

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:  
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΔΑΝΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ,  
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ και ΙΣΠΑΝΙΑ**

***Αναστασία Δημούση***

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

Πειραιάς, 2016



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:  
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΔΑΝΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ,  
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ και ΙΣΠΑΝΙΑ**

**Αναστασία Δημούση, Α.Μ.: ΟΔΥ/1413**

Επιβλέπων: Καρκαλάκος Σωτήριος, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2016



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

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

**INVESTMENTS IN HEALTH CARE:  
AN EMPIRICAL ANALYSIS FOR DENMARK,  
GERMANY, PORTUGAL and SPAIN**

**Anastasia Dimousi**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management  
Piraeus, Greece, 2016



*Στην οικογένειά μου...*





## Ευχαριστίες

Πρώτα απ' όλα, θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής εργασίας μου, Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Σωτήριο Καρκαλάκο, για την πολύτιμη βοήθεια, στήριξη και καθοδήγησή του κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου. Επίσης, είμαι ευγνώμων στα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής της διπλωματικής εργασίας μου για την προσεκτική ανάγνωση της εργασίας μου και για τις πολύτιμες υποδείξεις τους. Οφείλω ευχαριστίες σε όλους τους ανθρώπους που ήταν κοντά μου για την ηθική υποστήριξή τους σε αυτή την πιεστική περίοδο της ζωής μου. Αφιερώνω αυτή την εργασία στη μητέρα μου και στον πατέρα μου.



# Επενδύσεις στο χώρο της Υγείας: Εμπειρική Ανάλυση για Δανία, Γερμανία, Πορτογαλία και Ισπανία

**Σημαντικοί Όροι:** υγεία, επενδύσεις, Δανία, Γερμανία, Πορτογαλία, Ισπανία

## Περίληψη

Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους και κυριότερους τομείς των δημοσίων δαπανών, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν το 15% του συνόλου των κρατικών δαπανών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), το 8% του συνολικού ευρωπαϊκού εργατικού δυναμικού και το 10% του ΑΕΠ της Ε.Ε. Ο τομέας είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών της Ευροζώνης, ενώ βρίσκεται στον πυρήνα της υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας της Ε.Ε. Τα θέματα υγείας έχουν αποκτήσει εξέχουσα θέση, τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο των συζητήσεων για τις δημόσιες δαπάνες και για τα κατάλληλα επίπεδα κοινωνικής προστασίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Παρ' όλα αυτά, οι πιέσεις για μεταρρύθμιση των εθνικών συστημάτων υγείας που χιζόνταν μέχρι και πριν από την οικονομική κρίση πλέον έχουν βγει ενεργά στο προσκήνιο. Πέρα από την οικονομική κρίση, οι πιέσεις αυτές συνδέονται με τη γήρανση του πληθυσμού, την επιβάρυνση από χρόνιες παθήσεις, το κόστος των νέων τεχνολογιών, και μια συνολική αύξηση της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη. Στις προκλήσεις αυτές τα συστήματα υγείας κάθε χώρας ανάλογα με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και τις συνθήκες στις οποίες αναπτύχθηκαν ανταποκρίνονται διαφορετικά και διαφορετικά χαράσσουν τις στρατηγικές επενδύσεων στον τομέα της υγείας. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τις επενδύσεις στην υγεία για τέσσερα διαφορετικά κράτη-μέλη της Ε.Ε., τη Δανία, τη Γερμανία, την Πορτογαλία και την Ισπανία, όπως αυτές αποκρυσταλλώνονται στα προγράμματα χρηματοδότησης των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών Ταμείων την προηγούμενη προγραμματική περίοδο (2007-2013), αλλά και την τρέχουσα (2014-2020). Από την εμπειρική ανάλυση συμπεραίνουμε ότι παρότι υπάρχουν κοινές κατευθυντήριες γραμμές στην Ε.Ε. για τον τομέα της υγείας, κάθε χώρα επενδύει σε διαφορετικούς τρόπους και μεθόδους για να οδηγηθεί προς τους επιδιωκόμενους στόχους.



# **Investments in Health Care: An Empirical Analysis for Denmark, Germany, Portugal and Spain**

**Keywords:** healthcare, investments, Denmark, Germany, Portugal, Spain

## **Abstract**

The health sector is one of the most important in public spending (accounting for almost 15% of all government expenditure in the EU). It also accounts for 8% of the total European workforce and for 10 % of the EU's GDP. The sector is vital to ensure the health and wellbeing of EU populations and it is at the core of the EU's high level of social protection. Health matters have gained prominence in the last years in the framework of debates on public spending and adequate levels of social protection during the economic crisis. Nevertheless, the pressures to reform national health systems were building up well before the economic crisis took hold. Pressures are connected to an ageing population, the burden from chronic diseases, the cost of new technologies, and an overall increasing demand for healthcare. These challenges are encountered by national health systems depending on the socio-economic environment of each country. This study examines the investments in health care for four different EU member-states, Denmark, Germany, Portugal and Spain, as they are crystallized in the funding programs of the European Structural Funds in the previous (2007-2013 ) and current (2014-2020) operational periods. From the empirical analysis we conclude that although there are common guidelines in the EU for the healthcare sector, each country invests in different ways and methods to drive to the objectives pursued.



## **Περιεχόμενα**

<b>Περίληψη</b>	<b>xii</b>
<b>Abstract</b>	<b>xiii</b>
<b>Κατάλογος Πινάκων</b>	<b>xviii</b>
<b>Κατάλογος Διαγραμμάτων</b>	<b>xviii</b>
<b>Κατάλογος Εικόνων</b>	<b>xviii</b>
<b>Κατάλογος Σχημάτων</b>	<b>xviii</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Αγορά της Υγείας**

<b>1.1 Εισαγωγή</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Ιδιαιτερότητες του αγαθού της Υγείας</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Ζήτηση και Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας</b>	<b>5</b>
1.3.1 Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας	5
1.3.2 Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας	6
<b>1.4 Συστήματα και Πολιτικές Υγείας</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας</b>	<b>9</b>
<b>1.6 Ανακεφαλαίωση</b>	<b>11</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Επενδύσεις και Δαπάνες στην Υγεία**

<b>2.1 Εισαγωγή</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Οικονομική της Υγείας</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Δαπάνες Υγείας</b>	<b>15</b>
2.3.1 Αύξηση των Δαπανών Υγείας	17
2.3.2 Αιτίες Αύξησης των Δαπανών Υγείας	17
2.3.3 Έλεγχος των Δαπανών Υγείας και Αποδοτικότητα	21
<b>2.4. Επενδύσεις στην Υγεία</b>	<b>22</b>
<b>2.5 Ανακεφαλαίωση</b>	<b>24</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Εμπειρική Ανάλυση των Επενδύσεων στην Υγεία σε 4 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

<b>3.1 Εισαγωγή</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Μεταβλητές - Δείκτες Οικονομικών της Υγείας</b>	<b>27</b>
<b>3.3 Ο τομέας της Υγείας σε τάξεις οικονομικών μεγεθών</b>	<b>30</b>
<b>3.4 Ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά μέσα για επενδύσεις στον τομέα της υγείας</b>	<b>32</b>
3.4.1 Προσεγγίσεις για τη χρήση των Διαρθρωτικών Ταμείων για επενδύσεις στην Υγεία την προγραμματική περίοδο 2007-2013	33
3.4.2. Τομείς επενδύσεων στον χώρο της υγείας στην Ε.Ε. την περίοδο 2007-2014	35
3.4.3. Προσεγγίσεις για τη χρήση των Διαρθρωτικών Ταμείων για επενδύσεις στην Υγεία την προγραμματική περίοδο 2014-2020	40
3.4.4. Τομείς επενδύσεων στον χώρο της υγείας στην Ε.Ε. την περίοδο 2014-2020	42
<b>3.5 Δανία</b>	<b>50</b>
<b>3.6 Γερμανία</b>	<b>53</b>
<b>3.7 Πορτογαλία</b>	<b>56</b>
<b>3.8 Ισπανία</b>	<b>58</b>
<b>3.9 Ανακεφαλαίωση</b>	<b>62</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συμπεράσματα-Προτάσεις</b>	
<b>4.1 Εισαγωγή</b>	<b>64</b>
<b>4.2 Συμπεράσματα από τη συγκριτική ανάλυση των 4 χωρών</b>	<b>65</b>
<b>4.3 Προτάσεις</b>	<b>67</b>
<b>4.4 Ανακεφαλαίωση</b>	<b>71</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>78</b>





