
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ
ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ
ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.**

Δήμα Σταματία

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»**

**ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ
ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ
ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.**

Δήμα Σταματία, Α.Μ.: ΟΔΥ/1712

Επιβλέπων: Χατζηδήμα Σταματίνα, Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**HEALTH SECTOR PUBLIC EXPENDITURE IN
GREECE DIACHRONICALLY. COMPARISON WITH
OTHER EUROPEAN UNION COUNTRIES.**

Dima Stamatia

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

Piraeus, Greece, 2019

«Στην Οικογένειά μου»

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας αυτή τη διπλωματική δεν μπορώ να μην σκέφτομαι όλους τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου και με στήριξαν. Σε όλη μου την οικογένεια και τους φίλους μου, ένα μεγάλο Ευχαριστώ.

Επιπλέον θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κα. Σταματίνα Χατζηδήμα για την υποστήριξη, τη βοήθεια και την καθοδήγησή της τόσο στην εκπόνηση της εργασίας, όσο και καθ'όλη τη διάρκεια της ακαδημαϊκής μου πορείας.

Διαχρονική Εξέλιξη Δημοσίων Δαπανών του Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα. Σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σημαντικοί Όροι: δαπάνες υγείας, υγεία, περίθαλψη, κρίση

Περίληψη

Οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ένα σημαντικό ζήτημα για τους σύγχρονους οικονομολόγους, πολιτικούς επιστήμονες και γενικά, ερευνητές διαφορετικών τομέων. Με τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία εξασφαλίζεται η παροχή του αγαθού "υγεία" στους πολίτες και ως εκ τούτου, η ομαλή λειτουργία των θεσμών και η κοινωνική πρόοδος και ανάπτυξη. Ωστόσο, σε κράτη όπως η Ελλάδα, ιδίως μετά το 2009 και το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, παρατηρούνται προβλήματα στην εφαρμογή ρεαλιστικών και αποτελεσματικών στρατηγικών για την διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, με παράλληλη μείωση των κονδυλίων που προορίζονται για τον τομέα αυτό.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να συζητηθούν εκτενώς, τόσο βιβλιογραφικά όσο και με τη χρήση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, τα ζητήματα που αφορούν την εξέλιξη των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και τα άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για το λόγο αυτό, πραγματοποιείται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση και μία αντιπαράθεση και παρουσίαση των στατιστικών και των δεδομένων που προέρχονται από αξιόπιστες πηγές και καλύπτουν το εν λόγω ζήτημα.

Ειδικά για την Ελλάδα, γίνεται και μία ιστορική αναδρομή που καλύπτει την περίοδο από την ίδρυση του σύγχρονου ελληνικού κράτους μέχρι τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας τη δεκαετία του 1980, έως φυσικά και τις τελευταίες δύο δεκαετίες, από το 2000 και μετά, με έμφαση στην περίοδο 2008 έως 2018.

Βασικό συμπέρασμα της εργασίας είναι πως, σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν. Επίσης, παρατηρείται πως, τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού Βορρά έχουν συγκριτικά καλύτερα συστήματα υγείας, καταβάλλουν μεγαλύτερο ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος για την υγεία και το επίπεδο παροχής υπηρεσιών μειώθηκε λιγότερο, σε σχέση τόσο με τον Ευρωπαϊκό Νότο όσο και την Ανατολική Ευρώπη και τα Δυτικά Βαλκάνια.

Health Sector Public Expenditure in Greece Diachronically. Comparison with other European Union Countries.

Keywords: public health expenditure, health-care, crisis

Abstract

Public health spending is an important issue for modern economists, political scientists and in general, researchers from different fields. Public health expenditure ensures the provision of health to citizens and as a result, the proper functioning of institutions and social progress and development. However, in countries like Greece, especially after 2009 and the outbreak of the economic crisis, there are problems in the implementation of realistic and effective strategies to maintain a high level of health care and hospital care services, while reducing the funds intended to be allocated for this sector.

The present study aims at discussing extensively, both bibliographically and with the use of quantitative and qualitative data, the issues concerning the evolution of health expenditure in Greece and the other Member States of the European Union. For this reason, a bibliographic review and a confrontation and presentation of statistics and data from reliable sources are carried out and cover this issue.

Especially for Greece, there is also a historical retrospective covering the period from the establishment of the modern Greek state to the establishment of the National Health System in the 1980s up to the last two decades since 2000, with emphasis on the period 2008 to 2018.

The main conclusion of the work is that health spending in all Member States of the European Union has declined. It is also observed that the North European nations have comparatively better health systems, pay a higher percentage of Gross Domestic Product for health and the level of service provision has fallen less, compared with the European South, Eastern Europe and the Western Balkans.

Περιεχόμενα

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xvii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xviii

Εισαγωγή	1
-----------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

1.1 Ορισμοί	5
1.2 Ιστορική Αναδρομή	9
1.3 Εξέλιξη	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οικονομική Κρίση και Εθνικό Σύστημα Υγείας

2.1 Οικονομική κρίση στην ΕΕ και την Ελλάδα	15
2.2 Τα μνημόνια συνεργασίας	17
2.3 Η επίδραση της κρίσης στην κοινωνία	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πορεία της Εξέλιξης των Δημόσιων Δαπανών στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το 2008 έως Σήμερα

3.1. Το παράδειγμα της Ελλάδας	19
3.1.1. Οι δαπάνες για την υγεία πριν το 2008	19
3.2. Η Ευρωπαϊκή Ένωση	22
3.2.1. Τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού Νότου	23
3.2.2. Η Κεντρική και Δυτική Ευρώπη	31
3.2.3. Δυτικά Βαλκάνια και Ανατολική Ευρώπη	41

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σύγκριση της πορείας Εξέλιξης των Δημόσιων
Δαπανών στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

4.1. Ποσοτική σύγκριση	53
4.2. Ποιοτική σύγκριση	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα

61

Βιβλιογραφικές Αναφορές

65

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Εξέλιξη δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 1988-2000 (OECD, 2019)	19
Πίνακας 2 Εξέλιξη Δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 2001-2008, (OECD, 2019)	21
Πίνακας 3 Εξέλιξη δαπανών Υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, Ελλάδα 2008-2017, (eurostat, 2019)	23
Πίνακας 4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κύπρος, 2008-2017, (eurostat, 2019)	25
Πίνακας 5 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Μάλτα, 2008-2017, (eurostat, 2019)	26
Πίνακας 6 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πορτογαλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	28
Πίνακας 7 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ισπανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	29
Πίνακας 8 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιταλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	30
Πίνακας 9 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γερμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	32
Πίνακας 10 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ηνωμένο Βασίλειο, 2008-2017, (eurostat,2019)	33
Πίνακας 11 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γαλλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	34
Πίνακας 12 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ολλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	35
Πίνακας 13 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λουξεμβούργο, 2008-2017, (eurostat, 2019)	36
Πίνακας 14 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιρλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	37
Πίνακας 15 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βέλγιο, 2008-2017, (eurostat, 2019)	38
Πίνακας 16 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Αυστρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	39
Πίνακας 17 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Φινλανδία-Σουηδία-Δανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	40
Πίνακας 18 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βουλγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	42
Πίνακας 19 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κροατία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	43
Πίνακας 20 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ρουμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	45
Πίνακας 21 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβακία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	46
Πίνακας 22 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβενία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	47
Πίνακας 23 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ουγγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	48
Πίνακας 24 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πολωνία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	49
Πίνακας 25 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λιθουανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	50

Πίνακας 26 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Τσεχία, Λετονία, Εσθονία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	51
Πίνακας 27 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας Μέσος Όρος, (eurostat, 2019)	54
Πίνακας 28 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Νότια Ευρώπη, 2008-2017,(eurostat, 2019)	55

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Εξέλιξη Δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 1988-2000, (OECD, 2019)	20
Διάγραμμα 2 Εξέλιξη Δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 2001-2008, (OECD, 2019)	21
Διάγραμμα 3 Εξέλιξη δαπανών Υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, Ελλάδα 2008-2017, (eurostat, 2019)	24
Διάγραμμα 4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κύπρος, 2008-2017, (eurostat, 2019)	25
Διάγραμμα 5 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Μάλτα, 2008-2017, (eurostat, 2019)	27
Διάγραμμα 6 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πορτογαλία, 2008-2017,(eurostat, 2019)	28
Διάγραμμα 7 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ισπανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	29
Διάγραμμα 8 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιταλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	30
Διάγραμμα 9 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γερμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	32
Διάγραμμα 10 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ηνωμένο Βασίλειο, 2008-2017, (eurostat, 2019)	33
Διάγραμμα 11 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γαλλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	34
Διάγραμμα 12 Εξέλιξη Δαπανών Υγεία, Ολλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	36
Διάγραμμα 13 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λουξεμβούργο, 2008-2017, (eurostat, 2019)	37
Διάγραμμα 14 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιρλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	38
Διάγραμμα 15 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βέλγιο, 2008-2017, (eurostat, 2019)	39

Διάγραμμα 16 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Αυστρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	40
Διάγραμμα 17 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Φινλανδία-Σουηδία-Δανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	41
Διάγραμμα 18 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βουλγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	43
Διάγραμμα 19 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κροατία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	44
Διάγραμμα 20 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ρουμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	45
Διάγραμμα 21 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβακία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	46
Διάγραμμα 22 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβενία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	47
Διάγραμμα 23 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ουγγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	48
Διάγραμμα 24 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πολωνία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	49
Διάγραμμα 25 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λιθουανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	50
Διάγραμμα 26 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Τσεχία, Λετονία, Εσθονία, 2008-2017, (eurostat, 2019)	52
Διάγραμμα 27 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας Μέσος Όρος, (eurostat, 2019)	54
Διάγραμμα 28 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Νότια Ευρώπη, 2008-2017, (eurostat, 2019)	55
Διάγραμμα 29 Σύγκριση των Δαπανών Υγείας της Ελλάδας, σε σχέση με τις υπόλοιπες γεωγραφικές ομάδες, (eurostat, 2019)	56
Διάγραμμα 30 Εξέλιξη των δαπανών Υγείας μεταξύ 2008 και 2014, σύγκριση της Ελλάδας με την ΕΕ, (eurostat, 2019)	57
Διάγραμμα 31 Εξέλιξη των δαπανών Υγείας μεταξύ 2014 και 2017, σύγκριση της Ελλάδας με την ΕΕ, (eurostat, 2019)	57

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ήδη από την αρχαιότητα, οι λαοί ανά τον κόσμο είχαν επιχειρήσει να ανακαλύψουν νέες μεθόδους για την ίαση και την πρόληψη των ανθρώπινων νόσων. Οι πρώτες προσπάθειες για θεραπεία και αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας των ανθρώπων είχαν περισσότερο αποκρυφιστικό χαρακτήρα, αν και σε πολλές κοινωνίες όπως αυτή της Αρχαίας Ελλάδας και της Αρχαίας Αιγύπτου, είχε γίνει κατανοητό πως ορισμένες ουσίες είχαν θεραπευτικές ιδιότητες ή μπορούσαν να βλάψουν σοβαρά τους ανθρώπους και τα ζώα που τις καταλάωναν (Zampieri, 2009).

Χρειάστηκαν, ωστόσο, αιώνες προόδου και κοινωνικής εξέλιξης για να δημιουργηθούν τα πρώτα οργανωμένα συστήματα υγείας. Η εποχή της βιομηχανικής επανάστασης ήταν αυτή κατά την οποία κατέστη σαφές πως η παραγωγικότητα εξαρτάται από την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων που παράγουν και πως, όσο υγιέστερος ο πληθυσμός, τόσο ισχυρότερο το κράτος και η οικονομία. Η επιστημονική έρευνα και η επιστήμη, επίσης, άνθισαν την περίοδο του 18^{ου} – 19^{ου} αιώνα, οδηγώντας σε μία γενική βελτίωση των συστημάτων υγείας και των διαθέσιμων φαρμακευτικών και ιατρικών υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονταν, ακόμη, σε πρώιμα στάδια (Goodale & Godbey, 1988).

Σήμερα, τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο διαφέρουν, αν και στην Ευρωπαϊκή Ένωση (εφεξής ΕΕ) υπάρχουν νομοθετικές ρυθμίσεις και θεσμικές προσπάθειες οι οποίες έχουν λάβει χώρα και οι οποίες επιτρέπουν τον συντονισμό των πολιτικών υγείας. Παρόλα αυτά, ακόμη και ανάμεσα στα κράτη – μέλη της ΕΕ, υπάρχουν διαφορές, τόσο στα συστήματα οργάνωσης της ασφαλιστικής κάλυψης και της υγείας του πληθυσμού, όσο και στην κουλτούρα η οποία διέπει το σύστημα υγείας (Mc Kee & Mossialos, 2002).

Οι διαφορές αυτές έχουν τόσο ιστορική βάση όσο και πολιτικό και κοινωνικό χαρακτήρα. Τα πρώτα συστήματα υγείας δομήθηκαν ανάλογα με την γενικότερη κουλτούρα διοίκησης του κράτους και τα σύγχρονα κράτη ακολουθούν συγκεκριμένα μοντέλα, τα οποία έχουν εξελίξει ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητές τους (Zampieri, 2009). Χαρακτηριστικά, η Ελλάδα ακολουθεί ένα σύστημα υγείας το οποίο βασίζεται στη δωρεάν περίθαλψη, με τους εργοδότες να

καλύπτουν ένα ποσό το οποίο επενδύεται στην ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων και τους πολίτες να καλύπτουν ένα μικρότερο μέρος από τους μισθούς (Kentikelenis et al, 2014).

Μέχρι και το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης το 2009, η Ελλάδα αποτελούσε ένα κράτος το οποίο είχε πολλά εσωτερικά προβλήματα, με την έλλειψη διαφάνειας και την παραοικονομία να αποτελούν κεντρικές προκλήσεις για τη διοίκηση των δημόσιων πολιτικών. Παρά την παρέμβαση της ΕΕ με στόχο τη μείωση των δαπανών με παράλληλη αύξηση της ωφέλειας, όπως θα συζητηθεί εκτενέστερα και παρακάτω, όμως, το σύστημα στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι λιγότερο αποδοτικό (Kentikelenis et al, 2014).

Με μία πρώτη βιβλιογραφική επισκόπηση των διαθέσιμων δεδομένων, φαίνεται πως το κράτος, ρόλος του οποίου είναι η χρηματοδότηση και η υποστήριξη τουλάχιστον της βασικής υγειονομικής περίθαλψης, και η εξέλιξη αυτού, διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, όμως, κράτη τα οποία παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα, εσωτερικά και εξωτερικά, αδυνατούν να υποστηρίξουν επαρκώς τις πολιτικές υγείας και παρουσιάζονται προβλήματα στον τομέα της υγείας γενικότερα (Ifanti, Argyriou, Kalofonou, & Kalofonos, 2013).

Πράγματι, η διαχείριση των οικονομικών της υγείας είναι ένα δύσκολο έργο, ιδίως στις περιοχές οι οποίες μαστίζονται από την οικονομική κρίση όπως τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού Νότου. Από την άλλη, σε κάθε ένα από αυτά τα κράτη – μέλη, φαίνεται πως οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης, γνωστές ως «μέτρα λιτότητας», δεν αποδίδουν (Kentikelenis et al, 2014).

Στην παρούσα μελέτη, στόχος είναι να συζητηθούν από μία κριτική σκοπιά οι παραπάνω παράμετροι και να αναλυθούν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, με σκοπό να παρουσιαστεί μία συνολική εικόνα για τη διαχρονική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Επιπλέον, θα γίνει και μία σύγκριση με τα υπόλοιπα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η βασική συμβολή αυτής της μελέτης είναι πως επιχειρεί μία εναλλακτική παρουσίαση και αποτίμηση των κύριων αιτιών εξέλιξης των δημοσίων δαπανών για την υγεία και του συστήματος υγείας στη χώρα, εξετάζοντας διάφορες ιστορικές, πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις και συγκρίνοντας τις ανάλογες τάσεις στα κράτη – μέλη της ΕΕ. Τα κύρια ερωτήματα της εργασίας, όπως διαμορφώνονται, λοιπόν, αφορούν τα εξής:

1. Πώς εξελίχθηκε το σύστημα υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους έως σήμερα και ποια η σημασία της εξέλιξης αυτής για τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία;
2. Ποιες είναι οι κύριες αδυναμίες του συστήματος υγείας στην σύγχρονη Ελλάδα (1974 έως σήμερα) και σε ποια σημεία αποδίδει;
3. Τι δείχνει μία ποσοτική σύγκριση των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και τα παραπάνω κράτη μέλη για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;
4. Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό;

Για να απαντηθούν τα ερωτήματα αυτά, θα γίνει μία βιβλιογραφική ανασκόπηση με τη χρήση διαθέσιμων δευτερογενών πηγών από την ελληνική και την διεθνή βιβλιογραφία και, παράλληλα, θα χρησιμοποιηθούν πρωτογενή και δευτερογενή δεδομένα για λόγους σύγκρισης και υποστήριξης των κύριων επιχειρημάτων της ερευνήτριας. Η δομή της εργασίας έχει ως εξής:

- Στο Κεφάλαιο 1, περιλαμβάνονται οι κύριοι ορισμοί των βασικών εννοιών της μελέτης και γίνεται μία παρουσίαση της εξέλιξης του εθνικού συστήματος υγείας στη χώρα διαχρονικά.
- Στο Κεφάλαιο 2, παρουσιάζονται δεδομένα για την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και τα αποτελέσματα αυτής στην Ελλάδα και την ΕΕ γενικότερα. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα μνημόνια συνεργασίας και τα μέτρα λιτότητας για την υγεία.

- Στο Κεφάλαιο 3, γίνεται μία ανασκόπηση ερευνών για την εξέλιξη των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τα λοιπά κράτη – μέλη της ΕΕ.
- Στο Κεφάλαιο 4, γίνεται μία σύγκριση και κριτική επί των ευρημάτων.
- Στο Κεφάλαιο 5, περιλαμβάνονται τα συμπεράσματα της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα δοθούν ορισμοί αναφορικά με το σύστημα υγείας, καθώς και άλλες έννοιες οι οποίες αναφέρονται στο πλαίσιο της εργασίας. Στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί μία ιστορική αναδρομή στο ελληνικό σύστημα Υγείας από την δημιουργία του μέχρι και τη σημερινή του μορφή. Τέλος, θα αναφερθούν τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικά με τις δαπάνες του συστήματος υγείας.

1.1 Ορισμοί

Ο όρος «υγεία» αποτελεί μία πολύπλευρη έννοια, η οποία συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη φυσική ή ψυχική κατάσταση ενός ατόμου. Λανθασμένα η έννοια λαμβάνει τον ορισμό της «απουσίας νόσου, σωματικής ή ψυχικής», ωστόσο, η ερμηνεία αυτή αποτελεί ένα κλάσμα από την ουσιαστική απόδοση της έννοιας (Althubaiti, 2016).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως υγεία ορίζεται: «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας». Ο ορισμός αυτός φαίνεται να αποδίδει καλύτερα την έννοια της υγείας, καθώς πολλές από τις καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται ως εξωγενείς, επηρεάζουν την υγεία του ασθενούς (Bekemeier, Walker Linderman, Kneipp, & Zahner, 2015).

Οι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την φυσική ή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, αποτελούνται από την οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική κατάσταση του ίδιου και του περιβάλλοντα χώρου. Αν δηλαδή ένας άνθρωπος, παρά το γεγονός ότι βρίσκεται σε άριστη φυσική κατάσταση, επηρεαστεί από εξωγενείς παράγοντες, τότε δεν υφίσταται πλέον η κατάσταση της πλήρους ευεξίας, άρα ο άνθρωπος αυτός έχει πρόβλημα με την «υγεία» του (Frank, et al., 2006).

Με τον τρόπο αυτό, η υγεία αποκτά την έννοια του αγαθού, το οποίο ορίζεται ως η αξία και η ουσία ή το αντικείμενο το οποίο είναι απαραίτητο προς το άτομο. Τυπικά την ευθύνη για την διασφάλιση της υγείας των πολιτών, την έχει το κράτος. Όπως και στην περίπτωση των άλλων θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αγαθών όπως η αξιοπρέπεια, η ελευθερία και η ασφάλεια (Frank, et al., 2006).

Παρόλο που όπως τα παραπάνω δικαιώματα, η εξασφάλιση της υγείας των πολιτών αποτελεί ευθύνη του κράτους, η υγεία ουσιαστικά αποτελεί προϊόν αγοραπωλησίας, καθώς απαιτούνται πόροι για να λειτουργήσει το σύστημα. Το γεγονός ότι η υγεία αποτελεί προϊόν αγοραπωλησίας δεν σημαίνει ότι κοστολογείται η ζωή του ασθενούς (Gulliford, et al., 2002).

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά παραδείγματα συστημάτων υγείας, όπου ο βαθμός κατά τον οποίο ο ασθενής απαιτείται να καταβάλει χρήματα ποικίλει. Για παράδειγμα, το σύστημα Υγείας του Καναδά είναι δωρεάν για το σύνολο των πολιτών, αυτό πρακτικά σημαίνει ότι τα έξοδα για την εξέταση, την συνταγογράφηση και τα έξοδα των μονάδων υγείας τα καλύπτει σε πλήρη βαθμό το κράτος (Gulliford, et al., 2002).

Αντίθετα στις ΗΠΑ, τα ίδια αυτά έξοδα καλύπτονται από τον ασθενή. Ουσιαστικά, η Υγεία αποτελεί προϊόν αγοραπωλησίας και στις δύο περιπτώσεις, με τη διαφορά ότι στον Καναδά την υπηρεσία την «αγοράζει» το κράτος και την δίνει στον πολίτη, ενώ στις ΗΠΑ την «αγοράζει» απευθείας ο πολίτης (Wendt, Frisina, & Rothgang, 2009).

Οι δύο παραπάνω περιπτώσεις αποτελούν χαρακτηριστικά και ακραία παραδείγματα δύο διαφορετικών συστημάτων Υγείας. Η έννοια του «συστήματος υγείας» αποτελεί σύνθεση των ορισμών της «υγείας» και του «συστήματος». Το σύστημα αποτελείται από ένα σύνολο επιμέρους τμημάτων, τα οποία λειτουργούν αρμονικά με σκοπό την εκπλήρωση ενός αποτελέσματος (Lu & Hsiao, 2003).

Στην περίπτωση του συστήματος υγείας, τα επιμέρους αυτά τμήματα αποτελούν οι μονάδες υγείας, το προσωπικό, οι ασθενείς, η ηγεσία, τα οικονομικά τμήματα κ.λπ. Πιο απλά, το σύστημα υγείας αποτελεί την κρατική οργανωμένη δομή, η οποία εξασφαλίζει το αγαθό της υγείας για τους πολίτες (Wendt, 2009).

Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό τμήμα ενός οργανωμένου κράτους. Πρόκειται για το τμήμα διαχείρισης όλων των ζητημάτων που αφορούν την υγεία των πολιτών, από απλές εξετάσεις και εμβολιασμούς, μέχρι την αντιμετώπιση επιδημιών και πανδημιών. Προκειμένου να λειτουργήσει σωστά το σύστημα υγείας, απαιτεί την κατανάλωση πόρων. Οι πόροι αποτελούν τα κονδύλια μέσω των οποίων καλύπτονται τα έξοδα λειτουργίας, οι μισθοί, τα έξοδα συντήρησης κ.λπ. (Hassenteufel & Palier, 2007).

Τα κονδύλια αυτά ονομάζονται δαπάνες, καθώς αποτελούν δαπάνη οικονομικών πόρων, για την παροχή μίας υπηρεσίας. Οι δαπάνες μπορούν να είναι είτε δημόσιες είτε ιδιωτικές, ανάλογα με το σύστημα υγείας. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, όπου η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών γίνεται με την πλήρη συμμετοχή του κράτους (δημόσιο σύστημα υγείας), οι δαπάνες αφορούν τον κρατικό προϋπολογισμό σε πλήρη βαθμό (Xu, et al., 2007).

Μέσω αυτών των δαπανών καλύπτονται πλήρως τα έξοδα μισθοδοσίας των δημόσιων παρόχων υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, κ.λπ.), τα έξοδα των δημόσιων μονάδων υγείας (συντήρηση, επισκευές, εξοπλισμός, καθαρισμός, ηλεκτροδότηση κ.λπ.) και χρηματοδοτούνται προγράμματα έρευνας και ανάπτυξης. Σε αυτή την περίπτωση, ο πολίτης δεν επιβαρύνεται με κανένα οικονομικό έξοδο για υπηρεσίες υγείας (Xu, et al., 2007).

Εντός των κρατικών συστημάτων υγείας λειτουργούν και ιδιωτικές μονάδες, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Οι μονάδες αυτές τυγχάνουν αναγνώρισης του κράτους, ωστόσο τα έξοδα για την παροχή των υπηρεσιών τους επιβαρύνουν τους ίδιους τους ασθενείς. Επομένως, η δαπάνη της υγείας σε αυτή την περίπτωση είναι ιδιωτική. Το ίδιο ισχύει και για μονάδες υγείας, οι οποίες παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια φιλανθρωπικού έργου κάποιου ιδιώτη, οι δαπάνες για την παροχή των υπηρεσιών αυτών είναι ιδιωτικές (Moran, 2000).

Βάσει όλων των παραπάνω, τα τρία βασικά συστήματα υγείας είναι (Hassenteufel & Palier, 2007):

- Το Φιλελεύθερο.
- Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismark).
- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Τα τρία συστήματα είναι διαφορετικά σε θεμελιώδες επίπεδο και το κάθε ένα διαθέτει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του. Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένα σημεία για το κάθε ένα:

- Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας (Ιδιωτική Ασφάλιση) (Sultz & Young, 2006):
 - Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται μέσω των συστημάτων ιδιωτικής ασφάλισης, οπότε δεν καλύπτονται όλοι οι πολίτες.
 - Οι κανόνες λειτουργίας της αγοράς υγείας καθορίζονται από το κράτος, ωστόσο το κράτος δεν εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών (ασθενών) και παραγωγών (πάροχοι υγείας).
 - Μεγάλες υγειονομικές ανισότητες.
 - Το σύστημα χρηματοδοτείται από τους ασφαλιστικούς φορείς που επιλέγουν οι πολίτες.
- Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismark) (Hörl, De Alvaro, & Williams, 1999):
 - Το μοντέλο βασίζεται στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού.
 - Η χρηματοδότηση γίνεται με έμμεσο τρόπο από τους πολίτες, καθώς τα ασφαλιστικά ταμεία εισπράττουν τις εργοδοτικές και εργατικές εισφορές.
 - Είναι υποχρεωτική για όλο τον πληθυσμό
 - Μεγάλη κρατική παρέμβαση, στο επίπεδο της ποιότητας και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.
 - Οι μονάδες υγείας αποτελούν μέρος ενός μικτού συστήματος, όπου συμμετέχουν και ιδιωτικές και δημόσιες μονάδες.
- Εθνικό Σύστημα Υγείας (τύπου Beveridge) (Or, et al., 2010):
 - Η χρηματοδότηση γίνεται άμεσα από το κράτος, συγκεκριμένα από τα φορολογικά έσοδα.

- Η κάλυψη είναι πλήρης για όλον τον πληθυσμό.
- Η υγεία διαχωρίζεται σε τρία επίπεδα:
 - ο Πρωτοβάθμια, δηλαδή πρώτες βοήθειες, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.
 - ο Δευτεροβάθμια, δηλαδή σύνθετες και χρονοβόρες εξετάσεις, ειδική αγωγή και θεραπεία.
 - ο Τριτοβάθμια, ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Η ασφάλιση αποτελεί την κρατική ή ιδιωτική υπηρεσία κάλυψης μίας έκτακτης ανάγκης, έναντι ενός ανταλλάγματος. Ουσιαστικά, μέσω της ασφάλισης, ο πελάτης πληρώνει ένα κόμιστρο, ούτως ώστε ο ασφαλιστής να του καλύψει τις ανάγκες που θα προκύψουν σε περίπτωση κινδύνου (Xu, et al., 2007).

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Από την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους και τα πρώτα χρόνια της προσπάθειας δημιουργίας κρατικού μηχανισμού, παρατηρείται μία προσπάθεια εισαγωγής εναλλακτικών ιδεών, από τις μέχρι τότε ισχύουσες στην Ευρώπη. Η δημιουργία του ελληνικού κράτους βασίστηκε στις ιδέες της Αμερικανικής και Γαλλικής επανάστασης, όπου οι μεν επαναστάτησαν με σκοπό την ανεξαρτησία τους και οι δε για την διεκδίκηση των θεμελιωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων (Ρούπας, 2010).

Παρόλο που τα πρώτα χρόνια του ελληνικού κράτους υπήρχε θέληση για κοινωνική πολιτική, η ανάγκη για αύξηση της παραγωγής, σύστασης των κρατικών δομών και αναδιοργάνωσης του στρατού αποτελούσαν πιο πιεστικές ανάγκες για το κράτος (Ρούπας, 2010).

Η πρώτη προσπάθεια εισαγωγής κοινωνικών θεσμών στο Ελληνικό κράτος έγινε το 1836 με την ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (Ν.Α.Τ.). Με την δημιουργία του Ν.Α.Τ. ξεκινά η ιστορία του Ελληνικού Κράτους Πρόνοιας, του

οποίου η μετέπειτα πορεία μπορεί να διαχωριστεί σε 5 στάδια (Βελονάκη & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2006).

Το πρώτο αφορά την περίοδο 1836-1910, και αποτελείται από τις πρώτες απόπειρες δημιουργίας κρατικών ασφαλιστικών φορέων τύπου Bismark. Εκτός από το Ν.Α.Τ. ιδρύθηκαν και άλλοι ασφαλιστικοί φορείς για διάφορες ειδικότητες, και κυρίως για τα μέλη της επανάστασης και τον νεοσύστατο ελληνικό τακτικό στρατό. Τα ταμεία αυτά ήταν το ταμείο δικαστών, το οποίο δημιουργήθηκε το 1851, το ταμείο χηρών και ορφανών των αξιωματικών στρατού, το οποίο ιδρύθηκε το 1853 και το ταμείο των τραπεζικών υπαλλήλων, το οποίο ιδρύθηκε το 1867 (Βελονάκη & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2006).

Η ανάπτυξη του βιομηχανικού τομέα, αλλά και οι σταδιακές κοινωνικές αλλαγές, οδήγησαν σε μία επέκταση των αναγκών ασφαλιστικής κάλυψης, οι οποίες οδήγησαν στη δημιουργία νέων ασφαλιστικών ταμείων. Παρά το γεγονός ότι υπήρξαν ορισμένες προσπάθειες από την πλευρά του Ελευθέριου Βενιζέλου για την δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα τύπου Beveridge, εν τέλει κυριάρχησε η άποψη της ίδρυσης αυτόνομων ασφαλιστικών φορέων (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Επιπλέον, παράλληλα με τον ασφαλιστικό τομέα, εξελίχθηκε και ο τομέας της Υγείας, αρχικά με την ίδρυση της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και μετέπειτα με την κατασκευή νοσοκομείων και μονάδων υγείας. Τέλος, ιδρύθηκαν τρία ακόμα ασφαλιστικά ταμεία στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, τα οποία ήταν το Ταμείο Συντάξεως των Σιδηροδρομικών Πειραιώς-Αθηνών-Πελοποννήσου (1907), το οποίο ασφάλιζε τους εργάτες σιδηροδρόμων, ενώ το επόμενο έτος ιδρύθηκαν δύο ακόμα ταμεία για τους εργάτες των σιδηροδρόμων της Θεσσαλίας και της Βόρειας Ελλάδας (Μουζέλης & Παγουλάτος, 2003).

Το επόμενο στάδιο της πορείας του κράτους Πρόνοιας στην Ελλάδα συντελείται κατά την περίοδο 1911-1944. Την περίοδο αυτή ψηφίζεται νόμος σχετικά με τις ευθύνες για τα εργατικά ατυχήματα (1915), ενώ το 1922 ψηφίζεται για πρώτη φορά νόμος ο οποίος καθιστά υποχρεωτική την ασφάλιση όλων των εργαζομένων (Μουζέλης & Παγουλάτος, 2003).

Τα επόμενα χρόνια ιδρύονται πολλά νέα ασφαλιστικά ταμεία διαφόρων ειδικοτήτων, με σημαντικότερο το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) το 1937. Τα τελευταία έτη πριν τον πόλεμο, τα ασφαλιστικά ταμεία είχαν φτάσει τα 150, ενώ αρχίζουν να παρατηρούνται και τα πρώτα μειονεκτήματα του συστήματος (Μουζέλης & Παγουλάτος, 2003).

Λόγω της δύσκολης οικονομικής κατάστασης, τα ασφαλιστικά ταμεία παρουσίαζαν έλλειμμα, κάτι που αυξανόταν από την ανομία και τη φοροδιαφυγή. Έπειτα από τον πόλεμο, ξεκινά το τρίτο στάδιο του θεσμού. Η περίοδος 1944-1974 χαρακτηρίζεται από επέκταση του θεσμού της δημόσιας ασφάλισης (Μουζέλης & Παγουλάτος, 2003).

Ένα από τα κύρια σημεία της περιόδου αυτής είναι η ασφάλιση των αγροτών με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων, το 1961, με την ψήφιση του νόμου 4169/1961. Ο νόμος αυτός επέτρεπε την πλήρη ασφαλιστική κάλυψη των αγροτών, χωρίς την καταβολή εισφορών (Υφαντόπουλος, 1990).

Έπειτα από τη λήξη της Δικτατορίας, η περίοδος που ακολούθησε αποτελεί τη σημαντικότερη στην ιστορία του θεσμού στην Ελλάδα, με αποκορύφωμα την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. Κατά την περίοδο 1974-1989 παρατηρείται μία επέκταση της κοινωνικής πολιτικής των κυβερνήσεων, κυρίως στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κουμαριανός, 2017).

Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το 1983 από την κυβέρνηση ΠΑΣΟΚ, αποτελούσε το μεγαλύτερο βήμα στην ολοκλήρωση του θεσμού και στην επέκταση του κράτους πρόνοιας με τον νόμο 1397/1983. Το Ε.Σ.Υ. ήταν η πρώτη προσπάθεια μετάβασης του συστήματος από Bismark σε Beveridge, καθώς επιτρεπόταν πλέον η χρήση των ιατρικών υπηρεσιών από το σύνολο του πληθυσμού ανεξαιρέτως (Kakaletsis, Ioannidis, Sigalas, & Hatzitolios, 2013).

Με τον τρόπο αυτό η Ελλάδα κατέληξε να διαθέτει ένα μικτό σύστημα, το οποίο συνδύαζε στοιχεία από τους δύο τύπους, καθώς ναι μεν η υγειονομική περίθαλψη ήταν καθολική, αλλά το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στις υγειονομικές δαπάνες ποίκιλε, ανάλογα με το ταμείο στο οποίο ήταν ασφαλισμένοι (Kentikelenis, Karanikolos, Reeves, Stuckler, & McKee, 2014).

Μέχρι και το 2008, μόνο οι δημόσιοι υπάλληλοι διέθεταν πλήρη και δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. Η επόμενη περίοδος, 1990-2008, χαρακτηρίζεται κυρίως από μεταρρυθμιστικές κινήσεις και προσπάθεια αντιμετώπισης των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων. Ελλείμματα τα οποία οδήγησαν στις μεγάλες αλλαγές του κοινωνικού κράτους, από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και έπειτα (2009-2019) (Ifanti, Argyriou, Kalofonou, & Kalofonos, 2013).

1.3. Εξέλιξη

Όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη υποενότητα, ως δαπάνες υγείας ορίζονται τα έξοδα, είτε δημόσια είτε ιδιωτικά, για την κάλυψη των αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Στην περίπτωση της Ελλάδας η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι αρκετά περίπλοκη (Kaitelidou, et al., 2016).

Το Ε.Σ.Υ., στο οποίο και ανήκουν οι δημόσιες μονάδες υγείας, χρηματοδοτείται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, ως ποσοστό του ΑΕΠ. Ωστόσο, στα έσοδα του Ε.Σ.Υ. συμπεριλαμβάνονται και τα ποσά τα οποία καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία για την περίθαλψη των πολιτών. Τα χρήματα αυτά αποτελούνται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών, οπότε ουσιαστικά πρόκειται για ιδιωτική δαπάνη (Grima, Spiteri, Jakovljevic, Camilleri, & Buttigieg, 2018).

Με τον τρόπο αυτό, προκύπτει ένα μικτό σύστημα χρηματοδότησης, το οποίο εν μέρει είναι δημόσιο και εν μέρει ιδιωτικό. Όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, πρόκειται για την κάλυψη των αναγκών των μονάδων υγείας, οι οποίες αποτελούνται από (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005):

- Μισθοδοσία:

- Ιατρικό Προσωπικό
- Νοσηλευτικό Προσωπικό

- ο Διοικητικό Προσωπικό

- ο Επικουρικό Προσωπικό.

- Έξοδα Συντήρησης:

- ο Συντήρηση κτιριακών εγκαταστάσεων.

- ο Συντήρηση Εξοπλισμού.

- Κονδύλια για την κάλυψη λοιπών εξόδων

Λόγω του ότι τα νοσοκομεία δεν βασίζονται στο σύστημα προσφοράς-ζήτησης, αλλά στην διατήρηση ενός αποθεματικού, η πρακτική είναι να προμηθεύονται αναλώσιμα και φάρμακα χρησιμοποιώντας τα κρατικά κονδύλια. Στη συνέχεια, τα ασφαλιστικά ταμεία αποπληρώνουν την αξία των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν, ανάλογα με το ποσοστό κάλυψης του ασθενούς (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005).

Το πρόβλημα σε αυτές τις περιπτώσεις παρουσιάζεται όταν τα ασφαλιστικά ταμεία εμφανίζουν έλλειμμα. Στην περίπτωση αυτή, τα έσοδα των νοσοκομείων μειώνονται, αλλά για να συνεχιστεί η λειτουργία τους πρέπει να αυξηθούν οι κρατικές δαπάνες (Υφαντόπουλος, 1990).

Στην Ελλάδα, τα ποσοστά του ΑΕΠ που επενδύονται για την υγεία, κυμαίνονται ανάλογα με την κατάσταση της οικονομίας.

Παρά την προσπάθεια που έγινε με την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. το 1983, για ένα ενοποιημένο, καθολικό και δωρεάν σύστημα υγείας, οι Έλληνες πολίτες συνέχισαν να καταβάλλουν μέρος των δαπανών, μέσω των εργασιακών εισφορών. Το πρόβλημα αυτό οφείλεται στα ελλείμματα που παρουσίασαν τα ταμεία κατά την περίοδο 1944-1983, τα οποία και ποτέ δεν καλύφθηκαν (Ifanti, Arghyriou, Kalofonou, & Kalofonos, 2013).

Ενώ αρχικά οι εισφορές αποτελούσαν μέρος των αποθεματικών των ταμείων, αργότερα τα χρήματα αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τα ταμεία για την κάλυψη εξόδων, αλλά και για την πραγματοποίηση επενδυτικών κινήσεων. Με τον τρόπο αυτό, χρόνο με το χρόνο, τα ελλείμματα αυξήθηκαν σε μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα οι σημερινές εισφορές να χρησιμοποιούνται από τα ταμεία για την κάλυψη των συντάξεων και της περίθαλψης των ατόμων των οποίων οι εισφορές χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν (Petmesidou & Guillén, 2008).

Επιπλέον, το πολυετές καθεστώς ανομίας και «μαύρης εργασίας», δηλαδή αδήλωτης εργασίας, συντέλεσε στην περαιτέρω μείωση των ασφαλιστικών εισφορών των ταμείων. Η αντιμετώπιση των ελλειμμάτων γίνεται με την αύξηση των κρατικών κονδυλίων προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Η αύξηση αυτή έγινε με δύο τρόπους: πρώτον, με την αύξηση του προϋπολογισμού των ασφαλιστικών ταμείων, ως ποσοστό του ΑΕΠ, και δεύτερον, με την αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών (Tountas, Karnaki, Pavi, & Souliotis, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Οικονομική κρίση στην ΕΕ και την Ελλάδα

Η οικονομική ύφεση που ξέσπασε στις ΗΠΑ το 2008, αποτελεί την χειρότερη κρίση της παγκόσμιας οικονομίας των τελευταίων δεκαετιών, ενώ δέκα χρόνια αργότερα πολλοί αναλυτές την παρομοίασαν με την οικονομική κρίση του 1929, η οποία και στάθηκε αφορμή για το ξέσπασμα του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου (Rose & Spiegel, 2010).

Τα αίτια της κρίσης μπορούν να εντοπιστούν στην συνεχή αύξηση της αγοράς ακινήτων στις ΗΠΑ. Όπως και στις περισσότερες οικονομίες, έτσι και στις ΗΠΑ, οι τράπεζες χορηγούσαν συνεχώς στεγαστικά δάνεια στους καταναλωτές. Το αποτέλεσμα ήταν η κατακόρυφη αύξηση της αγοράς ακινήτων, αλλά και των χρηματιστηριακών επενδύσεων (Acharya & Richardson, 2009).

Ωστόσο, λόγω του τρόπου λειτουργίας του αμερικανικού τραπεζικού συστήματος, πολλοί ιδιοκτήτες αδυνατούσαν να αποπληρώσουν τα δάνεια. Το αποτέλεσμα ήταν η άμεση μείωση της αγοράς ακινήτων, με πολλές εταιρείες που λειτουργούσαν εντός του τομέα να οδηγούνται σε πτώχευση (Acharya & Richardson, 2009).

Το 2008, ο αριθμός των «κόκκινων δανείων» είναι στα ύψη, με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν οι ίδιες οι τράπεζες με πτώχευση. Πολλές από αυτές διασώθηκαν, είτε με τη χρήση κρατικών κονδυλίων πολλών δισεκατομμυρίων, είτε μέσω της εξαγοράς από μεγαλύτερες εταιρείες. Ωστόσο, η Lehman, επενδυτική τράπεζα η οποία δραστηριοποιούνταν στον τομέα των ακινήτων, κατέρρευσε, με αποτέλεσμα την

πλήρη έλλειψη εμπιστοσύνης από πλευράς επενδυτών, οι οποίοι άρχισαν να πωλούν της μετοχές τους άμεσα (Aiginger, 2009).

Η κρίση γρήγορα μεταφέρθηκε στην Ευρώπη, όπου οι δυνατότερες οικονομίες κατάφεραν να λάβουν άμεσα μέτρα προστασίας, ενώ οι πιο αδύναμες χτυπήθηκαν από την οικονομική κρίση. Οι χώρες της Ευρώπης που επλήγησαν σε μεγαλύτερο βαθμό, ήταν οι χώρες του Ευρωπαϊκού νότου (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία) (Bengtsson, 2011).

Η έναρξη της κρίσης στην Ελλάδα εντοπίζεται στην μείωση της χορήγησης δανείων από τις τράπεζες στους καταναλωτές. Παράλληλα, πολλές ελληνικές εταιρείες, οι οποίες δραστηριοποιούνταν και στο εξωτερικό, άρχισαν να απολύουν εργαζομένους, φοβούμενες ότι δεν θα ανταπεξέλθουν στην κρίση (Karanikolos, et al., 2013).

Οι επιπτώσεις στην Ελληνική οικονομία είναι άμεσες: αύξηση της ανεργίας, μείωση των εσόδων, μείωση των επενδυτικών κεφαλαίων, ενώ σημαντικό ρόλο έπαιξε και η κίνηση της ελληνικής ηγεσίας να αποκρύψει μέρος των χρεών του κράτους. Το αποτέλεσμα ήταν τα επιτόκια των επενδυτικών ομολόγων να αυξηθούν κατακόρυφα, και η κυβέρνηση να αδυνατεί να ανταπεξέλθει (Fountoulakis, Grammatikopoulos, Koupidis, Siamouli, & Theodorakis, 2012).

Εν μέσω αυτής της κατάστασης, τα ασφαλιστικά ταμεία αδυνατούσαν να καλύψουν τα χρέη τους, με αποτέλεσμα να κινδυνεύσουν με πλήρη χρεοκοπία. Στον τομέα της υγείας, πολλοί ιδιώτες ιατροί, οι οποίοι μέχρι πρότινος ήταν συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία, έσπασαν τις συμβάσεις τους υπό το φόβο της πλήρους κατάρρευσης του ασφαλιστικού συστήματος. Το αποτέλεσμα ήταν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία να αυξηθούν, ενώ παράλληλα μειωνόταν το μέγεθος της ελληνικής οικονομίας και κατά συνέπεια το ΑΕΠ (Ifanti, Argyriou, Kalofonou, & Kalofonos, 2013).

2.2. Τα μνημόνια συνεργασίας

Τα μνημόνια συνεργασίας, τα οποία από τους Έλληνες πολίτες συχνά αναφέρονται ως «μνημόνια», αποτελούν τα συμφωνητικά συνεργασίας μεταξύ της Ελλάδας, της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Koukiadaki & Kretsos, 2012).

Επρόκειτο για μία σειρά από όρους, οι οποίοι είχαν ως σκοπό τη μείωση του χρέους, την εξυγίανση της ελληνικής οικονομίας και την εκταμίευση των δόσεων της οικονομικής βοήθειας προς την Ελλάδα.

