

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΕΠ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΥΓΕΙΑ**

Παντελιού Κωνσταντίνα

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

Πειραιάς, 2020

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΕΠ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΥΓΕΙΑ**

Παντελιού Κωνσταντίνα, Α.Μ.:1738

Επιβλέπων: Παντελίδης Παντελής, Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

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

Πειραιάς, 2020

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**Analysis of the relationship between GDP and health
expenditure**

Panteliou Konstantina

Supervisor: Pantelidis P. / Professor, Department of Economics

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

Piraeus, Greece, 2020

Ανάλυση Σχέσης Μεταξύ ΑΕΠ Και Δαπανών για την Υγεία

Σημαντικοί Όροι : Δαπάνες υγείας, Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, Ελλάδα, Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιατρικές υπηρεσίες, Οικονομική κρίση

Περίληψη

Με το ζήτημα των αυξημένων δαπανών υγείας, γίνεται λόγος για τον επίσημο αντίκτυπο που αυτό έχει στα οικονομικά συστήματα αλλά και στα υγειονομικά συστήματα. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας χρηματοδοτούνται από το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και για αυτό το λόγο αυτή η διπλωματική εργασία αναλύει και παρουσιάζει τη σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεγεθών. Για να αξιολογηθούν οικονομικά τα συστήματα υγείας, έχουν ληφθεί υπόψη μακροοικονομικοί δείκτες.

Αναλύοντας και παρουσιάζοντας τα δεδομένα, παρατηρούμε τη διαχρονική αύξηση των δημόσιων υγειονομικών δαπανών, την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στα υγειονομικά συστήματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και πως οι ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις στην αντίστοιχη λίστα των ποσοστιαίων δαπανών για τη δημόσια υγεία επί του Α.Ε.Π.

Analysis of the relationship between GDP and health expenditure

Keywords: Health expenditure, Gross domestic product, Greece, European Union, Medical services, Economic crisis

Abstract

On the issue of increased health care spending, there is a talk about the detrimental impact that it has on economic and health systems. Public health expenditures are financed by the Gross Domestic Product and for this reason this dissertation analyzes and presents the relationship between these two sizes. In order to evaluate the health systems economically, macroeconomic indicators have been taken into consideration.

As we analyze and present the data, we observe the timeless increase of public health expenditures, the increase of private expenditures, the impact of the economic crisis on the health systems all over the European Union and that the economically developed countries within the E.U., occupy the first places in the corresponding list of percentage expenditures for public health on GDP.

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----------|
| Περίληψη | vii |
| Abstract | ix |
| Κατάλογος Πινάκων..... | xiii |
| Κατάλογος Διαγραμμάτων..... | xv |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 1 |
| ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ | 1 |
| 1.1 Εισαγωγή..... | 1 |
| 1.1.1 Σύστημα Υγείας..... | 1 |
| 1.2 Πρότυπα Οργάνωσης και Διοίκησης του Συστήματος Υγείας ανά τον κόσμο..... | 1 |
| 1.2.1. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα | 3 |
| 1.2.2 Πλαίσιο περίθαλψης..... | 4 |
| 1.3 Χρηματοδότηση και σύστημα υγείας | 5 |
| 1.3.1 Προσωπικό υγείας και στατιστική ανάλυση | 6 |
| 1.4 Δαπάνες υγείας..... | 7 |
| 1.4.1 Δαπάνες σε σχέση με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας | 7 |
| 1.4.2 Δαπάνες στην υγεία και συσχετισμός με τον φορέα χρηματοδότησης | 9 |
| 1.4.3 Δαπάνες στην υγεία και συσχετισμός με τον πάροχο | 10 |
| 1.4.4 Δαπάνες υγείας σε σχέση με τη λειτουργία τους | 11 |
| 1.5 Αποτελέσματα υγείας | 13 |
| 1.5.1 Το προσδόκιμο ζωής και οι σταθμισμένοι δείκτες..... | 13 |
| 1.6 Ανακεφαλαίωση | 16 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 19 |
| Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ | 19 |
| 2.1. Εισαγωγή..... | 19 |
| 2.2. Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυγμένες Οικονομίες..... | 19 |
| 2.3 Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυσσόμενες Οικονομίες | 21 |
| 2.4 Μελέτες Αποτελεσματικότητας των ελληνικών νοσοκομείων | 22 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 25 |
| Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΥΤΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ | 25 |
| 3.1. Εισαγωγή..... | 25 |
| 3.1.1. Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας | 25 |
| 3.2. Η Οικονομική Κρίση και το Σύστημα Υγείας | 28 |
| 3.2.1 Η Οικονομική Κρίση και η Υγεία των Πολιτών..... | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3. Ανακεφαλαίωση..... | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 31 |
| ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ | 31 |
| 4.1. Εισαγωγή..... | 31 |
| 4.1.1. Α.Ε.Π. | 31 |
| 4.2. Διαχρονική Ανάλυση των Δημοσίων Δαπανών Υγείας..... | 31 |
| 4.2.1. Διαστρωματική Ανάλυση επί του Συνόλου των Δαπανών για την Υγεία | 34 |
| 4.3. Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας..... | 35 |
| 4.3.1. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα | 35 |
| 4.3.2. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Ιδιωτικό Τομέα | 39 |
| 4.4. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου..... | 41 |
| 4.5. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας τους..... | 43 |
| 4.6. Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα..... | 47 |
| 4.7. Ανακεφαλαίωση..... | 57 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | 59 |
| 5.1 Ανάλυση στατιστικών δεδομένων μέχρι και την περίοδο 2016-2017 | 59 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | 71 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 71 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 75 |

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|---|----|
| Πίνακας 1.1 Στατιστικά στοιχεία προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση για το έτος 2018 εντός Ε.Ε. | 14 |
| Πίνακας 4.1 Δημόσιες Δαπάνες υγείας ως Ποσοστό ΑΕΠ στην Ευρώπη (1990 – 2010) | 32 |
| Πίνακας 4.2 Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ στην ΕΕ (2005 – 2014) | 37 |
| Πίνακας 4.3 Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % Συνολικών Δαπανών στην ΕΕ (2005 – 2014) | 38 |
| Πίνακας 4.4 Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό των Συνολικών Δαπανών στην ΕΕ (2005–2014) | 40 |
| Πίνακας 4.5 Δαπάνες υγείας & Φαρμάκου στην Ελλάδα | 49 |
| Πίνακας 5.1 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε δις ευρώ) 2009-2017 | 69 |
| Πίνακας 5. 2: Συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (σε δις ευρώ) 2009-2016 | 70 |

Κατάλογος Διαγραμμάτων

| | |
|---|----|
| Διάγραμμα 2.1 Σχέση Κατάταξης Χωρών ανάλογα με τα αποτελέσματα και τις Κατά Κεφαλήν Δαπάνες Υγείας 20 | |
| Διάγραμμα 3.1 Προσδιοριστικοί Παράγοντες Επιπέδου Υγείας | 26 |
| Διάγραμμα 3.2 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού | 27 |
| Διάγραμμα 4.1 Συνολικές Δαπάνες υγείας στην Ευρώπη (% ΑΕΠ), 2005 – 2014) | 34 |
| Διάγραμμα 4.2 Ρυθμός αύξησης ΑΕΠ και Δημοσίων Δαπανών Υγείας στην Ε.Ε. (2005 – 2014) | 36 |
| Διάγραμμα 4.3 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου στην Ε.Ε. (% συνολικών δαπανών), 2005 – 2014 | 41 |
| Διάγραμμα 4.4 Δαπάνες Νοσοκομείων στην Ε.Ε. (% συνολικών δαπανών), 2005 -2014 | 42 |
| Διάγραμμα 4.5 Δαπάνες Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας στην Ευρώπη (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014 | 43 |
| Διάγραμμα 4.6 Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012 | 44 |
| Διάγραμμα 4.7 Δαπάνες για Θεραπευτικές Φροντίδες και Φροντίδες Αποκατάστασης στην Ε.Ε. (% συνολικών Δαπανών), 2012 | 45 |
| Διάγραμμα 4.8 Δαπάνες σε Ιατρικά Προϊόντα για Εξυπηρέτηση Εξωτερικών Ασθενών σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012 | 46 |
| Διάγραμμα 4.9 Δαπάνες για Βοηθητικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης σε Χώρες της Ευρώπης (% συνολικών Δαπανών), 2012 | 47 |
| Διάγραμμα 4.10 Ρυθμός Αύξησης ΑΕΠ (%) Ελλάδος & ΕΕ (2005-2014) | 50 |

| | |
|---|----|
| Διάγραμμα 4.11 Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας Ελλάδος (2005-2014) | 51 |
| Διάγραμμα 4.12 Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες | 53 |
| Διάγραμμα 4.13 Συνολική δαπάνη φαρμακευτικών και άλλων υγειονομικών αναλωσίμων (δισεκ. €) – Ελλάδα | 54 |
| Διάγραμμα 4.14 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα | 55 |
| Διάγραμμα 4.15 Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη | 56 |
| Διάγραμμα 5.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ανά κάτοικο για την χρονική περίοδο 2007-2016 | 59 |
| Διάγραμμα 5.2 Ποσοστό του εργατικού δυναμικού επί του συνολικού πληθυσμού για τα έτη 2007-2016 | 61 |
| Διάγραμμα 5.3 Εξέλιξη των τιμών του συντελεστή GINI στην Ελλάδα, την Γερμανία, την Ισπανία και την Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την διάρκεια της περιόδου 2007-2017 | 62 |
| Διάγραμμα 5.4 Συνολικές δαπάνες των κυβερνήσεων ως ποσοστό του ΑΕΠ | 63 |
| Διάγραμμα 5.5 Συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο σε δολάρια κατά την διάρκεια της περιόδου 2001-2011 | 64 |
| Διάγραμμα 5.6 Δημόσιες δαπάνες σε δολάρια για την υγεία ανά κάτοικο 2005-2014 | 65 |
| Διάγραμμα 5.7 «Άτυπες» πληρωμές ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας στις υπό εξέταση χώρες καθώς και στον μέσο όρο της ΕΕ για την περίοδο 2005-2014 | 67 |

Διάγραμμα 5.8 : Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά την διάρκεια της περιόδου 2003-2016 στις υπό εξέταση χώρες

68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο της διπλωματικής αυτής παρουσιάζονται οι δαπάνες υγείας, το Σύστημα Υγείας στη χώρας μας, αλλά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα πλαίσια περίθαλψης και οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για μετρήσεις στον τομέα της υγείας.

1.1.1 Σύστημα Υγείας

Σύστημα υγείας καλείται το οργανωμένο σύνολο ανθρωπίνων, χρηματικών αλλά και υλικών πόρων των υποσυστημάτων που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση και διατήρηση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. (Σούλης, 1999). Ένα σύστημα υγείας μπορεί να έχει την μορφή του εθνικού συστήματος, του φιλελεύθερου και του μικτού.

1.2 Πρότυπα Οργάνωσης και Διοίκησης του Συστήματος Υγείας ανά τον κόσμο

Είναι γνωστό πως οι δομές των συστημάτων ιατρικής περίθαλψης εντός των συνόρων της Ε.Ε. εμφανίζουν διαφοροποιήσεις. Οι διαφοροποιήσεις αυτές αφορούν τόσο τον τρόπο χρηματοδότησης όσο και τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η ιατρική περίθαλψη. Βέβαια σε όλα τα συστήματα υγείας, ανεξαρτήτως χώρας, ο τρόπος της παροχής των υπηρεσιών και η διαδικασία διανομής τους σχετίζεται άμεσα με το κράτος και τον έλεγχο που αυτό ασκεί. Τέλος σημαντικό είναι να ειπωθεί πως οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται δωρεάν στους πολίτες (Σαρρής, 2001).

Εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν τέσσερα διοικητικά συστήματα υγείας, το αγγλοσαξονικό, ηπειρωτικό, το νοτιευρωπαϊκό και το σκανδιναβικό.

Ηπειρωτικό σύστημα

Το συγκεκριμένο σύστημα υγείας βασίζεται στις αρχές και στη φιλοσοφία που εισήχθη από τον πολιτικό Otto von Bismarck στα τέλη του δέκατου ενάτου αιώνα. Βασικός πυλώνας του συγκεκριμένου

συστήματος υγείας ήταν η ύπαρξη ενός συστήματος πρόνοιας για τον πολίτη το οποίο θα προϋποθέτει παράλληλα και αυτοδιαχειριζόμενα ασφαλιστικά ταμεία. Έτσι οι χώρες της Ευρώπης που συγκαταλέγονται σε αυτό το σύστημα, δηλαδή οι χώρες της κεντρικής Ευρώπης, υιοθετώντας το παρέχουν στους πολίτες τους δωρεάν ασφάλιση βασισμένη σε κοινωνικές διατάξεις και πρότυπα.

Αγγλοσαξονικό σύστημα

Το σύστημα εμφανίστηκε μετά από εισήγηση του Sir William Beveridge στα μέσα του εικοστού αιώνα και μέχρι σήμερα συναντάται σε χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου(Αγγλία, Ιρλανδία). (Beveridge, 1942). Το συγκεκριμένο σύστημα βασίζεται κατά κύριο λόγο στο να διασφαλίζεται η ίση πρόσβαση στις δομές υγείας για όλους και όλες, στο να γίνεται ορθή διαχείριση των πόρων και στο να δίνεται έμφαση στην ενδυνάμωση των κέντρων υγείας στην περιφέρεια. Τέλος το αγγλοσαξονικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από το κράτος και τον προϋπολογισμό του.

Σύστημα Νότιας Ευρώπης

Το σύστημα της Νότιας Ευρώπης είναι ένας συνδυασμός αγγλοσαξονικού και ηπειρωτικού μοντέλου και βασίζεται στην αυτονομία των δομών υγείας. Οι χώρες αυτές έχοντας για πολλά χρόνια πολιτεύματα ολοκληρωτικών καθεστώτων, και μετά την έξοδό τους από αυτά, προχώρησαν σε πιο δημοκρατικά συστήματα, εισήγαγαν και σε ανάλογες μεταρρυθμιστικές πολιτικές οι οποίες καθόρισαν πλέον το σύστημα υγείας τους. Η κύρια μεταρρύθμιση η οποία καθόριζε ένα κοινό και εθνικό σύστημα υγείας, πραγματοποιήθηκε κατά τις δεκαετίες του εβδομήντα και του ογδόντα γεγονός που θεωρήθηκε ιδιαίτερα καινοτόμο για την εποχή. Βέβαια εξ' αιτίας πολιτικών λόγων δεν επετεύχθη σε απόλυτο βαθμό η υιοθέτηση του ανωτέρω συστήματος και πολλές χώρες οδηγήθηκαν σε ημίμετρα και ανορθόδοξη διαχείριση των ήδη ελάχιστων πόρων.

Σκανδιναβικό σύστημα

Χώρες όπως η Φινλανδία, η Δανία, η Νορβηγία και η Σουηδία εφαρμόζουν το εν λόγω σύστημα, το οποίο θέτει τις αρμόδιες για τη χρηματοδότησή του, την κεντρική και τοπική αυτοδιοίκηση.

1.2.1. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Στις αρχές της δεκαετίας του ογδόντα τέθηκαν οι βασικές αρχές για τον καθορισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) όπως το ξέρουμε σήμερα. Με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ έγιναν προσπάθειες για να δοθεί έμφαση στη δημιουργία μονάδων υγείας ακόμη και στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας ενώ έγιναν σημαντικές κινήσεις για αναδιαμόρφωση του θεσμού του ιατρού με ό,τι αυτό συνεπάγεται και για επαναπροσδιορισμό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ακόμη το κράτος μπήκε στη διαδικασία να παρέχει υπηρεσίες υγείας προς όλους και όλες ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή την οικονομική κατάσταση του ατόμου ενώ πρέπει να σημειωθεί πως αρχικά απαγορευόταν η δημιουργία ιδιωτικών νοσοκομείων. Ταυτόχρονα πραγματοποιήθηκε συγχώνευση της χρηματοδότησης όσον αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία κάτι το οποίο έγινε με σκοπό να γίνει μια σωστή διαχείριση ως προς την αυξημένη παροχή υπηρεσιών. Ύστερα από θέσπιση του Νόμου 1387/1983 πραγματοποιήθηκε η οριστική διακοπή των πρωτοβάθμιων μονάδων περίθαλψης και παράλληλα θεσμοθετήθηκε η δημιουργία κέντρων υγείας αλλά και απόδοση της δαπάνης από το ασφαλιστικό ταμείο του ασφαλιζόμενου σε ειδικούς λογαριασμούς του Υπουργείου Υγείας. Ας σημειωθεί πως τελικά τα συστήματα υγείας στην περιφέρεια δεν λειτούργησαν δημιουργώντας ανισότητα αφού δεν υπήρχε εύκολη πρόσβαση για όλους, αλλά και κενά στο εθνικό σύστημα (Τούντας, 2000).

Μία από τις βασικές απόρροιες του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι το ότι η δημιουργία του τελικά επιβάρυνε την οικονομικά την κατάσταση των ταμείων ασφάλισης ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε ακαριαία αύξηση των ιδιωτικών ιατρών και κέντρων. Τα ιδιωτικά κέντρα γνώρισαν τέτοια επίπεδα αύξησης αφενός επειδή η νομοθεσία δεν επέτρεπε τη σύσταση ιδιωτικών νοσοκομείων και αφετέρου επειδή η πρωτοβάθμια φροντίδα χαρακτηριζόταν από τρωτά σημεία.

Τελικά έγιναν συστάσεις ώστε να ενοποιηθούν τα ασφαλιστικά ταμεία και έτσι να δομηθεί ένας ενιαίος φορέας διαχείρισης. Αυτό προέκυψε ως απαίτηση πλέον, αφού προηγουμένως δεν υπήρξαν προβλέψεις για την διαχείριση των οικονομικών με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν μεγάλα ελλείμματα στα ταμεία ενώ παρατηρήθηκε πως δεν είχε καθοριστεί η πηγή χρηματοδότησης και ο τρόπος που θα αποζημιωνόταν οι υπηρεσίες υγείας.

1.2.2 Πλαίσιο περίθαλψης

Αν και υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις βασικές δομές των συστημάτων υγείας ωστόσο παρατηρούνται και ομοιότητες σε σχέση με τη μορφή και την οργάνωση τους. Ως προς την μορφή συναντούμε την εξωνοσοκομειακή και την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, η μεν πρώτη οργανώνεται σε πρωτοβάθμια ενώ η δεύτερη σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη συγκαταλέγονται οι ιδιώτες ιατροί, οι ιατροί που συνεργάζονται με ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα νοσοκομεία και εξωτερικά ιατρεία, τα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας. Η συγκεκριμένη υπηρεσία προσφέρεται από το κράτος ή την τοπική αυτοδιοίκηση αλλά και από τους ασφαλιστικούς φορείς και τον ιδιωτικό τομέα.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη σχετίζεται με την νοσηλεία ασθενών εφόσον αυτοί περιθάλπονται και νοσηλεύονται εντός του νοσοκομείου. Οι υπηρεσίες λοιπόν, όπου το σύστημα της Ελλάδας παρέχει, αφορούν τρεις διαφορετικούς τομείς το δημόσιο νοσοκομείο, το ιδιωτικό νοσοκομείο και τα ανεξάρτητα φιλανθρωπικά ιδρύματα.

Αρχικά θα αναφερθούμε στο δημόσιο νοσοκομείο. Βάσει δεδομένων έχει υπολογιστεί πως οι κλίνες που ανήκουν σε δημόσια νοσοκομεία φτάνουν το εξήντα οκτώ τοις εκατό ενώ τον απόλυτο έλεγχο της διοίκησης, της οργάνωσης και της χρηματοδότησης τον έχει το κράτος.

Ο επόμενος τομέας που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τις τελευταίες δεκαετίες κάτι το οποίο είναι σε άμεση συνάρτηση με τις αδυναμίες που χαρακτηρίζουν τον δημόσιο τομέα. Τα ιδιωτικά καλούνται να καλύψουν αυτές τις αδυναμίες και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών. Έτσι δεν αποτελεί έκπληξη η στροφή του κοινού σε αυτά.

Τέλος, υπάρχουν τα ανεξάρτητα φιλανθρωπικά ιδρύματα τα οποία βέβαια έχουν στην κατοχή τους μικρό μερίδιο του συνόλου των κλινών. Σύνηθες είναι στα ιδρύματα αυτά να δίνονται κρατικές

επιδοτήσεις με σκοπό να καλύπτουν τις ανάγκες τους ενώ τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί πως περνούν μέσω διαδικασιών, στην κατοχή του κράτους.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη πλέον παρουσιάζει αρκετές ανεπάρκειες ως προς τα διοικητικά της χαρακτηριστικά και παρατηρείται πως δεν δίνονται τα απαραίτητα κίνητρα ώστε να υπάρχει και η απαιτούμενη απόδοση. Το δημόσιο νοσοκομείο εμφανίζει ελλείψεις σε όλα τα επίπεδα και δύσκολα μπορεί να επανέλθει. Η χρηματοδότηση βασίζεται κυρίως στην κρατική μέριμνα και αφορά είτε τα έξοδα του νοσοκομείου είτε την κάλυψη των μισθών των εργαζομένων κάτι το οποίο αναπόφευκτα δυσχεραίνει την κατάσταση του κράτους ενώ μολονότι υπάρχει κάλυψη ως προς τα νοσήλια από τα ταμεία ωστόσο αυτό δεν είναι επαρκές.

Τριτοβάθμια περίθαλψη

Η τριτοβάθμια περίθαλψη ορίζεται ως η φροντίδα υγείας που κατέχει εξειδικευμένες γνώσεις ιατρικής, εξειδικευμένο εξοπλισμό και ανάλογο προσωπικό. Παρέχεται κατά βάση από περιφερειακά νοσοκομεία ενώ με το πέρασμα των χρόνων παρατηρείται αύξηση.

1.3 Χρηματοδότηση και σύστημα υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από απαρχαιωμένες μεθόδους όσον αφορά την οργάνωση, την διοίκηση και την λειτουργία κάτι το οποίο έχει ως απόρροια την δυσκολία εξασφάλισης μιας πρέπουσας ιατρικής περίθαλψης για την οποία μάλιστα ο ελληνικός λαός συμβάλλει πληρώνοντας φόρο. Ακόμη ως γνωστόν, υπάρχουν δυο διαφορετικά συστήματα υγείας αυτό του δημοσίου και αυτό του ιδιωτικού χωρίς όμως να υπάρχουν σαφή ρυθμιστικά πλαίσια σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο άνθρωποι ακόμα και με χαμηλά εισοδήματα να επιζητούν νοσηλεία στον ιδιωτικό τομέα καθώς θεωρούν πως θα ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους καλύτερα ενώ παράλληλα σημειώνεται φθίνουσα πορεία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

Σε σχέση με τα ασφαλιστικά ταμεία που υπάρχουν το ΙΚΑ ασφαλίζει το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού το οποίο φτάνει στο πενήντα τοις εκατό του συνόλου, ο ΟΓΑ ασφαλίζει το είκοσι πέντε τοις εκατό του πληθυσμού, ένα δέκα τρία τοις εκατό ασφαλίζεται από τον ΟΑΕΕ ενώ το εννιά τοις εκατό του πληθυσμού ασφαλίζεται με κρατική μέριμνα.

Οι παροχές υγείας πλέον στην Ελλάδα προσφέρονται κυρίως από δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά νοσοκομεία. Πιο αναλυτικά τη δεκαετία του ενενήντα προσμετρήθηκαν εκατό είκοσι οκτώ νοσοκομεία του δημοσίου με περίπου τριάντα χιλιάδες κλίνες ενώ για τον ιδιωτικό τομέα τα νοσοκομεία που καταμετρήθηκαν ήταν διακόσια δέκα οκτώ με περίπου δέκα πέντε χιλιάδες κλίνες, ακόμη σημειώθηκαν είκοσι τέσσερα δημόσια νοσοκομεία που όμως δεν ανήκουν στο εθνικό σύστημα υγείας καθώς πρόκειται για στρατιωτικά και πανεπιστημιακά τα οποία διαθέτουν τέσσερις χιλιάδες κλίνες και τέλος κατεγράφησαν τέσσερα ακόμη ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία με διακόσιες εξήντα εννιά κλίνες. Τα νοσοκομεία του δημοσίου αντλούν την περισσότερη χρηματοδότησή τους από το κράτος ενώ κάποιο μέρος προέρχεται και από τα ταμεία τα οποία παρέχουν τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία που αναφέρθηκαν είναι μεν δημόσια όμως δεν ανήκουν στο ΕΣΥ και έτσι λαμβάνουν σε καθημερινή βάση τις αποζημιώσεις για τις υπηρεσίες τους ενώ υπάρχουν επιπλέον χρεώσεις για κάποιες πιο εξειδικευμένες παροχές.

1.3.1 Προσωπικό υγείας και στατιστική ανάλυση

Το προσωπικό υγείας που επανδρώνει τα νοσοκομεία αποτελείται από εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο έχει στην κατοχή του ειδική άδεια για να ασκεί το επάγγελμα του. Οι υπηρεσίες που παρέχονται λοιπόν αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, την παροχή οδηγιών, την πραγματοποίηση εξετάσεων, την παροχή συνταγών, τη θεραπεία ασθενειών αλλά και την παροχή χειρουργικών επεμβάσεων και άλλων ανάλογων εξειδικεύσεων.

Ο ιατρικός κόσμος γενικά διαχωρίζεται σε ιατρούς γενικής ιατρικής όπου περιλαμβάνονται οι παθολόγοι και σε ειδικούς ιατρούς οι οποίοι ανάλογα με την ειδικότητα που έχουν ακολουθήσει χωρίζονται σε επιπλέον υποκατηγορίες, οι δύο βασικότερες είναι η εξειδίκευση σε μη χειρουργικές θεραπείες και σε διαγνώσεις ασθενειών και η εξειδίκευση σε χειρουργικές τεχνικές.