## **Κατάλογος Πινάκων**

1-1 Χαρακτηριστικές διαφορές της αγοράς υπηρεσιών υγείας από την ανταγωνιστική αγορά	4
1-2 Συγκεντρωτικά τα χαρακτηριστικά των τριών βασικών μορφών Συστημάτων Υγείας	9
3-1 Δείκτες Αξιολόγησης	27

## **Κατάλογος Διαγραμμάτων**

3-1 Δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ (2011)	31
3-2 Σύνολο των επενδύσεων στην Υγεία για υποδομές από τα ΔΤ την περίοδο 2007-2013 ανά χώρα	38
3-3 Κατανομή των επενδύσεων των ΔΤ για την Υγεία (υποδομές) ως ποσοστό της συνολικής κατανομής για την περίοδο 2007-2013 ανά χώρα	39
3-4 Κατανομή των επενδύσεων για την Υγεία (υποδομές) από τα ΔΤ για την περίοδο 2007-2013 σε σχέση με το σύνολο των δαπανών για την υγεία, τα κορυφαία 10 κράτη-μέλη	40
3-5 ΔΤ επενδύσεις για υποδομές υγείας την περίοδο 2014-2020, ανά χώρα	48
3-6 ΔΤ επενδύσεις για e-health την περίοδο 2014-2020	49
3-7 ΔΤ επενδύσεις για ενεργό και υγιή γήρανση την περίοδο 2014-2020	49
3-8 ΔΤ επενδύσεις για πρόσβαση στην υγεία και στις κοινωνικές υπηρεσίες την περίοδο 2014-2020	50
4-1: Επενδύσεις με χρηματοδότηση από τα ΔΤ (σύγκριση)	66

## **Κατάλογος Εικόνων**

1-1 Συνολικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2011)	2
3-1 Οι επενδύσεις στην Υγεία μέσω των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων (2014-2020)	32

## **Κατάλογος Σχημάτων**

3-1 Προσεγγίσεις για τη χρηματοδότηση της Υγείας από τα Διαρθρωτικά Ταμεία (ΔΤ) την προγραμματική περίοδο 2007-2013	34
3-2 Προσεγγίσεις για τη χρηματοδότηση της Υγείας από τα Διαρθρωτικά Ταμεία (ΔΤ) την προγραμματική περίοδο 2014-2020	42

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

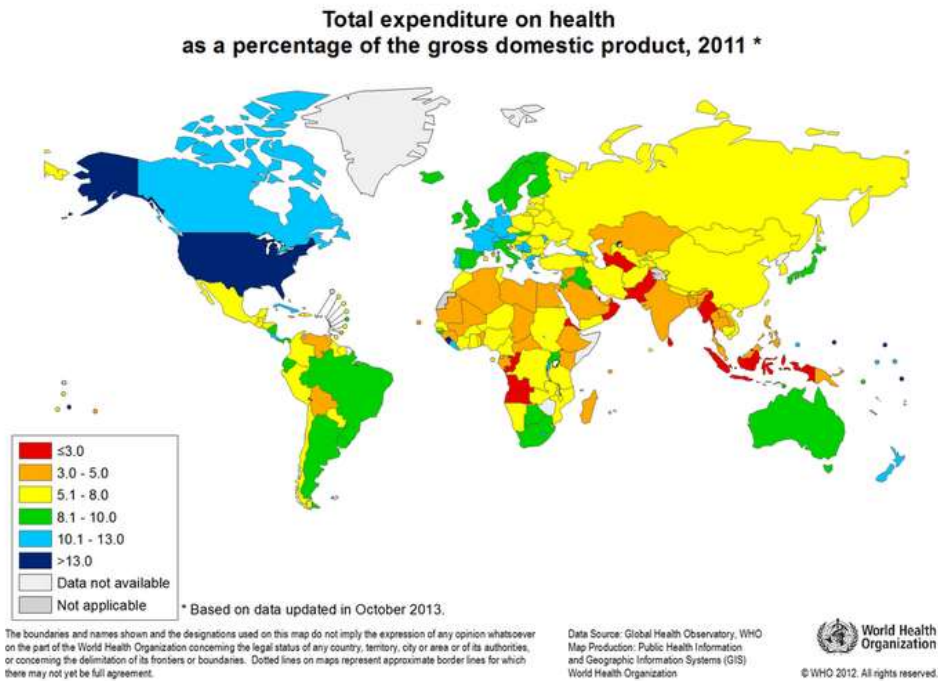
## Η ΑΓΟΡΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1. Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναπτυχθεί ευρεία συζήτηση διεθνώς για τη διαχείριση των αυξημένων δαπανών υγείας, που ανέρχονται (Basu et al., 2012, Garber, & Skinner, 2008, Schoen et al., 2007) στο 10% περίπου του ΑΕΠ στις ανεπτυγμένες χώρες (Εικόνα 1-1). Όλοι, διαμορφωτές πολιτικής, ακαδημαϊκοί κλπ, συμφωνούν ότι είναι επιτακτική η ανάγκη της αποδοτικής χρήσης και διαχείρισης των πόρων, οι οποίοι δεν είναι ανεξάντλητοι, αλλά περιορισμένοι, για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με την παράλληλη συγκράτηση των δαπανών και τον έλεγχο του κόστους. Για το σκοπό αυτό επισημαίνεται οι εναλλακτικές επιλογές να ιεραρχούνται και να αξιολογούνται, ενώ παράλληλα να υλοποιούνται εκείνες οι επιλογές οι οποίες οδηγούν στην ορθολογικότερη κατανομή πόρων με κριτήρια πάντοτε την αποδοτικότητα, την ποιότητα και την ισότητα (Gold, 1998). Σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή κατέχει η οικονομική αξιολόγηση (economic evaluation) των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας με τη χρήση συγκεκριμένων μεθόδων με τις οποίες αποτιμώνται και συγκρίνονται οι εισροές και οι εκροές εναλλακτικών προγραμμάτων (Drummond et al., 2005, 2009). Με άλλα λόγια, η εφαρμογή των μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης είναι απαραίτητη πριν ληφθεί μία απόφαση, η οποία δεσμεύει πόρους στον υγειονομικό τομέα κατά την έναρξη ή επέκταση ενός προγράμματος, μιας εργαστηριακής ή μιας κλινικής πρακτικής.

Η αξιολόγηση τόσο των προγραμμάτων υγείας όσο και των υπηρεσιών υγείας και των επενδύσεων στον χώρο της υγείας είναι απαραίτητη διαδικασία για την αποτίμηση της αξίας συγκεκριμένων παρεμβάσεων (Drummond et al., 1997). Πράγματι, τα τελευταία χρόνια, ερευνητές, επιδημιολόγοι, ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, οικονομολόγοι, στατιστικοί αναλυτές ή συχνότερα ομάδες επιστημόνων και από τον ιατρικό και από τον οικονομικό/στατιστικό κλάδο συνεργάζονται για να πραγματοποιήσουν τέτοιες μελέτες, οι οποίες θα συμβάλλουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.

**Εικόνα 1-1: Συνολικές δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.**



Πηγή: WHO, 2012.

Όμως, οι νέες οικονομικές και διαχειριστικές προσεγγίσεις στον χώρο της υγείας θα πρέπει ταυτόχρονα να λάβουν υπ' όψιν ότι, η αγορά υγειονομικών υπηρεσιών συμπεριφέρεται διαφορετικά από τις συνήθεις αγορές, όπου η αποδοτικότητα διασφαλίζεται από τον ανταγωνισμό, οι καταναλωτές έχουν επαρκή πληροφόρηση, καταβάλλουν άμεσα το κόστος και οι παραγωγοί επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση του κέρδους. Οι ιδιαιτερότητες στον υγειονομικό τομέα, όπως η ασύμμετρη και ατελής πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση και η παρουσία εξωτερικών οικονομιών επιβάλλουν την κρατική παρέμβαση για την άμβλυνση των ανισοτήτων και τη βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας με αποτέλεσμα να γίνεται η έννοια του ανταγωνισμού και της ελεύθερης αγοράς στον υγειονομικό τομέα ανέφικτο να εφαρμοσθεί.

Έτσι, ενώ η μικροοικονομική θεωρία μέσω των εννοιών της προσφοράς και της ζήτησης προσπαθεί να περιγράψει, να εξηγήσει και να προβλέψει την τιμή και την ποσότητα αγαθών που πωλούνται σε ανταγωνιστικές αγορές αποτελώντας ένα από τα πλέον θεμελιώδη οικονομικά μοντέλα, στην περίπτωση του αγαθού της υγείας οι έννοιες της ζήτησης και της προσφοράς παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας. Οι ιδιαιτερότητες αυτές του αγαθού της υγείας επηρεάζουν, όμως,

και σε μακροοικονομικό επίπεδο τις επενδύσεις που γίνονται στον συγκεκριμένο τομέα.