Η «περίοδος των μνημονίων», όπως ονομάζουν οι Έλληνες τη δεκαετία της οικονομικής κρίσης, άρχισε το 2009 και έληξε τον Αύγουστο του 2018.

2.3. Η επίδραση της κρίσης στην κοινωνία

Η οικονομική κρίση προκάλεσε ριζικές αλλαγές στην ελληνική κοινωνία. Όλοι οι δημοσιονομικοί τομείς επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό, συμπεριλαμβανομένων των τομέων της Υγείας, της Παιδείας και του Εμπορίου. Επιπλέον, η κρίση προκάλεσε μεγάλη πολιτική αστάθεια στη χώρα, με ακραίες ομάδες να αρχίζουν να αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη πολιτική επιρροή (Ervasti, Kouvo, & Venetoklis, 2019).

Στον τομέα της υγείας συγκεκριμένα, η οικονομική κρίση άφησε μεγάλο αριθμό πολιτών ανασφάλιστους και τις μονάδες υγείας να βρίσκονται στα πρόθυρα της κατάρρευσης. Οι πολίτες έχουν πλέον χάσει πλήρως την εμπιστοσύνη τους στους θεσμούς, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς επιλέγουν τους ιδιώτες ιατρούς, ακόμα και όταν δεν είναι σε καλή οικονομική κατάσταση (Rotarou & Sakellariou, 2019).

Η κατάσταση αυτή έχει προκαλέσει ένα αίσθημα ανασφάλειας στους Έλληνες πολίτες, οι οποίοι αμφιβάλουν για τις δυνατότητες του κράτους να τους παρέχει υγειονομική κάλυψη. Τα προβλήματα του τομέα της Υγείας, εν μέσω της περιόδου 2009-2019, μπορούν να συνοψιστούν σε (Koutserimpas, et al., 2019):

- Μείωση των δημοσίων δαπανών
- Μείωση των κονδυλίων
- Πολιτική αστάθεια
- Μείωση του προσωπικού
- Μείωση της εμπιστοσύνης των πολιτών, κάτι που οδήγησε σε αύξηση της μη-συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

3.1. Το παράδειγμα της Ελλάδας

3.1.1. Οι δαπάνες για την υγεία πριν το 2008

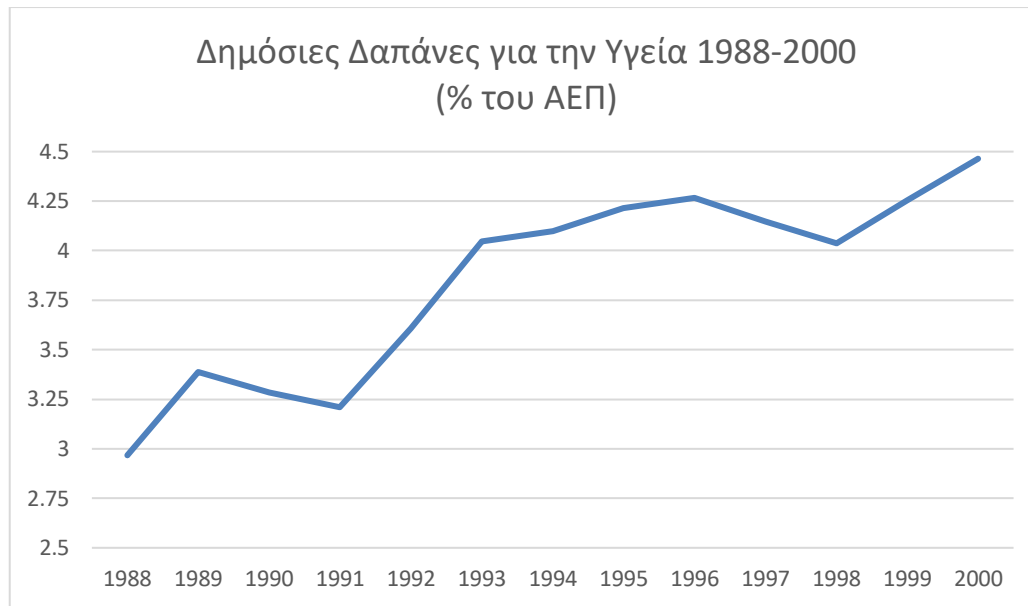
Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 90', οι Ελληνικές Κυβερνήσεις προσπαθούσαν να επεκτείνουν την κάλυψη των πολιτών, προκειμένου να επιτευχθεί η καθολική πρόσβαση. Εν μέρει η προσπάθεια αυτή λειτούργησε, καθώς η κάλυψη των δαπανών από τα ασφαλιστικά ταμεία και η χρήση των ιδιωτικών μονάδων υγείας από τους πολίτες επέτρεψε την διατήρηση χαμηλού επιπέδου δαπανών για την Υγεία (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Αντίθετα από την κατάσταση που επικράτησε μετά το 2008, η διατήρηση του χαμηλού επιπέδου των δαπανών επέτρεπε μεγαλύτερη ευελιξία στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, καθώς το υψηλό εισόδημα των πολιτών βοηθούσε στην διατήρηση χαμηλού ποσοστού επισκεψιμότητας στα δημόσια νοσοκομεία (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Την περίοδο 1988-2000, η εξέλιξη των δαπανών για την Υγεία στην Ελλάδα ήταν ως εξής (OECD, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ελλάδα, 1988-2000. (% του ΑΕΠ)												
1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
2.967	3.387	3.285	3.211	3.607	4.046	4.099	4.214	4.265	4.147	4.038	4.254	4.464

Πίνακας 1 Εξέλιξη δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 1988-2000 (OECD, 2019)



Διάγραμμα 1 Εξέλιξη Δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 1988-2000, (OECD, 2019)

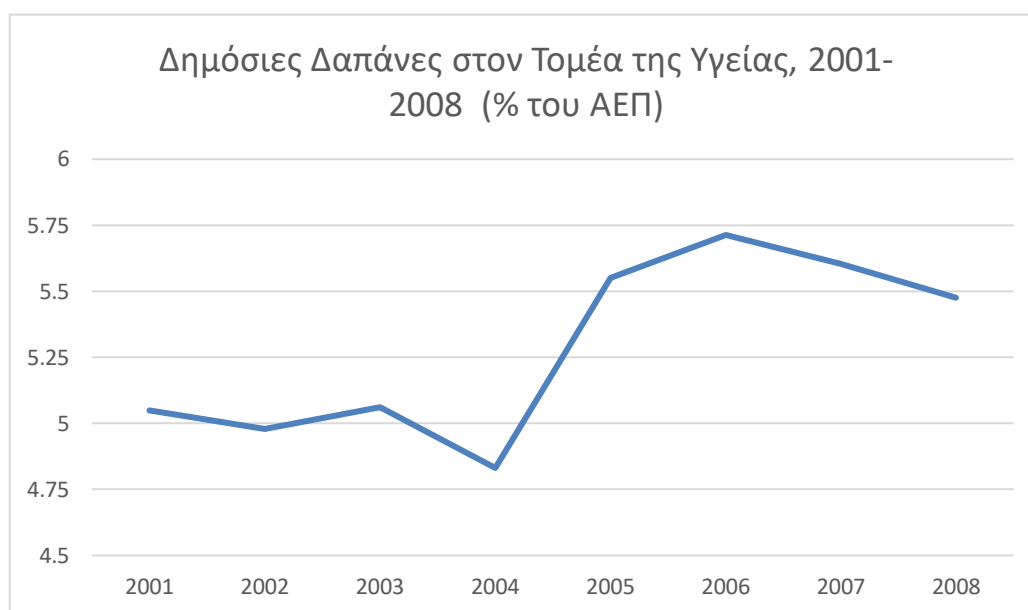
Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, υπήρξε μία σημαντική αύξηση της δαπάνης για την Υγεία κατά την περίοδο 1988-2000. Ο λόγος είναι η αναπροσαρμογή των δημοσιονομικών, η αύξηση των δαπανών για τους κοινωνικούς τομείς και η προσπάθεια αύξησης της ποιότητας στην Υγεία. Όλα αυτά αποτελούσαν προαπαιτούμενα για την είσοδο της Ελλάδας στο ευρώ, κάτι που επετεύχθη το 2001 (Mladovsky & et al, 2012).

Η συνεχής αύξηση των δαπανών για την υγεία οδήγησε σε ορισμένα προβλήματα στον τομέα, τα οποία σχετίζονται και με την διαφθορά. Οι διοικητές των νοσοκομειακών μονάδων είχαν την δυνατότητα να προχωρούν σε παραγγελίες για προμήθειες. Μέσω των εικονικών τιμολογίων, τα οποία χρέωναν υπέρογκα ποσά για αναλώσιμα, ο προμηθευτής και ο διοικητής υπεξαίρουσαν ένα ποσό (Souliotis, et al., 2016).

Η κατάσταση αυτή έγινε πιο έντονη κατά τα επόμενα έτη, όπου οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν συνεχώς, χωρίς ωστόσο να αυξάνεται παράλληλα και η ποιότητα των υπηρεσιών. Την περίοδο 2001-2008, οι δαπάνες για την υγεία διαμορφώθηκαν ως εξής (OECD, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ελλάδα, 2001-2008 (% του ΑΕΠ)							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
5.049	4.978	5.061	4.831	5.551	5.713	5.605	5.475

Πίνακας 2 Εξέλιξη Δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 2001-2008, (OECD, 2019)



Διάγραμμα 2 Εξέλιξη Δαπανών για την Υγεία, Ελλάδα, 2001-2008, (OECD, 2019)

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, κατά την δεκαετία πριν την κρίση εμφανίζεται μία κατακόρυφη αύξηση των δαπανών για την Υγεία. Πρόκειται για την περίοδο αναπροσαρμογής των εισφορών στα ήδη προβληματικά ασφαλιστικά ταμεία, κάτι που οδήγησε σε αύξηση των δαπανών για την Υγεία (Ρούπας, 2010).

3.2. Η Ευρωπαϊκή Ένωση

Η Ευρωπαϊκή Ένωση ιδρύθηκε με γνώμονα τη συνεργασία των Ευρωπαϊκών Κρατών, την κοινή εκμετάλλευση των πόρων και την προώθηση της ευημερίας και της ανάπτυξης των πολιτών. Στον τομέα της υγείας η ΕΕ λειτουργεί επικουρικά, στηρίζοντας την κυβέρνηση της κάθε χώρας να παρέχει στους πολίτες υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας (Sørensen, et al., 2015).

Ωστόσο, η μορφή που λαμβάνει το σύστημα υγείας δεν καθορίζεται από την ΕΕ. Η κάθε χώρα διαθέτει το δικό της σύστημα, με την ΕΕ να επιβάλλει ορισμένους κανονισμούς κυρίως στο επίπεδο της ποιότητας. Στα πλαίσια της ΕΕ λειτουργούν δύο οργανισμοί του τομέα της Υγείας, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων (ECDC), το οποίο είναι επιφορτισμένο με την αντιμετώπιση νέων νόσων, αλλά και φαινομένων επιδημιών και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA), ο οποίος αποτελεί όργανο ελέγχου των σκευασμάτων που παράγονται εντός της ΕΕ και αυτών που εισάγονται από τρίτες χώρες (Sørensen, et al., 2015).

Όσον αφορά την κατάσταση των συστημάτων Υγείας των κρατών-μελών, η ΕΕ διεξάγει έρευνες σχετικά με το επίπεδο των δαπανών, την κατάσταση της υγείας των πολιτών και το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μετά από την επεξεργασία των συγκεντρωμένων δεδομένων, τα αποτελέσματα δίνονται στις χώρες, προκειμένου να τα εκμεταλλευτούν κατά το δοκούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν το επίπεδο είναι πολύ χαμηλό, με αποτέλεσμα να υφίσταται κίνδυνος για τη Δημόσια Υγεία, η ΕΕ παρεμβαίνει με την άσκηση ποινικών διώξεων, την επιβολή προστίμων και την πρόταση λήψης συγκεκριμένων μέτρων (Auffray, et al., 2016).

3.2.1. Τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού Νότου

Η οικονομική κρίση του 2008 έπληξε πολλά από τα κράτη-μέλη της ΕΕ, αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό έπληξε τα κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου. Παραδοσιακά, τα Μεσογειακά κράτη διέθεταν πλούσια αγροτική δραστηριότητα, έναντι της βιομηχανικής που είχαν τα κράτη του Ευρωπαϊκού Βορρά. Το αποτέλεσμα ήταν ο ραγδαίος ρυθμός εξέλιξης των βόρειων κρατών της ΕΕ, σε σύγκριση με τον μειωμένο ρυθμό του νότου (Thorhallsson, 2017).

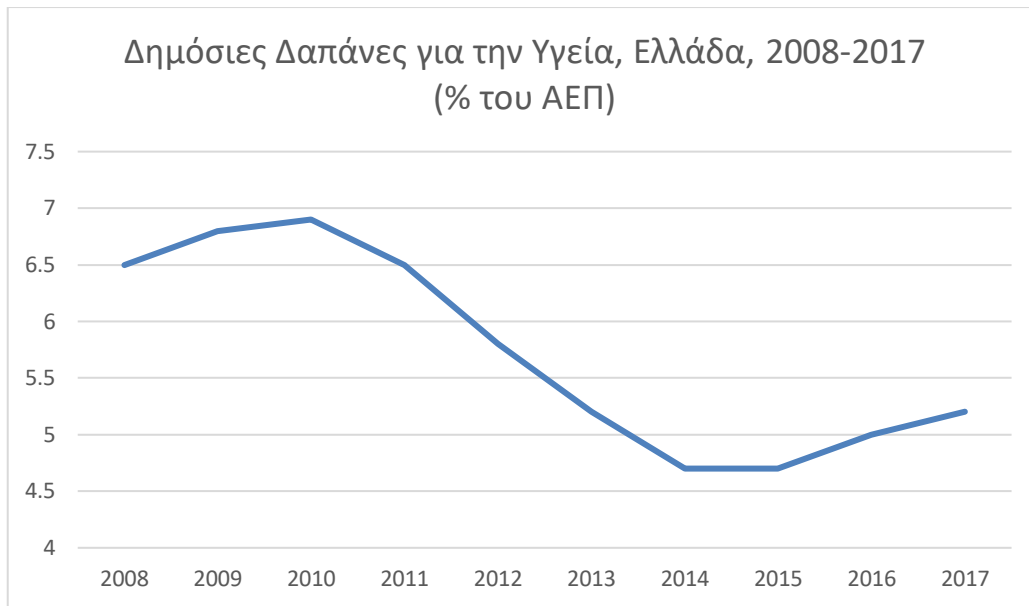
Στον τομέα της Υγείας, τα νότια κράτη χαρακτηρίζονταν πάντα από μία πιο κοινωνική «τάση». Ως αποτέλεσμα, τα περισσότερα νοτιοευρωπαϊκά κράτη να διαθέτουν πιο εκτεταμένα συστήματα δημόσιας υγείας, σε σχέση με τα βόρεια (Petmesidou & Guillén, 2008).

Η περίπτωση της Ελλάδας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα. Όπως προαναφέρθηκε, στην Ελλάδα μέσω των κοινωνικών υποδομών, το επίπεδο των δημοσίων δαπανών παρέμενε σταθερό σε χαμηλά επίπεδα και να δείχνει σημάδια αύξησης κατά την περίοδο 2000-2008 (Tountas, Karnaki, Pavi, & Souliotis, 2005).

Ωστόσο, από την έναρξη της κρίσης του 2008 και έπειτα, η κατάσταση άλλαξε δραματικά, καθώς επήλθαν σημαντικές αλλαγές στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης. Τα παρακάτω στοιχεία αφορούν την περίοδο από την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2009 μέχρι και το 2017 (OECD & EOHSP, 2017a).

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ελλάδα, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.5	6.8	6.9	6.5	5.8	5.2	4.7	4.7	5.0	5.2

Πίνακας 3 Εξέλιξη δαπανών Υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, Ελλάδα 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 3 Εξέλιξη δαπανών Υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, Ελλάδα 2008-2017, (eurostat, 2019)

Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται μία συνεχής πτώση των Δαπανών για την Υγεία σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη. Ο λόγος είναι η υπογραφή των μνημονίων συνεργασίας, αλλά και η συνεχής μείωση της Ελληνικής οικονομίας, κάτι που οδήγησε σε μείωση της Κοινωνικής Πολιτικής των κυβερνήσεων. Το αποτέλεσμα των μειώσεων αυτών ήταν η καταρράκωση του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Petmesidou & Guillén, 2008).

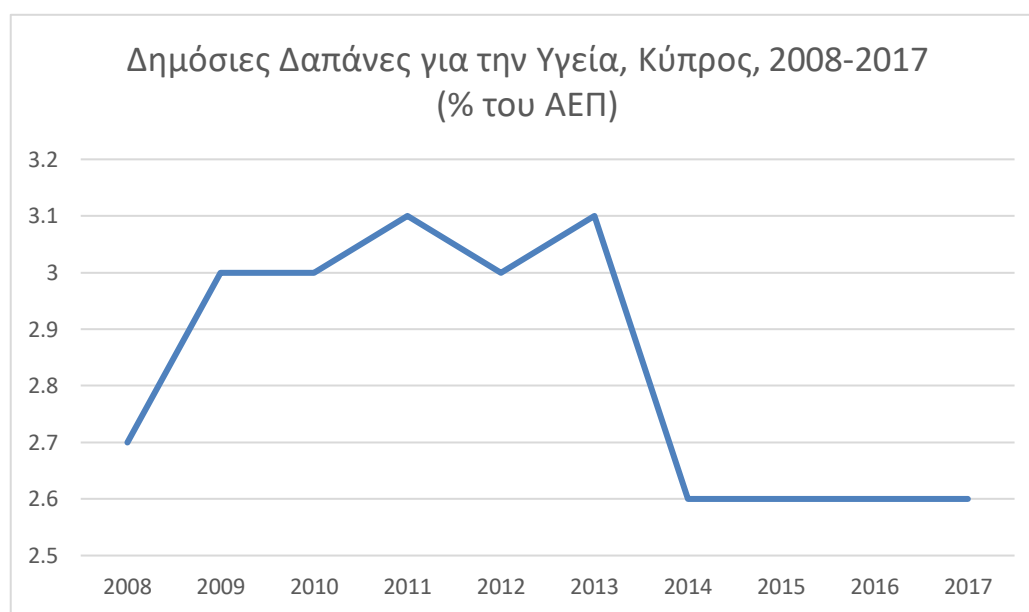
Στα πλαίσια του μνημονίου συνεργασίας που υπεγράφη το 2011, η Ελλάδα συμφώνησε να διατηρήσει ανώτατο όριο στις δημόσιες δαπάνες για την Υγεία το 6%, παρόλο που το μέτρο αυτό επρόκειτο να εφαρμοστεί για τα επόμενα 5 έτη, δηλαδή μέχρι το 2015, το όριο παρέμεινε και ισχύει μέχρι και σήμερα (Correia, Dussault, & Pontes, 2015).

Η περίπτωση της Κύπρου είναι σημαντικά διαφορετική από της Ελλάδας. Το σύστημα Υγείας της χώρας αποτελείται από δύο ξεχωριστούς τομείς, τον δημόσιο και τον ιδιωτικό. Αντί για ασφαλιστικά ταμεία, η Κυπριακή Κυβέρνηση χρηματοδοτεί το δημόσιο σύστημα υγείας απευθείας από τον προϋπολογισμό (Theodorou, Charalambous, Petrou, & Cylus, 2012).

Η κάλυψη αφορά αποκλειστικά τους δημοσίους υπαλλήλους και τις ευπαθείς ομάδες, ενώ οι εργαζόμενοι του ιδιωτικού τομέα μπορούν να επιλέξουν ιδιωτικό πάροχο ασφάλισης. Με τον τρόπο αυτό διατηρείται σχετικά χαμηλό το επίπεδο των κρατικών δαπανών για την υγεία, ενώ παράλληλα δεν επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση (OECD & EOHSP, 2017b). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Κύπρος, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2.7	3.0	3.0	3.1	3.0	3.1	2.6	2.6	2.6	2.6

Πίνακας 4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κύπρος, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κύπρος, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Οι δημόσιες δαπάνες της Κύπρου είναι οι χαμηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κάτι για το οποίο οι Κυπριακές κυβερνήσεις έχουν δεχθεί σκληρή κριτική. Ωστόσο, η δόμηση του συστήματος υγείας επιτρέπει στη χώρα να διατηρεί σε χαμηλό επίπεδο τις δαπάνες, ενώ παράλληλα να διαθέτει υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (OECD & EOHSP, 2017b).

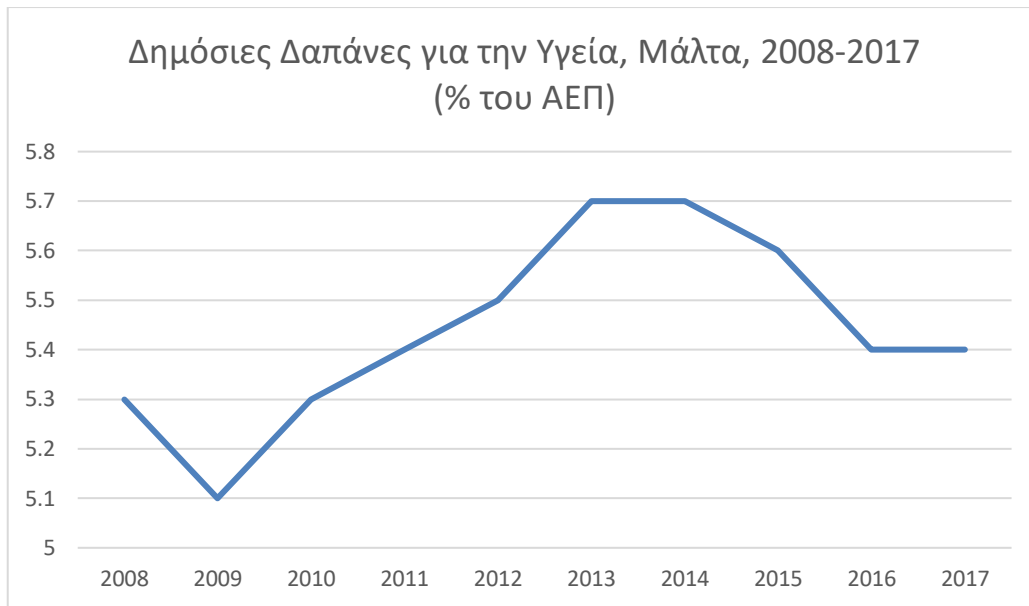
Η περίπτωση της Μάλτας παρουσιάζει επίσης ενδιαφέρον, καθώς το σύστημα υγείας καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης (τύπου Beveridge). Επιπλέον, η Μάλτα έχει εισαγάγει μία σειρά μέτρων βελτίωσης του τομέα της Υγείας, τα οποία περιλαμβάνουν (OECD & EOHSP, 2017):

- Την επέκταση των εφαρμογών e-health και m-health.
- Την νομική υποχρέωση των ιδιωτικών μονάδων να παρέχουν μία σειρά υπηρεσιών στο δημόσιο, σε περίπτωση αδυναμίας ανταπόκρισης των δημοσίων μονάδων.
- Την δωρεάν παροχή φαρμάκων στα χαμηλά εισοδήματα.
- Την συνεχή επέκταση και βελτίωση των μονάδων υγείας, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στη μελλοντική αύξηση του μέσου όρου ηλικίας.