Με βάση μετρήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα των ετών δύο χιλιάδες πέντε και δύο χιλιάδες δέκα τέσσερα, και παρουσιάζονται από τον OECD, έχει παρατηρηθεί πως ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους οι γιατροί που αναλογούν είναι πεντακόσιοι ενενήντα επτά σε αντίθεση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ όπου στους εκατό χιλιάδες κατοίκους αναλογούν δύο

χιλιάδες εκατόν εξήντα ιατροί. Όσον αφορά την Ευρώπη παρατηρούμε πως υπάρχει πτώση της αναλογίας καθώς σε εκατό χιλιάδες κατοίκους αναλογούν τριακόσιοι τριάντα επτά. Από τις μεγαλύτερες αναλογίες ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους σημειώνεται πως έχει η Ιταλία με μέσο όρο 384,8, η Ισπανία με μέσο όρο 369,0, η Τσεχία με μέσο όρο 360,4, η Δανία με μέσο όρο 351,6 και τέλος η Γαλλία με 331,2 ιατρούς. (OECD, 2019)

1.4 Δαπάνες υγείας

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται στη δαπάνη που θέτει ως στόχο τη βελτίωση και την πρόληψη της υγείας του ατόμου και κατ'επέκταση του συνόλου. Οι δαπάνες αυτές, χωρίζονται, βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας, σε τρεις κατηγορίες.

- Φαρμακευτικές Δαπάνες
- Νοσοκομειακές Δαπάνες
- Ιατρικές Δαπάνες

Για να ορίσουμε τις συνολικές δαπάνες υγείας, δε θα πρέπει να λησμονήσουμε την προσθήκη στο σύνολο, των δαπανών για την έρευνα, για τις στρατιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες αλλά και για την ιατρική της εργασίας.

1.4.1 Δαπάνες σε σχέση με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

Έχοντας ως στόχο να συγκρίνονται οι δαπάνες υγείας ο ΟΟΣΑ δημιούργησε το σύστημα λογαριασμών υγείας (ΣΛΥ). Το συγκεκριμένο σύστημα χρησιμοποιείται από τριάντα πέντε χώρες αλλά και από την Eurostat με στόχο να υπολογίζονται με ακρίβεια οι δαπάνες του τομέα υγείας τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό επίπεδο. Αυτό το σύστημα καταγραφής είχε εισαχθεί ήδη από το δύο χιλιάδες με σκοπό να καταγράφει και να αναλύει στοιχεία και δαπάνες που αφορούν το κομμάτι της υγείας μιας χώρας, ωστόσο στην Ελλάδα εφαρμόστηκε υποχρεωτικά σε μεταγενέστερο χρόνο. Στην Ελλάδα λοιπόν, το συγκεκριμένο σύστημα καταγραφής δαπανών βρήκε εφαρμογή για πρώτη φορά το δύο χιλιάδες τρία ύστερα από συνεργασία της ελληνικής στατιστικής υπηρεσίας, του αρμόδιου υπουργείου και του τμήματος νοσηλευτικής του Καπποδιστριακού πανεπιστημίου Αθηνών.

Με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας ως σύνολο δαπάνης για την υγεία ορίζεται το άθροισμα που προκύπτει από τις δαπάνες που προέρχονται από τις υπηρεσίες της ατομικής περίθαλψης του κάθε ατόμου μαζί με τις δαπάνες που προέρχονται από την αγορά φαρμάκων. Ακόμη ένας ορισμός που πρέπει να αναφερθεί αφορά την τρέχουσα υγειονομική δαπάνη η οποία ορίζεται με βάση το τι τελικά έχει καταναλώσει ένα άτομο τόσο σε προϊόντα όσο και σε υπηρεσίες που αφορούν την υγεία ανεξάρτητα από το που πραγματοποιείται η κατανάλωση αυτή (εντός συνόρων δηλαδή ή στο εξωτερικό) και από το αν χρηματοδοτείται από φορέα του εξωτερικού ή από φορέα εντός των συνόρων.

Οι δαπάνες υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν και σύμφωνα με το σύστημα Λογαριασμών Υγείας αυτές είναι τρεις. Η πρώτη επιβαρύνει αποκλειστικά τους αρμόδιους χρηματοδοτικούς φορείς τόσο για τις δημόσιες μονάδες υγείας όσο και για τις ιδιωτικές. Η δεύτερη υποδεικνύει συγκεκριμένους παρόχους υγείας και τέλος η τρίτη κατηγορία σχετίζεται με το ότι η δαπάνη κατευθύνεται με βάση τις υγειονομικές δραστηριότητες. Έτσι, βασιζόμενοι σε όσα προαναφέρθηκαν, γίνεται αντιληπτό πως το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας δημιουργήθηκε για να δίνει απαντήσεις σε τρεις κύριες ερωτήσεις. Πρώτα από όλα ποιος είναι αυτός που παρέχει τη χρηματοδότηση σε σχέση με την αγορά των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας, δευτερευόντως ποιοι παρέχουν αυτά τα αγαθά και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τον τομέα της περίθαλψης και τέλος μας απαντά ως προς το ποιες κατηγορίες υγειονομικής δραστηριότητας έχουν την περισσότερη κατανάλωση.

Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας επίσης προσπαθεί να δώσει απαντήσεις στο φλέγον ερώτημα που δημιουργείται, το οποίο έχει να κάνει με την ανεπάρκεια που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε υγειονομικό σύστημα ακόμη και το πιο ολοκληρωμένο, αφού ούτε αυτό μπορεί να αντιμετωπίσει με πλήρη επιτυχία τις απαιτήσεις που δημιουργούνται. Άρα το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας μπαίνει στη διαδικασία να επιλύσει ένα πρόβλημα που προκύπτει και εκφράζεται μέσω των παρακάτω ερωτημάτων.

Τι πραγματικά χρειάζεται για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των πληθυσμιακών ομάδων; Τι είδους υπηρεσίες σε ιατρικό και νοσηλευτικό επίπεδο πρέπει να παρέχονται; Ποιες περιοχές χρειάζονται άμεσα τη δημιουργία σύγχρονων νοσοκομειακών δομών; Τι είδους υποδομές απαιτούνται για να παραχθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες και τα απαιτούμενα αγαθά; Τι είδους χρηματοδότηση απαιτείται; Ποιες εργαστηριακές έρευνες πρέπει να χρησιμοποιηθούν από φαρμακευτικές εταιρείες ώστε να προκύψει η σωστή θεραπεία; Πως μπορεί να επιτευχθεί η δημιουργία νέων φαρμάκων συνδυάζοντας την τεχνογνωσία και την καινοτομία; Πως μπορεί να πραγματοποιηθεί ίση κατανομή υπηρεσιών προς όλες τις περιοχές και ανεξαρτήτως οικονομικών τάξεων; (Υφαντόπουλος, 2003)

1.4.2 Δαπάνες στην υγεία και συσχετισμός με τον φορέα χρηματοδότησης

Οι δαπάνες υγείας έχει σημειωθεί πως προέρχονται από το κράτος, δηλαδή προέρχονται από την επιβολή φόρων στους πολίτες, από την ασφάλεια των εργαζομένων και των ελεύθερων επαγγελματιών, από ιδιώτες οι οποίοι μπορεί να μπαίνουν στη διαδικασία δωρεών, φιλανθρωπιών κ.α. και τέλος από βοήθεια διεθνών οργανισμών και παρόχων, τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η Ευρωπαϊκή Ένωση και όχι μόνο.

Πιο αναλυτικά, για να χρηματοδοτηθεί το εκάστοτε σύστημα υγείας μέσω ενός κρατικού προϋπολογισμού απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρξει η ανάλογη φορολογία στους πολίτες αλλά και η δημιουργία ειδικών φόρων που αφορούν αγαθά κατανάλωσης όπως είναι οι καύσιμες ύλες για παράδειγμα. Τα ταμεία ασφάλισης των εργαζομένων αποτελούν επίσης ένα μέσο μέσω του οποίου διασφαλίζεται η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας αφού καλύπτεται από αυτά το μεγαλύτερο μέρος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του πολίτη. Στην περίπτωση χρηματοδότησης του συστήματος μέσω του ιδιωτικού τομέα, ο πολίτης είτε διαθέτει ιδιωτικές ασφαλίσσεις είτε πληρώνει άμεσα για την υπηρεσία που του προσφέρθηκε. Βέβαια ως σημειωθεί πως οι άμεσες πληρωμές ίσως είναι ένας λιγότερο δίκαιος τρόπος αφού σχετίζεται κυρίως με την οικονομική κατάσταση του εκάστοτε πολίτη μη προάγοντας την ισοτιμία ενώ οξύνει παράλληλα τις κοινωνικές ανισότητες.

Έτσι μια ακόμα διάκριση που μπορεί να γίνει αφορά τον τρόπο πληρωμής. Ο πολίτης μπορεί να πληρώσει για τις υπηρεσίες που λαμβάνει με διάφορες διαδικασίες. Μία εξ αυτών είναι η άμεση πληρωμή η οποία έχει να κάνει με υπηρεσίες που διατίθενται στον ιδιωτικό τομέα και δεν σχετίζονται με τα ασφαλιστικά ταμεία. Ένας ακόμη τρόπος είναι η διαδικασία της άτυπης πληρωμής, αυτός ο τρόπος αφορά πληρωμές ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών οι οποίες θεωρητικά διατίθενται χωρίς κάποιο κόστος. Στη συνέχεια της εργασίας θα παρατεθεί σχετικό διάγραμμα. Εν τέλει, υπάρχει και η περίπτωση συμμετοχής κατά την οποία ο πολίτης επωμίζεται ένα μέρος από το συνολικό ποσό που κοστίζει η υπηρεσία ή το αγαθό που χρησιμοποιήσε.

Η διαδικασία της θεσμοθετημένης πληρωμής για να καλυφθεί το κόστος της παροχής υπηρεσιών στο πλαίσιο της υγείας μπορεί να πάρει συγκεκριμένες μορφές τις οποίες και θα αναλύσουμε. Μία μορφή είναι μέσω της συμπλήρωσης, σε αυτή τη περίπτωση ο πολίτης πληρώνει ένα συγκεκριμένο ποσό ανεξάρτητα από το κόστος του αγαθού ή της υπηρεσίας που θα του παρασχεθεί, παραδείγματος χάριν

όταν κάποιος διαθέτει το ποσό των 15 ευρώ για κάθε υπηρεσία και για κάθε φάρμακο που θα χρησιμοποιήσει. Μια άλλη μορφή είναι αυτής της συνασφάλισης, μέσω αυτής ο πολίτης διαθέτει ένα συγκεκριμένο ποσό από το σύνολο που θα προκύψει και το υπόλοιπο καλύπτεται από το ασφαλιστικό του ταμείο, παραδείγματος χάριν όταν ο πολίτης πληρώνει το 25% από το συνολικό κόστος της υπηρεσίας ή του φαρμάκου. Τέλος υπάρχει και η μορφή του αφαιρετέου ποσού, όπου σύμφωνα με αυτήν το απαιτούμενο ποσό δίνεται από τον πολίτη πριν τεθεί σε ενεργοποίηση η ασφάλειά του, παραδείγματος χάριν όταν ο ενδιαφερόμενος πληρώσει τα πρώτα πεντακόσια ευρώ για κάποια παροχή νοσοκομείου.

Οι θεσμοθετημένες πληρωμές είναι χαμηλότερες σε σχέση με τις άμεσες με στόχο να πάψει, όσο αυτό είναι δυνατόν, να υπάρχει ο κίνδυνος της υπερβολικής ζήτησης των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες όταν αυτοί δεν επιβαρύνονται οικονομικά.

Σε αρκετές περιπτώσεις συναντάμε να αντικαθίσταται η κοινωνική ασφάλεια από την ιδιωτική ενώ αρκετές φορές ενδέχεται να συνυπάρχουν ή και να συμπληρώνει η μία την άλλη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν η Ολλανδία και η Γερμανία καθώς σε αυτές τις χώρες δίνεται η δυνατότητα επιλογής στους πολίτες, δηλαδή μπορούν να επιλέξουν να ασφαλιστούν είτε με ιδιωτική είτε με κοινωνική ασφάλεια. Ας σημειωθεί πως παρατηρείται να επιλέγεται η ιδιωτική ασφάλεια συνήθως από πολίτες που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση. Σε άλλες χώρες όπως στη Γαλλία για παράδειγμα, υπάρχει η δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ασφάλειας αλλά με προαιρετικό χαρακτήρα, αυτή η δυνατότητα καλύπτει περίπου το δέκα με δέκα πέντε τοις εκατό των συνολικών δαπανών του πολίτη ενώ παράλληλα προσφέρει επιπλέον πλεονεκτήματα σε σχέση με το υπάρχον σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Όταν η κοινωνική και η ιδιωτική ασφάλεια συνυπάρχουν, παρατηρείται πως οι πολίτες χαιρούν περισσότερων πλεονεκτημάτων αφού μπορούν να έχουν πιο άνετη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες, δέχονται αποζημιώσεις σε σχέση με την οδοντιατρική περίθαλψη και γίνονται αποδέκτες αναβαθμισμένων παροχών στα νοσοκομεία.

1.4.3 Δαπάνες στην υγεία και συσχετισμός με τον πάροχο

Ως πάροχος υγείας ορίζεται αυτός ο οργανισμός ή ο φορέας που προσφέρει αγαθά και υπηρεσίες που αφορούν την υγεία αλλά υπάρχουν και αυτοί οι οποίοι διαθέτουν μαζί με τις παροχές υγείας και

άλλα ειδή παροχών. Γίνεται αντιληπτό πως οι δαπάνες που ταξινομούνται ανάλογα με τον πάροχο αφορούν όλους τους οργανισμούς υγείας.

Κύριο γνώρισμα για να προβούμε σε χαρακτηρισμό κάποιου παρόχου στον τομέα της υγείας, αποτελεί η βασική του δραστηριότητα. Βέβαια πάροχοι οι οποίοι συγκαταλέγονται στις ίδιες κατηγορίες δεν ασχολούνται απαραίτητα με όμοιες ενέργειες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το νοσοκομείο το οποίο χαρακτηρίζεται ως πάροχος υγείας αλλά προσφέρει αποκλειστικά ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες χωρίς όμως αυτό να αποκλείει το ενδεχόμενο διάθεσης και άλλων υπηρεσιών όπως π.χ. διαδικασία αποκατάστασης -πάντα με βάση την υπάρχουσα νομοθεσία και ανάλογα με το τι αυτή επιτρέπει-.

Οι πρωτοβάθμιοι πάροχοι αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα οργανισμών των οποίων βασικό χαρακτηριστικό είναι η διάθεση υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη. Τέτοιοι πάροχοι είναι οι γενικοί και οι ειδικοί ιατροί με τα ιατρεία τους, τα μικροβιολογικά εργαστήρια, τα φαρμακεία, οι κλινικές ψυχικής υγείας, τα κέντρα υγείας κ.α.

Οι δευτερογενείς πάροχοι είναι αυτοί οι οποίοι δεν έχουν ως βασική απασχόλησή τους την περίθαλψη υγειονομικού ενδιαφέροντος παρά όλα αυτά έχουν μια κάποια συσχέτιση με το αντικείμενο. Οι δευτερογενείς πάροχοι χωρίζονται σε δύο βασικές υποκατηγορίες, σε αυτούς που παρέχουν κάποιο είδος υπηρεσίας όπως για παράδειγμα το Υπουργείο Υγείας ή ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων και σε αυτούς που περιορίζονται εντός των νοικοκυριών. Οι μεν πρώτοι παίζουν βασικό ρόλο καθώς προσφέρουν στη διαχείριση, στην παροχή οικονομικής βοήθειας αλλά και στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ οι δεύτεροι προσφέρουν υπηρεσίες υγείας κατ' οίκον. Ακόμη στη λίστα των παραδειγμάτων αυτών μπορούμε να εντάξουμε και τα διάφορα ιδρύματα, κέντρα φροντίδας, κέντρα στέγασης και τις υπηρεσίες νοσηλείας.

1.4.4 Δαπάνες υγείας σε σχέση με τη λειτουργία τους

Οι δαπάνες που αφορούν την υγεία και ταξινομούνται με βάση τη λειτουργία τους σχετίζονται με τα αγαθά και τις υπηρεσίες του τομέα Υγείας που τελικά χρησιμοποιούνται από τους τελικούς

καταναλωτές. Συνήθες είναι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες να χρησιμοποιούνται σαν ένα σύνολο υπηρεσιών αφού ο ενδιαφερόμενος ο οποίος απευθύνεται στον συγκεκριμένο τομέα συνήθως γίνεται αποδέκτης πολλών διαφορετικών εξειδικευμένων για τη δική του περίπτωση παροχών.

Οι υπηρεσίες του τομέα υγείας δύναται να τύχουν είτε συλλογικής είτε ατομικής αποδοχής. Βέβαια με δεδομένο ότι η υγεία αφορά το κάθε άτομο ξεχωριστά το συνηθέστερο είναι η εν λόγω παροχή να παίρνει ατομική μορφή και κατ' επέκταση να αφορά την ικανοποίηση ατομικών αναγκών. Κάτι τέτοιο είναι σημαντικό να επισημαίνεται καθώς μολονότι τα έξοδα της υγείας συνήθως υπολογίζονται συλλογικά, συχνά βλέπουμε πως η υπηρεσίες υγείας για αυτούς που τις χρειάζονται πραγματικά δεν επιτελούν τον σκοπό τους και το ύψος των δαπανών που επιλέγεται να δοθεί για αυτές συνήθως είναι χαμηλό. Για αυτό συστήνεται στις εκάστοτε κυβερνήσεις να βάζουν σε πρώτη προτεραιότητα την καλύτερευση της ποιότητας των συστημάτων υγείας αλλά και την ατομική ικανοποίηση των πολιτών. Τέλος, ως στόχος θα πρέπει να τεθεί ο εκσυγχρονισμός των υποδομών και μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας. (Σίσκου, 2015).

Οι συλλογικές υπηρεσίες υγείας αφορούν τον συνολικό πληθυσμό ενός κράτους και στοχεύουν κατά κύριο λόγο στην καλύτερευση του συστήματος υγείας ενώ οι υπηρεσίες αυτές δεν έχουν να κάνουν μόνο με συγκεκριμένους πολίτες αλλά απευθύνονται γενικότερα σε όλο το εύρος του υγειονομικού συστήματος.

Οι δαπάνες θεραπευτικής φροντίδας αφορούν ό,τι έχει να κάνει με έξοδα τα οποία χρειάστηκαν να γίνουν για λόγους ανακούφισης ασθενών από συμπτώματα ή τραυματισμούς, για την καλύτερευση της κατάστασης ασθενών που νοσούν ή και για την προσπάθεια αποφυγής επιδείνωσης ασθενών όταν απειλείται η ζωή κάποιου. Οι υπηρεσίες που αφορούν την θεραπεία και την φροντίδα ασθενών έχουν ως βασικό σκοπό το να γίνει σωστά η διάγνωση, το να διαμορφωθεί ένα πλάνο θεραπείας, το να παρακολουθείται στενά η πορεία του ασθενούς ενώ αυτές οι διαδικασίες συμπεριλαμβάνουν συνήθως μέσα όπως φάρμακα, συσκευές, τεχνητά μέλη κ.α. αλλά και καταστάσεις που χρήζουν επιπλέον παρακολούθησης από το ιατρικό προσωπικό όπως χειρουργεία και επεμβάσεις.

Η φαρμακευτική δαπάνη επίσης ορίζεται ως οτιδήποτε έχει να κάνει με τα υλικά που χρησιμοποιούν οι εξωτερικοί ασθενείς είτε πρόκειται για συνταγογραφούμενα είτε για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα πρωτότυπα ή γενόσημα.

1.5 Αποτελέσματα υγείας

Για να ελέγχουμε τα αποτελέσματα που έχουν οι παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας υπάρχουν καθορισμένοι δείκτες με βάση τους οποίους προκύπτουν τα επίπεδα θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού δίνοντας ταυτόχρονα τη δυνατότητα σύγκρισης ανάμεσα σε πληθυσμούς και εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων αυτών. Οι βασικοί δείκτες που μετρούν την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας είναι το προσδόκιμο ζωής και το ποσοστό θνησιμότητας. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι μέσω αυτών των δεικτών καταγράφονται μόνο οι θάνατοι και όχι οι συνέπειες της κακής κατάστασης της υγείας ενός ατόμου. Έτσι για να μην υπάρχει τέτοιο ζήτημα ως προς τις μετρήσεις δημιουργήθηκαν και αναπτύχθηκαν επιπλέον δείκτες που δύνανται να καταμετρούν τα χρόνια της υγιούς ζωής ενός ατόμου συνυπολογίζοντας παράλληλα τυχόν απώλειες χρόνων λόγω θνησιμότητας ή άλλης ασθένειας. Αυτοί οι λεγόμενοι και σταθμισμένοι δείκτες είναι το προσαρμοσμένο προσδόκιμο ζωής, ο δείκτης που αφορά τα προσαρμοσμένα με την ποιότητα έτη ζωής, τα προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής και τα έτη υγιούς ζωής. Έτσι γίνεται αντιληπτό πως οι δείκτες συγκεκριμενοποιήθηκαν και προσαρμόστηκαν ώστε να παράγουν πιο αξιόπιστα και ακριβή αποτελέσματα.

1.5.1 Το προσδόκιμο ζωής και οι σταθμισμένοι δείκτες

Το προσδόκιμο ζωής είναι ο δείκτης που συναντάται περισσότερο στον τομέα της υγείας, και απευθύνεται στον πληθυσμό μιας χώρας. Παρατηρήθηκε πως ο συγκεκριμένος δείκτης έχει αυξητικές τάσεις της χώρας του ΟΟΣΑ ιδίως τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, ενώ η θνησιμότητα αναφορικά με της ηλικίες έχει εμφανίσει μείωση. Η μακροζωία σχετίζεται με πολλά θετικά στοιχεία, ένα από αυτά είναι και η άνοδος της δείκτες του βιοτικού επιπέδου. Ακόμη, σημειώνεται βελτίωση του τρόπου ζωής, ενώ σημαντικό είναι πως δίνεται η δυνατότητα της πολίτες να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση της υπηρεσίες που αφορούν τον τομέα της υγείας.

Βασισμένοι στα δεδομένα που προκύπτουν από έρευνες του ΟΟΣΑ το δύο χιλιάδες δέκα τρία το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση σημειώνει αύξηση κρατώντας μάλιστα έναν σταθερό ρυθμό ανά έτος. Έτσι βλέπουμε πως ο μέσος όρος κυμαίνεται στα ογδόντα περίπου έτη ποσοστό το οποίο τη δεκαετία του εβδομήντα ήταν κατά δέκα χρόνια μικρότερο, ενώ αξιοσημείωτο είναι πως σε κάποιες χώρες της για

παράδειγμα στην Ελβετία, Ισπανία κ.α. το προσδόκιμο ζωής ξεπερνάει τα ογδόντα δύο έτη. Της στην ίδια έρευνα παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε χώρες που τώρα αναπτύσσουν την οικονομία της, τέτοιες είναι η Ινδία, η Βραζιλία, η Ινδονησία κ.α. φτάνοντας της φορές και της αριθμούς των χωρών του ΟΟΣΑ.

Αντλώντας στοιχεία από την Eurostat και παρουσιάζοντας κάποιες από της χώρες της Ε.Ε. στον παρακάτω πίνακα (1.1), το μεγαλύτερο ποσοστό που αφορά το προσδόκιμο ζωής εντός Ευρωπαϊκής Ζώνης για το 2018, εμφανίζει η Ισπανία, με μέσο όρο των δύο φύλων στα 83.5 έτη. Οι γυναίκες της εν λόγω χώρας εμφανίζουν ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό, αγγίζοντας τα 86.3 έτη. Ακολουθεί η Ιταλία, με μέσο όρο στα 83.4 έτη. Η Ελλάδα αγγίζει τα 81,9 έτη, με της γυναίκες να ζουν έως και 84.4 έτη και της άντρες έως τα 79.3. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αυξάνεται σταθερά αλλά ο χρόνος που διανύεται με καλή υγεία μειώνεται. (OECD, 2017).

Πίνακας 1.1

Στατιστικά στοιχεία προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση για το έτος 2018 εντός Ε.Ε.

| | Μέσος Όρος | Άνδρες | Γυναίκες |
|--------------|------------|--------|----------|
| Ισπανία | 83,5 | 80,7 | 86,3 |
| Ιταλία | 83,4 | 81,2 | 85,6 |
| Γαλλία | 82,9 | 79,7 | 85,9 |
| Σουηδία | 82,6 | 80,9 | 84,3 |
| Ιρλανδία | 82,3 | 80,5 | 84,1 |
| Κύπρος | 82,9 | 80,9 | 84,8 |
| Μάλτα | 82,5 | 80,4 | 84,6 |
| Λουξεμβούργο | 82,3 | 80,1 | 84,6 |
| Ελλάδα | 81,9 | 79,3 | 84,4 |

Πηγή : <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>

Προσαρμοσμένα με την ποιότητα έτη ζωής

Τα προσαρμοσμένα με την ποιότητα έτη ζωής είναι της δείκτης κατά τον οποίο υπολογίζονται τα έτη που διαβίωσε ένα άτομο και την ποιότητα ζωής που είχε η οποία μπορεί να σχετίζεται με εξωτερικούς

παράγοντες της για παράδειγμα μια εγχείρηση. Όταν υπάρχει της ο εξωτερικός παράγοντας που συντελεί στην καλυτέρευση της ζωής της ατόμου, ο δείκτης μπορεί να υποδείξει την αλληλεπίδραση μεταξύ κόστους και ωφέλειας πάντα με βάση την ‘ιδανική υγεία’. Επιπρόσθετα, ο προσαρμοσμένος δείκτης ποιότητας χρησιμοποιείται για να καταδείξει το κατά πόσο μια εξωτερική επέμβαση μπορεί να έχει έντονα αρνητικά αποτελέσματα στη ζωή του ατόμου, σε αυτή τη περίπτωση συγκαταλέγονται καταστάσεις της η χημειοθεραπεία κ.α. είναι δηλαδή μια επέμβαση που καλυτερεύει την ποιότητα ζωής του ασθενούς και φανερώνει πόσο επιπλέον χρόνο ζωής διαθέτει. Ο υπολογισμός αυτού του δείκτη γίνεται αφού πολλαπλασιαστεί ο αριθμός των χρόνων της ζωής που έχει παραταθεί με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής που πρόκειται να αποκτήσει ο ασθενής.