## **1.2. Ιδιαιτερότητες του αγαθού της Υγείας**

Η λειτουργία της ελεύθερης αγοράς καθορίζεται, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, κυρίως από τη σχέση της ζήτησης και της προσφοράς, με κύριο στόχο την όσο το δυνατό υψηλότερη οικονομική απόδοση. Η υγεία από την άλλη, ως πολύτιμο κοινωνικό αγαθό δεν μπορεί να είναι εμπορεύσιμη με στόχο το κέρδος, οπότε δεν μπορεί να καθοριστεί με βάση τις αρχές της αγοράς, αφού η υγεία αποτελεί μια περιοχή στην οποία υπάρχουν ιδιαιτερότητες και δεν μπορούν να ισχύουν κανόνες ελεύθερης αγοράς (Fuchs, 2010). Οι χώρες της Ευρώπης έχουν υιοθετήσει το μοντέλο διαχείρισης της υγείας ως κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες, διότι δεν εμπιστεύονται την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας στο μηχανισμό της αγοράς. Αυτό συμβαίνει γιατί σε ένα σύστημα αγοράς, οι «παραγωγοί» υπηρεσιών υγείας (ιατροί και νοσοκομεία) θα χρέωναν στους «καταναλωτές» τιμές που αντανakλούν το πλήρες κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών και οι καταναλωτές δεν θα μπορούσαν να επιλέξουν παραγωγούς με κανένα άλλο κριτήριο πέρα από αυτό της τιμής. Γι' αυτό η κατανομή μέσω της αγοράς είναι ανεπιθύμητη για λόγους οικονομικής αποδοτικότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, αφού η υγεία ως δημόσιο αγαθό είναι αδύνατο να αποκλείσει κάποιους από την χρήση της (Henderson, & Petersen, 2002).

Από τα προαναφερθέντα καθίσταται προφανές ότι η φροντίδα υγείας είναι διαφορετική από άλλα αγαθά (Lineaweaver, 2009). Η λεγόμενη κυριαρχία του καταναλωτή, που επικρατεί στις αγορές των περισσότερων αγαθών και υπηρεσιών δεν υφίσταται στην περίπτωση της φροντίδας υγείας, η οποία για το λόγο αυτό θεωρείται ως ανθρώπινη ανάγκη και αναφαίρετο δικαίωμα του πολίτη. Οι βασικότεροι λόγοι διαφοροποίησης της υγείας από τα άλλα αγαθά είναι:

- Η ασύμμετρη πληροφόρηση (information asymmetry): αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα υγείας (ιατροί) έχουν την πληροφόρηση και όχι αυτοί που επιθυμούν να την χρησιμοποιήσουν.
- Η προκλητή ζήτηση (supplier-induced demand): πιθανό κίνητρο (χρηματικό κυρίως) του ιατρού να προκαλέσει κατανάλωση μεγαλύτερης εκείνης που θα

ζητούσε ο ασθενής αν ήταν πλήρως πληροφορημένος, ιδίως σε ζήτηση εργαστηριακών εξετάσεων.

- Η αβεβαιότητα (uncertainty): η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό απρόβλεπτη και δεν υπάρχει δυνατότητα προγραμματισμού για μελλοντικές δαπάνες.
- Ο ηθικός κίνδυνος (moral danger): όταν πληρώνει άλλος (κοινωνική, ιδιωτική ασφάλιση) η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας αυξάνεται. Οι ασφαλισμένοι δηλαδή αποφεύγουν να ενεργούν ηθικά και υπεύθυνα ώστε να αποφύγουν ή να μειώσουν τη ζημιά από την έλευση του κινδύνου κι έτσι επιβαρύνουν οικονομικά το ασφαλιστικό ταμείο και το κράτος.
- Η σχέση αντιπροσώπευσης (agency relationship): ο ιατρός είναι ο εκφραστής της απαίτησης για φροντίδα υγείας προς όφελος του ασθενή (πιθανή σύγκρουση ρόλων ασθενή και παρόχου της υπηρεσίας).
- Η έλλειψη κυριαρχίας του καταναλωτή (consumer non-sovereignty): ο ασθενής έχει ανάγκη, φόβο, ανησυχία, άρα μικρή διαπραγματευτική δύναμη και εκχωρεί το δικαίωμα αποφάσεων στον ιατρό που ενεργεί ως εκπρόσωπός του.

Τα παραπάνω συνιστούν χαρακτηριστικές διαφορές της αγοράς υπηρεσιών υγείας από μια ανταγωνιστική αγορά (Πίνακας 1-1).

**Πίνακας 1-1: Χαρακτηριστικές Διαφορές της αγοράς υπηρεσιών υγείας από την ανταγωνιστική αγορά**

Παράμετροι της Αγοράς	Αγορά Υπηρεσιών Υγείας	Ανταγωνιστική Αγορά
Συμμετρική πληροφόρηση προμηθευτή και καταναλωτή	✘	✓
Ελεύθερη επιλογή που βασίζεται στην πληροφόρηση	✘	✓
Κυριαρχία του καταναλωτή	✘	✓
Η ζήτηση προέρχεται από τους καταναλωτές	✓/✘	✓
Ο καταναλωτής πληρώνει άμεσα	✘	✓
Οι τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών επηρεάζονται από τα ελλείμματα	✘	✓
Ο καταναλωτής πληρώνει άμεσα	✘	✓
Εισοδηματική ελαστικότητα	✘	✓
Ανταγωνισμός Προμηθευτών	✓/✘	✓

Πηγή: Maynard, 1983.

### 1.3. Ζήτηση και Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας

#### 1.3.1. Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Τα άτομα δεν ζητούν προϊόντα και υπηρεσίες φροντίδας υγείας αυτοδικαίως, αλλά στο πλαίσιο της επιδίωξής τους να διατηρήσουν ή/και να βελτιώσουν την υγεία τους. Η χρησιμοποίηση της φροντίδας υγείας έχει, δηλαδή, νόημα μόνο όταν αποτελεί την έκφραση της επιθυμίας των ατόμων να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν την υγεία τους, είναι δηλαδή παράγωγη ζήτηση. Η υγεία αποτελεί το στόχο και η φροντίδα υγείας το μέσον για επίτευξής του.

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, εκφράζει την επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας που μετατρέπεται σε ενεργή αναζήτηση αυτών των φροντίδων (Follan et al., 2007). Η ζήτηση προσδιορίζεται από υποκειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες, αλλά εξαρτάται από πλήθος παραγόντων, όπως η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το φύλο, η ηλικία, το εισόδημα, το επάγγελμα, η ασφαλιστική κάλυψη, το μορφωτικό επίπεδο, το επιδημιολογικό πρότυπο, το προσδόκιμο επιβίωσης, ο τόπος κατοικίας και η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος και συν., 1999). Συνοπτικά, οι κύριοι παράγοντες που προσδιορίζουν τη ζήτηση για τη φροντίδα υγείας είναι (Κυριόπουλος, 2003):

- Η κατάσταση της υγείας του ατόμου.
- Η σχετική τιμή της φροντίδας υγείας.
- Οι εισοδηματικοί περιορισμοί.
- Η συμπεριφορά ως προς την έκφραση των αναγκών υγείας του.
- Οι προτιμήσεις του ατόμου.
- Γενικοί και ειδικοί κοινωνικοί, επιδημιολογικοί, δημογραφικοί παράγοντες.

Γενικά, ισχύει η σχέση:  $Dy=f(I,P,L)$ , όπου  $Dy$  η ζήτηση,  $I$  το εισόδημα,  $P$  οι τιμές και  $L$  η κρισιμότητα της ασθένειας (Σουλιώτης, 2000). Η δυνατότητα που έχει το ιατρικό σώμα να προκαλεί αύξηση των ζητούμενων ως «αναγκαίων» υπηρεσιών υγείας ή οι διοικητικοί παράγοντες, καθιερώνοντας υποχρεωτικές διαδικασίες, ή η προκλητή ζήτηση, που αναλύθηκε στην προηγούμενη ενότητα (Evans, 1974).