Οι δαπάνες της χώρας στον τομέα της Υγείας είναι χαμηλές ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το ΑΕΠ της Μάλτας είναι υψηλότερο από τα περισσότερα κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου. Για παράδειγμα, η Κύπρος δαπανά 1560 ευρώ κατά κεφαλήν για την υγεία, ενώ η Μάλτα 2255 ευρώ (Azzopardi, Calleja, Calleja, & Cylus, 2014). Αναλυτικά, τα ποσοστά των δαπανών είναι (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Μάλτα, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5.3	5.1	5.3	5.4	5.5	5.7	5.7	5.6	5.4	5.4

Πίνακας 5 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Μάλτα, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 5 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Μάλτα, 2008-2017, (eurostat, 2019)

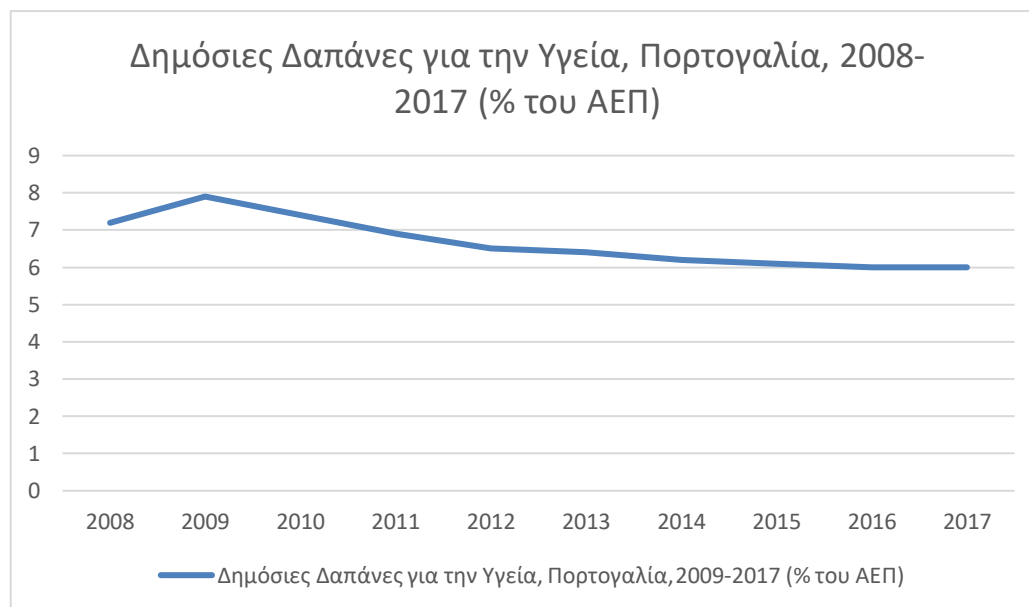
Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης υπήρξε μία κάμψη στις δαπάνες για την Υγεία, ωστόσο η χώρα δεν φαίνεται να επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό και ανέκαμψε άμεσα (Azzopardi, Calleja, Calleja, & Cylus, 2014).

Όπως και στην περίπτωση της Ελλάδας, έτσι και η Πορτογαλία διαθέτει ένα μικτό σύστημα υγειονομικής κάλυψης. Όλοι οι πολίτες της χώρας καλύπτονται από το εθνικό σύστημα υγείας. Ωστόσο, οι παροχές σε υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένες, οπότε η πλειοψηφία των πολιτών επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση, η οποία και τους προσφέρει μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών. Το σύστημα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μικτό και αποτελεί συνδυασμό του φιλελεύθερου και τους συστήματος Beveridge (Barros, Machado, & Simões, Portugal. Health system review., 2011).

Η Πορτογαλία αποτελεί μία από τις χώρες που υπέγραψαν μνημόνιο συνεργασίας με τον Μηχανισμό Στήριξης. Λόγω της οικονομικής κρίσης, οι όροι που επιβλήθηκαν ήταν εξίσου σκληροί με της Ελλάδας, παρόλο που το πρόγραμμα δεν είχε την ίδια διάρκεια (Barros, Almeida Simoes, Allin, Mossialos, & Organization., 2007). Η οικονομική κρίση και το πρόγραμμα λιτότητας είναι εμφανή στην πορεία των δαπανών της Πορτογαλίας (OECD & EOHSP, 2017c):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Πορτογαλία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7.2	7.9	7.4	6.9	6.5	6.4	6.2	6.1	6.0	6.0

Πίνακας 6 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πορτογαλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



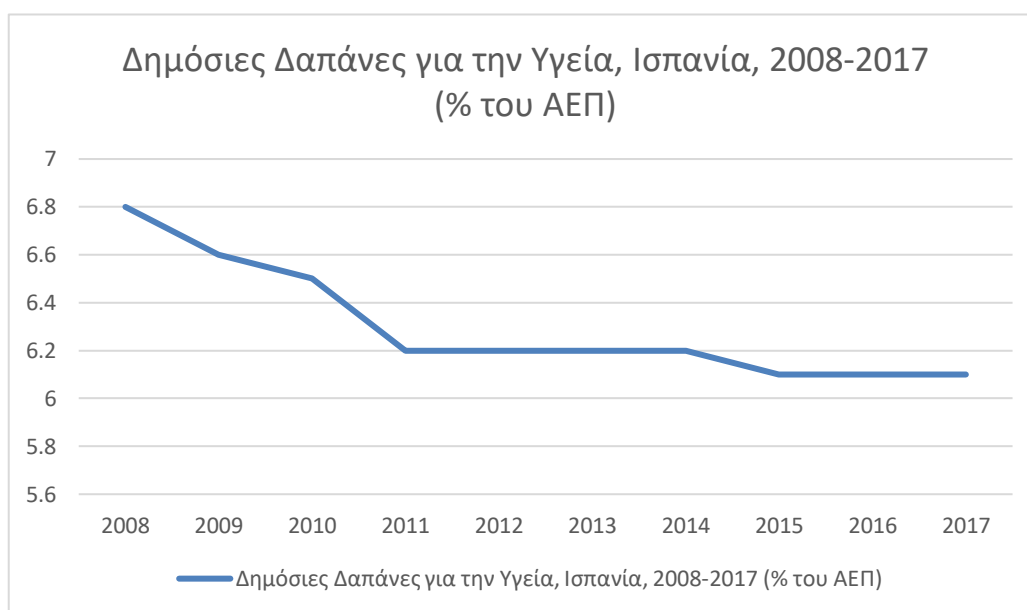
Διάγραμμα 6 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πορτογαλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Παρά το γεγονός ότι το ποσοστό των δαπανών μέχρι το 2009 έδειχνε να αυξάνεται, υπήρξε μία σταδιακή μείωση μέχρι το 2017. Η μείωση αυτή οφείλεται στα προγράμματα λιτότητας και τη μείωση της οικονομίας. Αντίθετα από την Πορτογαλία, η Ισπανία διατηρεί υψηλό επίπεδο δαπανών για την Υγεία.

Η Ισπανία διατηρεί Σύστημα Υγείας εθνικής κάλυψης, με ορισμένους εργαζομένους να είναι σε θέση να επιλέξουν, αν το επιθυμούν, να ασφαλιστούν από ιδιώτες. Η αποκέντρωση του συστήματος Υγείας βοήθησε στην καλύτερη διαχείριση των μονάδων και επέτρεψε τον περιορισμό των δαπανών, χωρίς σημαντική μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Αναλυτικά η εξέλιξη των δαπανών:

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ισπανία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.8	6.6	6.5	6.2	6.2	6.2	6.2	6.1	6.1	6.1

Πίνακας 7 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ισπανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 7 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ισπανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

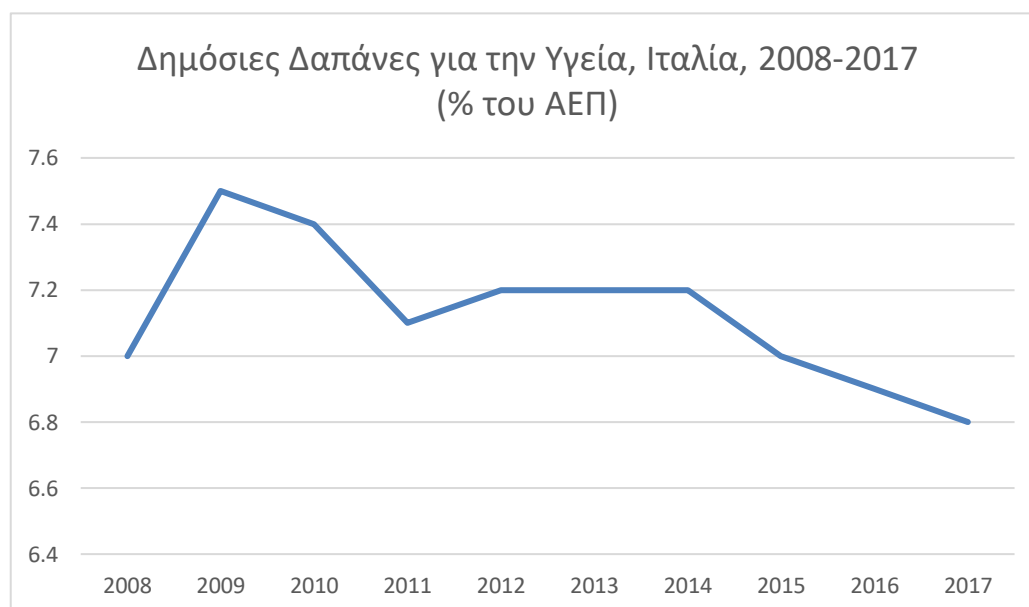
Η μείωση αυτή επέφερε ορισμένα προβλήματα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας, καθώς με τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν το 2012 για την Υγεία, το βάρος της ασφάλισης μετατοπίστηκε από το κράτος στους εργοδότες, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η ανεργία στη χώρα.

Το τελευταίο από τα κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου αποτελεί η Ιταλία. Το σύστημα υγείας της Ιταλίας είναι ιδιαίτερα κατακερματισμένο, καθώς οι περιφέρειες απολαμβάνουν υψηλό ποσοστό αυτονομίας. Ο κρατικός ρόλος στο Σύστημα Υγείας είναι επικουρικός και συντονιστικός, ενώ παράλληλα θέτει ορισμένα όρια στον αριθμό ασφαλισμένων και στα κριτήρια ασφάλισης.

Όσον αφορά την οικονομική κρίση, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν ως ένα βαθμό, ωστόσο τα τελευταία έτη παρουσιάζουν πάλι αυξητική τάση. Αναλυτικά:

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ιταλία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7.0	7.5	7.4	7.1	7.2	7.2	7.2	7.0	6.9	6.8

Πίνακας 8 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιταλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 8 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιταλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Ενώ μέχρι την έναρξη της κρίσης οι δαπάνες για την Υγεία δείχνουν να αυξάνονται, από το 2009 και έπειτα παρατηρείται μία συνεχής πτώση. Ο λόγος μπορεί να αποδοθεί στο συνεχώς αυξανόμενο δημόσιο χρέος της Ιταλίας, το οποίο το 2017 είχε φτάσει σε μη διαχειρίσιμα επίπεδα, με την κυβέρνηση να προχωρά αυτοβούλως σε μέτρα λιτότητας, προκειμένου να αποφύγει τον μηχανισμό στήριξης (OECD & EOHSP, 2017d).

3.2.2. Η Κεντρική και Δυτική Ευρώπη

Όπως προαναφέρθηκε, το μεγαλύτερο μέρος των χωρών του Ευρωπαϊκού Βορρά αποτελούν τις ισχυρότερες οικονομίες της ΕΕ. Αντίθετα από τις χώρες του νότου, όπου η οικονομία στηρίζεται κυρίως στον πρωτογενή και τριτογενή τομέα, οι χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης διαθέτουν ισχυρή βιομηχανική δραστηριότητα (Mackenbach, et al., 2008).

Επιπλέον, οι χώρες αυτές αποτελούν τις παραδοσιακές ισχυρές δυνάμεις της χερσονήσου, με πλούσια αποικιακή και οικονομική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια του Ψυχρού Πολέμου, οι χώρες αυτές εκμεταλλεύτηκαν το σχέδιο Marshall, το οποίο και δόθηκε από τις ΗΠΑ για την ανασύσταση των οικονομιών των Ευρωπαϊκών κρατών και κατάφεραν να ξεπεράσουν τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από τον Β΄ ΠΠ, σε διάστημα σχεδόν δύο δεκαετιών (Mackenbach, et al., 2008).

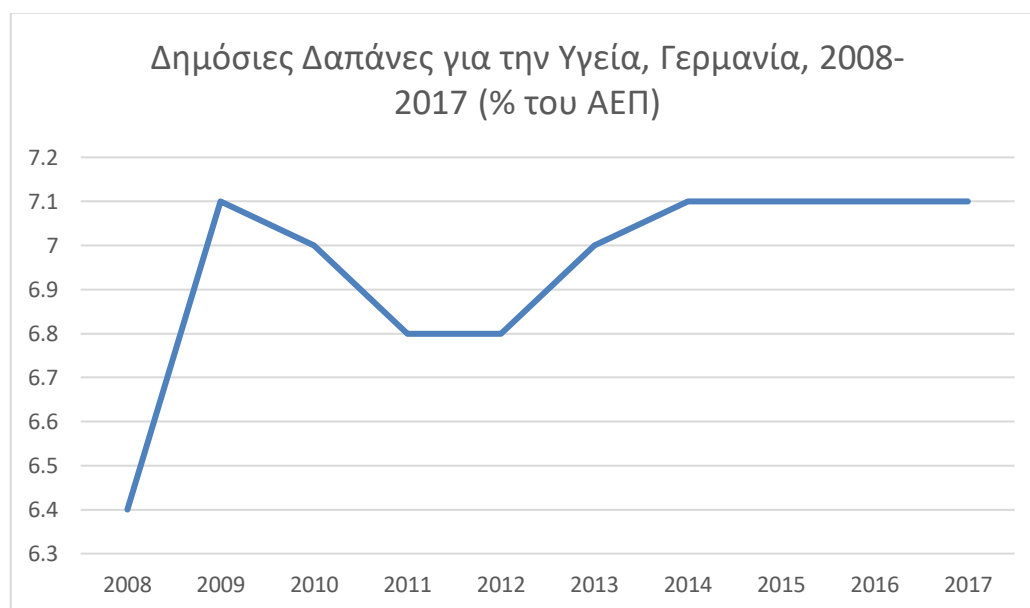
Συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ, οι Βορειοευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν ισχυρότερα συστήματα υγείας, ενώ ως κράτη δαπανούν υψηλά ποσοστά από το ΑΕΠ σε αυτόν τον τομέα. Τα κράτη αυτά είναι η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία, η Γαλλία, το Βέλγιο, η Δανία, το Λουξεμβούργο, η Σουηδία, η Αυστρία και η Φινλανδία (Iversen & Pontusson, 2000).

Η Γερμανία διαθέτει ένα από τα ισχυρότερα συστήματα υγείας στην ΕΕ, με σχεδόν καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Το σύστημά της είναι μικτό και αποτελείται από τις κρατικές δομές ασφάλισης, κυρίως για τις ευπαθείς ομάδες, το οποίο προσφέρει ωστόσο περιορισμένο αριθμό παροχών, και την ιδιωτική ασφάλιση, η οποία προσφέρει ένα μεγάλο εύρος παροχών για τους οικονομικά ισχυρότερους (Rothgang, et al., 2010).

Στον τομέα των δαπανών, η Γερμανία δαπανά το μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ στον τομέα της Υγείας. Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Γερμανία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.4	7.1	7.0	6.8	6.8	7.0	7.1	7.1	7.1	7.1

Πίνακας 9 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γερμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 9 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γερμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

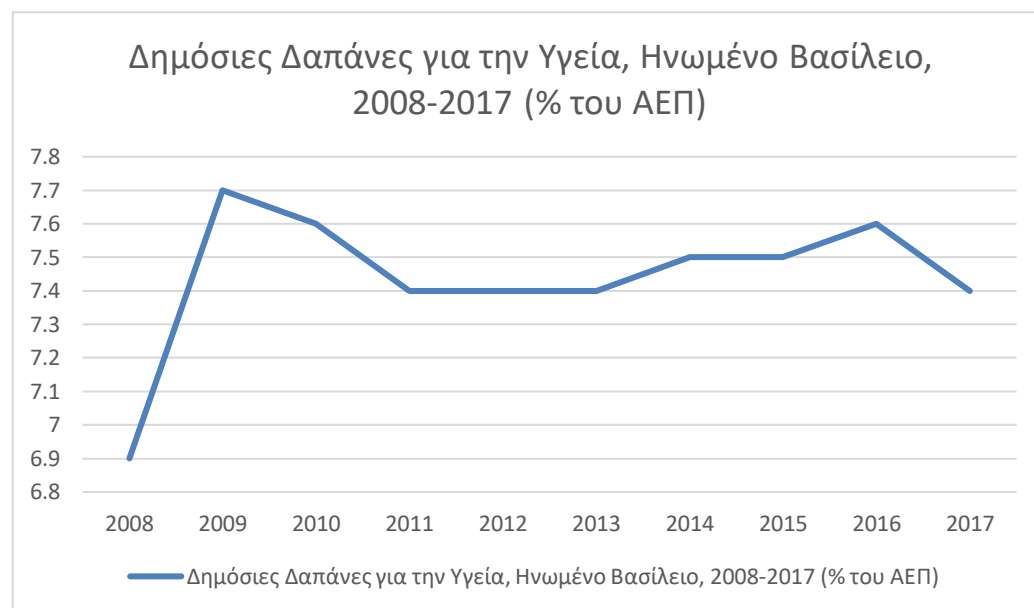
Το μέγεθος και η δομή της Γερμανικής οικονομίας επιτρέπει την σταθερότητα στις δαπάνες των κοινωνικών παροχών, χωρίς να υπάρξει μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η οικονομική κρίση του 2008 δείχνει να επηρέασε ελαφρώς τις δαπάνες για την Υγεία, ωστόσο, το επόμενο κιάλας έτος το πρόβλημα ξεπεράστηκε και επανήλθε η σταθερότητα (OECD & EOHSP, 2017e).

Το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζει επίσης υψηλές δημόσιες δαπάνες για την Υγεία. Το σύστημα υγεία του ΗΒ διαθέτει καθολική ασφαλιστική κάλυψη σε όλους τους πολίτες, ωστόσο σε τοπικό επίπεδο, οι ηγεσίες των κρατών που συντελούν το ΗΒ αποφασίζουν το εύρος το παροχών, το οποίο μπορούν να λάβουν δωρεάν οι πολίτες (Hanefeld, Smith, Horsfall, & Lunt, 2014).

Σε επίπεδο δαπανών, το ΗΒ επενδύει μεγάλο μέρος του ΑΕΠ στην Υγεία, το οποίο δεν φάνηκε να επηρεάζεται από την οικονομική κρίση (OECD & EOHSP, 2017f). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ηνωμένο Βασίλειο, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.9	7.7	7.6	7.4	7.4	7.4	7.5	7.5	7.6	7.4

Πίνακας 10 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ηνωμένο Βασίλειο, 2008-2017, (eurostat, 2019)



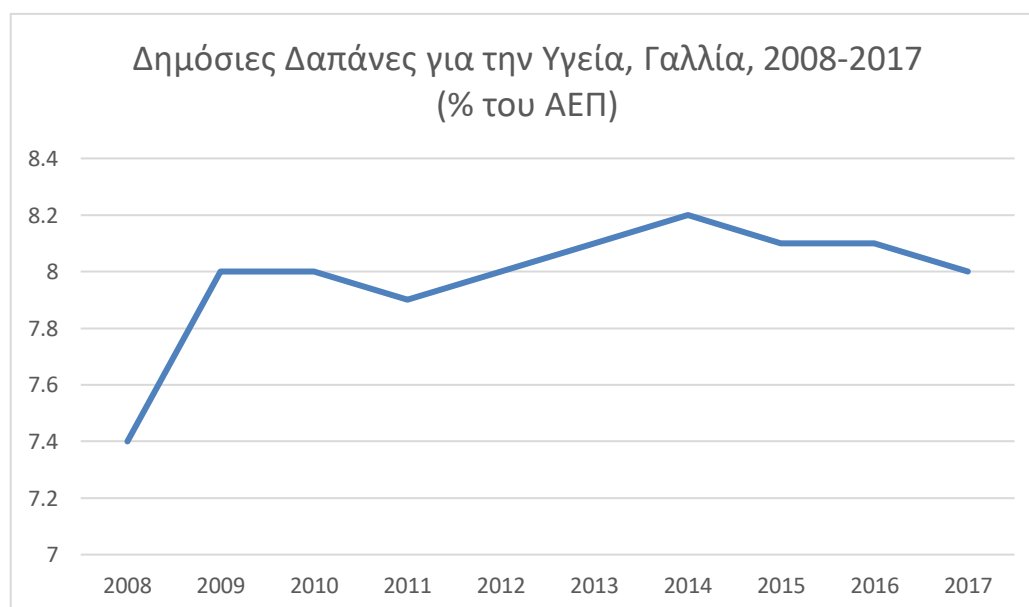
Διάγραμμα 10 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ηνωμένο Βασίλειο, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Στον αντίποδα, η Γαλλία διατηρεί ένα σύστημα Δημόσιας Κοινωνικής Ασφάλισης παρόμοιο με της Ελλάδας. Η Γαλλία ως χώρα διατηρεί επίσης υψηλό ποσοστό δαπανών για την Υγεία. Ωστόσο, όπως και στην περίπτωση της Γερμανίας, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι κάπως περιορισμένες, με αποτέλεσμα πολλοί πολίτες να επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση, η οποία λειτουργεί συμπληρωματικά (Chevreul, Brigham, Durand-Zaleski, & Hernández-Quevedo, 2015).

