



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΚΡΕΚΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2015



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΚΡΕΚΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Επιβλέπων Καθηγητής:
Αναπληρωτής Καθηγητής Σωτήριος Καρκαλάκος

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευση

Πειραιάς, 2015



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
MASTER IN HEALTH MANAGEMENT

GREKOS ALEXANDROS

THE PHARMACEUTICAL AND MEDICAL EXPENSES IN THE
EUROPEAN UNION

Supervisor:

Professor Sotirios Karkalakos

Graduate Thesis Submitted for the Degree
Master in Health Management

Piraeus, 2015

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέπων καθηγητή κύριο Σωτήριο Καρκαλάκο για τη βοήθεια και υποστήριξη του στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Οι γνώσεις και συμβουλές του ήταν απαραίτητες για την επιτυχή ολοκλήρωσή της.

Επίσης, τους υπόλοιπους καθηγητές μου στο μεταπτυχιακό που συνέβαλλαν στη μεταλαμπάδευση των γνώσεών τους.

Τέλος, τους γονείς μου Αθανάσιο, Βασιλική και την αδερφή μου Γεωργία-Αλεξάνδρα για την υπομονή και τη στήριξη τους καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Ο τομέας της Υγείας είναι από τους πιο πολύπλοκους και σημαντικούς στην οικονομική ζωή κάθε χώρας. Κάθε κράτος έχει σαν στόχο την αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας με το μικρότερο δυνατό κόστος. Όμως, αυτό στις περισσότερες περιπτώσεις δεν κατέσται εφικτά δυνατό. Τη δεκαετία του '90 κυρίως αλλά και τα πρώτα χρόνια της νέας χιλιετίας οι αλόγιστες σπατάλες και ανυπαρξία μέτρων για την αύξηση των τιμών εκτίναξαν τα κόστη με ολέθριες συνέπειες για τον πληθυσμό και τον προϋπολογισμό κάθε κράτους.

Η παρούσα διπλωματική εργασία ασχολείται με τις φαρμακευτικές και ιατρικές δαπάνες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην αρχή αναφέρουμε τα βασικά περί φαρμακευτικών και ιατρικών δαπανών όπως επίσης αναλύουμε την ιστορική εξέλιξη των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ύστερα, χρησιμοποιούμε στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ βγάζοντας τα αντίστοιχα συμπεράσματα τόσο μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης όσο και σε σύγκριση με χώρες άλλων ηπείρων (Η.Π.Α., Ιαπωνία).

Στη συνέχεια, εστιάζουμε σε εφτά χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Δανία, Μεγάλη Βρετανία, Ισπανία, Πορτογαλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία) με αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία την περίοδο 1988 – 2009. Οι συγκεκριμένες χώρες επιλέχθηκαν λόγω της αξιοπιστίας τους και της διαφορετικότητάς τους (γεωγραφικά) ενώ η χρονική περίοδος έχει ιδιαίτερη σημασία συγκρίνοντας τις καταστάσεις της οικονομικής άνθισης έως τα πρώτα σημάδια της κρίσης.

Τέλος, για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων το οικονομετρικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε είναι η ανάλυση παλινδρόμησης Panel Estimation, μέθοδος που κρίθηκε η καταλληλότερη δεδομένης της ύπαρξης τόσο διαχρονικών όσο και διαστρωματικών δεδομένων.

Λέξεις – κλειδιά: Υγεία, φαρμακευτικές δαπάνες, ιατρικές δαπάνες, Ευρωπαϊκή Ένωση, Panel Estimation

THE PHARMACEUTICAL AND MEDICAL EXPENSES IN THE EUROPEAN UNION

GREKOS ALEXANDROS

Graduate Thesis Submitted for the Degree
Master in Health Management

Abstract

The health sector is one of the most complex and important in the economic life of each country. Each state has as objective the efficient provision of health services at the lowest possible cost. But in most cases this was not feasible as possible. The 90s and especially in the early years of the new millennium the reckless overspending and lack of action to increase prices ejected costs with devastating consequences for the population and budget of any state.

This thesis deals with pharmaceutical and medical costs in European Union countries. At first mention the basics on pharmaceutical and medical expenses as well as analyze the historical development of the member - states of the European Union. Then, using OECD statistics starting appropriate conclusions both among the euro area countries and in comparison with countries in other continents (USA, Japan).

Then we focus on seven European Union countries (Denmark, Great Britain, Spain, Portugal, France, Germany, Italy) with reliable statistics the period 1988 to 2009. These countries were chosen because of their reliability and diversity (geographically) and the time period is of particular importance, comparing the situations of economic boom to the first signs of the crisis.

Finally, export the results econometric model used is the regression analysis Panel Estimation, method deemed most appropriate given the presence of both longitudinal and cross-section data.

Keywords: Health, pharmaceutical expenditure, medical expenses, European Union, Panel Estimation

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	1
1.1 Δαπάνες υγείας.....	1
1.1.1 Τι περιλαμβάνουν οι δαπάνες υγείας.....	1
1.1.2 Δαπάνες υγείας και ΑΕΠ.....	2
1.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας.....	3
1.1.4 Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας.....	4
1.1.5 Μέτρα συγκράτησης των δαπανών υγείας.....	5
1.1.5.1 Μέτρα προσανατολισμένα στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.....	5
1.1.5.2 Μέτρα προσανατολισμένα στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας.....	6
1.2 Ευρωπαϊκή Ένωση.....	7
1.2.1 Εισαγωγή.....	7
1.2.2 Τα κράτη μέλη.....	9
1.2.3 Υποψήφιες χώρες προς προσχώρηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	10
1.2.3.1 Πληρούν τα περισσότερα κριτήρια.....	11
1.2.3.2 Δυνάμει υποψήφιες χώρες.....	11
1.2.4 Ιστορία.....	11
Κεφάλαιο 2: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	15
2.1 Ο μεταβαλλόμενος ρόλος των δαπανών της φαρμακευτικής βιομηχανίας.....	15
2.2 Πολιτικές συγκράτησης φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη.....	16
2.3 Χαρακτηριστικά της Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	17
2.3.1 Γενικά.....	17
2.3.2 Στατιστικά στοιχεία.....	27
2.4 Προοπτικές.....	49
Κεφάλαιο 3: Οι φαρμακευτικές και ιατρικές δαπάνες.....	51
3.1 Φαρμακευτικές δαπάνες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	51
3.2 Χαρακτηριστικά φαρμακευτικών δαπανών.....	52
3.3 Πρόβλημα στοιχείων φαρμακευτικής δαπάνης.....	52
3.4 Κόστος φαρμακευτικής έρευνας.....	54

3.5 Μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης.....	55
3.6 S.W.O.T. ανάλυση κλάδου παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων.....	57
3.7 Καθορισμός των τιμών των φαρμάκων.....	60
3.8 Πολιτικές υγείας.....	62
3.9 Ο ρόλος του ιατρού.....	64
3.10 Τα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη.....	67
3.11 Συμπεράσματα.....	68
Κεφάλαιο 4: Ανάλυση δεδομένων.....	69
4.1 Εισαγωγή.....	69
4.2 Δείκτες δραστηριότητας νοσοκομείων.....	71
4.2.1 Αριθμός εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους.....	71
4.2.2 Αριθμός εξιτηρίων από τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά 100 κατοίκους.....	73
4.2.3 Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους.....	75
4.2.4 Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων.....	77
4.2.5 Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων.....	79
4.2.6 Ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων.....	81
4.3 Δείκτες δαπανών υγείας.....	83
4.3.1 Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ.....	83
4.3.2 Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ.....	85
4.3.3 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ.....	86
4.3.4 Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας.....	88
4.3.5 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας.....	90
4.3.6 Συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας.....	91
4.3.7 Δαπάνες κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης σε \$.....	94
4.3.8 Δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών νοσηλείας.....	96
4.3.9 Συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας.....	97

4.3.10 Συνολικές δαπάνες επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας.....	99
4.4 Συμπεράσματα.....	101
Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία.....	103
Κεφάλαιο 6: Εμπειρική ανάλυση.....	111
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα – Επίλογος.....	121
Βιβλιογραφία.....	127

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Η προσφορά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	56
Πίνακας 2: Η ζήτηση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	57
Πίνακας 3: Δομή Τιμών Προϊόντων.....	61
Πίνακας 4: Συγκριτικά Αποτελέσματα Παλινδρόμησης FE-RE.....	113
Πίνακας 5: Αποτελέσματα Ελέγχου Ετεροσκεδαστικότητας Υποδείγματος (1).....	116
Πίνακας 6: Αποτελέσματα Ελέγχου Πολυσυγγραμικότητας Υποδείγματος (1).....	117
Πίνακας 7: Συγκριτικά Αποτελέσματα Υποδείγματος (1) πριν και μετά την εφαρμογή των ελέγχων.....	118

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ.....	27
Διάγραμμα 2: Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ.....	28
Διάγραμμα 3: Μεταβολή στις Φαρμακευτικές Δαπάνες (2000-2009).....	29
Διάγραμμα 4: Αντιληπτή κατάσταση της υγείας.....	30
Διάγραμμα 5: Κατανάλωση Αντιβιοτικών τα έτη 2000 και 2009.....	32
Διάγραμμα 6: Ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση.....	34
Διάγραμμα 7: Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ.....	34
Διάγραμμα 8: Αναλογία Νοσηλευτών προς 1000 κατοίκους.....	35
Διάγραμμα 9: Αναλογία Ιατρών προς 1000 κατοίκους και ετήσιος ρυθμός αύξησής τους.....	36
Διάγραμμα 10: Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους.....	37
Διάγραμμα 11: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης 1960 – 2007 διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.....	38
Διάγραμμα 12: Εισοδήματα ιατρών σε σχέση με το μέσο μισθό κάθε χώρας.....	39
Διάγραμμα 13: Δημόσιες δαπάνες στις Χώρες του ΟΟΣΑ και η μεταβολή από το 1990.....	40
Διάγραμμα 14: Αριθμός φαρμακείων ανά κάτοικο.....	41
Διάγραμμα 15: Ασφαλιστική κάλυψη υγείας.....	43
Διάγραμμα 16: Ασφαλιστική κάλυψη υγείας.....	44
Διάγραμμα 17: Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο.....	45
Διάγραμμα 18: Οι δαπάνες για την υγεία με βάση το είδος της χρηματοδότησης....	46
Διάγραμμα 19: Δημόσιο μερίδιο των δαπανών για τις ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα.....	47
Διάγραμμα 20: Εξέλιξη του μεριδίου των δαπανών “εκτός προγράμματος” στις συνολικές δαπάνες υγείας.....	48
Διάγραμμα 21: Ποσοστό (%) των τιμών που αναλογεί σε Φαρμακοβιομηχανία, Φαρμακαποθήκη, Φαρμακείο και Φόρους.....	62
Διάγραμμα 22: Αριθμός εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους (διαχρονικά).....	71
Διάγραμμα 23: Αριθμός εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους (μέσοι όροι).....	72
Διάγραμμα 24: Αριθμός εξιτηρίων από τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά 100 κατοίκους (διαχρονικά).....	73

Διάγραμμα 25: Αριθμός εξιτηρίων από τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά 100 κατοίκους (μέσοι όροι).....	74
Διάγραμμα 26: Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους (διαχρονικά).....	75
Διάγραμμα 27: Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους (μέσοι όροι).....	76
Διάγραμμα 28: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων (διαχρονικά).....	77
Διάγραμμα 29: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων (μέσοι όροι).....	78
Διάγραμμα 30: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (διαχρονικά).....	79
Διάγραμμα 31: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (μέσοι όροι).....	80
Διάγραμμα 32: Ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (διαχρονικά).....	81
Διάγραμμα 33: Ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (μέσοι όροι).....	82
Διάγραμμα 34: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (διαχρονικά)..	83
Διάγραμμα 35: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (μέσοι όροι)..	84
Διάγραμμα 36: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (διαχρονικά)..	85
Διάγραμμα 37: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (μέσοι όροι)..	86
Διάγραμμα 38: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (διαχρονικά)..	87
Διάγραμμα 39: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (μέσοι όροι)..	87
Διάγραμμα 40: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά).....	88
Διάγραμμα 41: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι).....	89
Διάγραμμα 42: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά).....	90
Διάγραμμα 43: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι).....	91

Διάγραμμα 44: Συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά).....	92
Διάγραμμα 45: Συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι).....	93
Διάγραμμα 46: Δαπάνες κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης σε δολάρια \$ (διαχρονικά).....	94
Διάγραμμα 47: Δαπάνες κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης σε δολάρια \$ (μέσοι όροι).....	95
Διάγραμμα 48: Δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών νοσηλείας (διαχρονικά).....	96
Διάγραμμα 49: Δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών νοσηλείας (μέσοι όροι).....	97
Διάγραμμα 50: Συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά).....	97
Διάγραμμα 51: Συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι).....	98
Διάγραμμα 52: Συνολικές δαπάνες επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά).....	99
Διάγραμμα 53: Συνολικές δαπάνες επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι).....	100

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή

1.1 Δαπάνες υγείας

1.1.1 Τι περιλαμβάνουν οι δαπάνες υγείας

Οι βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας, από τη σκοπιά της κατανάλωσης είναι οι εξής: ιατρικές, νοσοκομειακές και δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα. Προκειμένου να εκτιμήσουμε τις συνολικές δαπάνες υγείας θα πρέπει να υπολογίσουμε επιπλέον τις δαπάνες για σχολική ιατρική, τις δαπάνες για υγειονομικές υπηρεσίες, τις δαπάνες για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και για λειτουργικές δαπάνες. Τα χρηματικά επιδόματα, όπως αναπηρίας, ασθενείας κλπ. αναπληρώνουν μόνο την απώλεια εισοδήματος και για τον λόγο αυτό δεν πρέπει να υπολογίζονται στο σύνολο των δαπανών υγείας. Παρακάτω αναλύονται οι βασικές κατηγορίες των δαπανών. Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με τις ιατρικές και φαρμακευτικές δαπάνες.¹

Ιατρικές δαπάνες

- Αμοιβές ιατρών
- Αμοιβές οδοντιάτρων
- Αμοιβές για θεραπείες
- Αμοιβές φυσιοθεραπευτών
- Έξοδα εργαστηριακών αναλύσεων
- Έξοδα ακτινογραφιών
- Έξοδα για επείγουσα μεταφορά ασθενών

Νοσοκομειακές δαπάνες

- Δαπάνες για νοσηλεία
- Δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις
- Δαπάνες επεμβάσεων
- Δαπάνες φαρμάκων

¹ Σούλης Σ. (1999), "Οικονομική της υγείας (εκδόσεις Παπαζήση)"

- Δαπάνες για εξωτερικά ιατρεία

Φαρμακευτικές δαπάνες

- Δαπάνες για φάρμακα
- Δαπάνες για οπτικά
- Δαπάνες για ορθοπεδικά

1.1.2 Δαπάνες υγείας και ΑΕΠ

Το συνολικό ύψος των δαπανών υγείας μετριέται συνήθως ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.). Η σύνθεση της δαπάνης διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια δαπάνη περιλαμβάνει τις δαπάνες του Κράτους και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης. Η ιδιωτική δαπάνη περιλαμβάνει τις δαπάνες που γίνονται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και τις απ' ευθείας πληρωμές των πολιτών για υπηρεσίες υγείας. Όπως είναι φυσικό οι ιδιωτικές δαπάνες που αναφέρονται είναι συνήθως χαμηλότερες από τις πραγματικές, οι οποίες είναι ιδιαίτερα δύσκολο να μετρηθούν με ακρίβεια. Τα τελευταία χρόνια βέβαια βλέπουμε μια ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης ως αποτέλεσμα της αδυναμίας της δημόσιας, δηλαδή του κάθε Κράτους να καλύψει τις ανάγκες όλων των πολιτών του. Οι δυσκολίες αυτές καθώς και τα προβλήματα συγκρισιμότητας μεταξύ των στοιχείων διαφόρων χωρών, έχουν ως αποτέλεσμα να βασίσουμε την ανάλυσή μας σε στοιχεία διεθνών οργανισμών, όπως ο Ο.Ο.Σ.Α., οι οποίοι περιλαμβάνουν τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και καταβάλουν κάποιες προσπάθειες στην επεξεργασία των στοιχείων με σκοπό τη μεγαλύτερη δυνατή αξιοπιστία και τεκμηρίωση.

Στην προσπάθεια οικονομολόγων τη δεκαετία του 1960 να συγκρίνουν με μαθηματικές σχέσεις τον «κοινωνικά επιθυμητό» ρυθμό υγειονομικής και οικονομικής ανάπτυξης, παρατηρήθηκε μια σχεδόν γραμμική συσχέτιση, κάτι που σημαίνει ότι χώρες όπως η Σουηδία, με υψηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα, διέθεταν και περισσότερους πόρους για το σύστημα υγείας σε απόλυτα μεγέθη, αλλά και ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ χώρες όπως η Ισπανία με παρόμοιο με την Ελλάδα κατά κεφαλήν προϊόν, δαπανούσαν για την υγεία αναλογικά περισσότερους πόρους σε σχέση με το ΑΕΠ. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι η γραμμική συσχέτιση μεταξύ

δαπανών υγείας και ΑΕΠ είχε θετική κλίση κατά τις δεκαετίες του 1980 και του 1990. Αυτό σημαίνει ότι η οικονομική ανάπτυξη χρηματοδοτούσε και συνέβαλε και στην υγειονομική ανάπτυξη χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις σπατάλες, δηλαδή δαπανώνταν πολύ περισσότερα χρήματα σε σχέση με την πραγματικά απόδοση. Η σχέση αυτή μεταβλήθηκε ουσιαστικά στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Από θετική που ήταν, έγινε σχεδόν αρνητική αντικατοπτρίζοντας τις πολιτικές ελέγχου των δαπανών υγείας που υιοθετήθηκαν από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ.²

1.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας

Οι άξονες γύρω από τους οποίους περιστρέφεται η συζήτηση περί των δαπανών υγείας είναι η διαχρονική εξέλιξή τους και ιδιαίτερα η τεράστια αύξηση που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες ή η αποτελεσματικότητα των δαπανών σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και με τη γενικότερη στάθμη υγείας του πληθυσμού, αν δηλαδή αυτές οι δαπάνες φέρνουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Επίσης, δίνουμε σημασία στην κατανομή των δαπανών ανά τομέα φροντίδας υγείας (νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική, συλλογική κλπ) όπως και στην επιβάρυνση των διαφόρων κοινωνικών και παραγωγικών μονάδων με τη χρηματοδότηση των δαπανών.

Η αύξηση των δαπανών υγείας σε όλες τις βιομηχανικές χώρες τα τελευταία χρόνια ταχύτερα μάλιστα από άλλους κλάδους παραγωγής, οφείλεται σε μεταβολές δημογραφικού, επιδημιολογικού και κοινωνικό – πολιτιστικού χαρακτήρα, στη διόγκωση των υπηρεσιών υγείας καθώς και στη μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα. Υποστηρίζεται ότι ένα μεγάλο μέρος αυτής της ζήτησης προέρχεται από την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες, καθώς και από την αύξηση της αμοιβής των συντελεστών παραγωγής.

Παρακάτω επιχειρείται μια ανάλυση των παραγόντων που αιτιολογούν την εξέλιξη των δαπανών και φαίνεται να θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί για την έκρηξη των δαπανών υγείας. Οι σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι οι εξής:

- Επιδημιολογικοί παράγοντες

² Υφαντόπουλος Γ. (2006), “Τα οικονομικά της υγείας: θεωρία και πολιτική (εκδόσεις Τυπωθήτω)”

- Αύξηση διαθεσιμότητας και προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας
- Αύξηση των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας
- Κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες
 - Αλλαγή της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού -γήρανση του πληθυσμού- λόγω αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης
 - Η αύξηση του αριθμού των μεταναστών
- Οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία και τη βιοτεχνολογία
- Τα ακριβότερα νέα φάρμακα που ενσωματώνουν υψηλότερες δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης
- Ανυπαρξία ελέγχου: δεν υπάρχει ακριβής μέτρηση, έλεγχος και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η έλλειψη μηχανοργάνωσης στο σύνολο του συστήματος υγείας δυσχεραίνει τον έλεγχο των δαπανών, καθώς δεν υπάρχει ακριβής καταγραφή του όγκου της κατανάλωσης προϊόντων και υπηρεσιών υγείας
- Έλλειψη συστήματος αποζημίωσης με εφαρμογή κριτηρίων οικονομικής αποτελεσματικότητας
- Υπερτιμολόγηση ιατρικών εξετάσεων (οι πιο ακριβές ιατρικές εξετάσεις στην Ελλάδα μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών), ιατρικών συσκευών (στην Ελλάδα στοιχίζουν 300% - 500% περισσότερο από ότι στις χώρες της Β. Ευρώπης) και ειδικών υλικών (στεντζ, βηματοδότες, τεχνητές κεφαλές κλπ).³

1.1.4 Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας

Η διαχρονική αύξηση τόσο της δαπάνης υγείας συνολικά όσο και των επιμέρους συνθετικών της (νοσοκομειακή, φαρμακευτική, ιατρική δαπάνη) με ρυθμούς υψηλότερους από αυτούς του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), συγκέντρωσε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Παράλληλα, υιοθετήθηκαν διεθνώς πολιτικές συγκράτησης της δαπάνης υγείας για την προστασία της κοινωνίας. Όπως αναφέραμε και παραπάνω, η αύξηση της δαπάνης υγείας που σημειώθηκε στο παρελθόν στις αναπτυγμένες χώρες, ιδιαίτερα στις ευρωπαϊκές, επηρεάστηκε από τη δημογραφική γήρανση, το διαθέσιμο εισόδημα, το επίπεδο

³ Τούντας Γ. (2008), “Υπηρεσίες υγείας (εκδόσεις Οδυσσέας)”

υγείας του πληθυσμού, τις σχετικές τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την τεχνολογική αλλαγή. Μεταξύ αυτών, η τεχνολογική αλλαγή θεωρείται ένας από τους κυριότερους ερμηνευτικούς παράγοντες, στην οποία αποδίδεται ποσοστό έως 50% της συνολικής μεταβολής στη δαπάνη υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών. Ο μηχανισμός, ωστόσο, επίδρασης της τεχνολογικής αλλαγής στο ρυθμό αύξησης της δαπάνης δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς παρότι η λογική λέει πως υψηλότερη ποιότητα σημαίνει συνήθως και αυξημένο κόστος. Οι ερμηνείες που έχουν προταθεί εστιάζουν στη σχέση μεταξύ ασφαλιστικής κάλυψης της νέας τεχνολογίας υγείας και της τεχνολογικής προόδου και των μεταβολών στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας που επιφέρει η εισαγωγή και η διάχυση της νέας τεχνολογίας υγείας. Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ της τεχνολογικής αλλαγής και της εξέλιξης της δαπάνης υγείας είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για τη χάραξη πολιτικής υγείας, καθώς η αύξηση της δαπάνης υγείας σημειώθηκε παράλληλα με την αύξηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και της ποιότητας της περίθαλψης. Η συμβολή της τεχνολογικής προόδου επίσης προς αυτή την κατεύθυνση υπήρξε σημαντική, ενώ οι εν λόγω τάσεις αναμένεται να συνεχιστούν στο μέλλον.⁴

1.1.5 Μέτρα συγκράτησης των δαπανών υγείας

Παρακάτω ακολουθούν διάφορα μέτρα συγκράτησης των δαπανών τόσο από την πλευρά της ζήτησης όσο και από την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Προφανώς όλα αυτά δεν είναι αρκετά για να βελτιωθεί η κατάσταση άμεσα ούτε μπορεί να θεωρηθεί δεδομένο ότι θα αποδώσουν αλλά είναι προς τη σωστή κατεύθυνση περιορισμού της σπατάλης. Κάποια έχουν αρχίσει ήδη να εφαρμόζονται και σιγά σιγά βλέπουμε τα πρώτα θετικά αποτελέσματα.

1.1.5.1 Μέτρα προσανατολισμένα στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας

Συμμετοχή των χρηστών στο κόστος (cost-sharing): Το μέτρο στοχεύει στον περιορισμό της ζήτησης υπηρεσιών που καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα, δηλαδή στον περιορισμό του φαινομένου του ηθικού κινδύνου (moral hazard). Ο

⁴ Καραμπλή Ε., Χατζάκη Α., Πολύζος Ν., Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ. (2013), "Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας". Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://www.mednet.gr/archives/2014-1/pdf/77.pdf>

ηθικός κίνδυνος προέρχεται από την προκλητή ζήτηση των ιατρών, εκμεταλλευόμενοι το γεγονός ότι είναι σε θέση να γνωρίζουν περισσότερα από τον ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.

Η επιλογή της μη-συμμετοχής (Opting out): Είναι η επιλογή της μη- κάλυψης από την υποχρεωτική ασφάλιση (κοινωνική ασφάλιση). Η επιλογή αυτή συνήθως προσφέρεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα ή σε αυτοαπασχολούμενους. Το μέτρο δεν εφαρμόζεται σε κράτη όπου υπάρχει υποχρεωτική καθολική κάλυψη του πληθυσμού (δηλαδή σε κράτη με Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο χρηματοδοτείται κύρια μέσω της φορολογίας).

Δικαίωμα πληρωμής πολύ χαμηλής εισφοράς στην κοινωνική ασφάλιση (No-claim bonuses): Προσφέρεται σε άτομα που κάνουν περιορισμένη χρήση του δημοσίου συστήματος υγείας, π.χ σε άτομα των οποίων η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας περιορίζεται μόνο στους ετήσιους προσυμπτωματικούς ελέγχους- check-ups, _οπότε σε αυτή την περίπτωση καταβάλλουν μόνον τις ασφαλιστικές εισφορές ενός μήνα. Είναι προφανές ότι το μέτρο εφαρμόζεται σε συστήματα οργανωμένα κατά το πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης και στοχεύει στην παροχή ελευθεριών επιλογής στους ασφαλισμένους, αλλά προσφέρει μειωμένη προστασία σε άτομα που λόγω χαμηλού εισοδήματος αδυνατούν να συνεισφέρουν στην ασφάλιση με αποτέλεσμα τη μείωση της ασφαλιστικής τους προστασίας.⁵

1.1.5.2 Μέτρα προσανατολισμένα στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας

Ανώτατο όριο στις δαπάνες (expenditure ceilings): Σύμφωνα με αυτό το μέτρο τίθεται ανώτατο όριο στο σύνολο των καλυπτόμενων δαπανών υγείας ώστε να περιοριστούν οι σπατάλες και οι δημόσιοι φορείς να είναι σε θέση να παρουσιάζουν ισοσκελισμένους ή πλεονασματικούς προϋπολογισμούς προκειμένου να μην επιβαρύνεται το κράτος.

Περιορισμό της υπερπροσφοράς των γιατρών: Αρκετές χώρες έχουν περιορίσει τον αριθμό των εισακτέων φοιτητών στις ιατρικές σχολές, λαμβάνοντας υπόψη τις

⁵ Βοζίκης Α. (2015), "Οικονομικά της υγείας", (Σημειώσεις μαθήματος)

μελλοντικές ανάγκες. Άλλες πάλι χώρες, δεν χορηγούν άδειες ασκήσεως επαγγέλματος σε γιατρούς, στις περιοχές που ο πλεονάζων αριθμός γιατρών ανά ειδικότητα υπερβαίνει το 50%. Όπως θα δούμε στο επόμενο κεφάλαιο αυτό το μέτρο δεν εφαρμόζεται στην Ελλάδα για αυτό και έχει το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό της στην Ευρώπη.

Περιορισμό στον αριθμό των νοσοκομειακών κρεβατιών: Ενδείκνυται στις περιπτώσεις όπου τα νοσοκομεία δεν πλησιάζουν την πληρότητα και περιορίζουν τα κρεβάτια τους για να μειώσουν το κόστος. Αντίθετα, νοσοκομεία που έχουν 100% πληρότητα προσπαθούν να κρατήσουν τους ασθενείς τους όσο λιγότερο γίνεται για να είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν περισσότερους, αποκομίζοντας υψηλότερα κέρδη.

Πολιτικές αντικατάστασης (Substitution Policies): Αυτές συνίστανται στην αντικατάσταση μιας δαπανηρής υγειονομικής φροντίδας με μια λιγότερο δαπανηρή αλλά το ίδιο αποτελεσματική. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη έμφαση δίδεται για παράδειγμα στην ανάπτυξη των «χειρουργείων μιας ημέρας - day surgery» και στην αύξηση των προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας σε αντικατάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης όπου αυτό είναι εφικτό και, γενικά, στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).⁶

1.2 Ευρωπαϊκή Ένωση

1.2.1 Εισαγωγή

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί έναν μοναδικό σχηματισμό οικονομικής και πολιτικής συνεργασίας ανάμεσα σε 28 ευρωπαϊκές χώρες, που όλες μαζί καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος της ευρωπαϊκής ηπείρου. Η ΕΕ δημιουργήθηκε μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Πρώτος της στόχος ήταν η ενίσχυση της οικονομικής συνεργασίας, με το σκεπτικό ότι οι χώρες που συνδέονται με εμπορικές συναλλαγές δημιουργούν μεταξύ τους οικονομικές αλληλεξαρτήσεις, κάτι που ελαχιστοποιεί το ενδεχόμενο συγκρούσεων. Έτσι λοιπόν το 1958 δημιουργήθηκε η Ευρωπαϊκή

⁶ Βοζίκης Α. (2015), "Οικονομικά της υγείας", (Σημειώσεις μαθήματος)

Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) που αρχικά στόχευε στην προώθηση της οικονομικής συνεργασίας ανάμεσα σε έξι χώρες: το Βέλγιο, τη Γερμανία, τη Γαλλία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο και την Ολλανδία. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκε μια μεγάλη ενιαία αγορά, η οποία αναπτύσσεται δυναμικά.

Αυτό που αρχικά ξεκίνησε σαν μια καθαρά οικονομική ένωση μετεξελίχθηκε σε έναν οργανισμό που δραστηριοποιείται σε ποικίλους τομείς, από την αναπτυξιακή βοήθεια, το χώρο της υγείας που αφορά την παρούσα εργασία, μέχρι το περιβάλλον. Η μετεξέλιξη αυτή αντικατοπτρίζεται και στην αλλαγή της ονομασίας από ΕΟΚ σε Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) το 1993. Η ΕΕ στηρίζεται στο κράτος δικαίου. Αυτό σημαίνει ότι όλες οι ενέργειές της βασίζονται στις Συνθήκες, τις οποίες όλα τα κράτη μέλη έχουν εγκρίνει εκούσια και δημοκρατικά. Στις δεσμευτικές αυτές συμφωνίες καθορίζονται οι στόχοι της ΕΕ σε διάφορους τομείς.

Παράγοντας ειρήνης, σταθερότητας και ευημερίας στην περιοχή για μισό αιώνα, η ΕΕ συνέβαλε στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου των Ευρωπαίων και θέσπισε ένα ενιαίο ευρωπαϊκό νόμισμα, το ευρώ, το οποίο χρησιμοποιούν οι περισσότερες χώρες της Ένωσης. Χάρη στην κατάργηση των συνοριακών ελέγχων ανάμεσα στα κράτη μέλη της, όλοι οι πολίτες μπορούν σήμερα να κυκλοφορούν ελεύθερα σε όλη σχεδόν την ήπειρο. Επίσης, είναι πολύ πιο εύκολο κάθε άνθρωπος να πάει να ζήσει και να εργαστεί σε μια άλλη ευρωπαϊκή χώρα, όποια επιθυμεί. Η ενιαία ή "εσωτερική" αγορά, στην οποία μπορούν να κυκλοφορούν ελεύθερα άνθρωποι, αγαθά, κεφάλαια και υπηρεσίες, αποτελεί τον κύριο μοχλό της ευρωπαϊκής οικονομίας. Ένας από τους βασικούς στόχους της ΕΕ είναι η ανάπτυξη αυτού του τεράστιου πλουτοπαραγωγικού πόρου, ώστε οι Ευρωπαίοι να μπορούν να αντλούν τα περισσότερα δυνατά οφέλη.

Ένας από τους βασικούς στόχους της ΕΕ είναι η προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τόσο στο εσωτερικό της όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η ελευθερία, η δημοκρατία, η ισότητα, το κράτος δικαίου και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελούν θεμελιώδεις αξίες της ΕΕ. Μετά την υπογραφή της Συνθήκης της Λισαβόνας το 2009, όλα αυτά τα δικαιώματα περιλαμβάνονται σε ένα ενιαίο έγγραφο, τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ. Τα θεσμικά της όργανα έχουν τη νομική υποχρέωση να σέβονται τα δικαιώματα αυτά, το ίδιο και τα κράτη μέλη, κατά την εφαρμογή της ευρωπαϊκής νομοθεσίας.

Καθώς διευρύνεται συνεχώς, η ΕΕ καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια υπέρ της διαφάνειας και της δημοκρατικότητας των θεσμικών της οργάνων. Έτσι, δόθηκαν περισσότερες εξουσίες στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, που εκλέγεται με άμεση καθολική ψηφοφορία, ενώ ενισχύθηκε ο ρόλος των εθνικών κοινοβουλίων, τα οποία συνεργάζονται με τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα. Τέλος, οι Ευρωπαίοι πολίτες διαθέτουν ολοένα περισσότερα μέσα για να μπορούν να συμμετέχουν στη διαμόρφωση των διαφόρων ευρωπαϊκών πολιτικών.⁷

1.2.2 Τα κράτη μέλη

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν ήταν πάντα τόσο μεγάλη όσο είναι σήμερα. Όταν ξεκίνησε η ευρωπαϊκή οικονομική συνεργασία το 1951, οι μόνες χώρες που συμμετείχαν ήταν το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο και οι Κάτω Χώρες (Ολλανδία). Με το πέρασμα του χρόνου, όλο και περισσότερες χώρες αποφάσισαν να προσχωρήσουν προκειμένου να επωφεληθούν από τα προνόμια αυτής της Ένωσης. Πολλές χώρες με τη χρησιμοποίηση των κονδυλίων από τους εταίρους πραγματοποίησαν αλματώδη οικονομική ανάπτυξη. Έτσι, η Ένωση έφτασε στο σημείο να απαριθμεί 28 κράτη μέλη με τελευταία την προσχώρηση της Κροατίας και την προοπτική να διευρυνθεί ακόμη περισσότερο όπως θα αναλύσουμε παρακάτω. Περιλαμβάνει τις παρακάτω χώρες:

- Κροατία από: 1 Ιουλίου 2013
- Αυστρία από: 1 Ιανουαρίου 1995
- Βέλγιο από: 25 Μαρτίου 1957
- Βουλγαρία από: 1 Ιανουαρίου 2007
- Γαλλία από: 25 Μαρτίου 1957
- Γερμανία από: 25 Μαρτίου 1957
- Δανία από: 1 Ιανουαρίου 1973
- Τσέχικη Δημοκρατία (Τσεχία) από: 1 Μαΐου 2004
- Ελλάδα από: 1 Ιανουαρίου 1981
- Εσθονία από: 1 Μαΐου 2004
- Ηνωμένο Βασίλειο από: 1 Ιανουαρίου 1973

⁷ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα http://europa.eu/about-eu/index_el.htm

- Ιρλανδία από: 1 Ιανουαρίου 1973
- Ισπανία από: 1 Ιανουαρίου 1986
- Ιταλία από: 25 Μαρτίου 1957
- Κύπρος από: 1 Μαΐου 2004
- Λετονία από: 1 Μαΐου 2004
- Λιθουανία από: 1 Μαΐου 2004
- Λουξεμβούργο από: 25 Μαρτίου 1957
- Μάλτα από: 1η Μαΐου 2004
- Κάτω Χώρες (Ολλανδία) από: 25 Μαρτίου 1957
- Ουγγαρία από: 1η Μαΐου 2004
- Πολωνία από: 1η Μαΐου 2004
- Πορτογαλία από: 1 Ιανουαρίου 1986
- Ρουμανία από: 1 Ιανουαρίου 2007
- Σλοβακία από: 1η Μαΐου 2004
- Σλοβενία από: 1η Μαΐου 2004
- Σουηδία από: 1 Ιανουαρίου 1995
- Φινλανδία από: 1 Ιανουαρίου 1995⁸

1.2.3 Υποψήφιες χώρες προς προσχώρηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, έχει σκοπό να εξακολουθήσει να μεγαλώνει καθώς ολοένα και περισσότερες χώρες ενδιαφέρονται να προσχωρήσουν σε αυτήν. Οι χώρες αυτές διακρίνονται στις υποψήφιες που πληρούν τα περισσότερα κριτήρια και βρίσκονται κοντά στο στάδιο της ενσωμάτωσης και στις δυνάμει υποψήφιες χώρες, που απέχουν πολύ από την ένταξή τους καθώς δεν πληρούν ακόμη τους όρους προσχώρησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Παρότι πολλοί ζητούν την άμεση προσχώρηση των χωρών της πρώτης κατηγορίας, διάφορα προβλήματα όπως η τωρινή συγκυρία της οικονομικής κρίσης πολλών χωρών (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία) αναγκάζει την καθυστέρηση της νέας διεύρυνσης υπό το φόβο οικονομικού κραχ.

⁸ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/index_el.htm

1.2.3.1 Πληρούν τα περισσότερα κριτήρια

- Αλβανία
- Σερβία
- Μαυροβούνιο
- Ισλανδία
- Τουρκία
- Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας (F.Y.R.O.M.)

Από τις παραπάνω χώρες οι περισσότερες έχουν αδύναμη οικονομία (Αλβανία, F.Y.R.O.M., Σερβία, Μαυροβούνιο), η F.Y.R.O.M. έχει το γνωστό πρόβλημα – διαμάχη με την Ελλάδα στο θέμα της ονομασίας ενώ η Τουρκία παρότι έχει ισχυρή οικονομία, η ένταξή της δυσκολεύει όσο δε λύνεται το Κυπριακό και δεν αναγνωρίζει ένα άλλο κράτος – μέλος (Κύπρος).

1.2.3.2 Δυνάμει υποψήφιες χώρες

- Κοσσυφοπέδιο
- Βοσνία – Ερζεγοβίνη

Και οι δύο χώρες των Βαλκανίων χρειάζονται να κάνουν πολλά βήματα προόδου ώστε κάποτε να γίνουν μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ιδιαίτερα το Κοσσυφοπέδιο που έχει διαμάχη με τη Σερβία και δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένο ως κράτος από πολλά μέλη.⁹

1.2.4 Ιστορία

Αρχή της ειρήνης και της συνεργασίας στην Ευρώπη (1945 – 1959)

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δημιουργήθηκε για να τεθεί τέλος στους συχνούς και αιματηρούς πολέμους μεταξύ των γειτονικών χωρών που κατέληξαν στους δύο καταστροφικούς Παγκόσμιους Πολέμους. Το πρώτο βήμα γίνεται το 1950, με την

⁹ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα http://europa.eu/about-eu/countries/on-the-road-to-eu-membership/index_el.htm

Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα αρχίζοντας την ένωση των ευρωπαϊκών χωρών σε οικονομικό και πολιτικό επίπεδο με στόχο τη διασφάλιση διαρκούς ειρήνης. Τα έξι ιδρυτικά μέλη είναι το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο και οι Κάτω Χώρες (Ολλανδία). Η δεκαετία του 1950 κυριαρχείται από τον Ψυχρό Πόλεμο μεταξύ Ανατολής και Δύσης (Η.Π.Α., Ε.Σ.Σ.Δ.). Το 1956, τα σοβιετικά τανκς καταστέλλουν το κύμα διαμαρτυρίας που ξέσπασε στην Ουγγαρία κατά του κομμουνιστικού καθεστώτος, ενώ το επόμενο έτος, το 1957, η Σοβιετική Ένωση πρωτοστατεί στον «αγώνα δρόμου του διαστήματος», εκτοξεύοντας τον πρώτο τεχνητό διαστημικό δορυφόρο Σπούτνικ 1. Επίσης, το 1957, με τη Συνθήκη της Ρώμης ιδρύεται η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ), ή «Κοινή Αγορά».

Μια περίοδος οικονομικής ανάπτυξης (1960 – 1969)

Στη δεκαετία του '60, εμφανίζεται για πρώτη φορά μια πραγματική «κουλτούρα των νέων». Μουσικά συγκροτήματα όπως οι Beatles προσελκύουν, σε όλες τις εμφανίσεις τους, τεράστια πλήθη εφήβων θαυμαστών και δίνουν έναυσμα σε μια πολιτιστική επανάσταση, διευρύνοντας το χάσμα μεταξύ των γενεών. Το διάστημα αυτό είναι ευνοϊκό για την οικονομία ως συνέπεια, μεταξύ άλλων, της κατάργησης των δασμών στις συναλλαγές μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Τα κράτη μέλη συμφωνούν, επίσης, να ελέγχουν από κοινού την παραγωγή τροφίμων, ούτως ώστε να υπάρχει επάρκεια τροφίμων για όλους – και σύντομα δημιουργείται ακόμη και πλεόνασμα στη γεωργική παραγωγή. Ο Μάιος του 1968 γίνεται γνωστός για τις φοιτητικές εξεγέρσεις στο Παρίσι. Πολλές αλλαγές στην κοινωνία και στη συμπεριφορά συνδέονται με την αποκαλούμενη «γενιά του '68».

Η Κοινότητα σε εξέλιξη– η πρώτη διεύρυνση (1970 – 1979)

Η Δανία, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο προσχωρούν στην Ευρωπαϊκή Ένωση την 1η Ιανουαρίου 1973, αυξάνοντας τον αριθμό των κρατών μελών σε εννέα. Ο σύντομος, αλλά βίαιος αραβοϊσραηλινός πόλεμος, τον Οκτώβριο του 1973, είχε ως συνέπεια την ενεργειακή κρίση καθώς και σειρά οικονομικών προβλημάτων για την Ευρώπη. Η ανατροπή του καθεστώτος του Σαλαζάρ στην Πορτογαλία το 1974 και ο θάνατος του στρατηγού Φράνκο στην Ισπανία το 1975, σηματοδοτούν την πτώση των

τελευταίων ακροδεξιών δικτατοριών στην Ευρώπη. Χάρη στην περιφερειακή πολιτική της ΕΕ, τεράστια ποσά μεταφέρονται στις φτωχότερες περιφέρειες με στόχο τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης και την ανάπτυξη υποδομών. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο αυξάνει την επιρροή του στις υποθέσεις της ΕΕ και, το 1979, όλοι οι πολίτες μπορούν για πρώτη φορά να εκλέξουν απευθείας τα μέλη του.

Η μορφή της Ευρώπης αλλάζει – η πτώση του Τείχους του Βερολίνου (1980 – 1989)

Το πολωνικό συνδικάτο Αλληλεγγύη (Solidarność), με επικεφαλής τον Λεχ Βαλέσα, γίνεται ευρέως γνωστό σε όλη την Ευρώπη και στον κόσμο ύστερα από τις απεργίες στα ναυπηγεία της πόλης Γκντανσκ το καλοκαίρι του 1980. Το 1981, η Ελλάδα γίνεται το δέκατο μέλος της ΕΕ, ενώ η Ισπανία και η Πορτογαλία ακολουθούν πέντε χρόνια αργότερα. Το 1986 υπογράφεται η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη, η οποία παρέχει τη βάση για ένα φιλόδοξο εξαετές πρόγραμμα που αποσκοπεί στην εξάλειψη των εμποδίων στο ελεύθερο εμπόριο μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Με τον τρόπο αυτό, η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη οδηγεί στη δημιουργία της «Ενιαίας Αγοράς». Η πτώση του Τείχους του Βερολίνου, στις 9 Νοεμβρίου 1989, προκαλεί σοβαρή πολιτική αναταραχή. Τα σύνορα μεταξύ της Ανατολικής και της Δυτικής Γερμανίας ανοίγουν για πρώτη φορά σε διάστημα 28 ετών και σύντομα συντελείται η επανένωση της χώρας.

Μια Ευρώπη χωρίς σύνορα (1990 – 1999)

Με την κατάρρευση του κομμουνισμού στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη, οι Ευρωπαίοι γίνονται στενότεροι γείτονες. Το 1993, η Ενιαία Αγορά ολοκληρώνεται με την καθιέρωση των «τεσσάρων ελευθεριών»: της ελεύθερης κυκλοφορίας αγαθών, υπηρεσιών, προσώπων και κεφαλαίων. Στη δεκαετία του '90 υπογράφονται, επίσης, δύο συνθήκες: το 1993, η συνθήκη του Μάαστριχτ για την Ευρωπαϊκή Ένωση και, το 1999, η συνθήκη του Άμστερνταμ. Αρχίζει ο προβληματισμός για το πώς θα προστατευθεί το περιβάλλον και, επίσης, για τον τρόπο με τον οποίο οι Ευρωπαίοι μπορούν να αναλάβουν κοινή δράση σε θέματα ασφάλειας και άμυνας. Το 1995, η ΕΕ αποκτά τρία ακόμη νέα μέλη, την Αυστρία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία. Ένα μικρό χωριό στο Λουξεμβούργο δίνει το όνομά του

στις συμφωνίες του Σένγκεν που επιτρέπουν σταδιακά στους Ευρωπαίους πολίτες να ταξιδεύουν χωρίς να υποβάλλονται σε έλεγχο διαβατηρίων στα εσωτερικά σύνορα. Εκατομμύρια νέων σπουδάζουν σε άλλες χώρες με την υποστήριξη της ΕΕ. Η επικοινωνία διευκολύνεται δεδομένου ότι όλο και περισσότερα άτομα αρχίζουν να χρησιμοποιούν κινητά τηλέφωνα και το Διαδίκτυο.

Περαιτέρω εξελίξεις (2000 – 2009)

Το ευρώ είναι το νέο νόμισμα πολλών Ευρωπαίων. Η 11η Σεπτεμβρίου 2001, ημέρα κατά την οποία καταστράφηκαν οι δίδυμοι πύργοι στις Η.Π.Α. με απολογισμό χιλιάδες νεκρούς, είναι πλέον συνώνυμη με τον «Πόλεμο κατά της Τρομοκρατίας». Οι χώρες της ΕΕ αρχίζουν να συνεργάζονται στενότερα για την καταπολέμηση του εγκλήματος. Η πολιτική διχοτόμηση μεταξύ της Ανατολικής και της Δυτικής Ευρώπης θεωρείται πως λήγει με την προσχώρηση στην ΕΕ 10 νέων χωρών το 2004 και άλλων δύο χωρών το 2007. Η χρηματοπιστωτική κρίση που πλήττει την παγκόσμια οικονομία τον Σεπτέμβριο του 2008, οδηγεί σε στενότερη οικονομική συνεργασία μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Η Συνθήκη της Λισαβόνας κυρώνεται από όλες τις χώρες της ΕΕ πριν τεθεί σε ισχύ την 1η Δεκεμβρίου 2009. Η ΕΕ αποκτά σύγχρονους θεσμούς και πιο αποτελεσματικές μεθόδους εργασίας.

Μια δεκαετία ευκαιριών και προκλήσεων (2010 – μέχρι σήμερα)

Η νέα δεκαετία ξεκινά με μια σοβαρή χρηματοπιστωτική κρίση όπου για πρώτη φορά υπάρχει η πιθανότητα ενός κράτους μέλους να βρεθεί εκτός ευρώ (Ελλάδα), αλλά και με την ελπίδα ότι οι επενδύσεις σε νέες, πράσινες, φιλικές προς το περιβάλλον τεχνολογίες καθώς και η ευρωπαϊκή συνεργασία θα συμβάλουν στη διαρκή ανάπτυξη και ευημερία.¹⁰

¹⁰ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα http://europa.eu/about-eu/eu-history/index_el.htm

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

2.1 Ο μεταβαλλόμενος ρόλος των δαπανών της φαρμακευτικής βιομηχανίας

Τα φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό και αυξανόμενο μερίδιο των δαπανών υγείας στις περισσότερες χώρες. Ο αριθμός νέων φαρμάκων που αυξήθηκε αρκετά κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, και η μετακίνηση προς τα νέα, ακριβότερα προϊόντα είναι μια από τις κύριες κατευθυντήριες δυνάμεις στις αυξανόμενες φαρμακευτικές δαπάνες, και εν τέλει συμβάλλει στην αύξηση στα γενικά έξοδα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό βέβαια ισχύει κυρίως για τις χώρες με υψηλά εισοδήματα, καθώς άλλες με φτωχότερο βιοτικό επίπεδο όπως η Ινδία αδυνατούν να ακολουθήσουν την αύξηση των τιμών και καταφεύγουν σε λύσεις όπως τα γενόσημα φάρμακα. Υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές στα φαρμακευτικά έξοδα μεταξύ των χωρών, απεικονίζοντας τις διαφορές στον όγκο, τη δομή της κατανάλωσης και το επίπεδο τιμών. Οι ΗΠΑ ξοδεύουν τα περισσότερα στα φαρμακευτικά είδη, με τις κατά κεφαλήν δαπάνες να ανέρχονται στα 605\$ το 2001. Η Γαλλία, η Ιταλία, ο Καναδάς, και η Γερμανία ακολούθησαν τις ΗΠΑ, με τα περισσότερα κατά κεφαλήν έξοδα μετά τις ΗΠΑ 400\$.