### 1.3.2. Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας

Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας ορίζει την παροχή υπηρεσιών από τους προμηθευτές υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, νοσοκομεία κλπ), ενώ η παραγωγή και η διανομή των φροντίδων υγείας συνδέονται με τον τύπο του συστήματος υγείας που εφαρμόζεται σε κάθε χώρα. Η διάκριση ζήτησης και προσφοράς υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολη, όμως η προσφορά κατέχει την κυρίαρχη θέση. Δηλαδή, αυτοί που διαθέτουν και παρέχουν την φροντίδα υγείας ασκούν πολύ μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση των σχετικών με τον υγειονομικό τομέα ζητημάτων σε σχέση με όσους τη χρησιμοποιούν (Mooney, 1983).

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά υπηρεσιών υγείας είναι η επάρκεια των ανθρώπινων και υλικών πόρων, το επιδημιολογικό και δημογραφικό πρότυπο, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης κλπ.

Σε αντίθεση με τις προϋποθέσεις του μοντέλου του τέλει ανταγωνισμού, στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, οι ιατρικές υπηρεσίες είναι ανομοιογενείς, με πολλαπλές και εναλλακτικές πρακτικές. Εξάλλου, σε πολλές χώρες υπάρχουν περιορισμοί στην «παραγωγή» ιατρών, ενώ το φαινόμενο της αρρώστιας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα (τόσο ως προς την εμφάνισή του, όσο και ως προς την πορεία του), ή υφίστανται επιδράσεις, είτε ως εξωτερικές οικονομίες, είτε ως εξωτερικές επιβαρύνσεις, καθώς πολλά νοσήματα είναι μεταδοτικά. Κυρίως, όμως, αυτό που χαρακτηρίζει τις αγορές των υπηρεσιών υγείας είναι, όπως είδαμε, η ασύμμετρη κατανομή της γνώσης και πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο ασθενής, κατά κανόνα δεν γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους, ή τις πιθανές παρενέργειες. Έτσι, ο ιατρός, ή γενικότερα οι παραγωγοί ιατρικών υπηρεσιών, μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά τη ζήτηση, με αποτέλεσμα να μην ισχύει ούτε η προϋπόθεση της ανεξαρτησίας προσφοράς και ζήτησης. Το γεγονός αυτό αποτελεί, όπως είδαμε, και τη βασική αιτία εμφάνισης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, όπου οι ιατροί προκειμένου να διατηρήσουν ή να αυξήσουν τα εισοδήματά τους, επιδιώκουν να αυξήσουν τη ζήτηση. Έτσι, αντί να μειωθούν οι τιμές με την αύξηση της προσφοράς, αυξάνει η ποσότητα των υπηρεσιών και κυρίως αυξάνουν οι τιμές (Τούντας, 2007). Οι δημόσιες ή οι μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις που εμπλέκονται ουσιαστικά στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας δεν έχουν κίνητρο επίτευξης και



μεγιστοποίησης κέρδους, ενώ οι πραγματοποιούμενες από τους καταναλωτές δαπάνες δεν καλύπτονται από τους ίδιους ή καλύπτονται μόνο μερικώς.

#### **1.4. Συστήματα και Πολιτικές Υγείας**

Η εφαρμογή και υλοποίηση τόσο των πολιτικών υγείας, όσο και των επενδύσεων στο χώρο της υγείας προϋποθέτουν τη διαμόρφωση και την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και οργάνωσης του συστήματος υγείας, το οποίο με τη σειρά του διαμορφώνεται από τις εκάστοτε οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες και αντικατοπτρίζει, σε ένα βαθμό, την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι αυτές οι συνθήκες με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν, οπότε και απαιτείται το σύστημα υγείας να προσαρμοστεί και να σχεδιαστεί εκ νέου για να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί. Επιπλέον, το σύστημα υγείας μιας χώρας επηρεάζει και τις δαπάνες για επενδύσεις στον τομέα αυτό, τόσο τις ιδιωτικές όσο και τις δημόσιες.

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται κυρίως ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησής τους από τους ιδιώτες, το κράτος ή την κοινωνική ασφάλιση. Σημαντικό, επίσης, ρόλο στα συστήματα υγείας παίζει και ο βαθμός αποκέντρωσής τους στη λήψη των αποφάσεων. Παρόλα αυτά, κοινός άξονας όλων των ανεπτυγμένων χωρών είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού να είναι συνολική, δηλαδή όλοι οι κάτοικοι των χωρών να έχουν εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η παροχή και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών των διαφόρων χωρών έχει επηρεαστεί και έχει διαμορφωθεί από μια σειρά ιστορικών, γεωγραφικών και πολιτικών παραμέτρων με την ιδεολογία όμως να παραμένει παντού ίδια. Ωστόσο, η βασική διάκριση που καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών αφορά στην προσέγγιση του αγαθού «υγεία» και των «υπηρεσιών υγείας». Η φιλελεύθερη αντίληψη στηρίζεται στις αρχές της αγοράς, στο δίκαιο της ανταλλαγής, στην υπεροχή της ατομικότητας και στην περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Αποδέχεται, δηλαδή, η φιλελεύθερη αντίληψη τους μηχανισμούς της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας και το σύστημα τιμών ως θεμελιακό μηχανισμό διανομής των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν οι ιδέες και αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αναδιανομής του εισοδήματος, της προώθησης του κοινωνικού οφέλους και οι αρχές της συλλογικής δράσης, προδίδοντας ότι ο μηχανισμός της αγοράς δεν μπορεί να δώσει πάντα τη λύση.

Συνοπτικά, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησης, ο τρόπος αμοιβής των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας και μια σειρά από άλλα μικρής ή μεγάλης σημασίας θέματα συνδέονται με τη μορφή ή τον τύπο του συστήματος υγείας.

Σήμερα, τα συστήματα υγείας αναπτύσσουν διάφορους τύπους άμυνας στις κοινωνικοοικονομικές πιέσεις για αλλαγή. Οι άμυνες αυτές, συχνά συνιστούν ολοκληρωμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας τους με άμεσο αντίκτυπο στις επενδύσεις στον τομέα αυτό, ενώ κερδίζει συνεχώς έδαφος η άποψη ότι η μεταρρύθμιση αυτή είναι απαραίτητη, αλλά πολιτικά δύσκολη να γίνει, λόγω της ιδιαιτερότητας της φύσης του αγαθού της υγείας και των κοινωνικών επεκτάσεων αυτής. Κεντρικός στόχος όλων των υγειονομικών συστημάτων ανά τον πλανήτη είναι η επίτευξη αποδεκτών επιπέδων κόστους, ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και εύκολης πρόσβασης στα συστήματα υγείας, με στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων των και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών τους. Το πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας που συνιστούν την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας νέας διαφοροποιημένης Δημόσιας Υγείας με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή Υγείας, στο βαθμό που η σχέση της υγείας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο περιβάλλον δημιουργεί μεγάλες δυνατότητες καταπολέμησης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας. Στους τομείς, αυτούς, εξάλλου, της πρόληψης και αγωγής υγείας, καθώς και της εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, έχει πέσει το βάρος των επενδύσεων στον τομέα της Υγείας.

**Πίνακας 1-2: Συγκεντρωτικά τα χαρακτηριστικά των τριών βασικών μορφών Συστημάτων Υγείας**

<b>ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>			
	<b>Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας</b>	<b>Μοντέλο του Bismarck</b>	<b>Μοντέλο του Beveridge</b>
<b>Αρχές λειτουργίας</b>	Υγεία ιδιωτικό αγαθό, προαιρετική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού	Υγεία δημόσιο αγαθό, καθολική – υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού ανά επαγγελματική κατηγορία	Υγεία δημόσιο αγαθό, ενιαία καθολική κάλυψη του πληθυσμού
	Νόμος προσφοράς και ζήτησης, μηχανισμός των τιμών	Μηχανισμός ελέγχου της αγοράς οι συλλογικές διαπραγματεύσεις	Παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής
<b>Προσφορά υπηρεσιών υγείας</b>	Αποκλειστικά από ιδιώτες	Δημόσιοι, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί, ιδιωτικοί μη – κερδοσκοπικοί προμηθευτές	Παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος
	Το κράτος δεν παρεμβαίνει, αρχή του laissez faire	Κράτος πρωταγωνιστικό ρόλο στη χάραξη προγραμματικού πλαισίου, καθορισμό αμοιβών, περιφερειακοποίηση υποδομών	Κράτος διατηρεί τον κεντρικό σχεδιασμό και έλεγχο των υπηρεσιών
<b>Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας</b>	Ιδιωτική Κερδοσκοπική Ασφάλιση Υγείας	Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία	Έμμεση και άμεση φορολογία (προοδευτικός φορολογικός συντελεστής)
	Ασφάλιστρα ανάλογα με κίνδυνο ασθένειας, ατυχήματος + συνεισφορά του ασφαλισμένου στο κόστος	Εισφορές με βάση την ικανότητα πληρωμής (προοδευτικός συντελεστής) + συνεισφορά (αναλογική) του ασφαλισμένου στο κόστος	Αρχή της μηδενικής τιμής

Πηγή: Εργαστήριο Υγιεινής-Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., 2008.