Προσαρμοσμένο προσδόκιμο ζωής

Το προσαρμοσμένο προσδόκιμο ζωής είναι της δείκτης ο οποίος αφορά της τον τομέα της υγείας. Έχει δημιουργηθεί για να προσμετρά δεδομένα πληθυσμών που αφορούν τη θνησιμότητα και την νοσηρότητα με σκοπό να καταδείξει με τα αποτελέσματά του το προσδόκιμο ζωής της ατόμου που της το χαρακτηρίζει ένα χαμηλό επίπεδο όσον αφορά την ποιότητα της υγεία του. Ο εν λόγω δείκτης μπορεί να υπολογιστεί εάν αφαιρεθεί από το προσδόκιμο ζωής ο αριθμός των χρόνων αναπηρίας ή ασθένειας του ατόμου και πολλαπλασιαστεί το αποτέλεσμα με τον συντελεστή στάθμισης που σχετίζεται με την επιρροή που άσκησε η αναπηρία ή η ασθένεια στο άτομο. Παραδείγματος χάριν ένα άτομο που έζησε υγιώς για πενήντα χρόνια και σήμερα είναι εξήντα ετών, γίνεται αντιληπτό πως ζει με αναπηρία εδώ και δέκα χρόνια. Έτσι τα δέκα χρόνια πρέπει να πολλαπλασιαστούν με ένα συντελεστή που αναφέρεται στο επίπεδο της αναπηρίας ώστε να έχουμε το τελικό αποτέλεσμα.

Προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής

Τα προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής σχετίζονται με την καταγραφή των χρόνων ή των μηνών που χάθηκαν για κάποιο άτομο λόγω αναπηρίας ή ασθένειας και έπειτα γίνεται συσχέτιση με το πιο υψηλό προσδόκιμο ζωής το οποίο της στιγμής ανήκει στην Ιαπωνία. Παραδείγματος χάριν ένα παιδί το οποίο δεν κατάφερε να ζήσει και πέθανε όταν γεννήθηκε θεωρείται πως χάθηκαν ογδόντα δύο χρόνια ζωής, από την άλλη εάν ένα παιδί φέρει κάποιο είδος αναπηρίας που αποκτήθηκε λόγω ασθένειας αλλά

έχει ζήσει μια ολοκληρωμένη διάρκειας ζωή, τότε τα χρόνια που έχουν χαθεί υπολογίζονται ως ένα ποσοστό του προσδόκιμου ζωής . Ο συγκεκριμένος δείκτης αφορά συνήθως νέα άτομα παρά ηλικιωμένους. Μέσω αυτού επιτρέπεται να εξαχθούν συμπεράσματα σε σχέση με την επιβάρυνση που μετατίθεται στην κοινωνία όταν κάποια μέλη της ασθενούν και υπολογίζεται ως το άθροισμα των ετών ζωής που χάθηκαν λόγω αστάθμητων παραγόντων (θνησιμότητα) και πριν φτάσει το άτομο το προσδόκιμο ζωής με τα έτη που βρισκόταν το άτομο αυτό σε κατάσταση αναπηρίας ή ασθένειας (νοσηρότητα). Δηλαδή εάν θέλαμε να το εντάξουμε σε ένα σχεδιάγραμμα θα λέγαμε πως το άθροισμα της θνησιμότητας και της νοσηρότητας της δίνουν τα προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής.

Η θνησιμότητα μπορεί να υπολογιστεί με τη μέτρηση του προσδόκιμου ζωής και με την ηλικία που το άτομο απεβίωσε. Εάν φερ' ειπείν ένα άτομο πάσχει από διαβήτη και αποβιώσει στα εξήντα χρόνια τότε εφόσον το προσδόκιμο ζωής είναι τα εβδομήντα πέντε έτη, θεωρείται πως έχει χάσει δέκα πέντε χρόνια ζωής λόγω θνησιμότητας. Επιπλέον πρέπει να συνυπολογιστεί πως εξ' αιτίας του διαβήτη το άτομο είχε κατά πενήντα τοις εκατό αναπηρία για τα τελευταία δέκα χρόνια της ζωής του. Άρα πρέπει να καταμετρηθούν ακόμη πέντε χρόνια προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας τα οποία προκύπτουν ύστερα από ειδικό υπολογισμό. Σύνολο λοιπόν, ο συγκεκριμένος ασθενής έχει χάσει δέκα πέντε χρόνια λόγω θνησιμότητας και πέντε λόγω νοσηρότητας.

Έτη υγιούς ζωής

Τα έτη υγιούς ζωής αναφέρονται στα χρόνια που διαβιώνει ένα άτομο χωρίς να χαρακτηρίζεται από κάποιο είδος αναπηρίας ή ασθένειας, ακόμη ο δείκτης μετράει τα χρόνια που υπολείπονται σε αυτό το άτομο εφόσον είναι κάποιας ηλικίας. Τα έτη υγιούς ζωής αποτελούν σημαντικό δείκτη καθώς μπορεί να συσχετιστεί με οικονομικούς και παραγωγικούς συντελεστές. Για αυτό υπάρχει η δυνατότητα να γίνεται χρήση του συγκεκριμένου δείκτη με σκοπό να διαχωρίζονται τα έτη ζωής που δεν έχουν περιορισμούς δραστηριότητας σε σχέση με τα έτη ζωής που έχουν έστω και έναν περιορισμό, ενώ δίνεται ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο στην διάρκεια της ζωής της συμβαίνει με το προσδόκιμο, αλλά και στην ποιότητά της.

1.6 Ανακεφαλαίωση

Αρχικά, παρουσιάστηκε μια αναφορά σε σχέση με τα διαφορετικά συστήματα υγείας η οποία κατέληξε δίνονταν έμφαση σε αυτό της Ελλάδας. Έπειτα έγινε μια αναφορά στις κατηγορίες των

δαπανών του τομέα της υγείας με βάση το σύστημα λογαριασμών υγείας, το σύστημα τριών αξόνων που σχετίζεται με την επιβάρυνση του κάθε παρόχου χρηματοδότησης, την πορεία κάθε δαπάνης ανά πάροχο υγείας και την πορεία της δαπάνης με βάση την δραστηριότητα. Καταληκτικά, έγινε ιδιαίτερη ανάλυση στους δείκτες που χρησιμοποιούνται για μετρήσεις που αφορούν τον τομέα της υγείας και έχουν ως στόχο να προσμετρούν δεδομένα και να τα συγκρίνουν για να προκύπτουν ασφαλή συμπεράσματα τα οποία θα βοηθήσουν στη βελτίωση των συστημάτων και όχι μόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Εισαγωγή

Σε τούτο το κεφάλαιο πραγματοποιείται μία παρουσίαση μελετών εν σχέσει με τα αποτελέσματα υγείας στις παγκόσμιες Οικονομίες. Εν συνεχεία, η ανάλυση εστιάζει στις συνέπειες που επέφερε η οικονομική κρίση στα αποτελέσματα υγείας.

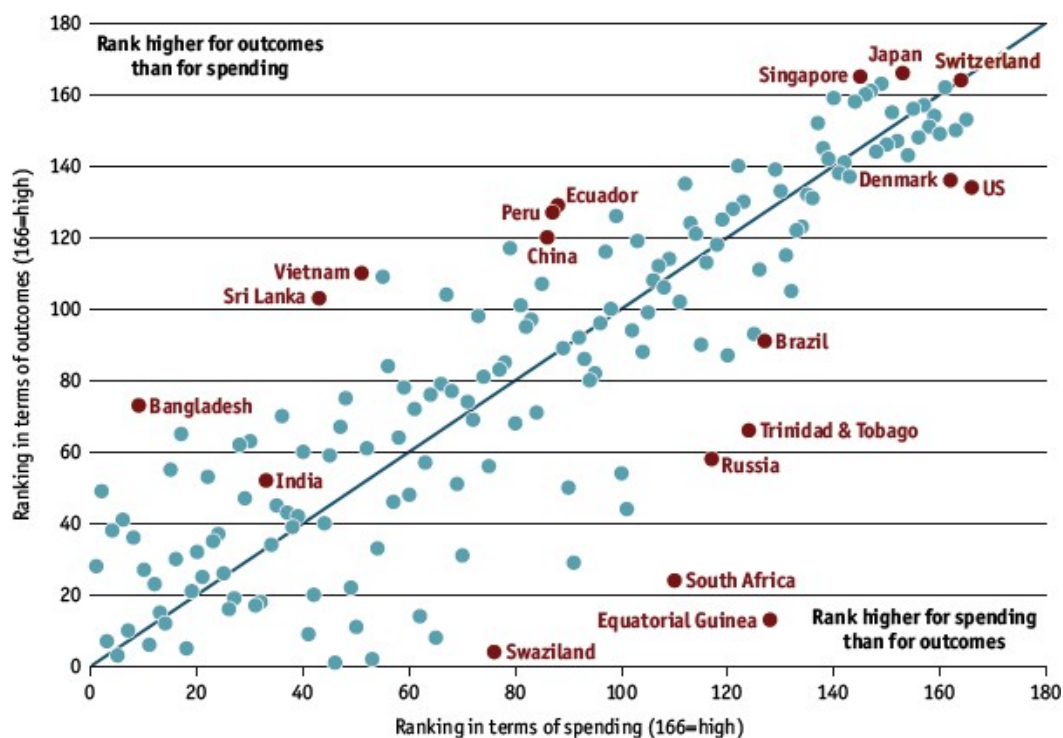
2.2. Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυγμένες Οικονομίες

Η μελέτη του The Economist (2014) είχε βασιστεί σε στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και αφορά το προσαρμοσμένο προσδόκιμο ζωής (Health-Adjusted Life Expectancy, HALE), τα προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής (Disability-Adjusted Life Years, DALYs), το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 60 κατά τη χρονιά 2010, αλλά και το ποσοστό ενήλικης θνησιμότητας τη χρονιά 2012. Τα προαναφερθέντα δεδομένα είχαν μετατραπεί σε δείκτες, ώστε να μετρηθούν τα αποτελέσματα υγείας.

Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, αναδείχθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και τα αποτελέσματα υγείας. Ειδικότερα, εντοπίστηκε πως μέσω των πιο οικονομικά αναπτυσσόμενων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ανακύπτουν χαμηλή θνησιμότητα, χαμηλά ποσοστά κακής υγείας και πιο υψηλό προσδόκιμο ζωής σε ασιατικά και ευρωπαϊκά κράτη, όπως αυτά της Ελβετίας, της Σιγκαπούρης και, κατά κύριο λόγο, της Ιαπωνίας, η οποία κατέχει την πρωτιά. Με δεδομένο πως οι υψηλές δαπάνες υγείας αντανakλούν και το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης ενός κράτους, είναι φυσικό να υφίστανται κι άλλοι παράγοντες οι οποίοι ασκούν επιρροή στα αποτελέσματα υγείας, πέραν της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι αυτοί του ποσοστού υγιεινής διατροφής, τραυματισμών και καπνίσματος.

Στο πλαίσιο της μελέτης είχε δημιουργηθεί ένας σύνθετος δείκτης, ο οποίος παίρνει τιμές σε μία κλίμακα από 0 - 100, και στον οποίο οι πιο υψηλές βαθμολογίες φανερώουν τα βέλτιστα αποτελέσματα υγείας. Εν συνεχεία, τα κράτη είχαν καταταγεί βάσει της βαθμολογίας τους στο δείκτη αυτό, με το κράτος με τα καλύτερα αποτελέσματα να διαθέτει την κατάταξη 166 και το κράτος με τη χειρότερη βαθμολογία να διαθέτει την κατάταξη 1.

Έπειτα, τα 166 εξεταζόμενα κράτη είχαν καταταγεί βάσει των αποτελεσμάτων τους στους δείκτες υγείας και βάσει των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 2.1, υφίσταται μία θετική σχέση ανάμεσα στις κατατάξεις βάσει του ύψους των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας και των αποτελεσμάτων υγείας. Μέσω αυτού του Διαγράμματος, επιπλέον, γίνεται ορατό πως τα κράτη πάνω από την ευθεία γραμμή παρουσίαζαν βέλτιστες επιδόσεις όσον αφορά στις δαπάνες και τα αποτελέσματα υγείας συγκριτικά με ομοειδή κράτη, ενώ τα κράτη κάτω από την γραμμή παρουσίαζαν χειρότερες επιδόσεις (The Economist, 2014).



Πηγή: The Economist (2014)

Διάγραμμα 2.1

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

Οι δαπάνες υγείας, γενικότερα, σχετίζονται με τα αποτελέσματα υγείας. Εντούτοις, υφίστανται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα κράτη όσον αφορά στις δαπάνες σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη για συναφή αποτελέσματα υγείας. Επί παραδείγματι, για την επίτευξη αποτελεσμάτων υγείας που έχουν κατατάξει το κράτος στην 100η θέση, οι διενεργούμενες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ενδέχεται να είναι τέτοιες που το κράτος ενδέχεται να καταταχθεί στην 130η θέση (όπως το Εκουαδόρ) ή στην 40η θέση (όπως η Σρι Λάνκα). Οι μεγάλες αυτές διαφορές στην

αποτελεσματικότητα των δαπανών πιθανότατα να φανερώνουν υψηλά ποσά δαπάνης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και την επιρροή άλλων παραμέτρων, όπως είναι αυτές του τρόπου ζωής και της διατροφής.

Άλλο ένα στοιχείο το οποίο παρατηρείται στο Διάγραμμα 2.1 είναι αυτό των διαφορών των αποτελεσμάτων υγείας βάσει της γεωγραφικής περιοχής. Τα κράτη, επί παραδείγματι, της Αφρικής αλλά και τα πιο φτωχά κράτη της Ασίας βρίσκονται στην τελευταία θέση, όσον αφορά στα αποτελέσματα υγείας, τα κράτη της Μ. Ανατολής, της πρώην κομμουνιστικής ένωσης και της Λατινικής Αμερικής στη μεσαία θέση και, τέλος, τα κράτη της Ασίας, της Ευρώπης και της Β. Αμερικής βρίσκονται στις πιο υψηλές βαθμίδες.

Αναφορικά με τα κράτη ξεχωριστά, η Ιαπωνία εμφάνισε τα βέλτιστα αποτελέσματα, καθώς και η Σιγκαπούρη η οποία παρουσίασε παρεμφερή αποτελέσματα, εντούτοις, με πιο χαμηλό κόστος. Ακόμη, βάσει των στοιχείων ανακλύπει πως το σύστημα περίθαλψης στις Η.Π.Α. δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα, παρότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας τη χρονιά 2012 είχαν διαμορφωθεί στα 9.216 εκατ. δολάρια, αφού η χώρα είχε καταταχθεί στην τριακοστή τρίτη θέση όσον αφορά στο δείκτη αποτελεσμάτων, έχοντας μπροστά της κράτη, όπως αυτά του Λιβάνου και της Κόστα Ρίκα. Οι χειρότερες επιδόσεις, τέλος, παρουσιάστηκαν στο Λεσότο και στη Σιέρα Λεόνε, με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας να φτάνουν σε μόλις 138.000.000. δολάρια και 96.000.000 δολάρια αντιστοίχως, με τα ποσοστά παιδικής και βρεφικής θνησιμότητας να βρίσκονται σε ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα (Gurta et. al., 2007).

2.3 Μελέτες Αποτελεσματικότητας στις Αναπτυσσόμενες Οικονομίες

Μια εκ των πρώτων μελετών της αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας στις αναπτυσσόμενες και αναδυόμενες οικονομίες ήταν αυτή που διενεργήθηκε από τους Gurta και Verhoeven (2001), οι οποίοι είχαν εκτιμήσει την αποδοτικότητα των δαπανών παιδείας και υγείας κατά τη διάρκεια της περιόδου 1984-1995 σ' ένα δείγμα 85 κρατών. Οι συγγραφείς είχαν χρησιμοποιήσει τις κατά κεφαλήν Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σα δείκτη των εισροών, ενώ η παιδική θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής είχαν επιλεγθεί σα δείκτες εκροών.

Οι συγγραφείς είχαν επιλέξει τη μη-παραμετρική μέθοδο FDH (Free Disposal Hull), προκειμένου να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα των δημόσιων δαπανών υγείας, παράλληλα, με τη χρήση

διαφορετικών συνδυασμών εκροών και εισροών. Για να ελεγχθεί η επίδραση που ασκεί το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης στα αποτελέσματα υγείας, το δείγμα είχε χωριστεί σε κράτη υψηλού και χαμηλού εισοδήματος. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης αναδείχθηκε πως οι οικονομίες της Αφρικής δεν παρουσίαζαν αποτελεσματικότητα εν σχέσει με την προσφορά υπηρεσιών υγείας, συγκριτικά με τις οικονομίες της Ασίας. Οι συγγραφείς, επιπλέον, διαπίστωσαν πως το επίπεδο της αναποτελεσματικότητας, κατά μέσο όρο, σχετίζεται θετικά με το επίπεδο των δημόσιων δαπανών.

Οι Gupta et. al. (2007) με τη χρήση της μη-παραμετρικής μεθόδου DEA προέβησαν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας σε ένα δείγμα 50 κρατών με χαμηλό εισόδημα. Οι εκροές ήταν δείκτες οι οποίοι χρησιμοποιούνταν, ώστε να παρακολουθείται η πρόοδος με γνώμονα την επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων, δηλαδή αυτών των ποσοστών μητρικής θνησιμότητας, παιδικής θνησιμότητας και βρεφικής θνησιμότητας, ενώ οι εισροές του υποδείγματος ήταν οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας αποτυπωμένες σε δολάρια σε όρους Ισοδυναμίας Αγοραστικής Δυνάμεως. Μέσω των αποτελεσμάτων της έρευνας αναδείχθηκε πως τα κράτη με το πιο χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα παρουσίασαν και τους πιο χαμηλούς βαθμούς αποδοτικότητας, ενώ παρατηρήθηκε πως υπήρχαν αξιοσημείωτα περιθώρια ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας.

Οι Herrera και Pang (2005) με τη χρήση των τεχνικών DEA και FDH είχαν εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των δημοσίων δαπανών στον τομέα της υγείας μεταξύ των ετών 1996-2002 σ' ένα δείγμα 140 αναπτυσσόμενων κρατών. Οι συγγραφείς είχαν χρησιμοποιήσει σαν εκροές παράγοντες όπως αυτούς του προσδόκιμου ζωής, του προσαρμοσμένου με το ποσοστό αναπηρίας προσδόκιμο ζωής (DALE) και του εμβολιασμού κατά της ιλαράς, ενώ σαν εισροές είχαν χρησιμοποιήσει την συνιστώσα των δημοσίων δαπανών σαν ποσοστό του ΑΕΠ. Αυτή η συνιστώσα είχε υπολογιστεί βάσει της παλινδρόμησης των δημοσίων δαπανών με το ΑΕΠ. Μέσω των αποτελεσμάτων της έρευνας αναδείχθηκε πως η έλλειξη αποτελεσματικότητας στις δαπάνες υγείας έχει την τάση να συνδέεται με υψηλή εισοδηματική ανισότητα και υψηλά επίπεδα δημοσίων δαπανών.

2.4 Μελέτες Αποτελεσματικότητας των ελληνικών νοσοκομείων

Οι Athanassopoulos et. al. (1999) προέβησαν στη μέτρηση της τεχνικής αποδοτικότητας και της αποδοτικότητας κατανομής σε 98 ελληνικές νοσοκομειακές μονάδες μέσω της μεθόδου DEA, υπό σταθερές και μεταβλητές αποδόσεις κλίμακας. Για να υπολογιστεί η αποδοτικότητα κατανομής, κάθε

εισροή αποτιμήθηκε σε χρηματικές μονάδες. Βάσει της μελέτης διαπιστώθηκε πιο μεγάλη αποδοτικότητα στα ημιαστικά και αγροτικά νοσοκομεία συγκριτικά με αυτήν στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η προαναφερθείσα διαφορά αποδοτικότητας είχε αποδοθεί στην υπερ-συγκέντρωση των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η τεχνική αποδοτικότητα εντοπίστηκε πως ήταν πιο μεγάλη στις νοσοκομειακές μονάδες μεσαίου και μικρού μεγέθους, έως 335 και 86 κλίνες, αντιστοίχως. Οι νοσοκομειακές μονάδες, τέλος, των μεγάλων αστικών κέντρων εμφάνισαν ιδιαίτερος χαμηλούς μέσους δείκτες ελάττωσης δαπανών λειτουργικών και φαρμακευτικών δαπανών, κάτι το οποίο φανερώνει τη δυνατότητα σημαντικής εξοικονόμησης πόρων, με την ανακατανομή τους προς τις μικρότερες νοσοκομειακές μονάδες της επαρχίας. Οι μελετητές είχαν θεωρήσει πως η μελέτη επιβεβαιώνει τις εκτιμήσεις τους σχετικά με τη μη επαρκή διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι Kontodimopoulos et. al. (2006) είχαν μελετήσει την τεχνική αποδοτικότητα μίας ομάδας 17 νοσοκομειακών μονάδων μικρής κλίμακας της επαρχίας, των νοσοκομείων-κέντρων υγείας. Αυτά είναι νοσοκομεία τα οποία βρίσκονται σε αποκεντρωμένες περιοχές εξυπηρετώντας πληθυσμό μέχρι 20.000 ασθενείς και προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης και πρωτοβάθμιες αλλά και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Είχε εφαρμοστεί το μοντέλο DEA προσανατολισμένο στις εισροές υπό την υπόθεση σταθερής οικονομίας κλίμακας και είχαν πραγματοποιηθεί 2 αναλύσεις, μια η οποία δε συμπεριελάμβανε τις προληπτικές υπηρεσίες και μια η οποία συμπεριελάμβανε προληπτικές υπηρεσίες.

Οι μεταβλητές εισροών οι οποίες είχαν χρησιμοποιηθεί ήταν αυτές του αριθμού των γιατρών, του αριθμού των νοσηλευτών και των κλινών, ενώ οι μεταβλητές εκροών ήταν αυτές των εισαγωγών, των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και των υπηρεσιών προληπτικής Ιατρικής που είχαν προσφερθεί. Βάσει των αποτελεσμάτων αναδείχθηκε ανεπάρκεια ως προς την αποδοτικότητα σε ποσοστό 25,13% για τις μη προληπτικές και 26,77% για τις συνδυασμένες υπηρεσίες. Η τοποθεσία διαπιστώθηκε πως επηρέαζε την απόδοση, με τις απομονωμένες μονάδες, για παράδειγμα, στις νήσους, να παρουσιάζουν την πιο μεγάλη έλλειψη αποδοτικότητας. Μέσω του αποτελέσματος εγείρεται το ερώτημα εάν η αντιμετώπιση της ελαττωμένης αποδοτικότητας είναι δυνατόν να επιφέρει καταστρατήγηση της ισότητας ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για πληθυσμούς σε απομονωμένες περιοχές του κράτους. Διαπιστώθηκε, τέλος, βέλτιστη απόδοση των μονάδων οι οποίες προσφέρουν και προληπτικές ιατρικές υπηρεσίες, κάτι το οποίο φανερώνει το ρόλο που είναι δυνατόν να διαδραματίσουν αυτές οι υπηρεσίες στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.