Κατά μέσο όρο, το ετήσιο ποσοστό αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών ήταν 30 τοις εκατό υψηλότερο από αυτό των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, με συνέπεια την αυξανόμενη συμμετοχή των φαρμακευτικών ειδών στα συνολικά έξοδα. Οι χώρες του ΟΟΣΑ στο χαμηλότερο όριο της εισοδηματικής κλίμακας τείνουν να ξοδεύουν ένα μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψής τους στα φαρμακευτικά είδη, εν μέρει, επειδή τα φαρμακευτικά είδη έχουν τις διεθνείς τιμές αγοράς ενώ οι δαπάνες εργασίας βασίζονται συνήθως στις εθνικές δομές αμοιβών. Παραδείγματος χάριν, η Ουγγαρία και η Σλοβακία ξόδεψαν περίπου 30 τοις εκατό της συνολικής υγειονομικής περίθαλψης σε δαπάνες για τα φαρμακευτικά είδη, ενώ η Δανία και οι Κάτω Χώρες (Ολλανδία) ξόδεψαν περίπου 10 τοις εκατό. Το μερίδιο που ξοδεύεται στα φαρμακευτικά είδη μπορεί επίσης να είναι πολύ διαφορετικό σε χώρες που έχουν παρόμοια κατά κεφαλήν έξοδα υγειονομικής περίθαλψης. Παραδείγματος χάριν, η Δανία ξοδεύει 9 τοις εκατό των συνολικών δαπανών παροχής υγείας στα φαρμακευτικά είδη ενώ η Γαλλία ξοδεύει 21 τοις εκατό, αν και και τα δύο κράτη

έχουν κατά προσέγγιση τα ίδια συνολικά κατά κεφαλήν έξοδα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες τείνουν να χρηματοδοτούνται από ιδιωτικές πηγές, δηλαδή από τον ασθενή και τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, σε μια μεγαλύτερη έκταση επειδή οι δαπάνες τείνουν να είναι υψηλότερες στα φαρμακευτικά είδη. Επίσης, μια ιδιαίτερη μερίδα φαρμακευτικών ειδών δεν καλύπτεται από τα δημόσια ασφαλιστικά σχέδια (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης). Οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ έχουν εφαρμόσει ένα μίγμα εργαλείων για να προσπαθήσουν να ελέγξουν τις φαρμακευτικές δαπάνες κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο δεκαετιών. Οι αυξανόμενες δαπάνες για τα φαρμακευτικά είδη είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα. Ο αριθμός επιστρεφόμενων φαρμάκων έχει επίσης αυξηθεί, κυρίως για φάρμακα άνεσης ή για εκείνα χωρίς αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία.

Αυτές οι ρυθμίσεις αυξάνουν τις δαπάνες για τα άτομα χρησιμοποιώντας τα υψηλού κόστους προϊόντα και προωθώντας τη χρήση των λιγότερο δαπανηρών γενικών φαρμάκων προκειμένου να είναι να θέση να τα προμηθευτούν και οι ευπαθείς ομάδες π.χ. άνεργοι.¹¹

2.2 Πολιτικές συγκράτησης φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη

Η υψηλή φαρμακευτική δαπάνη δεν αποτελεί μόνο ελληνικό πρόβλημα αλλά λίγο ή πολύ δημιουργεί παρόμοιους προβληματισμούς σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα υπάρχουν και στην Ευρώπη και ακολουθούνται διάφορες πολιτικές για την αντιμετώπισή της. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες όπως αναφέραμε στο 1^ο κεφάλαιο μπορεί να είναι δημογραφικοί (αλλαγή σύνθεσης του πληθυσμού, γήρανση που ισχύει σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες), κοινωνικο-οικονομικοί (μέγεθος και σύνθεση συνταγογραφίας γιατρών), ή τεχνολογικοί και καινοτομίας (είσοδος νέων και ακριβότερων φαρμάκων). Τα παραπάνω γεγονότα συνεπικουρούμενα από την μεγάλη οικονομική κρίση που υπάρχει σε πολλές χώρες της Ευρώπης οδηγεί σε άσκηση συγκεκριμένων πολιτικών έναντι των πρωτοτύπων και των γενοσήμων, καθώς και τη δημιουργία κανόνων που θα διέπουν τη μεταξύ τους σχέση. Η Ευρώπη,

¹¹ IMS institute for healthcare economics (2012), "The global use of medicines"

η οποία κατείχε το 24% της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς σε αξίες για το 2011, δείχνει να έχει πάρει συνειδητή πολιτική απόφαση για την προώθηση της χρήσης των γενοσήμων έναντι των πρωτοτύπων και για να το πετύχει αυτό χρησιμοποιεί μια πλειάδα τρόπων.

Προς αυτή την κατεύθυνση και με σκοπό κάθε πολίτης να έχει την οικονομική δυνατότητα να τα αγοράσει, τα ευρωπαϊκά κράτη, ακολουθούν δύο γενικότερες κατηγορίες μέτρων για να επιτύχουν την επικράτηση των γενόσημων φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα:

1. τα πρώτα έχουν να κάνουν με την μείωση των τιμών των γενοσήμων
2. τα δεύτερα έχουν σκοπό να δώσουν επιπλέον κίνητρα για την χρήση αυτών από τους ασθενείς εξηγώντας ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα καθώς και την αποζημίωση των γενοσήμων από τα αντίστοιχα ασφαλιστικά συστήματα.

Πολλές φορές βέβαια, οι δύο παραπάνω περιπτώσεις αλληλοεπικαλύπτονται.¹²

2.3 Χαρακτηριστικά της Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

2.3.1 Γενικά

Οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο στον τομέα της δημόσιας υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), αυξήθηκε κατά περισσότερο από έξι χρόνια από το 1980 και μετά, για να φτάσει στην ηλικία των 79 ετών το 2010, ενώ η πρόωγη θνησιμότητα έχει μειωθεί θεαματικά. Η προσδοκία πλέον είναι ότι πάνω από τα τρία τέταρτα των εν λόγω ετών ζωής θα μπορεί κάθε άνθρωπος να τα ζει χωρίς περιορισμό δραστηριότητας. Το αυξανόμενο προσδόκιμο επιβίωσης μπορεί να εξηγηθεί από τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και της αντιμετώπισης των θεμάτων υγείας έχοντας υψηλότερη και αποτελεσματικότερη τεχνολογία. Ακόμη, η καλύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη και η ποιότητα της περίθαλψης έχουν επίσης σημαντική συμβολή, όπως προκύπτει, π.χ. από τα σημαντικά μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο.

¹² IMS institute for healthcare economics (2012), "The global use of medicines"

Πολλές βελτιώσεις στον τομέα της υγείας έχουν επιφέρει σημαντικό οικονομικό κόστος. Μέχρι το 2009, οι δαπάνες στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες αυξήθηκε με ταχύτερο ρυθμό απ' ό,τι στην υπόλοιπη οικονομία, και ο τομέας υγείας απορρόφησε αυξανόμενο ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Μετά την εκδήλωση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης το 2008, πολλές ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τις δαπάνες στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο των ευρύτερων προσπαθειών τους να αντεπεξέλθουν στα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα αυξανόμενα ποσοστά χρέους ως προς το ΑΕΠ. Μολονότι οι περικοπές αυτές ενδέχεται να ήταν αναπόφευκτες και αναγκαίες, ορισμένα μέτρα είναι πιθανόν να επηρεάσουν τους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας. Η συνεχής παρακολούθηση των στοιχείων και των δεικτών για την υγεία και τα συστήματα υγείας είναι σημαντική καθώς από την παρακολούθηση αυτή προκύπτουν ενδείξεις για τις δυνητικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μεταβαλλόμενων οικονομικών συνθηκών και των πολιτικών υγείας για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ποιότητα και τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας. Ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της πολιτικής της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση σήμερα καθώς και χρήσιμα στατιστικά στοιχεία.¹³

Η κατάσταση της υγείας έχει βελτιωθεί σημαντικά στις ευρωπαϊκές χώρες, μολονότι εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες

- Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη μέλη της ΕΕ αυξήθηκε κατά περισσότερο από 6 χρόνια μεταξύ του 1980 και του 2010. Κατά μέσο όρο σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για την τριετή περίοδο 2008-2010 ήταν 75,3 έτη για τους άνδρες και 81,7 χρόνια για τις γυναίκες. Η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες (85,0 έτη), και η Σουηδία για τους άνδρες (79,4 έτη). Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην ΕΕ ήταν χαμηλότερο σε νέα κράτη μέλη όπως στη Βουλγαρία και τη Ρουμανία για τις γυναίκες (77,3 χρόνια) και στη Λιθουανία για τους άνδρες (67,3 έτη). Το χάσμα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ με το υψηλότερο και το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι περίπου 8 χρόνια για τις γυναίκες και 12 έτη για τους άνδρες.

¹³ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

- Κατά μέσο όρο σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα έτη υγιούς ζωής (EYZ) κατά τη γέννηση, που ορίζονται ως ο αριθμός των ετών ζωής χωρίς περιορισμό δραστηριότητας, ήταν 62,2 έτη για τις γυναίκες και τους άνδρες σε 61,0 έτη για το 2008-2010. Η διαφορά μεταξύ των φύλων είναι πολύ μικρότερη από αυτή του προσδόκιμου ζωής, αντικατοπτρίζοντας το γεγονός ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν κάποιους περιορισμούς δραστηριότητας σε μεγαλύτερο ποσοστό της ζωής τους. Τα έτη υγιούς ζωής (EYZ) κατά τη γέννηση στην περίοδο 2008-2010 ήταν περισσότερα στη Μάλτα για τις γυναίκες και στη Σουηδία για τους άνδρες, και λιγότερα στη Σλοβακική Δημοκρατία τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες.
- Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε επίσης σημαντικά στις ευρωπαϊκές χώρες, με ποσοστό κατά μέσο όρο 16,5 χρόνια για τους άνδρες και 20,1 έτη για τις γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την περίοδο 2008-2010, δείγμα της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο στην ηλικία των 65 ετών τόσο για τις γυναίκες (23,2 χρόνια) όσο και για τους άνδρες (18,7 χρόνια). Το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν στη Βουλγαρία για τις γυναίκες (16,9 έτη) και στη Λετονία για τους άνδρες (13,2 έτη).
- Εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανό να ζήσουν περισσότερο· στην Τσεχική Δημοκρατία για παράδειγμα, οι άνδρες ηλικίας 65 ετών με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης μπορούν να υπολογίσουν ότι θα ζήσουν επτά χρόνια περισσότερο από τους άνδρες της ίδιας ηλικίας με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο διότι συνήθως η μόρφωση αυξάνει τις πιθανότητες για υψηλότερο εισόδημα και πρόσβαση σε πληροφόρηση για πρόληψη ασθενειών.

- Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η σχετική συμβολή μιας σειράς μη ιατρικών και ιατρικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν τις διαφορές στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στις χώρες. Το υψηλότερο εθνικό εισόδημα συνδέεται γενικά με υψηλότερο (υγιές) προσδόκιμο ζωής, μολονότι η σχέση είναι λιγότερο αισθητή στα ύψιστα επίπεδα εισοδήματος, παρουσιάζοντας «φθίνουσα απόδοση».
- Τα χρόνια νοσήματα, όπως διαβήτης, άσθμα και άνοια εμφανίζονται με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα, είτε λόγω της καλύτερης διάγνωσης είτε λόγω μεγαλύτερης προδιάθεσης για νοσήματα χωρίς να παραλείψουμε και την αυξημένη ρύπανση του περιβάλλοντος. Πάνω από το 6% των ατόμων ηλικίας 20-79 έτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση ή 30 εκατομμυρίων ατόμων είχε διαβήτη το 2011.
- Η καλύτερη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων έχει καταστεί προτεραιότητα της πολιτικής υγείας για πολλά κράτη μέλη της ΕΕ.¹⁴

Οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία μεταβάλλονται

- Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν μειώσει την κατανάλωση των προϊόντων καπνού μέσω εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού με απαγορεύσεις της διαφήμισης και αύξησης της φορολογίας, χωρίς όμως ακόμη τα αποτελέσματα να είναι τα επιθυμητά. Το ποσοστό των ενηλίκων που καπνίζει καθημερινά είναι κατώτερο του 15% στη Σουηδία και την Ισλανδία από άνω του 30% το 1980. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, άνω του 30% των ενηλίκων στην Ελλάδα καπνίζει καθημερινά. Τα ποσοστά των καπνιστών εξακολουθούν να είναι υψηλά στη Βουλγαρία, την Ιρλανδία και τη Λετονία.
- Η κατανάλωση οινοπνεύματος μειώθηκε επίσης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Οι περικοπές στη διαφήμιση, οι περιορισμοί στις πωλήσεις και η φορολόγηση έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά μέτρα. Παραδοσιακές οινοπαραγωγικές

¹⁴ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

χώρες, όπως η Γαλλία, η Ιταλία και η Ισπανία, παρατήρησαν ότι η κατά κεφαλήν κατανάλωση μειώθηκε σημαντικά από το 1980 και μετά. Όμως, η κατανάλωση οιοπνεύματος ανά ενήλικο αυξήθηκε σημαντικά σε ορισμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Κύπρος, η Φινλανδία και η Ιρλανδία.

- Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 52% των ενηλίκων είναι σήμερα υπέρβαροι από τους οποίους το 17% είναι παχύσαρκοι κυρίως λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής (κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης). Σε επίπεδο χώρας, το ποσοστό εμφάνισης του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας υπερβαίνει το 50% στα 18 από τα 28 κράτη μέλη της ΕΕ. Τα ποσοστά είναι πολύ χαμηλότερα στη Γαλλία, την Ιταλία και την Ελβετία, μολονότι αυξάνονται και στις χώρες αυτές. Η διάδοση της παχυσαρκίας – η οποία συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία από το υπερβολικό βάρος – κυμαίνεται από 8% στη Ρουμανία και την Ελβετία έως άνω από το 25% στην Ουγγαρία και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το ποσοστό της παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί από το 1990 σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση της παχυσαρκίας έχει επηρεάσει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, σε διαφορετικό βαθμό. Η παχυσαρκία τείνει να είναι πιο συνηθισμένη ανάμεσα στις μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες και ιδίως στις γυναίκες.¹⁵

Ο κατά κεφαλή αριθμός ιατρών και νοσοκόμων είναι υψηλότερος από ότι στο παρελθόν στις περισσότερες χώρες, αλλά υπάρχουν ανησυχίες για σημερινές ή μελλοντικές ελλείψεις

- Η εξασφάλιση της ορθής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί θεμελιώδη στόχο πολιτικής σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Απαιτεί, μεταξύ άλλων, να υπάρχει ο σωστός αριθμός φορέων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επί τόπου για την αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού. Υπάρχουν ανησυχίες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με την έλλειψη ιατρών και νοσοκόμων, μολονότι οι πρόσφατες περικοπές των δημοσίων δαπανών στον τομέα της υγείας σε ορισμένες χώρες ενδέχεται να έχουν οδηγήσει σε μια προσωρινή τουλάχιστον μείωση της ζήτησης.

¹⁵ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

- Από το 2000 και μετά, ο αριθμός των κατά κεφαλή ιατρών αυξήθηκε σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη της ΕΕ. Κατά μέσο όρο σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, ο αριθμός των ιατρών αυξήθηκε από 2,9 ανά 1.000 κατοίκους το 2000 σε 3,4 το 2010. Η ανάπτυξη ήταν ιδιαίτερα μεγάλη στην Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο.
- Σε όλες σχεδόν τις χώρες, η ισορροπία μεταξύ των γενικών και των εξειδικευμένων ιατρών άλλαξε με τρόπο ώστε να υπάρχουν πλέον περισσότεροι ειδικομένοι ιατροί χωρίς αυτό να είναι πάντα θετικό. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με τη μείωση του ενδιαφέροντος για την παραδοσιακή πρακτική του «οικογενειακού γιατρού», σε συνδυασμό με την αυξανόμενη διαφορά στις αμοιβές μεταξύ των γενικών και των ειδικών ιατρών. Η αργή αύξηση ή μείωση του αριθμού των γενικών ιατρών αυξάνει τις ανησυχίες σε πολλές χώρες όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού.
- Υπάρχουν επίσης ανησυχίες για πιθανές ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, και η κατάσταση αυτή μπορεί επίσης να επιδεινωθεί στο μέλλον, επειδή η ζήτηση για νοσοκόμους εξακολουθεί να αυξάνεται και η γήρανση της γενιάς της «έκρηξης των γεννήσεων» προμηνύει ένα κύμα συνταξιοδοτήσεων μεταξύ των νοσοκόμων. Κατά την τελευταία δεκαετία, ο κατά κεφαλή αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε σε σχεδόν όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Η αύξηση ήταν ιδιαίτερα μεγάλη στη Δανία, τη Γαλλία την Πορτογαλία και την Ισπανία. Ωστόσο, πρόσφατα σημειώθηκε μείωση στο νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε ορισμένες χώρες που πλήττονται σκληρότερα από την οικονομική κρίση. Στην Εσθονία, ο αριθμός των νοσηλευτών αυξήθηκε έως το 2008, αλλά μειώθηκε από τότε, με αποτέλεσμα να μειωθεί από το 6,4 ανά 1000 κατοίκους το 2008 στο 6,1 το 2010. Άλλες πάλι χώρες όπως η Ελλάδα ενώ διαθέτουν πληρότητα σε ιατρούς, αντίθετα έχουν τεράστια έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό.¹⁶

¹⁶ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

Η ποιότητα της περίθαλψης έχει βελτιωθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, παρά το γεγονός ότι όλες οι χώρες μπορούν να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα για την αποφυγή των εισαγωγών σε νοσοκομεία για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες

- Σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στην θεραπεία θανατηφόρων παθήσεων όπως η καρδιακή προσβολή, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες που υποβάλλουν εκθέσεις. Τα ποσοστά θνησιμότητας ύστερα από την εισαγωγή σε νοσοκομείο για καρδιακή προσβολή (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου) μειώθηκαν κατά περίπου 50% μεταξύ του 2000 και του 2009 και για εγκεφαλικό επεισόδιο έως άνω του 20%. Οι βελτιώσεις αυτές αντικατοπτρίζουν την καλύτερη εντατική νοσηλεία και τη μεγαλύτερη πρόσβαση σε ειδικές μονάδες εγκεφαλικών επεισοδίων σε χώρες όπως η Δανία και η Σουηδία.
- Τα ποσοστά επιβίωσης για διάφορες μορφές καρκίνου έχουν επίσης βελτιωθεί στις περισσότερες χώρες, αντικατοπτρίζοντας την πιο έγκαιρη ανίχνευση και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της αγωγής. Ενώ τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του μαστού παραμένουν κάτω από το 80% στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβενία, αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 10 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ του 1997 και του 2002 και την περίοδο 2004 - 2009. Στις δύο αυτές χώρες σημειώθηκε επίσης σημαντική πρόοδος ως προς τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Η μάστιγα του καρκίνου όμως ακόμη και σήμερα δεν έχει εξαλειφθεί.
- Είναι πιο δύσκολο να ελεγχθεί η ποιότητα της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, επειδή στις περισσότερες χώρες υπάρχουν λιγότερα στοιχεία για τον τομέα αυτόν από ό,τι για τον νοσοκομειακό τομέα. Η αποφευκτική εισαγωγή σε νοσοκομείο χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης είτε για προβλήματα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή στην ποιότητα και στη συνέχεια της περίθαλψης. Υπάρχει γενική συναίνεση όσον αφορά το ότι το άσθμα και ο διαβήτης θα πρέπει σε μεγάλο βαθμό να αντιμετωπίζονται μέσω παρεμβάσεων ορθής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να αποφευχθεί η

επιδείνωση και η δαπανηρή νοσηλεία που θα ζημιώσει τόσο τον ασθενή όσο και το νοσοκομείο. Ενώ ο αριθμός εισαγωγών σε νοσοκομεία για το άσθμα είναι χαμηλός σε ορισμένες χώρες, σε άλλες, όπως είναι η Σλοβακική Δημοκρατία, είναι πολύ μεγαλύτερος. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, υπάρχουν υπερβολικά πολλές εισαγωγές σε νοσοκομεία για ανεξέλεγκτο διαβήτη που προκαλούν έντονη ανησυχία.¹⁷

Η αύξηση των υγειονομικών δαπανών επιβραδύνθηκε ή μειώθηκε σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες

- Η αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών στον τομέα της υγείας επιβραδύνθηκε ή ελαττώθηκε σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, αναστρέφοντας την τάση σταθερών αυξήσεων. Οι δαπάνες είχαν ήδη αρχίσει να μειώνονται το 2009 σε χώρες που πλήττονταν σκληρότερα από την οικονομική κρίση (π.χ., την Εσθονία και την Ισλανδία), αλλά ακολούθησαν περαιτέρω μειώσεις το 2010 λόγω των αυξανόμενων δημοσιονομικών πιέσεων και της αύξησης των δεικτών χρέους προς το ΑΕΠ. Σε όλη την ΕΕ, κατά μέσο όρο οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 4,6% ανά έτος σε πραγματικές τιμές μεταξύ του 2000 και του 2009, ακολουθούμενη από πτώση κατά 0,6% το 2010 η οποία συνεχίζεται μέχρι σήμερα κυρίως στις χώρες του νότου που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση (Ελλάδα, Κύπρος, Ισπανία, Πορτογαλία).
- Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγεία είχαν επιτευχθεί μέσω μιας σειράς μέτρων, συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων των μισθών ή/και των επίπεδων απασχόλησης, της αύξησης των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά για ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα, και με την επιβολή αυστηρών δημοσιονομικών περιορισμών στα νοσοκομεία, ιδιαίτερα σε όσα είχαν τεράστια ελλείματα. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας επιδιώχθηκε επίσης μέσω συγχωνεύσεων νοσοκομείων ή επιτάχυνσης της μετάβασης από τον τομέα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στην περίθαλψη και την χειρουργική επέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία.

¹⁷ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

- Ως αποτέλεσμα της αρνητικής αύξησης των δαπανών για την υγεία το 2010, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατέθηκε για την υγεία σταθεροποιήθηκε ή μειώθηκε ελαφρά σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Το 2010, τα κράτη μέλη της ΕΕ αφιέρωσαν κατά μέσο όρο (μη σταθμισμένο) το 9,0% του ΑΕΠ τους στις δαπάνες για την υγεία. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σημαντικά από το 7,3% το 2000, αλλά μειώθηκε ελαφρά σε σχέση με το ανώτατο επίπεδο του 9,2% το 2009.
- Οι Κάτω Χώρες έχουν διαθέσει το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία το 2010 (12%), ακολουθούμενες από τη Γαλλία και τη Γερμανία (αμφότερες με 11,6%). Από την άποψη των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία, οι Κάτω Χώρες (3.890), το Λουξεμβούργο (3.607) και η Δανία (3.439) πραγματοποίησαν τις υψηλότερες δαπάνες από τα άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Η Αυστρία, η Γαλλία και η Γερμανία ακολουθούσαν με άνω των 3.000 ευρώ κατά κεφαλή. Η Βουλγαρία και η Ρουμανία πραγματοποίησαν τις χαμηλότερες δαπάνες με περίπου 700 ευρώ καθώς οι οικονομίες τους δε συγκρίνονται με των παραπάνω χωρών.
- Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της περίθαλψης υγείας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Κύπρου, σιγά σιγά όμως ο ιδιωτικός τομέας κερδίζει έδαφος. Το 2010, σχεδόν τα τρία τέταρτα (73%) όλων των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν κατά μέσο όρο από το Δημόσιο στα κράτη μέλη της ΕΕ. Η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχούσε σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% στις Κάτω Χώρες, τις σκανδιναβικές χώρες (εκτός της Φινλανδίας), στο Λουξεμβούργο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Ρουμανία. Το ποσοστό αυτό ήταν το χαμηλότερο στην Κύπρο (43%), και στη Βουλγαρία, στην Ελλάδα και στη Λετονία (55-60%).¹⁸
- Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει το μίγμα της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας σε ορισμένες χώρες. Οι δημόσιες δαπάνες έχουν υποστεί περικοπές για ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες, οι οποίες περικοπές συνδυάζονται συχνά με αυξήσεις του μεριδίου των άμεσων πληρωμών από

¹⁸ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

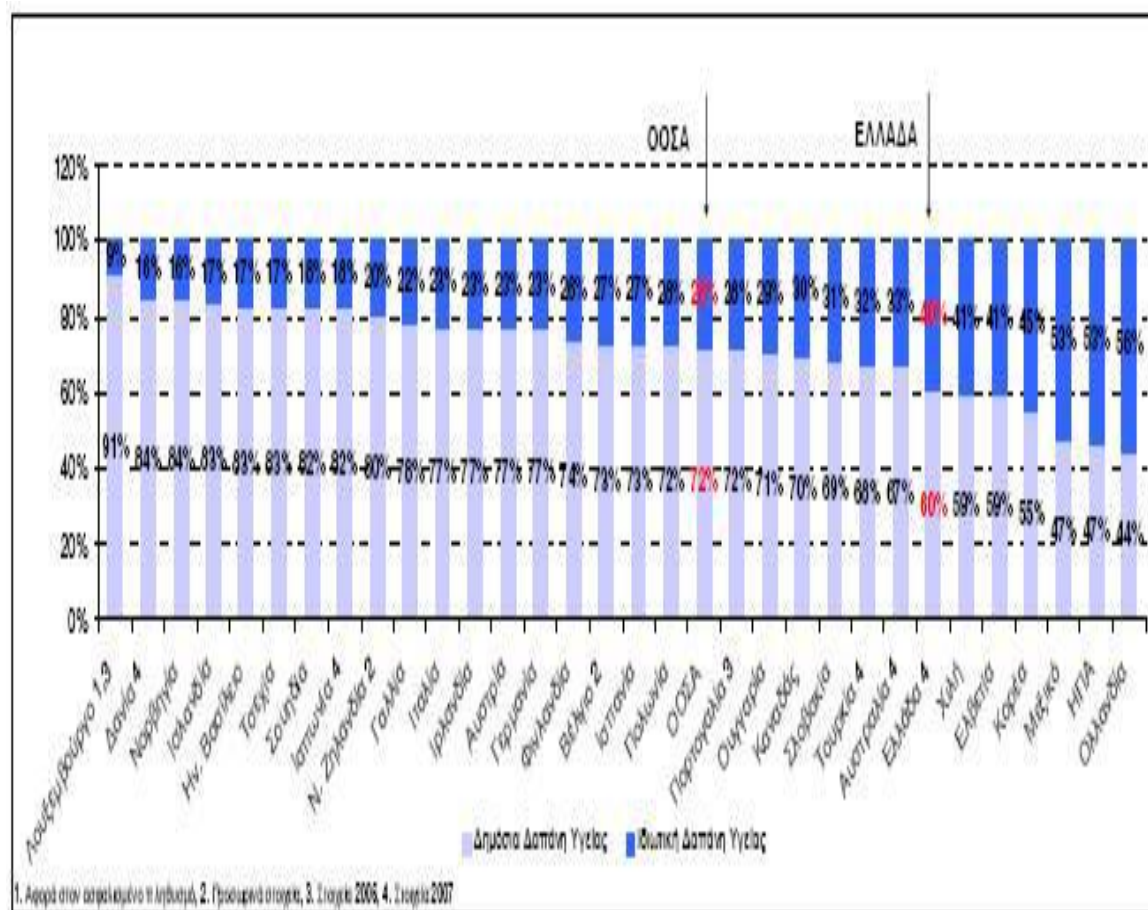
νοικοκυριά. Στην Ιρλανδία, το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία μειώθηκε κατά περίπου 6 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ του 2008 και του 2010 (την περίοδο δηλαδή που χτυπήθηκε από την οικονομική κρίση), και ανέρχεται πλέον στο 70%, ενώ αυξήθηκε το μερίδιο των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά. Υπήρξε επίσης σημαντική πτώση στη Βουλγαρία και στη Σλοβακική Δημοκρατία.

- Μετά τη δημόσια χρηματοδότηση, η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία στις περισσότερες χώρες είναι οι άμεσες πληρωμές. Η χρηματοδότηση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μόνον σε λίγες χώρες. Το 2010, το μερίδιο των άμεσων πληρωμών ήταν υψηλότερο στην Κύπρο (49%), τη Βουλγαρία (43%) και την Ελλάδα (38%) και αυξάνεται συνεχώς. Το χαμηλότερο ήταν στις Κάτω Χώρες (6%), τη Γαλλία (7%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (9%). Το μερίδιο αυτό αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαετία στα μισά περίπου κράτη μέλη της ΕΕ, κυρίως στη Βουλγαρία, την Κύπρο, τη Μάλτα και την Σλοβακική Δημοκρατία.
- Η οικονομική κρίση και οι αυξανόμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί έχουν επιτείνει τις πιέσεις στα συστήματα υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Διάφορες χώρες που έχουν πληγεί σκληρότερα από την κρίση έχουν λάβει σειρά μέτρων για να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία χωρίς αυτό να είναι απαραίτητα αρνητικό καθώς ήταν αναγκαίος ο περιορισμός των περιττών εξόδων χωρίς θετικά αποτελέσματα. Θα είναι σημαντικό να παρακολουθούνται από κοντά οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μέτρων αυτών στους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες για να διασφαλιστούν η κατάλληλη πρόσβαση και η ποιότητα της περίθαλψης.¹⁹

¹⁹ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

2.3.2 Στατιστικά Στοιχεία

Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ



Διάγραμμα 1: Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ

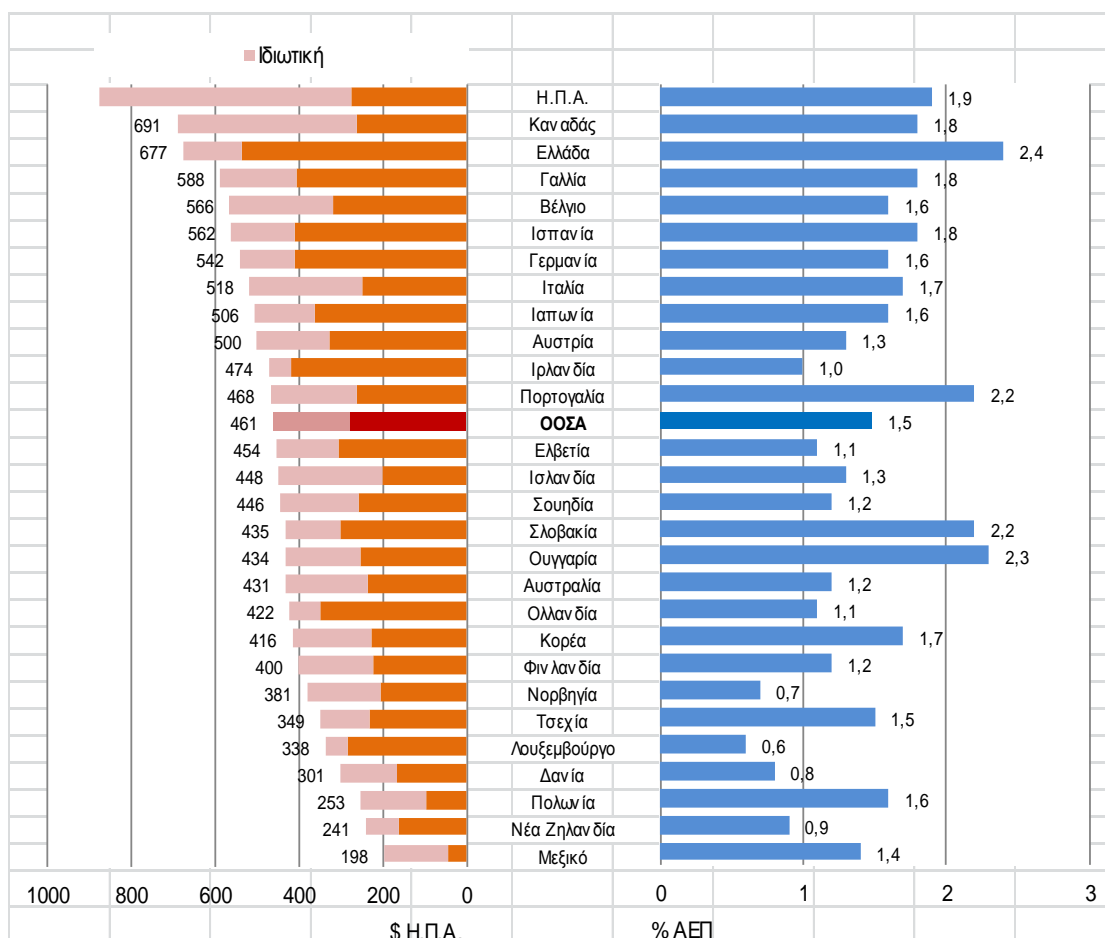
Πηγή : OECD Health Data, 2012

Στο γράφημα που ακολουθεί απεικονίζεται:

- στα αριστερά, η κατάταξη των κρατών βάση της ετήσιας, κατά κεφαλήν, φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ διακρίνεται το ποσοστό που προέρχεται από κρατικούς πόρους από εκείνο που προέρχεται από ιδιωτικούς (ιδιωτικές ασφάλειες ή ιδιωτικοί πόροι)
- στα δεξιά, το αντίστοιχο ποσοστό επί του ΑΕΠ κάθε κράτους που αναλογεί στις συγκεκριμένες δαπάνες^{20 21}

²⁰ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

²¹ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://greekstat.blogspot.gr/>



Διάγραμμα 2: Σύγκριση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ

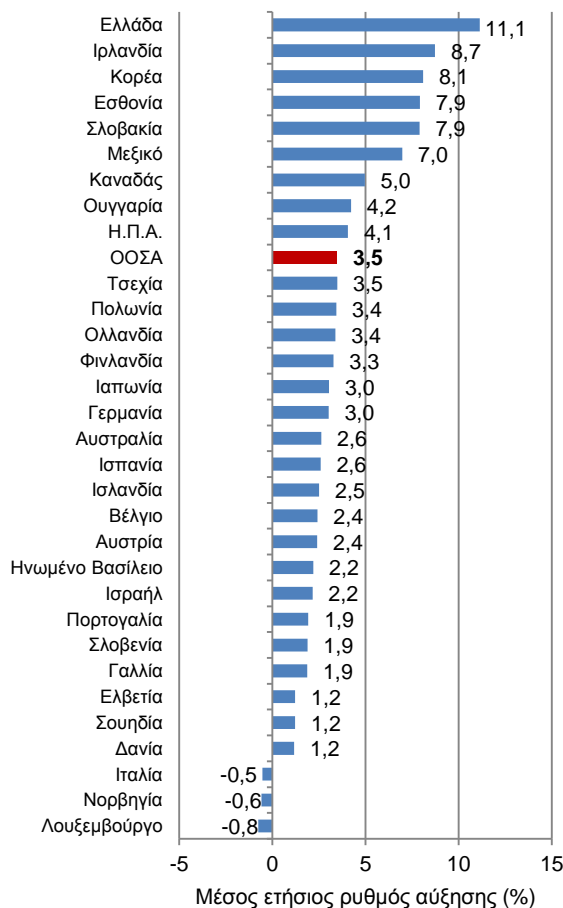
Με άλλα λόγια, τα ποσά που αναγράφονται στο αριστερό μέρος του γραφήματος αντιστοιχούν στα ποσά που εισπράχθηκαν (ή τουλάχιστον χρεώθηκαν) από τη βιομηχανία φαρμάκων, κατά το έτος 2007, για την κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών ενός κατοίκου κάθε χώρας. Το ελληνικό κράτος προς έκπληξη εμφανίζεται τρίτο στην κατάταξη με βάση τη συνολική, κατά κεφαλήν, δαπάνη (677\$), υστερώντας μόνο των ΗΠΑ και του Καναδά, όταν ο μέσος όρος δαπανών των κρατών δεν ξεπερνά τα 461\$. Ειδικότερα, όμως, με βάση τη δημόσια δαπάνη (σκούρο μπλε), όπως εμφανίζεται στο πρώτο διάγραμμα, το ελληνικό κράτος κατατάσσεται, με εντυπωσιακή μάλιστα διαφορά, στην πρώτη θέση δείγμα της πολύ μεγάλης κρατικής δαπάνης στην προ κρίσεως εποχή. Εξάλλου, στην Ελλάδα αντιστοιχεί και το μεγαλύτερο ποσοστό κρατικής δαπάνης επί του ΑΕΠ που διατίθεται για το συγκεκριμένο σκοπό (2.4%), όταν το μέσο όρο των ποσοστών των κρατών κυμαίνεται στο 1.5%.^{22 23}

²² OECD (2009), Health at a Glance: Europe 2009, OECD Publishing.

²³ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://greekstat.blogspot.gr/>

Μεταβολή στις Φαρμακευτικές Δαπάνες (2000-2009)

Φυσικά θα μπορούσαμε να αναρωτηθούμε αν η πρωτιά της Ελλάδας το 2007 ήταν κάτι τυχαίο, για κάποιο συγκεκριμένο ίσως λόγο. Το επόμενο γράφημα παρουσιάζει την κατάταξη των κρατών με βάση τον, ετήσιο, ρυθμό αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών κατά το χρονικό διάστημα 2000-2009 :



Διάγραμμα 3: Μεταβολή στις Φαρμακευτικές Δαπάνες (2000-2009)

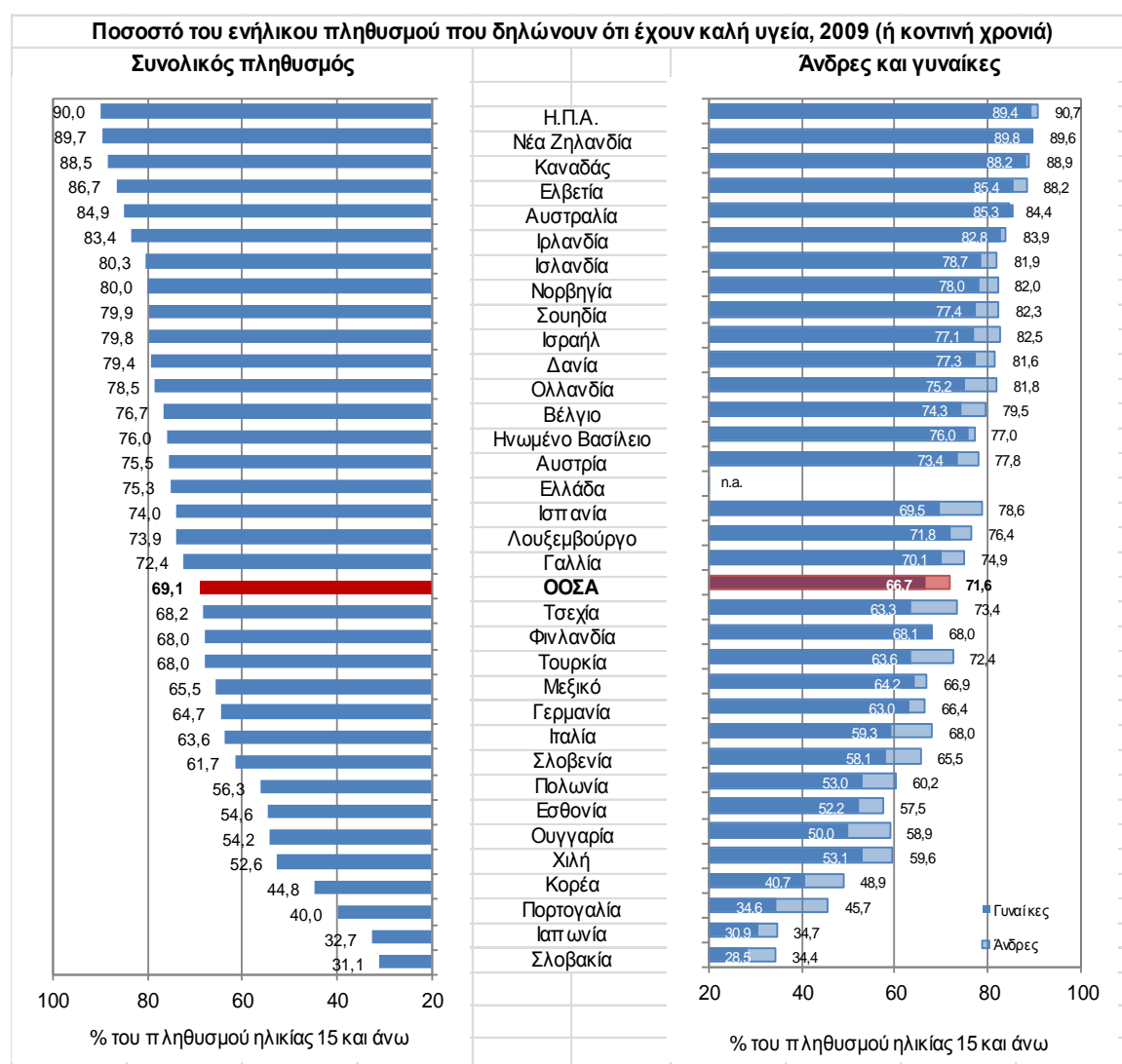
Το ελληνικό κράτος βρίσκεται και πάλι στην πρώτη θέση, αυξάνοντας τις φαρμακευτικές δαπάνες κατά 11.1% κάθε χρόνο, και μάλιστα με πολύ μεγάλη διαφορά και από τις επόμενες 5 χώρες, των οποίων ο ρυθμός κυμαίνεται γύρω από το 8%, ενώ ο μέσος όρος αύξησης των χωρών είναι μόλις 3.5%. Για αυτό το λόγο τα επόμενα χρόνια σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση πάρθηκαν μέτρα προκειμένου να περιοριστεί αυτό το ποσοστό.^{24 25}

²⁴ OECD (2011), Health at a Glance: Europe 2011, OECD Publishing, σελ. 155

²⁵ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://greekstat.blogspot.gr/>

Αντιληπτή κατάσταση της υγείας

Ένας αντικειμενικός παρατηρητής οφείλει, στο σημείο αυτό, να εξετάσει αν στην Ελλάδα, για κάποιο λόγο, η υγεία των κατοίκων είναι τόσο επιβαρυνμένη, και επιβαρύνεται κάθε χρόνο ολοένα και περισσότερο, ώστε να δικαιολογούνται τόσο οι τεράστιες δαπάνες όσο και ο υπερβολικός ρυθμός αύξησης τους μέχρι το 2009. Στο γράφημα που ακολουθεί κατατάσσει τα κράτη με βάση το "Perceived Health Status", δηλαδή το ποσοστό % του ενήλικου πληθυσμού που δηλώνουν ότι έχουν καλή υγεία.^{26 27}



Διάγραμμα 4: Αντιληπτή κατάσταση της υγείας

²⁶ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 41

²⁷ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://greekstat.blogspot.gr/>

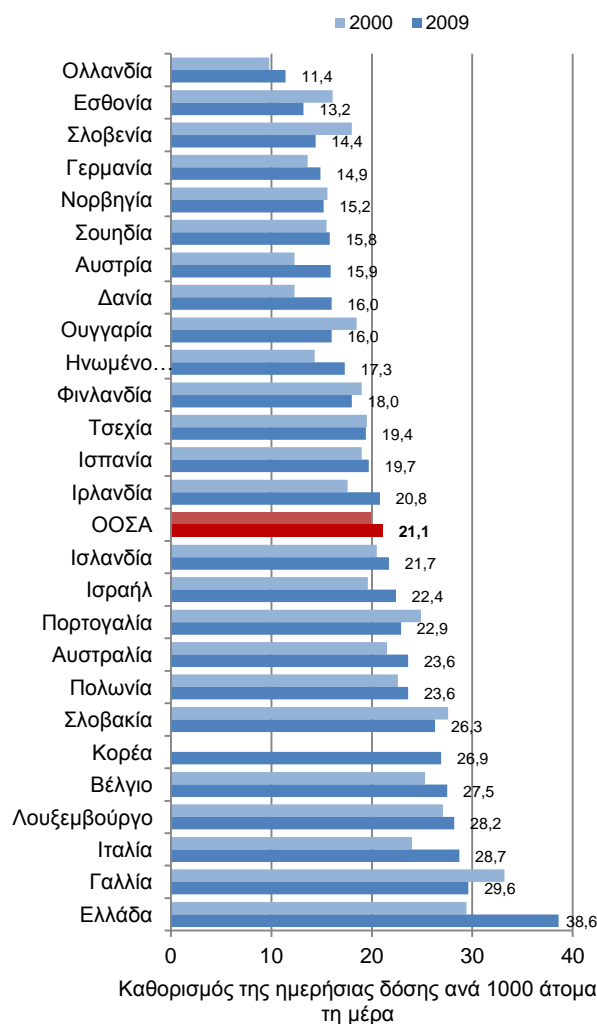
Κι όμως κάτι τέτοιο δε συμβαίνει αφού η επίδοση των Ελλήνων πολιτών (75.3%) είναι καλύτερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (69.1%). Εδώ αξίζει επίσης να σημειώσουμε ότι οι χώρες Κορέα, Εσθονία, Σλοβακία αλλά και το Μεξικό, οι τέσσερις δηλαδή από τις πέντε (μαζί με την Ιρλανδία) χώρες που εμφανίζονται να ακολουθούν την Ελλάδα στην κατάταξη με βάση το ρυθμό αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών, εμφανίζουν πράγματι πολύ χαμηλό ποσοστό αντιληπτής κατάστασης της υγείας. Η δε πέμπτη από αυτές, η Ιρλανδία, εμφανίζει μεν υψηλό ετήσιο ρυθμό αύξησης δαπανών (8.7%) αναλογικά με το τελικό (για το 2009) ποσοστό αντιληπτής κατάστασης της υγείας της (83.4%), όμως προκύπτει ότι το ποσό που δαπανήθηκε κατά κεφαλήν το 2007 στη συγκεκριμένη χώρα (474\$) κυμαίνεται στο μέσο όρο δαπάνης των κρατών (461\$), γεγονός που υπονοεί ότι η αύξηση, πιθανώς, ήταν δικαιολογημένη. Άρα συμπεραίνουμε ότι το πρόβλημα υπάρχει μόνο στην Ελλάδα και είναι πολύ σημαντικό.

Κατανάλωση Αντιβιοτικών τα έτη 2000 και 2009

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται η κατανάλωση (ή τουλάχιστον, όπως θα διευκρινιστεί στη συνέχεια, οι πωλήσεις) αντιβιοτικών ημερησίως, ανά 1000 πολίτες κάθε χώρας, για τα έτη 2000 και 2009.^{28 29}

²⁸ OECD (2011), Health at a Glance: Europe 2011, OECD Publishing, σελ. 101

²⁹ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://greekstat.blogspot.gr/>



Διάγραμμα 5: Κατανάλωση Αντιβιοτικών τα έτη 2000 και 2009

Η ελληνική κοινωνία εμφανίζεται και εδώ πρώτη σε κατανάλωση αντιβιοτικών (38.6 αντιβιοτικά ημερησίως ανά 1000 κατοίκους), και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις χώρες που ακολουθούν. Συγκεκριμένα καμία άλλη χώρα δεν εμφανίζει ημερήσια κατανάλωση μεγαλύτερη από 29.6 μονάδες ανά 1000 κατοίκους, ενώ ο μέσος όρος ημερήσιας κατανάλωσης των χωρών είναι 21.1 αντιβιοτικά, σχεδόν δηλαδή η μισή από αυτή που εμφανίζεται στην Ελλάδα, πάντα ανά 1000 κατοίκους. Αξιοσημείωτη επίσης είναι και η αύξηση στην ελληνική κατανάλωση από το 2000 έως το 2009, η οποία ξεπερνά, για μία ακόμη φορά, την αύξηση που σημειώνεται σε οποιοδήποτε άλλο κράτος.