### **1.5. Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας**

Σε συνέχεια της προηγηθείσας ανάλυσης για τα συστήματα υγείας, η παρούσα ενότητα εστιάζει στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, καθώς αυτή αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες λειτουργίας του και του τρόπου με τον οποίο αποτιμώνται τα αποτελέσματά του σε οικονομικούς όρους (Jones, & O'Donnell, 2002), ενώ παράλληλα αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα για τις επενδύσεις στο συγκεκριμένο τομέα. Όλες οι αναπτυγμένες χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης Ο.Ο.Σ.Α., στην προσπάθειά τους να επιτύχουν τους στόχους του δημόσιου τομέα τους, που θέτουν (αποδοτικότητα-αποτελεσματικότητα, επάρκεια-ισοτιμία και ελευθερία επιλογής), αντιμετωπίζουν προβλήματα, που μπορεί να ποικίλουν στο εύρος τους (OECD, 2004), αλλά βασικά περιέχουν α. διογκωμένη ή/και μη αναγκαία χρησιμοποίηση υπηρεσιών σε ορισμένους τομείς (π.χ. νοσοκομεία, υψηλή τεχνολογία κ.λπ.), β. ενδείξεις για σημαντικές διαφοροποιήσεις, όσον αφορά στη δραστηριότητα των

«παραγωγών» και το κόστος των παραγομένων υπηρεσιών, μεταξύ περιφερειών, γ. έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων παραγωγών και των φορέων χρηματοδότησης, δ. προβλήματα πρόσβασης (λίστες αναμονής ή έλλειψη υπηρεσιών) σε αντίθεση με τους χαμηλούς δείκτες κάλυψης, και ε. προβλήματα αποτελεσματικότητας (effectiveness) και ανταπόκρισης (responsiveness) των παρόχων υπηρεσιών υγείας στους «καταναλωτές» (ασθενείς) που εκφράζονται από το βαθμό της ικανοποίησης (satisfaction) του πληθυσμού.

Η προσπάθεια βελτίωσης λειτουργίας της δημόσιας υγείας συνδέεται άμεσα με τη διόγκωση των δαπανών, οι οποίες καταγράφουν, αυξητική τάση (Dunn, 2006). Αυτή η τάση θα έχει επιπτώσεις στη γενικότερη οικονομία και δυσκολίες διαχείρισης του φαινομένου από το Κράτος και τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, αν και αναγνωρίζεται ο ρόλος της Πολιτείας στη διαμόρφωση αποτελεσματικής μακροοικονομικής πολιτικής, άμεσα στην υγεία ή έμμεσα στην κοινωνική ασφάλιση, καθώς και στην καταπολέμηση της φτώχειας και της ανεργίας. Κατά συνέπεια και η χρηματοδότηση του κάθε συστήματος επηρεάζεται από τα παραπάνω φαινόμενα.

Από μian άλλη σκοπιά, όσον αφορά στη χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας, η σύνθεση και η κατανομή των ανάλογων πόρων, ανά περιφέρεια, θα επηρεάσει τη ζήτηση και την απασχόληση ιδιαίτερα στους ευαίσθητους τομείς υγείας και παιδείας (Bloom et al., 2002). Σημείο που πρέπει, επίσης, να προσεχθεί είναι η στόχευση αντίστοιχων επενδύσεων (π.χ. σε περιοχές με υψηλό επίπεδο φτώχειας, νοσηρότητας και θνησιμότητας), που θα συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη και τη μακροοικονομική σταθερότητα (Bloom et al., 2001). Η αύξηση της απασχόλησης μέσω επίλυσης προβλημάτων ασφάλισης και ανεργίας θα βοηθήσει και τη χρηματοδότηση του κλάδου υγείας (Jacobs, 1998), χωρίς να λησμονείται το δημογραφικό πρόβλημα. Τέλος, ο παρεπόμενος στόχος είναι οι διορθώσεις του κάθε φορολογικού συστήματος προς πιο προοδευτικές και ισότιμες λύσεις, σε συνδυασμό με την εξέταση ασφαλιστικών εισφορών και αντίστοιχων πακέτων περίθαλψης που προσφέρουν τα ασφαλιστικά ταμεία (Πολύζος, 1998 & 2007).

Ειδικότερα οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, σύμφωνα με το σύστημα λογαριασμών υγείας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το οποίο βασίζεται σε μεθοδολογία που αναπτύχθηκε από κοινού από τον Ο.Ο.Σ.Α, τη Eurostat και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες:

Α) την κεντρική κυβέρνηση,

B) τον ιδιωτικό τομέα

Γ) τις λοιπές πηγές.

## 1.6. Ανακεφαλαίωση

Το αγαθό της υγείας αποδείχτηκε ανεπαρκές από μόνο του, στο πέρασμα των χρόνων, στο να οδηγήσει σε αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγείας και ασφάλιση υγείας, δημιουργώντας έντονες κοινωνικές ανισότητες με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι δεν μπορεί να υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. Στον τομέα υγείας επικρατούν συνθήκες που αλλοιώνουν τις βασικές αρχές της αγοράς, όπως η ασυμμετρία της πληροφορίας, η αδυναμία αξιολόγησης των προσφερόμενων υπηρεσιών, ο μειωμένος ανταγωνισμός και η μονοπωλιακή και μονοψωνιακή πραγματικότητα, η ανομοιογένεια προϊόντος και αποτελέσματος, η ένταση εργασίας που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα υγείας, ο τρόπος που εκδηλώνεται η ζήτηση και η σχέση της με την προσφορά, η κρατική παρέμβαση που διαφοροποιεί την προσφορά μέσω της παραγωγής, οι σημαντικές εξωτερικές συνέπειες του τομέα της υγείας ακόμα και η ύπαρξη μη κερδοσκοπικών οργανισμών που δραστηριοποιούνται στο χώρο.

Η απουσία της κυριαρχίας του καταναλωτή-ασθενή που είναι έντονη λόγω έλλειψης της απαιτούμενης ιατρικής γνώσης και της αδυναμίας έναντι του ιατρού-παραγωγού, καθιστά τον ασθενή ανίκανο να διαχειριστεί μόνος του την κατάσταση της υγείας του και άρα να κρίνει και να αξιολογήσει την αγορά υπηρεσιών υγείας. Αυτή η πραγματικότητα δεν συναντάται σε άλλα προϊόντα-αγαθά, γιατί εκεί ο καταναλωτής έχει τη δυνατότητα να κρίνει την ποσότητα και ποιότητα αυτού που αγοράζει, να υποκαταστήσει ένα αγαθό ή μια υπηρεσία με ένα άλλο αγαθό/υπηρεσία ή να αναβάλει την αγορά του μέχρι να αποκτήσει αυτή τη γνώση. Επίσης, έχει τη δυνατότητα επαναλαμβάνοντας την αγορά ενός αγαθού να κρίνει τη τιμή του και τη χρησιμότητά του οπότε και να λειτουργεί «κυριαρχικά» στην αγορά του προϊόντος. Το γεγονός αυτό δεν είναι εφικτό στην αγορά υγείας, αφού ο καταναλωτής-ασθενής ούτε μπορεί να αναβάλει την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, ούτε μπορεί να αποφασίσει για τη τιμή και την ποιότητα των ασφαλιστικών πακέτων και των ιδιαίτερα πολύπλοκων στις μέρες μας ιατρικών πράξεων, βάσει της προηγούμενης ζήτησης. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο ότι τις περισσότερες φορές ο

καταναλωτής-ασθενής αναζητά καινούργιες υπηρεσίες υγείας για διαφορετική ασθένεια.