Οι Zavras et. al. (2002), στηριζόμενοι σε στοιχεία του ΙΚΑ για 133 πολυϊατρεία σε όλο το κράτος, είχαν προβεί σε αξιολόγηση της σχετικής αποδοτικότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Οι μεταβλητές εισροών οι οποίες είχαν χρησιμοποιηθεί ήταν αυτές του

αριθμού του προσωπικού, που είχε χωριστεί σε ποικίλες κατηγορίες, και του πληθυσμού που καλυπτόταν από κάθε ιατρείο και οι εκροές αυτές του αριθμού των επισκέψεων. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, ιατρεία που διέθεταν την τεχνολογική υποδομή, ώστε να προβούν σε εκτέλεση εργαστηριακών ή ακτινολογικών εξετάσεων, παρουσίασαν την πιο μεγάλη αποδοτικότητα. Επιπροσθέτως, οι μονάδες μεσαίου μεγέθους, που κάλυπταν πληθυσμό 10.000–50.000 ασθενείς, παρουσιάστηκαν ως οι πλέον αποδοτικές. Οι μελετητές πιστεύουν πως τέτοιου είδους αναλύσεις, εάν συμπληρωθούν με έγκυρα επιδημιολογικά, κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά δεδομένα, είναι σε θέση να ληφθούν υπόψη ως ο θεμέλιος λίθος για τη διαμόρφωση ενός εθνικού χάρτη υγειονομικής περίθαλψης (National Healthcare Chart), ο οποίος θα μπορεί να συνδέσει τους πόρους που διατίθενται με τον πληθυσμό και τις ανάγκες που υπάρχουν για υγειονομική περίθαλψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΥΤΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

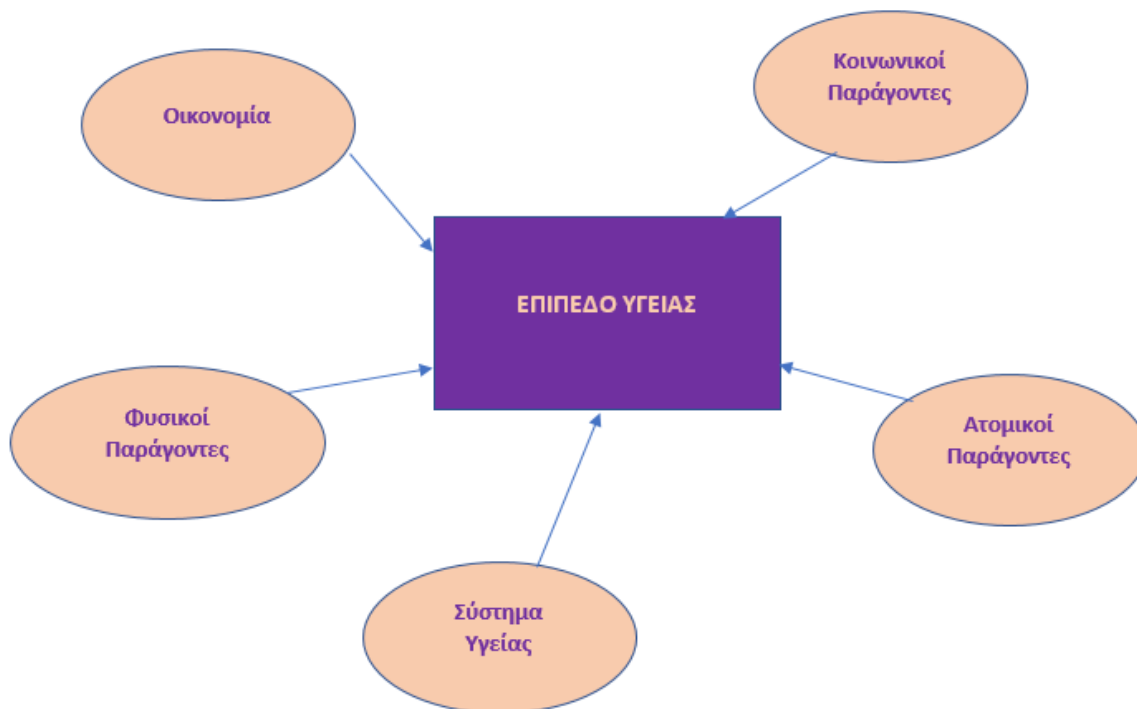
3.1. Εισαγωγή

Το επίπεδο υγείας ενός κράτους, βασίζεται σε μία σωρεία παραγόντων. Τέτοιοι παράγοντες είναι αυτοί των ατομικών παραγόντων μέσω των οποίων ανακύπτουν κίνδυνοι σε ατομικό επίπεδο (συμπεριφορά, διατροφή), των κοινωνικών παραγόντων (κοινωνικό περιβάλλον), των οικονομικών παραγόντων, καθώς η οικονομική κατάσταση των ανθρώπων μπορεί να επηρεάσει τους δείκτες υγείας, όπως αυτούς του προσδόκιμου ζωής, της νοσηρότητας, της θνησιμότητας, καθώς και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, βάσει μίας πληθώρας ερευνητών που κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η οικονομική κατάσταση ενός ανθρώπου σχετίζεται με το επίπεδο της υγείας του.

3.1.1. Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας

Η υγεία είναι αλληλένδετη όχι μόνο με τους παθοφυσιολογικούς παράγοντες αλλά και με τους κοινωνικοοικονομικούς. (Παπαγεωργίου Γ., 2013) Σκόπιμα λοιπόν, το Σύστημα Υγείας πρέπει να είναι αποδοτικό, αποτελεσματικό και να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να δίδεται πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. (Χαραλάμπους Α., 2010).

Στο Διάγραμμα 3.1 αποτυπώνονται οι προαναφερθέντες παράγοντες:



Πηγή: Χαραλάμπους, Τσίτση (2010)

Διάγραμμα 3.1

Προσδιοριστικοί Παράγοντες Επιπέδου Υγείας

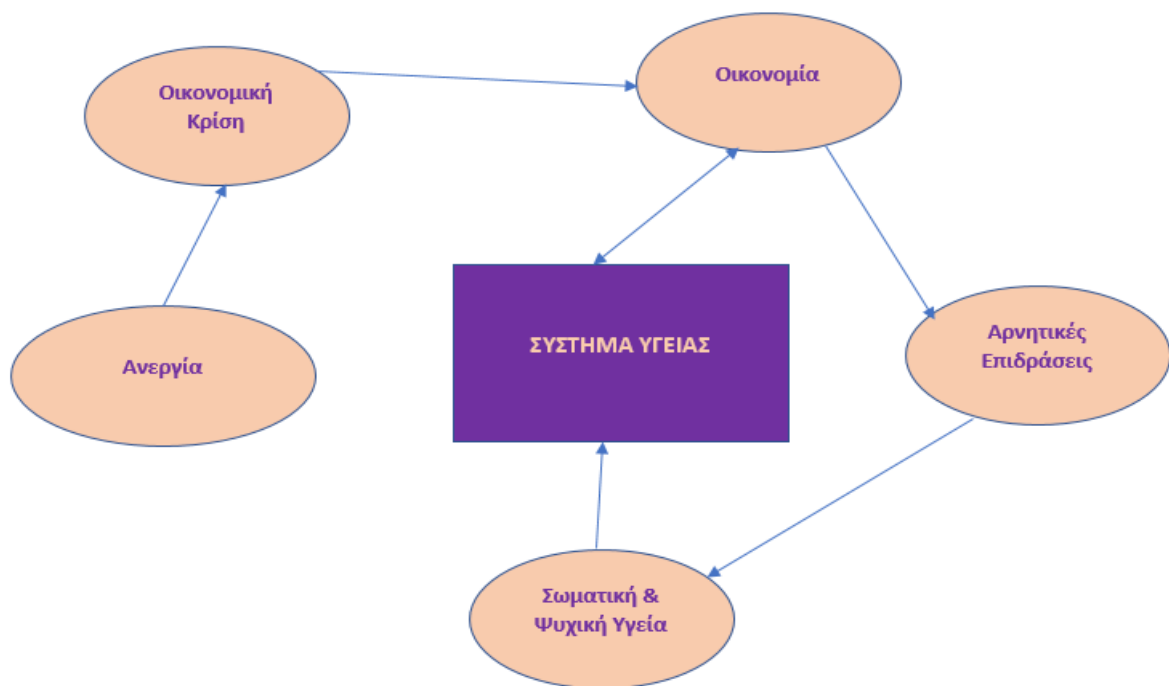
Η έκταση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, βάσει των Stuckler et. al. (2009), βασίζεται στο βαθμό στον οποίο τα άτομα προστατεύονται υπό τη μορφή της κοινωνικής προστασίας (επίσημη πρόνοια) ή υπό τη μορφή της κοινωνικής συνοχής.

Στο Διάγραμμα 3.2 αποτυπώνεται η ενδεχόμενη διάρθρωση της αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στην οικονομική κρίση και το επίπεδο υγείας ενός ανθρώπου ή μίας ομάδας ανθρώπων. Όταν εκδηλώνεται μία κρίση, τις περισσότερες φορές η απασχόληση συνιστά τον κυριότερο παράγοντα που δέχεται πλήγμα, μ' ένα πλήθος ανθρώπων να καθίστανται άνεργοι. Έπειτα, η οικονομική κατάσταση ενός ανθρώπου συνυφάνεται με το είδος της εργασίας του, καθώς το πιο μεγάλο τμήμα του διαθέσιμου εισοδήματος των περισσότερων νοικοκυριών προκύπτει μέσω της εργασίας. Ως εκ τούτου, η απώλεια της εργασίας επιφέρει δραστική μείωση στο διαθέσιμο εισόδημα.

Εν συνεχεία, όταν επιδεινώνεται η οικονομική κατάσταση ενός ανθρώπου, αυτό επιφέρει μία σωρεία επιβλαβών για την υγεία του επιλογών, που με τη σειρά τους ασκούν αρνητική επιρροή στην ψυχική και τη σωματική υγεία του. Ειδικότερα, το αίσθημα ανασφάλειας στην εργασία ή η ανεργία και η επακόλουθη απώλεια εισοδήματος μπορούν να ωθήσουν το άτομο σε επιζήμιες για την υγεία του επιλογές, όπως αυτές της κατάχρησης αλκοόλ, του καπνίσματος, της χρήσης ναρκωτικών ουσιών κ.ά.

Ταυτόχρονα, η ανεργία μπορεί να προκαλέσει και ψυχικές διαταραχές, ενώ ακόμα και η διατήρηση μίας ικανοποιητικής εργασίας ή μίας υποβαθμισμένης θέσης εξαιτίας της ανάγκης για ένα ελάχιστο επίπεδο εισοδήματος, ενδέχεται να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία των ανθρώπων (Τούντας, 2000).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί πως η οικονομική κρίση ασκεί πιο μεγάλη αρνητική επιρροή στην υγεία και στα ποσοστά νοσηρότητας ορισμένων ομάδων ανθρώπων, όπως είναι αυτές των μεταναστών, των ανθρώπων οι οποίοι εντάσσονται σε μειονότητες και των χρόνια πασχόντων από σωματικές ή ψυχικές νόσους (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2009).



Πηγή: Τούντας, 2000

Διάγραμμα 3.2

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού

3.2. Η Οικονομική Κρίση και το Σύστημα Υγείας

Μία οικονομική κρίση είναι δυνατόν να ασκήσει επιρροή στον τρόπο χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, κατά κύριο λόγο, γιατί, στο πλαίσιο της δημοσιονομικής εξυγίανσης, περιορίζονται οι κρατικές δαπάνες (Appleby, 2008). Η οικονομική κρίση, για παράδειγμα, στη Λατινική Αμερική στις αρχές της δεκαετίας του '80 είχε οδηγήσει στην ελάττωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία ασκώντας δυσανάλογη επιρροή στις πιο ευπαθείς και πιο φτωχές κοινωνικές ομάδες (Musgrove, 1987). Συγχρόνως, η ελάττωση στο διαθέσιμο εισόδημα επιφέρει άνοδο στη ζήτηση υπηρεσιών δημοσίας υγείας (WHO, 2009), αφού ο καταναλωτής ελαττώνει τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

3.2.1 Η Οικονομική Κρίση και η Υγεία των Πολιτών

Η οικονομική κρίση δύναται να ασκήσει επιρροή στην υγεία των ατόμων και, ως εκ τούτου, στο σύστημα υγείας του κράτους, αν γίνει δεκτό πως το επίπεδο υγείας των πολιτών ενός κράτους συνδέεται με την οικονομική του ανάπτυξη. Εφόσον, λοιπόν, η οικονομική κρίση επιφέρει, ανεργία, και μείωση εισοδήματος, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα πως η οικονομική κρίση ασκεί επιρροή τόσο στην υγεία των ανθρώπων, όσο και στα συστήματα υγείας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Αν, επί παραδείγματι, η ανεργία πολλές φορές συνδέεται με επιζήμιες για τη σωματική υγεία επιλογές, όπως αυτή της αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ ημερησίως, τότε διαφαίνεται πως μία επιδείνωση του οικονομικού κλίματος στο κράτος θα επιφέρει μακροπρόθεσμα αρνητικές συνέπειες στο γενικότερο επίπεδο υγείας. Επιπλέον, η ελάττωση του διαθέσιμου εισοδήματος είναι δυνατόν να ωθήσει το άτομο στο να καταναλώνει λιγότερο υγιεινές τροφές. Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, ενδέχεται να μειωθούν μακροπρόθεσμα τα ποσοστά του καπνίσματος. Ενδέχεται, επίσης, άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα να ελαχιστοποιήσουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας για τις οποίες πρέπει οι ίδιοι να προβούν σε καταβολή ενός σημαντικού μέρους της αντίστοιχης δαπάνης. Τέτοιου είδους υπηρεσίες είναι αυτές της οδοντιατρικής περίθαλψης, αλλά και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δε μπορούν να καλυφθούν με επάρκεια εκ μέρους των ασφαλιστικών φορέων.

Εντούτοις, τα ίδια φαινόμενα πιθανότατα μπορεί να προκύψουν και σε διάστημα οικονομικής ανάπτυξης. Μέσω της μελέτης του Ruhm (2000), για παράδειγμα, αναδείχθηκε πως σε διαστήματα οικονομικής ανάπτυξης ελαττώνεται η υγιεινή διατροφή και η φυσική άσκηση, αυξάνονται τα εργασιακά ωράρια, καθώς και το αντίστοιχο άγχος, ενώ, επίσης, δεν παρακολουθείται η υγεία στα ποσοστά που θα

έπρεπε (cost of time). Ταυτόχρονα, παρουσιάζονται και εξωτερικά αίτια διακύμανσης της θνησιμότητας, όπως αυτό της αύξησης των μεταναστευτικών ροών οι οποίες ενδέχεται να εισάγουν νοσήματα ή να μην έχουν εξοικειωθεί με το υγειονομικό σύστημα ή την οδική συμπεριφορά της χώρας προορισμού (Ruhm, 2000).

Η σχέση αυτή θεωρείται πολυσύνθετη, επειδή, εν πρώτοις, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης συνιστούν μόνο έναν εκ των πολλών ποιοτικών και ποσοτικών παραγόντων που συνεισφέρουν στο επίπεδο υγείας ενός κράτους, και, έπειτα, επειδή η μέτρηση του επιπέδου υγείας συνιστά μία ατελή διαδικασία. Έτσι, για να απομονωθεί η σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και στην αποτελεσματικότητα τους, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η επιρροή διατροφικών, κοινωνικο-δημογραφικών και οικονομικών παραγόντων κάθε κράτους, και, φυσικά, η κάθε υφιστάμενη διαφορά σε γεωγραφικό επίπεδο. Ορισμένες εκ των μεταβλητών που είχαν χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της μελέτης των Crémieux et. al. (1999) ήταν αυτές των ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας ανά φύλο (αυτό το ποσοστό αναφέρεται πριν την ηλικία του ενός έτους ανά χίλιες γεννήσεις), του προσδόκιμου ζωής ανά φύλο (προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση), του κατά κεφαλήν αριθμού γιατρών, των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (όλες οι δαπάνες περίθαλψης, ιδιωτικές και δημόσιες), του κατά κεφαλήν εισοδήματος (το πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ), της χρήσης αλκοόλ (η κατά κεφαλή κατανάλωση των αλκοολούχων ποτών), της πληθυσμιακής πυκνότητας (το σύνολο των ανθρώπων ανά συγκεκριμένη μονάδα μέτρησης του χώρου), του ποσοστού ένδειας (το ποσοστό των νοικοκυριών που ζοδεύουν περισσότερο από το 56,2% του εισοδήματός τους σε είδη ένδυσης, στέγασης και διατροφής) και τέλος των διατροφικών δεδομένων.

Οι δύο από τις προαναφερθείσες μεταβλητές είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν, για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός κράτους και είναι αυτές του προσδόκιμου ζωής και των ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας βάσει του φύλου. Στη βιβλιογραφία, επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε και ο αριθμός των εργασιμών ημερών που χάθηκαν εξαιτίας ασθένειας, αλλά και οι υποκειμενικές αντιλήψεις για το ατομικό επίπεδο υγείας.

Τα αποτελέσματα από προηγούμενες έρευνες κατέδειξαν κάτι συγκεκριμένο όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και τα αποτελέσματα της. Ο Leu (1986) στη μελέτη του δεν κατάφερε να ανιχνεύσει μία σχέση ανάμεσα στις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης και τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, λαμβάνοντας υπόψη την επιρροή που ασκεί το κατά κεφαλήν εισόδημα. Επιπλέον, οι Hitiris και Posnet (1992) στη μελέτη τους εντόπισαν πολύ περιορισμένα στοιχεία τα οποία να μπορούν να δικαιολογήσουν μία σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και τα

ποσοστά θνησιμότητας. Το πρόβλημα με τις προαναφερθείσες μελέτες έγκειται στην ετερογένεια των αποτελεσμάτων, η οποία σχετίζεται με την πραγματοποίηση διαστρωματικών μελετών.

Οι Nixon και Ulmann (2006) με τη χρήση του προσδόκιμου ζωής και του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας σαν εκροές ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με τον τρόπο ζωής και το περιβάλλον σαν εισροές, σε μια σωρεία δεκαπέντε κρατών της Ε.Ε. κατά τα έτη 1980 έως 1995, διαπίστωσαν πως η αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σχετίζεται με μία αξιοσημείωτη βελτιστοποίηση στα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας, αλλά με μόνο μία οριακή βελτιστοποίηση στο προσδόκιμο ζωής.

3.3. Ανακεφαλαίωση

Σ' αυτό το κεφάλαιο πραγματοποιήθηκε μία παρουσίαση μελετών εν σχέσει με τα αποτελέσματα υγείας. Ειδικότερα, για τις αναπτυγμένες οικονομίες, χρησιμοποιήθηκε η μελέτη του The Economist (2014). Επιπρόσθετα, αναφέρθηκαν και επεξηγήθηκαν παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να ασκήσουν επιρροή στην υγεία ενός ανθρώπου ή ενός πληθυσμού (οικονομικοί, ατομικοί, φυσικοί, κοινωνικοί, αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας), ενώ επεξηγήθηκε, επίσης, η αιτιώδης σχέση ανάμεσα στην οικονομική κρίση και το επίπεδο υγείας με αφορμή την υφιστάμενη σε παγκόσμιο επίπεδο χρηματοπιστωτική κρίση. Η ανάλυση, τέλος, επικεντρώθηκε στις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στα αποτελέσματα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Εισαγωγή

Σε τούτο το κεφάλαιο θα παρουσιαστεί ο ορισμός του Α.Ε.Π. και μία παρουσίαση της διαχρονικής ανάλυσης των δαπανών υγείας για το διάστημα 1990 έως 2010. Επιπροσθέτως, θα αναλυθούν οι δημόσιες δαπάνες υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ για το διάστημα 2005 έως 2014 αλλά και ο τρόπος που χρηματοδοτούνται οι δαπάνες υγείας εντός Ε.Ε. για το ίδιο διάστημα. Θα παρατεθούν, τέλος, στοιχεία για τις δαπάνες υγείας στο ελληνικό κράτος.

4.1.1. Α.Ε.Π.

Το βασικότερο μακροοικονομικό μέγεθος όπου αποτυπώνει την συνολική αξία σε χρηματικές μονάδες των τελικών αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται σε μια χώρα σε ένα συγκεκριμένο έτος. (Barro J., Robert, 2010)

4.2. Διαχρονική Ανάλυση των Δημοσίων Δαπανών Υγείας

Από το 1960 και έπειτα, βάσει του ΟΟΣΑ, παρατηρήθηκαν τρεις κύριες τάσεις όσον αφορά στα συστήματα υγείας στις αναπτυγμένες οικονομίες και, ειδικότερα, αυτές της ραγδαίας αύξησης του προσδόκιμου ζωής, της συνεχούς αύξησης της δαπάνης υγείας και, τέλος, των παραγόντων κινδύνου για την υγεία.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την αυξητική τάση της δαπάνης υγείας σε διεθνές επίπεδο σαν ποσοστό του ΑΕΠ, διαπιστώνεται μια θετική σύνδεση ανάμεσα στο ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ και τις δαπάνες υγείας. Κύριος αιτιολογικός παράγοντας είναι αυτός της αύξησης του εισοδήματος, αφού η υγεία συνιστά ένα κανονικό αγαθό. Επομένως, η αύξηση στο εισόδημα συνεισφέρει στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Σε διαστήματα παράλληλης αύξησης δαπανών υγείας και ΑΕΠ, πιθανή αύξηση στις δαπάνες υγείας με πιο μεγάλο ρυθμό μπορεί να γίνει δεκτή εκ μέρους της κοινωνίας δεδομένου πως η υγεία των πολιτών συνιστά προτεραιότητα. Αντίθετα, σε διαστήματα οικονομικής κρίσης, πιθανή αύξηση των δαπανών υγείας μπορεί να δεσμεύσει δημόσιους πόρους, θέτοντας, ως εκ

τούτου, σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας αλλά και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Μέσω του Πίνακα 3.1 απεικονίζεται η εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ κατά το διάστημα 1990 έως 2010 στα κράτη της Ε.Ε. Τα στοιχεία είναι χρήσιμα σαν ιστορικά δεδομένα, ούτως ώστε να καταγραφεί η αυξητική τάση που παρουσίαζαν οι δημόσιες δαπάνες υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες.

Πίνακας 4.1

Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό ΑΕΠ στην Ευρώπη (1990 – 2010)

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

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

Για το διάστημα 1990 έως 2000, ο Μ.Ο. των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ε.Ε. αντιστοιχούσε σε 6,9% του ΑΕΠ, ενώ ο Μ.Ο. για το ελληνικό κράτος αντιστοιχούσε σε 7,3%. Σ' αυτό το διάστημα,

διαπιστώθηκε πως οι αναπτυγμένες οικονομίες ξοδεύουν σχεδόν το 9% του ΑΕΠ, ώστε να παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Τα πιο υψηλά ποσοστά, ειδικότερα, διαπιστώνονται στα κράτη της Γερμανίας (9,3%), και της Γαλλίας (9,1%). Αντίστοιχα, τα χαμηλότερα ποσοστά του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος σε σχέση με τις δημόσιες δαπάνες υγείας διαπιστώνονται στα κράτη της Τσεχίας (5,2%) και του Λουξεμβούργου (5,3%). Έχουν ληφθεί υπόψη κράτη τα οποία διαθέτουν στοιχεία για τα έτη 1990-2000.

Συνέχεια 4.1 (2001 – 2010)

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

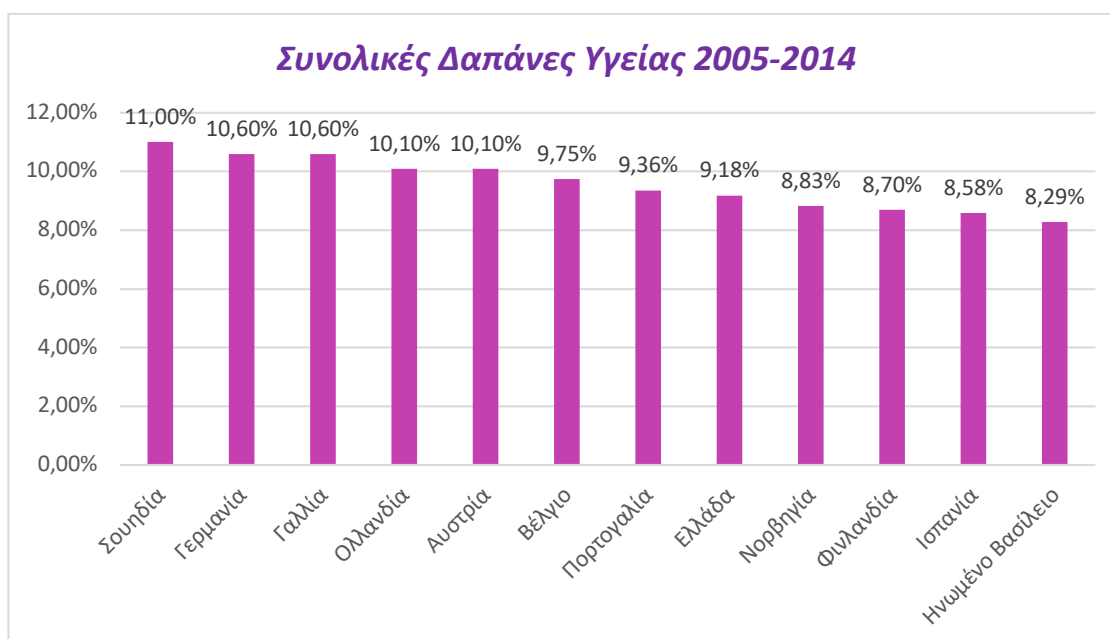
Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> επεξεργασμένα από την Κ.Π.

Για το διάστημα 2001 έως 2010, ο Μ.Ο. δημοσίων δαπανών υγείας στην Ε.Ε. αντιστοιχούσε σε 8,0% του ΑΕΠ, ενώ ο Μ.Ο. για το ελληνικό κράτος αντιστοιχούσε σε 8,9%. Διαπιστώνεται πως οι αναπτυγμένες οικονομίες ξοδεύουν σχεδόν ή παραπάνω από το 10% του ΑΕΠ τους, ώστε να παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Τα πιο υψηλά ποσοστά, ειδικότερα, διαπιστώνονται στα κράτη της Γερμανίας (10,3%), της Γαλλίας (10,2%) και της Αυστρίας (9,6%). Αντίστοιχα, τα πιο χαμηλά ποσοστά ΑΕΠ δημοσίων δαπανών υγείας διαπιστώνονται στα κράτη της Λετονίας (6,0%) και της Πολωνίας (6,1%).

Αξιοσημείωτο θεωρείται πως οι οικονομικά ασθενέστερες οικονομίες διαφαίνεται πως δαπανούν υψηλά ποσοστά στον τομέα της υγείας με χαρακτηριστικότερα παραδείγματα αυτά της Πορτογαλίας (9,2%) και της Σλοβενίας (8,1%), σε αντίθεση με οικονομίες, όπως αυτές της Σουηδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, που ξοδεύουν 8,3% και 7,5% αντιστοίχως. Ο γενικός μέσος όρος, τέλος, κατά την περίοδο 1990 έως 2010 για το ελληνικό κράτος αντιστοιχούσε σε 8,1%, ενώ για την Ε.Ε. αντιστοιχούσε σε 7,5%.

4.2.1. Διαστρωματική Ανάλυση επί του Συνόλου των Δαπανών για την Υγεία

Για την αποτύπωση του ύψους των δαπανών υγείας σε κράτη της Ε.Ε., μπορεί να εξεταστεί η διαχρονική εξέλιξή τους με βάση την κατηγοριοποίηση του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) που είχε αναλυθεί στο δεύτερο κεφάλαιο. Ειδικότερα, στο Διάγραμμα 4.1 εμφανίζεται το μέσο ύψος των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σαν ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένα κράτη της Ε.Ε. κατά το διάστημα 2005 έως 2014.



Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 4.1

Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην Ευρώπη (% ΑΕΠ), (2005-2014)

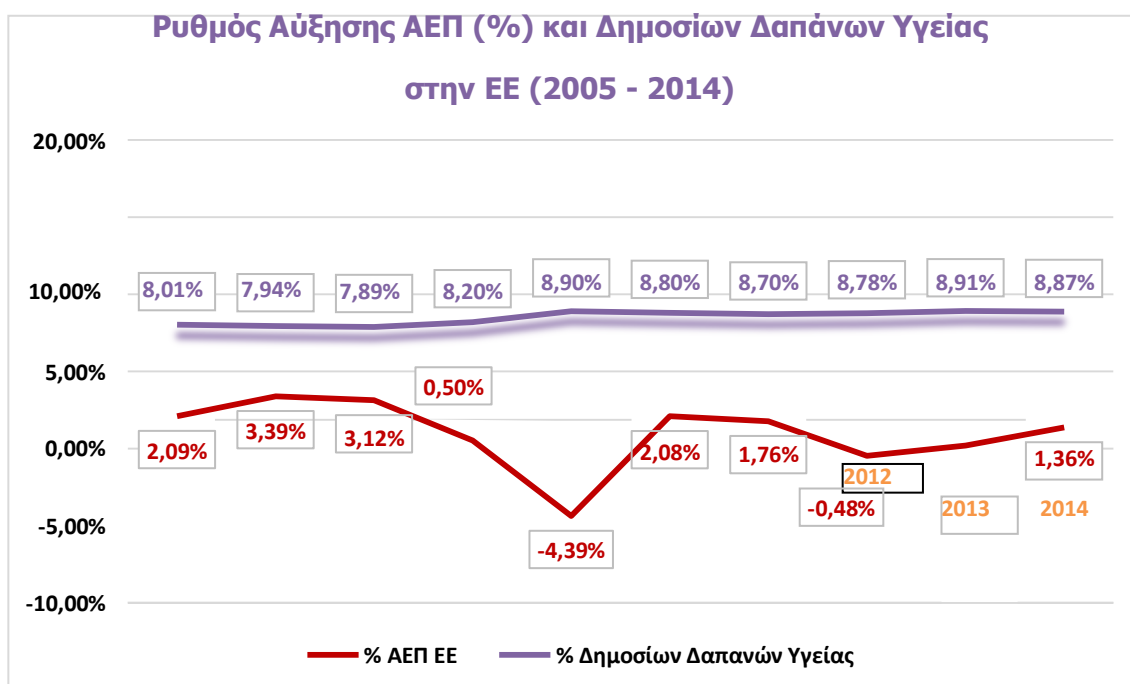
Βάσει του Διαγράμματος 4.1, τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το πιο υψηλό ποσοστό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης για το εξεταζόμενο διάστημα είναι αυτά της Γερμανίας, της Γαλλίας και της Σουηδίας με μέσο ποσοστό δαπανών 10,6%, 10,6% και 11% του ΑΕΠ, αντιστοίχως. Αντιθέτως, τα κράτη με το πιο χαμηλό μέσο ποσοστό δαπανών υγειονομικής περίθαλψης είναι αυτά του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ισπανίας και της Φινλανδίας με μέσο ποσοστό δαπανών 8,3%, 8,6% και 8,7% του ΑΕΠ αντιστοίχως. Το αντίστοιχο ποσοστό δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στο ελληνικό κράτος είναι 9.18% του ΑΕΠ για το διάστημα 2005 έως 2014.

4.3. Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας

Στην ενότητα ενότητα αυτή θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση της διαχρονικής ανάλυσης της χρηματοδότησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα κατά το διάστημα 2005 έως 2014.

4.3.1. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα

Μέσω των στοιχείων που αναλύονται διαπιστώνεται πως όσο αναπτύσσεται οικονομικά ένα κράτος, τόσο πιο μεγάλες είναι οι δημόσιες δαπάνες υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ. Στο Διάγραμμα 3.2. αποτυπώνεται η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση του ΑΕΠ στα κράτη της Ε.Ε. και την αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας κατά το εξεταζόμενο διάστημα.



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

Διάγραμμα 4.2

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

Βάσει του Διαγράμματος 4.2, ο ρυθμός αύξησης ΑΕΠ των κρατών της Ε.Ε. κατά το διάστημα 2005 έως 2014 παρουσιάζει διακυμάνσεις, με αξιοσημείωτη πτώση (-4,39%) τη χρονιά 2009 σε συνέπεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης σε διεθνές επίπεδο. Αντιστοίχως, ο ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας εμφανίζει αυξητική τάση σταθερά, δίχως διακυμάνσεις Ο Μ.Ο. του ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ της Ε.Ε. αντιστοιχεί σε 0.96%, ενώ των δημοσίων δαπανών υγείας αντιστοιχεί σε 8.5 % για το εξεταζόμενο διάστημα. Παρότι ο ρυθμός δαπάνης παρουσιάζει ταχύτερη αύξηση απ' αυτόν της οικονομίας, αυτό γίνεται αποδεκτό από το κοινωνικό σύνολο, αφενός επειδή η υγεία των πολιτών είναι ο πρωτεύων στόχος και αφετέρου επειδή δεν υπάρχει ανησυχία για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Εντός αυτού του πλαισίου, μέσω του Πίνακα 4.2 απεικονίζεται η διαχρονική μεταβολή των δημοσίων δαπανών υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ στην Ε.Ε. για το διάστημα 2005-2014.

Πίνακας 4.2

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

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

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

Ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας στην Ε.Ε., το χρονικό διάστημα 2005 έως 2014, αντιστοιχούσε σε 8,5% του ΑΕΠ, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος για το ελληνικό κράτος αντιστοιχούσε σε 9,2%. Τα πιο υψηλά ποσοστά διαπιστώνονται στα κράτη της Γερμανίας (10,6%), της Γαλλία (10,5%) και της Ολλανδίας (10,1%). Αντίστοιχα, τα πιο χαμηλά ποσοστά ΑΕΠ δημοσίων δαπανών υγείας διαπιστώνονται στα κράτη της Εσθονίας (5,7%) και της Λετονίας (5,7%). Επιπρόσθετα, οι ασθενέστερες οικονομίες, όπως αυτές της Πορτογαλίας και της Σλοβενίας ξοδεύουν 9,4%, και 8,3% του ΑΕΠ σε δημόσιες δαπάνες υγείας, αντιστοίχως. Επισημαίνεται πως τη χρονιά 2009 και τη χρονιά 2010, κατά τη διάρκεια των οποίων η οικονομία είχε υποστεί ύφεση παγκοσμίως, οι αναπτυγμένες οικονομίες δεν προέβησαν σε περικοπή των δαπανών υγείας (Πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.3.

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

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

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

Για το χρονικό διάστημα 2005 έως 2014, ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας σαν ποσοστό των δαπανών υγείας συνολικά ανήλθε σε 75,8% στην Ε.Ε. Κατά το διάστημα αυτό, τα πιο υψηλά ποσοστά διαπιστώνονται κατά κύριο λόγο σε αναπτυγμένες οικονομίες, όπως αυτές της Δανίας (84,3%), του Λουξεμβούργου (83,9%) και της Ολλανδίας (83,2%). Επίσης, υψηλά ποσοστά διαπιστώνονται στα κράτη της Τσεχίας (84,1%) σαν λιγότερο αναπτυγμένη οικονομία, του Ηνωμένου Βασιλείου (81,6%) και της Γερμανίας (80,9%). Αντίστοιχα, τα πιο χαμηλά ποσοστά δημοσίων δαπανών υγείας σαν ποσοστό των δαπανών υγείας συνολικά διαπιστώνονται στα κράτη της Λετονίας (60,0%), της Ουγγαρίας (68,0%) και της Ελλάδας (64,4%). Εντούτοις, παρέμειναν υψηλά τα ποσοστά των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας στο ελληνικό κράτος αυξήθηκαν από 59,9% τη χρονιά 2008 σε 70,0% τη χρονιά 2010, όμως, εν συνεχεία, μειώθηκαν μέχρι και 59,7% του συνόλου των δαπανών στην Ε.Ε. τη χρονιά 2014.

4.3.2. Η Χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας από τον Ιδιωτικό Τομέα

Μέσω του Πίνακα 4.4 απεικονίζεται το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας επί των συνολικών δαπανών στα κράτη της Ε.Ε. για το χρονικό διάστημα 2005 έως 2014. Ο Μ.Ο. της Ε.Ε. αντιστοιχεί σε 24,2% με την Ελλάδα να έχει καταγράψει ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας επί του συνόλου των δαπανών υγείας 35,6%. Οι πιο υψηλοί μέσοι όροι ιδιωτικής χρηματοδότησης υγείας διαπιστώνονται στα κράτη της Λετονίας (40,0%), της Ελλάδας (35,6%), της Ουγγαρίας (32,0%) και της Πορτογαλίας (31,6%). Αντιστοίχως, οι πιο χαμηλοί μέσοι όροι ιδιωτικής χρηματοδότησης υγείας κατά το εξεταζόμενο διάστημα διαπιστώνονται στα κράτη της Δανίας (15,7%), της Τσεχίας (15,9%), του Λουξεμβούργου (16,1%) και της Ολλανδίας (16,8%).

Πίνακας 4.4.

Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό των Συνολικών Δαπανών στην ΕΕ (2005 – 2014)

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

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| M.O. EE | 24,9 % | 24,4 % | 24,7 % | 23,9 % | 23,2 % | 23,4 % | 23,6 % | 24,4 % | 24,9 % | 24,9 % | 24,2 % |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|

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

4.4. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου

Στο σημείο αυτό θα πραγματοποιηθεί εξέταση της συμμετοχής των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολο των δαπανών υγείας.

Το Διάγραμμα 4.3, ειδικότερα, αποτυπώνει τη συμμετοχή των νοσοκομειακών μονάδων (HP.1) που αντιστοιχούν στο 36,3% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη της Ε.Ε. κατά το διάστημα 2005 έως 2014.



Πηγή Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την Κ.Π.

Διάγραμμα 4.3

Δαπάνες Υγείας Αναλόγως του Παρόχου στην Ε.Ε.(% συνολικών Δαπανών), 2005-2014

Η επόμενη πιο σημαντική κατηγορία παρόχου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, κατά το προαναφερθέν χρονικό διάστημα, είναι αυτή των παροχών εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3), που αντιστοιχούν στο 25,1% των

συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Ο επόμενος πάροχος υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι αυτός των σημείων πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων (HP.5) των οποίων το ποσοστό στις τρέχουσες δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης έχει διαμορφωθεί, κατά το εξεταζόμενο χρονικό διάστημα, στο 18,9%.

Το ποσοστό της συμμετοχής των νοσοκομειακών μονάδων στο σύνολο των δαπανών υγείας κυμαινόταν, κατά το διάστημα 2005 έως 2014, από 40,4% του συνόλου στο ελληνικό κράτος έως 29,3% στο γερμανικό (Διάγραμμα 4.4). Άλλα κράτη με, επίσης, υψηλό ποσοστό της συμμετοχής των νοσοκομειακών μονάδων στο σύνολο των δαπανών υγείας κατά το εξεταζόμενο διάστημα είναι αυτά της Ισπανίας (40,3%), της Πορτογαλίας (39,6%), της Γαλλίας (39,6%), της Νορβηγίας (39,3%), της Αυστρίας (39,1%) και της Σουηδίας (38,2%).

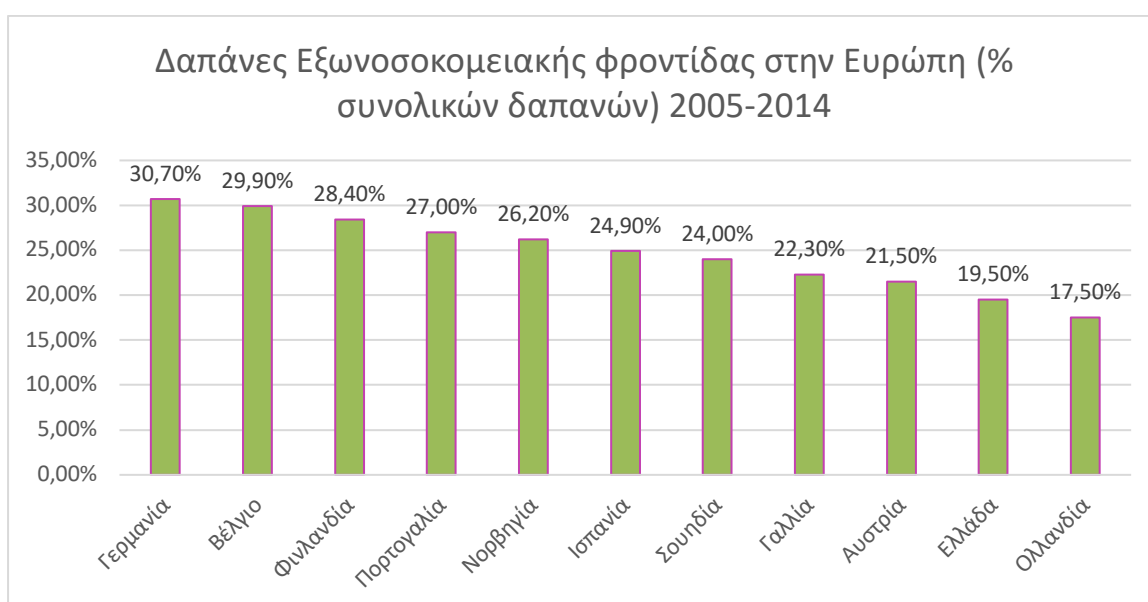


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία στοιχείων από την Κ.Π.

Διάγραμμα 4.4.

Δαπάνες Νοσοκομείων Στην Ε.Ε. (% συνολικών Δαπανών), 2005- 2014

Το ποσοστό εξω-νοσοκομειακής φροντίδας στο σύνολο των δαπανών υγείας, κατά το διάστημα 2005 έως 2014, κυμαινόταν από 30,7% στο κράτος της Γερμανίας έως 17,5% στο κράτος της Ολλανδίας (Διάγραμμα 4.5). Άλλα κράτη με, επίσης, υψηλό ποσοστό συμμετοχής της εξω-νοσοκομειακής φροντίδας στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι αυτά του Βελγίου (30%), της Φινλανδίας (28,4%) και της Πορτογαλίας (27%).



Πηγή: Eurostat

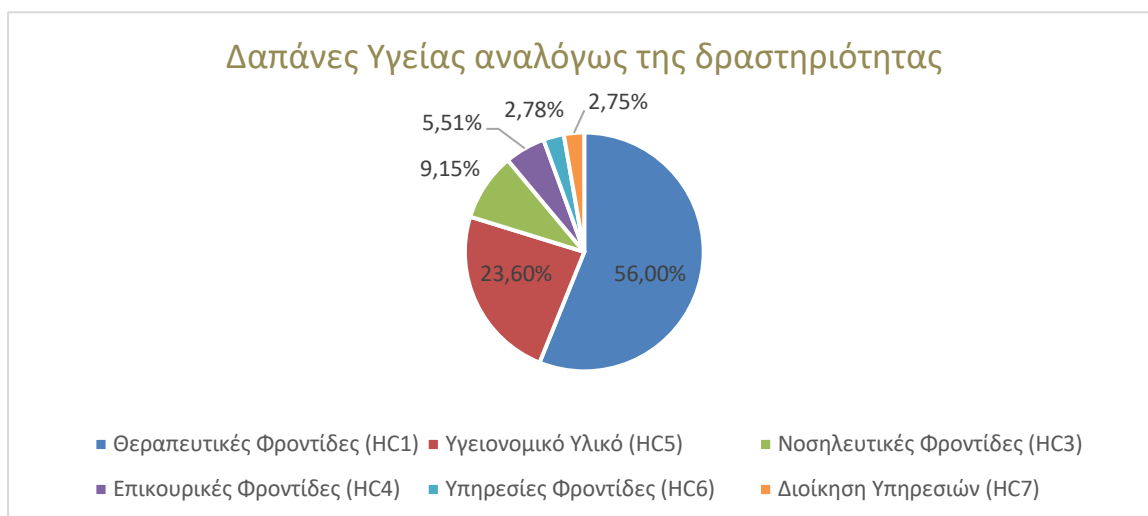
Διάγραμμα 4.5

Δαπάνες Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας στην Ευρώπη (% συνολικών Δαπανών), 2005-2014

4.5. Δαπάνες Υγείας Αναλόγως της Λειτουργίας τους

Σε τούτη την ενότητα θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση της διαστρωματικής ανάλυσης των δαπανών υγείας βάσει της λειτουργίας τους, με μέση τιμή έτους 2012.

Μέσω του Διαγράμματος 4.6 απεικονίζεται η μέση τιμή των δαπανών για τη χρονιά 2012. Οι θεραπευτικές φροντίδες (HC.1) διαθέτουν μέση τιμή 56,0%, το υγειονομικό υλικό (HC.5) έπεται με μέση τιμή 23,6% και ακολουθούν οι κατηγορίες των νοσηλευτικών φροντίδων (HC.3) με μέση τιμή 9,15%, των επικουρικών φροντίδων (HC.4) με μέση τιμή 5,51%, των υπηρεσιών πρόληψης (HC.6) με μέση τιμή 2,78% και της διοίκησης υπηρεσιών (HC.7) με μέση τιμή 2,75%.

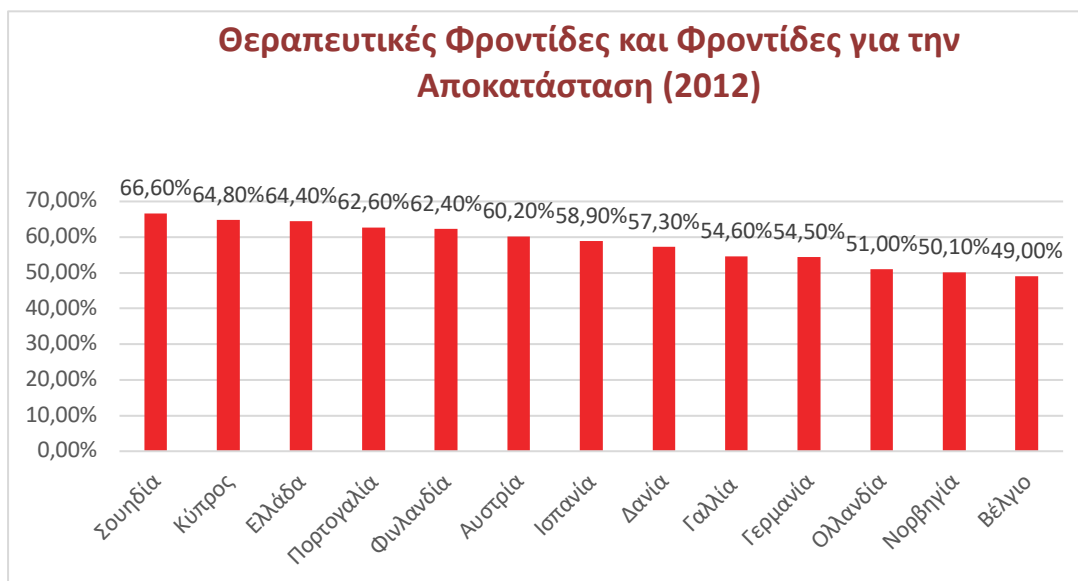


Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 4.6

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

Στην Ε.Ε. οι δαπάνες για υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης (HC.1) ανέρχονται στο 56% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Τη χρονιά 2012, ειδικότερα, το ποσοστό της συμμετοχής των δαπανών για θεραπευτικές φροντίδες και φροντίδες αποκατάστασης κυμαινόταν από 66,6% στο κράτος της Σουηδίας έως 49% στο κράτος του Βελγίου (Διάγραμμα 3.8). Τα κράτη με υψηλό ποσοστό συμμετοχής των δαπανών για υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης στο σύνολο των δαπανών υγείας, κατά την προαναφερθείσα χρονιά, είναι αυτά της Κύπρου (64,8), της Ελλάδας (64,4%), της Πορτογαλίας (62,6%) και της Φινλανδίας (62,4%).



Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 4.7

Δαπάνες για Θεραπευτικές Φροντίδες και Φροντίδες Αποκατάστασης στην Ε.Ε. (% συνολικών Δαπανών), 2012

Οι δαπάνες σε ιατρικά προϊόντα για να εξυπηρετηθούν εξωτερικοί ασθενείς (άτομα τα οποία δε χρειάστηκε να νοσηλευτούν) (HC.5) συνιστούν τη δεύτερη πιο μεγάλη κατηγορία της λειτουργικής ταξινόμησης των δαπανών υγείας, με το μέσο ύψος αυτής της δαπάνης να αγγίζει το 23,6%, δηλαδή σχεδόν το ένα τέταρτο των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Τη χρονιά 2012, το κράτος με το πιο υψηλό ποσοστό της συμμετοχής των δαπανών σε ιατρικά προϊόντα για να εξυπηρετηθούν εξωτερικοί ασθενείς στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι το ελληνικό με ποσοστό 27,2% (Διάγραμμα 3.9), ενώ έπονται τα κράτη της Πορτογαλίας (23%) και της Γαλλίας (20,8%). Το πιο χαμηλό ποσοστό των δαπανών σε ιατρικά προϊόντα είχε καταγραφεί την προαναφερθείσα χρονιά στο κράτος της Δανίας (10,1%).

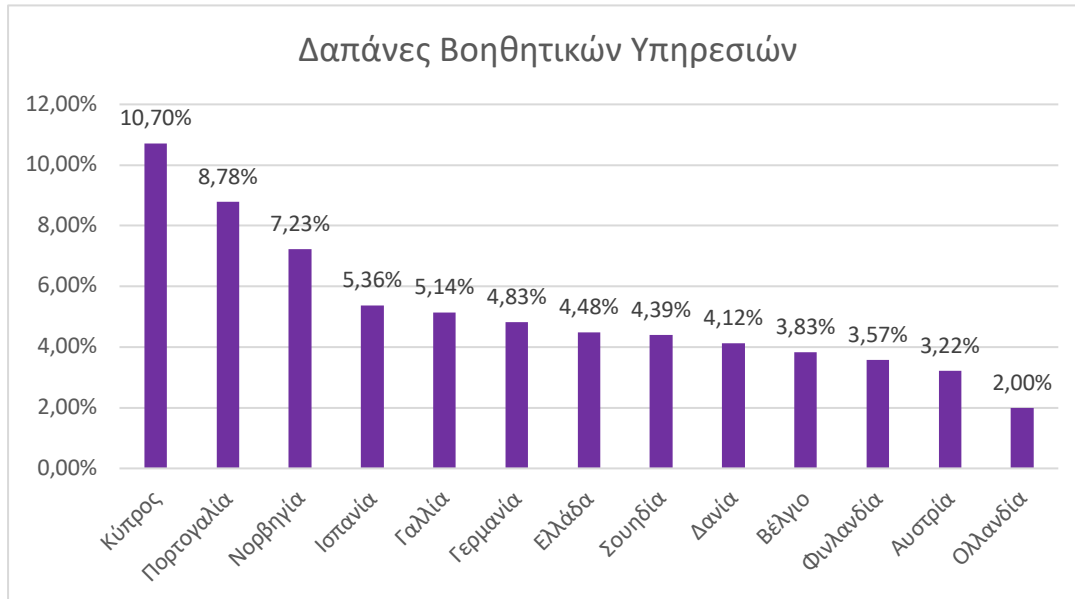


Πηγή: Eurostat και επεξεργασία από Κ.Π.

Διάγραμμα 4.8

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

Το ποσοστό των δαπανών για τις βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όπως, επί παραδείγματι, μεταφορά των ασθενών ή εργαστηριακές εξετάσεις (HC.4) άγγιξε τη χρονιά 2012 το 5.51% επί των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Διαπιστώνεται η ύπαρξη αποκλίσεων ανάμεσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με το ποσοστό αυτό να κυμαίνεται από 2,0% στο κράτος της Ολλανδίας μέχρι 8,8% στο κράτος της Πορτογαλίας (στοιχεία 2011) και 10,7% στο κράτος της Κύπρου (Διάγραμμα 4.9).



Πηγή: Eurostat και επεξεργασία από Κ.Π.