Εδώ αξίζει να επισημάνθει πως, καθώς (προφανώς) δεν υπάρχει τρόπος να ελεγχθεί κατά πόσο γίνεται πράγματι χρήση από τους πολίτες των αντιβιοτικών (ή και των λοιπών φαρμακευτικών σκευασμάτων) που πωλούνται, η εκτίμηση της κατανάλωσης προκύπτει στην ουσία μέσω της καταγραφής των πωλήσεων των

συγκεκριμένων σκευασμάτων. Βέβαια, σε οικονομικό επίπεδο, η κατανάλωση ή μη των φαρμάκων που αγοράζονται δεν έχει καμία ουσιαστική σημασία, αφού δεν αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει τα έσοδα της βιομηχανίας φαρμάκων, ή ισοδύναμα τα έξοδα των δημοσίων αποθεματικών ταμείων.

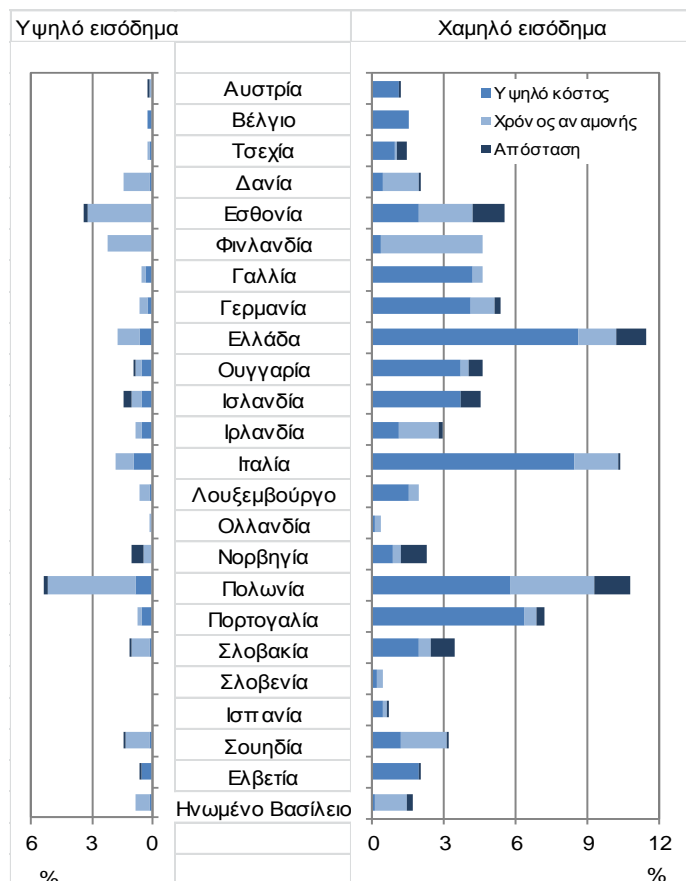
Θα μπορούσε η αυξημένη "κατανάλωση" φαρμάκων να συνδέεται ίσως με το σχετικά υψηλό αντιληπτής κατάστασης της υγείας των Ελλήνων πολιτών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι, οι Αυστραλοί πολίτες με "κατανάλωση" αντιβιοτικών που αναλογεί στο 60% περίπου εκείνης των Ελλήνων, (23.6 έναντι 38.6 αντιβιοτικά ημερησίως ανά 1000 κατοίκους, αντιστοίχως) απαντούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (84.9%) ότι έχουν καλή υγεία σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των Ελλήνων (75.3%) που σημαίνει ότι ούτε εδώ δικαιολογείται το υψηλό ποσοστό και αυτή η πρωτιά της κατανάλωσης στην Ελλάδα.

Ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση

Μια υπόθεση που θα μπορούσε πλέον κανείς να διατυπώσει (αν και η προκλητικότητα των δεδομένων που αναφέρθηκαν έως τώρα, καθώς και οι συνθήκες που προκύπτει ότι αντιμετωπίζουν οι πολίτες που εξαρτώνται σε μικρό ή μεγάλο βαθμό από το ελληνικό σύστημα υγείας, περιορίζουν σημαντικά τη σοβαρότητα της διατύπωσης μιας τέτοιας υπόθεσης ...) είναι μήπως οι ελληνικές κυβερνήσεις επενδύουν ούτως ή άλλως υπέρογκα ποσά από τα αποθεματικά των ταμείων τους τα τελευταία χρόνια, προκειμένου να εξασφαλίζουν στους Έλληνες πολίτες πολύ υψηλού βαθμού ιατρικές υπηρεσίες. Το επόμενο γράφημα όμως, που παρουσιάζει μια καταγραφή της ακάλυπτης ανάγκης για ιατρικής εξέταση (Unmet health care needs), αποκαλύπτει μια ακόμη ελληνική πρωτιά. Συγκεκριμένα, οι πολίτες κάθε κράτους ερωτώνται αν υπήρξε φορά μέσα στους τελευταίους 12 μήνες όπου ένιωσαν την ανάγκη υπηρεσιών υγείας που όμως δεν έλαβαν, και κατόπιν ερωτώνται γιατί δεν τις έλαβαν. Συχνές αιτίες αποτελούν το υψηλό κόστος, ο χρόνος αναμονής και το ότι η απόσταση που θα έπρεπε να διανύσουν ήταν πολύ μεγάλη. Ενώ η Ελλάδα ξοδεύει τόσα πολλά οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρει δεν είναι το ίδιο ποιοτικές.^{30 31}

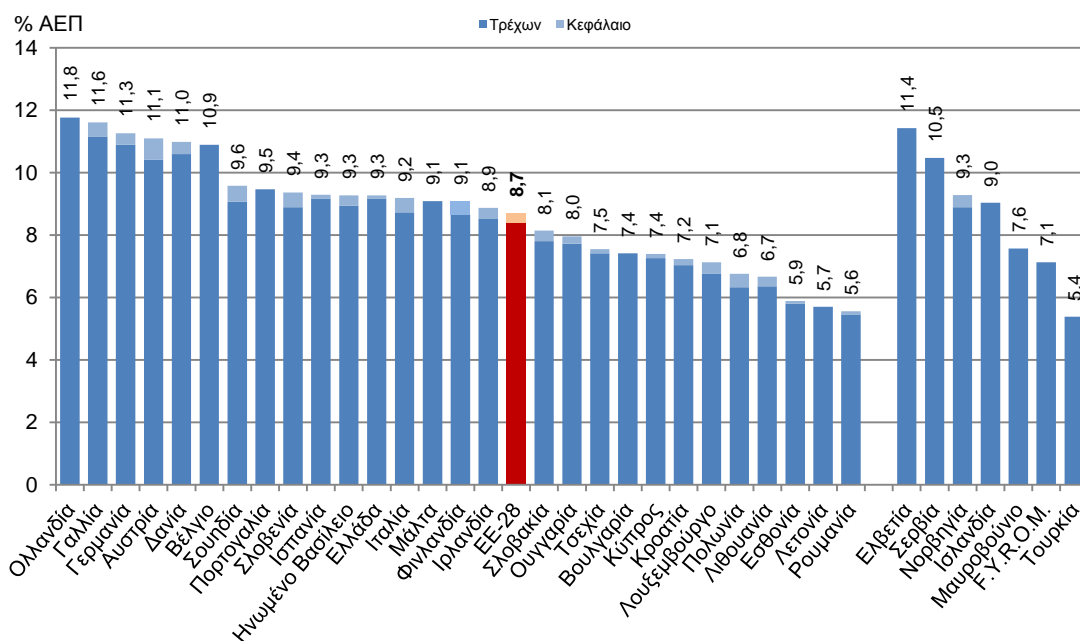
³⁰ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 131

³¹ Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://greekstat.blogspot.gr/>



Διάγραμμα 6: Ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση

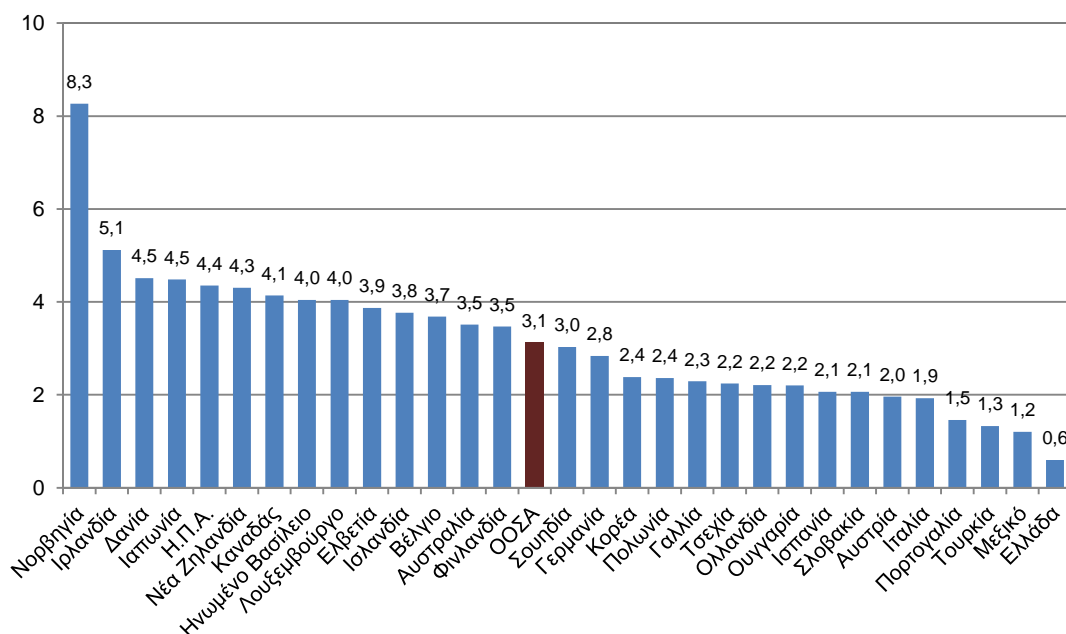
Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ



Διάγραμμα 7: Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ

Παρατηρούμε ότι η Ελλάδα βρίσκεται λίγο πιο πάνω από το μέσο όρο ξοδεύοντας όσα και άλλες ανεπτυγμένες χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο) χωρίς να είναι να θέση να προσφέρει το ίδιο αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, δείγμα της τεράστιας σπατάλης στον τομέα της υγείας την περίοδο που προηγήθηκε της οικονομικής κρίσης. Η Τουρκία δίνει τα λιγότερα για την υγεία και ακολουθούν Ρουμανία, Λετονία, Εσθονία. Στο άλλο άκρο συναντάμε χώρες όπως Ολλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία που φημίζονται για τις καλύτερες υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη κάτι που αντικατοπτρίζεται απόλυτα από το ΑΕΠ τους όπως βλέπουμε στον παραπάνω πίνακα.^{32 33}

Αναλογία Νοσηλευτών προς 1000 κατοίκους



Διάγραμμα 8: Αναλογία Νοσηλευτών προς 1000 κατοίκους

Πηγή: OECD Health Data (2012)

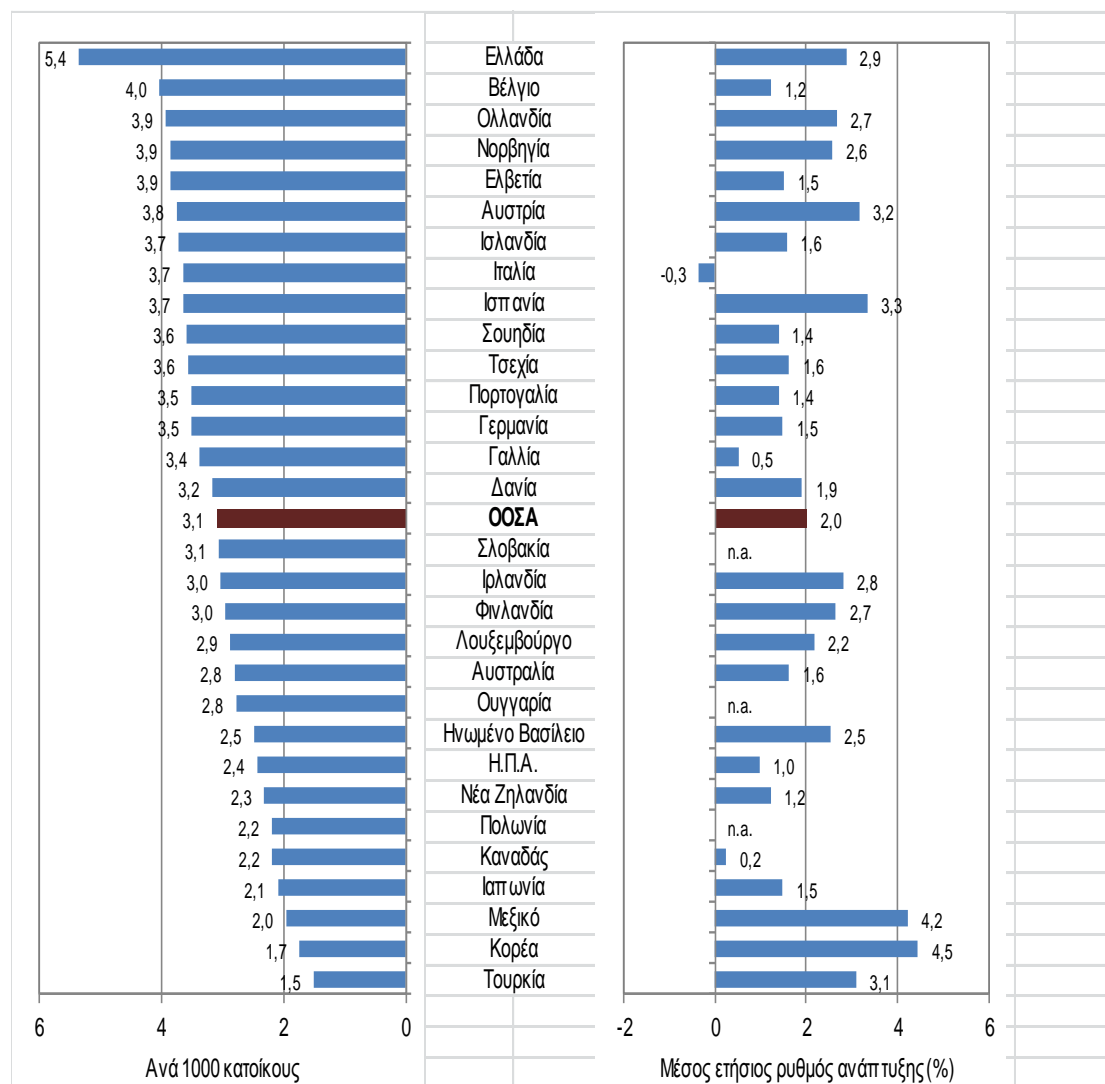
Στο παραπάνω διάγραμμα ξεχωρίζει η Νορβηγία η οποία διαθέτει τη μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτών προς 1000 κατοίκους με σημαντική διαφορά από

³² Παπαηλίας Θ. (2013), "Παγκοσμιοποίηση και κράτος πρόνοιας: η επίδραση στα συστήματα υγείας"

³³ OECD Health Statistics (2014), Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database

τη δεύτερη Ιρλανδία (8.3 έναντι 5.1) και πολύ πάνω από το μέσο όρο 3.1. Στη χειρότερη κατάσταση βρίσκεται η Ελλάδα με μόλις 0.6 νοσηλευτές προς 1000 κατοίκους δείγμα της μεγάλης τους έλλειψης στις υπηρεσίες υγείας και της υψηλής ζήτησης που παρουσιάζει ο κλάδος στη χώρα μας.³⁴

Αναλογία Ιατρών προς 1000 κατοίκους και ετήσιος ρυθμός αύξησής τους



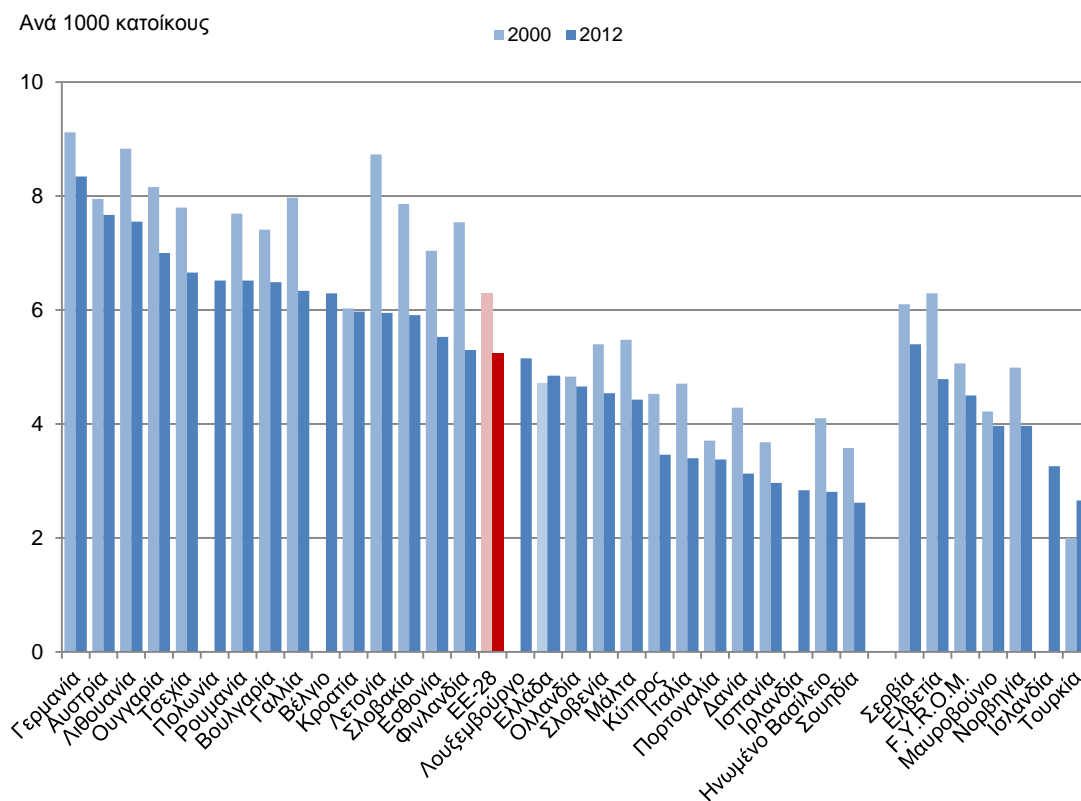
Διάγραμμα 9: Αναλογία Ιατρών προς 1000 κατοίκους και ετήσιος ρυθμός αύξησής τους

Η χώρα μας μπορεί να έχει μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτές αλλά αντίθετα έχει το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και όχι μόνο. Σύμφωνα με τα παραπάνω διαγράμματα έχει τη μεγαλύτερη αναλογία ιατρών προς 100 κατοίκους (5.4) όταν ο μέσος όρος βρίσκεται στο 3.1 κάτι το οποίο θα συνεχιστεί αφού ο

³⁴ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 75

ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης είναι στο 2.9%. Μόνο τυχαίο δεν είναι ότι οι Έλληνες γιατροί βρίσκονται σε όλο τον κόσμο και έχουν μεγάλη ζήτηση διότι είναι όχι μόνο εξειδικευμένοι αλλά και πολλοί σε αριθμούς.^{35 36}

Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους



Διάγραμμα 10: Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους

Πηγή: OECD Health Statistics (2014), Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database

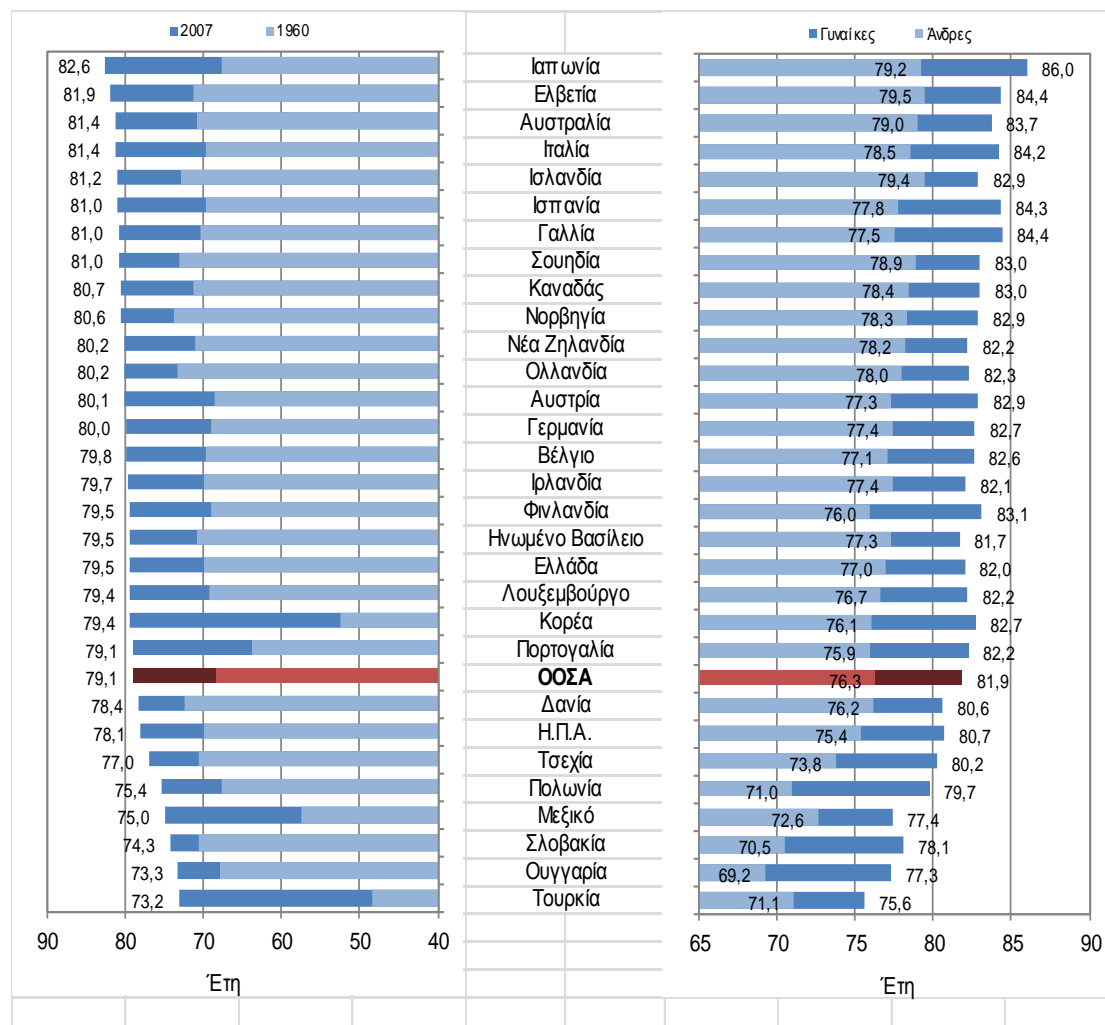
Το παραπάνω διάγραμμα μας δείχνει τα νοσοκομειακά κρεβάτια που προβλέπονται ανά 1000 κατοίκους σε κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2000 και το 2012. Παρατηρούμε ότι στις περισσότερες χώρες ο αριθμός των κρεβατιών το 2012 είναι αισθητά μειωμένος σε σχέση με το 2000. Ακόμη και οι χώρες που διαθέτουν τα περισσότερα κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους όπως η Γερμανία, η Αυστρία και η Λιθουανία αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα. Τη μεγαλύτερη

³⁵ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 69

³⁶ Παπαηλιάς Θ. (2013), "Παγκοσμιοποίηση και κράτος πρόνοιας: η επίδραση στα συστήματα υγείας"

απόκλιση τη βλέπουμε στη Λετονία όπου από 9 διαθέσιμα κρεβάτια το 2000 πλέον έχει κάτω από 6. Η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ αλλά δεν έχει αλλάξει σχεδόν καθόλου αυτά τα 12 χρόνια. Τα λιγότερα κρεβάτια διαθέτει η Τουρκία αλλά με σαφή άνοδο σε σχέση με το 2000.³⁷

Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης 1960 – 2007 διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών



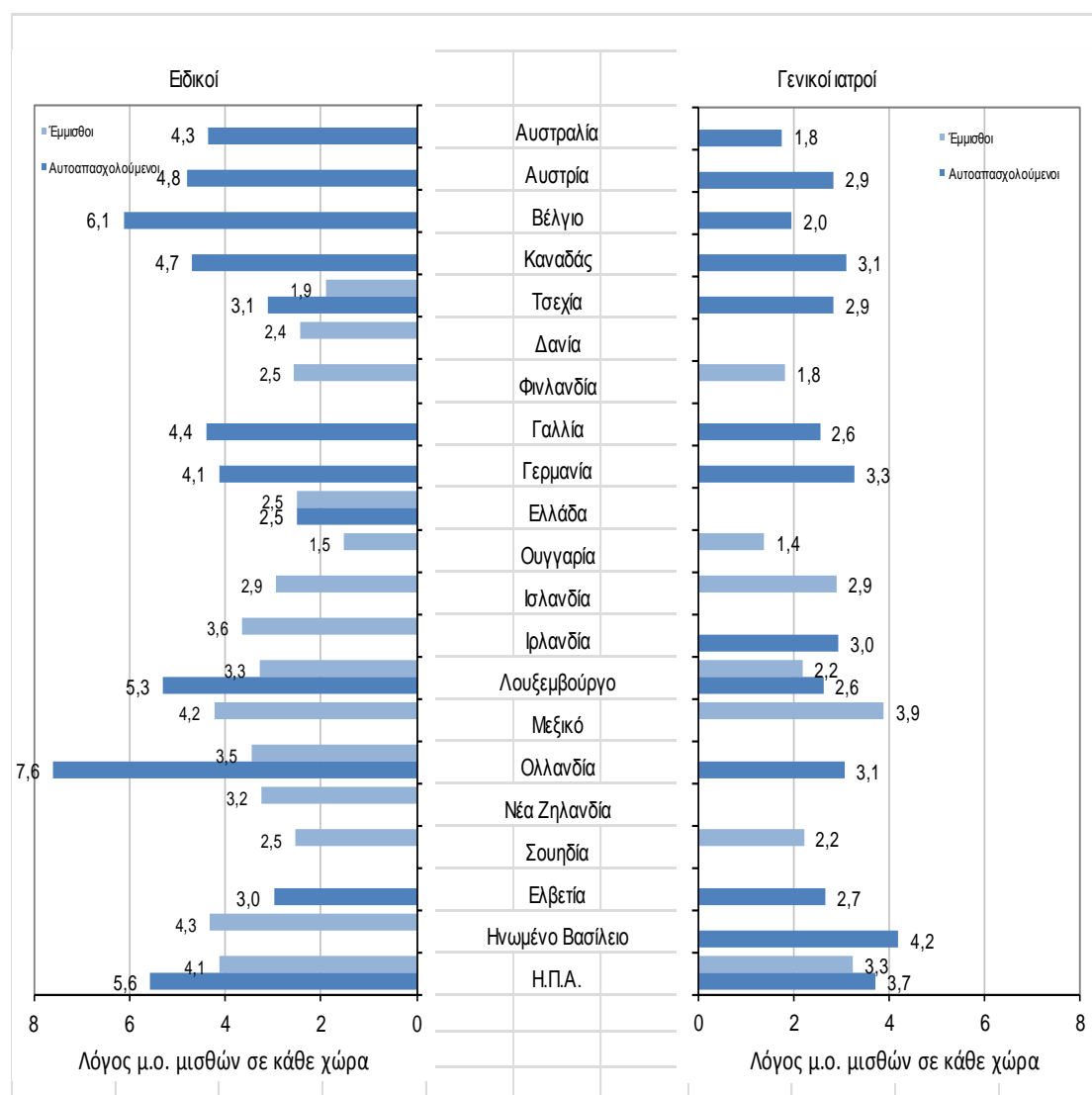
Διάγραμμα 11: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης 1960 – 2007 διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών

Πηγή: OECD, 2012

³⁷ OECD Health Statistics (2014), Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database, σελ. 70

Παραπάνω παρατηρούμε την πολύ μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης από το 1960 ως το 2007 με την Ιαπωνία να βρίσκεται ξανά στην κορυφή και να ακολουθούν Ελβετία, Αυστραλία και Ιταλία. Η Ελλάδα βρίσκεται λίγο πάνω από το μέρο όρο ενώ τελευταία φαίνεται να βρίσκεται η Τουρκία με μόλις 73.2 έτη παρά τη μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τα τελευταία χρόνια. Στο διάγραμμα δεξιά βλέπουμε τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όπου βλέπουμε σε κάθε χώρα οι γυναίκες να ζούνε περισσότερο.^{38 39}

Εισοδήματα ιατρών σε σχέση με το μέσο μισθό κάθε χώρας



Διάγραμμα 12: Εισοδήματα ιατρών σε σχέση με το μέσο μισθό κάθε χώρας

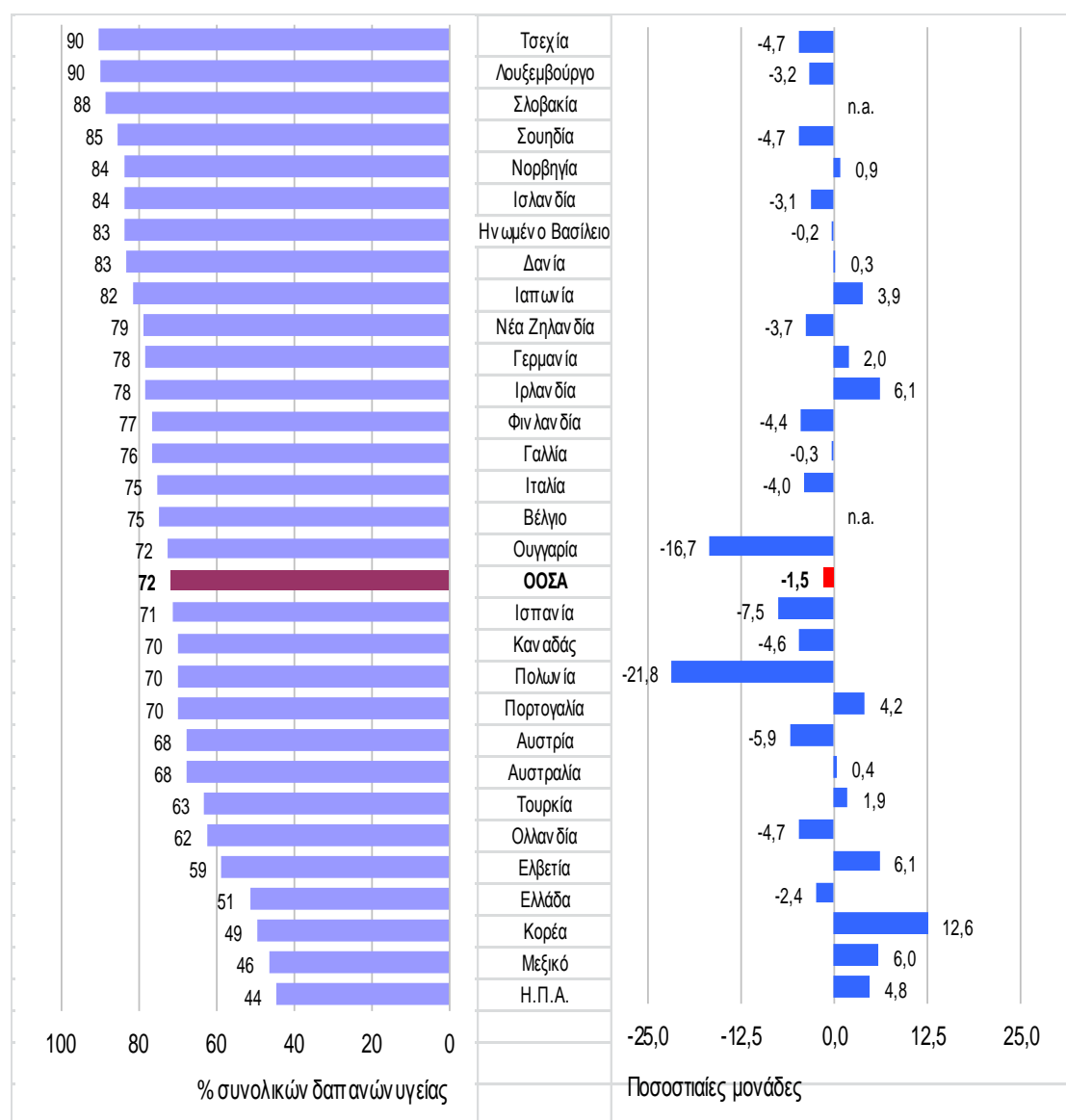
Πηγή: OECD Health Data (2012)

³⁸ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 17

³⁹ Παπαηλίας Θ. (2013), "Παγκοσμιοποίηση και κράτος πρόνοιας: η επίδραση στα συστήματα υγείας"

Χώρες όπως το Βέλγιο, η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο προσφέρουν τα κατάλληλα κίνητρα στους γιατρούς με υψηλούς μισθούς ενώ στην αντίπερα όχθη βρίσκεται η Ελλάδα η οποία, με τους πολύ χαμηλούς μισθούς σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αναγκάζει σημαντικό κομμάρι του ιατρικού ανθρώπινου δυναμικού της να αναζητήσει δουλειά στο εξωτερικό.^{40 41}

Δημόσιες δαπάνες στις Χώρες του ΟΟΣΑ και η μεταβολή από το 1990



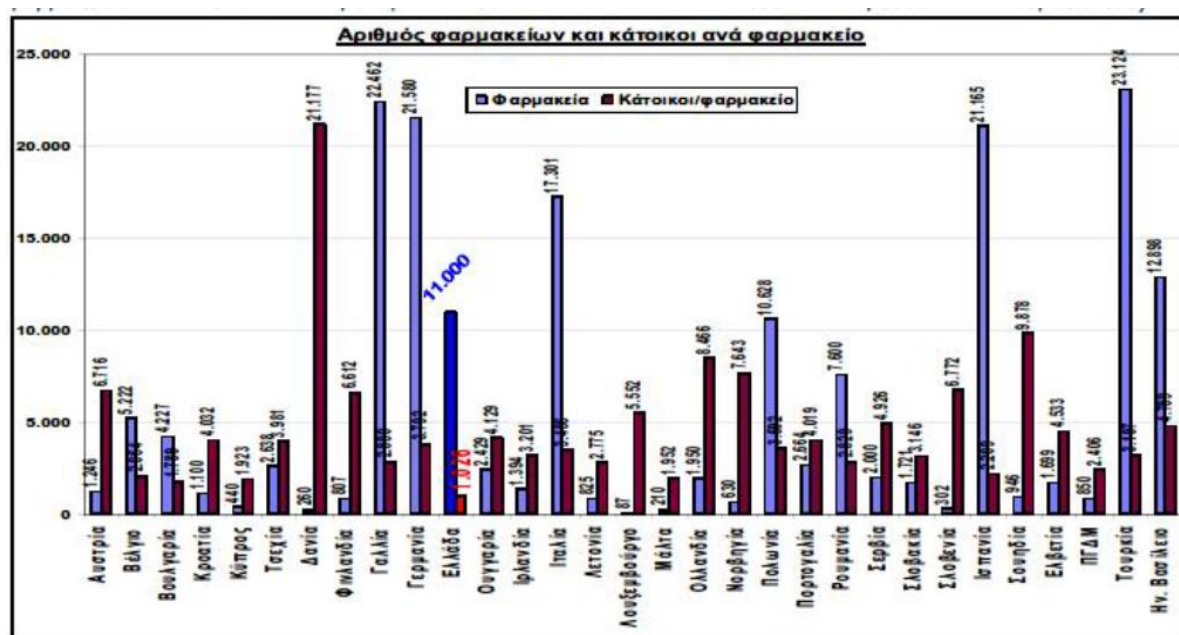
Διάγραμμα 13: Δημόσιες δαπάνες στις Χώρες του ΟΟΣΑ και η μεταβολή από το 1990

⁴⁰ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 76

⁴¹ Παπαηλίας Θ. (2013), "Παγκοσμιοποίηση και κράτος πρόνοιας: η επίδραση στα συστήματα υγείας"

Στις δημόσιες δαπάνες στην κορυφή βρίσκονται η Τσέχικη Δημοκρατία και το Λουξεμβούργο (90) πολύ πάνω από το μέρο όρο πάρα τη μείωση που έχουν υποστεί τα τελευταία χρόνια (4.7 & 3.2) και ακολουθούν σε απόσταση αναπνοής η Σλοβακία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Δανία, Νορβηγία). Η Ελλάδα κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις μειώνοντας τις δαπάνες της τα τελευταία χρόνια κατά 2,4%.^{42 43}

Αριθμός φαρμακείων ανά κάτοικο



Διάγραμμα 14: Αριθμός φαρμακείων ανά κάτοικο

Πηγή : PGEU data 2010

Το παραπάνω διάγραμμα μας δείχνει τον αριθμό φαρμακείων που διαθέτει κάθε χώρα και τη σύγκρισή τους με τον αντίστοιχο πληθυσμό. Ξεχωρίζουν σε αριθμό οι Τουρκία, Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία ως μεγαλύτερες χώρες. Σε αντιστοιχία με τους κατοίκους ανά φαρμακείο εντύπωση προκαλεί η Δανία (μόλις ένα ανά 21.377 κατοίκους) ενώ αντίθετα η Ελλάδα διαθέτει τα περισσότερα φαρμακεία σε σχέση με τον πληθυσμό της (ένα ανά 1926 κατοίκους).

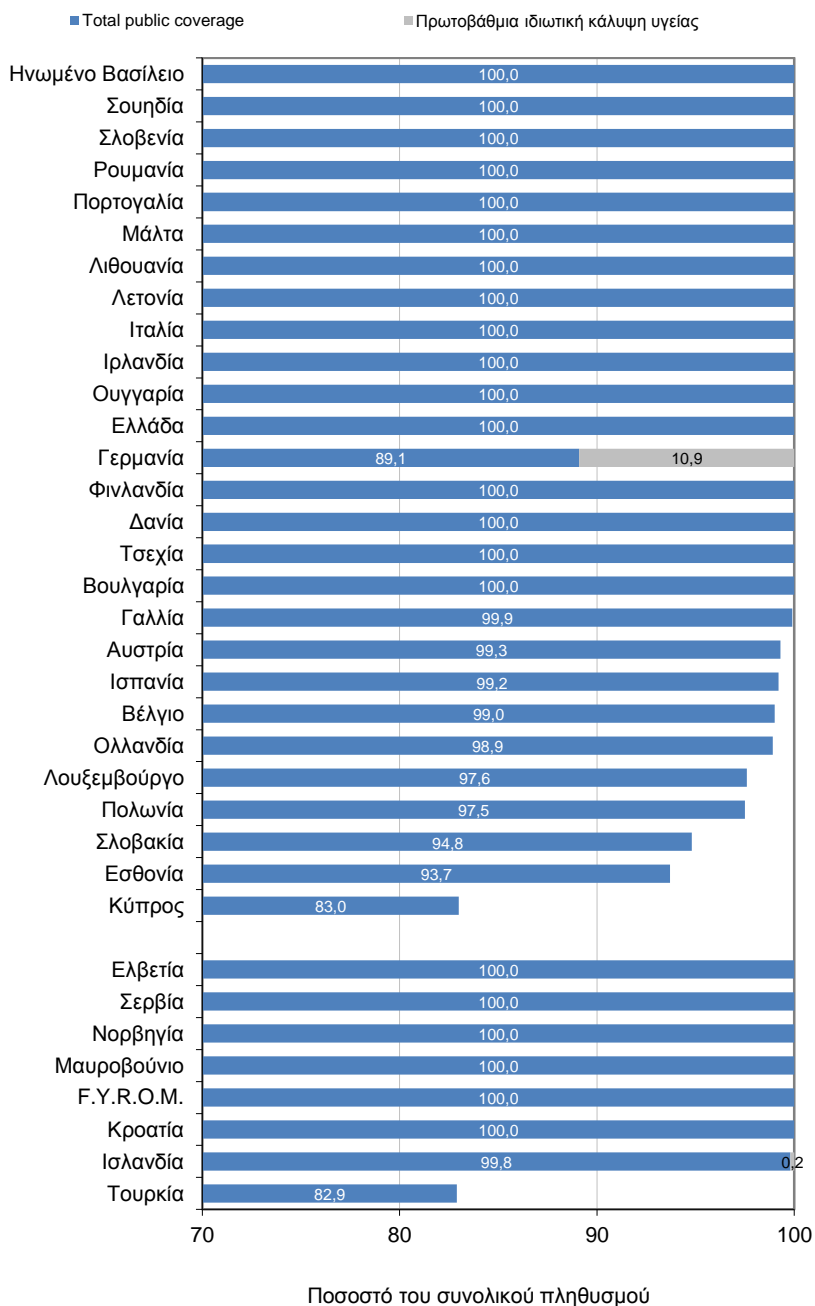
⁴² OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 120

⁴³ Παπαηλιάς Θ. (2013), "Παγκοσμιοποίηση και κράτος πρόνοιας: η επίδραση στα συστήματα υγείας"

Ασφαλιστική κάλυψη υγείας

Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας επιτρέπει την πρόσβαση σε ιατρικά προϊόντα και υπηρεσίες και παρέχει οικονομική ασφάλεια έναντι απροσδόκητης ή σοβαρής ασθένειας. Ωστόσο, το μερίδιο του πληθυσμού με ασφαλιστική κάλυψη υγείας, είτε πρόκειται για δημόσια είτε ιδιωτική, είναι ένας ατελής δείκτης της προσβασιμότητας, δεδομένου ότι το φάσμα των υπηρεσιών που καλύπτονται και ο βαθμός του επιμερισμού του κόστους για τις υπηρεσίες αυτές ποικίλουν από χώρα σε χώρα

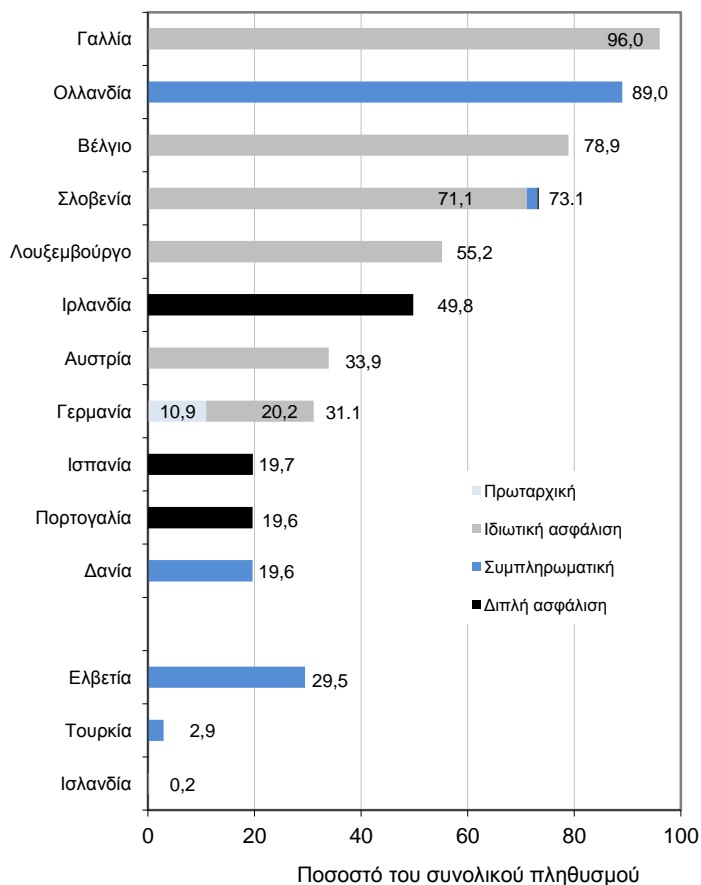
Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν επιτύχει καθολική (ή σχεδόν καθολική κάλυψη) των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης για ένα βασικό σύνολο των υπηρεσιών οι οποίες περιλαμβάνουν συνήθως τις διαβουλεύσεις με γιατρούς, τεστ και εξετάσεις καθώς και νοσοκομειακή περίθαλψη όπως βλέπουμε στο παρακάτω σχήμα. Στις περισσότερες χώρες, η οδοντιατρική περίθαλψη και η αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων καλύπτονται τουλάχιστον εν μέρει. Δύο Ευρωπαϊκές χώρες δεν έχουν ακόμα καθολική κάλυψη υγείας. Στην Κύπρο, εκτιμάται το 83% του πληθυσμού δικαιούνται δημόσιες υπηρεσίες υγείας αν και πολλοί επιδιώκουν ιατρική περίθαλψη από τον ιδιωτικό τομέα και πληρώνουν από την τσέπη τους. Ένα νέο Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας έχει προταθεί για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας φροντίδας υγείας και την επέκταση της κάλυψης. Στην Τουρκία η δημόσια κάλυψη από το κράτος αυξήθηκε απότομα από μεταρρυθμίσεις με σκοπό την εφαρμογή της καθολικής ασφάλισης υγείας, η οποία ξεκίνησε το 2003 από το δεκαετές Πρόγραμμα Μετασχηματισμού Υγείας. Η πληθυσμιακή κάλυψη αυξήθηκε από 70% το 2002 σε 83% το 2010 και επετεύχθει πλήρης κάλυψη το 2012.