Βέβαια, από την άλλη πλευρά, ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να προωθηθεί η αποδοτικότητα στα δημόσια συστήματα υγείας είναι επίσης ένα ζήτημα που επιδέχεται συζήτηση και απαιτεί την ικανοποίηση προϋποθέσεων, όπως το να είναι οι ιατροί θεματοφύλακες στον έλεγχο του κόστους και της συγκράτησης των δαπανών. Τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους για αυτό και θεωρούνται συστήματα εντάσεως εργασίας. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αποτελούν την βάση για την ανάπτυξη μεθόδων αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης χρήσης των πόρων σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (Simons, & Bonnett-Jones, 1989; Abel-Smith, 1986).

Παράλληλα, ο ανταγωνισμός μεταξύ προγραμμάτων υγείας μπορεί να συγκρατήσει το κόστος μέσα από την προσπάθεια συμπίεσης των ασφαλιστρών μόνο εφόσον οι καταναλωτές μπορούν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά συγκριτικές πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα κάθε προγράμματος κάτι πολύ δύσκολο να συμβεί όπως διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει. Σε έρευνα στις ΗΠΑ (Fixsen et al., 2005), διαφάνηκε η αδυναμία των καταναλωτών να κατανοήσουν τα προγράμματα υγείας τους διότι δεν μπορούν να κατανοήσουν τέτοιου είδους έννοιες.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, οι προκλήσεις των σχεδιαστών κοινωνικής πολιτικής των διαφόρων χωρών, παρά τις ουσιαστικές διαφορές που απαντώνται μεταξύ των χωρών αυτών -όσον αφορά στις μεθόδους οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, για τα οποία γίνεται λόγος το επόμενο κεφάλαιο-, συνοψίζονται στο δίπτυχο βιώσιμη χρηματοδοτική λειτουργία και αποδοτικότητα, μέσω της παροχής εκείνου του πλέγματος υπηρεσιών υγείας που εξασφαλίζει υψηλά υγειονομικά οφέλη και προάγει τις αρχές της ισότητας στην παροχή και στην πρόσβαση σε ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

Η πολιτική υγείας που υιοθετεί μια χώρα είναι συνάρτηση των μέτρων και των κανόνων της παραγωγής, των επενδύσεων, της διανομής και κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Έτσι, κάθε χώρα με αναφορά στο σύστημα το οποίο έχει εφαρμόσει, επιδιώκει να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών της έχοντας ως κριτήριο τις μεταβλητές που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές συστημάτων υγείας: το ιδιωτικό ή φιλελεύθερο, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Το ιδιωτικό σύστημα λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς, όπου κυριαρχούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι υπηρεσίες υγείας είναι κατά κανόνα ιδιωτικές. Το κρατικό σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αποσκοπεί στην ισότιμη δωρεάν κάλυψη αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού (μοντέλο Beveridge). Η τρίτη κατηγορία, των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, στηρίζεται στην ύπαρξη διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας μέσω των εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων, για την «αγορά» δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (μοντέλο Bismarck).

Τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών, τα τελευταία χρόνια, δέχονται σημαντικές πιέσεις για αλλαγή, οι οποίες πηγάζουν από τις μεταβολές στο δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού τους, από την πρόοδο της τεχνολογίας, αλλά και από τις σύγχρονες συνθήκες ζωής. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης και των δαπανών για την υγεία, σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων, αλλά και ταυτόχρονα υψηλών απαιτήσεων σε επίπεδα ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Ασφαλώς, σε κάθε χώρα οι αλλαγές που συντελούνται, προκειμένου να ανταποκριθούν τα συστήματα υγείας στις σύγχρονες προκλήσεις του κάθε εγχώριου

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:**

### **ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ και ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

#### **2.1. Εισαγωγή**

Η υγεία, εάν την αντιμετωπίσουμε ως χρηματοοικονομικό όρο, αποτελεί μια αξία από μόνη της<sup>1</sup>. Είναι, επίσης, μια βασική προϋπόθεση για την οικονομική ευημερία μιας χώρας. Η υγεία των ανθρώπων επηρεάζει τα οικονομικά αποτελέσματα όσον αφορά στην παραγωγικότητα, στην προσφορά εργασίας, στο ανθρώπινο κεφάλαιο και στις δημόσιες δαπάνες. Επιπλέον, οι δαπάνες για την υγεία αναγνωρίζονται ως δαπάνες θετική προς την ανάπτυξη. Οι οικονομικά αποτελεσματικές και αποδοτικές δαπάνες για την υγεία μπορούν να αυξήσουν την ποσότητα και την παραγωγικότητα της εργασίας, αυξάνοντας το προσδόκιμο υγιούς ζωής<sup>2</sup>. Ωστόσο, το σχετικά μεγάλο μερίδιο των δαπανών υγείας στο σύνολο των δημοσίων δαπανών, σε συνδυασμό με την ανάγκη για δημοσιονομική εξυγίανση σε ολόκληρη την ΕΕ, απαιτεί μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας για να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα των σημερινών μοντέλων συστήματος υγείας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει σημαντικό δυναμικό για την αύξηση της αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας.

#### **2.2. Οικονομική της Υγείας**

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η έκρηξη των δαπανών υγείας και η σπανιότητα των πόρων που απορροφά ο υγειονομικός τομέας, χωρίς την παράλληλη αύξηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνης των συστημάτων υγείας, οδήγησε στην ανάπτυξη ενός νέου επιστημονικού κλάδου των οικονομικών, της οικονομικής της υγείας.

Η οικονομική της υγείας, προέκυψε από την ανάπτυξη της οικονομικής της εργασίας, της δημόσιας οικονομικής και του δημόσιου management. Στην ανάπτυξη

---

<sup>1</sup> Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ΕΕ 2006 / C 146/01, 22.6.2006.

<sup>2</sup> Επιτροπή, Γενική Διεύθυνση Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων (2012), Η ποιότητα των δημοσίων δαπανών στην ΕΕ, European Economy, Occasional Papers 125, Δεκέμβριος 2012.



του κλάδου συνεισέφερε σημαντικά η Σχολή του Σικάγο με την ανάπτυξη της θεωρίας περί της οικονομίας των ανθρωπίνων πόρων, σύμφωνα με την οποία οι επενδύσεις σε ανθρωπίνους πόρους βοηθούν στην οικονομική ανάπτυξη, η οποία εν συνεχεία οδηγεί στην πολιτιστική και κοινωνική άνοδο.

Ως επιστημονικός κλάδος, θα λέγαμε ότι βρίσκεται στο τρίγωνο των επιστημονικών οριοθετήσεων μεταξύ της οικονομικής επιστήμης γενικά, της επιστήμης της κοινωνικής πολιτικής και της φιλοσοφικο-ιδεολογικής θεώρησης της υγείας (Σούλης, 1999). Η οικονομική της υγείας<sup>3</sup> ορίζεται, ως η μελέτη του τρόπου κατανομής σπάνιων πόρων μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση της ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας. Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει ακόμη, τον τρόπο δράσης της φροντίδας υγείας και των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία, το κόστος και τα οφέλη, αλλά και την υγεία την ίδια όσον αφορά τον τρόπο διανομής της μεταξύ ατόμων και ομάδων στα πλαίσια μιας κοινωνίας (Pearson, 2002).

Τέλος, όπως και η κύρια επιστήμη των οικονομικών έτσι και η οικονομική της υγείας μπορεί να τίθεται είτε υπό το πρίσμα της μακροοικονομικής προσέγγισης είτε υπό το πρίσμα της μικροοικονομικής προσέγγισης.

### **2.3. Δαπάνες Υγείας**

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός για τις δαπάνες υγείας επιτρέπει την μετρησιμότητα των οικονομικών δραστηριοτήτων ανάλογα με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας. Η έννοια των δραστηριοτήτων σχετίζεται και με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά αφορά και δραστηριότητες που αναλαμβάνονται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να διατηρηθεί ένα επίπεδο υγείας. (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Οι δαπάνες υγείας μπορούν σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

---

<sup>3</sup> Ο ορισμός δόθηκε από: World Bank Organization

- Ιατρικές Δαπάνες, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες κ.α
- Νοσοκομειακές Δαπάνες που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α
- Φαρμακευτικές Δαπάνες, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά.

Αν στις κύριες κατηγορίες προστεθούν και οι δαπάνες για σχολική ιατρική, για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες τότε το σύνολο αυτών ορίζεται ως Συνολικές Δαπάνες υγείας.