Διάγραμμα 4.9

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

4.6. Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα

Στο ελληνικό κράτος το σύστημα υγείας εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, κατά κύριο λόγο αναφορικά με την παραγωγή και τη διάθεση των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των πολιτών. Επιπρόσθετα, εάν λάβουμε υπόψη την αβεβαιότητα των πολιτών για το μέλλον σαν απότοκο συνεχών, πλην μη αποτελεσματικών μεταρρυθμίσεων, ο τομέας της υγείας έχει καταστεί σαν ο ευάλωτος τομέας της ελληνικής οικονομίας. Σε τούτο συνεισφέρει και η συνεχής αυξανόμενη τάση που παρουσιάζεται στη δαπάνη υγείας καθώς και τη φαρμακευτική δαπάνη σαν απότοκο της υπογεννητικότητας, της αυξητικής τάσης γήρανσης του πληθυσμού, καθώς και των βελτιστοποιήσεων στην επιστήμη της ιατρικής που έχουν καταστήσει εφικτό να αντιμετωπίζονται ασθένειες οι οποίες κάποτε δε μπορούσαν να αντιμετωπιστούν (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Πίνακας 4.5

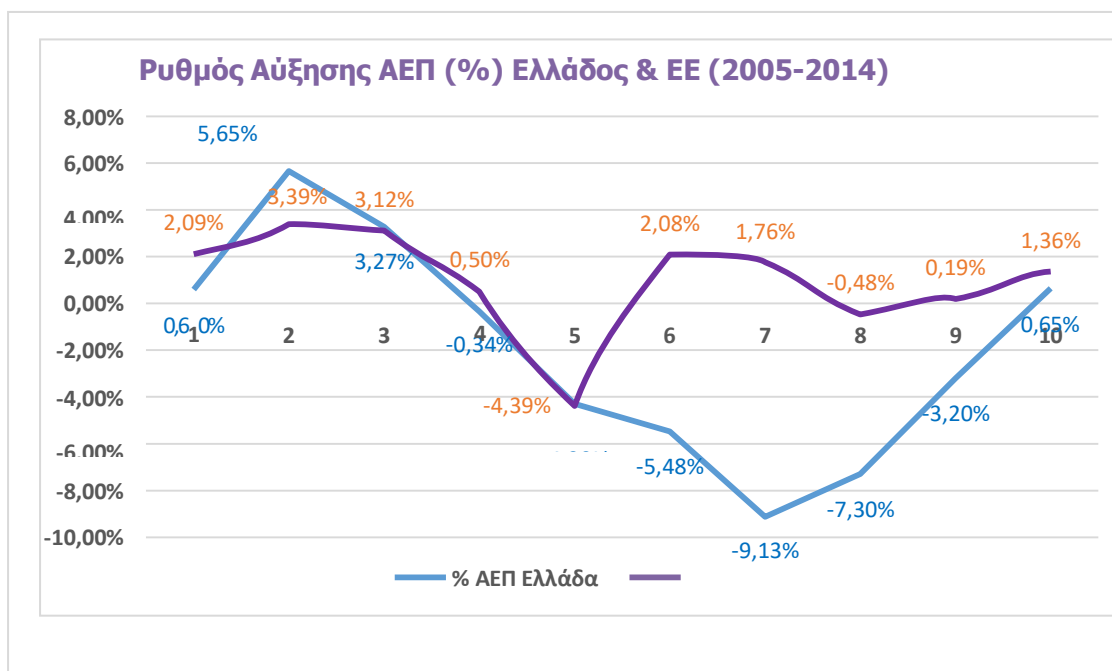
Δαπάνες Υγείας & Φαρμάκου στην Ελλάδα

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

Πηγή: IOBE (2009)

Βάσει των στοιχείων του IOBE, το σύνολο των δαπανών υγείας παρουσίασε αύξηση 67,8% από 12,5 εκατομμύρια € τη χρονιά 2001 σε 21,0 εκατομμύρια € το έτος 2007. Για το ίδιο χρονικό διάστημα, η ιδιωτική δαπάνη υγείας παρουσίασε αύξηση 66,3% από 4,7 εκατομμύρια € τη χρονιά 2001 σε 7,8 εκατομμύρια € τη χρονιά 2007, ενώ ο μέσος όρος της ιδιωτικής σαν ποσοστό της συνολικής δαπάνης άγγιξε το 37,4%. Αντιστοίχως, η δημόσια δαπάνη για την υγεία είχε αυξηθεί 68,7% από 7,8 εκατομμύρια € τη χρονιά 2001 σε 13,2 εκατομμύρια € τη χρονιά 2007, ενώ ο μέσος όρος της δημόσιας σαν ποσοστό της συνολικής δαπάνης άγγιξε το 62,6%. Αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, αυτή παρουσίασε αύξηση 134,0% από 1,9 εκατομμύρια € τη χρονιά 2001 σε 4,5 εκατομμύρια € τη χρονιά 2007 με ανάλογη άνοδο στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 186,2% από 1,5 εκατομμύρια € τη χρονιά 2001 σε 4,3 εκατομμύρια € τη χρονιά 2007. Ο μέσος όρος, τέλος, της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σαν ποσοστό του συνόλου της φαρμακευτικής δαπάνης έφτασε το 89.1% το ίδιο χρονικό διάστημα. Σαν ποσοστό του ΑΕΠ, το σύνολο της δαπάνης υγείας παρουσίασε αύξηση από 8,5% τη χρονιά 2001 σε 9,2% τη χρονιά 2007, ενώ αντιστοίχως η φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε αύξηση από 1,3% τη χρονιά 2001 σε 2,0% τη χρονιά 2007. Βάσει των αυξήσεων των φαρμακευτικών δαπανών και των δαπανών υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ αποδεικνύεται πως μέσω της αύξησης του εισοδήματος παρουσίασε αύξηση και το ποσοστό του ΑΕΠ το οποίο διατίθεται σχετικά με την υγεία (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

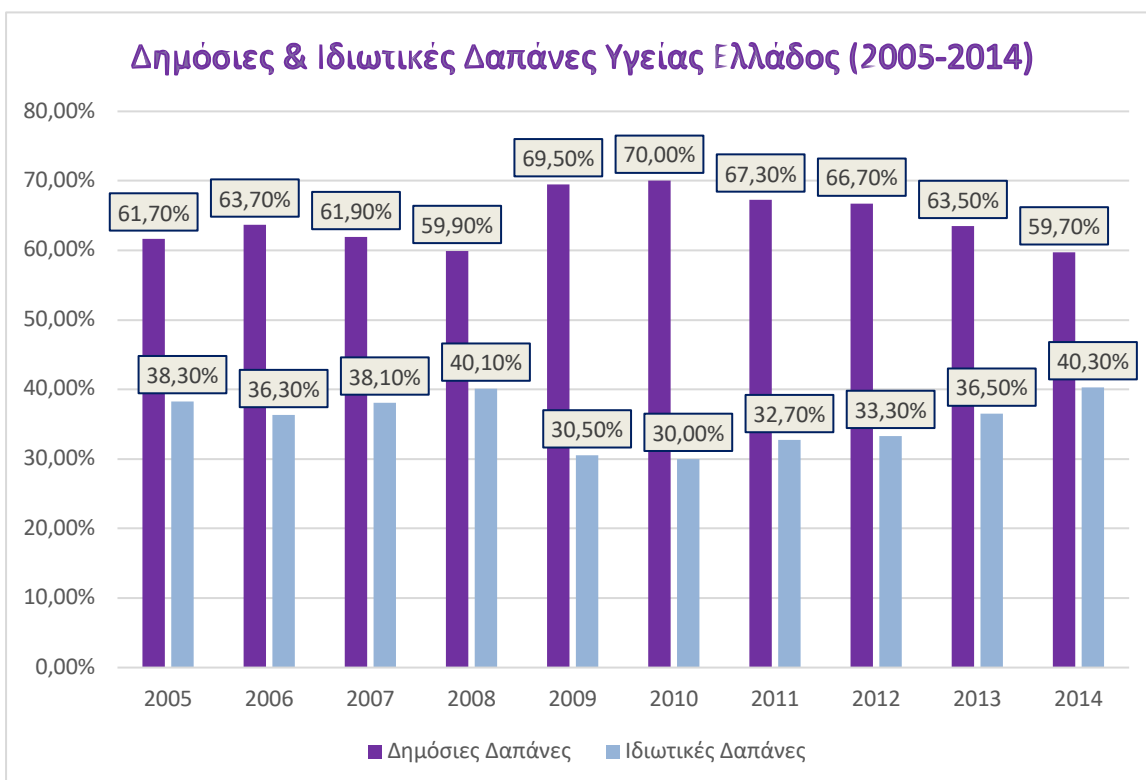
Σε παγκόσμιο επίπεδο, η υγεία του πληθυσμού, γενικότερα, βελτιώθηκε σε σημαντικό βαθμό σαν απότοκο της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, της ιατρικής προόδου, της διατροφής και των προσπαθειών για την πρόληψη της νοσηρότητας και την προσφορά βελτιστοποιημένων υπηρεσιών υγείας. Στο ελληνικό κράτος, ειδικότερα, ο μέσος ρυθμός ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας κατά το εξεταζόμενο χρονικό διάστημα ήταν αρνητικός, -1,96%, ενώ, αντιστοίχως, το ποσοστό για την Ε.Ε. άγγιξε το 0,96% (Διάγραμμα 4.10). Διαφαίνεται πως ο μέσος όρος της Ε.Ε. δέχεται επιρροή εκ μέρους των πλέον αναπτυγμένων οικονομιών που ξοδεύουν στις δημόσιες δαπάνες αντίστοιχα υψηλά ποσοστά του ΑΕΠ τους, ενώ στο ελληνικό κράτος οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης ασκούν επιρροή και στις δημόσιες δαπάνες υγείας με το ποσοστό να πέφτει από 40,1% στο σύνολο των δαπανών υγείας σε 30,5% (Διάγραμμα 4.11).



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

Διάγραμμα 4.10

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



Πηγή: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, επεξεργασμένα από Κ.Π.

Διάγραμμα 4.11

Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας Ελλάδος (2005-2014)

Καταπέλτης για το Σύστημα Υγείας στο ελληνικό κράτος, τις δαπάνες των νοικοκυριών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τη δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών στάθηκε η έκθεση του Ιδρύματος Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών σε συνέργεια με το Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος. Βάσει της μελέτης «Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα», η ελάττωση της δημόσιας χρηματοδότησης της Υγείας επέφερε σαν απότοκο την μετακίνηση των εν λόγω δαπανών στον ιδιωτικό τομέα, με την ιδιωτική χρηματοδότηση να φτάνει στο 40,9% το 2016 (έναντι 27% στα κράτη του Νότου και 21% στην Ευρωπαϊκή Ένωση).

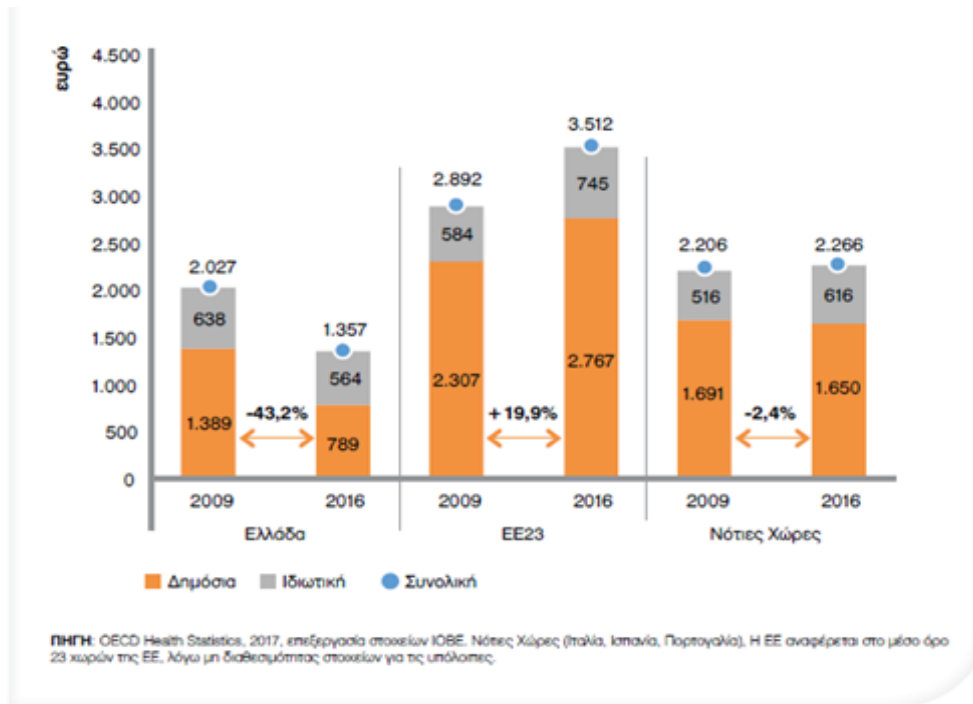
Όπως έχει σημειωθεί, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας είχε υποχωρήσει κατά 2,4% το χρονικό διάστημα από το 2010 έως το 2016 (+11,8% στην ΕΕ, -0,6% στις νότιες χώρες) και είχε διαμορφωθεί στα 14,6 δισ. ευρώ τη χρονιά 2016 (8,3% του ΑΕΠ), ενώ το ίδιο διάστημα η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας

ελαττώθηκε κατά 42,5% (+10,1% στην ΕΕ, -5,7% στις νότιες χώρες), στα 8,5 δις. (4,8% του ΑΕΠ).

Εντούτοις, δεν ήταν μόνο η μείωση των δαπανών η οποία επιβάρυνε το ΕΣΥ. Στο ελληνικό κράτος διαπιστώνεται υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης (81,1 έτη κοντά στο μέσο όρο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το 2015), σταδιακή ελάττωση του πληθυσμού (γεννήσεις κκατά 26 χιλιάδες ανθρώπους (2016) και αύξηση στο γηραιότερο πληθυσμό (άνω των 65 χρονών) από 21,6% του συνολικού πληθυσμού τη χρονιά 2017 στο 36,5% τη χρονιά 2050. Η αύξηση ηλικιωμένων ία και η ελάττωση των γεννήσεων ασκεί σημαντική πίεση στις δαπάνες, διότι οι ανάγκες για ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη ολοένα και αυξάνονται.

Στη μελέτη επισημάνθηκε ότι υφίσταται μία σοβαρή ανάγκη να αυξηθεί η δημόσια χρηματοδότηση σε φαρμακευτική κάλυψη και δαπάνες υγείας, με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα να έχει καταστεί πια μη βιώσιμη στο πλαίσιο ενός περιβάλλοντος ανεργίας και έντονης ελάττωσης του εισοδήματος του Έλληνα πολίτη.

Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στο ελληνικό κράτος είχε διαμορφωθεί στα 1.357 € τη χρονιά 2016 έναντι 2.027 τα η χρονιά 2009. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας είχε υποχωρήσει στο ελληνικό κράτος 43,2% ανάμεσα στο 2009 και το 2016, όπου και είχε διαμορφωθεί στα 789 €, έναντι αύξησης 19,9% στην Ευρώπη και πιο ήπιας καμπής στα κράτη του Νότου κατά 2,4% το ίδιο διάστημα.



Πηγή ΙΟΒΕ

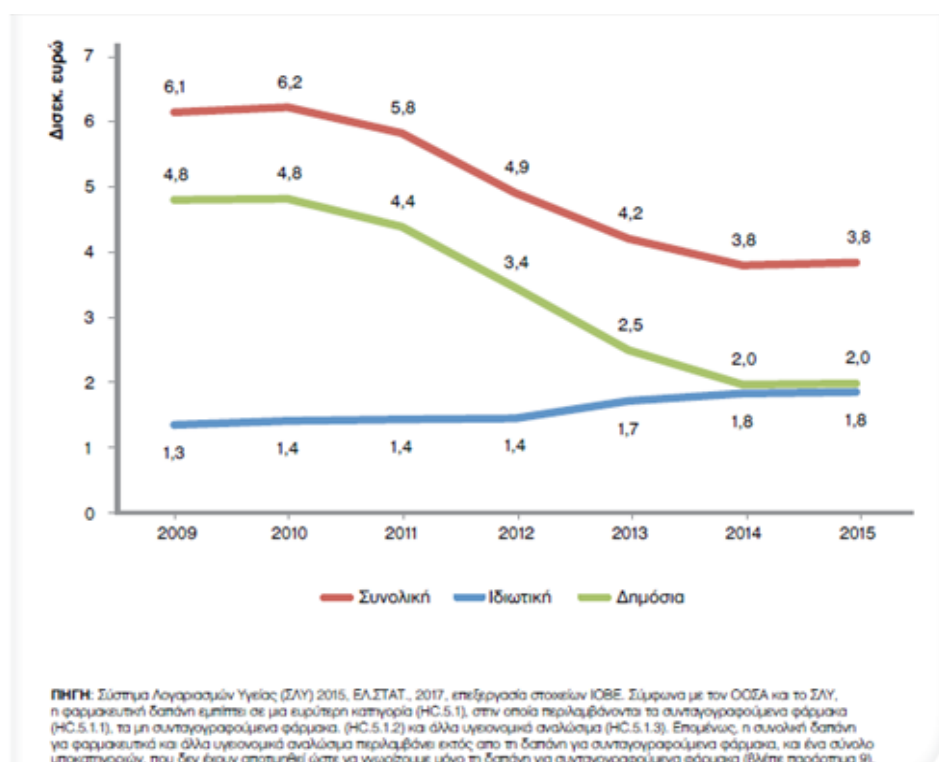
Διάγραμμα 4.12

Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες

Μέσω της μελέτης του Ιδρύματος Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών και του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος αναφέρεται, επίσης, ότι οι δαπάνες υγείας συνιστούν το 7,4% όλων των δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών που πραγματοποιούνται μέσω συναλλαγών στην αγορά για τη χρονιά 2016 έναντι 6,5% τη χρονιά 2009.

Παρότι ο μέσος όρος δαπάνης ανά μήνα για την υγεία του κάθε νοικοκυριού έχει παρουσιάσει ελάττωση 23% εν σχέσει με τη χρονιά 2009 (103,7 € τη χρονιά 2016 έναντι 134,3 € τη χρονιά 2009), το ποσοστό αυτών των δαπανών είναι πιο υψηλό από το 2009, αναδεικνύοντας την έντονη συμμετοχή των ασθενών για δαπάνες υγείας, την ελαττωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών και την ανελαστικότητα της δαπάνης για τις εν λόγω κατηγορίες.

Αντιστοίχως, η δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα συνολικά, είχε διαμορφωθεί στα 3,8 δις. ευρώ τη χρονιά 2015 και είχε σημειώσει ελάττωση 37,6% εν συγκρίσει με τη χρονιά 2009. Η δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα από 4,8 δις. ευρώ τη χρονιά 2009 είχε διαμορφωθεί στα δύο δις. τη χρονιά 2015, σημειώνοντας ακόμα πιο μεγάλη ελάττωση 58,7%. Η ιδιωτική δαπάνη, αντιθέτως, για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα είχε σημειώσει άνοδο από 1,3 δις. ευρώ τη χρονιά 2009 στα 1,8 δις. τη χρονιά 2015.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 4.13

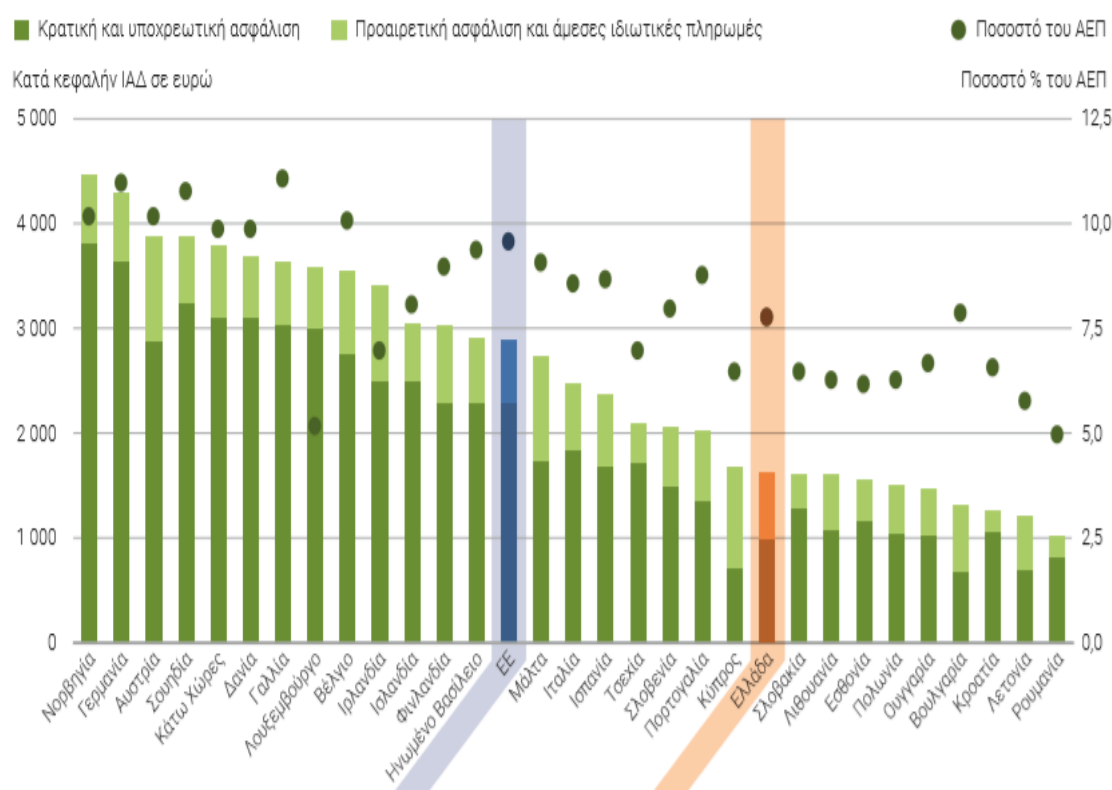
Συνολική δαπάνη φαρμακευτικών και άλλων υγειονομικών αναλωσίμων (δισ. €) – Ελλάδα

Η πιο υψηλή δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα είχε καταγραφεί τη χρονιά 2015 στα κράτη της Γερμανίας, της Ιρλανδίας και του Λουξεμβούργου, ενώ το ελληνικό κράτος (181 €) βρέθηκε κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (292 €). Στην ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη, αντιθέτως, για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, το ελληνικό κράτος (170

€) βρέθηκε σε πιο υψηλή θέση από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (136 €) και κατέλαβε την 4η θέση.

Η μειωμένη χρηματοδότηση της Υγείας διαφάνηκε και στη συνέχεια, καθώς η δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη είχε καθοριστεί στα 530 εκατομμύρια € για τη χρονιά 2018 ελαττωμένη κατά 30% εν σχέσει με τη χρονιά 2015 (764 εκατομμύρια €), προτού επιβληθεί κλειστός προϋπολογισμός.

Πιο συγκεκριμένα, το ελληνικό κράτος τη χρονιά 2017 είχε διαθέσει 8 % του ΑΕΠ στον τομέα της υγείας. Τούτο το ποσοστό μπορεί να μεταφραστεί στο ποσό των 1.623 € ανά άτομο, πολύ κατώτερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2.884 €) (Διάγραμμα 4.14). Αφού κορυφώθηκαν στα 2.267 € ανά άτομο το έτος 2008, οι δαπάνες υγείας ελαττώθηκαν περίπου κατά 1/3 μέσα στην επόμενη πενταετία.



Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

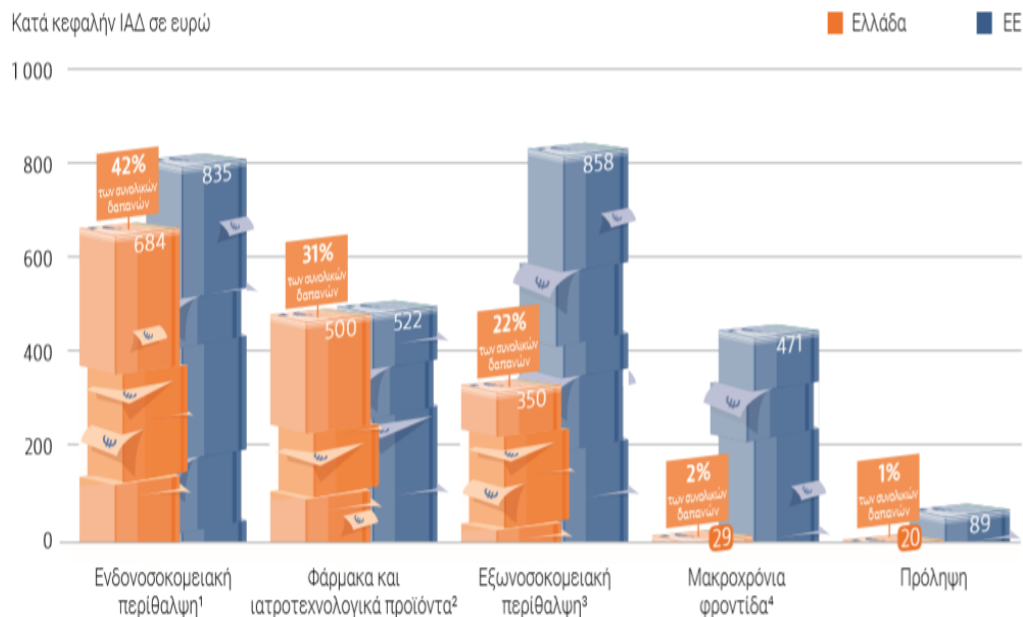
4: Στο ποσό αυτό δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες που προκύπτουν από τον εφαρμοζόμενο μηχανισμό αυτόματης επιστροφής (clawback), με τον οποίο διοικητεύεται επιπλέον 1% του ΑΕΠ στην υγειονομική περίθαλψη.

Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 4.14

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

Συμπερασματικά, το 2017 το πιο μεγάλο τμήμα των δαπανών (42 %) είχε διατεθεί για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ έπονται τα φάρμακα (31%) και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (22 %) (Διάγραμμα 4.15). Σχεδόν οι μισές δαπάνες για υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και φάρμακα και το 1/4 των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη προήλθαν μέσω άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. Το ελληνικό κράτος συγκριτικά προβαίνει στη δαπάνη ελάχιστων πόρων για προληπτική φροντίδα, μόλις 20 € ανά άτομο (έναντι 89 € που είναι ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση) ή 1,3 % των δαπανών υγείας, ποσοστό που το έχει κατατάξει, μαζί με τα κράτη της Κύπρου και της Σλοβακίας, ανάμεσα στα τελευταία τρία κράτη μέλη.