Διάγραμμα 15: Ασφαλιστική κάλυψη υγείας
 OECD Health Data 2012; WHO Europe (2012)

Η βασική πρωτοβάθμια υγειονομική κάλυψη, είτε παρέχεται μέσω δημοσίων είτε μέσω ιδιωτικών ασφαλίσεων, καλύπτει γενικά ένα ορισμένο “καλάθι” των παροχών, σε πολλές περιπτώσεις με τον επιμερισμό του κόστους. Σε πολλές χώρες, η επιπλέον κάλυψη της υγείας μπορεί να αγορασθεί μέσω ιδιωτικής ασφάλισης για την κάλυψη τυχόν επιπλέον κόστους που έχει απομείνει μετά τη βασική κάλυψη (complementary insurance), προσθήκη πρόσθετων υπηρεσιών (supplementary

insurance) ή παροχή ταχύτερης πρόσβασης ή μεγαλύτερη ποικιλία στους παρόχους (duplicate insurance). Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει μια πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση υγείας αλλά σε έξι χώρες, το μισό ή και μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού είχε μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας όπως βλέπουμε παρακάτω.⁴⁴

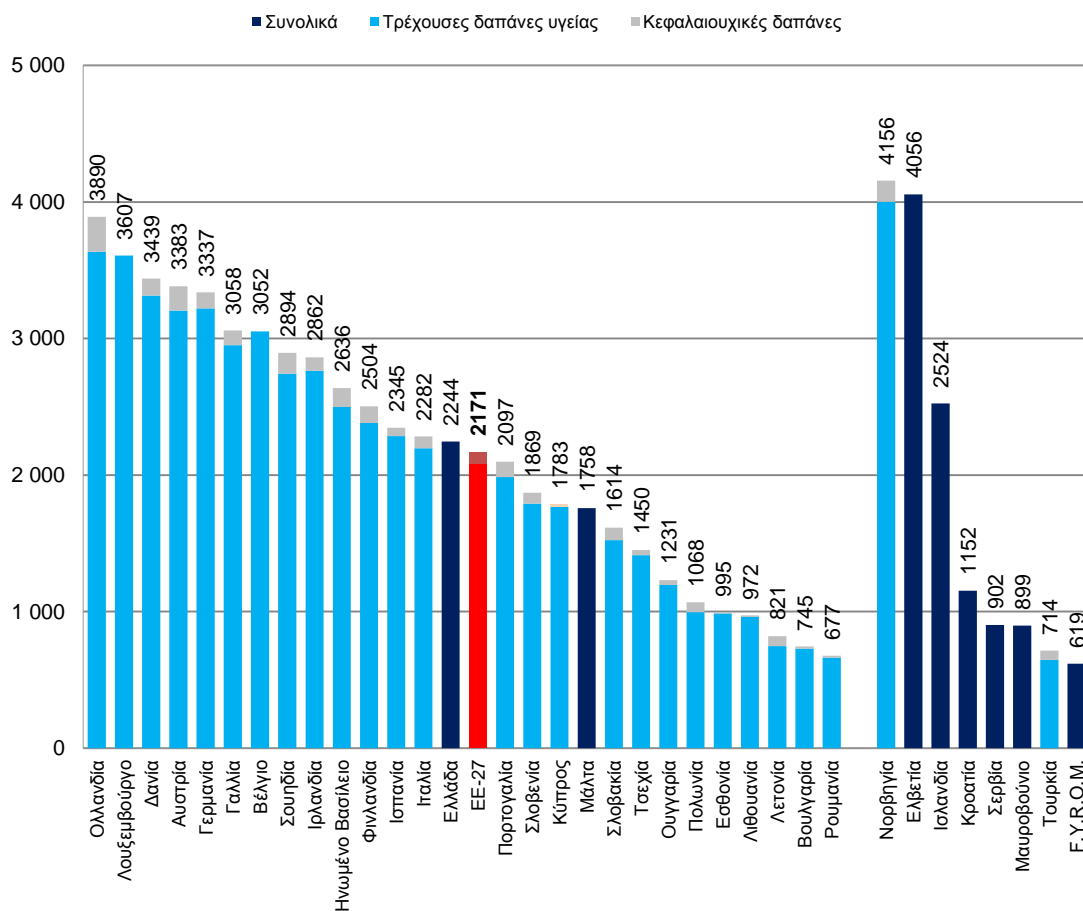


Διάγραμμα 16: Ασφαλιστική κάλυψη υγείας

Πηγή: OECD Health Data 2012

⁴⁴ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 119

Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο



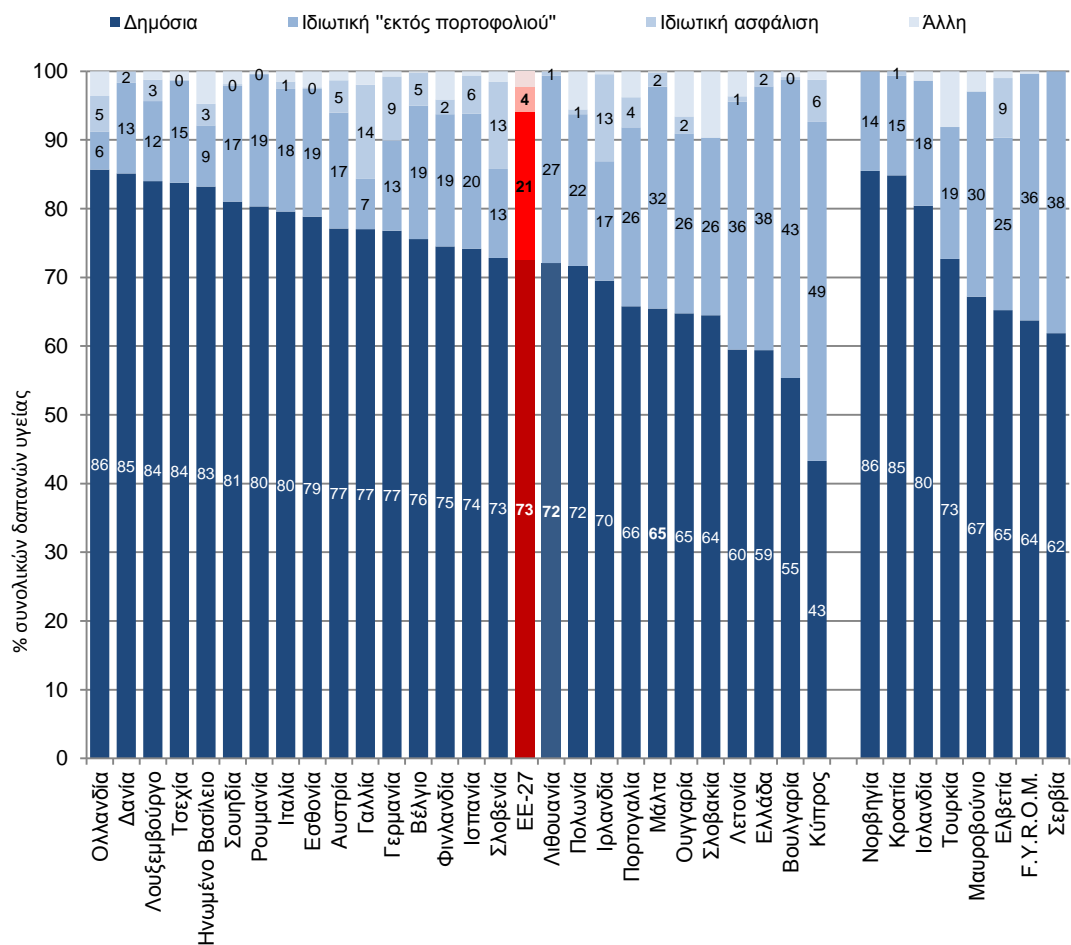
Διάγραμμα 17: Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο

Πηγή: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database

Στην κορυφή όπως έχουμε δει και σε άλλα διαγράμματα βρίσκονται “πλούσιες χώρες” όπως η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο, η Δανία και η Νορβηγία. Αντίθετα χώρες με φτωχό εισόδημα όπως η Ρουμανία, η Βουλγαρία και η F.Y.R.O.M. βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις.⁴⁵

⁴⁵ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 123

Οι δαπάνες για την υγεία με βάση το είδος της χρηματοδότησης

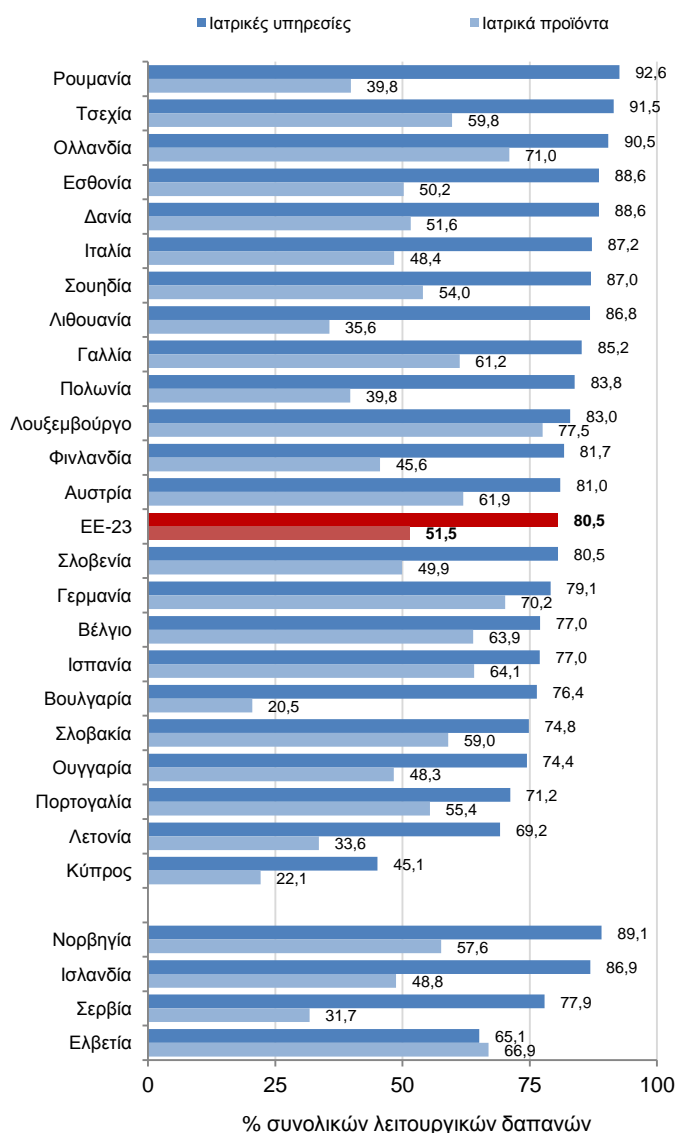


Διάγραμμα 18: Οι δαπάνες για την υγεία με βάση το είδος της χρηματοδότησης

Πηγή: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database

Όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με εξαίρεση την Κύπρο, έχουν μεγαλύτερες δημόσιες δαπάνες υγείας σε σύγκριση με τις ιδιωτικές. Στην κορυφή βρίσκονται χώρες όπως η Ολλανδία, η Δανία και η Νορβηγία που φημίζονται για την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας ενώ εκτός από την Κύπρο χαμηλά ποσοστά δημόσιας δαπάνης έχουν η Βουλγαρία και η Ελλάδα. Ειδικά για την Ελλάδα γίνονται μεγάλες προσπάθειες τα τελευταία χρόνια περιορισμού των μεγάλων ελλειμμάτων των δημοσίων δαπανών λόγω της οικονομικής κρίσης.

Δημόσιο μερίδιο των δαπανών για τις ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα



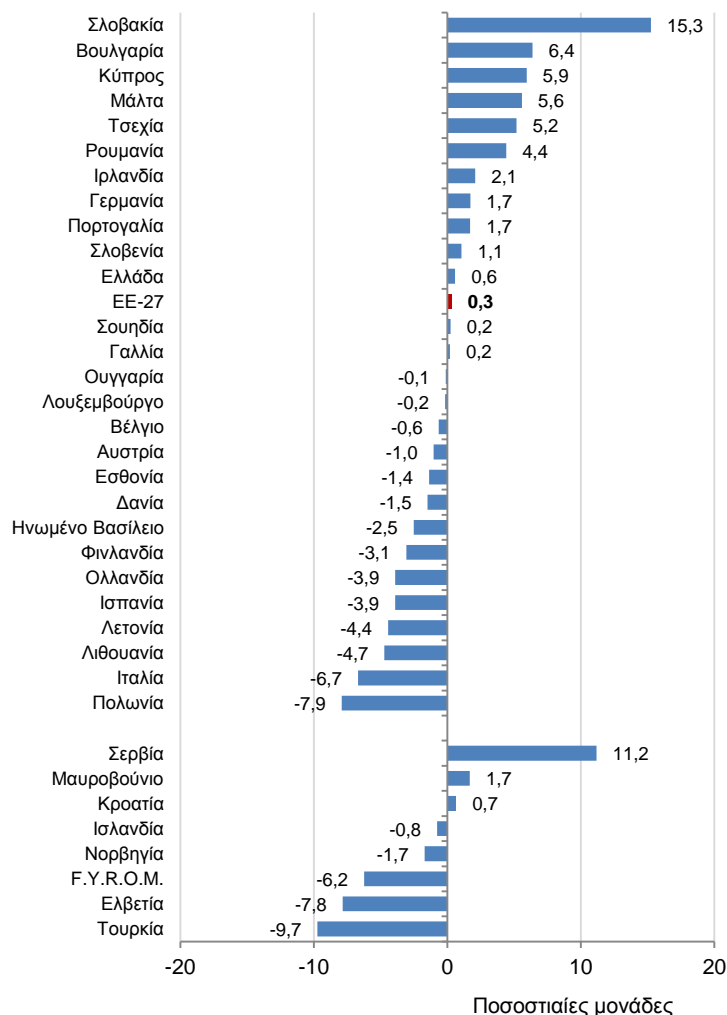
Διάγραμμα 19: Δημόσιο μερίδιο των δαπανών για τις ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα

Πηγή: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database

Στην κορυφή των ιατρικών υπηρεσιών προς έκπληξη βρίσκεται η Ρουμανία με 92.6% και ακολουθούν η Τσέχικη Δημοκρατία και η Ολλανδία. Η Κύπρος βρίσκεται στην τελευταία θέση με 45.1% πολύ πιο κάτω από το μέρο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (80.5%). Στα ιατρικά προϊόντα πολύ υψηλό ποσοστό έχουν το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία και η Ελβετία.⁴⁶

⁴⁶ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 130

Εξέλιξη του μεριδίου των δαπανών “εκτός προγράμματος” στις συνολικές δαπάνες υγείας



Διάγραμμα 20: Εξέλιξη του μεριδίου των δαπανών “εκτός προγράμματος” στις συνολικές δαπάνες υγείας

Πηγή: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database

Ο μέσος όρος αύξησης των δαπανών στην Ευρωπαϊκή ένωση είναι μόλις στο 0.3% κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης που οδήγησε σε μέτρα για τον περιορισμό της σπατάλης στην υγεία. Η Ελλάδα βρίσκεται κοντά στο μέρο όρο ενώ αντίθετα η Κύπρος, η Βουλγαρία και ιδιαίτερα η Σλοβακία αδυνατούν προς το παρόν να περιορίσουν αυτή την αύξηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Τουρκία έχει τη μεγαλύτερη μείωση της τάξης του 9.7%.⁴⁷

⁴⁷ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, σελ. 128

2.4 Προοπτικές

Παρά την παγκόσμια οικονομική κρίση που αναγκάζει τις περισσότερες χώρες να περιορίσουν τις δαπάνες τους, η αυξανόμενη γήρανση στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στις ευρωπαϊκές, αναμένεται να συνεχίσει να ασκεί θετική επίδραση στην παγκόσμια κατανάλωση φαρμάκων. Τα τελευταία 40 χρόνια οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, διπλασιάστηκαν στη Δυτική Ευρώπη και την Ιαπωνία, ενώ τριπλασιάστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα επόμενα 30 χρόνια προβλέπεται συνέχιση της αυξητικής τάσης της ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες, καθώς ο πληθυσμός άνω των 60 ετών θα αυξηθεί ακόμη περισσότερο (πάνω από 9 ποσοστιαίες μονάδες), δημιουργώντας ακόμα μεγαλύτερες ανάγκες θεραπείας ασθενειών που σχετίζονται με το γήρας. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, τα επόμενα 25 χρόνια, η ζήτηση φαρμάκων από τα άτομα ηλικίας άνω των 60, θα συμβάλει από μόνη της σε ετήσια μεγέθυνση της αγοράς από 2,4% μέχρι 3,2%. Η ζήτηση από τις αναδυόμενες αγορές (Βραζιλία, Ρωσία, Ινδία και Κίνα) είναι επιταχυνόμενη, αλλά όχι καθοριστική αφού ακόμα και σήμερα αντιπροσωπεύει ποσοστό μικρότερο του 15% της παγκόσμιας ζήτησης. Παρά το δημογραφικό τους βάρος (41% του παγκόσμιου πληθυσμού) και την ισχυρή αύξηση του ΑΕΠ και της φαρμακευτικής τους δαπάνης, οι χώρες αυτές προβλέπεται να αντιπροσωπεύουν το 2015 μόνο το 16% της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς. Οι λοιπές αναπτυσσόμενες χώρες, παρά τις τεράστιες ανάγκες και τους υψηλούς ρυθμούς αύξησης της ζήτησης για φάρμακα, δεν αναμένεται επίσης μεσοπρόθεσμα να καταλάβουν κάποιο αξιόλογο μερίδιο της παγκόσμιας αγοράς.

Η αυξανόμενη δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα παγκόσμιο κοινωνικό φαινόμενο που ιστορικά εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονο στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά με την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και τη μείωση της γεννητικότητας λόγω της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, θα απασχολήσει τα επόμενα χρόνια και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Εκτιμάται ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός με ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών ήταν το 2010 περίπου 759 εκ. (εκ των οποίων περισσότεροι των 103 εκ. ήταν άνω των 80 ετών). Το ποσοστό των ατόμων άνω των 60 εκτιμάται σε 11% του παγκόσμιου πληθυσμού, αλλά σε 23,5% στην Ευρώπη και 24,3% στην Ελλάδα η οποία λόγω της υπογεννητικότητας είναι μία από τις πιο γερασμένες χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με τις προβλέψεις του ΟΗΕ το 2015

θα υπάρχουν στον κόσμο περίπου 900 εκ. άτομα 3ης ηλικίας, ενώ το 2025 αναμένεται να υπερβούν το 1,2 δισεκατομμύρια. Στην Ελλάδα ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 60 εκτιμάται το 2010 σε 2.919.000 άτομα, το 2015 προβλέπεται να ξεπεράσει τα 3.112.000 και το 2025 θα προσεγγίσει τα 3,6 εκ.. Οι επιπτώσεις των εξελίξεων αυτών στην φαρμακοβιομηχανία θα είναι θετικές λόγω της σημαντικής αύξησης της ζήτησης, αλλά παράλληλα θα αυξηθούν οι πιέσεις κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες για περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Στη χώρα μας οι πιέσεις θα είναι εντονότερες λόγω της μεγαλύτερης γήρανσης του πληθυσμού και της οικονομικής κρίσης, αλλά οι επιπτώσεις στον κλάδο αναμένονται θετικές, διότι μακροπρόθεσμα η μόνη αποτελεσματική πολιτική συγκράτησης των δαπανών θα είναι η στροφή προς τα γενόσημα φάρμακα που αποτελούν και την κύρια δραστηριότητα της Ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας και θα είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν το σύνολο του πληθυσμού.^{48 49}

⁴⁸ Eurostat (2011), "Health statistics"

⁴⁹ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οι φαρμακευτικές και ιατρικές δαπάνες

3.1 Φαρμακευτικές δαπάνες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδες και απαραίτητο αγαθό για κάθε άνθρωπο, εντούτοις έντονος προβληματισμός παρατηρείται τα τελευταία χρόνια από την αύξηση των δαπανών της γενικότερα, αλλά και των φαρμακευτικών δαπανών ειδικότερα (με εξαίρεση τα τελευταία πέντε χρόνια λόγω κυρίως της οικονομικής κρίσης). Ως συνολική φαρμακευτική δαπάνη μιας χώρας ορίζεται το άθροισμα των φαρμακευτικών προϊόντων που χορηγούνται στους ασθενείς πολλαπλασιασμένα με την τιμή τους. Επομένως, η δαπάνη της φαρμακευτικής περίθαλψης αυξάνεται όταν αυξηθούν οι τιμές, η ποσότητα των φαρμάκων που καταναλώνονται ή εάν μεταβληθεί η σύνθεση του καλαθιού φαρμακευτικών προϊόντων των ασθενών – καταναλωτών.

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ομοιογενή φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, ελαστικές κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά. Αναλύεται, δε, περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή / και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα (αποζημίωση φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ή κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ), η δε ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη (out-of-pocket payment), τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων (co-payments), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Τον τελευταίο καιρό παρατηρείται μία σύγχυση ανάμεσα στην «φαρμακευτική δαπάνη» και τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις». Δηλαδή, «βαφτίζεται» ως «φαρμακευτική δαπάνη» το ποσό το οποίο, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ, αποτελεί τις «φαρμακευτικές πωλήσεις».

Τα παγκόσμια δημογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι η ζήτηση (σε όρους όγκου) για αγαθά και υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα για φάρμακα αυξάνεται με ρυθμό ταχύτερο από την αύξηση του πληθυσμού. Κύρια αιτία του φαινομένου είναι η μεταβολή στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, η οποία τείνει προς τη γήρανσή του. Επομένως, ακόμα και αν οι τιμές παρέμεναν σταθερές, η δαπάνη θα αυξανόταν

λόγω των μεταβολών στο προσδόκιμο επιβίωσης και στα ποσοστά γεννήσεων και θνησιμότητας του πληθυσμού. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το ρυθμό αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης σε διαφορετικό βαθμό μεταξύ χωρών, γεωγραφικών περιοχών, χρονικών περιόδων, θεραπευτικών κατηγοριών φαρμάκων, είναι :

- Η υποκατάσταση παλαιών με νέα φάρμακα και η αύξηση της κατανάλωσης.
- Η «ένταση» της φαρμακοθεραπείας (συνταγογράφηση περισσότερων φαρμάκων στο μέσο ασθενή για μεγαλύτερο κέρδος) .
- Η τεχνολογία και τα διαθέσιμα κονδύλια στην έρευνα και ανάπτυξη.⁵⁰

3.2 Χαρακτηριστικά φαρμακευτικών δαπανών

Η Φαρμακευτική Δαπάνη αποτελείται από τη συνολική δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Η κατανάλωση φαρμάκων εντός των νοσοκομείων αποτελεί μέρος της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη (νοσοκομειακές δαπάνες).

Οι φαρμακευτικές πωλήσεις περιλαμβάνουν τις πωλήσεις από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία / φαρμακαποθήκες.⁵¹ Συνεπώς, είναι λάθος να συγχέεται (ή να ταυτίζεται) η φαρμακευτική δαπάνη με τις φαρμακευτικές πωλήσεις, καθώς η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί κλάσμα των πωλήσεων.

3.3 Πρόβλημα στοιχείων φαρμακευτικής δαπάνης

Υπήρξε αμφισβήτηση των στοιχείων της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης καθώς τα στοιχεία της παρουσίαζαν σημαντικές διακυμάνσεις οι οποίες ήταν ανεξήγητες, διότι παρατηρούνταν σε διάστημα που δε μεταβλήθηκαν οι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη δαπάνη. Επανυπολογίστηκε η φαρμακευτική δαπάνη και τα αναθεωρημένα στοιχεία εστάλησαν στον ΟΟΣΑ.

Δημιουργήθηκαν μεγάλες αποκλίσεις στα μεγέθη πριν και μετά και σημαντικές ανακατατάξεις στις διεθνείς συγκρίσεις προκαλώντας περαιτέρω σύγχυση αναφορικά με το πραγματικό ύψος της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης. Για την

⁵⁰ Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., (2005), "Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη (Εκδόσεις Παπαζήση)"

⁵¹ IOBE (2013), "Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: γεγονότα και στοιχεία"

εκτίμηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης χρησιμοποιήθηκαν τα απολογιστικά στοιχεία των ασφαλιστικών ταμείων τα οποία είναι πιο έγκυρα και αξιόπιστα.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση και όχι μόνο, η κάλυψη μεγάλου μέρους των δαπανών γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ το κράτος επεμβαίνει στον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων. Οι παρεμβάσεις αυτές που αφορούν είτε σε άμεσο καθορισμό των τιμών, είτε σε καθιέρωση τιμής αναφοράς, ή σε λίστα φαρμάκων που καλύπτει ή δεν καλύπτει το ασφαλιστικό ταμείο, ποικίλουν από κράτος σε κράτος και αποτελούν πεδίο διαπραγματεύσεων μεταξύ κράτους και φαρμακευτικών εταιρειών ή κράτους και συνδικάτων ασφαλισμένων. Σκοπός είναι η εξασφάλιση φαρμακευτικής περίθαλψης σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, το οποίο δε συμβαίνει σε όλες τις χώρες. Ένα μέτρο που τείνει σε καταστολή των φαρμακευτικών δαπανών αφορά στην επιβολή συνταγογράφησης γεννοσήμων φαρμάκων (αυτά που προκύπτουν με τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας και είναι φθηνότερα). Δεν έχει όμως πλήρως τεκμηριωθεί ότι η συνταγογράφηση γεννοσήμων ή οι περιοριστικές παρεμβάσεις σε ύψος συνταγογράφησης, ή κάποια επιβολή οικονομικής συμμετοχής του ασθενούς εξυπηρετούν απόλυτα τη δημόσια υγεία, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια επιβολής του κάθε μέτρου. Η ανάπτυξη του κύκλου εργασιών και της κερδοφορίας των φαρμακοβιομηχανιών στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη σημαντική αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης των τελευταίων ετών. Οι παράγοντες που ευνοούν την άνοδο της φαρμακευτικής δαπάνης, και κατ' επέκταση της κατανάλωσης φαρμάκων, είναι:

- Η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Η διαρκής είσοδος στην αγορά νέων και αποτελεσματικότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων (κυρίως βιοτεχνολογικών)
- Οι ασθένειες και επιδημίες που προκύπτουν είτε εποχιακά (επιδημίες γρίπης), είτε εκτάκτως (νόσος βοοειδών, πουλερικών)
- Το όχι ιδιαίτερα θετικό προφίλ υγείας λόγω της κακής διατροφής και κατανάλωσης

Η αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι αποτέλεσμα αύξησης του βιοτικού επιπέδου, της συνεχώς βελτιούμενης κοινωνικής πολιτικής και της διαφήμισης. Η διαφήμιση μπορεί να είναι είτε άμεση στον πολίτη από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) είτε έμμεση μέσω συνταγογράφησης. Τα έξοδα προώθησης (διαφήμισης) των φαρμακευτικών προϊόντων αποτελούν ένα

σημαντικό ποσό των συνολικών εξόδων διάθεσης στην κυκλοφορία. Η κατανομή τους αφορά κυρίως στην προσπάθεια κατευθυνόμενης συνταγογράφησης και παροχής «ελεύθερων δειγμάτων» και πολύ λιγότερο στη διαφήμιση μέσω των ΜΜΕ. Η διαχείριση των εξόδων προώθησης καθώς και η φορολόγηση των κερδών των φαρμακευτικών εταιρειών ακολουθεί γενικούς κανόνες αλλά διαφέρει από κράτος σε κράτος. Ο γιατρός είναι πλήρως υπεύθυνος για τον έλεγχο της ορθής πληροφόρησης που του παρέχεται μέσω της προώθησης των φαρμακευτικών προϊόντων.⁵²

3.4 Κόστος φαρμακευτικής έρευνας

Είναι γεγονός ότι το κόστος είναι μεγάλο καθώς η φαρμακευτική βιομηχανία αντιμετωπίζει σήμερα σοβαρά προβλήματα υψηλού κόστους. Το μεγάλο κόστος οφείλεται σε δύο λόγους:

- Στα στάδια των προκλινικών και κλινικών δοκιμών, όπου δοκιμάζεται η πιθανή τοξικότητα, η ασφάλεια και η δράση του προϊόντος (αντιμετωπίζεται με συντονισμό συνεργασίας).
- Στην εργαστηριακή σύνθεση του προϊόντος, η οποία για προϊόντα πεπτιδικής και πρωτεϊνικής φύσης επιβαρύνει σημαντικά το κόστος παραγωγής του φαρμάκου (αντιμετωπίζεται με νέες τεχνολογίες σχεδιασμού – βιοτεχνολογίας και σύνθεσης).

Ως προς τον πρώτο λόγο είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι το 99% και πλέον των εργαστηριακών συνθέσεων αποτυγχάνουν να καταλήξουν σε κλινικές δοκιμές με στόχο ιατρικό προϊόν για λόγους τοξικότητας, δραστηριότητας, ασφάλειας ή οικονομίας. Ακόμα και αν ένα υποψήφιο φάρμακο περάσει από τις έρευνες σε ζώα σε έρευνες για ανθρώπους, μόνο ένα μικρό μέρος από τα σκευάσματα που μπαίνουν στη μακρά διαδικασία των κλινικών δοκιμών φτάνουν εντέλει στον ασθενή. Καμία φαρμακοβιομηχανία δε θα ρισκάρει να βγάλει στην αγορά ένα φάρμακο με πιθανότητα να είναι ακατάλληλο καθώς οι συνέπειες όσον αφορά το κόστος και τη φήμη της θα είναι τεράστιες. Το μέσο κόστος για να περάσει ένα προϊόν από τις κλινικές δοκιμές ήταν 400 περίπου εκατομμύρια € το 2012, και εξακολουθεί να αυξάνεται. Για να αντιμετωπίσει το αυξανόμενο κόστος, η διεθνής φαρμακοβιομηχανία στρέφεται προς τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης όπου η

⁵² IOBE (2013), “Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: γεγονότα και στοιχεία”

σχετική διαδικασία δοκιμών είναι οικονομικότερη ή ακόμη και σε χώρες του τρίτου κόσμου.

Ο δεύτερος λόγος του υψηλού κόστους παραγωγής των προϊόντων της βιοτεχνολογίας, είναι το γεγονός ότι αυτά είναι πολύ μεγάλα μόρια πρωτεϊνών (ένζυμα, αντισώματα) τα οποία απαιτούν υψηλού κόστους ανασυνδυασμένη τεχνολογία (κλωνοποίηση) για να παραχθούν. Για παράδειγμα, οι ιντερφερόνες που χρησιμοποιούνται από τις εταιρείες που τις παράγουν για την θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας, είναι προϊόντα υψηλού κόστους με αμφίβολα ευεργετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Αντισώματα και εμβόλια είναι εξίσου ακριβά και έχει αποδειχθεί δύσκολο να αναπτυχθούν εξαιτίας των παρενεργειών καθώς και προβλημάτων έγκρισής τους. Επομένως, ο στόχος της φαρμακευτικής βιομηχανίας είναι η αντικατάσταση φαρμακευτικών ενώσεων μεγάλου μοριακού βάρους όπως οι πρωτεΐνες με άλλες μικρότερου βάρους και χαμηλότερου κόστους.

Το σημαντικότερο πρόβλημα της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας είναι η εκθετική αύξηση του κόστους ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών. Τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας, το σημαντικό κόστος των ολοένα και πιο μακροχρόνιων κλινικών δοκιμών και το ύψος των πόρων που απαιτούνται για έγκριση από τις ρυθμιστικές αρχές είναι οι κύριοι λόγοι για αυτή την εκθετική αύξηση των δαπανών. Ελπιδοφόρες νέες ουσίες έφτασαν συχνά σε προχωρημένο στάδιο κλινικής έρευνας πριν τα αποτελέσματα δείξουν ότι έπρεπε να εγκαταλειφθούν. Οι πιθανότητες των νέων ουσιών να γίνουν εμπορεύσιμα προϊόντα εξακολουθούν να είναι εξαιρετικά μικρές (περίπου 1 με 2 στις 10.000). Η αύξηση του κόστους, η επιμήκυνση του απαιτούμενου χρόνου εισαγωγής μίας νέας δραστικής ουσίας στην αγορά και η μείωση του αριθμού τους έχει σημαντικές επιπτώσεις στην καινοτομία και στην αντοχή της στο πέρας του χρόνου.⁵³

3.5 Μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης

Το 2010 η πολιτική ηγεσία στην Ελλάδα ανακοίνωσε σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και της σπατάλης στο χώρο της υγείας.

- Αλλαγές συστήματος τιμολόγησης φαρμακευτικών προϊόντων

⁵³ Φαρμάκης Κ. (2012), "Τάσεις και προοπτικές φαρμακευτικής αγοράς – καινοτόμα φάρμακα"

- Εισαγωγή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- Εξαιρέση μη συνταγογραφούμενων (OTC) και life-style φαρμάκων από αποζημίωση
- Διεύρυνση χρήσης γενοσήμων από τα νοσοκομεία
- Επαναφορά θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων⁵⁴

Παρακάτω ακολουθούν διάφορα στοιχεία της προσφοράς και της ζήτησης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΠΡΟΣΦΟΡΑ		
Προστατευμένη Αγορά	Υποχρεωτική Διατίμηση	Όλα τα κράτη της Ε.Ε. πλην Γερμανίας, Η. Βασιλείου και Σουηδίας (μερικώς)
	Σύστημα Εξωτερικών Τιμών Αναφοράς	Όλα τα κράτη της Ε.Ε. πλην Γερμανίας, Η. Βασιλείου και Σουηδίας
	Σύστημα υποχρεωτικών επιστροφών	Η. Βασίλειο
	Διαπραγματεύσεις	Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία
	Συστήματα ελέγχου της δαπάνης	Γαλλία, Πορτογαλία, Αυστρία
	Συμφωνίες όγκου - τιμών	Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία
Απροστάτευτη Αγορά	Προμήθειες μέσω διαδικασιών σε φάρμακα πρωτοβάθμιας φροντίδας	Ολλανδία, Γερμανία
	Πλαφόν τιμών/τιμολόγηση ως % της τιμής των προϊόντων αναφοράς	Ιταλία, Ελλάδα, Γαλλία
Ασφαλιστική Αποζημίωση	Θετικές / Αρνητικές λίστες	Όλα τα Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
	Σύστημα Εσωτερικών Τιμών Αναφοράς	Γερμανία, Ολλανδία, Τσεχία, Ιταλία, Ισπανία, Γαλλία, Ουγγαρία
	Φαρμακοοικονομική Αξιολόγηση	Η. Βασίλειο, Σουηδία, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Φινλανδία, Εσθονία, Λιθουανία, Λετονία, Γαλλία (μερικώς)
	Σύνθετες μορφές τιμολόγησης και αποζημίωσης	Ιταλία, Γερμανία, Η. Βασίλειο, Φινλανδία

Πίνακας 1: Η προσφορά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Πηγή : Kanavos et al 2011

⁵⁴ Δαγκαλίδης Α. (2011), “Κλαδική Μελέτη 15 - Παραγωγή & Εμπορία Φαρμάκων”

ΖΗΤΗΣΗ		
Ιατροί	Συνταγολόγια και κατευθυντήριες οδηγίες	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.
	Υποχρεωτική συνταγογράφηση γενοσήμων	Η. Βασίλειο, Δανία, Εσθονία
	Παροχή κινήτρων	Γαλλία, Η. Βασίλειο
	Έλεγχος συνταγογράφησης	Βέλγιο, Η. Βασίλειο, Ολλανδία, Γαλλία, Δανία, Σουηδία, Εσθονία
Φαρμακεία	Έλεγχος κερδών (καθορισμός ποσοστών κέρδους ή αμοιβής ανά συνταγή)	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.
	Υποκατάσταση συνταγών	Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία
Ασθενείς	Συμμετοχή στο κόστος	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.
	Προώθηση της χρήσης ΜΗΖΥΦΑ	Η. Βασίλειο, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία

Πίνακας 2: Η ζήτηση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Πηγή : Kanavos et al 2011

3.6 S.W.O.T. ανάλυση κλάδου παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Κατά την S.W.O.T. ανάλυση μελετώνται τα δυνατά (Strengths) και αδύνατα (Weaknesses) σημεία καθώς και οι ευκαιρίες (Opportunities) και οι απειλές (Threats) που υπάρχουν στην φαρμακευτική αγορά. Τα δυνατά και αδύνατα σημεία αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον της αγοράς καθώς προκύπτουν από τους εσωτερικούς πόρους που αυτή κατέχει (π.χ. ικανότητες, ιδιότητες και χαρακτηριστικά της αγοράς, τεχνογνωσία, χρηματοοικονομική υγεία και ικανότητα να ανταποκριθεί σε νέες επενδύσεις - καινοτομίες, κλπ.). Αντιθέτως οι ευκαιρίες και οι απειλές αντανακλούν μεταβλητές του εξωτερικού περιβάλλοντός τις οποίες η αγορά θα πρέπει να εντοπίσει, να προσαρμοστεί σε αυτές ή ακόμα και να τις ενσωματώσει όπου κάτι τέτοιο είναι εφικτό (π.χ. ρυθμίσεις στο νομικό περιβάλλον, δημιουργία ή/και εμφάνιση νέων αγορών, κλπ.). Τελικός στόχος της ευρωπαϊκής φαρμακευτικής αγοράς οφείλει να είναι η υπερπήδηση των προβλημάτων με τελικό σκοπό την

ουσιαστική αξιοποίηση των προκλήσεων και των προοπτικών που έχει η ευρωπαϊκή φαρμακευτική αγορά στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύει. Παράλληλα, στόχος είναι να ανιχνευτούν οι ευκαιρίες που αναδεικνύονται και ο φαρμακευτικός κλάδος να συμβάλει στην οικονομική ανάπτυξη της ΕΕ καθώς όπως αποτυπώνεται μέσα από τα χρηματοοικονομικά του στοιχεία και την απασχόληση - είναι ένας κλάδος που παρουσιάζει μια δυναμική ανάπτυξης και έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει θετικά στον ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ κάθε κράτους μέλους.

Strengths

- Υψηλό μέγεθος της ευρωπαϊκής αγοράς που παρά τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης τα τελευταία χρόνια μπορεί να απορροφήσει το μεγαλύτερο μέρος της παραγωγής
- Εξαιρετικά ανεπτυγμένα και εδραιωμένα δίκτυα διανομής (φαρμακαποθήκες, συνεταιρισμοί, φαρμακεία)
- Καλή γνώση των ιδιομορφιών της αγοράς και υψηλή ευελιξία και προσαρμοστικότητα των εταιρειών ευρωπαϊκών συμφερόντων
- Σημαντικές δυνατότητες υποκατάστασης εισαγόμενων φαρμάκων από παραγόμενα παγκοσμίως
- Ύπαρξη αρκετών ευρωπαϊκών εταιριών με ικανοποιητικές ερευνητικές, παραγωγικές και εξαγωγικές δραστηριότητες⁵⁵

Weaknesses

- Διαμόρφωση των τάσεων και των συνθηκών λειτουργίας της ευρωπαϊκής αγοράς από θυγατρικές πολυεθνικών. Η εφαρμογή λογικής ομίλου (παγκόσμια στρατηγική) έχει δυσμενείς επιπτώσεις στα περιθώρια κέρδους ορισμένων κατηγοριών φαρμάκων και του κλάδου συνολικά
- Καθορισμένα ποσοστά κέρδους, για όλους τους εμπλεκόμενους και θεσμικά προκαθορισμένες τιμές
- Έλλειψη εγχώριας παραγωγής πρώτων υλών και δραστικών ουσιών σε πολλά κράτη μέλη, όπως η Ελλάδα. Χαμηλός βαθμός καθετοποίησης της Ελληνικής

⁵⁵ Πολλάλης Ι. (2015), "Επιχειρησιακή στρατηγική", (Σημειώσεις μαθήματος)

φαρμακοβιομηχανίας. Μεγάλος αριθμός μικρών επιχειρήσεων στο χώρο της χονδρικής

- Χαμηλές τιμές στην ευρωπαϊκή αγορά, λόγω του τρόπου τιμολόγησης, που έχουν σαν αποτέλεσμα τη διόγκωση των παράλληλων εξαγωγών και τη δημιουργία ελλείψεων φαρμάκων
- Υπερδανεισμός και χρηματοοικονομικά προβλήματα ορισμένων εταιριών λόγω της απαξίωσης των ομολόγων που έλαβαν ως αποπληρωμή των καθυστερημένων οφειλών των νοσοκομείων

Opportunities

- Εξαιρετικές προοπτικές ανάπτυξης της αγοράς γενόσημων φαρμάκων, τόσο στην Ευρώπη όσο και παγκοσμίως
- Θετικές επιπτώσεις στη ζήτηση φαρμάκων από τη γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη και παγκοσμίως
- Λήξη πατεντών από πολλά φάρμακα ευρύτατης κατανάλωσης (blockbusters) τα επόμενα χρόνια. Δυνατότητα δραστηριοποίησης των ευρωπαϊκών εταιριών στην παραγωγή αντιγράφων τους
- Εξορθολογισμός των συστημάτων υγείας κρατών μελών, με περιορισμό της διαφθοράς, μείωση της προκλητής και πιθανόν εξάλειψη της εικονικής ζήτησης, υποκατάσταση πρωτοτύπων από γενόσημα
- Δυνατότητα εξαγωγών μεγάλου μέρους της παραγωγής σε χώρες παγκοσμίως, υπό την προϋπόθεση βέβαια ανάπτυξης της έρευνας και της έγκαιρης εισαγωγής στις αγορές νέων γενόσημων φαρμάκων
- Δημιουργία ευκαιριών για εντονότερη δραστηριοποίηση στην κλινική έρευνα, τομέας στον οποίο η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει συγκριτικά πλεονεκτήματα (ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, μέγεθος αγοράς, υποδομές, επιστημονικό δυναμικό)
- Ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, απλοποίηση διαδικασιών, βελτίωση διαδικασίας επιστροφών κτλ.⁵⁶

⁵⁶ Πολλάλης Ι. (2015), "Επιχειρησιακή στρατηγική", (Σημειώσεις μαθήματος)

Threats

- Στασιμότητα ή μείωση του μεγέθους της ευρωπαϊκής αγοράς και όξυνση του ανταγωνισμού με την ανάπτυξη νέων αγορών (Ρωσία, Κίνα, Ινδία) που ενδεχομένως να οδηγήσει τον κλάδο σε ακόμη μικρότερα περιθώρια κέρδους και υψηλότερη συγκέντρωση
- Πιθανή επιδείνωση της οικονομικής κρίσης και των επιπτώσεών της σε πολλά κράτη μέλη
- Σοβαρά δημοσιονομικά προβλήματα που επιβάλλουν σημαντική μείωση στη δημόσια χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης
- Σημαντική αύξηση του κόστους έρευνας – ανάπτυξης, περιορισμός της δημιουργίας νέων δραστικών ουσιών, επιμήκυνση του απαιτούμενου χρόνου για την εισαγωγή νέων φαρμάκων στην αγορά
- Περιορισμός των περιθωρίων κέρδους των εταιριών, λόγω της ανακοστολόγησης των φαρμάκων και του περιορισμού της ζήτησης
- Καθυστερήσεις εξόφλησης οφειλών από το δημόσιο σύστημα υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στη ρευστότητα και την αποδοτικότητα των επιχειρήσεων
- Έλλειψη σταθερού θεσμικού πλαισίου, συχνές αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης και καθυστερήσεις στη λήψη αποφάσεων⁵⁷

3.7 Καθορισμός των τιμών των φαρμάκων

Οι τιμές (ex-manufacturer) των φαρμάκων διαχρονικά υπολογίζονται με βάση τις τιμές στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τιμολογούνται με βάση διεθνείς συγκρίσεις, ενώ παράλληλα τα περιθώρια κέρδους φαρμακαποθηκών και φαρμακοποιών ρυθμίζονται από το κάθε κράτος και αποτελούν σταθερό ποσοστό για όλα τα φάρμακα όπως αποτυπώνεται και στους παρακάτω πίνακες αναπαράστασης της δομής της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων σε επιλεγμένες χώρες αλλά και το ποσοστό του συνόλου της τιμής που αναλογεί σε φαρμακοβιομηχανία, φαρμακαποθήκη, φαρμακείο και φόρους.⁵⁸

⁵⁷ Πολλάλης Ι. (2015), “Επιχειρησιακή στρατηγική”, (Σημειώσεις μαθήματος)

⁵⁸ Φαρμάκης Κ. (2012), “Τάσεις και προοπτικές φαρμακευτικής αγοράς – καινοτόμα φάρμακα”

Δομή Τιμών Προϊόντων (Product Price Regulation)

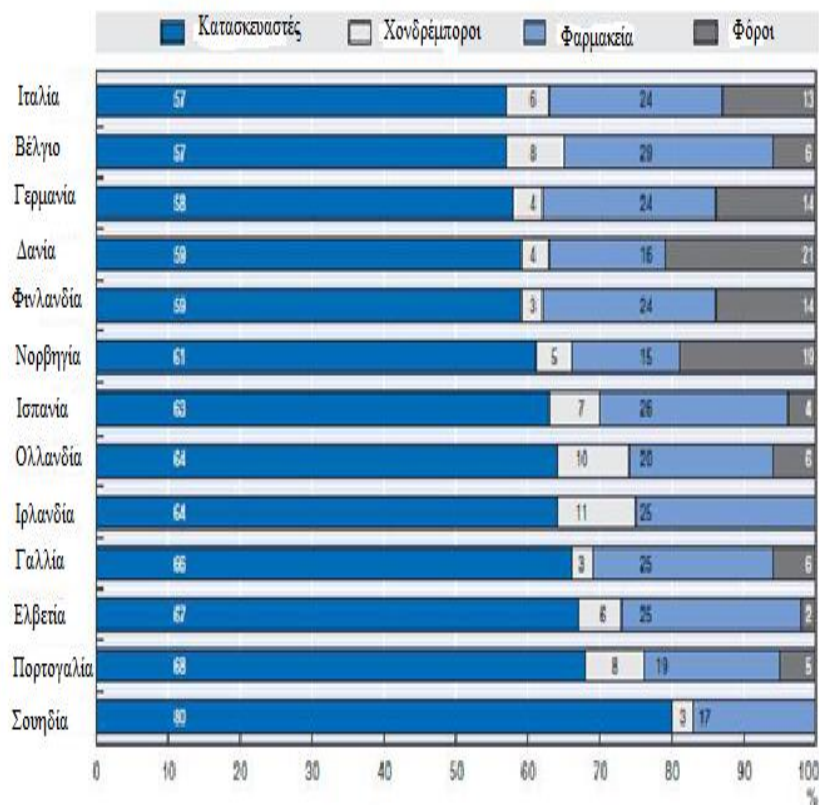
	Ρύθμιση των τιμών των προϊόντων						
	Απόφαση αρχικής τιμής με βάση την κλινική απόδοση	Απόφαση αρχικής τιμής με βάση την οικονομική αξιολόγηση	Απόφαση αρχικής τιμής με βάση το κόστος των υφιστάμενων θεραπειών	Απόφαση αρχικής τιμής με βάση το κόστος συν υπολογισμούς	Απόφαση αρχικής τιμής με βάση τις διεθνείς τιμές	Ελεγχόμενες ανανεωμένες τιμές	Άλλο
Αυστρία	✓	✓	✓		✓		✓
Βέλγιο	✓	✓	✓		✓	✓	
Κύπρος				○	✓		
Γερμανία							
Δανία							✓
Εσθονία		✓	✓		✓		
Ελλάδα				✓ ○	✓	✓	
Ισπανία	✓		✓	✓	✓	✓	
Φινλανδία	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Γαλλία	✓		✓		✓		
Ουγγαρία			✓		✓		
Ιρλανδία	✓	✓	✓		✓		
Ιταλία	✓	✓	✓		○	✓	
Λιθουανία					✓	✓	
Λετονία	✓	✓	✓			✓	
Μάλτα							
Ολλανδία					✓		
Νορβηγία					✓		
Πολωνία	✓				✓		
Πορτογαλία	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Ρουμανία					✓	✓	
Σουηδία	○	✓	○		○		
Σλοβακία	✓	✓			✓	✓	
Σλοβενία		✓			✓	✓	✓
Ηνωμένο Βασίλειο						✓	✓

✓ Εφαρμόζεται σήμερα

○ Εφαρμόστηκε αλλά διακόπηκε

Πίνακας 3: Δομή Τιμών Προϊόντων

Ποσοστό (%) των τιμών που αναλογεί σε Φαρμακοβιομηχανία, Φαρμακαποθήκη, Φαρμακείο και Φόρους



Διάγραμμα 21: Ποσοστό (%) των τιμών που αναλογεί σε Φαρμακοβιομηχανία, Φαρμακαποθήκη, Φαρμακείο και Φόρους

3.8 Πολιτικές υγείας

Είναι γεγονός ότι η πρόοδος της δαπανηρής βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι αναπόφευκτη και σχεδόν καθολικά αποδεκτή. Καθώς λοιπόν το κόστος παροχής ιατρικής φροντίδας αυξάνεται, είναι απαραίτητο να διαμορφωθούν πιο συνειδητές πολιτικές υγείας για τον εξορθολογισμό των δαπανών, πάντα με γνώμονα τα συμφέροντα τόσο του πολίτη όσο και της κοινωνίας. Η μεταβίβαση ορισμένων δαπανών του δημοσίου στους ιδιώτες είναι μια πολιτική απόπειρα με την προοπτική τα κράτη να "ανασάνουν" από τα υπέρογκα έξοδα, η οποία από τη μια πλευρά μπορεί να επιλύσει κάποια οικονομικά προβλήματα σε περιπτώσεις μη επειγόντων

περιστατικών, από την άλλη όμως δεν μειώνει πραγματικά το κόστος και, παράλληλα, επιδρά ανασταλτικά στο δικαίωμα της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες στρατηγικές σχεδιασμού. Κάποιες από αυτές προσπαθούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των ίδιων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή του κοινού. Τέτοια προγράμματα ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναζητήσουν υγειονομική φροντίδα στο αρχικό στάδιο, όταν είναι ακόμη δυνατή η αποτροπή της εξέλιξης της νόσου (προαγωγή). Για το σκοπό αυτόν μπορεί να εφαρμοστεί μια σειρά προληπτικών μέτρων για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (π.χ. αντικαπνιστικές πολιτικές, εκστρατείες διάδοσης της υγιεινής διατροφής, ενημέρωση για τις βλαπτικές συνέπειες του ήλιου). Επιπλέον, είναι αναγκαία η περαιτέρω ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η επίτευξη αυτού του στόχου έχει διπλό όφελος, αφού αφ' ενός μπορεί να περιορίσει τις περιττές δαπάνες του συστήματος υγείας και αφ' ετέρου να συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Επιπρόσθετα, ο προγραμματισμός υγείας έχει τη δυνατότητα να παρέμβει με αρκετούς τρόπους στους κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, προκειμένου να μειωθεί το οικονομικό κόστος. Συγκεκριμένα, η ερευνητική επιστημονική κοινότητα μπορεί να καθορίσει ειδικούς διαγνωστικούς και θεραπευτικούς αλγόριθμους, καθώς και κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή των νέων τεχνολογιών, πάντα ακολουθώντας τα ευρήματα της αποδεικτικής ιατρικής και των οικονομικών αναλύσεων. Δηλαδή, θα μπορούσε να ασκηθεί η ιατρική πράξη “by the book”, όπως αναφέρεται στη διεθνή, κυρίως την αμερικανική, πρακτική. Εν τούτοις, είναι φυσικό ότι τέτοιου είδους πολιτικές συχνά περιορίζουν την ευχέρεια του ιατρικού προσωπικού να παραγγείλει συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις ή να εκτελέσει ορισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και όχι σπάνια έρχονται αντιμέτωπες με τον ιατρικό επαγγελματισμό και τη θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον, μπορούν να παρεμποδίσουν την εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε ασθενούς. Στις μέρες μας είναι συχνό το φαινόμενο κατά το οποίο ο ιατρός προσπαθεί να χειραγωγήσει το σύστημα, προκειμένου να επιτύχει την υγειονομική κάλυψη των παρεμβάσεων στον ασθενή, ή προτείνει στον ασθενή διαδικασίες με ιδιωτική οικονομική κάλυψη. Γι' αυτό το λόγο, οι εφαρμοζόμενοι κατευθυντήριοι κανόνες πρέπει να προβλέπουν λύσεις που να ανταποκρίνονται στις διαφορετικές κάθε φορά επικρατούσες συνθήκες

και τις διαφορετικές ανάγκες του κάθε ασθενούς. Άλλοι τρόποι ορθολογικής χρήσης των πόρων περιλαμβάνουν το συντονισμό μεταξύ των φορέων παροχής ιατρικής φροντίδας, την εισαγωγή ελεγκτικών μηχανισμών για την ανίχνευση των υπέρμετρων εξόδων, αλλά και τη διαφύλαξη της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τρόπος παροχής της περίθαλψης δεν αφορά μόνο στις υπηρεσίες του κράτους αλλά επηρεάζει ολόκληρη την κοινότητα. Γι' αυτό το λόγο, όλοι οι σχεδιασμοί των πολιτικών υγείας πρέπει να τίθενται υπό δημόσια διαβούλευση, στην οποία όλοι οι αρμόδιοι κοινωνικοί φορείς θα εκφράζουν τις απόψεις τους. Επιπλέον, το κοινό έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τη διαθεσιμότητα των πόρων για την υγεία και την κατανομή τους μέσα στο σύστημα. Η παραπάνω διαδικασία πρέπει να είναι μια συνεχιζόμενη προσπάθεια, η οποία προϋποθέτει πολιτική και κοινωνική βούληση, καθώς και αμοιβαίες αποφάσεις μέσα από ανοικτό διάλογο με ισοδύναμους όρους συμμετοχής ώστε να προκύψουν αποδοτικά αποτελέσματα.⁵⁹

3.9 Ο ρόλος του ιατρού

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, σε μια τέλεια αγορά ο καταναλωτής είναι σε θέση να γνωρίζει πλήρως την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών και των προϊόντων που χρειάζεται να αγοράσει για να καλύψει τις ανάγκες του. Ωστόσο, η χρήση των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας και η κατανάλωση των αγαθών υγείας έχουν μια σημαντική ιδιαιτερότητα σε σχέση με την αγορά άλλων υπηρεσιών και προϊόντων. Στην περίπτωση της υγείας, υπάρχει άνιση γνώση και πληροφόρηση μεταξύ του προμηθευτή της υπηρεσίας ή του αγαθού (π.χ. νοσοκομείο, διαγνωστικό εργαστήριο, φαρμακευτική εταιρεία κ.λπ.) και του καταναλωτή, δηλαδή του ασθενούς (ασύμμετρη πληροφόρηση). Αυτό σημαίνει ότι ο καταναλωτής-ασθενής, λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων, δεν είναι σε θέση να γνωρίζει ποια «προϊόντα» υγείας χρειάζεται, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με ένα άτομο που επιθυμεί να αγοράσει τρόφιμα ή ενδύματα και γνωρίζει ακριβώς την ποσότητα και την ποιότητα των αγορών που θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες του. Η εξισορρόπηση της συγκεκριμένης ασύμμετρης σχέσης επιτυγχάνεται με τη μεσολάβηση του ιατρού.

