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία", Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3(2) : 109-120.
- Γκόλνα Χρ., Κοντιάδης Ξεν., Σουλιώτης Κυρ. (2005). «Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη - Λειτουργία της Αγοράς και Ρυθμιστικό Πλαίσιο», Εκδόσεις Παπαζήση.
- Δαγκαλίδης, Α. (2011). Παραγωγή και εμπορία φαρμάκων. Αθήνα: Τράπεζα Πειραιώς.
- Δημόπουλος Βασίλης και Τσαντίλη-Κακουλίδου Άννα (2015). Βασικές Αρχές Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Φαρμάκων, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Δρ. Κατσιολούδης Π., M.D, (2011) «Προώθηση μεταρρυθμίσεων και αλλαγών στις Ιατρικές υπηρεσίες του Δημόσιου τομέα με σκοπό τον εκσυγχρονισμό τους στα πλαίσια του επερχόμενου ανταγωνισμού με τη ένταξη μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση».
- Ευμορφίδου, Π., (2009), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Κριτική της εξέλιξης της και οι προκλήσεις του μέλλοντος, Διοικητική ενημέρωση.
- Θεοδώρου Μ., Υπηρεσίες Υγείας - Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα,(2000).
- Θεοδώρου Μ ., Σαρρής Μ ., Σούλης Σ. : «Συστήματα Υγείας» , Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα 2001
- Θεοδωρουλάκης Κουμαριανός και Κουμαριανός Βαγγέλης (2012). Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης - Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2011). Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου.
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2017). Η Φαρμακευτική

Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016.

- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Καραμπλή Ε., Ολλανδέζος Μ., Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. (2006) «Πολιτικές Ρυθμίσεις της Αγοράς Φαρμάκου» Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κοντοζαμάνης, Β., Κουσουλάκου, Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου. Στο: Γείτονα, Μ. (2012). Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας. Αθήνα: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας
- Κουκουφιλίππου Ιωάννης, Παπαβασιλείου Ευανθία, Κοϊνης Αριστοτέλης (2016). Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 15, Τεύχος 4 (Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2016).
- Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β. (2009). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. 27(5):834-840.
- Λιαρόπουλος (2010), «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος. Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα.
- Μαλάμου Θεοδώρα (2015). Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. 54(3): 231–240.
- Μανιάτης, Γ., Αθανασιάδης, Θ. (2012). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE.
- Παπαθεοδώρου Χ., Μωϋσίδου Α., (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- Παπανικολάου Χ., (2016). Υγειονομική Μεταρρύθμιση. Ένα Εθνικό Ζήτημα.
- Σουλιώτης, Κ., (2013), Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
- Τούντας Γ., (2011). Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- Τούντας Γιάννης, Το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, (2016).
- Τσακανίκας Α., Αθανασιάδης Θ., Παύλου Γ. (2018). Η Φαρμακευτική

αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2017. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE

- Τσακανίκας, Α., Αθανασιάδης, Θ., Παύλου Γ. (2014). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2013. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE
- Υφαντόπουλος Γ., (2003): Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ, Αθήνα
- Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., (2005) - Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- Υφαντόπουλος Ιωάννης (2006). Τα Οικονομικά της Υγείας, θεωρία και πολιτική. Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ / ΔΑΡΔΑΝΟΣ

### **Νομοθετικά Κείμενα**

- Νόμος 3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α/26.01.2010). «Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 4549/2018 (ΦΕΚ 105/Α/14.06.2018). «Διατάξεις για την ολοκλήρωση της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων -Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2019-2022 και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 4458/2018 (104/Α/01.08.2018). «Κύρωση συμβάσεων μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων και της Επιτροπής Εκτελεστών Διαθήκης Γ.Γ. Μαλινάκη και του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας και των Εκτελεστών της διαθήκης της Μαρίας (Μάρης) Βεργωτή αντίστοιχα και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 4600/2019 (43/Α/09.03.2019). «Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις».
- Οδηγία 2011/62/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 8ης Ιουνίου 2010 (ΕΕ L 174, σ. 74).
- Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3α/οικ.32294\_ ΦΕΚ 559/Β/08.04.2011.
- Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3α/Γ.Π. 52241\_ ΦΕΚ 840/Β/12.05.2011.

- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/149\_ΦΕΚ 545/Β'/01.3.2012.
- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. ΕΜΠ4\_ΦΕΚ 3057/Β'/18.11.2012.
- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ./19389\_ΦΕΚ3356/Β'/17.12.2012).
- Υπουργική Απόφαση Γ5 (α)/οικ. 30468/22.4.2015\_ΦΕΚ 869/Β'/19.5.2015.
- Υπουργική Απόφαση Γ5 (α)/οικ. 90552\_ΦΕΚ3890/Β/02.12.2016.
- Υπουργική Απόφαση Γ5(α)οικ. 97012\_ΦΕΚ4215/Β/27.12.2016.
- Υπουργική Απόφαση Γ5(α)οικ. 11601\_ΦΕΚ445/Β/15.02.2017.
- Υπουργική Απόφαση Γ5(α)οικ. 38152\_ΦΕΚ 1761/Β/22.05.2017.
- Υπουργική Απόφαση Γ5(α)οικ.43125\_ΦΕΚ 1984/Β/08.06.2017.
- Υπουργική Απόφαση Γ5(α)/οικ.50389\_ΦΕΚ\_2254/Β/30.06.2017.
- Υπουργική Απόφαση Δ3(α) 46628\_ΦΕΚ2308/Β/18.06.2018.
- Υπουργική απόφαση 52029\_ΦΕΚ2768/Β/11.07.2018.
- Υπουργική απόφαση Δ3(α)/51333\_19.07.2018.
- Υπουργική απόφαση 58584\_ΦΕΚ3189/Β/02.08.2018.
- Υπουργική απόφαση 32535\_ΦΕΚ1508/Β/06.05.2019.