Από όσα ήδη αναφέρθηκαν, γίνεται φανερό ότι το συνολικό ποσό δαπανών υγείας ενός κράτους είναι το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης και των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων. Η δημόσια κατανάλωση αναφέρεται στα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους ενώ η ιδιωτική κατανάλωση αφορά τα ίδια έξοδα και την συμμετοχή στο κόστος από την πλευρά των καταναλωτών- νοικοκυριών. Το κράτος συμμετέχει ακόμη στο σύστημα υγείας μέσω των δημοσίων επενδύσεων. Η έννοια της ιδιωτικής επένδυσης, σχετίζεται με την δημιουργία υποδομών από ιδιώτες με σκοπό την μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους, και κατά συνέπεια έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Σούλης, 1999).

Το συνολικό ύψος αλλά και η σύνθεση των δαπανών υγείας δεν είναι γνωστά σε πολλές χώρες. Αυτό συμβαίνει γιατί ενώ είναι δυνατόν να υπολογιστεί το ύψος των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων και το ύψος της δημόσιας κατανάλωσης, δεν υπάρχουν στοιχεία για την ιδιωτική κατανάλωση και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. (Κυριόπουλος-Νιάκας, 1994). Το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υγείας κάθε χώρας, επιτείνεται καθώς δεν γίνεται διάκριση των δαπανών ανά βαθμίδα περίθαλψης. Πράγματι, υπάρχει αδυναμία στην προσπάθεια περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας σε όλη την διάρκεια της ζωής του ενώ πολλές φορές απαιτείται ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής- εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του ασθενούς.

Συνεπώς από τα προαναφερθέντα καθίσταται εμφανές ότι αν και η εκτίμηση των συνολικών δαπανών υγείας ή η εκτίμηση σχετικά με τις δαπάνες υγείας ανά βαθμίδα περίθαλψης είναι δύσκολη, παραμένει ως γεγονός το φαινόμενο, ότι αυτές οι δαπάνες έχουν αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και σε παγκόσμια κλίμακα. Ποιοί

είναι αυτοί οι παράγοντες που επιδρούν και που τελικά οφείλεται αυτή η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας; Στη συνέχεια αυτής της εργασίας θα γίνει μια προσπάθεια διερεύνησής τους.

### 2.3.1. Αύξηση των Δαπανών Υγείας

Η έννοια της υγείας είναι από μόνη της άνιση αφού κάποιοι άνθρωποι εργάζονται παραγωγικά για χρόνια και πεθαίνουν όντες σε βαθιά γηρατειά, ευτυχισμένοι και εύρωστοι οικονομικά, ενώ άλλοι άνθρωποι αγωνιούν για μερικούς μήνες ή χρόνια και πεθαίνουν πρόωρα. Η φύσει κατανομή της υγείας, λοιπόν, δεν είναι δίκαιη και ένα καλό επίπεδο υγείας δεν συνδέεται με το ύψος του ατομικού εισοδήματος (Getzen, 1997).

Αν μεταφέρουμε την συζήτηση σε εθνικό επίπεδο, είναι άραγε δυνατόν να πούμε ότι το καλό επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού συνδέεται αιτιακά με το ύψος των δαπανών και επενδύσεων υγείας; Αν δηλαδή ένα κράτος διαθέσει περισσότερα χρήματα στην υγεία θα εξασφαλίσει καλύτερο status υγείας για τον πληθυσμό του;

Γενικά, γίνεται αποδεκτό ότι οι οικονομικά εύρωστες χώρες είναι υγιέστερες καθώς διαθέτουν πολλά χρήματα για υγειονομική φροντίδα. Είναι επίσης γενικά αποδεκτό ότι στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού επιδρούν θετικά ή αρνητικά παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η διατροφή και η εφαρμογή υγειονομικών μέτρων, πολιτικών και παρεμβάσεων. Από την άλλη πλευρά, πώς θα μπορούσε να εξηγηθεί το γεγονός ότι σε «φτωχές» χώρες έχει αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης μέσα στα τελευταία είκοσι χρόνια αν και οι δημόσιες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή είναι μικρότερες από αυτές των ανεπτυγμένων χωρών;

Μήπως, παρότι το κράτος δαπανά περισσότερα χρήματα, η υγεία που τελικά αγοράζεται είναι «λιγότερη» (Getzen, 1997). Το γεγονός αυτό, θα διερευνηθεί στην συνέχεια προκειμένου να καταστούν γνωστές οι αιτίες και οι παράγοντες που επιδρούν και αυξάνουν τις δαπάνες υγείας ενώ τελικά δρουν επιβαρυντικά στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών.

### 2.3.2. Αιτίες Αύξησης των Δαπανών Υγείας

Ως πρώτος αιτιολογικός παράγοντας της αύξησης των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες αναφέρεται η αύξηση του εισοδήματος.

Πραγματικά, η αύξηση του εισοδήματος συμβάλλει στην προτεραιοποίηση των αναγκών του ανθρώπου, αφού σκοπός δεν είναι μόνο η βιολογική επιβίωση, άρα και η κάλυψη αυτών των αναγκών, αλλά και η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου υγείας του ατόμου. Έτσι ο παράγοντας αυτός φαίνεται να συμβάλλει στην καλύτερευση της υγείας του πληθυσμού

Το σύστημα υγείας αρχικά ταυτίστηκε με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης, όμως το 1946, η ΠΟΥ διακήρυξε ότι υγεία δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας αλλά και μια κατάσταση φυσικής, ηθικής και κοινωνικής ευεξίας. Αυτός ο ορισμός της υγείας επιβάλλει την επικέντρωση σε διάφορες κατηγορίες των υγειονομικών αναγκών προκειμένου να προσφέρουμε ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Όταν αναφερόμαστε στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών αναφερόμαστε στην ανάγκη Πρόληψης<sup>4</sup>, είτε αυτή είναι Πρωτογενής, είτε Δευτερογενής, είτε Τριτογενής, στην ανάγκη Πρώιμης διάγνωσης, στην ανάγκη για Περίθαλψη, στην ανάγκη για Αποκατάσταση (ιατρική, σχολική, επαγγελματική και κοινωνική), στην ανάγκη για Νοσηλευτική φροντίδα, στην ανάγκη για Αναπλήρωση εισοδήματος, και τέλος στην ανάγκη για Εκπαίδευση και Έρευνα. (Μπουρσανίδης, 2000).

Ο βασικός σκοπός, λοιπόν, του συστήματος υγείας είναι να ικανοποιεί αυτές τις ανάγκες και να διασφαλίζει την κάλυψή τους για τον πληθυσμό ευθύνης του. Δεδομένου ότι σε τελική ανάλυση, ο πολίτης είναι ο βασικός πληρωτής χρηματοδοτώντας το σύστημα υγείας μέσω της φορολογίας, των εργοδοτικών και ασφαλιστικών εισφορών σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς ή μέσω της συμμετοχής στο κόστος και ιδίων πληρωμών είναι προφανές ότι η μετακύληση του κόστους των υπηρεσιών υγείας γίνεται τελικά προς αυτόν. Το ύψος αυτών των εισφορών ή της φορολογίας καθορίζεται συνήθως από την επαγγελματική κατηγορία ή/και το εισόδημα του πολίτη.

Από την άλλη πλευρά του συστήματος υγείας παρουσιάζεται ο πολίτης όχι μόνο ως βασικός χρηματοδότης του συστήματος αλλά και ως κύριος αγοραστής των υπηρεσιών υγείας. Ένας παράγοντας λοιπόν που επηρεάζει τις συνολικές δαπάνες υγείας σχετίζεται με το καταναλωτικό πρότυπο τόσο ως ανάγκη ικανοποίησης των αναγκών επιβίωσης όσο και ως ανάγκη βελτιστοποίησης του επιπέδου υγείας. Επιπλέον, η στροφή της ζήτησης για ποιοτική παροχή υπηρεσιών στον τομέα της

---

<sup>4</sup> Πρωτογενής Πρόληψη: Αποσόβηση και πρόληψη ασθενειών  
Δευτερογενής Πρόληψη: Πρώιμη Διάγνωση ασθενειών  
Τριτογενής Πρόληψη: Αποκατάσταση και νοσηλευτική φροντίδα

υγείας εκπαίδευσης και επικοινωνίας έχει συμβάλλει αποφασιστικά στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής άμεσα είναι και η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου. Ο καταναλωτικός τρόπος ζωής και οι συνθήκες διαβίωσης στις βιομηχανικές χώρες φαίνονται να έχουν αυξήσει τις χρόνιες ασθένειες και νοσήματα, που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Είναι γεγονός ότι η θεραπευτική εξέλιξη δεν οδήγησε σε πλήρη ίαση και αποθεραπεία παρόλα αυτά, επιμήκυνε σημαντικά την διάρκεια ζωής των πασχόντων. Τέλος, οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί, οδηγούν στην αύξηση του κόστους υγείας κυρίως λόγω των χρόνιων ασθενών που συνεχώς καταναλώνουν πόρους. (Σούλης, 1999).