⁵⁹ Μηλιώνης Χ. (2011), "Η άσκηση της ιατρικής σε σχέση με τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των οικονομικών πόρων". Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://www.mednet.gr/archives/2011-6/pdf/737.pdf>

Συγκεκριμένα, ο ασθενής και ο ιατρός συνδέονται με μια σχέση «εντολέα και εντολοδόχου», μέσα από την οποία ο ιατρός-εντολοδόχος αντιπροσωπεύει τον ασθενή-εντολέα και τον αντικαθιστά στη λήψη αποφάσεων για τη χρήση υπηρεσιών και την κατανάλωση αγαθών υγείας. Αυτό βέβαια δημιουργεί έναν κίνδυνο, ο ιατρός έχοντας αυτό το πλεονέκτημα να προσφέρει περισσότερες και ακριβότερες υπηρεσίες υγείας, χωρίς να είναι απαραίτητες, για υψηλότερο κέρδος (προκλητή ζήτηση). Συνεπώς, βασική προϋπόθεση της σχετικής αλληλοεξάρτησης είναι η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το πρόσωπο του ιατρού, καθώς και το αυξημένο αίσθημα ευθύνης του ιατρού για την προστασία της υγείας του ασθενούς. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του ιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος καλείται να διαχειριστεί πρώτος τα προβλήματα του πληθυσμού και να προλάβει τυχόν δύσκολες καταστάσεις.

Ο στόχος του ιατρού πρέπει να είναι η παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας μέσα στα όρια που επιτάσσονται από τις δυνατότητες του συστήματος υγείας γενικά και των εκάστοτε υπάρχουσών καταστάσεων στο νοσοκομείο, το τμήμα ή το ιατρείο. Παρακάτω αναφέρουμε τις σημαντικές κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες πιθανόν να αποβούν χρήσιμες σε πρακτικά διλήμματα στην καθημερινή κλινική πράξη.

- Κάθε εφαρμοζόμενη ιατρική παρέμβαση πρέπει να είναι τεκμηριωμένα ωφέλιμη για τον ασθενή (π.χ. βελτίωση της υγείας, ποιότητα ζωής).
- Επιβάλλεται η ελαχιστοποίηση της χρήσης εξετάσεων και θεραπειών, οι οποίες είναι οριακά αποτελεσματικές, ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν το κόστος σε υπερβολικό βαθμό ή ενέχουν σοβαρούς κινδύνους από ανεπιθύμητες ενέργειες κάτι το οποίο συναντάμε κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Ο ιατρός οφείλει να αναζητά την καταλληλότερη διαγνωστική και θεραπευτική πράξη, προκειμένου να επιτευχθεί ο ίδιος στόχος με το λιγότερο δυνατό οικονομικό κόστος
- Είναι θεμιτό ο ιατρός να υπερασπίζεται τα δικαιώματα του ασθενούς του, αλλά δεν πρέπει να χειραγωγεί το σύστημα, προκειμένου να επιτύχει μεροληπτική αντιμετώπιση προς όφελος του συγκεκριμένου ασθενούς σε βάρος άλλων.

- Η κατανομή των ανεπαρκών πόρων πρέπει να καθορίζεται από ηθικά και επιστημονικά κριτήρια, όπως είναι η αναγκαιότητα της παρέμβασης και η κλινική αποτελεσματικότητά της.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πληροφορείται για τους περιορισμούς που θέτει το δυνητικό κόστος μιας παρέμβασης. Η συγκεκριμένη ενημέρωση πρέπει να εφαρμόζεται με ευαισθησία. Ο εξακοντισμός κατηγοριών κατά κυβερνητικών και διοικητικών δομών υποσκάπτει την εμπιστοσύνη του ασθενούς στο σύστημα υγείας και αυξάνει την αγωνία του.
- Η αναζήτηση λύσεων σε ανεπάρκειες του συστήματος μέσα από ανώτερες ιεραρχικά δομές (π.χ. διοίκηση του νοσοκομείου, υπουργείο υγείας) είναι επιτρεπτή και επιθυμητή.
- Ο ιατρός έχει την επιπρόσθετη υποχρέωση να μεριμνήσει για την υγεία του συνόλου των μελών της κοινωνίας και να διατηρήσει την εμπιστοσύνη που δείχνει η πολιτεία στο ρόλο τους.

Είναι σαφές ότι βασική μέριμνα κάθε ιατρού οφείλει να είναι η διαφύλαξη της ακεραιότητας της σχέσης του με τον ασθενή, ανεξάρτητα από το υπάρχον σύστημα υγείας. Παράλληλα, ο ιατρός πρέπει να είναι ελεύθερος να λαμβάνει κλινικές αποφάσεις, τηρώντας όμως τις κατευθυντήριες οδηγίες των θεσμών και των πολιτικών υγείας. Εν τούτοις, είναι αναπόφευκτο ότι σε πολλές περιπτώσεις οι κανόνες και τα κριτήρια για τον επιμερισμό των πόρων θα είναι συζητήσιμοι και αμφισβητήσιμοι, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες μη ευρέως αποδεκτές. Ωστόσο, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να συστήνει ή να παρέχει φροντίδα, όταν κατά την επιστημονικά τεκμηριωμένη προσωπική του άποψη ο ασθενής πρόκειται να ωφεληθεί ουσιαστικά από αυτήν, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψη τη διαφύλαξη των πόρων του συστήματος. Επί πλέον, οι ιατροί οφείλουν να συμβάλλουν με την επιστημονική γνώση τους στην παροχή κάθε σχετικής πληροφορίας κατά τη διαμόρφωση των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.⁶⁰

⁶⁰ Μηλιώνης Χ. (2011), "Η άσκηση της ιατρικής σε σχέση με τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των οικονομικών πόρων". Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://www.mednet.gr/archives/2011-6/pdf/737.pdf>

3.10 Τα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι χωρίς η Ευρωπαϊκή ένωση να πηγαίνει πίσω.

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

- Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας
- Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών. Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές - ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη καθώς δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να εξυπηρετηθούν από τον ιδιωτικό τομέα.

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η

συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη. Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρόληψη και η θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. AIDS, ελονοσία και φυματίωση) είναι μείζονος σημασίας και στηρίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία.

Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι πιθανό διαρκούσης της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης, κατά την εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας.⁶¹

3.11 Συμπεράσματα

Το μεγαλύτερο κύμα της ύφεσης φαίνεται να έχει παρέλθει και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης αρχίζουν να διαφαίνονται στην παγκόσμια οικονομία, ωστόσο πολλά ζητήματα μένουν ακόμη προς διευθέτηση ώστε να επιστρέψει η αγορά στους κανονικούς της ρυθμούς, να αποκατασταθούν τα πλήγματα της οικονομικής κρίσης και να επανέλθει μια ισορροπία. Το παράδειγμα της Ελλάδας και η απειλή της εξόδου από το ευρώ με δυσμενείς συνέπειες για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχει ακόμα. Σε ό,τι αφορά στα συστήματα υγείας, ενδεχομένως η οικονομική κρίση να έχει, τελικά, θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, περιορισμό της αλόγιστης σπατάλης, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και στην εισαγωγή οιονεί αγορών στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

⁶¹ Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. (2009), "Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη". Πληροφορίες στην ιστοσελίδα http://www.imop.gr/sites/default/files/i_oikonomiki_krisi_kai_oi_epiptoseis_tis_stin_ygeia_kai_tin_iatriki_perithalpsi.pdf

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ανάλυση δεδομένων

4.1 Εισαγωγή

Μέχρι τώρα αναφερθήκαμε γενικά στις ιατρικές και φαρμακευτικές δαπάνες χρησιμοποιώντας χρήσιμα στατιστικά στοιχεία για το σύνολο των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δε μείναμε μόνο εκεί αλλά με τα στοιχεία του ΟΑΣΑ που περιλαμβάνει και άλλες χώρες (Η.Π.Α. , Ιαπωνία κλπ.) και κάναμε τις απαραίτητες συγκρίσεις. Στο παρόν κεφάλαιο θα προχωρήσουμε ένα βήμα παραπέρα, αναλύοντας διεξοδικά επτά χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε διάστημα εικοσαετίας (1988 – 2009). Επιλέξαμε χώρες οικονομικά ισχυρές όπως η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, χώρες του Νότου με προβλήματα λόγω της κρίσης (Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) και μία χώρα του Βορρά με διαφορετική κουλτούρα (Δανία). Με στοιχεία από τη βάση στατιστικών δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROSTAT) και του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, WHO) θα αναλύσουμε και θα συγκρίνουμε τις επτά χώρες στους παρακάτω δείκτες νοσοκομειακών δραστηριοτήτων και δαπανών υγείας:

- ✓ Αριθμός εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους (In-patient care discharges per 100) κωδικός HFA: 6010
- ✓ Αριθμός εξιτηρίων από τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά 100 κατοίκους (Acute care hospital discharges per 100) κωδικός HFA: 6020
- ✓ Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους (Inpatient surgical procedures per year, per 100000) κωδικός HFA: 6030
- ✓ Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων (Average length of stay, all hospitals) κωδικός HFA: 6100
- ✓ Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (Average length of stay, acute care hospitals only) κωδικός HFA: 6110

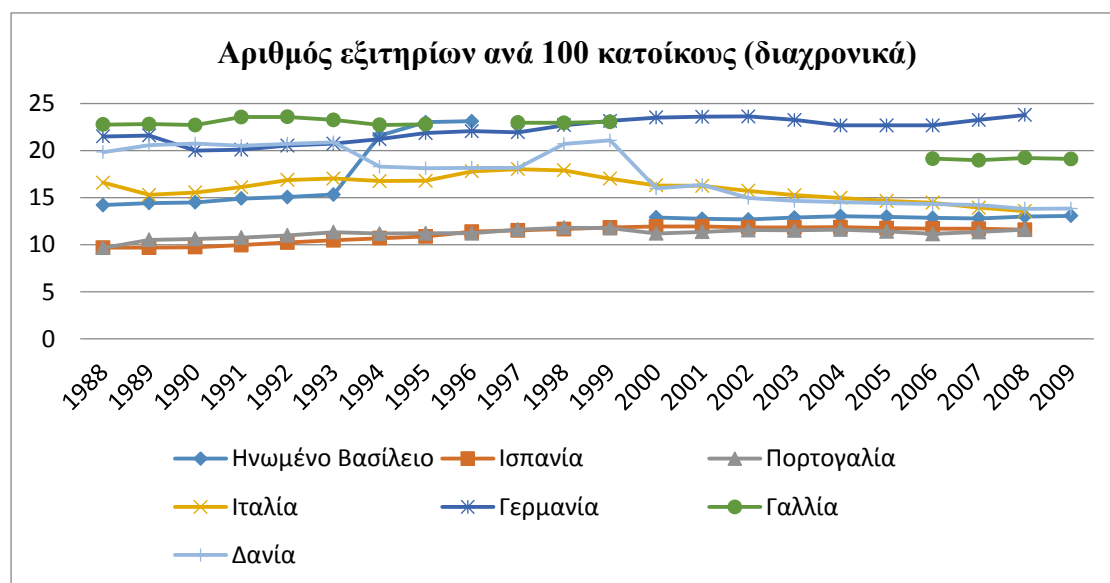
- ✓ Ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only) κωδικός HFA: 6210
- ✓ Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)) κωδικός HFA: 6711
- ✓ Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, εκτίμηση Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (Public sector expenditure on health as % of GDP, WHO estimates) κωδικός HFA: 6712
- ✓ Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, εκτίμηση ΠΟΥ (Private sector expenditure on health as % of GDP, WHO estimates) κωδικός HFA: 6713
- ✓ Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Public sector health expenditure as % of total health expenditure) κωδικός HFA: 6731
- ✓ Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας, εκτίμηση ΠΟΥ (Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates) κωδικός HFA: 6732
- ✓ Συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Total inpatient expenditure as % of total health expenditure) κωδικός HFA: 6740
- ✓ Δαπάνες κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης σε \$ (Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita) κωδικός HFA: 6750
- ✓ Δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών νοσηλείας (Public inpatient expenditure as % of total inpatient expenditure) κωδικός HFA: 6760

- ✓ Συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Total pharmaceutical expenditure as % of total health expenditure) κωδικός HFA: 6770
- ✓ Συνολικές δαπάνες επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure) κωδικός HFA: 6800

4.2 Δείκτες δραστηριότητας νοσοκομείων

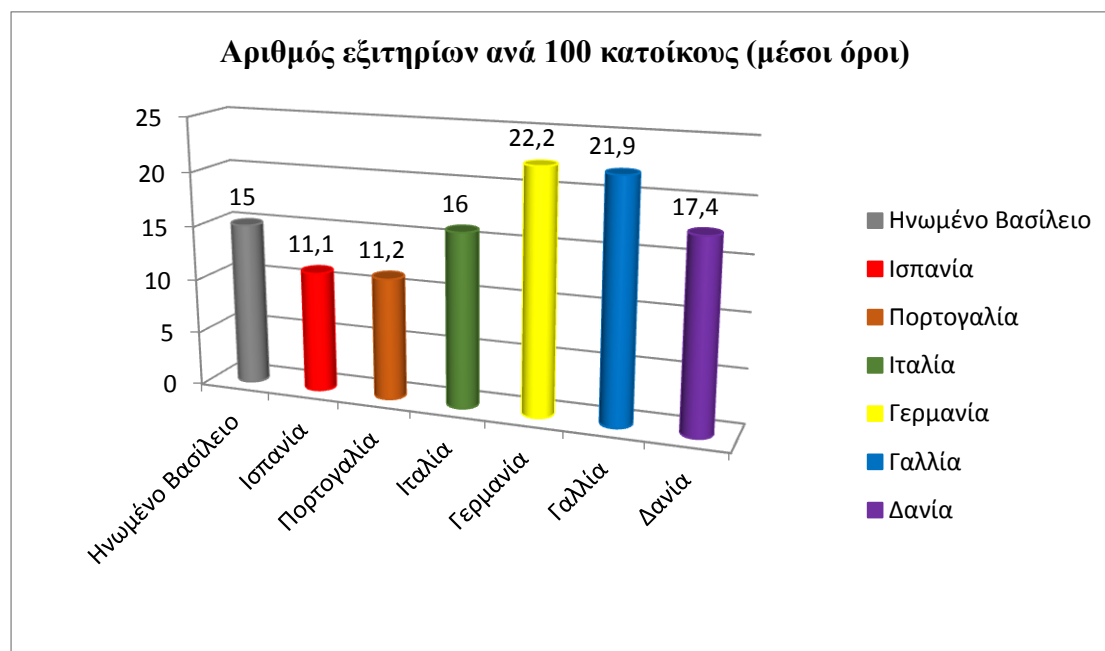
4.2.1 Αριθμός εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους (In-patient care discharges per 100)

Είναι ο αριθμός των ασθενών που αποχωρούν από το νοσοκομείο μετά από λήψη ιατρικής φροντίδας και έχουν νοσηλευθεί τουλάχιστον ένα βράδυ. Περιλαμβάνει και τους θανάτους στο νοσοκομείο μετά από ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Μαζί με τη μέση διάρκεια παραμονής είναι οι πιο σημαντικοί δείκτες των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων. Οι νοσοκομειακές δραστηριότητες επηρεάζονται από ένα σημαντικό αριθμό παραγόντων όπως αυτόν της ζήτησης υπηρεσιών, τη χωρητικότητα για τη θεραπεία ασθενών, την ικανότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την πρόληψη ώστε να αποφευχθούν οι εισαγωγές και τη φροντίδα για την παροχή αποκατάστασης δηλαδή τη μακροχρόνια υπηρεσία φροντίδας.



Διάγραμμα 22: Αριθμός εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους (διαχρονικά) (1988-2009)

Στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου βλέπουμε μια διαχρονική και συνεχή αύξηση στον αριθμό των εξιτηρίων από το 1988 ως το 1996 (από 14,2 στα 23,1) αλλά από το 2000 και μετά η μείωση είναι τεράστια και παραμένει σχετικά σταθερή (12 – 13). Η Ισπανία και η Πορτογαλία είναι παρόμοιες περιπτώσεις με τους αριθμούς τους να παραμένουν σταθεροί αυτά τα είκοσι χρόνια (9 – 12). Η Ιταλία τη δεκαετία του '90 παρουσίασε μικρές αυξομειώσεις φτάνοντας μέχρι το 2008 να έχει καθοδική πορεία (13,57). Η Γερμανία σημειώνει υψηλότερα νούμερα (σχεδόν διπλάσια από τις άλλες χώρες) διότι είναι χώρα με υψηλό αριθμό κλινών. Η Γαλλία επίσης έχει υψηλά νούμερα αλλά δεν είναι τα πραγματικά διότι συμπεριλαμβάνει και ορισμένες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται αυθημερόν. Τέλος, η Δανία ξεπερνάει Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία με τους αριθμούς της όμως να παρουσιάζουν συνεχή καθοδική πορεία τα τελευταία χρόνια (από 21,06 το 1999 σε 13,83 το 2009). Το ελάχιστο το συναντάμε στην Πορτογαλία (9,67 το 1988) ενώ το μέγιστο στη Γερμανία (23,77 το 2008) απόρροια των διαφορετικών πολιτικών υγείας και της οικονομικής δυνατότητας κάθε χώρας.



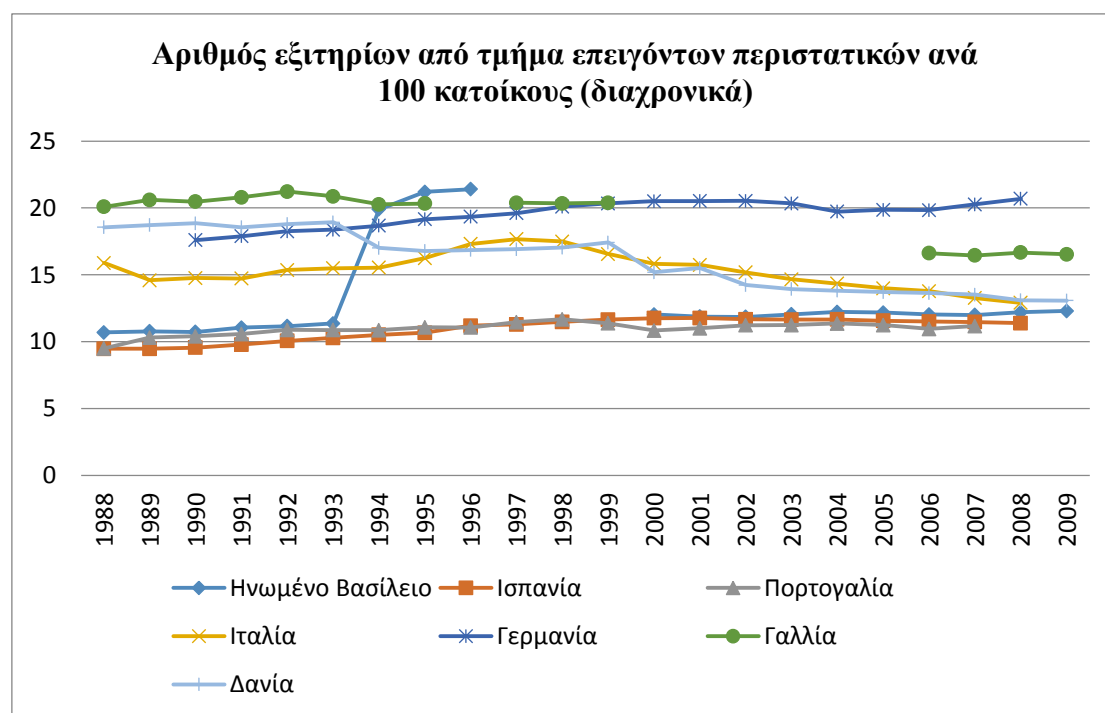
Διάγραμμα 23: Αριθμός εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους (μέσοι όροι)(1988-2009)

Όλα όσα αναφέραμε παραπάνω αποτυπώνονται και στο διάγραμμα των μέσων όρων με τη Γερμανία να βρίσκεται στην κορυφή με 22,2 εξιτήρια, ακολουθώντας η Γαλλία με 21,9, αρκετά πιο πίσω οι Δανία (17,4), Ιταλία (16), Ηνωμένο Βασίλειο (15) και τέλος οι Πορτογαλία και Ισπανία (11,2 και 11,1 αντίστοιχα). Αξίζει να σημειωθεί

ότι ο αριθμός των εξιτηρίων στη Γερμανία είναι διπλάσιος από αυτόν της Ισπανίας και της Πορτογαλίας.

4.2.2 Αριθμός εξιτηρίων από τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά 100 κατοίκους (Acute care hospital discharges per 100)

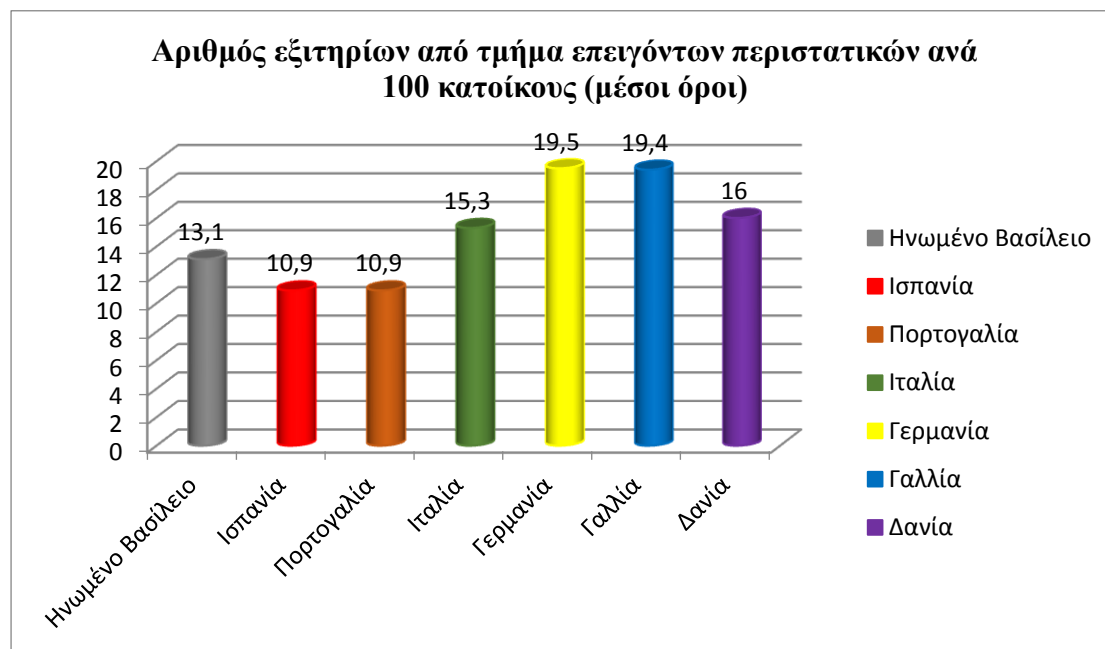
Ο δείκτης αυτός όπως και ο προηγούμενος ασχολείται με τα εξιτήρια αλλά μόνο με αυτά από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Αυτά τα περιστατικά αφορούν κυρίως σοβαρές καταστάσεις όπου κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς και είναι περισσότερο δαπανηρές τόσο για τον ασθενή όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο. Έτσι, λόγω του κόστους σε πολλές περιπτώσεις η θεραπεία προτιμάται να είναι εξωνοσοκομειακή με σωστή παρακολούθηση.



Διάγραμμα 24: Αριθμός εξιτηρίων από τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά 100 κατοίκους (διαχρονικά) (1988-2009)

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μια μείωση των εξιτηρίων του τμήματος επειγόντων περιστατικών σε σχέση με τα συνολικά κάτι απόλυτα λογικό, ίσως όμως όχι τόσο μεγάλη όσο θα περιμέναμε. Το Ηνωμένο Βασίλειο όπως και παραπάνω έχει μια μεγάλη αύξηση από το 1990 μέχρι το 1996 (10,73 – 21,4) αλλά από το 2000 και μετά έχει μια σταθερότητα με το νούμερο να είναι κοντά στο 12. Ισπανία και

Πορτογαλία έχουν ξανά ταύτιση με τα νούμερα να είναι σχεδόν ίδια με τα συνολικά (9 – 12). Η Ιταλία βρίσκεται πιο ψηλά στα εξιτήρια φτάνοντα το 1997 στα 17,67 αλλά στη συνέχεια ακολούθησε καθοδική πορεία (12,91 το 2008). Γερμανία και Γαλλία έχουν παρόμοιους αριθμούς με τη δεύτερη όμως να έχει σημαντική πτώση από το 2006 και μετά (16). Τέλος, η Δανία βρίσκεται και εδώ πάνω από την Ιταλία αλλά αρκετά πιο χαμηλά από Γερμανία και Γαλλία. Το μικρότερο νούμερο το συναντάμε στην Ισπανία (9,47 το 1988 και 1989) ενώ το μεγαλύτερο στη Γαλλία (21,23 το 1992). Όπως βλέπουμε υπάρχει μια ταύτιση απόψεων σε σχέση με τα συνολικά εξιτήρια δείγμα ότι το τμήμα επειγόντων περιστατικών δεν είναι κάτι διαφορετικό αλλά μέρος του εκάστοτε νοσοκομείου.

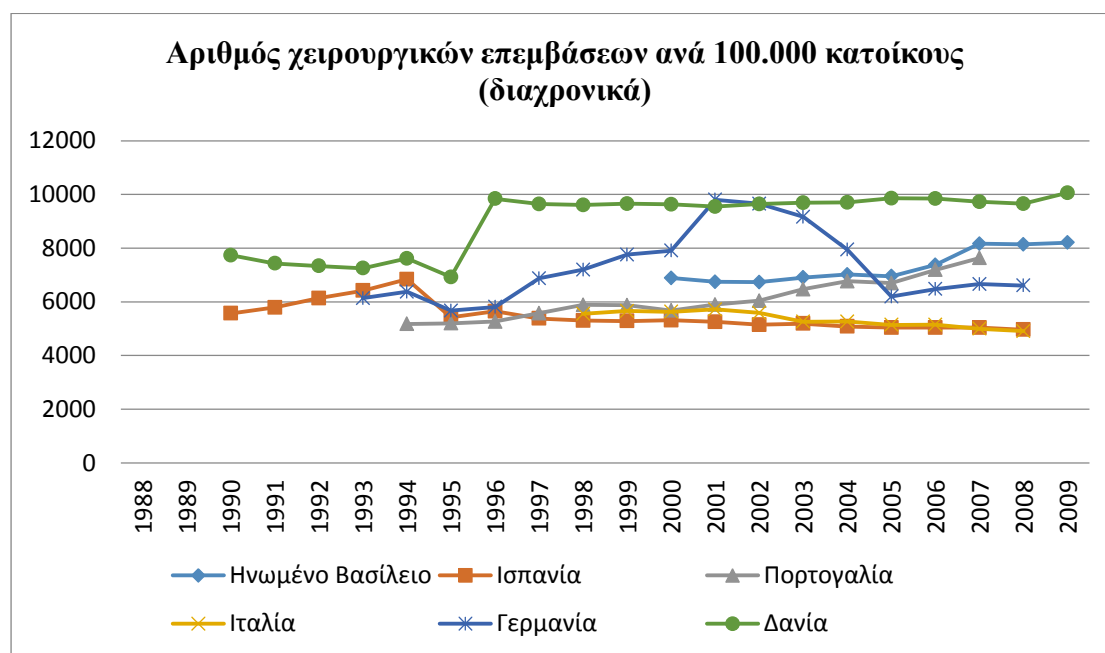


Διάγραμμα 25: Αριθμός εξιτηρίων από τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά 100 κατοίκους (μέσοι όροι) (1988-2009)

Στους μέσους όρους η Γερμανία είναι και πάλι οριακά μπροστά από τη Γαλλία (19,5 με 19,4), η Δανία ακολουθεί αρκετά πίσω (16), η Ιταλία στο (15,3), το Ηνωμένο Βασίλειο στο (13,1) και τέλος Ισπανία και Πορτογαλία στην απόλυτη ισορροπία (10,9). Τα νούμερα όπως έχουμε ήδη αναφέρει είναι ελαφρώς μικρότερα από τα συνολικά εξιτήρια εκτός από τις περιπτώσεις της Ισπανίας και Πορτογαλίας που είναι σχεδόν ίδια.

4.2.3 Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους (Inpatient surgical procedures per year, per 100000)

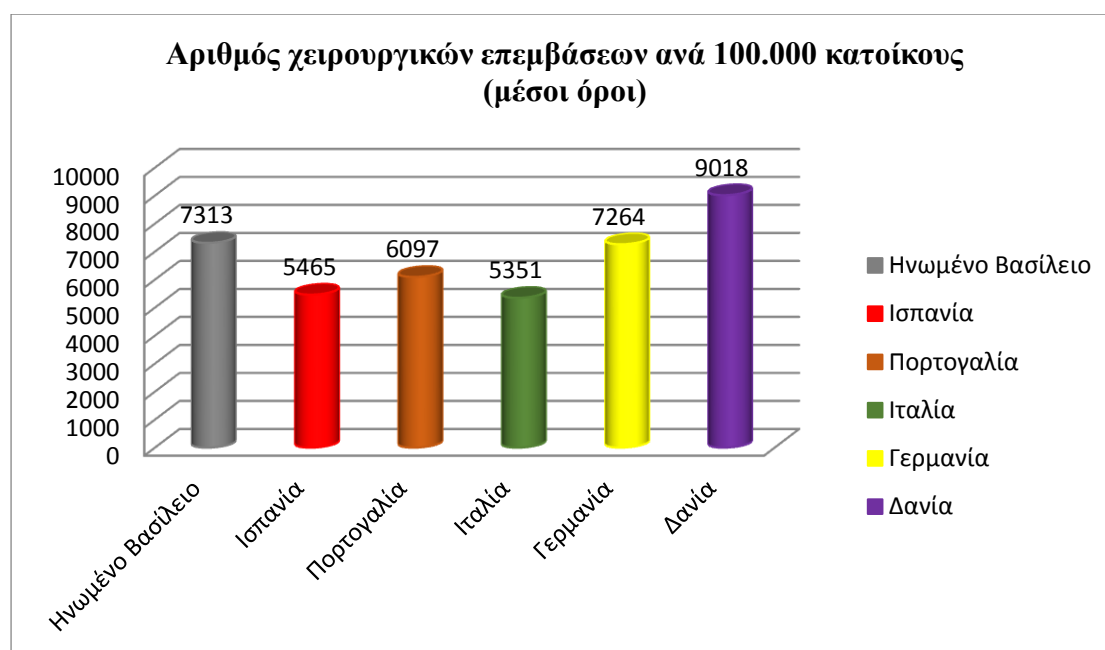
Ένας δείκτης που έχει άμεση σχέση με τους παραπάνω και παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Μας δείχνει τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων που παραμένουν στο νοσοκομείο για νοσηλεία τουλάχιστον μία νύχτα. Πολλές εισαγωγές σε νοσοκομεία είναι αχρείαστες αυξάνοντας σημαντικά το κόστος λειτουργίας τους και σπαταλώντας τον πολύ σημαντικό χρόνο των εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε σχέση με τα εξιτήρια μας δίνουν τη δυνατότητα να κατανοήσουμε την ποιότητα των εισαγωγών των ασθενών κάτι που έχει μεγάλη σημασία στη σημερινή περίοδο με τα τόσα οικονομικά προβλήματα μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



Διάγραμμα 26: Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους (διαχρονικά) (1990-2009)

Σε αυτό το διάγραμμα υπάρχουν αρκετές διαφορές σε σχέση με τα προηγούμενα. Στην κορυφή των χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους βρίσκεται η Δανία με συνεχή ανοδική τάση φτάνοντας το 2009 τις 10058. Ακολουθεί το Ηνωμένο Βασίλειο οριακά μπροστά από τη Γερμανία με στοιχεία όμως από το 2000 και μετά και συνεχή ανοδική τάση φτάνοντας το 2009 τις 8206 επεμβάσεις. Η Γερμανία μέχρι το 2003 ήταν κοντά στη Δανία (9165) αλλά από το 2004 και έπειτα παρουσίασε απότομη πτώση. Η Ισπανία και η Ιταλία αυτή τη φορά έχουν παρόμοιους

αριθμούς (5000 περίπου επεμβάσεις) ενώ η Πορτογαλία τα τελευταία χρόνια έχει σημαντική άνοδο ξεπερνώντας και τα νούμερα της Γερμανίας (7635 το 2008). Τον μεγαλύτερο αριθμό τον συναντάμε όπως ήδη αναφέραμε στη Δανία (10058 το 2009) και τον μικρότερο στην Ιταλία (4909 το 2009), ένας πολύ μικρός αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων για μία τέτοια χώρα. Παρά τη σημαντικότητα ενός τέτοιου δείκτη, η πολυπλοκότητα της συγκέντρωσης τέτοιων στοιχείων αναγκάζει χώρες όπως η Γαλλία να μη δίνουν καθόλου στοιχεία και οι υπόλοιπες για κάποια έτη.

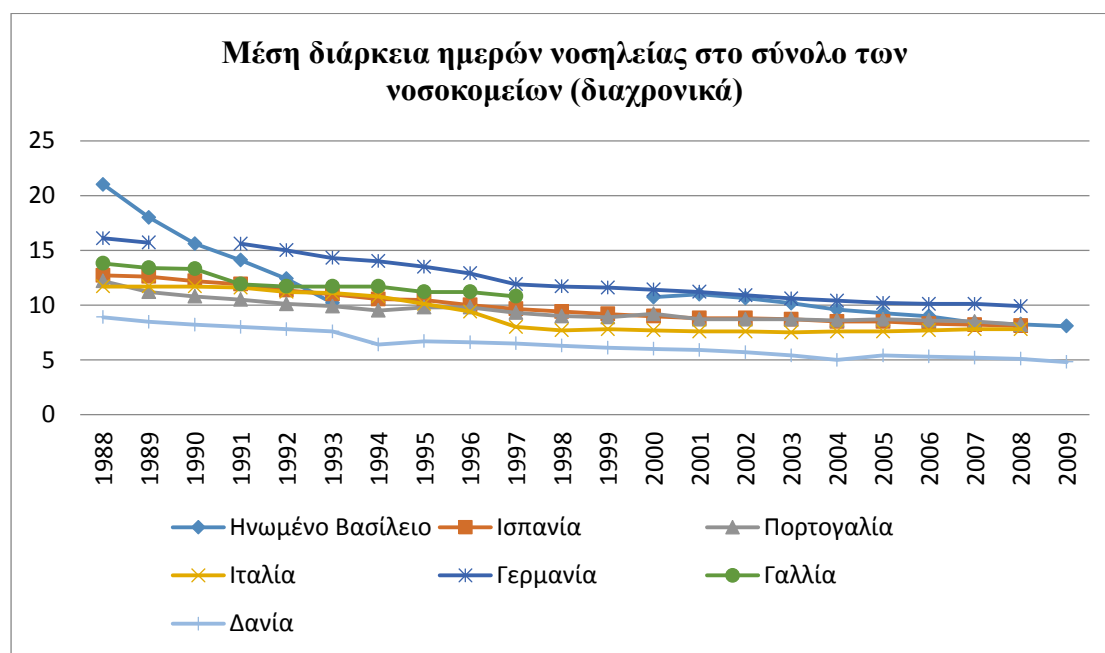


Διάγραμμα 27: Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 100.000 κατοίκους (μέσοι όροι) (1990-2009)

Όπως αναμενόταν η Δανία βρίσκεται στην πρώτη θέση με μέσο όρο 9018 χειρουργικές επεμβάσεις ανά 100.000 κατοίκους την τελευταία εικοσαετία με το Ηνωμένο Βασίλειο να ακολουθεί αρκετά πίσω με 7313 επεμβάσεις. Στην τρίτη θέση βρίσκεται η Γερμανία παρά τα χαμηλά νούμερα των τελευταίων ετών (7264) ενώ μετά προς έκπληξη βλέπουμε την Πορτογαλία (6097) αρκετά μπροστά από την Ισπανία (5465). Τέλος, η Ιταλία είναι οριακά τελευταία με 5351 επεμβάσεις. Αυτό σημαίνει ότι οι εισαγωγές στα νοσοκομεία στη Δανία είναι πιο ουσιαστικές αφού οδηγούν σε επεμβάσεις. Επίσης, η πρωτοβάθμια υγεία λειτουργεί πιο αποτελεσματικά και αποτρέπονται ανώφελες εισαγωγές στα νοσοκομεία. Τέλος, μόνο τυχαίο δεν είναι που οι μεσογειακές χώρες έχουν τον πιο μικρό μέσο όρο δείχνοντας σημαντική υστέρηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

4.2.4 Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων (Average length of stay, all hospitals)

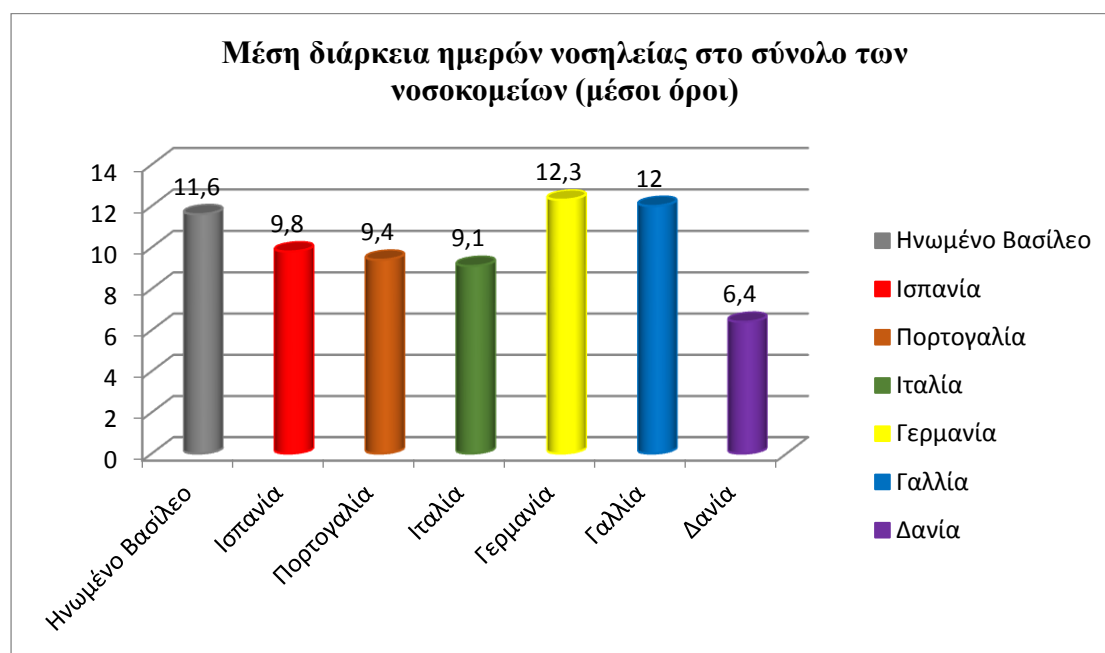
Ένα σοβαρό πρόβλημα που έχουν τα νοσοκομεία και συνεπώς οι εκάστοτε χώρες στο χώρο της υγείας είναι οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών που σε πολλές περιπτώσεις ξεπερνούν το προβλεπόμενο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία του συστήματος με τα κράτη να επιβαρύνονται οικονομικά, τα νοσοκομεία να μην μπορούν να προσφέρουν τις αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας και οι ίδιοι οι ασθενείς να μη λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Όλα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία αυτού του δείκτη που όπως έχουμε ήδη αναφέρει μαζί με τον αριθμό εξιτηρίων ανά 100 κατοίκους αποτελούν τους κυριότερους όσον αφορά τον έλεγχο της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου.



Διάγραμμα 28: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων (διαχρονικά) (1988-2009)

Θα ξεκινήσουμε από τη Δανία που όπως βλέπουμε στο διάγραμμα έχει τη λιγότερη μέση διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο μακράν του δεύτερου. Με συνεχή καθοδική τάση (από 8,9 το 1988 στις 4,8 το 2009) δείχνει να έχει την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες συγκρίσιμες χώρες. Ακολουθεί η Ιταλία που ξεκίνησε με 11,7 ημέρες νοσηλείας το 1988, έφτασε στις 7,7 το 1998 και από τότε έχει μια σταθερότητα. Από κοντά η Πορτογαλία και η

Ισπανία με συνεχή μείωση φτάνοντας το 2008 στις 8 ημέρες νοσηλείας. Το Ηνωμένο Βασίλειο ξεκίνησε το 1988 με τα χειρότερα νούμερα (21!!!) αλλά από τότε βλέπουμε συνεχή βελτίωση ισοφαρίζοντας την Πορτογαλία και την Ισπανία. Η Γερμανία αν και μείωσε τις μέρες νοσηλείας (9,9 το 2008 έναντι 16,1 πριν 20 χρόνια) εντούτοις έχει ακόμη τα υψηλότερα ποσοστά. Η Γαλλία δίνει τελευταία φορά στοιχεία για το 1997 με τα νούμερα να είναι ιδιαίτερα υψηλά (10,8). Τη μικρότερη μέση διάρκεια νοσηλείας τη βλέπουμε φυσικά στη Δανία (4,8 το 2008) ενώ τη μεγαλύτερη στο Ηνωμένο Βασίλειο (21 το 1988).

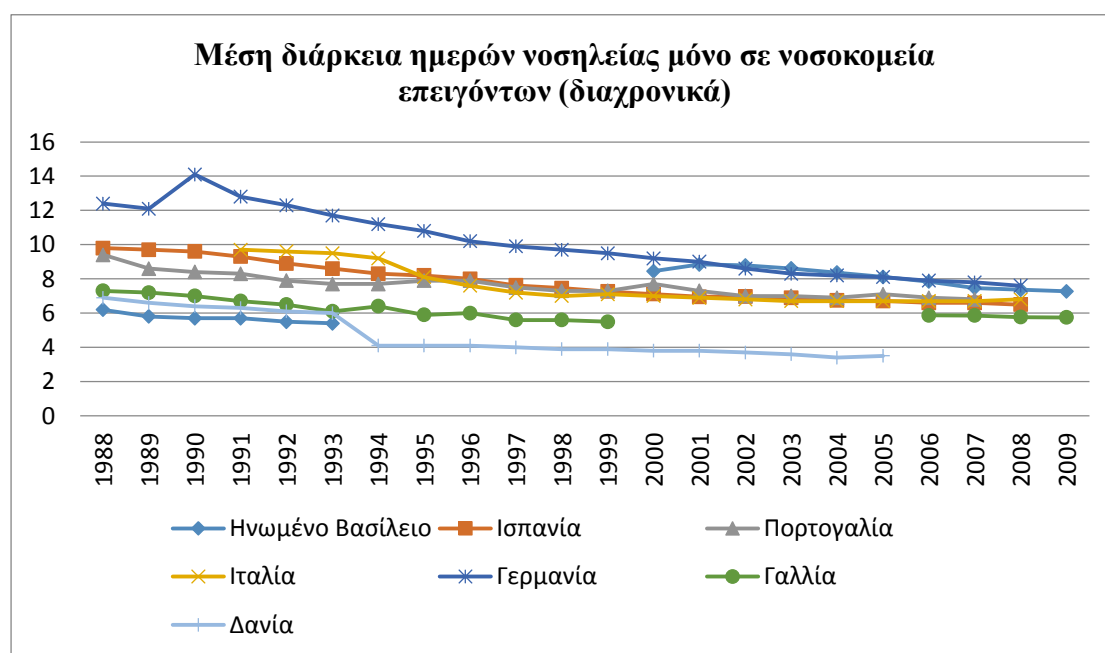


Διάγραμμα 29: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων (μέσοι όροι) (1988-2009)

Στους μέσους όρους η Δανία έχει τη λιγότερη μέση διάρκεια νοσηλείας (6,4 ημέρες) ενώ ακολουθεί με σημαντική διαφορά η Ιταλία (9,1). Η Πορτογαλία και η Ισπανία ούτε εδώ έχουν πολύ σημαντικές διαφορές (9,4 και 9,8 αντίστοιχα) και το Ηνωμένο Βασίλειο να είναι σε μικρή απόσταση (11,6) από τη Γαλλία (12). Πάντως η Γαλλία είναι μια ειδική περίπτωση με τα τελευταία νούμερα που έχει δώσει στην EUROSTAT να είναι του 1997 και η μέση διάρκεια νοσηλείας πολύ υψηλή (12). Πιθανότατα σήμερα το νούμερο αυτό θα είναι αρκετά χαμηλότερο. Η Γερμανία έχει το υψηλότερο νούμερο μη μπορώντας να λύσει τα προβλήματα νοσηλείας τόσο γρήγορα όσο οι άλλες χώρες.