Σημειώσεις: Δεν περιλαμβάνονται οι διοικητικές δαπάνες. 1 Περιλαμβάνονται η θεραπευτική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης σε νοσοκομεία και άλλες δομές. 2 Περιλαμβάνεται μόνο η αγορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. 3 Περιλαμβάνεται η κατ' οίκον περίθαλψη. 4 Περιλαμβάνεται μόνο το σκέλος που αφορά την υγεία.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 4.15

Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

4.7. Ανακεφαλαίωση

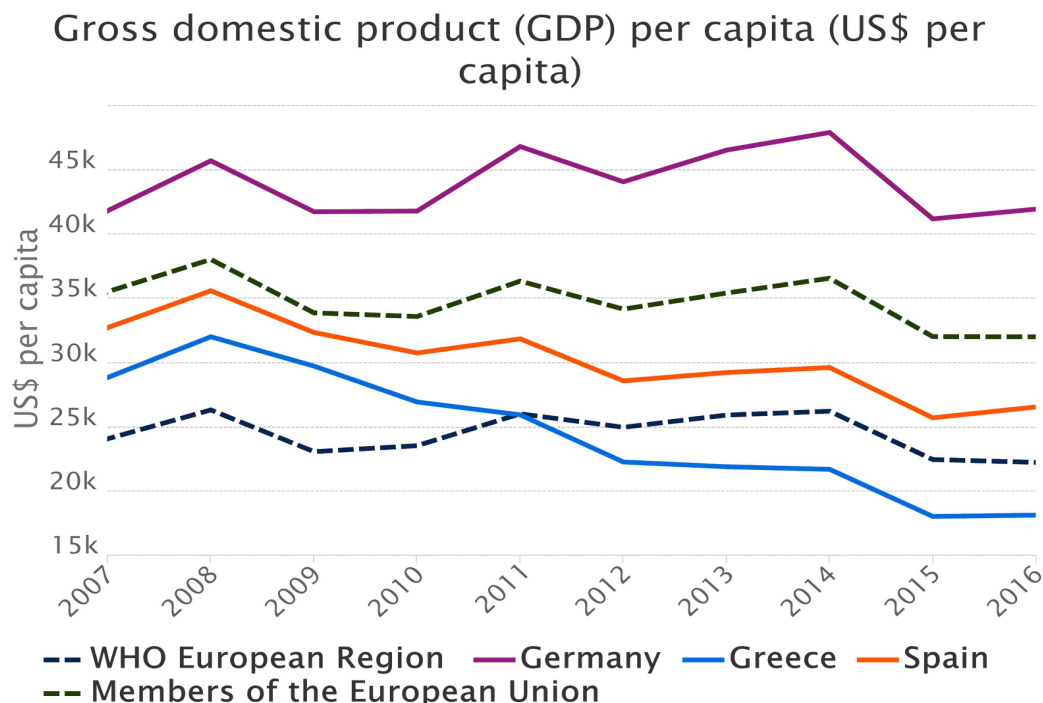
Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιήθηκε παρουσίαση της διαχρονικής ανάλυσης των δαπανών υγείας κατά το χρονικό διάστημα 1990 έως 2010. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των δημόσιων δαπανών υγείας σαν % του ΑΕΠ για το διάστημα 2005 έως 2017, αλλά και του τρόπου χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στην Ε.Ε. για το ίδιο διάστημα. Διαπιστώνεται πως οι οικονομικά ισχυρότερες χώρες παρουσιάζουν υψηλές δημόσιες δαπάνες σαν ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας της Ε.Ε. που έχουν κυμανθεί από 60,0% μέχρι 84,3%. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κινούνται αναλόγως με τις δημόσιες. Οι χώρες που δαπανούν υψηλά ποσά για την δημόσια υγεία, εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Παρουσιάστηκαν, τέλος, στοιχεία εν σχέσει με τις δαπάνες υγείας στο ελληνικό κράτος. Επισημαίνεται πως τις χρονιές 2009 και 2010, κατά τη διάρκεια των οποίων η παγκόσμια οικονομία είχε υποστεί ύφεση, οι οικονομικά ισχυρότερες χώρες δεν προέβησαν σε περικοπή των δαπανών υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας στο ελληνικό κράτος αυξήθηκαν από 59,9% τη χρονιά 2008 σε 70,0% τη χρονιά 2010, όμως, εν συνεχεία, μειώθηκαν μέχρι και 59,7% των συνολικών δαπανών στην Ε.Ε. τη χρονιά 2014.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ανάλυση στατιστικών δεδομένων μέχρι και την περίοδο 2016-2017

Στα πλαίσια του παρόντος κεφαλαίου θα αναλυθούν δεδομένα που προέρχονται από τον Π.Ο.Υ. (WHO), καθώς και από άλλες αξιόπιστες πηγές, όπως για παράδειγμα είναι ο ΟΟΣΑ, εξετάζοντας τις χώρες Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, ενώ συνάμα γίνεται σύγκριση των μεγεθών με τον μέσο όρο της Ε.Ε., καθώς επίσης και με τον μέσο όρο των χωρών μελών του Π.Ο.Υ. Τα δεδομένα που παρατίθενται στα διαγράμματα αφορούν την πιο πρόσφατη δεκαετία για την οποία υπάρχουν οι αντίστοιχες πληροφορίες.

Στο διάγραμμα 5.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ανά κάτοικο στις χώρες Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, καθώς επίσης και ο ευρωπαϊκός μέσος όρος, όπως και ο μέσος όρος των χωρών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που είναι στην περιοχή της Ευρώπης για την δεκαετία 2007-2016.

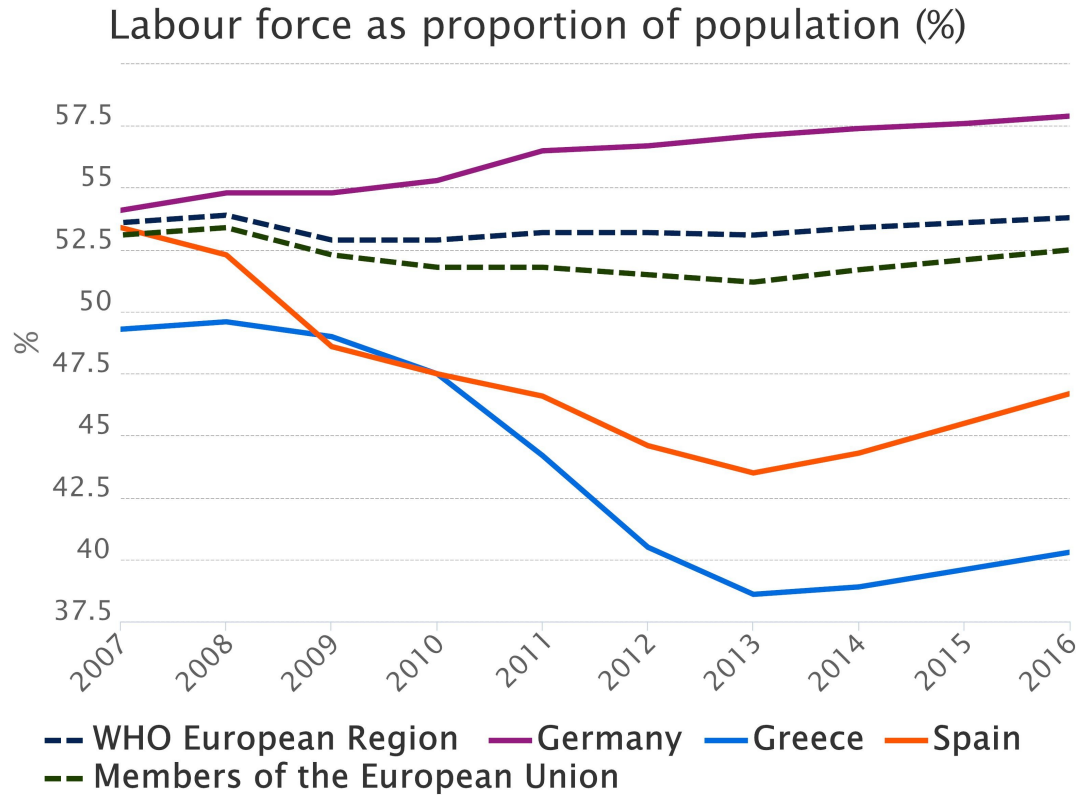


Διάγραμμα 5.1

Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ανά κάτοικο για την χρονική περίοδο 2007-2016

Από το διάγραμμα 5.1 μπορεί να διαπιστωθεί η εξέλιξη που είχε το ΑΕΠ ανά κάτοικο κατά την διάρκεια των ετών 2007-2016. Το υψηλότερο ΑΕΠ ανά κάτοικο είχε και εξακολουθεί να έχει η Γερμανία, το οποίο μάλιστα για το έτος 2014 παρουσίασε σημαντική αύξηση προσεγγίζοντας τα 48.000 δολάρια ανά κάτοικο. Από την άλλη, το χαμηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ παρουσιάζει η Ελλάδα, το οποίο μάλιστα κινήθηκε πτωτικά καθ' όλη τη διάρκεια των ετών που μελετώνται, μετά το 2008, όπου ξέσπασε και η παγκόσμια οικονομική κρίση. Ωστόσο, μετά το 2015 φαίνεται να υπάρχει μια σταθεροποίηση περίπου στα 18.000 δολάρια, σχεδόν 10.000 δολάρια χαμηλότερα σε σχέση με τα επίπεδα προ κρίσης. Αναφορικά με την Ισπανία, διαπιστώθηκε και εκεί πτώση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ κατά την περίοδο μελέτης, γεγονός που σχετίζεται και πάλι με την διεθνή οικονομική κρίση και τον τρόπο αντιμετώπισης αυτής από την ίδια την Ισπανία. Παρ' όλα αυτά κατά την διάρκεια της τελευταίας διετίας 2015-2016, φαίνεται να υπάρχει άνοδος. Πτωτικά, με τάσεις σταθεροποίησης κυμάνθηκε το κατά κεφαλή ΑΕΠ που αφορά τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, όπως επίσης και τον μέσο όρο των χωρών μελών του Π.Ο.Υ. που βρίσκονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στο διάγραμμα 5.2 που ακολουθεί παρουσιάζεται το ποσοστό του εργατικού δυναμικού επί του συνολικού πληθυσμού για τα έτη 2007-2016, για τις χώρες που εξετάστηκαν και προηγουμένως. Θα πρέπει να τονισθεί ότι η περίοδος αυτή αφορά την οικονομική κρίση, η οποία επηρέασε την Ελλάδα αλλά και όλες τις χώρες εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης.



Πηγή: European Health Information Gateway (2019)

Διάγραμμα 5.2

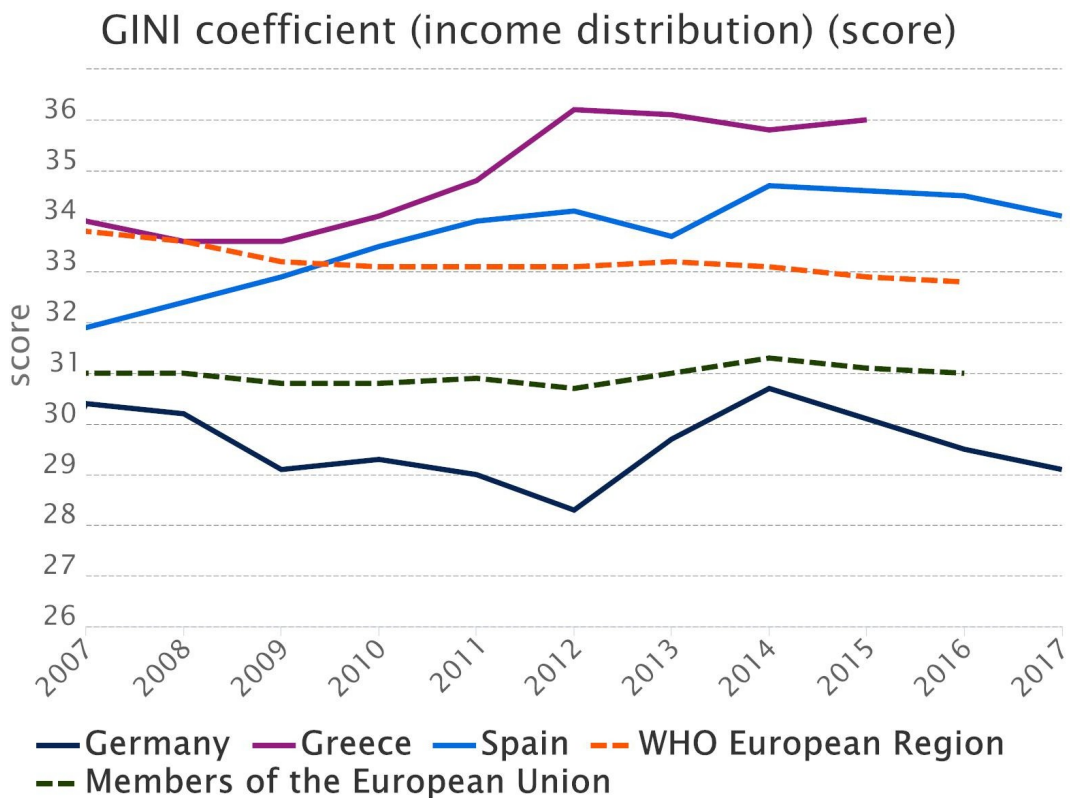
Ποσοστό του εργατικού δυναμικού επί του συνολικού πληθυσμού για τα έτη

2007-2016

Από τις χώρες που εξετάζονται μπορεί να διαπιστωθεί ότι το ποσοστό απασχόλησης του εργατικού δυναμικού επί του συνολικού πληθυσμού παρουσίασε σημαντική αύξηση στην Γερμανία, κατά την περίοδο μελέτης. Από την άλλη στην Ισπανία από το 2007 έως και το 2013, διαπιστώθηκε πτώση του πληθυσμού που εργάζεται σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό, ενώ στην συνέχεια από το 2013 έως και το 2016, διαπιστώθηκε μια αυξητική τάση, ωστόσο παρά την τάση αυτή, το συνολικό ποσοστό των εργαζομένων σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό, κυμάνθηκε σε επίπεδα κάτω του 50%. Αξιοσημείωτο είναι το ότι ο ευρωπαϊκός μέσος όρος, όπως και ο Μ.Ο. των κρατών μελών του Π.Ο.Υ. στην περιοχή της Ευρώπης, διατηρήθηκε σχεδόν σε σταθερά επίπεδα.

Στην συνέχεια, στο διάγραμμα 5.3 παρουσιάζεται η εξέλιξη των τιμών του δείκτη GINI, για τα έτη 2007-2016 για την Ελλάδα, την Ισπανία, την Γερμανία, ενώ αποτυπώνεται και η εξέλιξη του μέσου όρου στις χώρες της Ε.Ε. Αναφορικά με τον συντελεστή-δείκτη GINI, πρόκειται για έναν συνήθη δείκτη που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της εισοδηματικής ανισότητας και όσο αυτός αυξάνεται τόσο μεγαλύτερη θεωρείται ότι είναι η ανισότητα. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στην εισοδηματική ανισότητα η οποία καταδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο κατανέμεται το διαθέσιμο εισόδημα στον πληθυσμό. Η ανισότητα αυτή υπολογίζεται σε επίπεδο νοικοκυριού, δηλαδή προσθέτοντας το εισόδημα όλων των

μελών του νοικοκυριού και σταθμίζεται ως προς τον αριθμό των μελών του νοικοκυριού και την ηλικία τους (European Commission,2017).



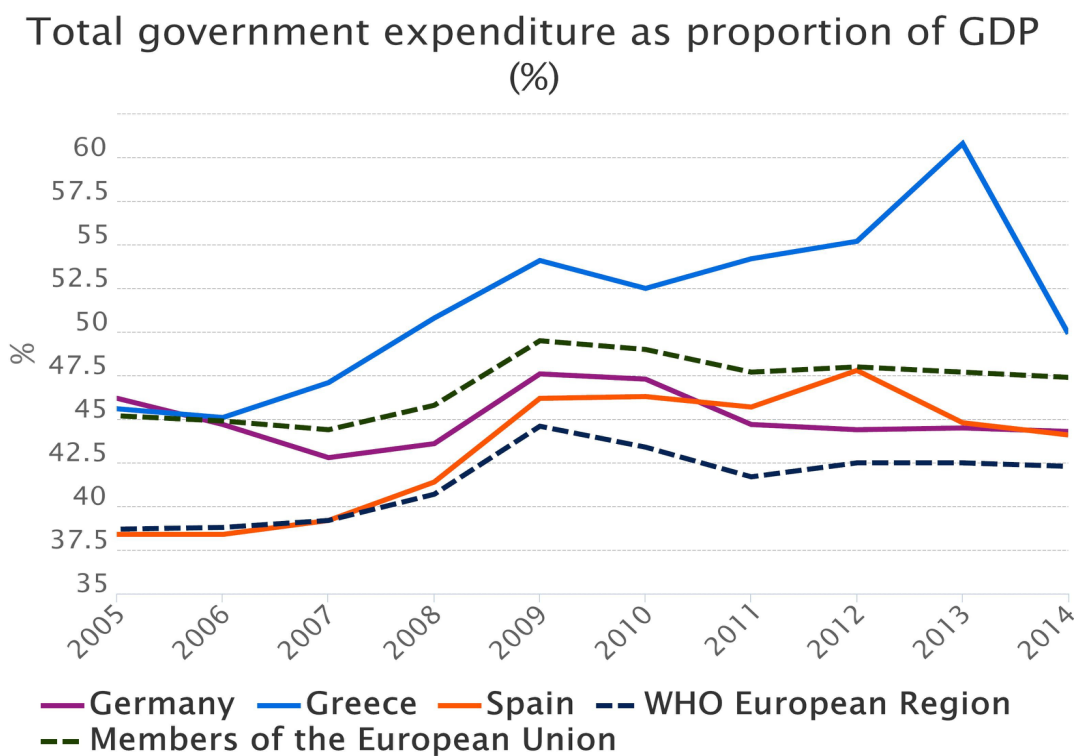
Πηγή: European Health Information Gateway (2019)

Διάγραμμα 5.3

Εξέλιξη των τιμών του συντελεστή GINI στην Ελλάδα, την Γερμανία, την Ισπανία και την Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την διάρκεια της περιόδου 2007-2017

Από το διάγραμμα 5.3 συνάγεται ότι ο συντελεστής GINI, βρέθηκε κατά την περίοδο μελέτης σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στην Ελλάδα, όπου λαμβάνει και την υψηλότερη τιμή συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, ενώ σε αυξητικά επίπεδα κυμάνθηκε και για την Ισπανία την ίδια περίοδο. Αντίθετα στην Γερμανία από το 2007, έως και το 2012 παρατηρήθηκε μια πτωτική τάση, ενώ την περίοδο 2012-2014 διαπιστώθηκε και εδώ άνοδος, ωστόσο σε κάθε περίπτωση, η τιμή του δείκτη αυτού δεν ξεπέρασε την αντίστοιχη τιμή του ευρωπαϊκού μέσου όρου, ο οποίος έως και το 2010 κινήθηκε πτωτικά και εν συνεχεία φαίνεται να σταθεροποιήθηκε

Στο διάγραμμα 5.4 παρουσιάζεται η εξέλιξη των συνολικών δαπανών των κυβερνήσεων των κρατών που εξετάζονται, ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, κατά την διάρκεια της περιόδου 2005-2014.



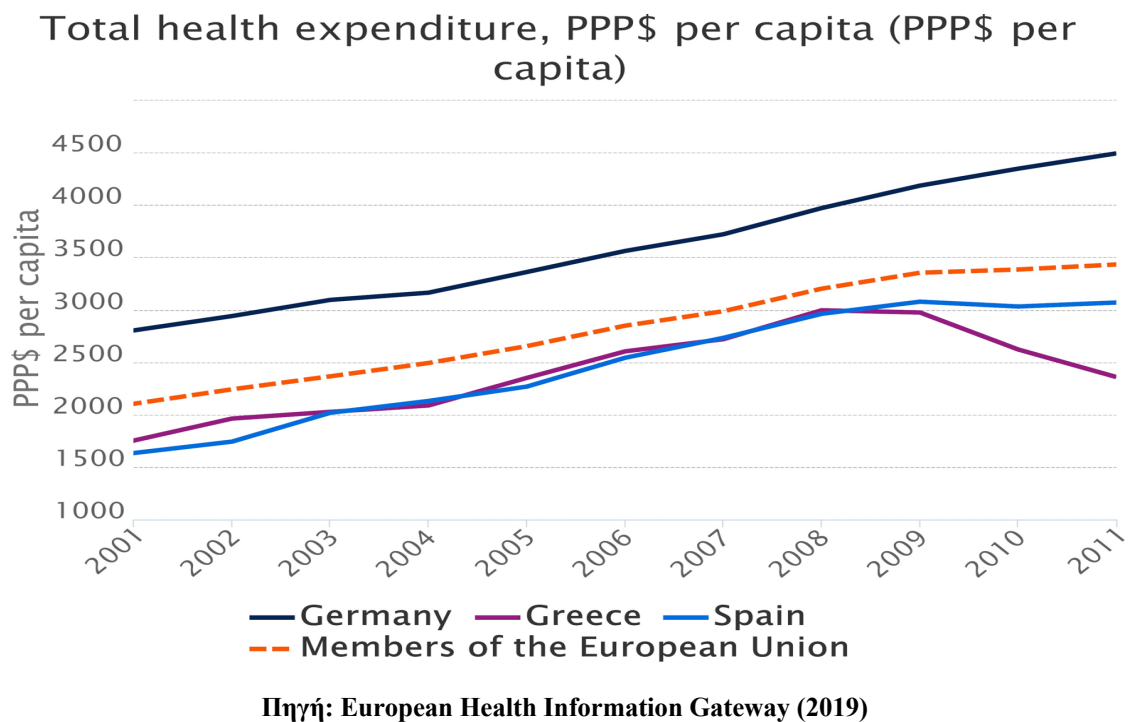
Πηγή: European Health Information Gateway (2019)

Διάγραμμα 5.4: Συνολικές δαπάνες των κυβερνήσεων ως ποσοστό του ΑΕΠ

Από το διάγραμμα 5.4 προκύπτει ότι η Ελλάδα μετά το 2006 παρουσίασε σημαντικά μεγάλη αύξηση των δαπανών της Κυβέρνησης επί του ΑΕΠ, έχοντας

κορύφωση το έτος 2013, ενώ στη συνέχεια υπήρξε σημαντική πτώση την επόμενη χρονιά (2014). Μάλιστα για το έτος 2013, οι συνολικές δαπάνες της ελληνικής Κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ ξεπέρασε το 60%. Σε πολύ πιο χαμηλά επίπεδα κυμάνθηκαν οι κρατικές δαπάνες της Ισπανίας, παρά το γεγονός ότι αυξήθηκαν και αυτές, ωστόσο δεν ξεπέρασαν το 47.5% ακόμη και το 2012, που σημειώθηκε μέγιστο. Αναφορικά με την Γερμανία, αρχικά οι δαπάνες αυτές κυμάνθηκαν πτωτικά, ενώ στην συνέχεια παρουσίασαν αύξηση και εν τέλει μια διαπιστώθηκε μια τάση σταθεροποίησης από το 2011 έως και το 2014. Τέλος, σχετικά με τον μέσο όρο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαφαίνεται να υπήρχε μια αύξηση αρχικά και εν συνεχεία μια σταθεροποιητική.

Στο διάγραμμα 5.5. που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο σε δολάρια κατά την διάρκεια της περιόδου 2001-2011.



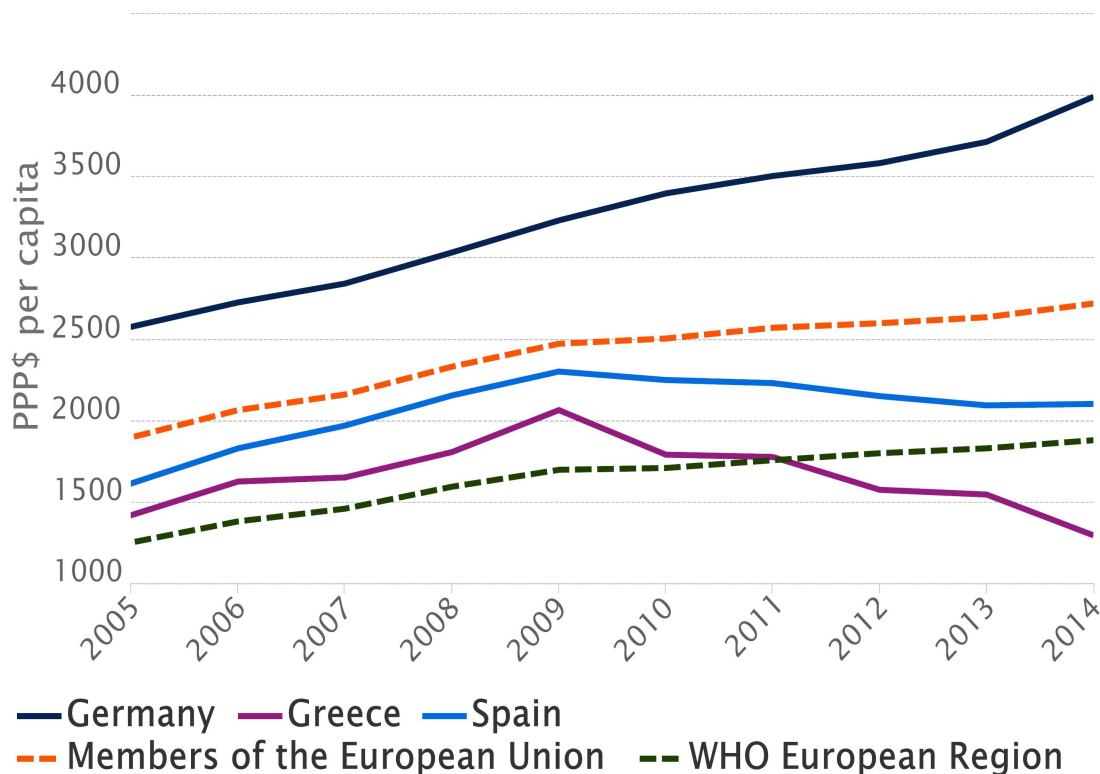
Διάγραμμα 5.5.: Συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο σε δολάρια κατά την διάρκεια της περιόδου 2001-2011

Μέσω του διαγράμματος 5.5. διαπιστώνεται πως οι συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο παρουσίαζαν διαρκή αύξηση για την Γερμανία για τα έτη 2001-2011,,

ενώ ανάλογα τάση με ελαφριά κάμψη φαίνεται να ισχύει και για τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και για την Ισπανία, η οποία μετά την απαρχή της οικονομικής κρίσης, φαίνεται να σταθεροποιήσει τις συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο. Όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδος, παρατηρούμε ότι αυξάνεται το επίπεδο των συνολικών δαπανών υγείας ανά κάτοικο έως και το 2008, ενώ μετέπειτα διαπιστώνεται μια διαρκής πτώση, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης.