### **Ξενογλώσση**

- Barros PP, Machado SR, Simões JA., (2011). Portugal Health system review. *Health Syst Transit*; 13:1-156.
- Belloni, A., Morgan, D., Paris, V. (2016). *Pharmaceutical expenditure and policies: Past trends and future challenges*. Paris: OECD.
- Bertin G, Carradore M., (2006). Differentiation of welfare regimes: the case of Italy. *Int J Soc Welf*; 25:149-60.
- Carone G., Schwierz C., Xavier A., (2012). 'Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU', European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- Chevreul K., (2015) a. Overview of the health system. *European Observatory on health systems and policies. The Health Systems and Policy Monitor*.
- Chevreul K., (2015) b. France: Health System Review. *Health System in*

Transition. World Health Organization. European Observatory on health systems and policies. 17(3), p.1-218.

- Clemente, J., Marcuello, C., Montanes, A. (2008). Pharmaceutical expenditure, total health-care expenditure and GDP. *Health Economics*, 17(10):1187–1206.
- Commonwealth Found, (2010). *International Profiles of Health Care Systems*.
- Daley Claire & Gubb James, (2011). *Healthcare Systems: The Netherlands, CIVITAS*.
- Durand-Zaleski, I., (2016). The French Health Care System In E. Mossialos, eds et al. *International Profiles of Health Care Systems 2015*. P59-68.
- Economou, C. (2010) Greece. Health system review, in *Health System in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, Kunst AE, (2008). Health inequalities according to educational of 23 European countries. *Sociol Health Ill*, 3:565-82.
- European Commission, (2013). Report on health inequalities in the European Union. Commission staff working document. Brussels: European Commission
- Goranitis, I., Siskou, O., Liaropoulos, L. (2014). Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy*, 117:279–284.
- Guillén AM, León M, editors, (2011). *The Spanish welfare state in European context*. Farnham: Ashgate.
- Harper, S. (2010) 'The Capacity of Social Security and Health Care Institutions to Adapt to an Aging World, *International Social Security Review*, 63, 177-196.
- Hsieh, C., Sloan, F. (2008). Adoption of pharmaceutical innovation and the growth of drug expenditure in Taiwan: is it cost effective? *Value Health*, 11(2):334-344.
- Kanavos, P. (2016). *The future of Health Technology Assessment: Evidence from Europe and the Americas and an agenda for policy action*. European Observatory, Brussels (forthcoming).

- Karampli, E., Souliotis, K., Polyzos, N., Kyriopoulos, J., Chatzaki, E. (2014). Pharmaceutical innovation: impact on expenditure and outcomes and subsequent challenges for pharmaceutical policy, with a special reference to Greece. *Hippokratia*, 18(2):100-106.
- Karatzas, G. (2000). On the determination of the US aggregate health care expenditure. *Applied Economics*, 32(9):1085–1099.
- Mosse P. et al., (2013). Mental Health in France, Policies And Actors: Developing administrative knowledge in a segmented world. *International Journal of Health Planning and Management*. 28(3), p.242-255.
- Lundy J & Finder, Benjamin D., (2009). Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland. The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Mossialos E, Allin S, Davaki K., (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*; 14 Suppl 1:S151-68.
- Mossialos Elias, Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Richard Saltman, (2010). Health Systems in Transition, Vol.12 No.12010, The Netherlands, Health System Review.
- Mousnad, M., Shafie, A., Mohamed, I. (2013). Determination of the main factors contributing to increases in medicine expenditures for the National Health Insurance Fund in Sudan. *J. Pharm. Health Serv. Res.*, 4(3):159-164.
- Mousnad, M., Shafie, A., Ibrahim, M. (2014). Systematic review of factors affecting pharmaceutical expenditures. *Health Policy*, 116(2-3):137–146.
- Niakas, D., (2013). "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, vol 43, No 4.
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Souliotis, K., Lionis, C. (2005). Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. *Journal of Medical Systems*, 29(2): 187- 196
- Vrachatis, D. A., & Papadopoulos, A. (2012). “Primary Health Care in Greece: Current Data and Perspectives”, *Nosileftiki*, 51(1).

- Vogler, S. (2012), “The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries: an overview” in Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal), 1(2), 93-100, <http://dx.doi.org/10.5639/gabij.2012.0102.020>.
- Yfantopoulos, J. (2008). “Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece.” European Journal of Health Economics 9(1): 87-97.
- World Health Organization (1946). Preamble to the Constitution of as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948).
- World Health Organization (2009). 1.Health status indicators. 2.World health. 3.Health services – statistics. 4.Mortality. 5.Morbidity. 6.Life expectancy.7.Demography. 8.Statistics. I.World Health Organization.

#### Διαδικτυακές Πηγές

- [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT), Επίσκεψη 19/06/2018.
- [http://www.eof.gr/web/guest/home?p\\_p\\_id=62\\_INSTANCE\\_Cu81&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=12&\\_62\\_INSTANCE\\_Cu81\\_struts\\_action=%2Fjournal\\_articles%2Fview&\\_62\\_INSTANCE\\_Cu81\\_groupId=12225&\\_62\\_INSTANCE\\_Cu81\\_articleId=224616&\\_62\\_INSTANCE\\_Cu81\\_version=1.0](http://www.eof.gr/web/guest/home?p_p_id=62_INSTANCE_Cu81&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=12&_62_INSTANCE_Cu81_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_Cu81_groupId=12225&_62_INSTANCE_Cu81_articleId=224616&_62_INSTANCE_Cu81_version=1.0), Επίσκεψη 01/06/2019.