4.2.5 Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (Average length of stay, acute care hospitals only)

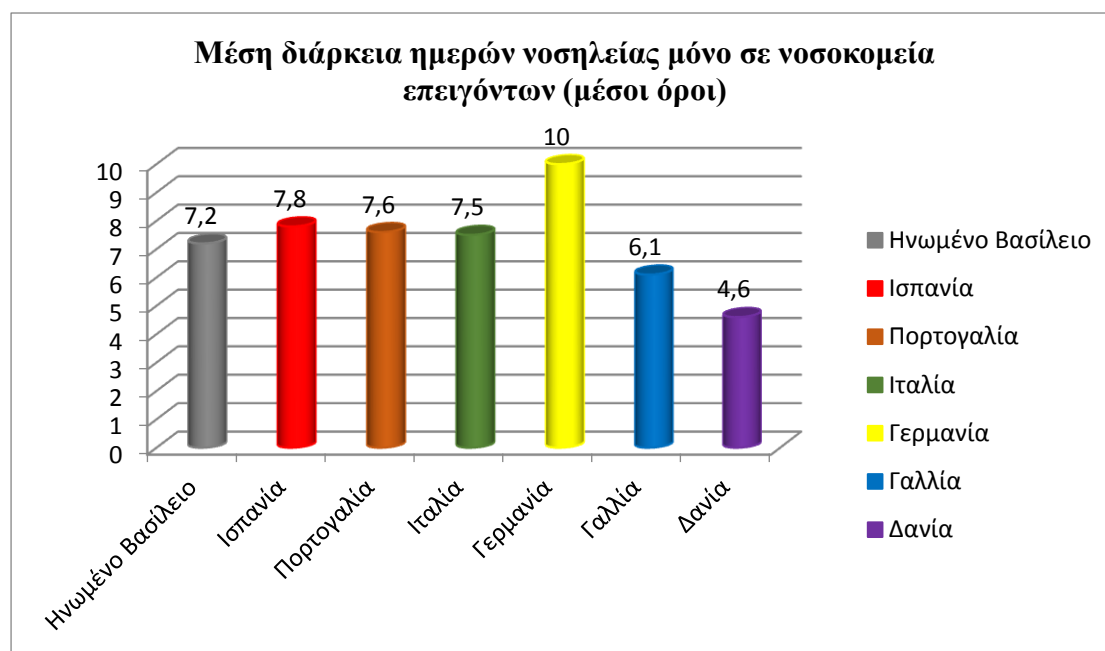
Αφού αναλύσαμε τη μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας για το σύνολο των νοσοκομείων τώρα θα ασχοληθούμε με τον δείκτη που αφορά μόνο αυτά των επειγόντων. Έτσι, θα είμαστε σε θέση να εξετάσουμε αν οι χώρες έχουν μόνο ασθενείς με κάποιο σοβαρό πρόβλημα και πραγματική ανάγκη για νοσηλεία ή άλλους με χρόνια νοσήματα που νοσηλεύονται για αρκετό καιρό και περιμένουν την προώθησή τους στα κατάλληλα τμήμα επιβαρύνοντας το όλο σύστημα.



Διάγραμμα 30: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (διαχρονικά) (1988-2009)

Όπως και παραπάνω η Δανία έχει τη χαμηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας ξεκινώντας το 1988 από τις 6,9 ημέρες και φτάνοντας το 2005 στις 3,5. Επίσης, η Γερμανία είναι και πάλι στην κορυφή παρά τη σημαντική μείωση την τελευταία εικοσαετία (από 12,4 το 1988 σε 7,6 το 2008). Στις Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία δε βλέπουμε σημαντικές διαφορές με τα νούμερα να κυμαίνονται στις 6-7 ημέρες. Λίγο πιο ψηλά το Ηνωμένο Βασίλειο που ενώ ξεκίνησε ιδιαίτερα χαμηλά φτάνοντας το 1993 στις 5,4 ημέρες, το 2000 εκτοξεύθηκε στις 8,45 κλείνοντας τελικά το 2009 στις 7,27. Τέλος, η Γαλλία εδώ δίνει τα στοιχεία της και είναι αρκετά χαμηλά ξεκινώντας το 1988 στις 7,3 ημέρες και κλείνοντας το 2009 στις 5,75. Τη μεγαλύτερη μέση

διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων έχει η Γερμανία το 1988 με 12,4 ημέρες ενώ τη μικρότερη η Δανία με μόλις 3,4 το 2004.

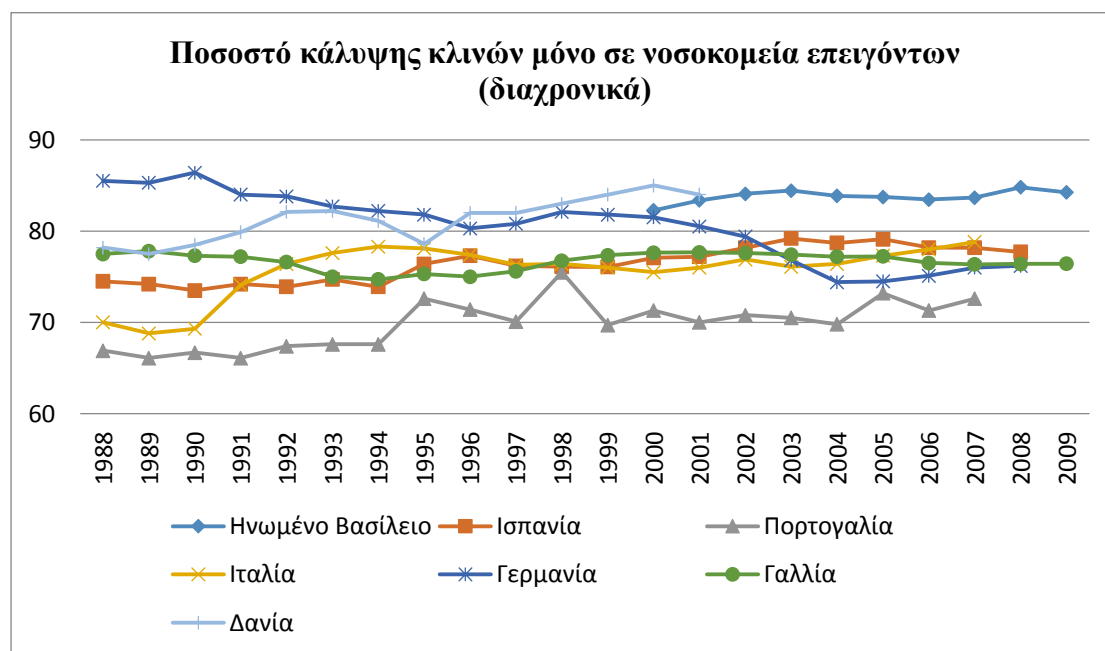


Διάγραμμα 31: Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (μέσοι όροι) (1988-2009)

Στους μέσους όρους η σημαντικότερη διαφοροποίηση είναι οι 6,1 μέρες της Γαλλίας σε αντίθεση με το προηγούμενο διάγραμμα που είχαμε βέβαια στοιχεία μέχρι το 1997. Από κει και πέρα η χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας σε νοσοκομεία επειγόντων της Δανίας (4,6 ημέρες) δεν προκαλεί έκπληξη ούτε οι 10 μέρες της Γερμανίας. Στις υπόλοιπες τέσσερις χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία) βλέπουμε μια σχετική ισορροπία με τις ημέρες να κυμαίνονται από 7,2 έως 7,8 και το Ηνωμένο Βασίλειο να είναι η χώρα που πάσχει περισσότερο από θέματα οργάνωσης καθώς οι ημέρες νοσηλείας στο σύνολο των νοσοκομείων ήταν πολύ περισσότερες (11,6).

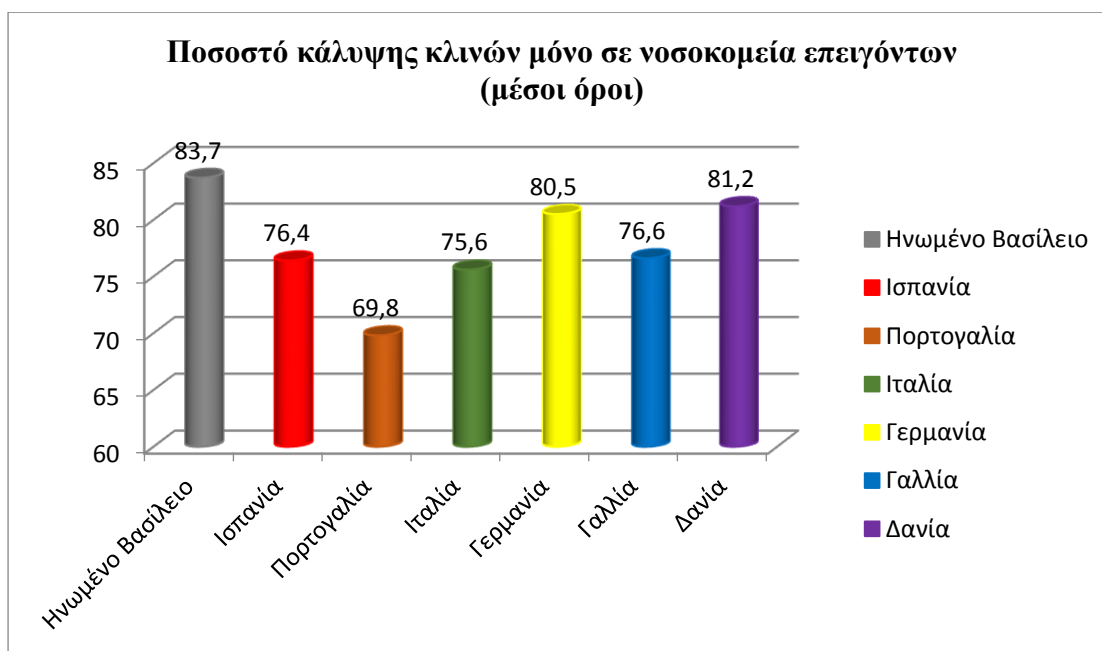
4.2.6 Ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only)

Κλείνοντας στους δείκτες νοσοκομείων ασχολούμαστε με το ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων. Αυτός ο δείκτης μας δείχνει εν μέρει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας κάθε χώρας. Για παράδειγμα όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό τόσο μεγαλύτερο είναι το συμφέρον και οι οικονομικές δυνατότητες του εκάστοτε νοσοκομείου επειγόντων. Κανένα νοσοκομείο δεν αποδίδει όταν το ποσοστό αυτό είναι χαμηλό ενώ τα έξοδα τρέχουν. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι δεν συμφέρει ούτε το ποσοστό να είναι στο 100% διότι κάθε νοσοκομείο θα θέλει να είναι σε θέση να εξυπηρετήσει όλους τους ασθενείς του. Αυτό συμβαίνει διότι ένας νέος ασθενής είναι σε θέση να προσφέρει μεγαλύτερα κέρδη οικονομικά από έναν που βρίσκεται καιρό εκεί. Ήδη αναλύσαμε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας τόσο επιβαρύνεται το νοσοκομείο σε όλους τους τομείς. Αναφέραμε όμως ότι δείχνει εν μέρει την αποδοτικότητα διότι είναι λάθος να παρακολουθείται μεμονωμένα. Για παράδειγμα αν αυξηθούν τα ποσοστά κάλυψης κλινών αλλά ο αριθμός των νοσηλευτών παραμένει σταθερός είναι φανερό ότι θα μειωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.



Διάγραμμα 32: Ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (διαχρονικά) (1988-2009)

Στην κορυφή βρίσκεται το Ηνωμένο Βασίλειο με το ποσοστό κάλυψης κλινών να κυμαίνεται από 82% έως 84% αλλά με στοιχεία από το 2000 και έπειτα. Ακολουθεί η Δανία που την περίοδο 1988 - 2001 τα ποσοστά της από το 78% έφτασαν μέχρι το 84%. Η Γερμανία έχει καθοδική πορεία, το 1988 το ποσοστό της ξεπερνάει το 85% αλλά μετά από είκοσι χρόνια να βρίσκεται μόλις στο 76,2%. Ιταλία, Ισπανία και Γαλλία βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με ποσοστά που κυμαίνονται κοντά στο 75%. Αντίθετα απογοητευτική είναι η κατάσταση της Πορτογαλίας που σημειώνει μία αργή άνοδο φτάνοντας το 2005 στο 73,2% που είναι το υψηλότερό της ποσοστό. Το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων καταγράφει η Γερμανία το μακρινό 1988 (85,5%) ενώ το χαμηλότερο η Πορτογαλία (μόλις 66,1% το 1991).



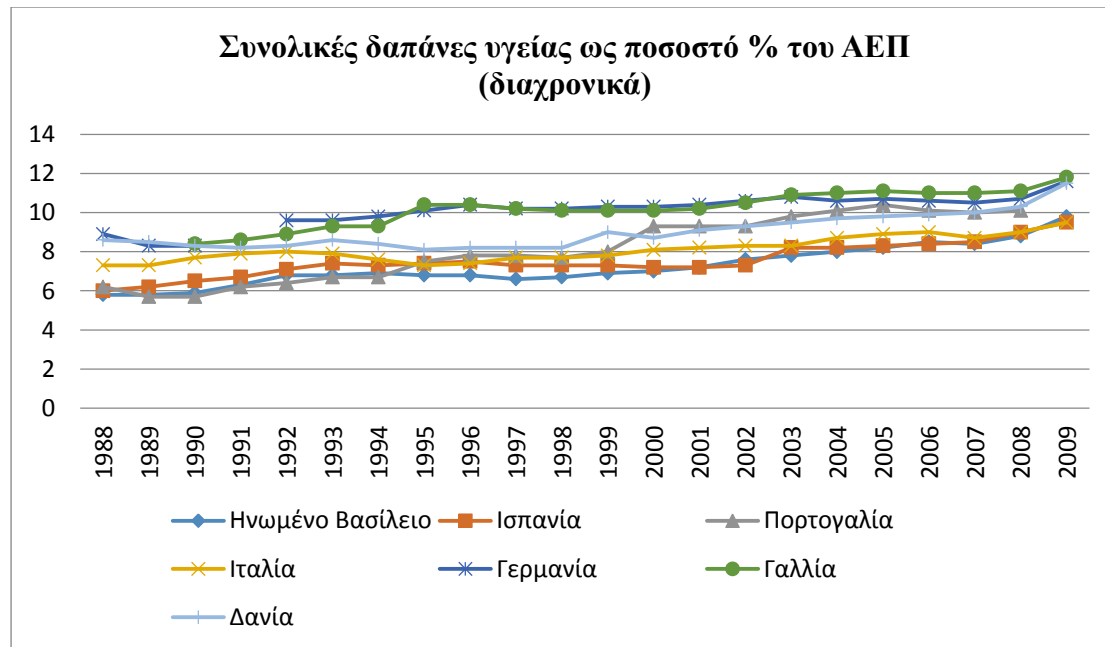
Διάγραμμα 33: Ποσοστό κάλυψης κλινών μόνο σε νοσοκομεία επειγόντων (μέσοι όροι) (1988-2009)

Τα ίδια συναντάμε και στους μέσους όρους με το Ηνωμένο Βασίλειο να έχει ποσοστό κάλυψης κλινών στο 83,7% αλλά αν έδινε στη δημοσιότητα στοιχεία και πριν το 2000 θα ήταν πιθανότατα αρκετά χαμηλότερο. Η Δανία με 81% επιβεβαιώνει το οργανωμένο σύστημα υγείας που διαθέτει και η Γερμανία να βρίσκεται αρκετά κοντά (80,5%) αλλά με υψηλή μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας όπως διαπιστώσαμε στην προηγούμενη ενότητα. Γαλλία, Ισπανία, Ιταλία βρίσκονται πολύ κοντά (75% - 76%) και αρκετά χαμηλά η Πορτογαλία μόλις στο 69,8% δείγμα των αρκετών προβλημάτων του συστήματος υγείας που διαθέτει.

4.3 Δείκτες δαπανών υγείας

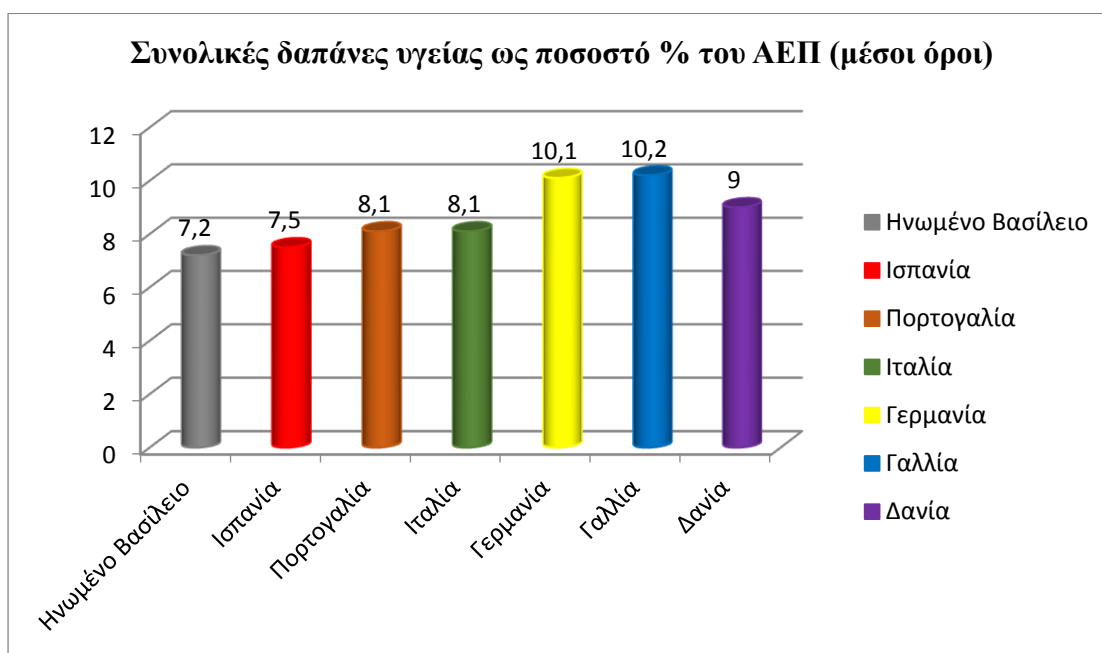
4.3.1 Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP))

Ξεκινάμε με τις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ. Περιλαμβάνουν τόσο τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές και σε συνάρτηση με το ΑΕΠ της χώρας είμαστε σε θέση να βγάλουμε χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με το επίπεδο και τα συστήματα υγείας συνολικά. Φυσικά υψηλό ποσοστό δαπανών δε σημαίνει απαραίτητα και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Χαρακτηριστικό το παράδειγμα της Ελλάδας που παρά τις αλόγιστες σπατάλες στο παρελθόν, το αποτέλεσμα δεν ήταν το αναμενομενο και υστερούσε έναντι πολλών χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ. Επίσης, η αύξηση του ποσοστού των δαπανών πολλές φορές είναι αποτέλεσμα της μείωσης του ΑΕΠ λόγω ύφεσης και όχι περισσότερες επενδύσεις στο χώρο της υγείας. Παρακάτω συνεχίζουμε την ανάλυση των επτά χωρών την περίοδο 1988-2009.



Διάγραμμα 34: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (διαχρονικά)

Παρατηρούμε ότι όλες οι χώρες παρουσιάζουν ανοδική τάση και οι παράγοντες είναι πολλοί. Ο σημαντικότερος είναι ίσως η κατακόρυφη αύξηση του κόστους σε οτιδήποτε αφορά το χώρο της υγείας αναγκάζοντας τα κράτη να αυξήσουν το ποσοστό του ΑΕΠ τους. Η οικονομική ανάπτυξη αυτή την εικοσαετία παίζει και αυτή σημαντικό ρόλο καθώς η έρευνά μας τελειώνει στην αρχή της κρίσης. Στην κορυφή συναντάμε τη Γαλλία με το ποσοστό της να πλησιάζει το 2009 το 12%. Οριακά ακολουθεί η Γερμανία με σημαντική άνοδο το 2009 φτάνοντας το 11,6%. Η Δανία πάρα πολύ κοντά στο 11,5% με άνοδο 1,2% μέσα σε ένα χρόνο και ύστερα συναντάμε την Πορτογαλία στο 10,1% με σταθερότητα τα τελευταία χρόνια. Το Ηνωμένο Βασίλειο ενώ ξεκίνησε το 1988 πολύ χαμηλά (μόλις 5,8%) το 2009 έφτασε στο 9,8% και κλείνουμε με Ισπανία και Ιταλία στο 9,5%. Το 2009 όλες οι χώρες (με εξαίρεση την Πορτογαλία που δε δίνει όμως στοιχεία) έχουν σημαντική άνοδο με τα πρώτα σημάδια της κρίσης να αρχίζουν να γίνονται ορατά.

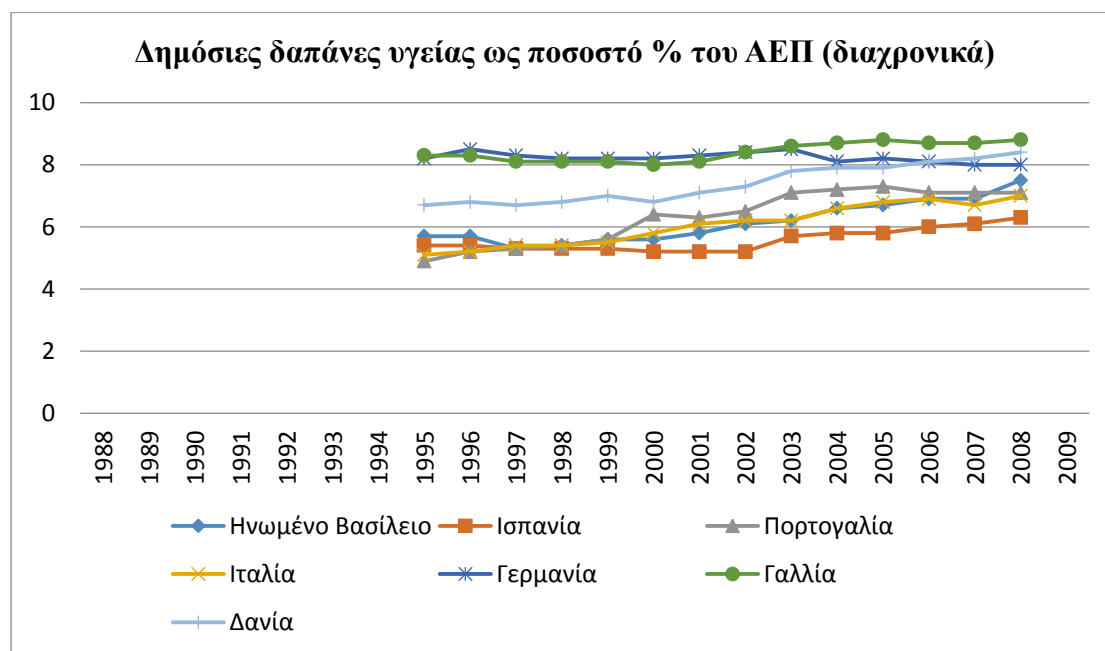


Διάγραμμα 35: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (μέσοι όροι)

Αναμενόμενοι οι μέσοι όροι με τις Γαλλία και Γερμανία να ξεχωρίζουν (10,2% και 10,1% αντίστοιχα) τη Δανία να ακολουθεί με 9% και ύστερα βλέπουμε Πορτογαλία και Ιταλία μαζί στο 8,1%. Η Ισπανία είναι ακόμη πιο πίσω με 7,5% ενώ βλέπουμε στο τέλος το Ηνωμένο Βασίλειο μόλις στο 7,2% λόγω των πολύ χαμηλών δαπανών που είχε τη δεκαετία του '90.

4.3.2 Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, εκτίμηση Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (Public sector expenditure on health as % of GDP, WHO estimates)

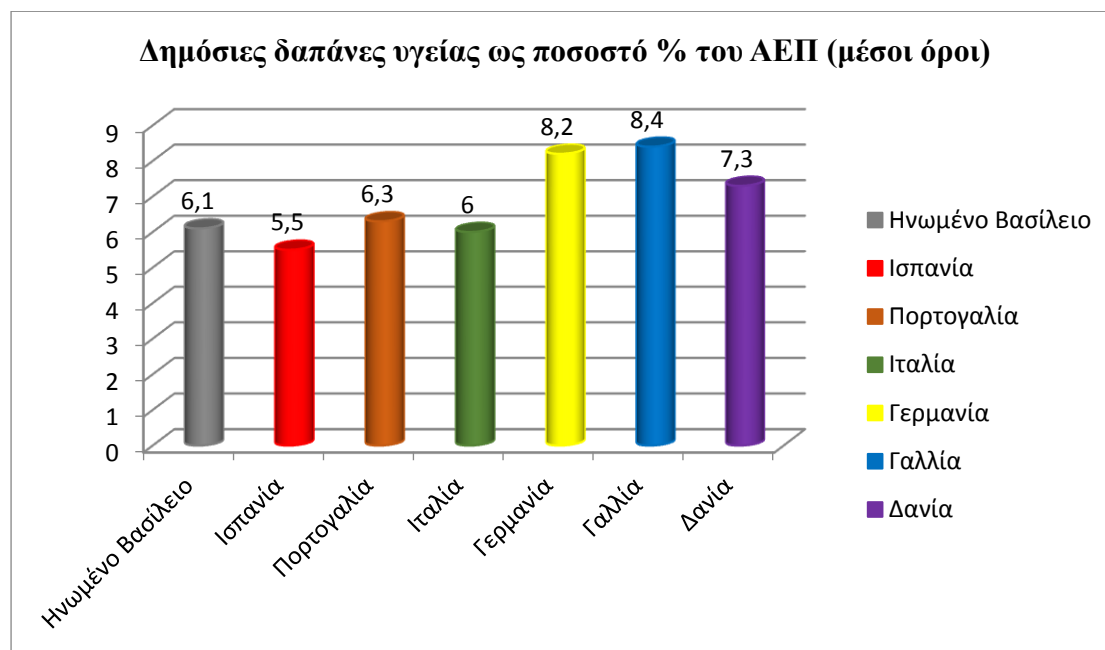
Οι δημόσιες δαπάνες υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι το σύνολο των δαπανών που προέρχονται από το κράτος και συγκεκριμένα από τον κρατικό προϋπολογισμό. Περιλαμβάνουν την απευθείας χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και τις κρατικές επιχορηγήσεις των ασφαλιστικών φορέων. Δεδομένου ότι εδώ αναφερόμαστε αποκλειστικά σε δημόσιες δαπάνες και τα ποσοστά αποτελούν εκτίμηση του ΠΟΥ, τα αποτελέσματα θα έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε σύγκριση με τις συνολικές και ενδέχεται να δούμε σημαντικές διαφορές.



Διάγραμμα 36: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (διαχρονικά) (1995-2008)

Με τον ΠΟΥ να μας δίνει στοιχεία από το 1995 και μετά βλέπουμε τα μεγαλύτερα ποσοστά διαχρονικά να τα έχει η Γαλλία συγκεκριμένα το 1995 βρίσκεται στο 8,3% και το 2008 κλείνει στο 8,8%, μία μικρή αύξηση 0,5%. Λίγο πιο πίσω βρίσκεται η Γερμανία ξεκινώντας από το 8,2% και κλείνοντας στο 8%. Η Δανία ενώ το 1995 έχει χαμηλό ποσοστό (6,7%), παρουσιάζει διαχρονική αύξηση φτάνοντας το 2008 στο 8,4% πάνω και από τη Γερμανία. Το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα σημειώνοντας βέβαια σημαντική αύξηση την περίοδο 2007-2008 από 6,9% σε 7,5%. Η Πορτογαλία και η Ιταλία όπως και στις συνολικές

δαπάνες βρίσκονται αρκετά κοντά (7,1% και 7% αντίστοιχα). Κλείνοντας η Ισπανία βρίσκεται τελευταία με το 2008 να έχει δημόσιες δαπάνες υγείας στο 6,3% δείχνοντας τη χαμηλή συμβολή του κράτους στο χώρο της υγείας.



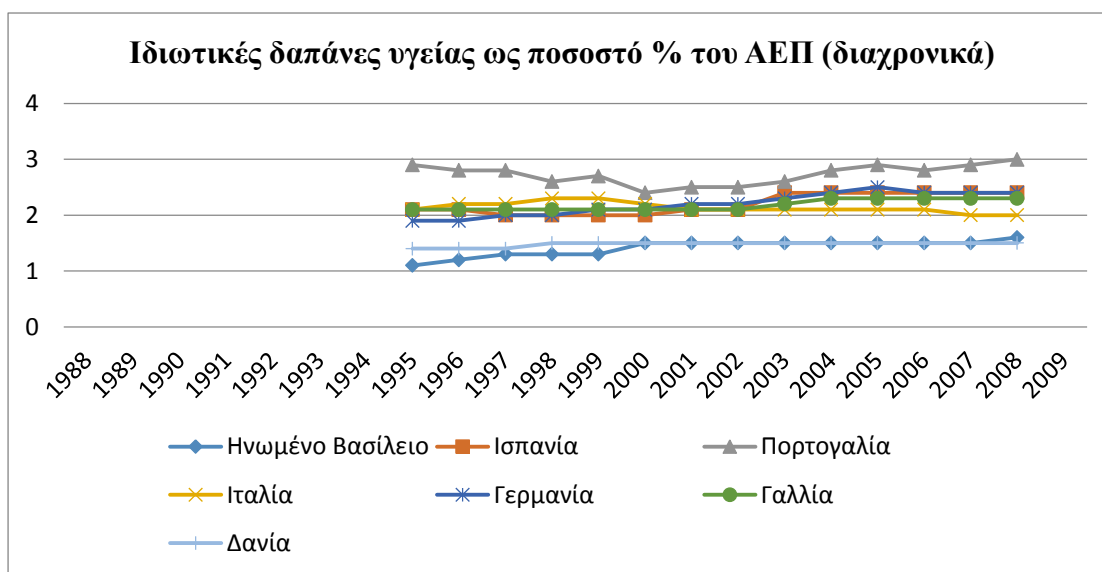
Διάγραμμα 37: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (μέσοι όροι) (1995-2008)

Όπως και παραπάνω διαχρονικά τις υψηλότερες δαπάνες υγείας έχει η Γαλλία στο 8,4% με τη Γερμανία να ακολουθεί στο 8,2%. Η Δανία με βάση τα όσα έχουμε δει σε προηγούμενα διαγράμματα και έχοντας ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας στην Ευρώπη είναι έκπληξη που βρίσκεται τόσο πίσω στο 7,3%. Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ιταλία βρίσκονται κοντά στο 6%, με την Ισπανία να κλείνει στο 5,5%.

4.3.3 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, εκτίμηση Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (Private sector expenditure on health as % of GDP, WHO estimates)

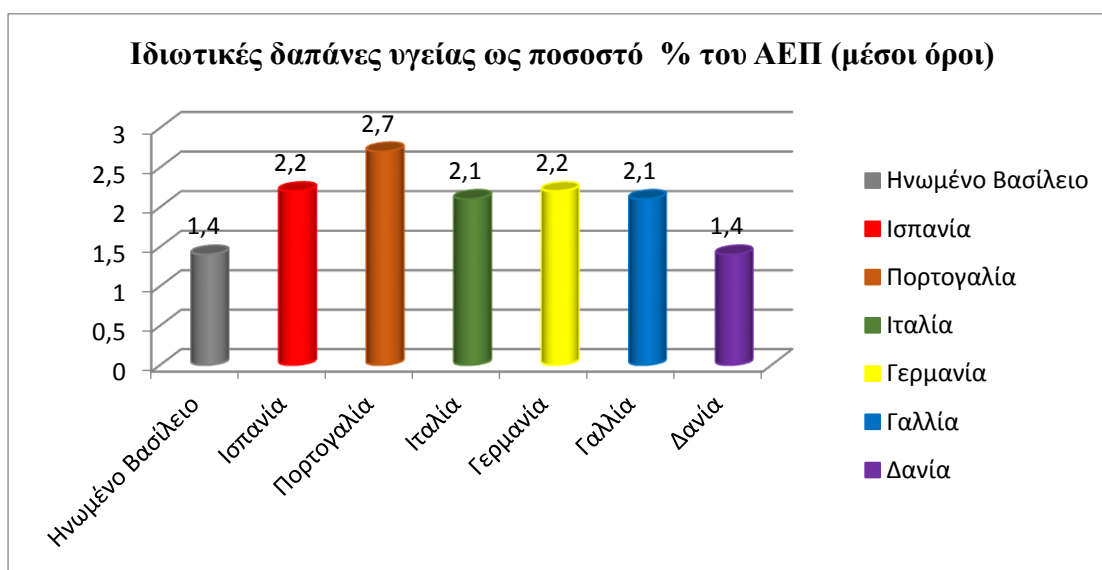
Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούνται από τις δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών (out-of-pocket payments). Στην ανάλυσή μας περιμένουμε να δούμε υψηλά ποσοστά σε χώρες που δε φημίζονται για πρότυπα συστήματα υγείας

και έχουμε σχετικές ενδείξεις από τη μελέτη που έχει ήδη προηγηθεί και παρουσιαστεί (π.χ. Πορτογαλία) και το ακριβώς αντίθετο σε χώρες όπως η Δανία.



Διάγραμμα 38: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (διαχρονικά) (1995-2009)

Με στοιχεία του ΠΟΥ και εδώ από το 1995 και έπειτα πράγματι βλέπουμε την Πορτογαλία να σημειώνει τα υψηλότερα ποσοστά κλείνοντας το 2008 στο 3% και τη Δανία τα χαμηλότερα οριακά από το Ηνωμένο Βασίλειο (1,5% και 1,6% αντίστοιχα). Ισπανία, Γερμανία και Γαλλία έχουν παρόμοια ποσοστά στο 2,3% και 2,4% και την Ιταλία να βρίσκεται πιο πίσω στο 2%. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει το μικρότερο ποσοστό στο 1,1% το 1995 και η Πορτογαλία όπως ήδη αναφέραμε είναι η μόνη χώρα που φτάνει το 3% το 2008.

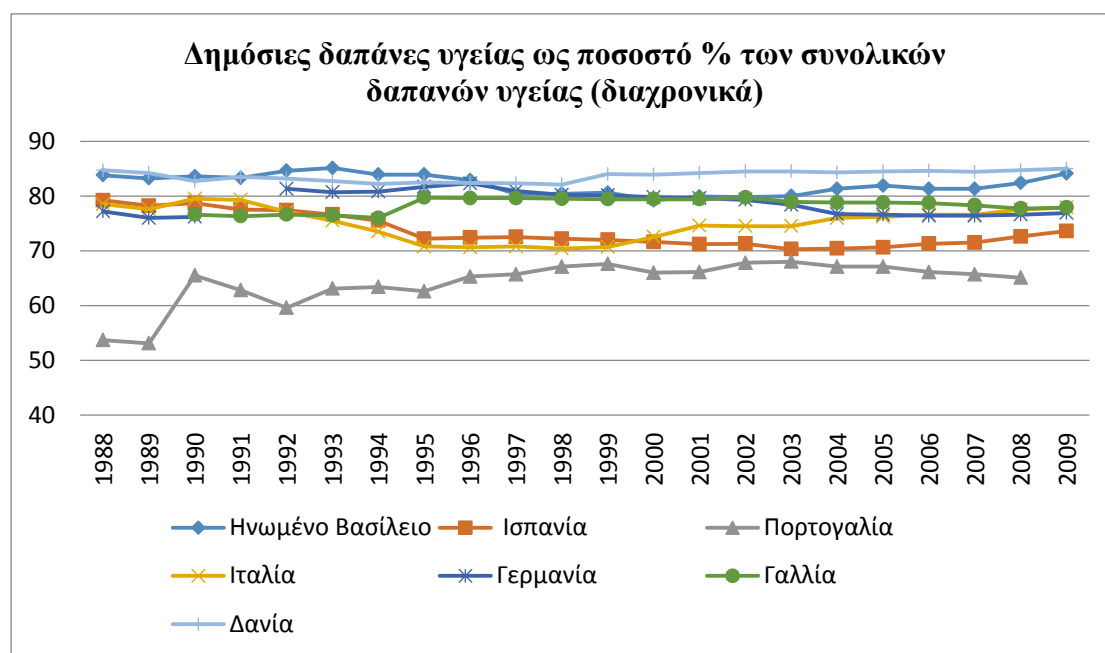


Διάγραμμα 39: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ (μέσοι όροι) (1995-2009)

Στους μέσους όρους διαχρονικά η Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκονται στην απόλυτη ισορροπία με ποσοστό 1,4%, τις Ισπανία, Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία να είναι όλες μαζί στο 2,1% - 2,2% και την Πορτογαλία να ξεχωρίζει στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας φτάνοντας στο αρκετά υψηλό 2,7%, ένα ποσοστό που δείχνει τη μεγάλη ανάγκη της χώρας για αλλαγές πάνω στον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα υγείας της.

4.3.4 Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Public sector health expenditure as % of total health expenditure)

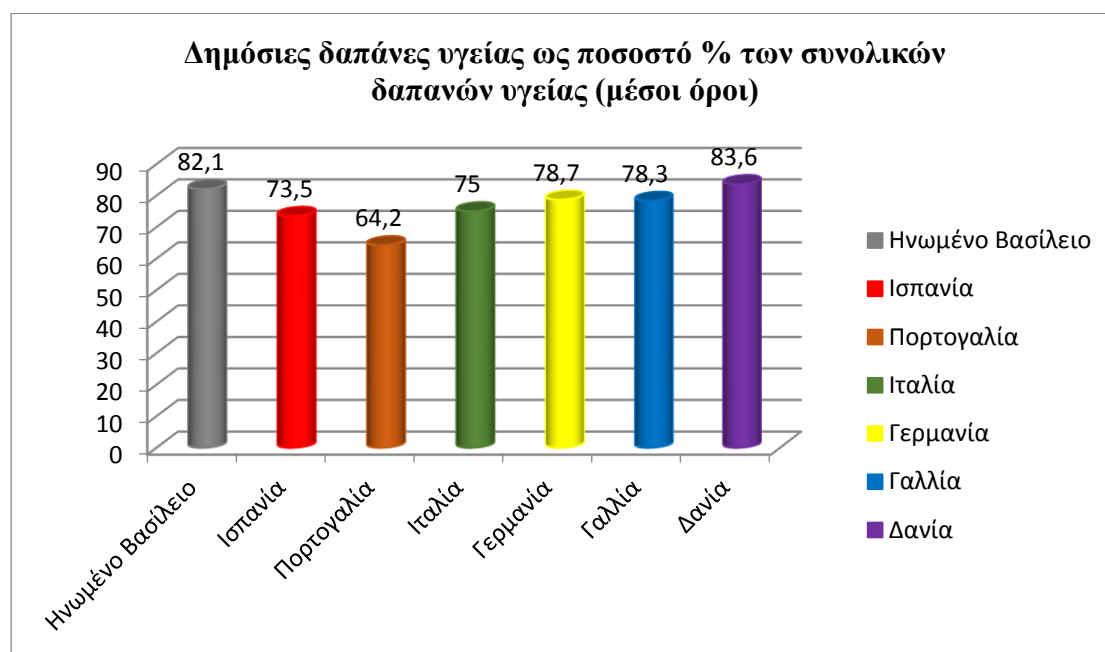
Σε αντίθεση με τους προηγούμενους δείκτες που οι συγκρίσεις γίνονται σε σχέση με το ΑΕΠ κάθε χώρας τώρα θα παρουσιάσουμε κάτι διαφορετικό. Ναι μεν θα αναφερθούμε ξανά σε δημόσιες δαπάνες αλλά αυτή τη φορά σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας προκειμένου να διαπιστώσουμε το μέγεθος της κρατικής συνεισφοράς.



Διάγραμμα 40: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά) (1988-2009)

Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες χώρες παρουσιάζουν αρκετά υψηλά ποσοστά. Η Δανία ως Σκανδιναβική χώρα δεν προκαλεί έκπληξη που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό φτάνοντας το 2009 το 85% (το υψηλότερο που θα δούμε). Ελάχιστα χαμηλότερα ποσοστά συναντάμε στο Ηνωμένο Βασίλειο που με ένα

οργανωμένο κρατικό μηχανισμό και εξαιρετική σταθερότητα την περίοδο που αναλύουμε (1988-2009) καταλήγει στο 84,1%. Οι Ιταλία, Γερμανία και Γαλλία έχουν αρκετά μικρότερη συνεισφορά του κράτους με ποσοστά που κυμαίνονται στο 70%-80% όλα αυτά τα χρόνια. Η Ισπανία ενώ το 1988 τα ποσοστά της είναι μεγαλύτερα του 79% βλέπουμε το 2009 να μειώνεται σημαντικά στο 73,6%. Τέλος, η Πορτογαλία βρίσκεται πολύ πιο χαμηλά με το ανώτερο της ποσοστό να μην ξεπερνάει το 67% κάτι λογικό δεδομένου ότι στον προηγούμενο δείκτη είδαμε ότι έχει υψηλές ιδιωτικές δαπάνες.

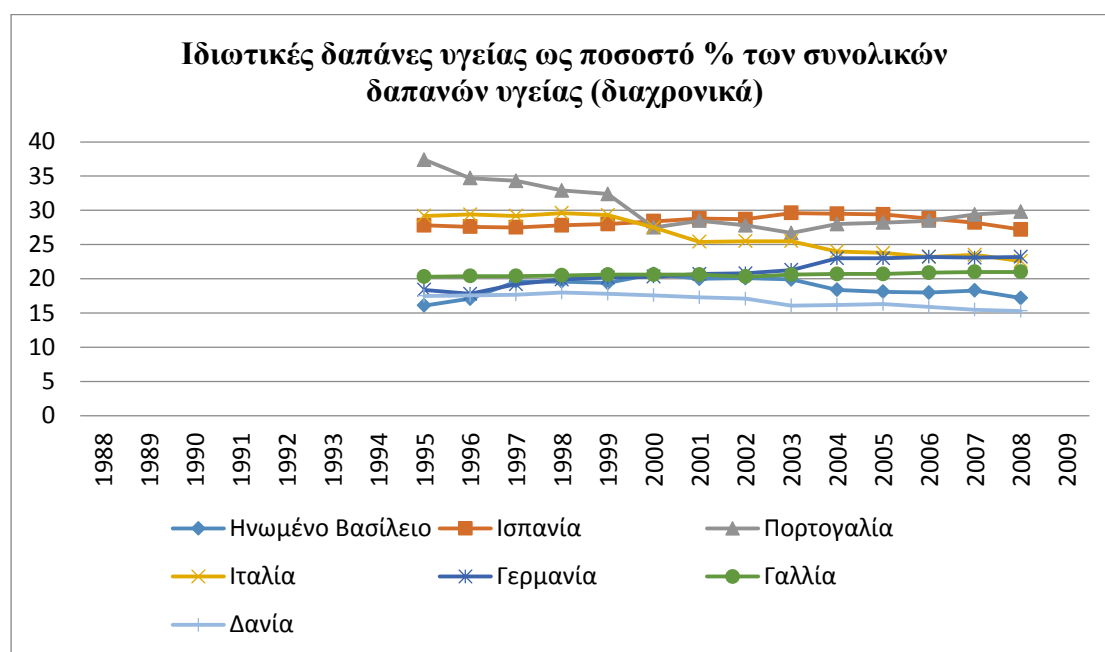


Διάγραμμα 41: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι) (1988-2009)

Ανακεφαλαιώνουμε στους μέσους όρους διαχρονικά μη βλέποντας σημαντικές αλλαγές μιας και υπάρχει σημαντική σταθερότητα όλα αυτά τα χρόνια. Η Δανία εξακολουθεί να προηγείται σε δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών με το Ηνωμένο Βασίλειο να βρίσκεται 1,5% πιο πίσω. Γερμανία και Γαλλία ξεπερνούν το 78%, η Ιταλία στο 75%, 1,5% πίσω η Ισπανία στο 73,5% και στην ουρά η Πορτογαλία μόλις στο 64,2% σε δημόσιες δαπάνες.

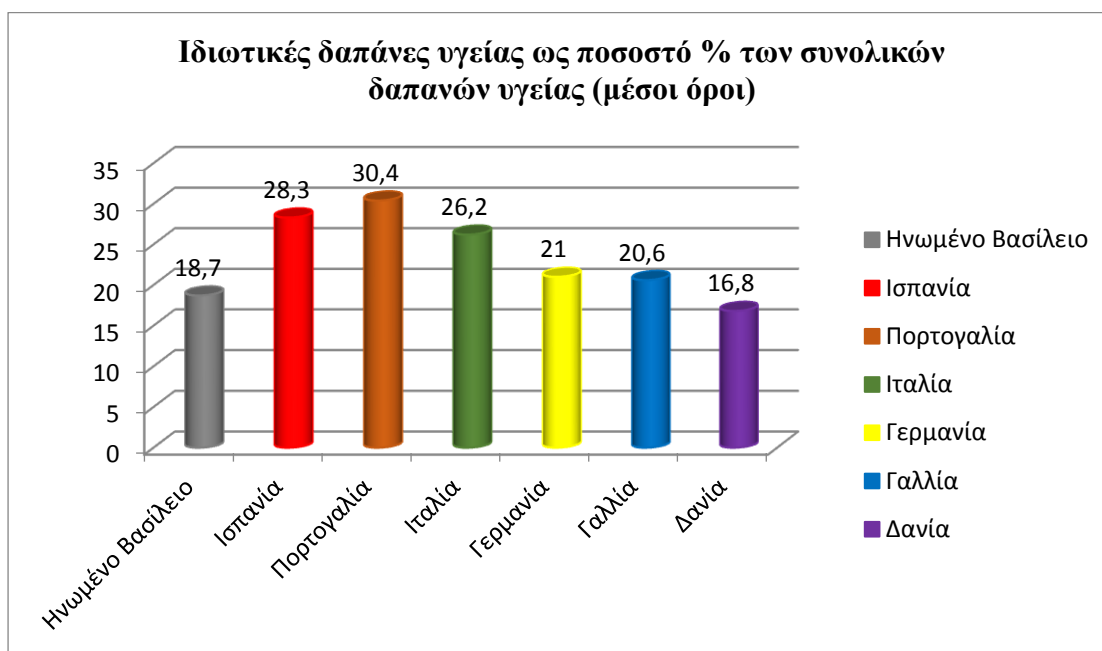
4.3.5 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας, εκτίμηση Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates)

Έχουμε ήδη αναλύσει τι περιλαμβάνουν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε αυτόν όμως το δείκτη θα αναζητήσουμε το ποσοστό τους επί των συνολικών δαπανών υγείας. Αυτός ο δείκτης έχει άμεση σχέση με τον παραπάνω οπότε αναμένουμε χώρες όπως η Πορτογαλία με χαμηλές δημόσιες δαπάνες να έχει υψηλές ιδιωτικές και αντίστροφα.