Στη συνέχεια, στο διάγραμμα 5.6, αποτυπώνονται οι δημόσιες δαπάνες σε δολάρια για την υγεία ανά κάτοικο, κατά την διάρκεια των ετών 2005 έως 2014.

Public expenditure on health, PPP\$ per capita (WHO estimates) (PPP\$ per capita)



Πηγή: European Health Information Gateway (2019)

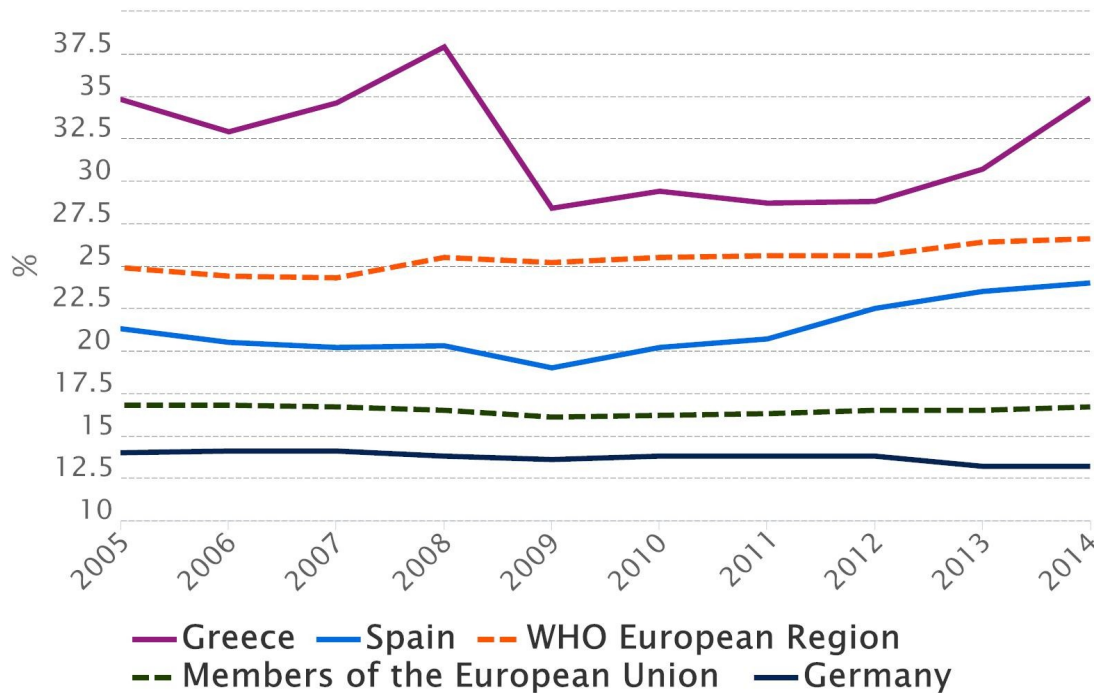
Διάγραμμα 5.6. :Δημόσιες δαπάνες σε δολάρια για την υγεία ανά κάτοικο 2005-2014

Από το διάγραμμα 5.6. διαπιστώνεται ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανά κάτοικο στην Γερμανία παρουσιάζουν διαρκή αύξηση κατά την διάρκεια της περιόδου 2005-2014 και έτσι από 2500 δολάρια το 2005 έφθασαν να κυμαίνονται στα

4000 δολάρια το 2014. Αυξητική τάση, αν και πολύ χαμηλότερο ρυθμό παρουσιάζουν οι δημόσιες δαπάνες ανά κάτοικο για τον Μ.Ο. της Ε.Ε., όπως επίσης αυξητική είναι η τάση για τον μέσο όρο των χωρών που ανήκουν στον Π.Ο.Υ. στην περιοχή της Ευρώπης. Από την άλλη στην Ισπανία οι δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία παρουσιάζουν έως το 2009 μια αύξηση, ωστόσο τα επόμενα χρόνια κατά την διάρκεια της κρίσης περιορίζονται εκ νέου, έως ότου σταθεροποιηθούν μετά το 2012. Τέλος, ανάλογη είναι και η τάση που επικρατεί και για την Ελλάδα, όπου μετά το 2009, περιορίζονται σημαντικά ενώ κινούνται έως και το 2014 σε διαρκή πτωτικά επίπεδα. Ουσιαστικά, φαίνεται η οικονομική κρίση και τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής που εφαρμόστηκαν να έχουν περιορίσει σημαντικά τις κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας.

Ακολούθως, στο διάγραμμα 5.7. παρουσιάζονται οι «άτυπες» πληρωμές των ασθενών. Από το συγκεκριμένο διάγραμμα διαπιστώνεται ότι η Γερμανία βρίσκεται σε πολύ χαμηλή θέση ως προς τις «άτυπες» δαπάνες που πληρώνονται από τους ασθενείς άμεσα, προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υγείας, με τον ρυθμό εξέλιξης των δαπανών αυτών να βαίνει μειούμενος. Στο αντίποδα, όπως διαπιστώνεται, στην Ελλάδα, μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία διοχετεύονται προς τις «άτυπες» πληρωμές, με το ποσοστό αυτό να αυξάνεται το 2008, χρονιά όπου ξεκίνησε η επέκταση της δημοσιονομικής κρίσης στην Ευρώπη. Παρά το γεγονός ότι το 2009, το ποσοστό αυτό μειώθηκε για την Ελλάδα και παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα για τα επόμενα χρόνια έως και το 2012, από τότε και στο εξής διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση αυτών. Ταυτόχρονα, μετά το 2019 αυξητικά κινήθηκαν οι άτυπες πληρωμές ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία και στην Ισπανία, μετά το 2009. Ουσιαστικά, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην Ισπανία, οι πληρωμές αυτές φαίνεται να συνδέονται με το αναποτελεσματικό κράτος πρόνοιας. Αντίθετα, ο μέσος όρος των άτυπων πληρωμών ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα κατά την περίοδο μελέτης.

Private households' out-of-pocket payments on health as proportion of total health expenditure (%)



Πηγή: European Health Information Gateway (2019)

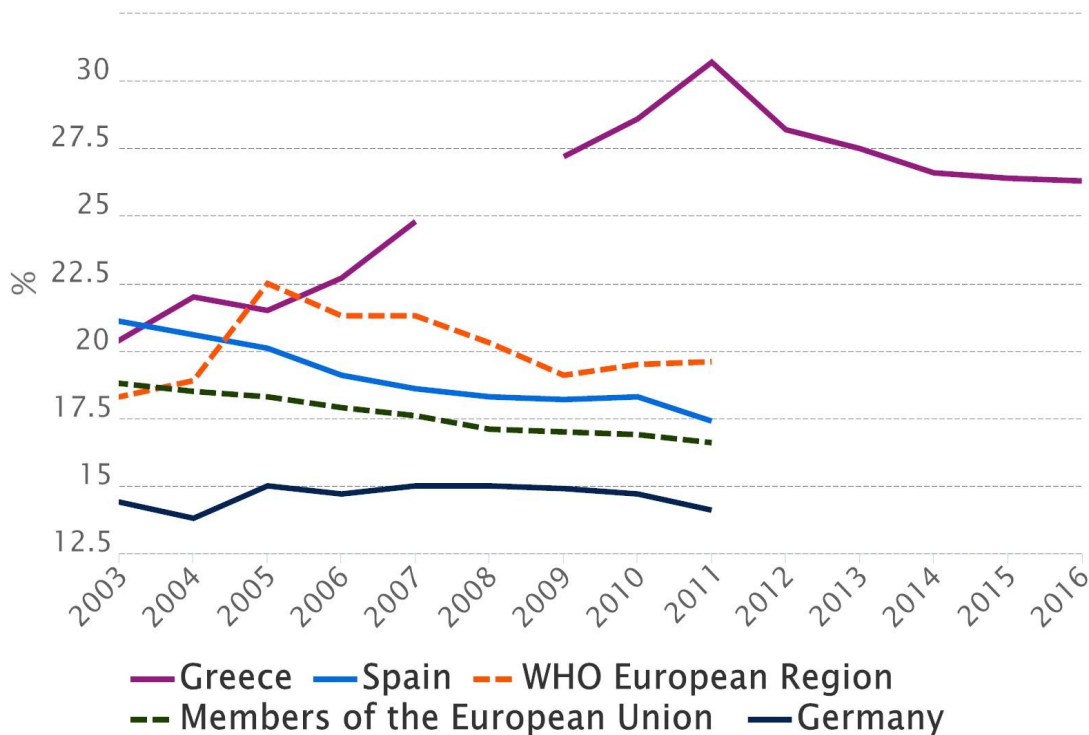
Διάγραμμα 5.7.: «Άτυπες» πληρωμές ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας στις υπό εξέταση χώρες καθώς και στον μέσο όρο της ΕΕ για την περίοδο 2005-2014

Στο διάγραμμα 5.8 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Γερμανία και αντίστοιχα ο Μ.Ο στην Ε.Ε. Όπως διαπιστώνεται από το εν λόγω διάγραμμα, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα βρίσκεται στο υψηλότερο σημείο ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας, σε σχέση με τον μέσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες που είναι υπό εξέταση. Ακόμη, στην Ελλάδα φαίνεται να υπάρχει μια σταθεροποίηση της φαρμακευτικής δαπάνης μετά το 2014, αποτέλεσμα των αντίστοιχων μέτρων και πολιτικών που εφαρμόστηκαν.

Εν αντιθέσει με την Ελλάδα, η Ισπανία (έχοντας στοιχεία έως και το 2010), παρουσιάζει πτωτική τάση στην συνολική φαρμακευτική δαπάνη, ενώ αντίστοιχη είναι και η τάση του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην

Γερμανία, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία ήταν εξαρχής σε πολύ χαμηλά επίπεδα (κάτω του 15%), ενώ παρά την μικρή αύξηση που διαπιστώθηκε παράμεινε σε χαμηλά επίπεδα.

Total pharmaceutical expenditure as proportion of total health expenditure (%)



Πηγή: European Health Information Gateway (2019)

Διάγραμμα 5.8 : Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά την διάρκεια της περιόδου 2003-2016 στις υπό εξέταση χώρες

Στον πίνακα 5.1. αποτυπώνεται η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της περιόδου 2009-2017, ενώ ταυτόχρονα στον ίδιο πίνακα παρουσιάζεται η δημόσια και η ιδιωτική δαπάνη υγείας.

Πίνακας 5.1: Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε δις ευρώ) 2009-2017

| Έτη | Συνολική Δαπάνη Υγείας (Δισ. Ευρώ) | Δημόσια Δαπάνη (Δισ. Ευρώ) | Ιδιωτική Δαπάνη (Δισ. Ευρώ) |
|------------|---|---------------------------------------|--|
| 2009 | 22,5 | 15,4 | 7,1 |
| 2010 | 21,6 | 14,9 | 6,7 |
| 2011 | 18,8 | 12,4 | 6,4 |
| 2012 | 17,0 | 11,3 | 5,7 |
| 2013 | 15,2 | 9,4 | 5,8 |
| 2014 | 14,2 | 8,3 | 5,9 |
| 2015 | 14,4 | 8,4 | 6,0 |
| 2016 | 14,7 | 9,0 | 5,7 |
| 2017 | 14,9 | 9,1 | 5,8 |

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (2017)

Αξιολογώντας τα δεδομένα παρατηρούμε ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν διαρκή μείωση από το 2009 έως και το 2014, ενώ μετέπειτα σταθεροποιούνται περίπου στα 14,5 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η πτώση της δημόσιας δαπάνης (σε δισεκατομμύρια ευρώ) και έτσι από 15,4 δις που ήταν το 2009 φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια περίπου στα 9 δις ευρώ. Παρά το γεγονός ότι υπήρξε σημαντική πτώση στην ιδιωτική δαπάνη υγείας, διατηρήθηκε σε υψηλά επίπεδα, ακόμη και μετά κρίσης και έτσι από τα 7,1 δις ευρώ που ήταν για το έτος 2009, έφτασε στα 5,8 δις ευρώ για το έτος 2017.

Ενδιαφέρον έχει και ο πίνακας 5.2 όπου παρουσιάζεται η συνολική φαρμακευτική δαπάνη.

Πίνακας 5. 2: Συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (σε δις ευρώ) 2009-2016

| Ελλάδα-Συνολική δαπάνη για Φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά ανάλωσιμα | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Έτη | Συνολική Δαπάνη (Δις ευρώ) | Δημόσια Δαπάνη (Δις ευρώ) | Ιδιωτική Δαπάνη (Δις ευρώ) |
| 2009 | 6,1 | 4,8 | 1,3 |
| 2010 | 6,2 | 4,8 | 1,4 |
| 2011 | 5,8 | 4,4 | 1,4 |
| 2012 | 4,9 | 3,4 | 1,4 |
| 2013 | 4,2 | 2,5 | 1,7 |
| 2014 | 3,8 | 2 | 1,8 |
| 2015 | 3,8 | 2 | 1,8 |
| 2016 | 3,8 | 2 | 1,8 |

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (2017)

Από άνωθεν δεδομένα παρατηρούμε ότι η συνολική φαρμακευτική δαπάνη μεταξύ 2009 και 2016 περιορίστηκε σημαντικά και έτσι από 6,1 δισεκατομμύρια € που ήταν το 2009 έφτασε να κυμαίνεται στα 3,8 δις ευρώ κατά την διάρκεια της τριετίας 2014-2016. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η μείωση της δημόσιας δαπάνης, η οποία από 4,8 δισεκατομμύρια € που βρίσκονταν το 2009 στην απαρχή της κρίσης, βρέθηκε να έχει σταθεροποιηθεί στα 2 δισεκατομμύρια € τα τελευταία χρόνια. Αντιθέτως, αυξητική τάση παρουσίασε η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, καθώς από το 1,3 δις ευρώ που ήταν προ κρίσης, βρέθηκε να κυμαίνεται στο 1,8 δις ευρώ για το έτος 2016. Η αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης, προέκυψε ως απόρροια των μεταρρυθμίσεων που έγιναν και περιελάμβαναν εκτός των άλλων αύξηση της συμμετοχής των ιδιωτών στην φαρμακευτική δαπάνη. Εξαιτίας της αύξησης αυτής, αλλά και της ανεργίας αλλά και με την γενικότερη ύφεση που υπήρξε κατά την περίοδο αυτή, εντάθηκαν οι ανισότητες και όλο και περισσότεροι πολίτες δυσκολεύτηκαν να έχουν πρόσβαση σε φάρμακα αλλά και σε υπηρεσίες υγείας γενικότερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σ' αυτή τη Διπλωματική Εργασία παρουσιάστηκαν τα κύρια στατιστικά στοιχεία εν σχέσει με ποικίλες διαστάσεις της υγειονομικής περίθαλψης στην Ε.Ε. Η υγεία των πολιτών ενός κράτους δέχεται επιρροές μέσω πολλών παραγόντων, πολιτιστικών και κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, αλλά και μέσω των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας για τη θεραπεία και την πρόληψη των νοσημάτων. Παρότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οργανωθούν και να χρηματοδοτηθούν εμφανίζοντας ποικιλομορφία εντός Ε.Ε., αδιαμφισβήτητα, υφίσταται η ανάγκη να μπορούν όλοι οι πολίτες να μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας με προσιτό κόστος για το κοινωνικό σύνολο, γενικότερα, αλλά και τους ιδιώτες. Το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας βασίζεται στις διενεργούμενες δαπάνες υγείας σε σημαντικό βαθμό.

Επίσης, παρατηρήσαμε πως οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, εμφάνισαν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ε.Ε. κατά το εξεταζόμενο διάστημα 2005 έως 2018. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με βάση το Σ.Λ.Υ. που συνιστά ένα τρόπο για την αποτύπωση του συνόλου των δαπανών υγείας σε τρεις συνιστώσες αναλόγως του είδους των υπηρεσιών, των φορέων χρηματοδότησης και των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ε.Ε., τα κράτη της Γερμανίας, της Γαλλίας και της Ολλανδίας εμφάνισαν τις πιο υψηλές τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης εν σχέσει με το ΑΕΠ, 10,6%, 10,5% και 10,1%, αντιστοίχως, ενώ ο μέσος όρος δημοσίων δαπανών υγείας στην Ε.Ε. αντιστοιχούσε σε 8,5% του ΑΕΠ το ίδιο χρονικό διάστημα. Γενικά, κατά το εξεταζόμενο χρονικό διάστημα παρατηρήθηκε πως αυξήθηκαν οι δαπάνες υγείας σαν ποσοστό στην Ευρώπη, κάτι το οποίο αποτυπώθηκε και μέσω της αυξητικής τάσης του μέσου όρου της Ε.Ε., από 8,0% τη χρονιά 2005 μέχρι 8,9% τη χρονιά 2017.

Οι αιτίες που μπορούν να εξηγήσουν τη διαχρονική αύξηση των υγειονομικών δαπανών είναι αυτοί της καινοτομίας στο χώρο της ιατρικής επιστήμης και της γήρανσης του πληθυσμού. Από τη μια, όσο περνούν τα χρόνια η καινοτομία στην τεχνολογία της υγειονομικής περίθαλψης επέφερε μεγάλη πρόοδο στον τομέα της

θεραπείας και της πρόληψης νόσων αυξάνοντας τη διάρκεια και την ποιότητα της ζωής. Η έκρηξη της τεχνολογίας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης αναντίρρητα συμβάλλει στο να αναπτυχθεί ο βιομηχανικός τομέας και να μειωθεί το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας. Εντούτοις, η τεχνολογία δεν χρησιμοποιείται στο έπακρο, με συνέπεια να εμφανίζονται σπατάλες στην προσφορά και χρήση των πόρων εκ μέρους των παρόχων της τεχνολογίας της υγειονομικής περίθαλψης προς τον πληθυσμό. Από την άλλη, η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού αναπόφευκτα αυξάνει τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, αφού οι ηλικιωμένοι κυρίως είναι εκείνοι οι οποίοι χρήζουν δαπανηρότερων ιατρικών φροντίδων.

Παρότι κάθε κράτος της Ε.Ε. προέβη σε ανάπτυξη των δικών του μηχανισμών για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού του συστήματος, όλα τα συστήματα υγείας στηρίζονται σε πάνω από μία πηγή χρηματοδότησης, με τους περισσότερους πόρους να βρίσκονται κάτω από κρατικό έλεγχο, έμμεσα ή άμεσα. Ως εκ τούτου, μόνο ένα μικρό ποσοστό χρηματοδότησης προκύπτει μέσω των άμεσων δαπανών των νοικοκυριών. Από την κρατική ρύθμιση στις χώρες της Ευρώπης προβλέπεται η καθολική ασφάλιση υγείας των πολιτών (σε κράτη, όπως αυτά της Δανίας, της Φινλανδίας, της Ελλάδας, της Ιταλίας, της Πορτογαλίας, της Σουηδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου) ή τη σχεδόν καθολική κάλυψη (99 και 99,5% του πληθυσμού στα κράτη της Αυστρίας, του Βελγίου, της Γαλλίας, του Λουξεμβούργου, της Ισπανίας και 92,2% στο κράτος της Γερμανίας) μέσα από τα συστήματα υποχρεωτικής δημόσιας υγειονομικής ασφάλισης.

Διαπιστώνεται πως οι ανεπτυγμένες οικονομίες παρουσιάζουν υψηλές δημόσιες δαπάνες σαν ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας της Ε.Ε. που κυμαίνονται από 60,0% μέχρι 84,3%. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κινούνται παράλληλα με τις δημόσιες, σε χώρες δηλαδή με υψηλές δημόσιες δαπάνες διαπιστώνεται η παρουσίαση χαμηλών ποσοστών ιδιωτικών δαπανών υγείας στις συνολικές δαπάνες υγείας της Ε.Ε. Επισημαίνεται πως τις χρονιές 2009 και 2010, κατά τη διάρκεια των οποίων η οικονομία είχε υποστεί ύφεση σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ανεπτυγμένες οικονομίες δεν προέβησαν στην περικοπή των δαπανών υγείας, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στο ελληνικό κράτος μειώθηκαν από 40,1% τη χρονιά 2008 σε 30,5% τη χρονιά 2009 με ανάλογη αύξηση στις δημόσιες δαπάνες. Εντούτοις, στις ακόλουθες χρονιές μέχρι και το 2014, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη ελάττωση στις

δημόσιες δαπάνες υγείας στο ελληνικό κράτος από 70% τη χρονιά 2010 σε 59,7% τη χρονιά 2014. Τα πιο υψηλά ποσοστά διαπιστώνονται κατά κύριο λόγο σε αναπτυγμένες οικονομίες.

Όσον αφορά στη συμμετοχή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολο των δαπανών υγείας, παρατηρήθηκε πως στα περισσότερα κράτη της Ε.Ε. οι νοσοκομειακές μονάδες συνιστούν το βασικό πάροχο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εν σχέσει με τις δαπάνες υγείας.

Το εκάστοτε υγειονομικό σύστημα καταβάλλει προσπάθειες για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ένα πολυσύνθετο ζήτημα είναι αυτό του βαθμού στον οποίο η ζήτηση υπηρεσιών υγείας αντανακλά πλήρως τις πραγματικές ανάγκες των πολιτών και του βαθμού στον οποίο ικανοποιούνται αυτές μέσω της παροχής και της χρήσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, ένα δύσκολο έργο που πρέπει να φέρει εις πέρας ένα υγειονομικό σύστημα περίθαλψης, είναι να αναγνωριστούν οι πραγματικές ανάγκες των πολιτών, ικανοποιώντας πάντα την πραγματική ζήτηση, με στόχο την ελάττωση της μη εμφανούς ζήτησης.

Τέλος, τα χρήσιμα μεγέθη τα οποία μπρούν να αποτυπώσουν τη φύση και το μέγεθος της υγείας θα πρέπει να περικλείουν πληθυσμιακά γνωρίσματα και δείκτες υγείας, όπως αυτούς του προσδόκιμου ζωής και των ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας. Οι δείκτες αυτοί είναι δυνατόν να ληφθούν υπόψη σαν δείκτες αποτελεσμάτων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, αρκετοί εκ των καθοριστικών παραγόντων του επιπέδου υγείας ενός κράτους ανιχνεύονται πέρα από τις όποιες επιρροές του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, μία εξίσου σημαντική πρόκληση για ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας θα ήταν να εξισορροπηθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας οι οποίες προκύπτουν λόγω αυτών των παραγόντων και να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υγείας που θα απευθύνεται ισότιμα σε όλο τον πληθυσμό

Οι εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας, τέλος, θα δημιουργήσουν νέα ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υγείας με την αύξηση της ικανότητας για διάγνωση, πρόληψη, αποκατάσταση και θεραπεία των νόσων. Αυτό πολλές φορές μπορεί να μεταφραστεί σ' έναν πιο μεγάλο όγκο χρήσης και παροχής υπηρεσιών υγείας

παρότι μειώνεται άμεσα το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας λόγω της τεχνολογικής καινοτομίας στο χώρο της ιατρικής. Η ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης και οι προσδοκίες των πολιτών, στην πραγματικότητα, θα αυξηθούν. Όσοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας θα συνηθίσουν σε ποιοτικότερα πρότυπα περίθαλψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2017.

ΕΛΣΤΑΤ (2015) Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009 – 2012

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (1995). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

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

ΙΟΒΕ (2009) Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2009, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας

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

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

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

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

Παπαγεωργίου Γ., Μπίζας Λ. (2013), Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας, απευθείας στο http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/alileksartisi_igeias_koinonias.pdf, Πρόσβαση 02 Ιουνίου 2020

Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

- Σούλης Σ. (1999). Οικονομική της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
- Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας (2016), Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020
- Υφαντόπουλος Γ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α., Ρούπας Θ., Καρόκης Α. και Θεοδώρου Μ. (1994). Μελέτη για τον Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας: Ανάλυση και Δομή του Συστήματος, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ.Ν., (2003), Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα
- Χαραλάμπους, Α. και Τσίτση, Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(1):106-112.

Ξενογλώσση

- Appleby, J. (2008). The credit crisis and health care. *Br Med J*, 337: 2259-2270
- Athanassopoulos, A., Gounaris, C. and Sissouras, A. (1999). A Descriptive Assessment of the Production And Cost Efficiency Of General Hospitals In Greece. *Health Care ManagSci*, 2:97–106
- Beveridge, W. (1942) *Social insurance and allied services*. London, HMSO. Bismarck, O.V. (1883). *The Sickness Insurance Law*
- Barron, J. Robert, (2010), *Μακροοικονομική Θεωρία – Προσέγγιση με Μικροθεμελίωση*, Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Charnes, A., Cooper W.W., and Rhodes E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research* 2 (1978) 429 - 444.
- Crémieux, P.-Y., Ouellette, P., and Pilon, C. (1999), Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes. *Health Economics* 8(7), 627-639.

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

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

Gupta, H., and Verhoeven, M. (2001), *The Efficiency of Government Expenditure*.

European Commission (2017). *Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο για το Ευρωπαϊκό Εξάμηνο- Αντιμετώπιση Ανισοτήτων*. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester-thematic-factsheet-addressing-inequalities_el.pdf [Πρόσβαση 10 Μαρτίου 2020].

European Health Information Gateway (2019). Διαθέσιμο στο: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> [Πρόσβαση 20 Δεκεμβρίου 2019]

Experiences from Africa, *Journal of Policy Modelling*, Vol. 23, pp. 433–67.

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

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

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

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

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

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

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

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

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

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

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

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

Zavras A., Tsakos G., Economou C., and Kyriopoulos J. (2002). Using DEA to

Evaluate Efficiency And Formulate Policy Within A Greek National Primary Health Care Network. *J Med System*, 26:285–292

Διαδικτυακές Πηγές

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

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

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

<https://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-e>