Τα τελευταία έτη το ποσοστό του ΑΕΠ, το οποίο δαπανάται για την Υγεία στη Γαλλία, έχει αυξηθεί σε επίπεδο μεγαλύτερο από της Γερμανίας (OECD & EOHSP, 2017g). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Γαλλία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7.4	8.0	8.0	7.9	8.0	8.1	8.2	8.1	8.1	8.0

Πίνακας 11 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γαλλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 11 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Γαλλία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, το 2008, όταν και η οικονομική κρίση επηρέασε όλες τις οικονομίες της ΕΕ, το ποσοστό μειώθηκε. Ωστόσο, κατά τα επόμενα έτη αυξήθηκε σημαντικά, καθώς η οικονομία της Γαλλίας ξεπέρασε γρήγορα την ύφεση (Chevreul, Brigham, Durand-Zaleski, & Hernández-Quevedo, 2015).

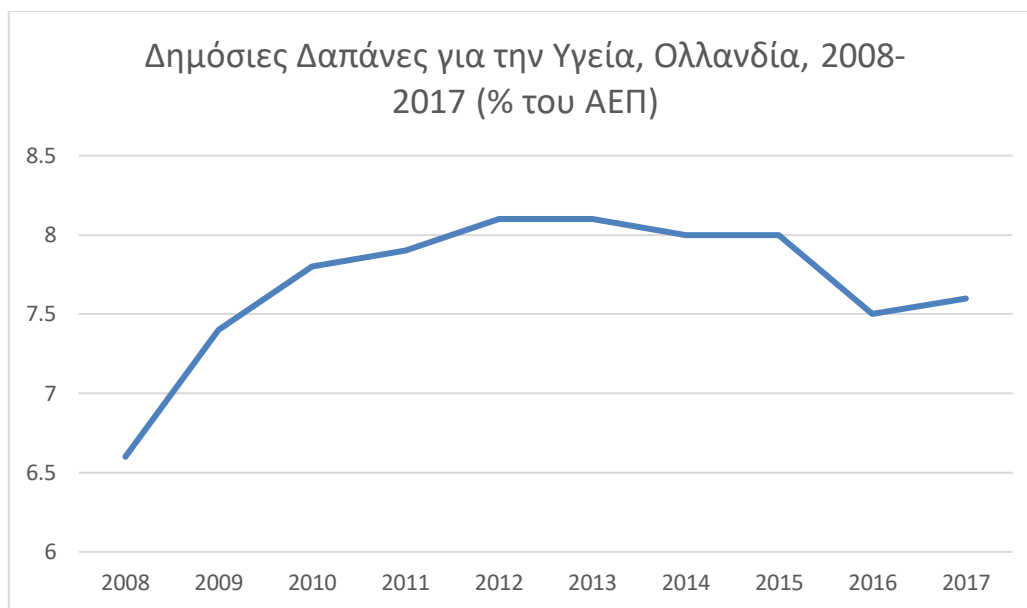
Μία ακόμα από τις ισχυρές οικονομίες της Βόρειας Ευρώπης αποτελεί η Ολλανδία. Αντίθετα από τις περισσότερες Ευρωπαϊκές Χώρες, η Ολλανδία διαθέτει φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Μέχρι και το 2006, η χώρα διέθετε κοινωνικό σύστημα ασφάλισης, με τη συνεργασία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (Schäfer, Kroneman, Boerma, Westert, & Devillé, 2010).

Ωστόσο, τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων προκάλεσαν σημαντικά προβλήματα στην οικονομία της χώρας. Η κατάσταση αντιμετωπίστηκε με τις μεταρρυθμίσεις του 2006, έπειτα από τις οποίες όλοι οι πολίτες είναι πλέον υποχρεωμένοι να επιλέγουν ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, με την εξαίρεση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό της ασφάλισης το καλύπτει το κράτος (Kroneman, Boerma, & Groenewegen, 2016).

Η οικονομική κρίση του 2008 προκάλεσε μία μικρή μείωση στις δαπάνες για την Υγεία, ωστόσο μέχρι και το 2010, η κατάσταση είχε επανέλθει στα επίπεδα προ κρίσης (OECD & EOHSP, 2017aa). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ολλανδία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.6	7.4	7.8	7.9	8.1	8.1	8.0	8.0	7.5	7.6

Πίνακας 12 Εξέλιξη Δαπανών Υγεία, Ολλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



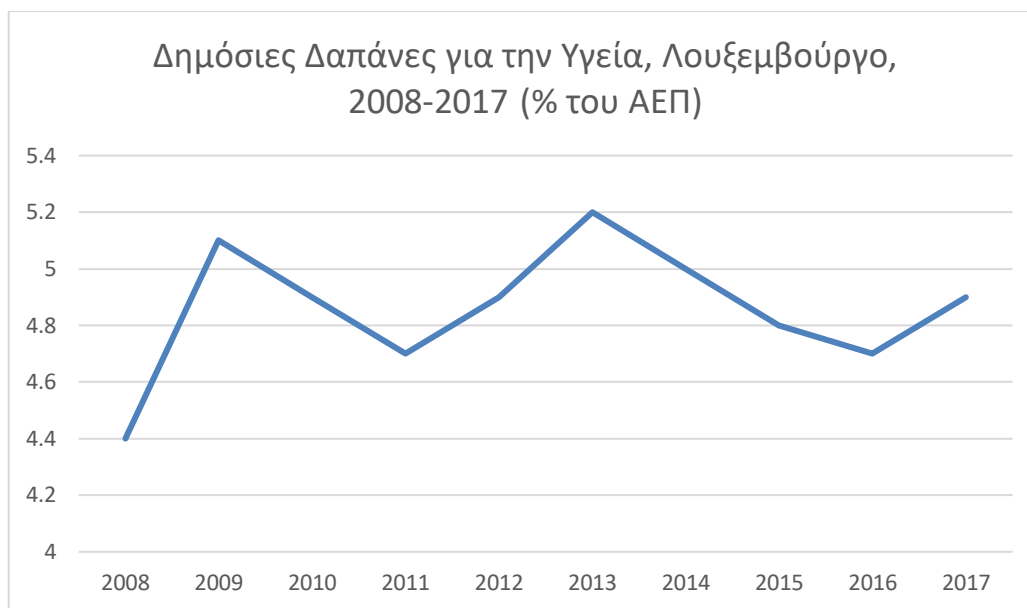
Διάγραμμα 12 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ολλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Λόγω των μεγάλων οικονομικών του δυνατοτήτων, το Λουξεμβούργο διαθέτει ένα από τα ακριβότερα συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. Η κυβέρνηση του Λουξεμβούργου δαπανά σε ετήσια βάση περίπου 5000 ευρώ κατά κεφαλήν για κάθε ασθενή. Παρά το υψηλό κόστος της Υγείας, το Λουξεμβούργο διαθέτει αρκετά χαμηλό επίπεδο δαπανών ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (Saltman, Rico, & Boerma, 2004).

Το σύστημα Υγείας βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, η οποία και είναι δωρεάν και υποχρεωτική για τους πολίτες. Η χρηματοδότηση της ασφάλισης γίνεται απευθείας από τη φορολογία, χωρίς ωστόσο να αυξάνονται οι δαπάνες ως προς το ΑΕΠ (OECD & EOHSP, 2017ab). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Λουξεμβούργο, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.4	5.1	4.9	4.7	4.9	5.2	5.0	4.8	4.7	4.9

Πίνακας 13 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λουξεμβούργο, 2008-2017, (eurostat, 2019)



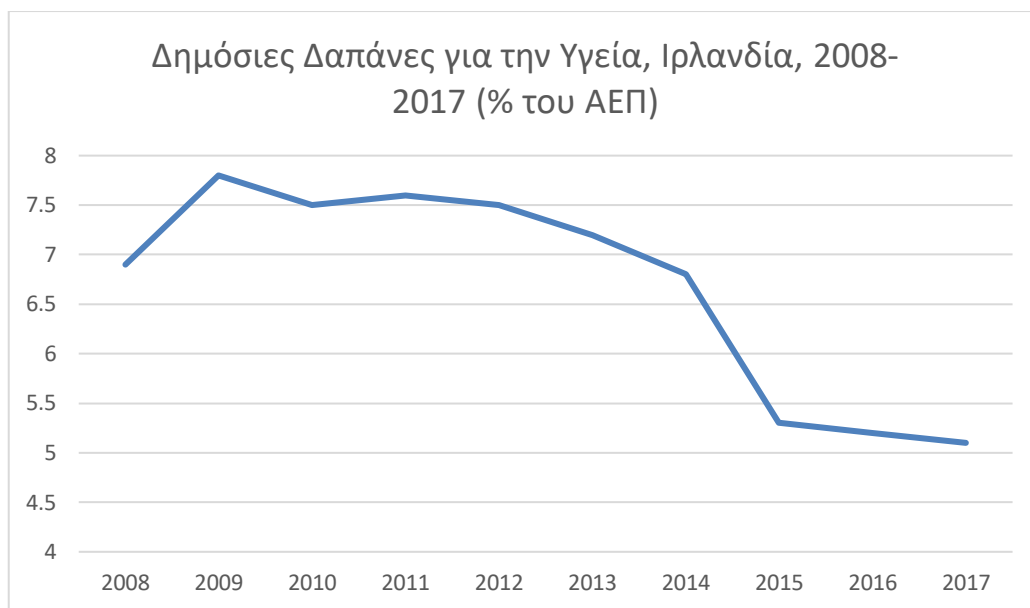
Διάγραμμα 13 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λουξεμβούργο, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Όπως φαίνεται, η οικονομική ύφεση δεν επηρέασε σε μεγάλο βαθμό το Λουξεμβούργο, καθώς οι διακυμάνσεις των δαπανών δείχνουν να γίνονται σε μικρό εύρος από 4,4 μέχρι 5,2% επί του ΑΕΠ. Σε παρόμοιο μοτίβο κινείται και η Ιρλανδία, της οποίας το σύστημα υγείας, ωστόσο, επηρεάστηκε σε μεγαλύτερο βαθμό (Saltman, Rico, & Boerma, 2004).

Η Ιρλανδία διαθέτει επίσης καθολική ασφαλιστική κάλυψη για τους πολίτες. Επιπλέον, όπως και στην περίπτωση του Λουξεμβούργου, υπάρχει δυσαναλογία σχετικά με την κατά κεφαλήν δαπάνη (η οποία φτάνει τα 4000 ευρώ) και το ποσοστό επί του ΑΕΠ που δαπανάται για την Υγεία (OECD & EOHSP, 2017ac). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ιρλανδία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.9	7.8	7.5	7.6	7.5	7.2	6.8	5.3	5.2	5.1

Πίνακας 14 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιρλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



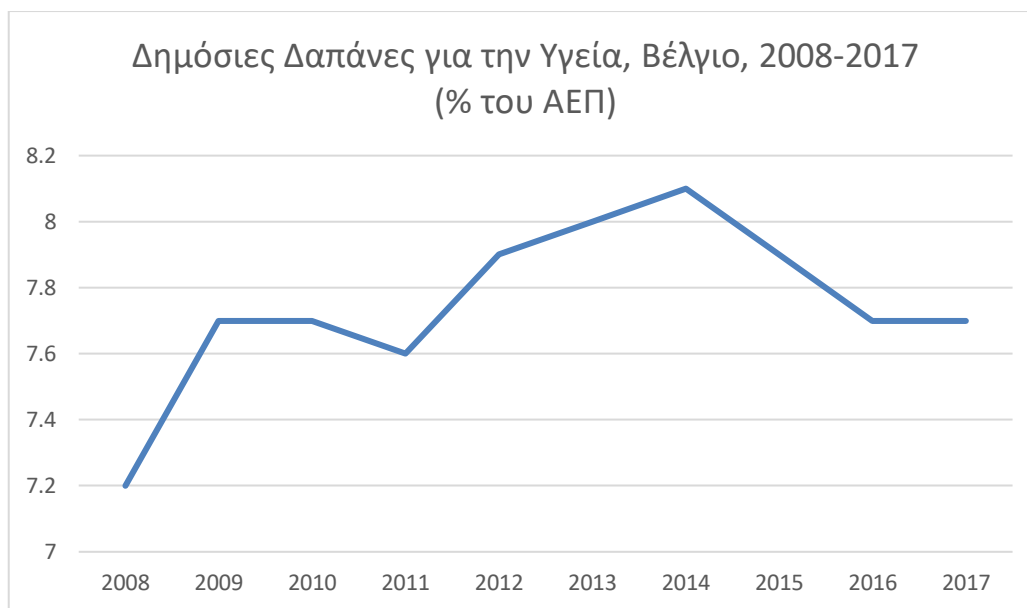
Διάγραμμα 14 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ιρλανδία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Αντίθετα από το Λουξεμβούργο, η Ιρλανδία δεν κατάφερε να διατηρήσει την ανάκαμψη μετά το 2009. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και η γενική κατάσταση της οικονομίας της χώρας, καθώς επηρεάστηκε σημαντικά, από τις συζητήσεις για αποχώρηση από την ΕΕ της Βρετανίας (Burke, Thomas, Barry, & Keegan, 2014).

Μία ακόμα χώρα της Κεντρικής Ευρώπης είναι το Βέλγιο, του οποίου το σύστημα Υγείας είναι παρόμοιο με το Ελληνικό. Οι πολίτες ασφαλίζονται υποχρεωτικά σε 1 από τα 6 ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία λειτουργούν υπό την αιγίδα του δημοσίου. Η χώρα επενδύει ένα αρκετά υψηλό ποσοστό του ΑΕΠ στην Υγεία, το οποίο έμεινε πρακτικά ανεπηρέαστο από την κρίση (Gerkens & Merkur, 2010). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Χρόνος	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ποσοστό ΑΕΠ	7.2	7.7	7.7	7.6	7.9	8.0	8.1	7.9	7.7	7.7

Πίνακας 15 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βέλγιο, 2008-2017, (eurostat, 2019)



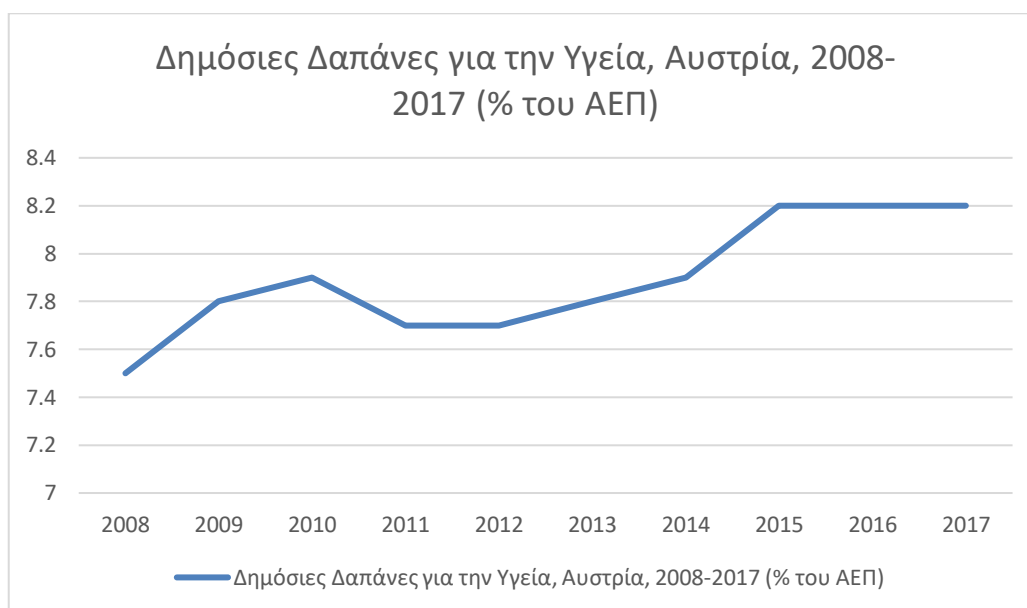
Διάγραμμα 15 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βέλγιο, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Η Αυστρία αποτελεί ένα από τα κράτη με τα ακριβότερα συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. Το σύστημα Υγείας είναι κατακερματισμένο στις 9 περιφέρειες της χώρας, οι οποίες και καθορίζουν το εύρος των παροχών για κάθε δημόσιο ασφαλιστικό φορέα. Η κεντρική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τον καθορισμό των κατώτατων ορίων και τη διασφάλιση της ποιότητας (OECD & EOHSP, 2017ad).

Οι δαπάνες για την Υγεία έμειναν ανεπηρέαστες από την οικονομική κρίση, καθώς από το 2008 και έπειτα βρίσκονται συνεχώς σε αύξηση, με μικρή ωστόσο μεταβολή (OECD & EOHSP, 2017ad). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Αυστρία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7.5	7.8	7.9	7.7	7.7	7.8	7.9	8.2	8.2	8.2

Πίνακας 16 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Αυστρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



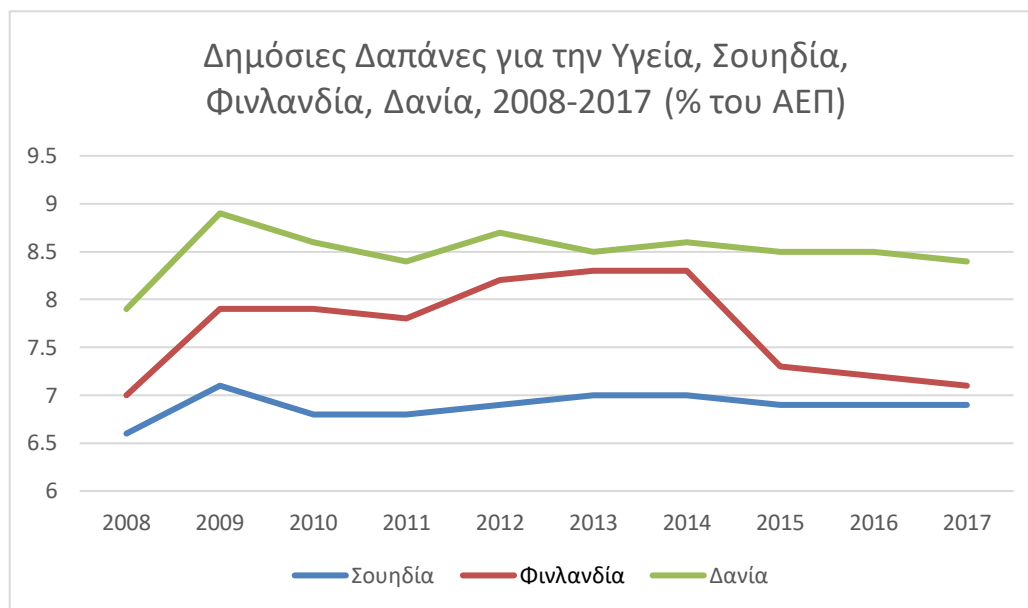
Διάγραμμα 16 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Αυστρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Τέλος, η Δανία, η Σουηδία και η Φινλανδία, αποτελούν τις τρεις χώρες της ΕΕ με τα καλύτερα συστήματα υγείας. Οι τρεις χώρες διαθέτουν Εθνικά Συστήματα Ασφάλισης, τα οποία χρηματοδοτούνται μέσω της κρατικής ή της περιφερειακής φορολογίας. Η Υγειονομική κάλυψη και στα τρία κράτη είναι καθολική για τους πολίτες (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011).

Τα τρία κράτη δαπανούν υψηλά ποσοστά του ΑΕΠ για την χρηματοδότηση των μονάδων υγείας, δεδομένου ότι η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από την περιφερειακή φορολόγηση (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Σουηδία, Φινλανδία, Δανία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)										
Χώρα	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Σουηδία	6.6	7.1	6.8	6.8	6.9	7.0	7.0	6.9	6.9	6.9
Φινλανδία	7.0	7.9	7.9	7.8	8.2	8.3	8.3	7.3	7.2	7.1
Δανία	7.9	8.9	8.6	8.4	8.7	8.5	8.6	8.5	8.5	8.4

Πίνακας 17 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Φινλανδία-Σουηδία-Δανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 17 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Φινλανδία-Σουηδία-Δανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

3.2.3. Δυτικά Βαλκάνια και Ανατολική Ευρώπη

Τα κράτη των Βαλκανίων (πλην της Ελλάδας) και της Ανατολικής Ευρώπης αποτελούν τις πιο πρόσφατες προσθήκες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Πρόκειται για κράτη τα οποία κατά τη διάρκεια του Ψυχρού Πολέμου βρίσκονταν υπό κομμουνιστικό καθεστώς και αποτελούσαν μέλη του Συμφώνου της Βαρσοβίας. Τα κράτη αυτά είναι (Deacon, 2000):

- Η Βουλγαρία
- Η Πολωνία
- Η Κροατία
- Η Ρουμανία
- Η Σλοβακία
- Η Σλοβενία

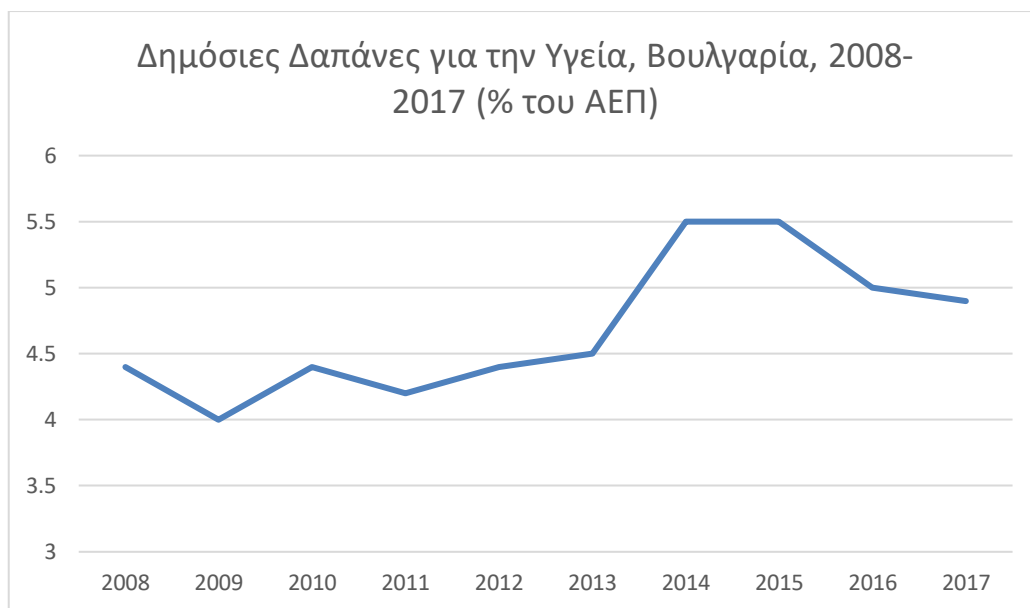
- Η Λιθουανία
- Η Λετονία
- Η Τσεχία
- Η Εσθονία
- Η Ουγγαρία

Τα κράτη αυτά δυσκολεύτηκαν, λόγω των γεγονότων του Ψυχρού Πολέμου, να επανέλθουν οικονομικά μετά το τέλος του Β΄ΠΠ. Για τον λόγο αυτό, διαθέτουν χαμηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης από τα υπόλοιπα κράτη της ΕΕ, καθώς επίσης απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των πόρων, προκειμένου να ενισχυθούν οικονομικά (Coker, Atun, & McKee, 2004).