Διάγραμμα 42: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά) (1995-2008)

Πράγματι με στοιχεία που μας δίνει ο ΠΟΥ από το 1995 και έπειτα η Πορτογαλία σημειώνει τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες παρά τη σημαντική πτώση από το 2000 και μετά (από το 37,4% το 1995 στο 27,5% το 2000). Ακολουθεί η Ισπανία με μια εντυπωσιακή σταθερότητα όλα αυτά τα χρόνια με ποσοστά που κυμαίνονται στο 27% - 29%. Στη συνέχεια η Ιταλία με συνεχή καθοδική πορεία φτάνοντας από το 29,2% το 1995 στο 22,6% το 2008. Η Γερμανία έχει μια ανοδική τάση κλείνοντας στο 23,2% και λίγο πιο κάτω συναντάμε τη Γαλλία με σταθερά ποσοστά στο 20% - 21%. Το Ηνωμένο Βασίλειο και η Δανία με οργανωμένα δημόσια συστήματα υγείας δεν προκαλούν εντύπωση που έχουν τα μικρότερα ποσοστά (17,2% και 15,3% αντίστοιχα).

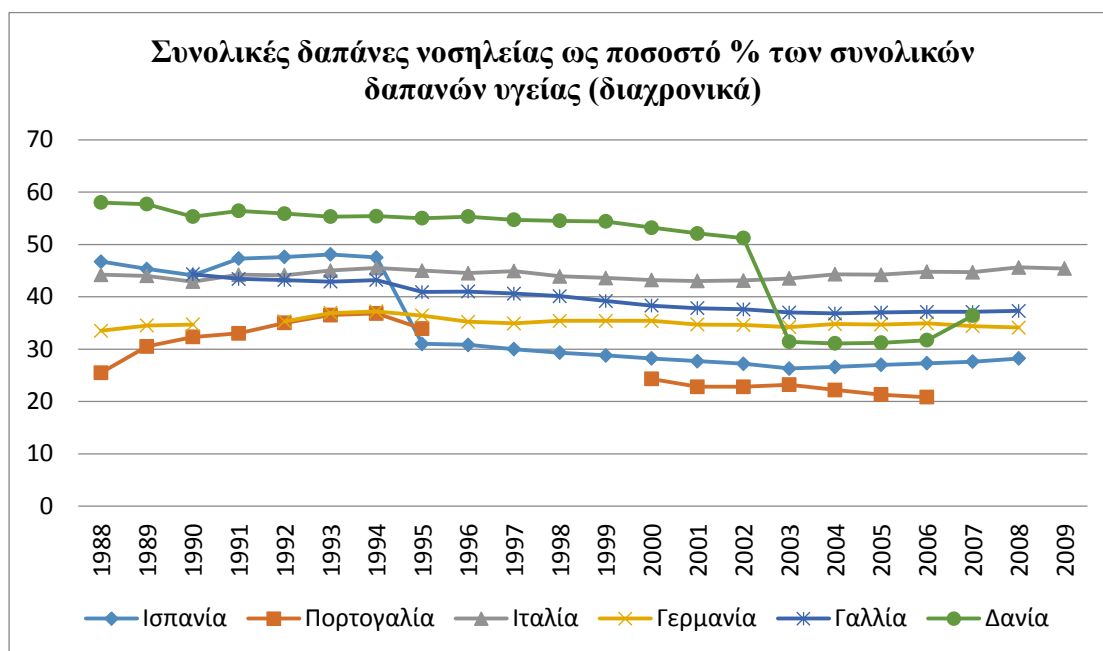


Διάγραμμα 43: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι) (1995-2008)

Ανακεφαλαιώνοντας με τους μέσους όρους ιδιωτικών δαπανών την περίοδο 1995 – 2008 το χαμηλότερο νούμερο έχει η Δανία στο 16,8% και το Ηνωμένο Βασίλειο να ακολουθεί στο 18,7%. Η Γαλλία και η Γερμανία βρίσκονται πολύ κοντά (20,6% και 21% αντίστοιχα) με τα ποσοστά στις Ιταλία (26,2%), Ισπανία (28,3%) και ειδικά Πορτογαλία (30,4%) να ξεφεύγουν.

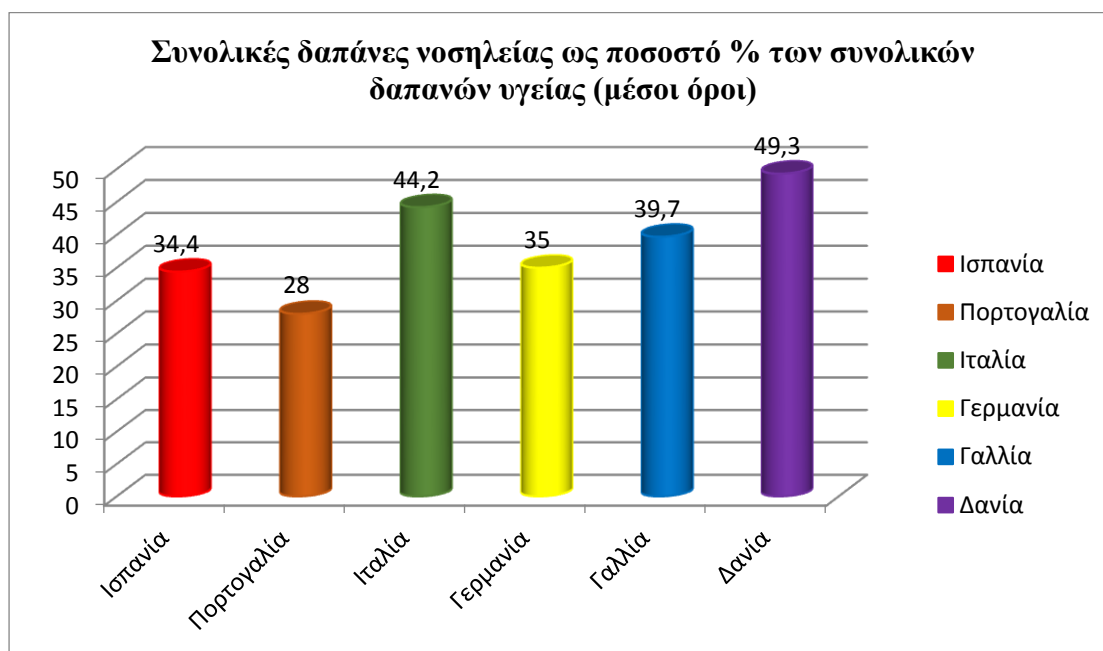
4.3.6 Συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Total inpatient expenditure as % of total health expenditure)

Ο δείκτης αυτός υπολογίζει το σύνολο των νοσοκομειακών δαπανών (δημοσίων και ιδιωτικών) σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Οι νοσοκομειακές δαπάνες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στα συστήματα υγείας διότι αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των δημοσίων δαπανών υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα όλες οι χώρες να προσπαθούν να περιορίσουν αυτό το κόστος και ιδιαίτερα τις αλόγιστες σπατάλες χωρίς να μειώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους χωρίς να πετυχαίνουν πάντα το σκοπό τους.



Διάγραμμα 44: Συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά) (1988-2009)

Η Δανία μέχρι το 2002 παρουσιάζει τις μεγαλύτερες νοσοκομειακές δαπάνες σε σχέση με τις συνολικές με τα ποσοστά της να βρίσκονται σταθερά πάνω από το 50% και πλησιάζοντας το 60%. Από το 2003 και έπειτα τα μέτρα που πάρθηκαν για τη μείωση αυτών των δαπανών είχαν αποτέλεσμα με τα ποσοστά της να κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα άνω του 30%. Η Ιταλία όλα αυτά τα χρόνια παρουσιάζει μία σημαντική σταθερότητα με ποσοστά 43% - 45%. Η Γαλλία ξεκίνησε το 1990 στο 44,3% αλλά μέχρι το 2008 έφτασε στο 37,3%. Ακολουθεί η Γερμανία με ποσοστά που κυμαίνονται στο 33% - 37%. Η Ισπανία ενώ έφτασε το 1993 να ξεπερνάει το 48% ύστερα σημείωσε μεγάλη μείωση κλείνοντας το 2008 στο 28,2%. Η Πορτογαλία αν και δεν μας δίνει στοιχεία για όλα τα χρόνια δείχνει να έχει τις μικρότερες νοσοκομειακές δαπάνες κοντά στο 21%. Το Ηνωμένο Βασίλειο απουσιάζει από το διάγραμμά μας καθώς δεν υπάρχουν στοιχεία για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

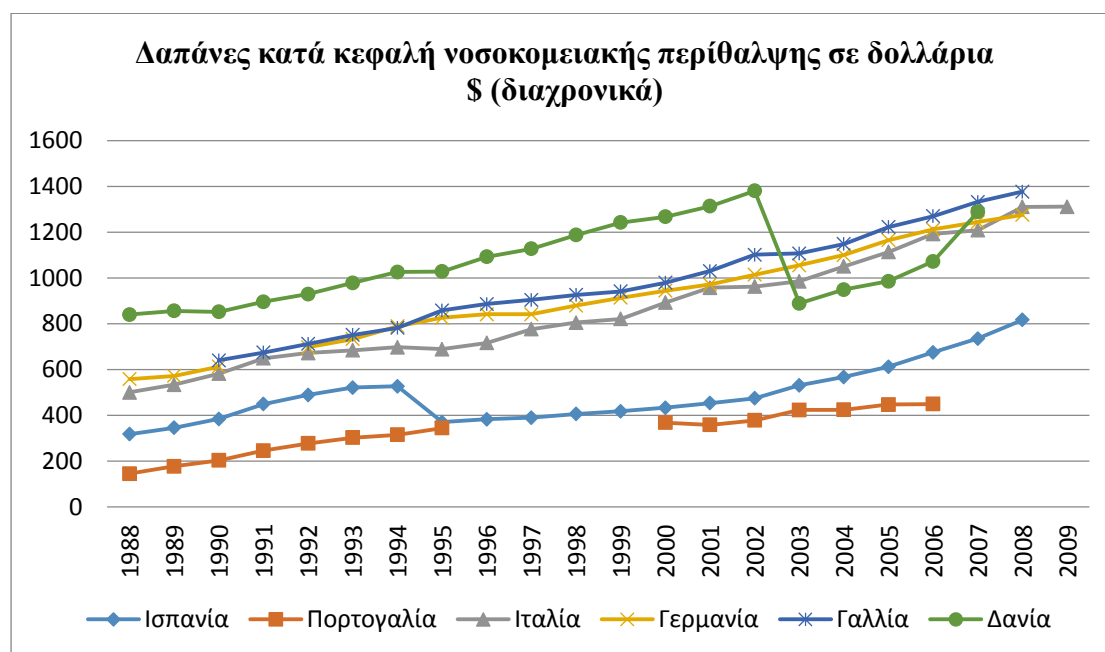


Διάγραμμα 45: Συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι) (1988-2009)

Εδώ οι μέσοι όροι των νοσοκομειακών δαπανών διαχρονικά παρουσιάζουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον μιας και είδαμε απότομες αλλαγές στα ποσοστά με σημαντικές πτώσεις. Η Δανία παρά τη μεγάλη μείωση των ποσοστών της από το 2003 και μετά βρίσκεται άνετα στην κορυφή με 49,3%. Η Ιταλία με σταθερά ποσοστά βρίσκεται στο 44,2% και ακολουθεί η Γαλλία στο 39,7%. Η Γερμανία μια χώρα που προσέχει πολύ στις δαπάνες της έχει ένα ποσοστό στο 35% και οριακά πίσω βρίσκεται η Ισπανία στο 34,4%. Ο μέσος όρος της Πορτογαλίας επειδή δεν γνωρίζουμε τα ποσοστά για όλα τα χρόνια μπορεί να είναι παραπλανητικός αλλά ενδεικτικά βρίσκεται στο 28%.

4.3.7 Δαπάνες κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης σε δολλάρια \$ (Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita)

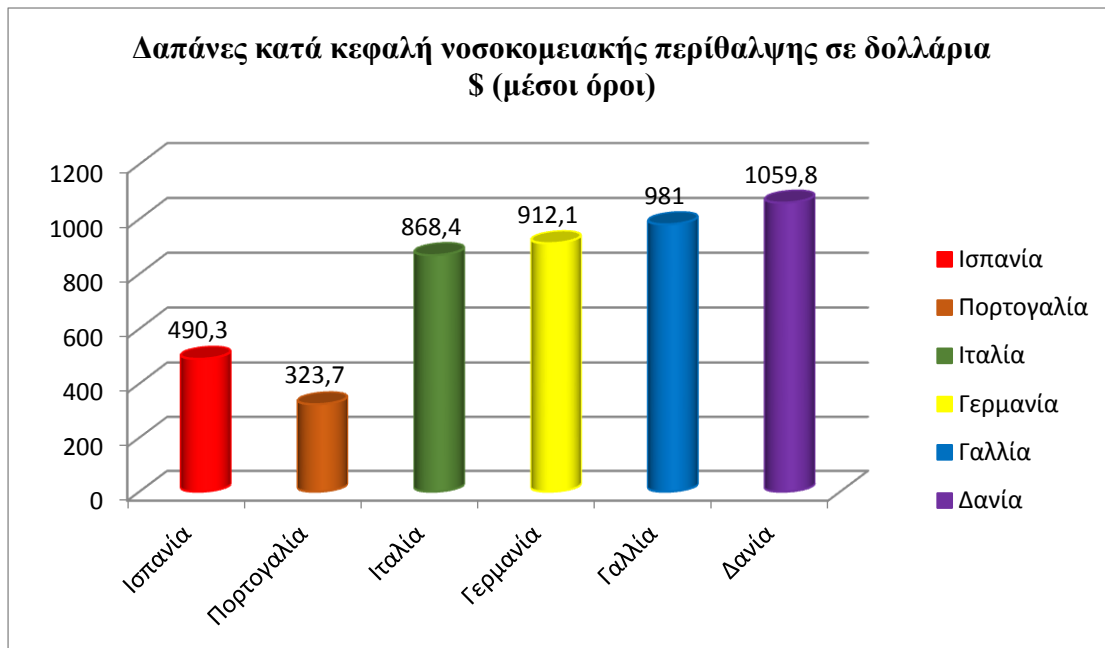
Προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα τις νοσοκομειακές δαπάνες υπολογίζουμε και τον δείκτη κατά κεφαλήν νοσοκομειακής περίθαλψης σε δολλάρια ο οποίος έρχεται σε άμεση συνάρτηση με τον προηγούμενο. Το δολλάριο είναι ένα νόμισμα που χρησιμοποιείται για συναλλαγές και αγορές σε όλο τον κόσμο οπότε μας επιτρέπει να κάνουμε καλύτερες και αποτελεσματικότερες συγκρίσεις.



Διάγραμμα 46: Δαπάνες κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης σε δολλάρια \$ (διαχρονικά) (1988-2009)

Όπως και στον προηγούμενο δείκτη έτσι και εδώ τα στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου δε δίνονται στη δημοσιότητα οπότε θα αναλύσουμε τις υπόλοιπες έξι χώρες. Τις υψηλότερες δαπάνες τις συναντάμε μέχρι το 2002 στη Δανία με 1380\$. Το 2003 σημείωσε σημαντικές περικοπές αλλά από τότε και μέχρι το 2007 οι δαπάνες πήραν την ανιούσα κλείνοντας στα 1288\$. Οι δαπάνες της Γαλλίας το 1990 ήταν μόλις στα 640\$ αλλά μέχρι το 2008 εκτοξεύθηκαν στα 1377\$ κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης. Η Γερμανία αναμενόμενα ακολουθεί ξεκινώντας από τα 558\$ στα 1275\$. Ύστερα η Ιταλία σημειώνει μεγάλη αύξηση από τα 500\$ το 1988 στα 1311\$ το 2009 μη μπορώντας να περιορίσει τις δαπάνες της. Η Ισπανία βρίσκεται πολύ πιο χαμηλά στα 817\$ το 2008 και τέλος η Πορτογαλία στα μόλις 449\$ το 2006.

Παρατηρούμε ότι όλες οι χώρες έχουν αυξήσεις των δαπανών τους που επιβαρύνουν σημαντικά τα οικονομικά τους.

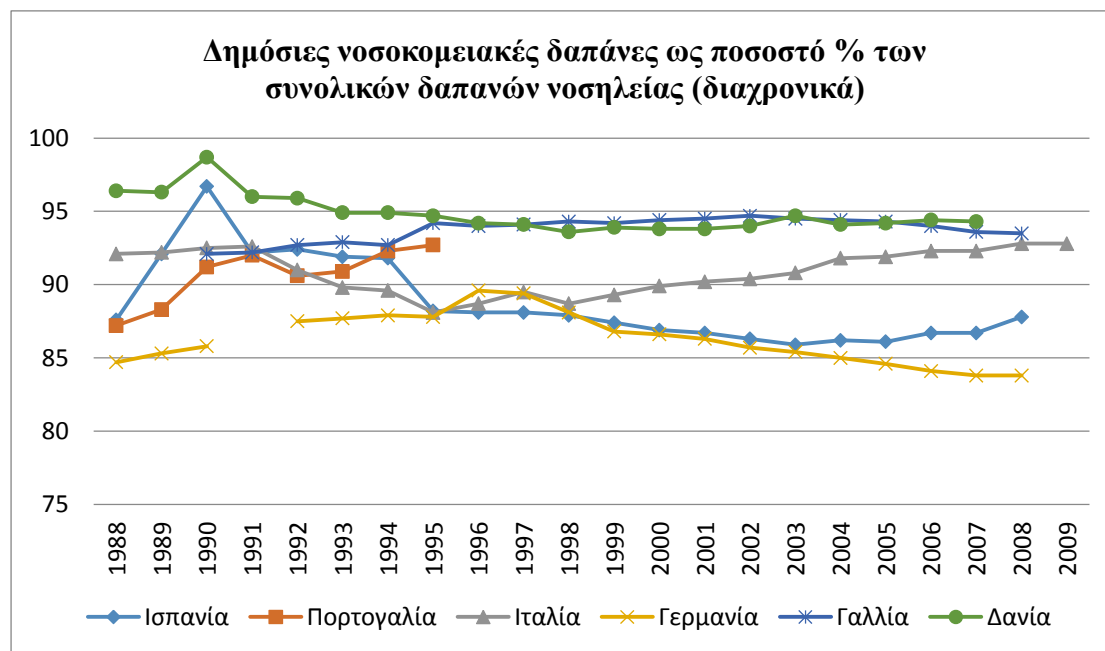


Διάγραμμα 47: Δαπάνες κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης σε δολλάρια \$ (μέσοι όροι) (1988-2009)

Καμία έκπληξη και στους μέσους όρους των δαπανών κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης. Η Δανία ξεοδεύει τα περισσότερα με μέσο όρο τα 1059,8\$ και ακολουθεί η Γαλλία στα 981\$. Λίγο πιο πίσω η Γερμανία στα 912,1\$ και η Ιταλία με 868,4\$. Τέλος, με πολύ μεγάλη διαφορά σε σχέση με τις παραπάνω χώρες η Ισπανία βρίσκεται στα 490,3\$ και η Πορτογαλία μόλις στα 323,7\$.

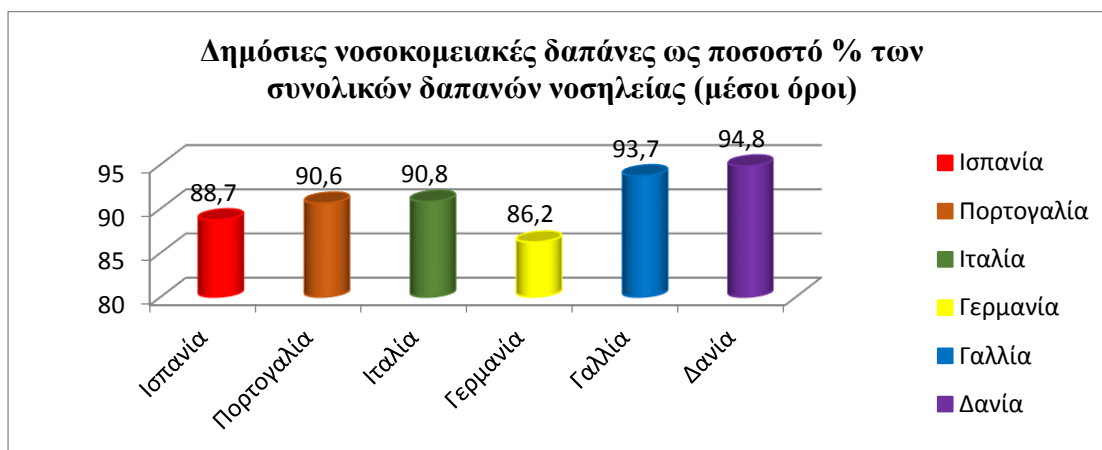
4.3.8 Δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών νοσηλείας (Public inpatient expenditure as % of total inpatient expenditure)

Ο δείκτης αυτός αναφέρεται στις δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες για όλα τα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά) οπότε υπολογίζοντάς τες επί των συνολικών δαπανών υγείας, αναμένουμε για όλες τις χώρες να δούμε πολύ υψηλά ποσοστά.



Διάγραμμα 48: Δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών νοσηλείας (διαχρονικά) (1988-2009)

Πράγματι στο συγκεκριμένο δείκτη όλες οι χώρες της έρευνάς μας ξεπερνούν το 80%. Η Δανία και εδώ παρουσιάζει διαχρονικά τα υψηλότερα ποσοστά πλησιάζοντας ακόμη και το 100% (98,7% το 1990). Από κοντά και η Γαλλία με σταθερά ποσοστά όλα αυτά τα χρόνια στο 92% - 94%. Η Πορτογαλία μέχρι το 1995 έχει ξεπεράσει το 92% αλλά από κει και πέρα παύει να δίνει στοιχεία του συγκεκριμένου δείκτη. Η Ιταλία εμφανίζει νούμερα που κυμαίνονται από 88% - 93% ενώ λίγο πιο κάτω είναι η Ισπανία με 85% - 92%. Τα χαμηλά ποσοστά της Γερμανίας δεν προκαλούν εντύπωση καθώς είναι χώρα που δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Το Ηνωμένο Βασίλειο ούτε εδώ εμφανίζει στοιχεία για το συγκεκριμένο δείκτη.

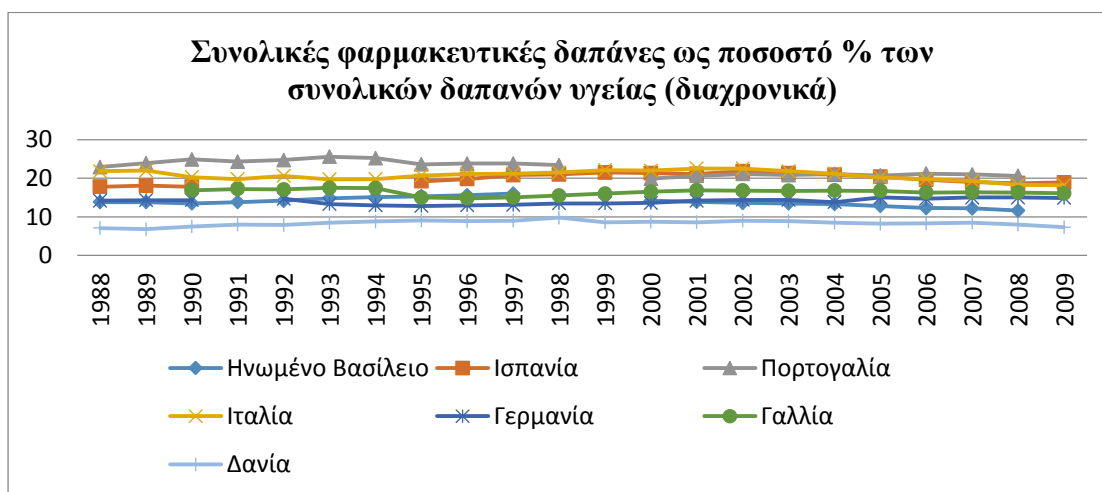


Διάγραμμα 49: Δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών νοσηλείας (μέσοι όροι) (1988-2009)

Συμπεραίνοντας στην κορυφή βρίσκεται η Δανία με μέσο όρο 94,8% δίνοντας έμφαση στην νοσοκομειακή φροντίδα υγείας με τη Γαλλία λίγο πιο πίσω στο 93,7%. Ιταλία και Πορτογαλία ξεπερνούν το 90%, η Ισπανία βρίσκεται στο 88,7% και τέλος η Γερμανία αρκετά χαμηλά στο 86,2%.

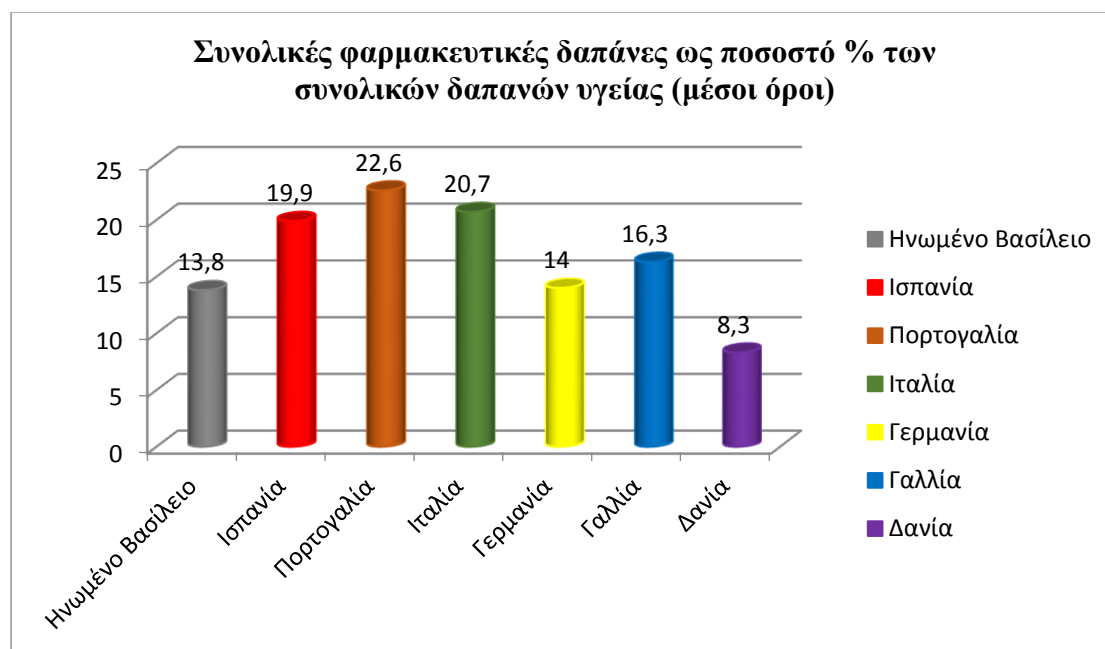
4.3.9 Συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Total pharmaceutical expenditure as % of total health expenditure)

Έχουμε ήδη αναλύσει σε προηγούμενο κεφάλαιο τι είναι και τι περιλαμβάνουν οι φαρμακευτικές δαπάνες αλλά τώρα θα χρησιμοποιήσουμε τον συγκεκριμένο δείκτη ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας.



Διάγραμμα 50: Συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά) (1988-2009)

Τα νούμερα της Δανίας αποτελούν τη μεγαλύτερη έκπληξη καθώς έχουμε δει μέχρι τώρα να βρίσκεται στην κορυφή των περισσότερων δεικτών επενδύοντας σημαντικά ποσά στο χώρο της υγείας. Φυσικά δε σημαίνει ότι υστερεί απαραίτητα στον τομέα των φαρμάκων επειδή έχει μακράν τις χαμηλότερες δαπάνες αλλά μπορεί να λειτουργεί τις καλύτερες πολιτικές συγκράτησης του κόστους. Τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες τις συναντάμε στις Πορτογαλία, Ισπανία και Ιταλία που ξεπερνούν το 20% (η Πορτογαλία ορισμένες περιόδους και το 25%). Η Γαλλία κινείται σε σταθερά ποσοστά 15% - 17% ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η μόνη χώρα που προσπαθεί να πλησιάσει τα ποσοστά της Δανίας κλείνοντας το 2008 στο 11,6%. Είναι σαφής η προσπάθεια όλων να περιορίσουν τις φαρμακευτικές δαπάνες με κάποιες χώρες να τα καταφέρνουν καλύτερα από τις υπόλοιπες.

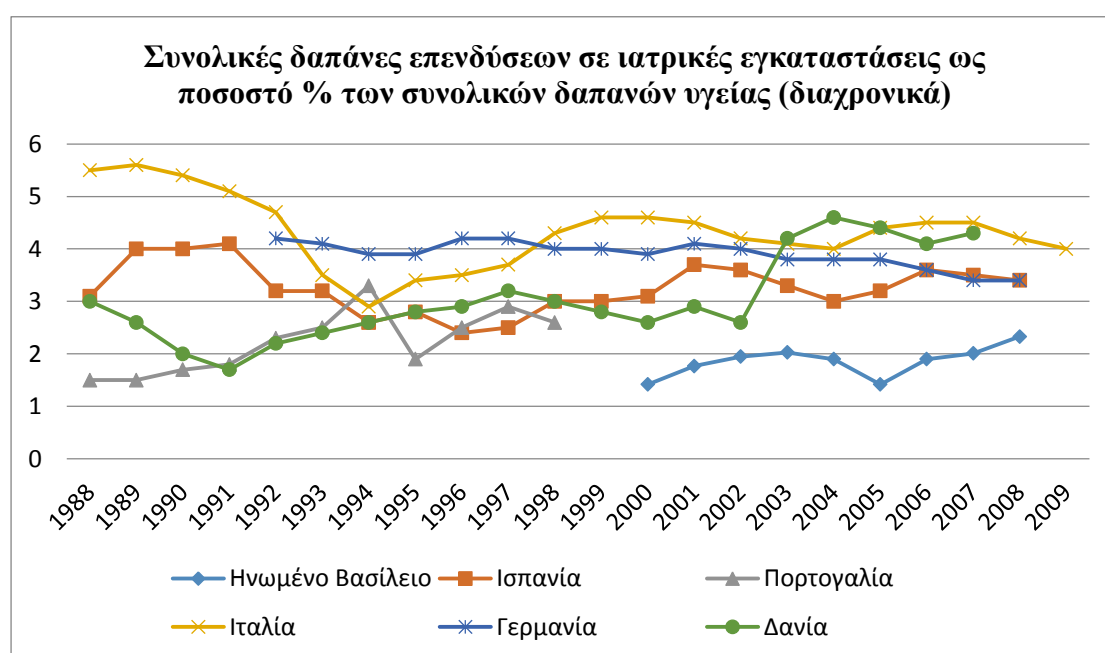


Διάγραμμα 51: Συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι) (1988-2009)

Στους μέσους όρους διαχρονικά τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες σημειώνει η Πορτογαλία με 22,6% επί των συνολικών δαπανών υγείας και τις χαμηλότερες η Δανία στο 8,3% με τη διαφορά τους της τάξεως του 14,3% να είναι πολύ μεγάλη. Η Ιταλία και η Ισπανία ακολουθούν με 20,7% και 19,9% αντίστοιχα, Αρκετά χαμηλότερες δαπάνες συναντάμε στη Γαλλία με 16,3% ενώ η Γερμανία (14%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (13,8%) έχουν παρόμοιες δαπάνες.

4.3.10 Συνολικές δαπάνες επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure)

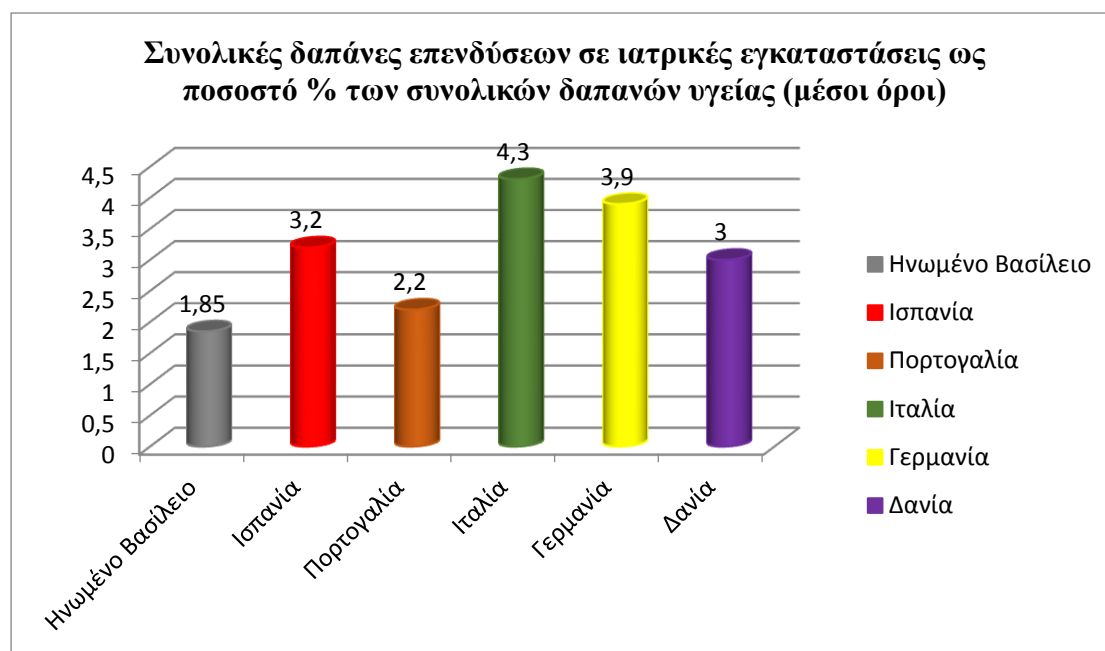
Οι ιατρικές εγκαταστάσεις αφορούν όλα τα μέσα και τα μηχανήματα που είναι απαραίτητα για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας π.χ. σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις. Ο συγκεκριμένος δείκτης υπολογίζει το ποσοστό των συνολικών δαπανών επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις επί των συνολικών δαπανών υγείας.



Διάγραμμα 52: Συνολικές δαπάνες επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (διαχρονικά) (1988-2009)

Αρκετά χαμηλά τα ποσοστά σε όλες τις χώρες με ορισμένες από αυτές να μην δίνουν στοιχεία για όλα τα χρόνια (η Πορτογαλία μέχρι το 1998 ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο από το 2000 και έπειτα). Η Ιταλία είναι η χώρα που επενδύει περισσότερο σε ιατρικές εγκαταστάσεις αν και σημειώνει σημαντική μείωση τα τελευταία χρόνια (από 5,5% το 1988 στο 4% το 2009). Η Δανία ξεκίνησε το 1988 από το 3%, το 1991 ήταν μόλις στο 1,7% αλλά ύστερα σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση μεταξύ των υπό εξέταση χωρών κλείνοντας το 2007 στο 4,3%. Η Γερμανία επιδεικνύει μια σταθερότητα της τάξεως του 3% - 4% και η Ισπανία στο 2% - 4%. Η Πορτογαλία το

1998 φτάνει στο 2,6% ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται το 2008 μόλις στο 2,33%. Η Γαλλία απουσιάζει από το συγκεκριμένο δείκτη.



Διάγραμμα 53: Συνολικές δαπάνες επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας (μέσοι όροι) (1988-2009)

Κλείνοντας τους δείκτες διαχρονικά ξεχωρίζουν η Ιταλία (4,3%) με αρκετές και έντονες αυξομειώσεις διαχρονικά και η Γερμανία (3,9%) με διαχρονικά σταθερές επενδύσεις. Η Ισπανία ακολουθεί στο 3,2% ενώ η Δανία βρίσκεται στο 3%, παρά τη διαρκή διαχρονική αύξηση των σχετικών δαπανών, επηρεασμένη από τις χαμηλές δαπάνες της δεκαετίας του '90. Η Πορτογαλία στο 2,2% και το Ηνωμένο Βασίλειο μόλις στο 1,85% δείχνουν την ανάγκη για μεγαλύτερες επενδύσεις στις ιατρικές εγκαταστάσεις κάτι απολύτως απαραίτητο στη σύγχρονη εποχή για ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

4.4 Συμπεράσματα

Σε αυτό το κεφάλαιο χρησιμοποιώντας στοιχεία από την βάση στατιστικών δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROSTAT) και του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, WHO) εστίασαμε σε επτά κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Δανία). Δεν αναφερθήκαμε αποκλειστικά στις ιατρικές και φαρμακευτικές δαπάνες αλλά σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας. Αφού διαχωρίσαμε τους δείκτες σε νοσοκομειακών δραστηριοτήτων και δαπανών υγείας εστίασαμε σε στοιχεία ιδιαίτερος σημαντικά όπως ο αριθμός εξιτηρίων και χειρουργικών επεμβάσεων, η μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας, το ποσοστό κάλυψης κλινών, οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, οι διαφορές ανάμεσα σε δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες, οι δαπάνες νοσηλείας, κατά κεφαλή νοσοκομειακής περίθαλψης, επενδύσεων σε ιατρικές εγκαταστάσεις κ.ά. Διαπιστώσαμε ότι ενώ μιλάμε για χώρες οργανωμένες, με ισχυρές οικονομίες και σύγχρονο τρόπο ζωής οι διαφορές μεταξύ τους στο χώρο της υγείας είναι μεγάλες. Χώρες του νότου και γειτονικές όπως η Ισπανία και η Πορτογαλία ταυτίζονται σε πολλούς δείκτες (π.χ. αριθμός εξιτηρίων) αποδεικνύοντας ότι η γεωγραφική περιοχή αποτελεί σημαντικό παράγοντα αξιολόγησης. Ιδιαίτερα η Πορτογαλία στους περισσότερους δείκτες εμφανίζει τα χειρότερα νούμερα και ποσοστά λόγω της αδυναμίας του συστήματος υγείας και της οικονομίας της γενικά σε σχέση με τις συγκρίσιμες χώρες. Οι υπόλοιπες χώρες του νότου (Ιταλία, Γαλλία) βρίσκονται σε σαφώς καλύτερη κατάσταση (ιδιαίτερα η Γαλλία) αλλά είναι προφανές ότι χρειάζονται περαιτέρω μεταρρυθμίσεις στο νευραλγικό χώρο της υγείας. Το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία με σταθερές οικονομίες και σημαντικές μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας παρουσιάζουν καλύτερα νούμερα και ποσοστά τα τελευταία χρόνια παρά τις σημαντικές αυξήσεις του κόστους δείχνοντας την τάση να αντέξουν την οικονομική κρίση. Τέλος, η Δανία η μοναδική εκπρόσωπος της Σκανδιναβίας αποδεικνύει την υπεροχή του βορρά στην αποτελεσματικότερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας βρισκόμενη σταθερά στις πρώτες σε όλους τους παραπάνω δείκτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, τα αποτελέσματα των εμπειρικών εκτιμήσεων βασίζονται σε μεθόδους Panel Data, δηλαδή συνδυασμού χρονολογικών σειρών (time-series data) και διαστρωματικών στοιχείων (cross-section data).

Οι (Hsiao; Hsiao, 1979b; Klevmarken, 1989; Solon, 1989) αναφέρουν συγκεντρωτικά τα οφέλη που προκύπτουν από τη χρήση των Panel Data. Τέτοια πλεονεκτήματα είναι τα ακόλουθα:

- Περιορίζουν το πρόβλημα της ετερογένειας
- Δίνουν περισσότερες πληροφορίες από τα συμπεράσματα που προκύπτουν, τα οποία είναι πιο αποτελεσματικά, περισσότερους βαθμούς ελευθερίας, καθώς και μειώνουν το πρόβλημα της πολυσυγγραμικότητας.
- Είναι καλύτερα για τη μελέτη διαδοχικών και διαχρονικών προσαρμογών των δεδομένων που είναι διαθέσιμα.
- Επιτρέπουν τη χρήση πιο περίπλοκων υποδειγμάτων (μοντέλων).
- Εφαρμόζονται συνήθως σε ομάδες της μικροοικονομίας.

Στην παρούσα μελέτη, η εμπειρική ανάλυση που ακολουθεί εστιάζει εκεί όπου η εφαρμογή των panel data παρέχει σημαντικά πλεονεκτήματα γύρω από την έρευνα των διαστρωματικών στοιχείων (cross-section).

Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό των μελετών που χρησιμοποιούν panel data είναι ότι οι μεταβολές, συνήθως, συμπεριλαμβάνονται αυτομάτως στο σχεδιασμό τους. Άρα οι αλλαγές μιας μεταβλητής σε ένα σύνολο μεταβλητών μετρούνται άμεσα.

Μια παλινδρόμηση σε panel data διαφέρει από εκείνες των χρονολογικών σειρών στη διπλή διάσταση των μεταβλητών της, δηλαδή

$$Y_{it} = \alpha + X_{it} \beta + U_{it} \quad (1)$$

Όπου, $U_{it} = \mu_i + v_{it}$, ο διαταρακτικός όρος

$i = 1, 2, \dots, N$, η διάσταση των διαστρωματικών στοιχείων (cross-section)

$t = 1, 2, \dots, T$, η διάσταση των χρονολογικών σειρών (time series)

α , μία σταθερά

β , ένα $K \times 1$ διάνυσμα και

X_{it} , η i -οστή παρατήρηση από τις K ερμηνευτικές μεταβλητές.

Στη γενική περίπτωση των pooled OLS models υποτίθεται ότι όλες οι παράμετροι είναι ίδιες για κάθε διαστρωματικό στοιχείο (Holtz-Eakin, et al., 1988). Ωστόσο ένα fixed effect υπόδειγμα το οποίο λαμβάνει υπόψη συγκεκριμένους παράγοντες κάθε στρώματος (χώρας) φαίνεται πως είναι καταλληλότερο για την εμπειρική διαρεύνηση της παρούσας μελέτης.

Στη μελέτη αυτή θα εξετάσουμε την επίδραση μεταξύ έξι μεταβλητών που αφορούν τις δαπάνες υγείας. Ειδικότερα θα μελετήσουμε τη σχέση μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, τις συνολικές δαπάνες νοσηλείας, τις κατά κεφαλήν δαπάνες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, τις δαπάνες επενδύσεων για την υγεία, αλλά και το ποσοστό πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών.

Το βασικό fixed effect model (FEM) δίνεται από την εξίσωση (2).

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + U_{it} \quad (2)$$

Όπου, $U_{it} = \mu_i + v_{it}$, ο διαταρακτικός όρος,

μ_i , το χρονικά αμετάβλητο fixed effect του στρώματος i

$i = 1, 2, \dots, N$, η διάσταση των διαστρωματικών στοιχείων (cross-section)

$t = 1, 2, \dots, T$, η διάσταση των χρονολογικών σειρών (time series)

β_0 , μία σταθερά

β_1 , ένα $K \times 1$ διάνυσμα και

X_{it} , η i -οστή παρατήρηση από τις K ερμηνευτικές μεταβλητές.

Η δημιουργία ενός pool με κάποια διαστρωματικά στοιχεία συνεπάγεται και κάποια πλεονεκτήματα. Πρώτον, δεν υφίσταται το πρόβλημα της στασιμότητας των χρονοσειρών. Η παρουσία ενός μεγάλου αριθμού διαστρωματικών στοιχείων (cross-section) είναι πιθανό να επιτρέπει στους συντελεστές υστέρησης να μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου. Επίσης, κατά την ασυμπτωτική θεωρία, όταν υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός διαστρωματικών στοιχείων δεν απαιτείται το αυτοπαλίνδρομο διάνυσμα (autoregressive sector) να ικανοποιεί την υπόθεση της ύπαρξης μοναδιαίας ρίζας. Βέβαια, η παρουσία μιας αποκλίνουσας και εκρηκτικής διαδικασίας μπορεί να δυσκολέψει την ερμηνεία του υποδείγματος.

Μια ακόμη σημαντική υπόθεση των fixed effects είναι ότι τα διαχρονικά χαρακτηριστικά αφορούν αποκλειστικά την κάθε μία οντότητα (στη δική μας περίπτωση χώρα) και δε σχετίζονται με αυτά των άλλων χωρών

Στην παραπάνω περίπτωση του fixed effects model-FEM (2), το μ_i υποτίθεται ότι είναι μια σταθερή παράμετρος που μπορεί να εκτιμηθεί, ενώ το v_{it} είναι μια διαδικασία $iid \sim (0, \sigma_v^2)$. Γενικά, ο διαταρακτικός όρος v_{it} ικανοποιεί όλες τις κλασσικές υποθέσεις και το μ_i αντικατοπτρίζει τις επιδράσεις ενός συγκεκριμένου στρώματος i (χώρας) και περιλαμβάνει τα μη παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά του, ενώ υποτίθεται ότι είναι χρονικά αμετάβλητος.

Εφόσον θεωρούμε το μ_i ως δεδομένο, μπορούμε να εφαρμόσουμε τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων με ψευδομεταβλητές, γνωστή και ως least square dummy variable (LSDV) methodology, για να εκτιμήσουμε το υπόδειγμα (2). Όμως, η μέθοδος αυτή συνεπάγεται μεγάλη απώλεια βαθμών ελευθερίας. Εκτιμώντας $N-1$ παραμέτρους και ένα μεγάλο αριθμό ψευδομεταβλητών, το πρόβλημα της πολυσυγγραμικότητας μεταξύ των παλινδρομήσεων μπορεί να χειροτερεύσει. Επιπλέον, οι fixed effects (FE) εκτιμητές δεν μπορούν να εκτιμήσουν την επίδραση κάθε μεταβλητής που είναι χρονικά αμετάβλητη (time-invariant variable).

Ωστόσο, αν το υπόδειγμα των fixed effects είναι αληθές, τότε ο LSDV εκτιμητής θα είναι άριστος, γραμμικός και αμερόληπτος (BLUE), με την προϋπόθεση όμως ότι ο διαταρακτικός όρος v_{it} κατανέμεται κανονικά με μηδενικό μέσο και μήτρα διακύμανσης – συνδιακυμάνσεων $\sigma_v^2 [N(0, \sigma_v^2)]$. Επίσης, τα X_{it} είναι ανεξάρτητα τόσο από τα μ_i όσο και από τα v_{it} για όλα τα i και t . Δηλαδή ισχύει ότι

$E(U_{it}/X_{it})=0$. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί ο διαταρακτικός όρος περιλαμβάνει και τις αμετάβλητες επιδράσεις κάθε στρώματος, οι οποίες μπορεί να μην είναι παρατηρήσιμες και να συσχετίζονται με τις ερμηνευτικές μεταβλητές X_{it} . Στην περίπτωση αυτή ισχύει $E(U_{it}/X_{it})\neq 0$ και ο εκτιμητής γενικευμένων ελαχίστων τετραγώνων (FGLS) γίνεται μεροληπτικός και ασυνεπής. Ωστόσο, η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων εξαλείφει τις επιδράσεις των μ_i και αφήνει τον εκτιμητή ελαχίστων τετραγώνων συνεπή αλλά όχι αμερόληπτο. Επίσης, όταν το σωστό υπόδειγμα είναι ένα fixed effects model, τότε οι εκτιμητές των ελαχίστων τετραγώνων (OLS) είναι μεροληπτικοί και ανεπαρκείς. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων δεν λαμβάνει υπόψη τις επιδράσεις κάθε στρώματος χωριστά, όταν στην πράξη αυτές υφίστανται (Baltagi, et al., 2003).

Προκειμένου να ελεγχθεί αν το fixed effects model (FEM) είναι το σωστό υπόδειγμα, εξετάζουμε την από κοινού στατιστική σημαντικότητα των ψευδομεταβλητών v_{it} . Δηλαδή, ελέγχουμε την υπόθεση:

$$H_0 : \mu_1=\mu_2=\dots=\mu_{N-1}=0, \text{ έναντι της εναλλακτικής}$$

$$H_1 : \text{τουλάχιστον ένα από τα } \mu_i \text{ είναι διαφορετικό του μηδενός.}$$

Διεξάγοντας ένα F-test, το οποίο Chow Test με την ακόλουθη στατιστική ελέγχου:

$$F = \frac{RSE_R - RSE_U}{RSE_U} \frac{NT - N - k - 1}{N - 1} \sim F (N - 1, NT - 1 - k),$$

όπου, RSE_R το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων των OLS

RSE_U το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων των LSDV

T το μέγεθος του δείγματος των χρονοσειρών

N το μέγεθος του δείγματος των διαστρωματικών στοιχείων

k ο αριθμός των παραμέτρων του υποδείγματος των OLS

Η εκτίμηση πολλών παραμέτρων που συνεπάγεται η χρήση του Fixed Effects Model και άρα η απώλεια πολλών βαθμών ελευθερίας, μπορεί να αποφευχθεί υποθέτοντας ότι ο όρος μ_i είναι τυχαίος (random). Σε αυτή την περίπτωση το προς εκτίμηση υπόδειγμα είναι:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + U_{it} \quad (3)$$

όπου, $U_{it} = \mu_i + v_{it}$

Ουσιαστικά, παραμένει το ίδιο με το υπόδειγμα (2) αλλά πλέον ονομάζεται Random Effects Model (REM), καθώς ισχύει $\mu_{it} \sim iid(0, \sigma_u^2)$ και $v_{it} \sim iid(0, \sigma_v^2)$ και ότι τα μ_{it} και v_{it} είναι ανεξάρτητα. Το Random Effects Model είναι κατάλληλο στην περίπτωση που επιλέγονται τυχαία N στρώματα από έναν μεγάλο πληθυσμό. Κάτω από την υπόθεση του REM οι OLS εκτιμητές παραμένουν να είναι αμερόληπτοι και συνεπείς, αλλά όχι αποτελεσματικοί.

Έχοντας αναλύσει τα Fixed Effects και Random Effects υποδείγματα και τις υποθέσεις τους, τίθεται το ερώτημα για το ποιό είναι κατάλληλο και πρέπει να επιλέξουμε. Η απόφαση δεν είναι τόσο εύκολη όσο φαίνεται και για το λόγο αυτό έχει δημιουργηθεί μια διαμάχη μεταξύ των υποστηρικτών τους. Οι (Mundlak, 1961) και (Wallace, et al., 1961) τάσσονται υπέρ ενός Fixed Effects Model σε αντίθεση με τους (Balestra, et al., 1966) που προτείνουν τη χρήση του Random Effects Model. Εφαρμοσμένες μελέτες έχουν καταλήξει σε απόρριψη της χρήσης Random Effects υποδειγμάτων και σε αποδοχή μιας προσαρμοσμένης εκδοχής των Random Effects Models.

Ο (Chamberlain, 1984) έδειξε ότι τα Fixed Effects Models επιβάλλουν ελεγχόμενους περιορισμούς στις παραμέτρους και κάποιος μπορεί να διαπιστώσει την εγκυρότητα αυτών των περιορισμών πριν καταλήξει στην επιλογή του συγκεκριμένου FE υποδείγματος. Αυτοί οι απροσδιόριστοι περιορισμοί ελέγχονται με τη χρήση tests τύπου Hausman. Επίσης, ο (Mundlak, 1978) υποστηρίζει ότι το Random Effects Model υποθέτει εξωγένεια για όλες τις μεταβλητές κάθε στρώματος που έχουν τυχαίες επιδράσεις σε αντίθεση με τα Fixed Effects Models που επιτρέπουν την ενδογένεια όλων των μεταβλητών. Συνεπώς, υπάρχει η επιλογή πλήρους ή καθόλου εξωγένειας μεταξύ των μεταβλητών και των ατομικών επιδράσεων (individual effects). Οι (Hausman, et al., 1981) επιτρέπουν τη συσχέτιση μερικών μεταβλητών με τα individual effects.

Για να εξετάσουμε αν το μ_{it} είναι μια τυχαία ή όχι μεταβλητή, δηλαδή για να ελέγξουμε την υπόθεση της ύπαρξης fixed effects, χρησιμοποιείται ο ελεγχος των Brench & Pagan (BP). Οι (Brench & Pagan, et al., 1980) ανέπτυξαν ένα Lagrange Multiplier (LM) test για τον έλεγχο της υπόθεσης $\sigma_u^2=0$. Η λογαριθμική συνάρτηση πιθανοφάνειας κάτω από την υπόθεση της κανονικότητας του στοχαστικού όρου, δίνεται από την εξίσωση (4):

$$L(\delta, \theta) = \alpha - \frac{1}{2} \log|\Omega| - \frac{1}{2} U' \Omega^{-1} U \quad (4)$$

όπου $\theta = (\sigma_u^2, \sigma_v^2)$ και

$\Omega = \eta$ μήτρα διακύμανσης – συνδιακυμάνσεων

Η στατιστική ελέγχου που χρησιμοποιείται είναι η ακόλουθη:

$$LM = \frac{NT}{2(T-1)(1-RSS_u)} \quad (5)$$

Υπό τη μηδενική υπόθεση η LM κατανέμεται ασυμπτωτικά ως $X^2(1)$. Αυτό το LM test είναι πολύ εύκολο στον υπολογισμό του αφού το μόνο που απαιτείται είναι το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων (RSS_u) από την εξίσωση των ελαχίστων τετραγώνων (OLS).

Αν η μηδενική υπόθεση απορριφθεί, τότε η χρήση ενός random effects model είναι προτιμότερη και έτσι υπονοείται ο εφικτός εκτιμητής γενικευμένων ελαχίστων τετραγώνων (feasible generalized least squares estimator - FGLS) είναι ίσως καταλληλότερος. Όμως, το υπόδειγμα RE έχει ένα μειονέκτημα καθώς υποθέτει ότι ο διαταρακτικός όρος σχετίζεται με κάθε διαστρωματικό στοιχείο της ίδιας εξίσωσης και είναι ασυσχέτιστος με τις άλλες παλινδρομήσεις και σε αυτή την περίπτωση ο εκτιμητής γενικευμένων ελαχίστων τετραγώνων (FGLS) είναι μεροληπτικός.

Επίσης, για να καταλήξουμε ποιο υπόδειγμα είναι καταλληλότερο, ένα REM ή ένα FEM, χρησιμοποιείται ο έλεγχος Hausman. Ο έλεγχος Hausman (1978) είναι ένας γενικός έλεγχος ότι δεν υπάρχει πρόβλημα λανθασμένης εξειδίκευσης, ή διαφορετικά ότι η εξειδίκευση του υποδείγματος είναι σωστή. Η εναλλακτική υπόθεση είναι ότι υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα που οφείλεται σε λανθασμένη εξειδίκευση. Για το συγκεκριμένο έλεγχο υποθέτουμε το ακόλουθο υπόδειγμα [(6)]:

$$Y = \beta X + U \quad (6a)$$

Και για την εφαρμογή του απαιτούνται δύο εκτιμητές του συντελεστή β , έστω $\hat{\beta}$ και $\bar{\beta}$ με τις εξής ιδιότητες:

1. Ο εκτιμητής $\hat{\beta}$ είναι συνεπής (consistent) και αποτελεσματικός (efficient) όταν ισχύει η μηδέν υπόθεση (σωστή εξειδίκευση), αλλά δεν είναι συνεπής όταν ισχύει η εναλλακτική υπόθεση (λανθασμένη εξειδίκευση).
2. Ο εκτιμητής $\bar{\beta}$ είναι συνεπής και με τις δύο υποθέσεις, μηδέν και εναλλακτική, αλλά δεν είναι αποτελεσματικός όταν ισχύει η μηδέν υπόθεση.

Με βάση τα παραπάνω, ο έλεγχος της μηδέν υποθέσεως έναντι της εναλλακτικής γίνεται με την ακόλουθη στατιστική:

$$m = \frac{\hat{g}^2}{S_{\hat{g}}} \quad (6\beta)$$

όπου $\hat{g} = \bar{\beta} - \hat{\beta}$ (6γ)

και $S_{\hat{g}}$ είναι μια συνεπής εκτίμηση της διακυμάνσεως του \hat{g} . Η διακύμανση του \hat{g} , εξάλλου, ισούται με τη διαφορά των διακυμάνσεων των εκτιμητών $\bar{\beta}$ και $\hat{\beta}$. Δηλαδή,

$$V(\hat{g}) = V(\bar{\beta}) - V(\hat{\beta}) \quad (6\delta)$$

Όταν η μηδέν υπόθεση είναι σωστή, η στατιστική m κατανέμεται ασυμπτωτικά ως $X^2(1)$. Ως συνήθως, η μηδέν υπόθεση απορρίπτεται για μεγάλες τιμές της στατιστικής m .

Οι (Ahn & Low, et al., 1996) ισχυρίζονται ότι ο έλεγχος Hausman μπορεί να γενικευτεί και να ελέγξει ότι κάθε X_{it} είναι ασυσχέτιστο με τα μ_i . Σε αυτή την περίπτωση κάποιος μπορεί να υπολογίσει την ακόλουθη στατιστική ελέγχου (7):

$$LM = R^2 \times NT \quad (7)$$

Όπου T το μέγεθος του δείγματος των χρονοσειρών

N το μέγεθος του δείγματος των διαστρωματικών στοιχείων

R^2 το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων από τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων σε δύο στάδια (2SLS).

Αυτός ο LM έλεγχος είναι ίδιος με το Wald Test του (Arellano, 1993). Αν οι παράμετροι αυτοί δεν είναι στάσιμοι, τότε και οι δύο εκτιμητές τόσο από τα απλά ελάχιστα τετράγωνα ($\hat{\beta}_1^{OLS}$) όσο και από τα ελάχιστα τετράγωνα σε δύο στάδια ($\hat{\beta}_2^{OLS}$) είναι συνεπείς παρόλο που οι μεταβλητές είναι εξωγενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Εμπειρική ανάλυση

Η μέθοδος panel estimation κρίθηκε η καταλληλότερη, δεδομένης της ύπαρξης τόσο διαχρονικών, όσο και διαστρωματικών δεδομένων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούμε διαχρονικά δεδομένα (1988 – 2009) για συγκεκριμένους παράγοντες που επηρεάζουν τις συνολικές δαπάνες υγείας, όπως αναφέρονται παρακάτω από επτά Ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Μεγάλη Βρετανία, Ισπανία, Πορτογαλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία). Με τη μέθοδο panel estimation μπορούμε να συμπεριλάβουμε παράγοντες σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης με σκοπό να εντοπίσουμε τον πιο σημαντικό μεταξύ τους. Ένα μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η πιθανή αλληλεξάρτηση μεταξύ των χωρών που χρησιμοποιούνται για αυτή τη μελέτη. Ιδανικά θα πρέπει να υπάρχουν διαχρονικά ισορροπημένα δεδομένα, δηλαδή αριθμητικά δεδομένα για όλες τις χώρες μελέτης για όλο το χρονικό διάστημα της μελέτης. Στην πράξη αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί.

Η σχέση που εκτιμάμε είναι

$$Y = \text{σταθερός όρος (της κάθε χώρας)} + a \cdot X1 + b \cdot X2 + c \cdot X3 + d \cdot X4 + e \cdot X5 + u_i \quad (11)$$

Όπου

Y : Οι συνολικές δαπάνες υγείας

X1: Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (PRIV%GDP)

X2: Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία (HOSP%THE)

X3: Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν (HOSPCAP)

X4: Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών οξείας φροντίδας (BEDOCC)

X5: Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία (INV%THE)

u_i : Σφάλμα παλινδρόμησης.

Για την αρτιότερη μελέτη της παραπάνω σχέσης θα χρησιμοποιηθούν οι παλινδρομήσεις σταδιακά τριών άλλων υποδειγμάτων όπου σε κάθε επόμενο θα προστίθεται και μία επιπλέον μεταβλητή. Για την ακρίβεια τα τρία επιπλέον μοντέλα θα είναι τα εξής:

$$Y = const + aX_1 + bX_2 \quad (1a)$$

$$Y = const + aX_1 + bX_2 + cX_3 \quad (1b) \quad \text{και}$$

$$Y = const + aX_1 + bX_2 + cX_3 + dX_4 \quad (1c)$$

Όπου τα X_i σε κάθε υπομοντέλο αντιστοιχούν στις ίδιες μεταβλητές του κύριου μοντέλου, όπως προαναφέρθηκαν.

Στους πίνακες των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από το panel estimation εμφανίζεται το κριτήριο R-squared. Το R-squared εκφράζει το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής που εξηγείται από την ανεξάρτητη μεταβλητή. Καθώς προστίθενται όροι ανεξάρτητων μεταβλητών στο μοντέλο μας αναμένουμε τόσο να αυξάνεται το R-squared. Επομένως, όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του R-squared τόσο καλύτερο είναι το μοντέλο μας. Στο δικό μας μοντέλο η εξαρτημένη μεταβλητή είναι οι συνολικές δαπάνες υγείας και οι ανεξάρτητες οι όροι X_1, X_2, X_3, X_4, X_5 .

Εκτός από το κριτήριο R-squared με το οποίο μετράμε την επεξηγηματικότητα του μοντέλου, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι το t-statistic. Με το t-statistic ελέγχουμε τη στατιστική σημαντικότητα της κάθε μιας ανεξάρτητης μεταβλητής μας. Για να θεωρηθεί μία ανεξάρτητη μεταβλητή στατιστικά σημαντική για την εξήγηση της εξαρτημένης μεταβλητής, η τιμή της πρέπει να είναι σε απόλυτες τιμές μεγαλύτερη του 1.96, δηλαδή $|t\text{-stat}| > 1.96$ για επίπεδο εμπιστοσύνης 5%. Στους παρακάτω πίνακες που ακολουθούν η τιμή του t-statistic εμφανίζεται σε παρένθεση κάτω από την τιμή της ανεξάρτητης μεταβλητής.

Από τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

THE%GDP	Υπόδειγμα 1a		Υπόδειγμα 1b	
	Fixed Effects	Random Effects	Fixed Effects	Random Effects
Σταθερός Όρος	3.142573	3.109137	1.75168	1.785388
	(15,53)	(14.69)	(10.86)	(11.18)
PRIV%GDP	0.2639453	0.2395087	-0.1536953	-0.1261548
	(2.84)	(2.63)	(-2.45)	(-2.13)
HOSP%THE	-0.3134825	-0.3017418	-0.3481135	-0.350048
	(-6.28)	(-6.08)	(-12.31)	(-12.27)
HOSPCAP			0.2713163	0.2653429
			(12.20)	(12.53)
BEDOCC				
INV%THE				
R-squared	0.0121	0.0118	0.5027	0.5361

THE%GDP	Υπόδειγμα 1c		Υπόδειγμα 1	
	Fixed Effects	Random Effects	Fixed Effects	Random Effects
Σταθερός Όρος	1.331993	2.390711	-2.737563	-2.297487
	(1.60)	(2.27)	(-2.33)	(-1.08)
PRIV%GDP	-0.1298308	-0.0659535	-0.0059121	0.163455
	(-1.77)	(-0.80)	(-0.07)	(1.29)
HOSP%THE	-0.3647599	-0.4069752	0.2068336	-0.3769957
	(-5.27)	(-6.47)	(1.14)	(-4.48)
HOSPCAP	0.2598059	0.2719504	0.3004853	0.3893255
	(8.81)	(10.21)	(10.49)	(8.99)
BEDOCC	0.125471	-0.1129762	0.4958674	0.7299122
	(0.71)	(-0.47)	(2.83)	(1.57)
INV%THE			-0.0157813	-0.0691271
			(-0.31)	(-1.05)
R-squared	0.5701	0.6529	0.2678	0.7628

Πίνακας 4: Συγκριτικά Αποτελέσματα Παλινδρόμησης FE-RE

Στο υπόδειγμα (1a) ελέγχθηκε η σχέση μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αλλά και τις δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανων για την υγεία. Οι παλινδρομήσεις, τόσο η Fixed Effects (FE) όσο και η Random Effects (RE), έδειξαν ότι στο μοντέλο αυτό οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν και ο σταθερός όρος είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες του μοντέλου ($|t\text{-stat}| > 1.96$). Ωστόσο, η αξιοπιστία του μοντέλου αμφισβητείται εφόσον η εξαρτημένη μεταβλητή εξηγείται μόνο κατά 1,21% για τη FE και 1,18% για τη RE παλινδρόμηση, ποσοστό αρκετά μικρό για να μας επιτρέψει να σταματήσουμε εδώ την έρευνα (τιμή R-squared = 0.0121 για FE και 0.0118 για RE). Μετά από εφαρμογή του τέστ Hausman προέκυψε ότι προτιμάται η χρήση του FE μοντέλου έναντι του RE. Για το FE μοντέλο 1% αύξηση των ιδιωτικών δαπανών οδηγεί σε 0,26% αύξηση των δαπανών υγείας, ενώ 1% αύξηση των συνολικών δαπανών νοσηλείας προκαλεί μείωση των συνολικών δαπανών υγείας κατά 0,31%. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα για το RE μοντέλο. 1% αύξηση των ιδιωτικών δαπανών προκαλεί 0,24% αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ αύξηση των συνολικών δαπανών νοσηλείας κατά μία ποσοστιαία μονάδα προκαλεί μείωση κατά 0,30% των συνολικών δαπανών υγείας.

Στο υπόδειγμα (1b) προστέθηκε επιπλέον η μεταβλητή των κατά κεφαλήν δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Από τα αποτελέσματα της FE παλινδρόμησης προέκυψε ότι όλες οι μεταβλητές (PRIV%GDP, HOSP%THE, HOSPCAP) και ο σταθερός όρος είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες των συνολικών δαπανών υγείας αφού οι τιμές των t είναι μεγαλύτερες από τις κριτικές τιμές για το επίπεδο σημαντικότητας που επιλεχθηκε (95% επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, απαιτείται $t > 1,96$ ώστε μία μεταβλητή να θεωρείται στατιστικά σημαντική για το υπόδειγμα). Η επεξηγηματικότητα αυτού του υποδείγματος είναι αρκετά υψηλή, 50,27% για τη FE παλινδρόμηση και 53,61% για τη RE παλινδρόμηση. Είναι προφανές ότι το υπόδειγμα (1b) είναι αρκετά πιο επεξηγηματικό από το προηγούμενο (1a) και προτιμάται μεταξύ των δύο με βασικό κριτήριο την πολύ μεγαλύτερη τιμή του R-squared. Η προσθήκη της επιπλέον μεταβλητής οδηγεί σε αλλαγή της σχέσης των συνολικών δαπανών υγείας με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, και για τα δύο μοντέλα, η μεταξύ τους σχέση γίνεται αρνητική, ενώ στο προηγούμενο υπόδειγμα (1a) ήταν θετική. Έτσι, θα προκληθεί μείωση 0,15%

των συνολικών δαπανών υγείας για το FE μοντέλο ή 0,12% για το RE μοντέλο από αύξηση 1% των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Οι συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας έχουν αρνητική σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας, όπως και στο προηγούμενο μοντέλο (1a). Για την ακρίβεια, στο FE μοντέλο αύξηση 1% των συνολικών δαπανών νοσηλείας οδηγεί σε μείωση 0,34% των συνολικών δαπανών υγείας και, αντίστοιχα για το RE μοντέλο η μείωση των συνολικών δαπανών υγείας που προκαλείται από αύξηση 1% των συνολικών δαπανών νοσηλείας είναι της τάξης του 0,34%, δηλαδή η μείωση είναι ακόμα μεγαλύτερη σε σχέση με το πρώτο μοντέλο κατά περίπου 0,05%. Η νέα μεταβλητή που προστέθηκε έχει θετική σχέση με την εξαρτημένη και για τα δύο μοντέλα. Η ποσοστιαία αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης κατά μία μονάδα δημιουργεί 0,27% ποσοστιαία αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, τόσο για το FE όσο και για το RE μοντέλο. Ο έλεγχος Hausman δεν κατέστη δυνατός εξαιτίας της αδυναμίας του συγκεκριμένου μοντέλου να ικανοποιήσει τις ασυμπτωματικές υποθέσεις του συγκεκριμένου στατιστικού ελέγχου.

Το υπόδειγμα (1c) είναι περισσότερο εκτεταμένο από τα προηγούμενα δύο αφού προστέθηκε επιπλέον η μεταβλητή του ποσοστού πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών στα νοσοκομεία οξείας φροντίδας (επειγόντων περιστατικών). Στη FE παλινδρόμηση του υποδείγματος αυτού, μπορεί να παρατηρηθεί ότι η μεταβλητή των ιδιωτικών δαπανών υγείας πλέον καθιστάται στατιστικά μη σημαντική για το μοντέλο αφού η τιμή του t είναι μικρότερη από την κριτική τιμή (1,96). Το ίδιο συμβαίνει και για το σταθερό όρο. Επίσης, η νέα μεταβλητή που προστέθηκε είναι στατιστικά μη σημαντική. Συνεπώς, σε αυτό το μοντέλο το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών οξείας φροντίδας δεν επηρεάζει τις συνολικές δαπάνες υγείας. Στη RE παλινδρόμηση υπάρχει μία διαφοροποίηση. Ο σταθερός όρος συνεχίζει να είναι στατιστικά σημαντικός, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες και εδώ θεωρούνται μη σημαντικές. Το μοντέλο εξηγείται πολύ καλά από τις μεταβλητές αυτές, αφού οι τιμές R-squared είναι αρκετά μεγάλες και για τις δύο παλινδρομήσεις και σίγουρα πάνω από 0,5. Ειδικότερα για τη RE παλινδρόμηση, οι ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν κατά 65,29% την εξαρτημένη, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό αν αναλογιστεί κανείς ότι στα δεδομένα τύπου panel είναι δύσκολο να επιτευχθούν υψηλά ποσοστά επεξηγηματικότητας εξαιτίας των πολλών παραγόντων που επηρεάζουν τις μεταβλητές. Και σε αυτή την περίπτωση δεν κατέστη δυνατό να

επιλεγεί το καλύτερο μοντέλο εξαιτίας της ανεπάρκειας του στατιστικού ελέγχου του Hausman να ικανοποιήσει τις ασυμπτωματικές υποθέσεις του συγκεκριμένου μοντέλου. Από τις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές, αξίζει να αναφερθεί ότι οι σχέσεις τους με την εξαρτημένη μεταβλητή είναι προς την ίδια κατεύθυνση όπως στα προηγούμενα υποδείγματα με μικρές διαφορές ως προς τους εκτιμητές των μεταβλητών.

Το ολοκληρωμένο υπόδειγμα (1), το οποίο περιλαμβάνει και τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό επεξηγηματικότητας της εξαρτημένης μεταβλητής για random effects. Συνεπώς, φαίνεται ότι είναι το καταλληλότερο μοντέλο.

Επομένως, προχωράμε στους απαραίτητους ελέγχους για τον εντοπισμό πολυσυγγραμικότητας, ετεροσκεδαστικότητας και αυτοσυσχέτισης. Το μοντέλο μας θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ομοσκεδαστικότητα, δηλαδή η διακύμανση του σφάλματος παλινδρόμησης πρέπει να είναι σταθερή ($\text{var}(u_i) = \sigma^2$). Από τον έλεγχο ετεροσκεδαστικότητας προέκυψε ότι το μοντέλο εμφανίζει ετεροσκεδαστικότητα εφόσον το αποτέλεσμα του ελέγχου είναι $\text{Prob} > \chi^2 = 0.9440 > 0.05$.

Modified Wald test for groupwise heteroskedasticity			
in fixed effect regression model			
H0: $\sigma(i)^2 = \sigma^2$ for all			i
chi2 (5) = 1.21			
Prob>chi2 = 0.9440			

Πίνακας 5: Αποτελέσματα Ελέγχου Ετεροσκεδαστικότητας Υποδείγματος (1)

Κατά συνέπεια το μοντέλο που θα χρησιμοποιηθεί θα πρέπει να έχει σταθμιστεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγεται το πρόβλημα αυτό. Το ελεύθερο ετεροσκεδαστικότητας και αυτοσυσχέτισης μοντέλο φαίνεται στον πίνακα (4) συγκριτικά με το αρχικό μοντέλο πριν την εφαρμογή των ελέγχων. Επισημαίνεται ότι η αυτοσυσχέτιση διορθώνεται με τον ίδιο τρόπο όπως και η ετεροσκεδαστικότητα (σταθμισμένη παλινδρόμηση) συνεπώς δεν απαιτείται κάποιος επιπλέον έλεγχος για την εύρεση τυχόν αυτοσυσχέτισης.

Όσον αφορά την πολυσυγγραμικότητα βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

	PRIV%GDP	HOSP%THE	HOSPCAP	BEDOCC	INV%THE
PRIV%GDP	1.0000				
HOSP%THE	-0.5875	1.0000			
HOSPCAP	-0.4276	0.4541	1.0000		
BEDOCC	-0.8416	0.3365	0.6496	1.0000	
INV%THE	0.3048	-0.0061	0.4534	-0.0214	1.0000

Πίνακας 6: Αποτελέσματα Ελέγχου Πολυσυγγραμικότητας Υποδείγματος (1)

Από τον παραπάνω πίνακα αποδεικνύεται ότι οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές των ιδιωτικών δαπανών και του ποσοστού κάλυψης νοσοκομειακών κλινών (PRIV%GDP και BEDOCC) εμφανίζουν πολυσυγγραμικότητα. Για την αποφυγή κατάρρευσης του μοντέλου θα πρέπει να απορρίψουμε τη μία από τις δύο μεταβλητές. Επιλέγεται να απορριφθεί το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών διότι όπως διαπιστώσαμε παραπάνω ήταν στατιστικά μη σημαντικός παράγοντας.

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα συνολικά αποτελέσματα των παλινδρομήσεων του υποδείγματος (1) πριν από την εφαρμογή των ελέγχων, μετά την εφαρμογή των διορθώσεων ετεροσκεδαστικότητας και αυτοσυσχέτισης και τελικά έπειτα από την απαλοιφή της μεταβλητής που προκαλούσε το πρόβλημα πολυσυγγραμικότητας.

THE%GDP	Υπόδειγμα 1		Υπόδειγμα 1 (μετά από ελέγχους ετεροσκεδαστικότητας και αυτοσυσχέτισης)		Υπόδειγμα 1 (μετά από έλεγχο πολυσυγγραμικότητας)	
	Fixed Effects	Random Effects	Fixed Effects	Random Effects	Fixed Effects	Random Effects
Σταθερός Όρος	-2.737563	-2.297487	-2.737563	-2.297487	1.798958	1.018538
	(-2.33)	(-1.08)	(-1.85)	(-0.74)	(5.68)	(3.41)
PRIV%GDP	-0.0059121	0.163455	-0.0059121	0.163455	-0.1891388	0.0407855
	(-0.07)	(1.29)	(-0.05)	(1.20)	(-2.41)	(0.72)
HOSP%THE	0.2068336	-0.3769957	0.2068336	-0.3769957	-0.3837581	-0.4199709
	(1.14)	(-4.48)	(1.24)	(-2.10)	(-4.72)	(-3.39)
HOSPCAP	0.3004853	0.3893255	0.3004853	0.3893255	0.2909466	0.4057796
	(10.49)	(8.99)	(8.39)	(8.42)	(9.34)	(11.79)
BEDOCC	0.4958674	0.7299122	0.4958674	0.7299122		
	(2.83)	(1.57)	(1.97)	(0.99)		
INV%THE	-0.0157813	-0.0691271	-0.0157813	-0.0691271	-0.0538373	-0.0702688
	(-0.31)	(-1.05)	(-0.19)	(-0.59)	(-0.53)	(-0.72)
R-squared	0.2678	0.7628	0.2678	0.7628	0.6492	0.7677

Πίνακας 7: Συγκριτικά Αποτελέσματα Υποδείγματος (1) πριν και μετά την εφαρμογή των ελέγχων

Όλοι οι έλεγχοι έγιναν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95%.

Τα FE και RE μοντέλα της δεξιάς στήλης του παραπάνω πίνακα είναι απαλλαγμένα από ετεροσκεδαστικότητα, πολυσυγγραμικότητα και αυτοσυσχέτιση και θεωρούνται τα πιο ολοκληρωμένα μοντέλα. Όσον αφορά το FE μοντέλο παρατηρούμε ότι όλες οι μεταβλητές εκτός από τις δαπάνες επενδύσεως κεφαλαίου είναι στατιστικά σημαντικές για την εξαρτημένη μεταβλητή. Στατιστικά σημαντικός είναι και ο σταθερός όρος. Επιπλέον, στο RE μοντέλο οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και οι δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις δεν θεωρούνται στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις συνολικές δαπάνες υγείας. Αξιοσημείωτο είναι ότι μετά τον έλεγχο πολυσυγγραμικότητας και την απαλοιφή της μεταβλητής του ποσοστού κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών, τόσο ο σταθερός όρος όσο και οι ιδιωτικές αλλά και οι συνολικές δαπάνες νοσηλείας (μόνο για το FE μοντέλο) γίνονται στατιστικά σημαντικές μεταβλητές, ενώ το ποσοστό επεξηγηματικότητας του FE μοντέλου εκτοξεύεται από 26,78% σε 64,92%.

Συγκρίνοντας τα δύο μοντέλα προκύπτουν οι εξής παρατηρήσεις:

- Η σχέση μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και των ιδιωτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ εμφανίζεται αρνητική για το FE μοντέλο και θετική για το RE μοντέλο. Συγκεκριμένα 1% αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας θα οδηγήσει σε μείωση 0,19% των συνολικών δαπανών (για το FE μοντέλο) και αύξηση 0,04% αυτών (για το RE μοντέλο). Ωστόσο, στο RE μοντέλο η πιθανότητα αυτή η παραδοχή να είναι αληθής είναι μικρή εξαιτίας της στατιστικής ασημαντότητας της συγκεκριμένης μεταβλητής. Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι αυτά που περιμέναμε διότι στις χώρες που μελετήσαμε τα συστήματα υγείας είναι κυρίως δημόσια χρηματοδοτούμενα (αν και ο δημόσιος χαρακτήρας ολοένα και μειώνεται με το πέρασμα των χρόνων), συνεπώς είναι πολύ μεγαλύτερη η πιθανότητα μία αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, δηλαδή αύξηση των ποσοστών συμμετοχής των χρηστών-ασθενών στις δαπάνες υγείας, να οδηγήσει σε μείωση των δημοσίων δαπανών και κατ' επέκταση μείωση των συνολικών δαπανών υγείας.

- Όσον αφορά τις συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, παρατηρείται αρνητική σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας και για τα δύο μοντέλα. Συγκεκριμένα, αύξηση 1% των συνολικών δαπανών νοσηλείας οδηγεί σε μείωση των συνολικών δαπανών υγείας κατά 0,38% για το FE μοντέλο και κατά 0,41% για το RE μοντέλο. Η τάση αυτή έχει λογική αν ληφθεί υπόψη ότι αύξηση των συνολικών δαπανών νοσηλείας δημιουργεί ποιοτικότερες υπηρεσίες και κατ' επέκταση οδηγεί σε αύξηση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού και λιγότερες ανάγκες για χρήση των κοστοβόρων υπηρεσιών νοσηλείας των συστημάτων υγείας. Κατά συνέπεια, μακροπροθεσμα παρατηρείται μείωση των συνολικών δαπανών υγείας. Κάτι τέτοιο βέβαια δε θα ίσχυε αν στη μελέτη μας αναλύαμε χώρες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο και όχι της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- Θετική είναι η σχέση μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας και των κατά κεφαλή δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και για τα δύο μοντέλα. Συγκεκριμένα σε 0,29% αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας οδηγεί η αύξηση κατά μία ποσοστιαία μονάδα των κατά κεφαλή δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη για το FE μοντέλο και σε 0,40% αύξηση για το RE μοντέλο.

- Όσον αφορά τις δαπάνες επενδύσεων σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, και στα δύο μοντέλα η μεταβλητή αυτή είναι στατιστικά μη σημαντική. Αυτό είναι αναμενόμενο αφού οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων, όπως προαναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι ένα ελάχιστο ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία και συνεπώς δεν είναι δυνατό να επηρεάζουν σημαντικά τις συνολικές δαπάνες υγείας.

- Η μεταβλητή που αφορά τα ποσοστά πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών, απορρίπτεται ως πολυσυγγραμική με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

- Τα δύο μοντέλα εμφανίζουν αρκετά καλή επεξηγηματικότητα με το RE μοντέλο να υπερτερεί του FE (76,77% έναντι 64,92%). Ωστόσο και πάλι δεν κατέστη δυνατή η επιλογή ενός εκ των δύο μοντέλων με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου Hausman εξαιτίας της αδυναμίας του συγκεκριμένου μοντέλου να ικανοποιήσει τις ασυμπτωματικές υποθέσεις που απαιτούνται για τον έλεγχο αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα – Επίλογος

Στην παρούσα διπλωματική εργασία ασχοληθήκαμε με τις φαρμακευτικές και ιατρικές δαπάνες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αρχικά, αναφερθήκαμε στις κατηγορίες των δαπανών γενικά διαχωρίζοντάς τες στον νευραλγικό χώρο της υγείας. Στη συνέχεια τις συγκρίσαμε με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) κάθε χώρας και δώσαμε ιδιαίτερη σημασία στα μέτρα συγκράτησής τους τόσο στην προσφορά όσο και στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τελειώνοντας το 1^ο κεφάλαιο που είναι και το εισαγωγικό θεωρήσαμε σημαντικό να γράψουμε λίγα για την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα κράτη – μέλη της, τα υποψήφια για προσχώρηση καθώς και μία σύντομη ιστορική αναδρομή, πώς έφτασε στη σημερινή της μορφή.

Το 2^ο κεφάλαιο αφορά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά της Υγείας στην Ευρωπαϊκής Ένωσης, καταλήγοντας στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Η κατάσταση της υγείας έχει βελτιωθεί σημαντικά στις ευρωπαϊκές χώρες, μολονότι εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες.
- Οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία μεταβάλλονται.
- Ο κατά κεφαλή αριθμός ιατρών και νοσοκόμων είναι υψηλότερος από ότι στο παρελθόν στις περισσότερες χώρες, αλλά υπάρχουν ανησυχίες για σημερινές ή μελλοντικές ελλείψεις.
- Η ποιότητα της περίθαλψης έχει βελτιωθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, παρά το γεγονός ότι όλες οι χώρες μπορούν να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα για την αποφυγή των εισαγωγών σε νοσοκομεία για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες.
- Η αύξηση των υγειονομικών δαπανών επιβραδύνθηκε ή μειώθηκε σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

Στη συνέχεια χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία από τον ΟΟΣΑ μπορέσαμε να συγκεντρώσουμε χρήσιμες πληροφορίες για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να τις συγκρίνουμε με ισχυρά κράτη άλλων ηπείρων (Η.Π.Α. , Ιαπωνία, Καναδάς, Αυστραλία). Τα νούμερα σε στοιχεία όπως η σύνθεση δαπάνης υγείας, η μεταβολή στις φαρμακευτικές δαπάνες, η αντιληπτή κατάσταση της υγείας, η κατανάλωση αντιβιοτικών, η ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, η αναλογία νοσηλευτών – ιατρών – νοσοκομειακών κρεβατιών

ανά 1000 κατοίκους, η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης, τα εισοδήματα των ιατρών σε σχέση με το μέσο μισθό κάθε χώρας, ο αριθμός φαρμακείων άνα κάτοικο, η ασφαλιστική κάλυψη υγείας κ.ά. μας έδωσαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η Ελλάδα όπως και οι περισσότερες μεσογειακές χώρες (Ισπανία, Ιταλία) έχουνε πολλές αρνητικές πρωτιές εξαιτίας των αλόγιστων σπαταλών τους και ο χώρος της υγείας αποτέλεσε μια από τις σημαντικές αιτίες της οικονομικής τους κρίσης.
- Οι χώρες του Βορρά (Δανία, Σουηδία, Φινλανδία, Νορβηγία) στις περισσότερες κατηγορίες παρουσιάζουν θετικά στοιχεία κάτι που αποδεικνύει την υπεροχή τους στα συστήματα υγείας.
- Σε χώρες όπως η Ελλάδα συμβαίνει το παράδοξο να υπάρχει πληθώρα γιατρών και ταυτόχρονα τεράστια έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό.
- Η ιδιωτική ασφάλιση κερδίζει συνεχώς έδαφος εξαιτίας της αδυναμίας των κρατών να διατηρήσουν οικονομικά το δημόσιο χαρακτήρα της ασφάλισης.
- Χώρες οικονομικά αδύναμες όπως η Βουλγαρία, η Κροατία και η Σερβία ξοδεύουν τα λιγότερα για την υγεία.

Στο 3^ο κεφάλαιο μπαίνουμε σε πιο συγκεκριμένες καταστάσεις δίνοντας έμφαση αποκλειστικά στις φαρμακευτικές και ιατρικές δαπάνες. Πιο συγκεκριμένα στις δαπάνες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα χαρακτηριστικά τους, τα κόστη, τα προβλήματα και τα μέτρα ελέγχου. Επίσης, κάνουμε SWOT ανάλυση του κλάδου των φαρμάκων (δυνάμεις, αδυναμίες, ευκαιρίες, απειλές), καθορισμό των τιμών, πολιτικές υγείας, ο ρόλος του ιατρού και τα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη.

Το 4^ο κεφάλαιο αφορά την ανάλυση δεδομένων, χρησιμοποιώντας επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ εστιάσαμε και αναλύσαμε διεξοδικά επτά κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Δανία, Μεγάλη Βρετανία, Ισπανία, Πορτογαλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία) συγκρίνοντάς τα με δείκτες νοσοκομειακών δραστηριοτήτων και δαπανών υγείας. Η επιλογή των συγκεκριμένων χωρών μόνο τυχαία δεν είναι καθώς επιλέξαμε μία χώρα του Βορρά (Δανία), με σταθερές οικονομίες (Γερμανία, Μεγάλη Βρετανία), με παρόμοια χαρακτηριστικά (Ισπανία, Πορτογαλία) και μεσογειακές

χώρες (Ιταλία, Γαλλία), όλες τους με διαφορετικές οικονομικές δυνατότητες. Διαπιστώσαμε τα παρακάτω:

- Οι γειτονικές χώρες Ισπανία – Πορτογαλία ταυτίζονται στους περισσότερους δείκτες έχοντας συνήθως τα χειρότερα νούμερα τόσο διαχρονικά όσο και σε μέσους όρους (ιδιαίτερα η Πορτογαλία).
- Η Μεγάλη Βρετανία από τη δεκαετία του '90 και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας της παρουσιάζεται σαφώς βελτιωμένη σε όλους τους δείκτες.
- Οι Ιταλία – Γαλλία από το 2007 δηλαδή στην αρχή της οικονομικής κρίσης δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στον περιορισμό της σπατάλης του δημοσίου συστήματος υγείας.
- Η Γερμανία βρίσκεται σε όλους τους δείκτες στις πρώτες θέσεις κάτι που δεν προκαλεί έκπληξη έχοντας τη σταθερότερη οικονομία από όλες τις παραπάνω χώρες.
- Η Δανία είναι στους περισσότερους δείκτες η χώρα με τα καλύτερα νούμερα επιβεβαιώνοντας την υπεροχή των βορειών χωρών έναντι των υπολοίπων στα συστήματα υγείας δηλαδή στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Τα αποτελέσματα των εμπειρικών εκτιμήσεων που θα δούμε στο επόμενο κεφάλαιο βασίζονται σε μεθόδους Panel Data που συνδυάζουν χρονολογικές σειρές και διαστρωματικά στοιχεία. Στο 5^ο κεφάλαιο αναλύουμε διεξοδικά τη μεθοδολογία μας και τον τρόπο με τον οποίο θα βγάλουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας σε αντιστοιχία με τα αντίστοιχα συμπεράσματα στο επόμενο κεφάλαιο.

Στο 6^ο κεφάλαιο χρησιμοποιούμε τη μέθοδο Panel Estimation που κρίθηκε η καταλληλότερη λόγω της ύπαρξης τόσο διαχρονικών όσο και διαστρωματικών δεδομένων.

Εκτιμώντας τη σχέση:

$Y = \text{σταθερός όρος (της κάθε χώρας)} + a \cdot X1 + b \cdot X2 + c \cdot X3 + d \cdot X4 + e \cdot X5 + u_i$ όπου:

Y : Οι συνολικές δαπάνες υγείας

X1: Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

X2: Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία

X3: Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν

X4: Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας

X5: Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

u_i : Σφάλμα παλινδρόμησης.

Και συγκρίνοντας τα μοντέλα Fixed Effects και Random Effects προέκυψαν τα παρακάτω:

- Η σχέση μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και των ιδιωτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ εμφανίζεται αρνητική για το FE μοντέλο και θετική για το RE μοντέλο.
- Στις συνολικές δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, παρατηρείται αρνητική σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας και για τα δύο μοντέλα.
- Θετική είναι η σχέση μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας και των κατά κεφαλή δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και για τα δύο μοντέλα.
- Στις δαπάνες επενδύσεων σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, και στα δύο μοντέλα η μεταβλητή αυτή είναι στατιστικά μη σημαντική.
- Η μεταβλητή που αφορά τα ποσοστά πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών, απορρίπτεται ως πολυσυγγραμική με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.
- Τα δύο μοντέλα εμφανίζουν αρκετά καλή επεξηγηματικότητα με το RE μοντέλο να υπερτερεί του FE (76,77% έναντι 64,92%).

Τέλος, στην παρούσα εργασία δείξαμε πόσο μεγάλη σημασία έχουν οι δαπάνες στον χώρο της υγείας (ιδιαίτερα οι φαρμακευτικές και ιατρικές) και τι συμβαίνει όταν τα κράτη δεν παίρνουν τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό της ανεξέλεγκτης αύξησής τους. Η οικονομική κρίση ώθησε τις περισσότερες χώρες να δώσουν τη δέουσα προσοχή με σκοπό τον περιορισμό τους αλλά χωρίς την ταυτόχρονη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και την ολοένα και μεγαλύτερη μείωση του δημοσίου χαρακτήρα των νοσοκομείων, οι κάτοικοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όχι μόνο δεν είναι σε θέση να ελπίζουν σε ένα καλύτερο μέλλον στο νευραλγικό χώρο της υγείας.

Βιβλιογραφία

Ahn S.C. & Low S. (1996), "A reformulation of the Hausman test for the regression models with pooled time-series and cross-section data", *Journal of Econometrics*

Arellano M. (1993), "On the testing of correlated effects with panel data", *Journal of Economics*

Arrow K. (1963). "Association Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*

Balestra P. & Nerlove M. (1966), "Pooling cross-section and time series data in the estimation of dynamic models: The demand for natural gas", *Econometrica*

Baltagi B. & Moscone F. (2010), "Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data", *Economic Modeling*

Besley T. (2014), "The demand for health care and health insurance", *Oxford university and review of economic policy*

Brensch T.S. & Pagan A.R. (1980), "The langrance multiplier test and its applications to model specification in econometrics", *Review of economic studies*

Chamberlain G. (1984), "Panel Data", *Handbook of Econometrics*

Culyer A.J. (2014), "The normative economics of health care finance and provision", *Oxford university press and review of economic policy*

Ellis R. & McGuire T. (1993), "Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care", *The Journal of Economic Perspectives*

European Union (2015), http://europa.eu/about-eu/index_el.htm

European Union (2015), http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/index_el.htm

European Union (2015), http://europa.eu/about-eu/countries/on-the-road-to-eu-membership/index_el.htm

European Union (2015), http://europa.eu/about-eu/eu-history/index_el.htm

Eurostat (2011), “Health statistics”

Greek Statistics (2012), <http://greekstat.blogspot.gr/>

Hausman J. & Taylor W. (1981), “Panel data and unobservable individual effects”, *Econometrica*

Hsiao C. (1979), “Analysis of Panel Data”, Cambridge: University Press

Hsiao C. (1979), “Casualty tests in econometrics”, *Journal of Economic Dynamics & Control*

Holtz-Eakin D., Newey W. & Rosen H. (1988), “Estimating vector autoregressions with panel data”, *Econometrica*

IMS institute for healthcare economics (2012), “The global use of medicines”

Johnston J. & Dinardo J. (2004), “Οικονομετρικές Μέθοδοι” (Εκδόσεις Κλειδάριθμος)

Kanabos P., (2002), “Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe”, *Scrip Report*.

Klevmarken N.A. (1989), “Panel studies: what can we learn from them? Introduction”, *European Economic Review*

McGuire A., Fenn P., Mayhew K. (2014), "The economics of health care", Oxford university press and review of economic policy

Mundlak Y. (1961), "Empirical production function free management bias", Journal of Farm Economics

Mundlak Y. (1978), "On the pooling of time series and cross-section data", Econometrica

Niakas D. (2013), "Greek economic crisis and health care performs: Correcting the wrong prescription", International Journal of Health Services

OECD (2009), "Health at a Glance: Europe 2009", OECD Publishing

OECD (2011), "Health at a Glance: Europe 2011", OECD Publishing

OECD (2012), "Health at a Glance: Europe 2012", OECD Publishing

OECD Health Statistics (2014), "Eurostat Statistics Database", WHO Global Health Expenditure Database

Polyzos N., Karanikas H., Thireos E., Kastanioti C., Kontodimopoulos N. (2012), "Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system", www.elsevier.com/locate/healthpol

Robinson R. (1993), "Economic Evaluation and Health Care"

Solon G.S. (1989), "The value of panel data in economic research"

Wallace T.D. & Hussain A. (1961), "The use of error components models in combining cross-section and time-series data", Econometrica

Wooldridge M.J. (2013), “Εισαγωγή στην Οικονομετρία Μία Σύγχρονη Προσέγγιση” (Εκδόσεις Παπαζήση)

Αντύπας Α. (2010), “Χρηματοοικονομική θεωρία”

Βοζίκης Α. (2015), “Οικονομικά της υγείας” (Σημειώσεις μαθήματος)

Γαλάνης Π. (2015), “Μεθοδολογία Ανάλυσης Δεδομένων στις Επιστήμες Υγείας” (Εκδόσεις Πασχαλίδη)

Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (2005), “Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη” (Εκδόσεις Παπαζήση)

Δαγκαλίδης Α. (2011), “Κλαδική Μελέτη 15 - Παραγωγή & Εμπορία Φαρμάκων”

Δριτσάκη Χ., Δριτσάκη Μ. (2013), “Εισαγωγή στην οικονομετρία με τη χρήση του λογισμικού EViews” (Εκδόσεις Κλειδάριθμος)

IOBE (2013), “Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: γεγονότα και στοιχεία”

Καραμπλή Ε., Χατζάκη Α., Πολύζος Ν., Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ. (2013), “Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας”. Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://www.mednet.gr/archives/2014-1/pdf/77.pdf>

Κάτος Α. (2004), “Οικονομετρία: Θεωρία και εφαρμογές” (Εκδόσεις Ζυγός)

Κούτρας Μ., Ευαγγελάρας Χ. (2011), “Ανάλυση Παλινδρόμησης: Ασκήσεις με Χρήση Στατιστικών Πακέτων” (Εκδόσεις Σταμούλη)

Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. (2009), “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη”. Πληροφορίες στην ιστοσελίδα http://www.imop.gr/sites/default/files/i_oikonomiki_krisi_kai_oi_epiptoseis_tis_stin_ygeia_kai_tin_iatriki_perithalpsi.pdf

Μηλιώνης Χ. (2011), “Η άσκηση της ιατρικής σε σχέση με τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των οικονομικών πόρων”. Πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://www.mednet.gr/archives/2011-6/pdf/737.pdf>

Παπαηλίας Θ. (2013), “Παγκοσμιοποίηση και κράτος πρόνοιας: η επίδραση στα συστήματα υγείας”

Πολλάλης Ι. (2015), “Επιχειρησιακή στρατηγική” (Σημειώσεις μαθήματος)

Ράϊκου Μ. (2015), “Ασφαλιστικά συστήματα και ασφαλιστικοί οργανισμοί” (Σημειώσεις μαθήματος)

Σούλης Σ. (1999), “Οικονομική της υγείας” (Εκδόσεις Παπαζήση)

Τούντας Γ. (2008), “Υπηρεσίες υγείας” (Εκδόσεις Οδυσσέας)

Υφαντόπουλος Γ. (2006), “Τα οικονομικά της υγείας: θεωρία και πολιτική” (Εκδόσεις Τυπωθήτω)

Φαρμάκης Κ. (2012), “Τάσεις και προοπτικές φαρμακευτικής αγοράς – καινοτόμα φάρμακα”

Χρήστου Γ. (2011), “Εισαγωγή στην οικονομετρία” (Εκδόσεις Δαρδάνος)