Τα συστήματα Υγείας που διαθέτουν αυτές οι χώρες ποικίλουν ανάλογα με την οικονομική τους κατάσταση, αλλά και τη νοοτροπία των κατοίκων. Η Βουλγαρία, για παράδειγμα, διαθέτει σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, ωστόσο το σύστημα καλύπτει αποκλειστικά τους εργαζομένους, αποκλείοντας τους ανέργους και άλλες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Οι δαπάνες της χώρας στον τομέα της Υγείας είναι χαμηλές ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ παράλληλα με τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα, οι δαπάνες μειώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό (OECD & EOHSP, 2017ae). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Βουλγαρία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.4	4.0	4.4	4.2	4.4	4.5	5.5	5.5	5.0	4.9

Πίνακας 18 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βουλγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019).



Διάγραμμα 18 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Βουλγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019).

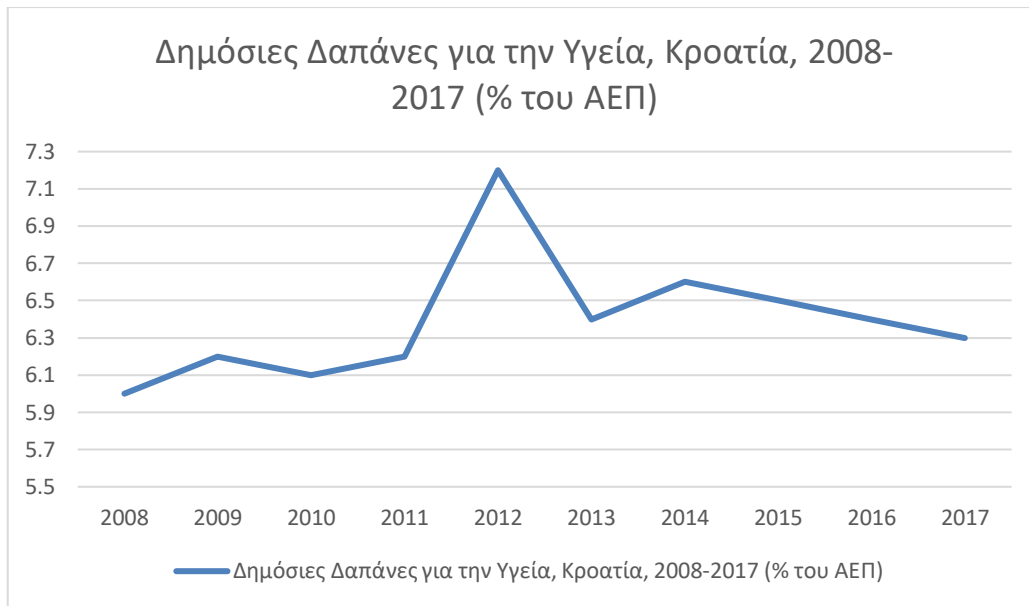
Η οικονομική ύφεση του 2008 φαίνεται να επηρέασε ελαφρώς τις δαπάνες για την Υγεία, ωστόσο από του 2011 και έπειτα παρατηρείται πάλι αύξηση. Αντίθετα, η Κροατία διαθέτει πιο αποτελεσματικό σύστημα Υγείας. Το σύστημα είναι δομημένο με ένα ασφαλιστικό ταμείο να παρέχει υποχρεωτική ασφάλιση σε όλο τον πληθυσμό της χώρας (Džakula, Sagan, Pavic, Loncarek, & Sekelj-Kauzlaric, 2014).

Την Υγειονομική περίθαλψη την αναλαμβάνουν δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες, οι οποίες χρηματοδοτούνται από το ασφαλιστικό ταμείο. Η δόμηση του συστήματος είναι ο λόγος για τον οποίο η Κροατία δεν επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση στον τομέα της Υγείας (OECD & EOHSP, 2017af).

Αναλυτικά:

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.0	6.2	6.1	6.2	7.2	6.4	6.6	6.5	6.4	6.3

Πίνακας 19 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κροατία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



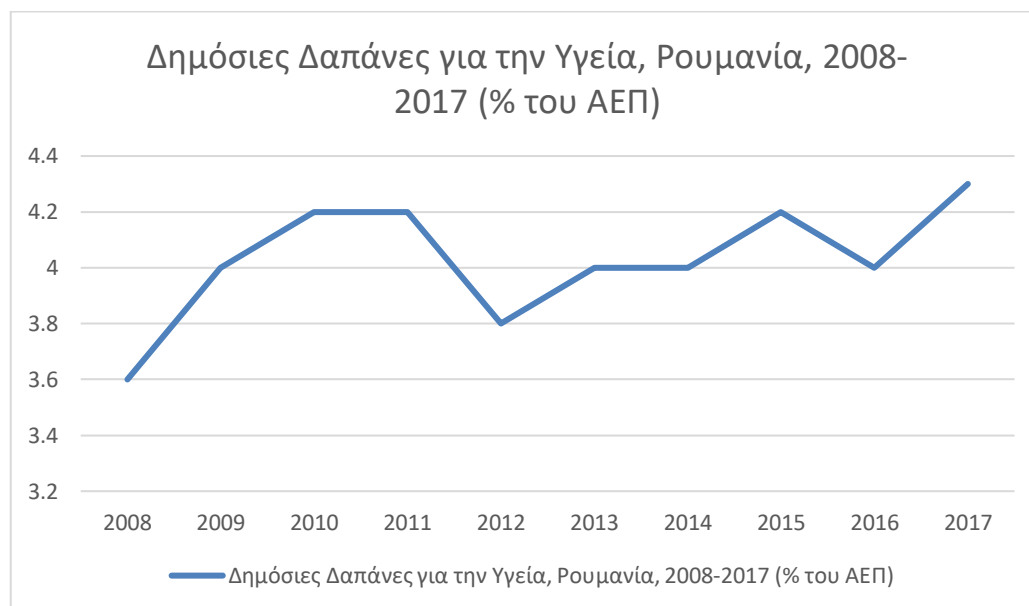
Διάγραμμα 19 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Κροατία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, η Ρουμανία διαθέτει ένα από τα χειρότερα συστήματα Υγείας με τις χαμηλότερες δαπάνες. Τα τελευταία έτη η Ρουμανία αντιμετωπίζει έντονες πολιτικές αναταραχές, παρόμοιες με αυτές που ξέσπασαν στην Ουκρανία. Το σύστημα Υγείας της Ρουμανίας, επισήμως, είναι Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ωστόσο, μόλις το 85% του πληθυσμού καλύπτεται, ενώ παράλληλα οι παροχές που προσφέρει η κρατική ασφάλιση είναι ελάχιστες (Vlădescu, Scîntee, Olsavszky, Hernández-Quevedo, & Sagan, 2016).

Η Ρουμανία δαπανά περίπου 800 ευρώ κατά κεφαλήν για την Υγεία, κάτι που την κατατάσσει στην τελευταία θέση της ΕΕ. Οι δαπάνες για την Υγεία διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα κατά τα τελευταία έτη, ως ποσοστό του ΑΕΠ, κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης του 2008 (OECD & EOHSP, 2017ag). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ρουμανία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
3.6	4.0	4.2	4.2	3.8	4.0	4.0	4.2	4.0	4.3

Πίνακας 20 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ρουμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



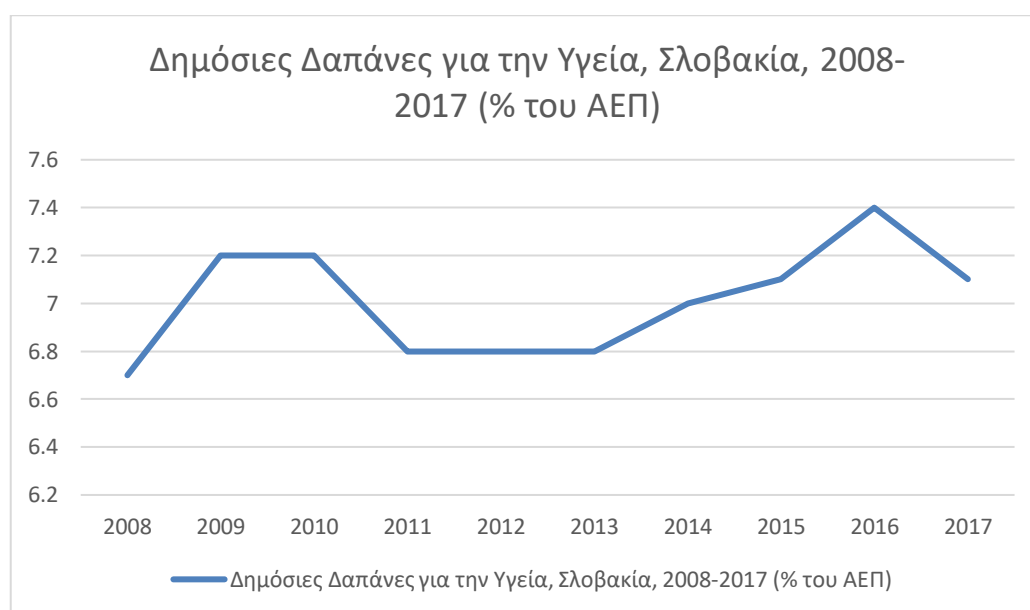
Διάγραμμα 20 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ρουμανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Η Σλοβακία διαθέτει σύστημα καθολικής ασφάλισης στον τομέα της Υγείας. Υποχρεωτικά όλοι οι πολίτες από τη γέννησή τους είναι ασφαλισμένοι στο δημόσιο φορέα. Εντός του συστήματος λειτουργούν και ορισμένοι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς, των οποίων ο ρόλος είναι καθαρά επικουρικός, προκειμένου να παρέχουν κάποιες επιπλέον υπηρεσίες τις οποίες δεν μπορεί το δημόσιο σύστημα (Szalay, et al., 2011).

Η Σλοβακία δαπανά υψηλό ποσοστό για την Υγεία, το οποίο κυμαίνεται από 6,7 έως και 7,4% επί του ΑΕΠ. Οι δαπάνες υγείας φαίνεται να έμειναν ανεπηρέαστες από την κρίση, καθώς παρέμειναν σε υψηλά επίπεδα καθόλη τη μετέπειτα περίοδο (OECD & EOHSP, 2017ba). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Σλοβακία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.7	7.2	7.2	6.8	6.8	6.8	7.0	7.1	7.4	7.1

Πίνακας 21 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβακία, 2008-2017, (eurostat, 2019).



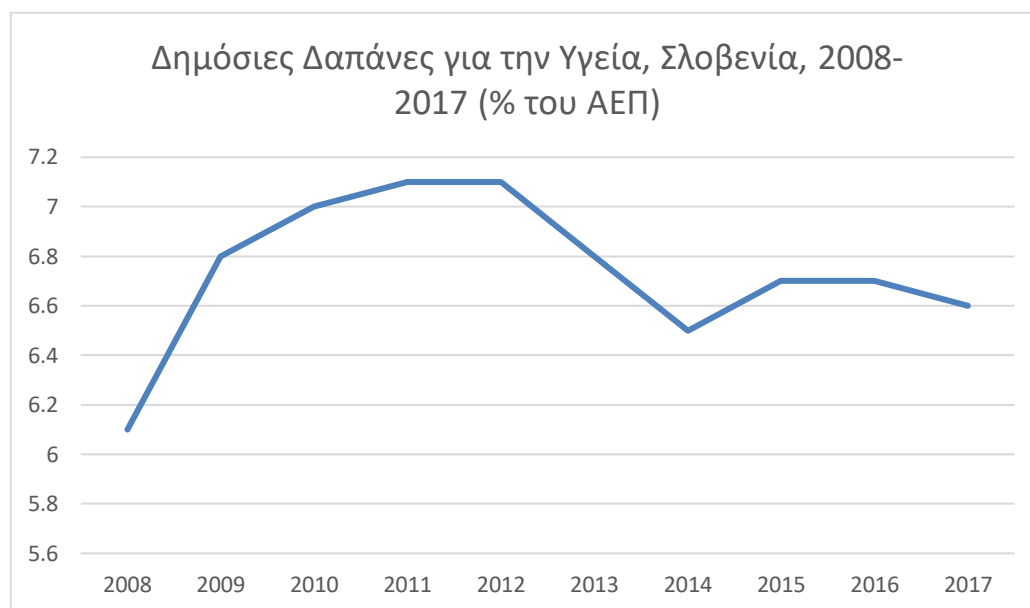
Διάγραμμα 21 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβακία, 2008-2017, (eurostat, 2019).

Στο ίδιο μοτίβο λειτουργεί και η Σλοβενία, η οποία διαθέτει επίσης σύστημα Εθνικής Ασφάλισης, το οποίο καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού. Τόσο το ασφαλιστικό ταμείο, όσο και το σύστημα Υγείας της χώρας, είναι πλήρως κρατικά, χωρίς να υπάρχουν ιδιωτικοί πάροχοι. Η Σλοβενία διαθέτει επίσης υψηλό ποσοστό του ΑΕΠ στην Υγεία, το οποίο ωστόσο μειώνεται σταδιακά μετά το 2008 (Albrecht, et al., 2016).

Οι δαπάνες της χώρας για την Υγεία μειώθηκαν, λόγω της μείωσης της οικονομίας από την οικονομική κρίση του 2008. Ωστόσο, συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη του πρώην ανατολικού μπλοκ, βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα (OECD & EOHSP, 2017bb). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Σλοβενία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6.1	6.8	7.0	7.1	7.1	6.8	6.5	6.7	6.7	6.6

Πίνακας 22 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβενία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



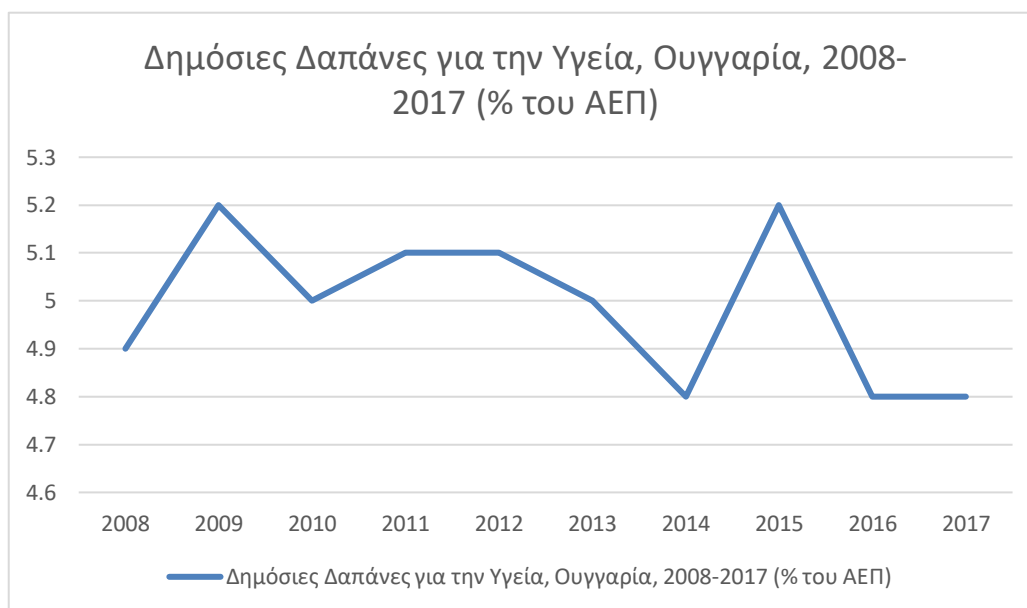
Διάγραμμα 22 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Σλοβενία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Η Ουγγαρία διαθέτει επίσης σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ωστόσο, αντίθετα από τις περισσότερες χώρες, όπου οι πολίτες πληρώνουν τις εισφορές ανάλογα με την εργασία τους, στην Ουγγαρία οι πολίτες πληρώνουν απευθείας στο ταμείο, με το Υπουργείο Υγείας να καθορίζει το ύψος των εισφορών και το εύρος των παροχών (Gaál, Szigeti, Csere, Gaskins, & Panteli, 2011).

Οι δαπάνες για την Υγεία διατηρούνται σταθερά σε χαμηλά επίπεδα, χωρίς να επηρεάστηκαν ιδιαίτερα από την οικονομική κρίση. Ωστόσο, συγκριτικά με το 2005, οι δαπάνες για την Υγεία μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό, κυρίως λόγω οικονομικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε η χώρα εξαιτίας της πολιτικής αστάθειας (OECD & EOHSP, 2017bc). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Ουγγαρία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.9	5.2	5.0	5.1	5.1	5.0	4.8	5.2	4.8	4.8

Πίνακας 23 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ουγγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



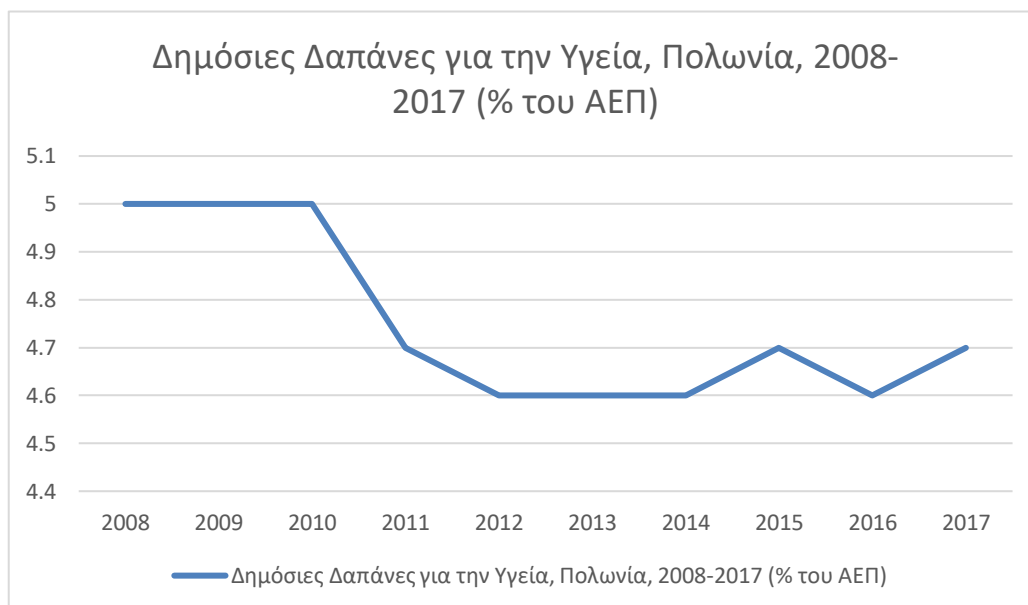
Διάγραμμα 23 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Ουγγαρία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Η Πολωνία διαθέτει, επίσης, Εθνικό Ασφαλιστικό Σύστημα, το οποίο μόλις το 2005 κεντριοποιήθηκε, καθώς μέχρι τότε ήταν κατακερματισμένο στις περιφέρειες. Το σύστημα ασφάλισης καλύπτει τους εργαζομένους όλων των ειδικοτήτων, χωρίς ωστόσο να παρέχει κάλυψη στους ανέργους. Οι δαπάνες για την Υγεία διατηρούνται σταθερά σε χαμηλά επίπεδα. Ωστόσο, από το 2008 και έπειτα μειώνονται σταθερά, καθώς η Πολωνία αντιμετωπίζει έντονα οικονομικά προβλήματα (Sagan, et al., 2011).

Οι υπηρεσίες υγείας γίνονται μέσω δημόσιων φορέων, ωστόσο λειτουργεί ένας αριθμός ιδιωτικών μονάδων υγείας, κυρίως της πρωτοβάθμιας υγείας, οι οποίες προσφέρουν επιπλέον υπηρεσίες. Πολλοί πολίτες επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση, καθώς η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι σε χαμηλά επίπεδα (OECD & EOHSP, 2017bd).

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Πολωνία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5.0	5.0	5.0	4.7	4.6	4.6	4.6	4.7	4.6	4.7

Πίνακας 24 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πολωνία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



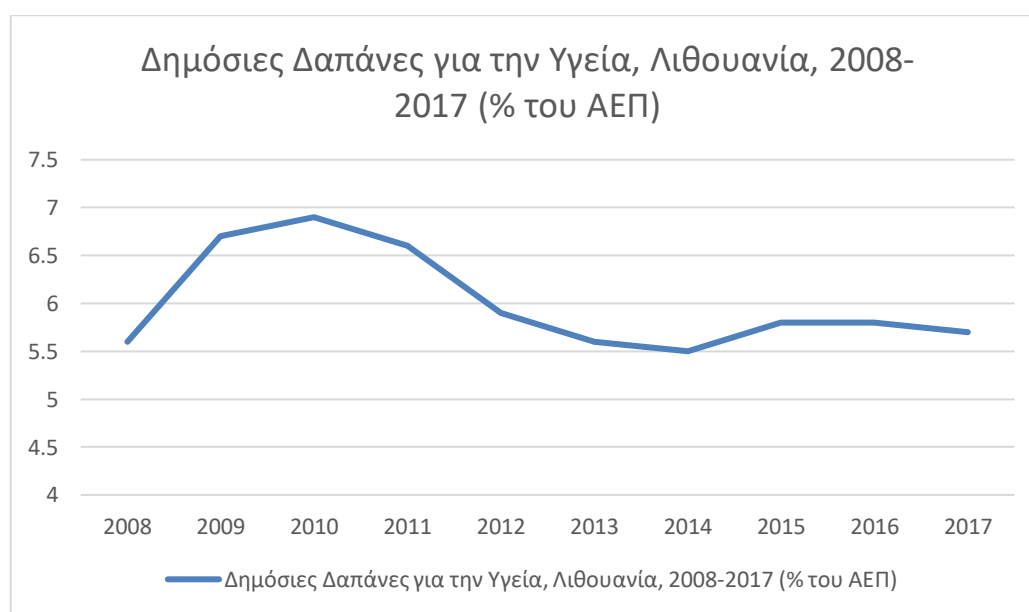
Διάγραμμα 24 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Πολωνία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Η Λιθουανία αποτελεί, επίσης, μία από τις χώρες που διαθέτουν μικτό σύστημα ασφάλισης. Η δημόσια ασφάλιση είναι καθολική και καλύπτει όλους τους πολίτες της χώρας, ωστόσο πολλοί από αυτούς επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση, λόγω των περιορισμένων παροχών της δημόσιας (Murauskiene, Janoniene, Veniute, & Karanikolos, 2013).

Η Λιθουανία διαθέτει σταθερό ποσοστό δαπανών για την Υγεία, το οποίο στο διάστημα 2008-2012 αυξήθηκε ελαφρώς, αλλά μειώθηκε τα επόμενα χρόνια (OECD & EOHSP, 2017be). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Λιθουανία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5.6	6.7	6.9	6.6	5.9	5.6	5.5	5.8	5.8	5.7

Πίνακας 25 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λιθουανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



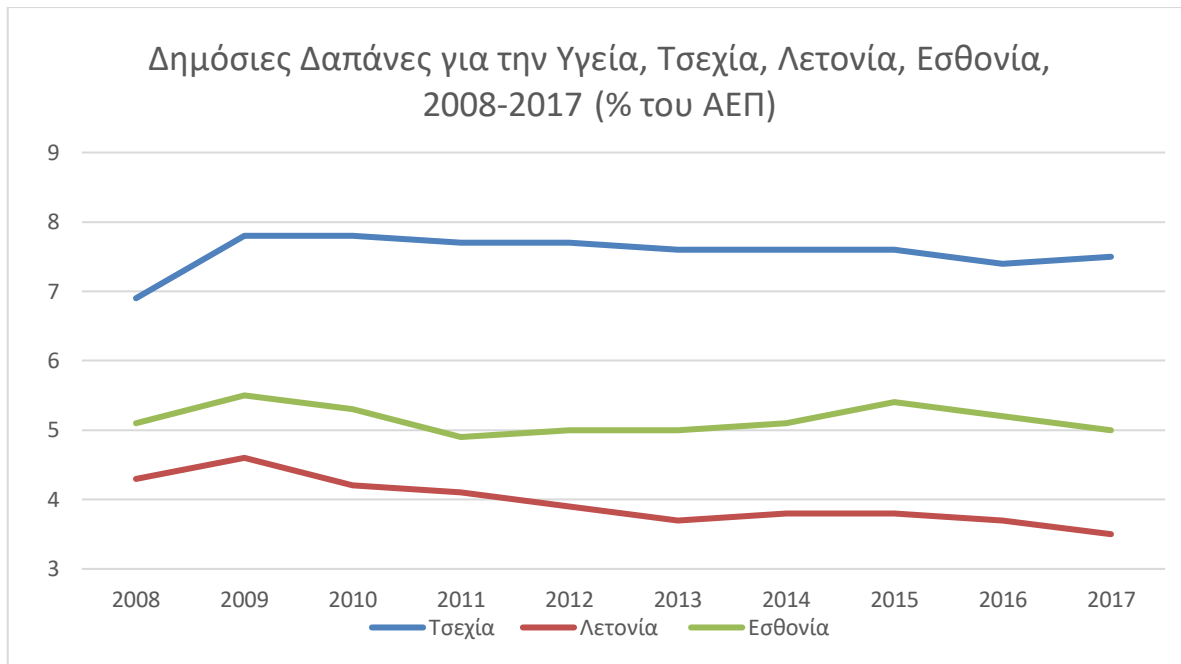
Διάγραμμα 25 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Λιθουανία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

Τέλος, οι Λετονία, Τσεχία και Εσθονία διαθέτουν σύστημα Υγείας με κοινωνική δημόσια ασφάλιση, ενώ παράλληλα λειτουργούν εντός τους και ιδιωτικές μονάδες υγείας. Γενικά, οι τρεις χώρες διατηρούν σταθερά χαμηλό επίπεδο δαπανών για την Υγεία, με την οικονομική κρίση να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις οικονομίες τους (Kutzin, Cashin, & Jakab, 2010).

Γενικότερα, οι τρεις χώρες αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στον τομέα της υγείας, λόγω των ελλειμμάτων στα δημόσια ταμεία, αλλά και της μείωσης του μεγέθους της οικονομίας από την οικονομική κρίση. Ωστόσο, οι τρεις χώρες κατάφεραν να διατηρήσουν σταθερές τις δαπάνες για την Υγεία, με εξαίρεση τη Λετονία, η οποία εξακολουθεί να παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα σε αυτό τον τομέα (OECD & EOHSP, 2017bf). Αναλυτικά (eurostat, 2019):

	Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία, Τσεχία, Λετονία, Εσθονία, 2008-2017 (% του ΑΕΠ)									
Χώρα	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Τσεχία	6.9	7.8	7.8	7.7	7.7	7.6	7.6	7.6	7.4	7.5
Λετονία	4.3	4.6	4.2	4.1	3.9	3.7	3.8	3.8	3.7	3.5
Εσθονία	5.1	5.5	5.3	4.9	5.0	5.0	5.1	5.4	5.2	5.0

Πίνακας 26 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Τσεχία, Λετονία, Εσθονία, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 26 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Τσεχία, Λετονία, Εσθονία, 2008-2017, (eurostat, 2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα συγκριθούν τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την πορεία των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας εντός της ΕΕ. Το μεγαλύτερο βάρος της σύγκρισης θα δοθεί στην πορεία των δαπανών της Ελλάδας, της οποίας τα στοιχεία θα συγκριθούν με την πορεία των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών κρατών.

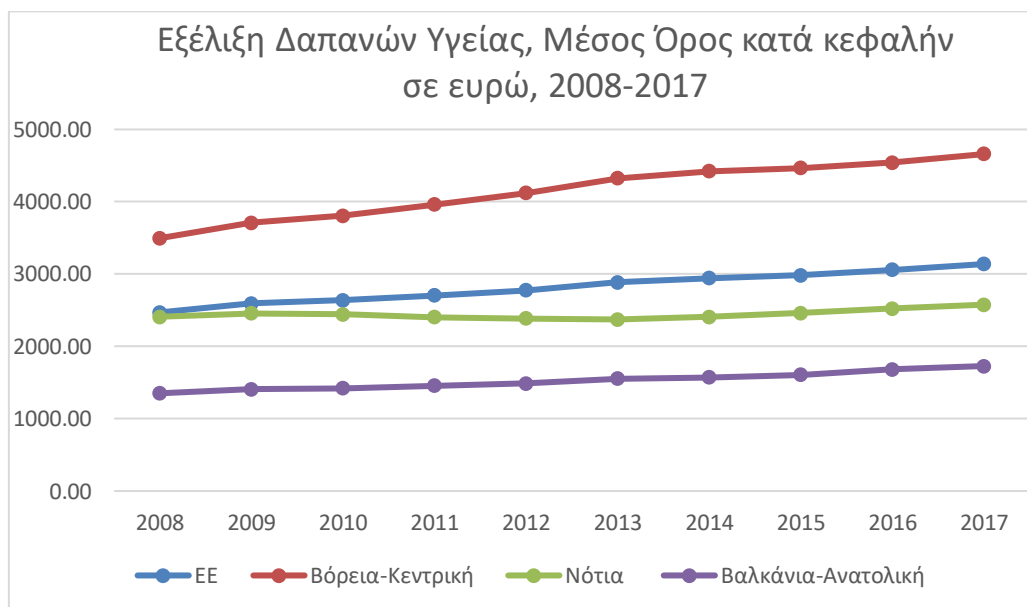
4.1. Ποσοτική σύγκριση

Προκειμένου να προκύψει ένα αντικειμενικό συμπέρασμα από την εν λόγω ανάλυση, θα χρησιμοποιηθούν οι δαπάνες Υγείας όλων των κρατών της ΕΕ, ως κατά κεφαλήν σε ευρώ. Η μονάδα αυτή θα βοηθήσει στην βαθύτερη κατανόηση της εξέλιξης των δαπανών, σε σχέση με το ποσοστό επί του ΑΕΠ, καθώς το ΑΕΠ εξαρτάται αποκλειστικά από το σύνολο της οικονομίας.

Αρχικά θα παρατεθεί πίνακας, ο οποίος διαθέτει τον μέσο όρο της ΕΕ ανά έτος, καθώς επίσης και τους μέσους όρους των γεωγραφικών ομάδων κρατών, που αναφέρθηκαν στο Κεφάλαιο 3. Αναλυτικά:

Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Μέσος Όρος κατά κεφαλήν σε ευρώ, 2008-2017										
Μέσος Όρος	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ελλάδα	2595,66	2568,81	2407,70	2130,23	2013,87	1969,12	1906,47	1960,17	2022,82	2076,53
ΕΕ	2470,16	2592,41	2636,85	2704,98	2776,80	2884,95	2942,32	2984,17	3057,04	3138,37
Βόρεια-Κεντρική Ευρώπη	3496,41	3709,60	3807,24	3963,47	4121,32	4322,30	4422,39	4467,95	4541,18	4659,17
Νότια Ευρώπη	2405,87	2456,41	2443,51	2404,73	2385,16	2372,70	2408,06	2462,46	2522,66	2576,89
Βαλκάνια-Ανατολική Ευρώπη	1351,70	1409,18	1420,39	1458,01	1486,20	1553,83	1573,45	1605,47	1680,09	1728,53

Πίνακας 27 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας Μέσος Όρος, (eurostat, 2019)



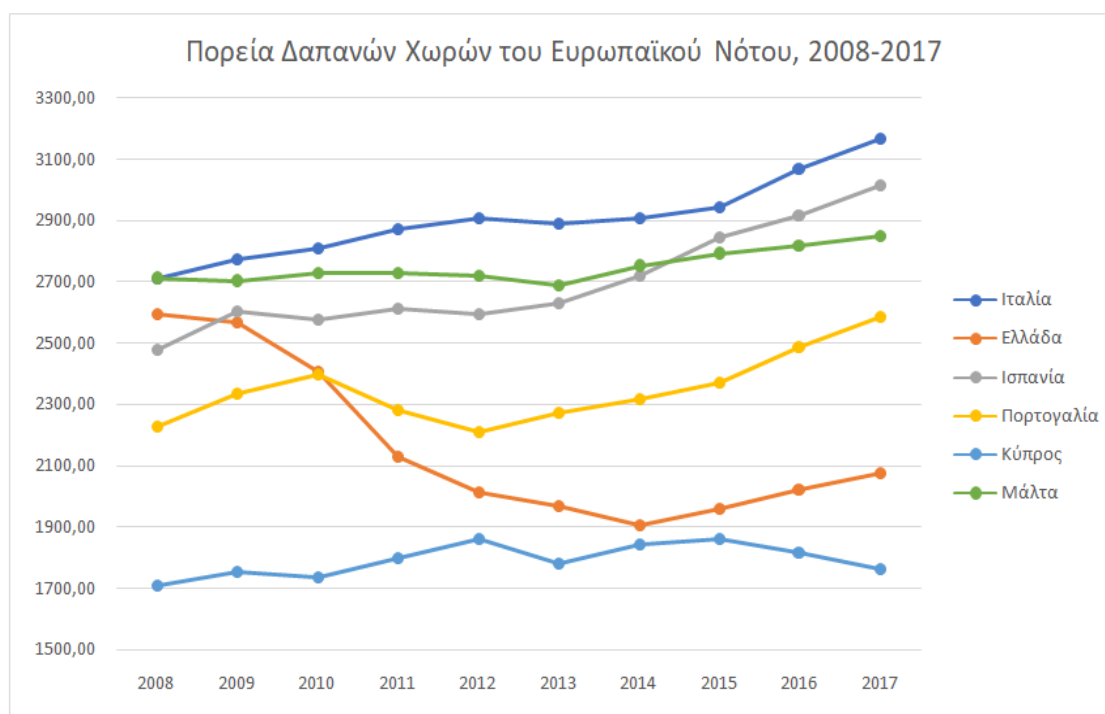
Διάγραμμα 27 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας Μέσος Όρος, (eurostat, 2019)

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, το σύνολο των δαπανών για την Υγεία σε όλη την Ευρώπη αυξήθηκε. Ωστόσο, στις χώρες του Νότου, της Ανατολής και των Βαλκανίων, η αύξηση είναι περισσότερο σταδιακή από την Βόρεια Ευρώπη. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την ανισότητα μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ, καθώς επίσης και τις μεγάλες οικονομικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες του Βορρά, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες.

Ενώ οι χώρες του Ευρωπαϊκού νότου, κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, βρίσκονταν στο μέσο όρο της ΕΕ, κατά τα επόμενα έτη δεν κατάφεραν να επανέλθουν στα προ κρίσης επίπεδα. Στον επόμενο πίνακα φαίνεται η θέση της Ελλάδας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του Ευρωπαϊκού νότου:

Πορεία Δαπανών Χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου, 2008-2017										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ιταλία	2712,02	2774,67	2810,47	2873,13	2908,93	2891,03	2908,93	2944,73	3070,04	3168,49
Ελλάδα	2595,66	2568,81	2407,70	2130,23	2013,87	1969,12	1906,47	1960,17	2022,82	2076,53
Ισπανία	2479,30	2604,61	2577,76	2613,56	2595,66	2631,46	2720,97	2846,27	2917,88	3016,34
Πορτογαλία	2228,69	2336,09	2398,75	2282,39	2210,79	2273,44	2318,19	2371,90	2488,25	2586,71
Κύπρος	1709,56	1754,31	1736,41	1799,06	1861,71	1781,16	1843,81	1861,71	1816,96	1763,26
Μάλτα	2710,00	2700,00	2730,00	2730,00	2720,00	2690,00	2750,00	2790,00	2820,00	2850,00

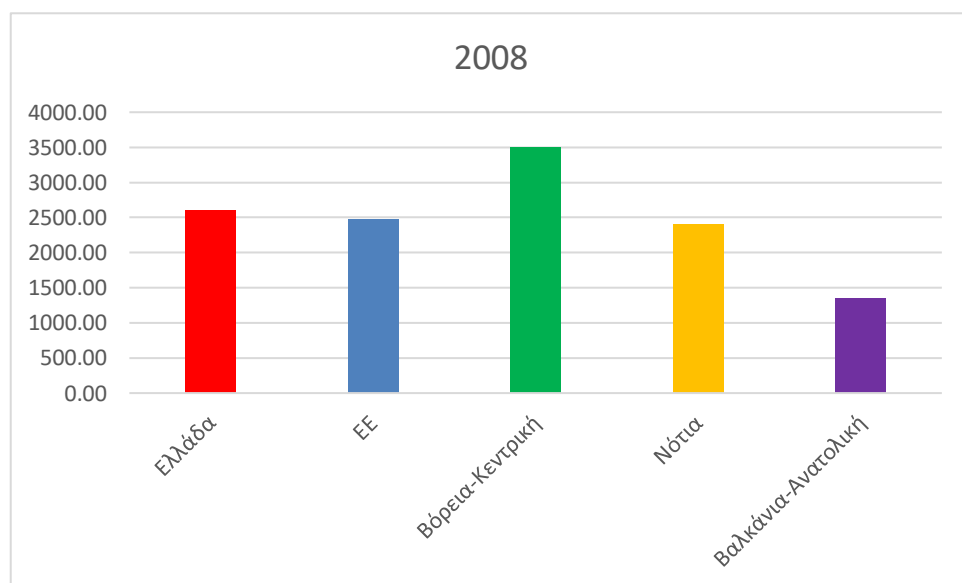
Πίνακας 28 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Νότια Ευρώπη, 2008-2017, (eurostat, 2019)



Διάγραμμα 28 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας, Νότια Ευρώπη, 2008-2017, (eurostat, 2019)

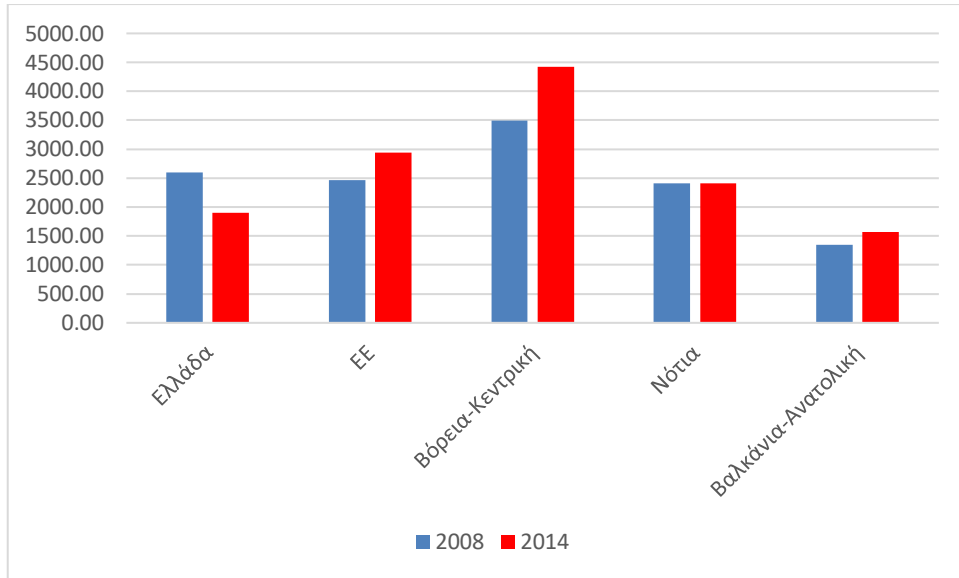
Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, την μεγαλύτερη μεταβολή σε διάστημα 10 ετών την είχε η Ελλάδα, η οποία μόλις το 2015 μπόρεσε και αύξησε κατά ένα μικρό ποσοστό τις δαπάνες για την Υγεία. Επιπλέον, η Κύπρος παρέμεινε σταθερά στην τελευταία θέση, ανάμεσα στα κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου, παρά τις προτροπές από την ΕΕ για αύξηση των δαπανών στον τομέα της Υγείας.

Η θέση της Ελλάδας είναι ιδιαίτερα δύσκολη στον τομέα της Υγείας. Συγκρίνοντας τα ποσά του 2008 με τους μέσους όρους των υπόλοιπων γεωγραφικών ομάδων, προκύπτει:



Διάγραμμα 29 Σύγκριση των Δαπανών Υγείας της Ελλάδας, σε σχέση με τις υπόλοιπες γεωγραφικές ομάδες, (eurostat, 2019)

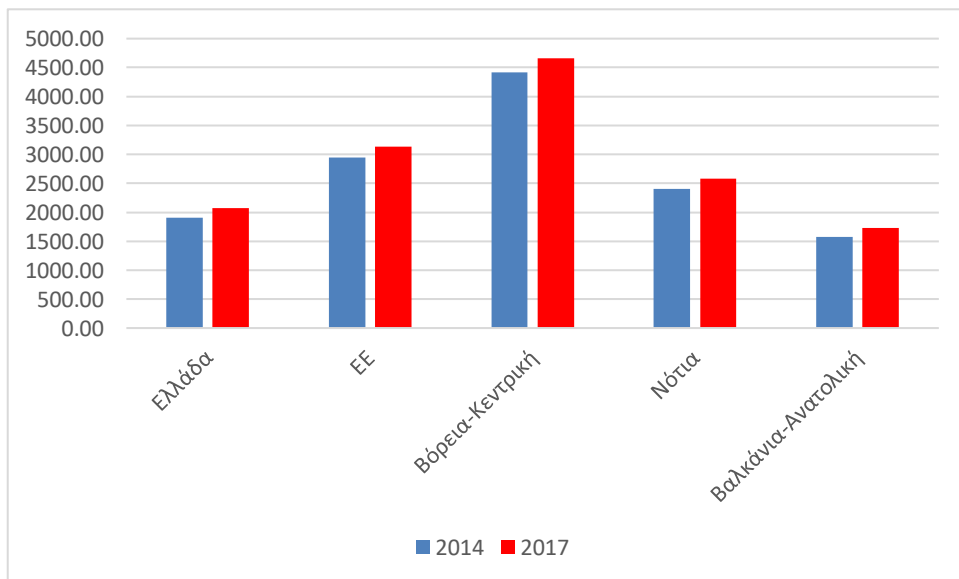
Η Ελλάδα βρίσκεται λίγο πιο πάνω τόσο από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, όσο και τον μέσο όρο των κρατών του Ευρωπαϊκού Νότου. Επιπλέον, η θέση της Ελλάδας ήταν στην 13^η θέση στην Ευρωπαϊκή Κατάταξη, ενώ το 2014 στο απόγειο της οικονομικής κρίσης:



Διάγραμμα 30 Εξέλιξη των δαπανών Υγείας μεταξύ 2008 και 2014, σύγκριση της Ελλάδας με την ΕΕ, (eurostat, 2019)

Η Ελλάδα μείωσε σημαντικά τις δαπάνες της κατά περίπου 600 ευρώ κατά κεφαλήν, σε διάστημα 7 ετών. Παράλληλα, το σύνολο των Γεωγραφικών Ομάδων της ΕΕ αύξησαν τις δαπάνες τους, ενώ η Ελλάδα προσπαθούσε ακόμα να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση.

Η κατάσταση βελτιώθηκε ελαφρά το 2017:



Διάγραμμα 31 Εξέλιξη των δαπανών Υγείας μεταξύ 2014 και 2017, σύγκριση της Ελλάδας με την ΕΕ, (eurostat, 2019)

Ωστόσο, παρά την αύξηση των δαπανών, η Ελλάδα παρέμεινε κάτω από το μέσο όρο των κρατών του Ευρωπαϊκού νότου. Από την 13^η θέση, η Ελλάδα το 2017 έπεσε στη 18^η θέση ανάμεσα στους 28 της ΕΕ, ακολουθούν η Κύπρος (22^η θέση) και τα κράτη του πρώην ανατολικού μπλοκ, με εξαίρεση την Τσεχία (17^η θέση) και την Σλοβενία (16^η θέση).

4.2. Ποιοτική σύγκριση

Η ποιοτική ανάλυση των χωρών της ΕΕ αποτελεί επίσης σημαντικό τμήμα, στην προσπάθεια κατανόησης του αντίκτυπου της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων λιτότητας, στο σύνολο των κρατών. Παρά τις δυσκολίες και τις διαφωνίες σε όλους τους τομείς, ο τομέας της Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση δείχνει να βρίσκεται σε καλή κατάσταση.

Όπως προαναφέρθηκε υπάρχει μεγάλη ανισότητα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, όσον αφορά τις οικονομικές δυνατότητες, τις κοινωνικές υποδομές και παροχές, καθώς επίσης και τους διαθέσιμους πόρους. Στην καλύτερη θέση βρίσκονται τα κράτη του Ευρωπαϊκού Βορρά. Τα κράτη αυτά διαθέτουν το υψηλότερο ποσοστό ανάπτυξης και το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν εισόδημα, επομένως είναι λογικό, οι δαπάνες στον τομέα της Υγείας των κρατών αυτών να αντικατοπτρίζουν τα μεγέθη αυτά.

Αντίθετα από τα κράτη του Βορρά, τα κράτη του πρώην ανατολικού μπλοκ βρίσκονται ακόμα σε μία διαρκή προσπάθεια ενίσχυσης της οικονομίας τους, καθώς τρεις δεκαετίες μετά την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης, τα κράτη της Ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων δεν κατάφεραν να αυξήσουν την οικονομία τους και να εκμεταλλευτούν τους πόρους τους. Τα συστήματα υγείας των κρατών αυτών αποτελούν κυρίως συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία ωστόσο παρέχουν υπηρεσίες μικρού εύρους.

Ορισμένα από τα παραπάνω κράτη, ωστόσο, διαθέτουν εξαιρετικές υποδομές υγείας, οι οποίες κατατάσσονται ανάμεσα στις καλύτερες του κόσμου. Στις υποδομές αυτές όμως δεν έχουν πρόσβαση όλοι οι πολίτες, καθώς απαιτείται η χρήση ιδιωτικής ασφάλισης, λόγω του ότι η κρατική δεν τις καλύπτει. Αυτό δημιουργεί μία έντονη δυσαρέσκεια ανάμεσα στους πολίτες, οι οποίοι τα τελευταία έτη διαδηλώνουν και διαμαρτύρονται συνεχώς για την άνιση μεταχείριση των οικονομικά ασθενέστερων.

Τέλος, τα κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, είναι αυτά τα οποία δέχτηκαν το πλέον ισχυρό πλήγμα ανάμεσα στα κράτη-μέλη της ΕΕ από την οικονομική κρίση. Οι παράγοντες για το φαινόμενο αυτό μπορούν να εντοπιστούν στους κύριους τομείς των οικονομιών των κρατών αυτών. Τα κράτη του Ευρωπαϊκού νότου στηρίζονται κυρίως στον πρωτογενή τομέα και ειδικότερα στην παραγωγή αγροτικών προϊόντων πολυτελείας, όπως το ελαιόλαδο και το κρασί και στον τριτογενή τομέα, ο οποίος είναι ο Τουρισμός.

Η οικονομική κρίση του 2008 προκάλεσε έντονη πολιτική αστάθεια ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ. Το αποτέλεσμα ήταν να μειωθεί τόσο η τουριστική κίνηση, δεδομένου ότι οι περισσότεροι τουρίστες φοβόντουσαν τη μετακίνηση κατά τους πρώτους μήνες της κρίσης και να μειωθούν οι εξαγωγές, λόγω της πολιτικής αστάθειας. Αυτό κλόνισε τις ευαίσθητες οικονομίες των νότιων χωρών και σε μεγαλύτερο βαθμό την Ελλάδα.

Στον τομέα της Υγείας, οι παράγοντες που οδήγησαν στην αστάθεια των συστημάτων Υγείας των κρατών του Ευρωπαϊκού νότου μπορούν να συνοψιστούν σε:

- Υψηλό ποσοστό διαφθοράς
- Μείωση της πραγματικής οικονομίας και κατά συνέπεια του ΑΕΠ
- Αύξηση των μεταναστευτικών ροών, περισσότεροι ασθενείς
- Περιορισμός των δαπανών, μέτρα λιτότητας

Ειδικότερα στην Ελλάδα, τα προβλήματα του συστήματος υγείας εξακολουθούν να είναι ακόμα ορατά, όπως:

- Έλλειψη προσωπικού
- Έλλειψη αναλώσιμων
- Κακή κατάσταση κτιρίων και εξοπλισμού

Τα φαινόμενα αυτά οδηγούν τους Έλληνες στην επιλογή ιδιωτικών παροχών υγείας, καθώς πλέον το ασφαλιστικό σύστημα δεν καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες σε φάρμακα και περίθαλψη. Επιπλέον, λόγω της αύξησης της ανεργίας και του μεταναστευτικού, υπάρχει έντονος συνωστισμός στις δημόσιες μονάδες υγείας, με αποτέλεσμα πολλοί από τους ασθενείς να περιμένουν ακόμα και για διάστημα μεγαλύτερο των τριών ωρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο 1, αναλύθηκαν οι βασικοί εισαγωγικοί όροι, ορίστηκαν οι κύριες έννοιες της μελέτης και επεξηγήθηκε η σημασία του αγαθού "υγεία". Παράλληλα, αναλύθηκαν οι διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγείας: το φιλελεύθερο, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το εθνικό σύστημα υγείας. Βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης προκύπτει πως το κάθε ένα από αυτά τα συστήματα έχει τόσο "δυνατά" όσο και "αδύναμα" σημεία, ενώ η ειδοποιός διαφορά αφορά το επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης, την συμμετοχή του ασφαλιζόμενου στις δαπάνες και την χρηματοδότηση του συστήματος (Σακελλαρόπουλος, 2008).

Έπειτα, στο κεφάλαιο 2, έγινε μία αναφορά στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Επεξηγήθηκε πως, μέχρι και τις αρχές του 20ου αιώνα, τα ταμεία ήταν εξαιρετικά περιορισμένα και μία πρώτη προσπάθεια για καθολική κάλυψη του πληθυσμού έγινε με την βιομηχανική ανάπτυξη της χώρας πριν το 1939. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε η ίδρυση του ΙΚΑ το 1937. Μέχρι το 1961, οι αγρότες δεν διέθεταν δικό τους ξεχωριστό ταμείο, κάτι το οποίο έγινε με την ίδρυση του ΟΓΑ το ίδιο έτος. Στην έρευνα αναφέρεται η σημασία της ίδρυσης του ΕΣΥ, το 1983, ως ένα μικτό σύστημα υγείας, που συνδυάζει στοιχεία των προαναφερθέντων συστημάτων. Το ΕΣΥ αναλαμβάνει την οργάνωση της περίθαλψης συνολικά.

Όπως αναλύθηκε έως το 2008, το ΕΣΥ αποτελούσε μία προσπάθεια δημιουργίας ενός καθολικού συστήματος υγείας, το οποίο ωστόσο δεν λειτούργησε. Οι παράγοντες που προκάλεσαν σοβαρά προβλήματα στο ΕΣΥ ήταν:

- Η διαφθορά
- Οι κομματικές προσλήψεις
- Η κακοδιαχείριση των κονδυλίων
- Τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων
- Η έλλειψη κεντρικού ανεξάρτητου ελεγκτικού οργάνου, το οποίο να μην έχει δεσμούς με το κυβερνών κόμμα

Στο κεφάλαιο 3, πραγματοποιήθηκε μία ανασκόπηση των δεδομένων, σχετικά με την εξέλιξη των δαπανών για την υγεία από το 2008 μέχρι σήμερα. Από την έρευνα αναδείχθηκε η σημασία της κρίσης στην χρηματοδότηση του τομέα της υγείας και πως όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ επηρεάστηκαν από αυτήν.

Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε μία διαχρονική τάση ανάπτυξης των συστημάτων των κρατών της Κεντρικής και Βορείου Ευρώπης, σε αντίθεση με τα κράτη μέλη του Νότου, στα οποία παρουσιάζονται προβλήματα στον τομέα. Ο λόγος είναι ότι τα κράτη της Κεντρικής και της Βορείου Ευρώπης κατάφεραν να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων, πριν από την οικονομική κρίση. Με τον τρόπο αυτό το διάστημα 2008-2017 ήταν σε θέση να αντιμετωπίσουν τις οποιεσδήποτε επιπλοκές της κρίσης, αυξάνοντας σε μικρό βαθμό τις δαπάνες στον τομέα της Υγείας.

Στο κεφάλαιο 4, έγινε η ποσοτική και η ποιοτική σύγκριση των δεδομένων. Το βασικό συμπέρασμα είναι πως η γεωγραφική θέση των κρατών μελών της ΕΕ, το σύστημα παραγωγής (οικονομία), ο βαθμός οικονομικής ανάπτυξης και το πολιτικό σύστημα επηρεάζουν την πορεία της εξέλιξης των δαπανών για την υγεία. Παράλληλα, γίνεται περισσότερο εύκολος ο εντοπισμός των παραγόντων που συντέλεσαν στην οικονομική οπισθοδρόμηση των συστημάτων των κρατών-μελών του νότου, ιδιαίτερα μετά το 2012.

Επιπλέον, τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν στις χώρες όπως η Ελλάδα, βρίσκονται ακόμα σε ισχύ, με αποτέλεσμα τα κράτη αυτά να μην έχουν τη δυνατότητα να προχωρήσουν σε ουσιαστική αύξηση των δαπανών στον τομέα της Υγείας, προκειμένου να είναι σε θέση να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η κατάσταση αυτή οδηγεί τους πολίτες σε ακραίες συμπεριφορές, καθώς τα χρήματα τα οποία, θεωρητικά, καλύπτουν τις δαπάνες της υγείας, προέρχονται από τις εργασιακές τους εισφορές.

Εξετάζοντας ξανά τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

1. Πώς εξελίχθηκε το σύστημα υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους έως σήμερα και ποιά η σημασία της εξέλιξης αυτής για τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία;
2. Ποιές είναι οι κύριες αδυναμίες του συστήματος υγείας στην σύγχρονη Ελλάδα (1974 έως σήμερα) και σε ποιά σημεία αποδίδει;
3. Τί δείχνει μία ποσοτική σύγκριση των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και τα παραπάνω κράτη μέλη για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;
4. Ποιοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό;

Προκύπτει ότι:

1. Το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα αποτελούσε πάντα προϊόν της ιδεολογικής και της πολιτικής βούλησης της άρχουσας τάξης. Το σύστημα άλλαζε μορφή, ανάλογα με τις επικρατούσες πολιτικές συνθήκες.
2. Η κύρια αδυναμία του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η προσπάθεια μεταρρύθμισης της λειτουργίας του, χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια εξυγίανση. Προκειμένου να λυθεί το ζήτημα αυτό στο μέλλον, θα πρέπει το νέο σύστημα υγείας να ξεκινήσει από μηδενική βάση, χωρίς να κληρονομήσει τα ελλείμματα των προηγούμενων δεκαετιών.

3. Όπως είναι φυσικό, ένα κράτος το οποίο είναι σε θέση να δαπανήσει μεγαλύτερο ποσό χρημάτων, είναι σε θέση να παρέχει στους πολίτες του υπηρεσίες υψηλού επιπέδου ποιότητας. Ωστόσο, παρατηρείται μία γενική προσπάθεια περιορισμού των δημόσιων παροχών προς τους πολίτες σε όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα οι πολίτες να προσπαθούν να ασφαλιστούν σε ιδιωτικούς φορείς, προκειμένου να έχουν στη διάθεσή τους περισσότερες παροχές.

4. Ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τις δαπάνες της Υγείας, στο σύνολο της ΕΕ, είναι το μέγεθος της οικονομίας. Όσο μεγαλύτερο το ΑΕΠ, τόσο περισσότερες παροχές μπορεί να προσφέρει το κράτος στους πολίτες.

Ενδεχομένως, οι μελλοντικές έρευνες στον τομέα θα μπορούσαν να εμβαθύνουν περισσότερο στα αίτια που επηρεάζουν τις δαπάνες στην Υγεία, καθώς επίσης και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζονται οι παροχές και το επίπεδο των υπηρεσιών. Γενικότερα, θα πρέπει να διερευνηθεί η «τάση» μείωσης των παροχών από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, η οποία και απαντάται στο σύνολο των Ευρωπαϊκών κρατών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Acharya, V. V., & Richardson, M. (2009). Causes of the financial crisis. . *Critical Review*, 21(2-3), σσ. 195-210.
- Aiginger, K. (2009). The current economic crisis: causes, cures and consequences. *WIFO working papers*.
- Albreht, T., Pribakovic, R. B., Josar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., & Maresso, A. (2016). Slovenia: Health system review. *Health systems in transition*, 18(3), σσ. 1-207.
- Alhubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, σ. 211.
- Auffray, C., Balling, R., Barroso, I., Bencze, L., Benson, M., Bergeron, J., & Del Signore, S. (2016). Making sense of big data in health research: towards an EU action plan. . *Genome medicine*, 8(1), σ. 71.
- Azzopardi, N. M., Calleja, N., Calleja, A., & Cylus, J. (2014). Malta: Health system review. . *Health systems in transition*, 16(1), σσ. 1-97.
- Barros, P. P., Almeida Simoes, J. D., Allin, S., Mossialos, E., & W. H. Organization., (2007). *Health systems in transition: Portugal: health system review* . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, A. J. (2011). Portugal. Health system review. *Health systems in transition*, 13(4), σσ. 1-156.
- Bekemeier, B., Walker Linderman, T., Kneipp, S., & Zahner, S. J. (2015). Updating the definition and role of public health nursing to advance and guide the specialty. . *Public Health Nursing*, 32(1), σσ. 50-57.
- Bengtsson, E. (2011). Repoliticalization of accounting standard setting—The IASB, the EU and the global financial crisis. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), σσ. 567-580.

- Burke, S., Thomas, S., Barry, S., & Keegan, C. (2014). Indicators of health system coverage and activity in Ireland during the economic crisis 2008–2014—From ‘more with less’ to ‘less with less’. *Health Policy*, *117*(3), σσ. 275-278.
- Chevreur, K., Brigham, B., Durand-Zaleski, I., & Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health system review. . *Health Systems in Transition*, (17/3).
- Coker, R. J., Atun, R. A., & McKee, M. (2004). Health-care system frailties and public health control of communicable disease on the European Union's new eastern border. . *The Lancet*, *363*(9418), σσ. 1389-1392.
- Correia, T., Dussault, G., & Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. . *Health Policy*, *119*(12), σσ. 1600-1605.
- Deacon, B. (2000). Eastern European welfare states: the impact of the politics of globalization. *Journal of European social policy*, *10*(2), σσ. 146-161.
- Džakula, A., Sagan, A., Pavic, N., Loncarek, K., & Sekelj-Kauzlaric, K. (2014). *Croatia Health system review*.
- Ervasti, H., Kouvo, A., & Venetoklis, T. (2019). Social and institutional trust in times of crisis: Greece, 2002–2011. . *Social Indicators Research*, *141*(3), σσ. 1207-1231.
- eurostat. (2019). *General government expenditure by function*. Ανάκτηση από https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tepsr_sp110&language=en
- Fountoulakis, K. N., Grammatikopoulos, I. A., Koupidis, S. A., Siamouli, M., & Theodorakis, P. N. (2012). Health and the financial crisis in Greece. . *The Lancet*, *379*(9820), σσ. 1001-1002.
- Frank, L. D., Sallis, J. F., Conway, T. L., Chapman, J. E., Saelens, B. E., & Bachman, W. (2006). Many pathways from land use to health: associations between neighborhood walkability and active transportation, body mass index, and air quality. . *Journal of the American planning Association*, *72*(1), σσ. 75-87.

- Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., & Panteli, D. (2011). Hungary health system review. . *Health systems in transition*, 13(5), σσ. 1-266.
- Gerken, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: Health system review. . *Health systems in transition*, 12(5), σσ. 1-266.
- Goodale, T., & Godbey, G. (1988). *The evolution of leisure: Historical and philosophical perspectives*. Venture Publishing, Inc.
- Grima, S., Spiteri, J. V., Jakovljevic, M. M., Camilleri, C., & Buttigieg, S. C. (2018). High Out-of-Pocket Health Spending in Countries With a Mediterranean Connection. . *Frontiers in public health*, 6, σ. 145.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean?. . *Journal of health services research & policy*, 7(3), σσ. 186-188.
- Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., & Lunt, N. (2014). What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK National Health Service as an example of a public health care system. *Journal of Travel Medicine*, 21(6), σσ. 410-417.
- Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007). Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems. *Social Policy & Administration*, 41(6), σσ. 574-596.
- Hörl, W. H., De Alvaro, F., & Williams, P. F. (1999). Healthcare systems and end-stage renal disease (ESRD) therapies—an international review: access to ESRD treatments. . *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl_6), σσ. 10-15.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), σσ. 8-12.

- Ifanti, A., Arghyriou, A., Kalofonou, F., & Kalofonos, H. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy, 113*(1-2), σσ. 8-12.
- Iversen, T., & Pontusson, J. (2000). Comparative political economy: a Northern European perspective. *Unions, Employers, and Central Banks: macroeconomic coordination and institutional change in social market economies*, (σσ. 1-37).
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., & Liaropoulos, L. (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. . *EJBSS, 4*, σσ. 111-125.
- Kakaletsis, N., Ioannidis, A., Sigalas, I., & Hatzitolios, A. (2013). The regional organization of the National Health System (ESY) in Greece-A brief overview of the legislative interventions to date. *Archives of Hellenic Medicine, 30*(2) .
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. . *The Lancet, 381*(9874), σσ. 1323-1331.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., Stuckler, D., & McKee, M. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet, 383*(9918)), σσ. 748-753.
- Koukiadaki, A., & Kretsos, L. (2012). Opening Pandora's box: The sovereign debt crisis and labour market regulation in Greece. *Industrial Law Journal, 41*(3), σσ. 276-304.
- Koutserimpas, C., A. P., Velimezis, G., Papagiannakis, G., Keramidis, I., Ioannidis, A., & Samonis, G. (2019). The burden on public emergency departments during the economic crisis years in Greece: a two-center comparative study. . *Public health, 167*, σσ. 16-20.
- Kroneman, M., Boerma, W., & Groenewegen, P. (2016). Netherlands: health system review. . *Health systems in transition, 18*(2), σσ. 1-240.

- Kutzin, J., Cashin, C., & Jakab, M. (2010). Implementing health financing reform. . *World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 7(5), 327-60. *World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 7(5), σσ. 327-360.
- Lu, J. F., & Hsiao, W. C. (2003). Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. . *Health affairs*, 22(3), σσ. 77-88.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. . *New England journal of medicine*, 358(23), σσ. 2468-2481.
- Mc Kee, M., & Mossialos, E. (2002). *The impact of EU law on health care systems*. Brussels: PIE-Peter Lang.
- Mladovsky, P., & et al. (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe . *World Health Organization, Report, available at <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108608/e96643.pdf>*.
- Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. . *The British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), σσ. 135-160.
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. . *Health economics*, 14(S1), σσ. S151-S168.
- Murauskiene, L., Janoniene, R., Veniute, M., & Karanikolos, M. (2013). Lithuania: health system review. *Health systems in transition*, 15(2), σσ. 1-150.
- OECD & EOHSP . (2017bc). *State of Health in the EU, Hungary Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017). *State of Health in the EU, Malta Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017aa). *State of Health in the EU, The Netherlands Health Profile 2017*. Brussels: EU.

- OECD & EOHSP. (2017ab). *State of Health in the EU, Luxembourg Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017ac). *State of Health in the EU, Ireland Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017ad). *State of Health in the EU, Austria Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017ae). *State of Health in the EU, Bulgaria Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017af). *State of Health in the EU, Croatia Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017ag). *State of Health in the EU, Romania Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017b). *State of Health in the EU, Cyprus Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017ba). *State of Health in the EU, Slovakia Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017bb). *State of Health in the EU, Slovenia Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017bd). *State of Health in the EU, Poland Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017be). *State of Health in the EU, Lithuania Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017bf). *State of Health in the EU, Latvia Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017c). *State of Health in the EU, Portugal Health Profile 2017*. Brussels: EU.

- OECD & EOHSP. (2017d). *State of Health in the EU, Italy Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017e). *State of Health in the EU, Germany Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017f). *State of Health in the EU, United Kingdom Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017g). *State of Health in the EU, France Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD & EOHSP. (2017a). *State of Health in the EU, Greece Health Profile 2017*. Brussels: EU.
- OECD. (2019). *OECD Data*. Ανάκτηση από Health Spending: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, U., & Bevan, G. (2010). Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. . *Health Economics, Policy and Law*, 5(3), σσ. 269-293.
- Petmesidou, M., & Guillén, A. M. (2008). Southern-style National Health Services? Recent Reforms and Trends in Spain and Greece. . *Social Policy & Administration*, 42(2), σσ. 106-124.
- Rose, A. K., & Spiegel, M. M. (2010). Cross-country causes and consequences of the 2008 crisis: International linkages and American exposure. . *Pacific Economic Review*, 15(3), σσ. 340-363.
- Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2019). Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Critical Public Health*, 29(1), σσ. 48-60.
- Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L., Grimmeisen, S., Schmid, A., & Wendt, C. (2010). *The state and healthcare: comparing OECD countries*. Springer.

- Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domanski, F., Czyzewski, M., & Ksiezak, M. (2011). Poland health system review. . *Health systems in transition, 13(8)*, σσ. 1-193.
- Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. . McGraw-Hill Education (UK).
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Westert, G., & Devillé, W. (2010). The Netherlands: health system review. . *Health systems in transition, 12(1)*, σσ. v-xxvii.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). . *European journal of public health, 25(6)*, σσ. 1053-1058.
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics, 17(2)*, σσ. 159-170.
- Sultz, H. A., & Young, K. M. (2006). *Health care USA: Understanding its organization and delivery*. Jones & Bartlett Learning.
- Szalay, T., Pazitný, P., Szalayova, A., Frisova, S., Morvay, K., & Petrovic, M. (2011). Slovakia health system review. . *Health systems in transition, 13(2)*, σσ. v-xxiii.
- Theodorou, M., Charalambous, C., Petrou, C., & Cylus, J. (2012). Cyprus health system review. . *Health systems in transition, 14(6)*, σσ. 1-128.
- Thorhallsson, B. (2017). *The role of small states in the European Union*. . Routledge.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., & Souliotis, K. (2005). The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. . *Health policy, 74(2)*, σσ. 167-180.

- Vlădescu, C., Scîntee, S. G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., & Sagan, A. (2016). Romania: health system review. *Health systems in transition*, (18/4), σσ. 1-170.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. . *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), σσ. 453-458.
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. . *Journal of European Social Policy*, 19(5), σσ. 432-445.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), σσ. 70-90.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. . *Health affairs*, 26(4), σσ. 972-983.
- Zampieri, F. (2009). Medicine, evolution, and natural selection: An historical overview. *The Quarterly Review of Biology*, 84(4), 333-355.
- Βελονάκη, Β. Σ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 45(4), σσ. 491-499.
- Κουμαριανός, Β. (2017). Ενοποίηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης: Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης ως Οργανωτικό Όχημα για την Νέα Αρχιτεκτονική των Συντάξεων. *Κοινωνική Πολιτική*, 8, σσ. 50-73.
- Μουζέλης, Ν., & Παγουλάτος, Γ. (2003). Κοινωνία πολιτών και ιδιότητα του πολίτη στη μεταπολεμική Ελλάδα. *Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης*, 22(1), σσ. 5-29.
- Ρούπας, Θ. (2010). Ιστορική αποτίμηση και ο ρόλος των αποθεματικών στο ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα». Στο Θ. Ρούπας, *ΕΔΚΑ* (Τόμ. ΝΒ', σσ. 433-456).

Σακελλαρόπουλος, Θ., (2008). Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική., Άρθρο στο *Βήμα Ιδεών*, 7-11-2008.

Υφαντόπουλος, Γ. (1990). Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΟΚ. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 73(73), σσ. 199-249.