Ένας άλλος παράγοντας που θεωρείται ότι σχετίζεται με την αύξηση των δαπανών υγείας είναι η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης. Είναι κοινός τόπος στην συζήτηση που γίνεται στις μέρες μας, ότι ο πολίτης όπως και οι επαγγελματίες υγείας, δεν είναι ιδιαίτερα ενήμεροι για το κόστος της περίθαλψης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται “...οι περισσότεροι πολίτες δεν έχουν ιδέα για το ύψος της συνεισφοράς τους στον εθνικό λογαριασμό υγείας” (National Center for Policy Analysis, 1995).

Εν κατακλείδι, η κοινωνική ασφάλιση φαίνεται να έχει λειτουργήσει αρνητικά αφού τα ιατρικά έξοδα επωμίζεται ο ασφαλιστικός φορέας στον οποίο ανήκει ο πολίτης, ενώ η αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, επέτρεψε την μεγαλύτερη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και εκτός των ασφαλιστικών οργανισμών με αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης.

Κρίνεται ενδιαφέρον να αναφερθεί σε αυτό το σημείο, μια έρευνα του Epstein σχετικά με τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, που διαθέτουν ασφάλιση υγείας. Αυτοί οι πολίτες αυξάνουν το κόστος υγείας; Η έρευνα που ο Epstein διενήργησε για το ζήτημα αυτό, στηρίχθηκε στο θεωρητικό πλαίσιο που ο R. Favaloro έθεσε αναφέροντας, ότι η αύξηση του εισοδήματος του πληθυσμού είναι πλασματική, αφού τα τελευταία 30 χρόνια η κατανομή του πλούτου σε παγκόσμιο επίπεδο υπήρξε άνιση. Πιο συγκεκριμένα μεταξύ των ετών 1960-1991, και αν θεωρηθεί ότι το μερίδιο της κατανομής του παγκόσμιου εισοδήματος που αντιστοιχεί σε πλούσιους και φτωχούς είναι της τάξης του 20%, με την άνιση κατανομή του πλούτου τα ανώτερα εισοδηματικά-κοινωνικά στρώματα αύξησαν το εισόδημά τους από 70% σε 85% σε παγκόσμια κλίμακα, ενώ τα χαμηλά εισοδηματικά-κοινωνικά στρώματα είδαν το

συνολικό τους εισόδημα να μειώνεται από 2,3% σε 1,4%. Τα ανωτέρω δημοσίευσε η Παγκόσμια Τράπεζα που επιβεβαίωσε αυτή την ανισοκατανομή (Favaloro, 1999). Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι διατίθενται περισσότερα χρήματα για την υγεία από τα κοινωνικά στρώματα που κατέχουν ένα σημαντικό εισόδημα, ενώ την ίδια στιγμή και στο ίδιο κράτος κάποιοι συμπολίτες τους δεν δύνανται να προβούν σε δαπάνες υγείας. Η έρευνα απέδειξε, ότι πραγματικά τα χαμηλά κοινωνικά-εισοδηματικά στρώματα που καλύπτονται μόνο από την ασφάλιση υγείας, παρουσιάζουν περισσότερες μέρες νοσηλείας στα νοσοκομεία των κρατών τους, ανεβάζοντας το κόστος υγείας και απαιτώντας την διάθεση περισσότερων πόρων (Epstein, 1990).

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επιδρά στην αύξηση των δαπανών υγείας είναι ο δημογραφικός παράγοντας, και φυσικά γίνεται αναφορά στην γήρανση του πληθυσμού. Είναι γεγονός ότι ο πληθυσμός άνω των 65 ετών σημείωσε μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια<sup>5</sup> και πολλές ήταν οι έρευνες οι οποίες επιβεβαίωσαν την κλασσική άποψη περί επίπτωσης της γήρανσης του πληθυσμού στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (Σούλης, 1999).

Στον αντίποδα αυτής της άποψης, παρουσιάζονται άλλοι επιστήμονες οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η γήρανση του πληθυσμού έχει υπερεκτιμηθεί ως παράγοντας επιβάρυνσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Η γήρανση του πληθυσμού μάλιστα, φαίνεται να επιβαρύνει περισσότερο τον κλάδο των συντάξεων παρά τον κλάδο της υγείας. Επιπλέον, ο γηρασμένος πληθυσμός είναι πιο υγιής τώρα, μένει στην αγορά εργασίας και κατά συνέπεια προσφέρει για περισσότερα χρόνια. Το δε υψηλό κόστος υγείας, φαίνεται μάλλον να συνδέεται και να αυξάνεται κατά την προσπάθεια ανακούφισης ασθενών που τελικά καταλήγουν, γεγονός που δεν φαίνεται να παρουσιάζει αιτιακή σχέση με τον ηλικιακό παράγοντα. (Normand, 1998), (Σούλης, 1999).

Ο παράγοντας που θα αναφερθεί στη συνέχεια, και θεωρείται ότι επίσης δρά επιβαρυντικά στο κόστος των συστημάτων υγείας και συνδέεται με την ιατρική θεραπευτική πράξη. Είναι ο παράγοντας της βιοϊατρικής τεχνολογίας, όχι μόνο ως προς την εξέλιξη και υιοθέτησή της αλλά και ως προς την αλόγιστη και μη ορθολογική της χρήση. Οι οικονομολόγοι στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν την

---

<sup>5</sup> Το 1940 άνω των 65 ήταν το 3,5% του πληθυσμού ενώ προβλέπεται ότι θα αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 17% των κατοίκων του πλανήτη ως το 2050 έναντι του 8,5% σήμερα, σύμφωνα με έκθεση του αμερικανικού γραφείου απογραφής του πληθυσμού.

υιοθέτηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας έχουν δημιουργήσει τρία μοντέλα νοσοκομειακής συμπεριφοράς τα οποία σχετίζονται με τρία διαφορετικά κριτήρια: το κριτήριο της τιμής, το κριτήριο της τεχνολογίας και το κριτήριο της χρησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα:

Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τιμή, υποθέτει ότι το νοσοκομείο αντιμετωπίζει μια μείωση στην καμπύλη της ζήτησης και κατά συνέπεια μειώνονται τα έσοδά του. Προκειμένου να αυξήσει τα έσοδα, το νοσοκομείο αγοράζει νέα τεχνολογία και αυξάνει τη ζήτηση. Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τεχνολογία, προκύπτει από την θεωρία μεγιστοποίησης των πωλήσεων των υπηρεσιών υγείας και την θεωρία του καταναλωτισμού. Έτσι στο μοντέλο αυτό, το νοσοκομείο υιοθετεί την τεχνολογία προκειμένου είτε να είναι αυτό το πρώτο που θα την διαθέσει στα όρια μιας γεωγραφικής περιοχής, είτε για να μην υστερεί σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία της περιοχής του.

Το μοντέλο της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας. Στο μοντέλο αυτό η τεχνολογία εξετάζεται και τελικά υιοθετείται, εφόσον παράγονται καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα και εφόσον καλύπτεται μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. (Anderson, Steinberg, 1994)

Στην άποψη της θέσπισης κριτηρίων για την υιοθέτηση της νέας τεχνολογίας, φαίνεται να συμφωνούν και άλλοι επιστήμονες, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η υιοθέτηση της τεχνολογίας δεν αυξάνει το νοσοκομειακό κόστος, αφού η υιοθέτησή της η μή από μια μονάδα υγείας, θα πρέπει να στηρίζεται στην πρότερη αξιολόγησή της. Η προηγμένη τεχνολογία μπορεί να μειώσει το κόστος, αλλά εάν η τεχνολογία που ήδη διαθέτει η μονάδα έχει την ίδια αποτελεσματικότητα με την νέα τεχνολογία, τότε αυτή δεν θα πρέπει να υιοθετηθεί (Normand, 1998).

### 2.3.3. Έλεγχος Δαπανών Υγείας και Αποδοτικότητα

Η υγεία παρέχεται στους πολίτες, μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα, το σύστημα υγείας. Εφόσον πρόκειται για σύστημα, απαιτείται προσοχή τόσο στην διάσταση της δομής όσο και της διαδικασίας, αφού αυτή αφορά τον τρόπο με τον οποίο συνδιαρθρώνονται οι δομές του συστήματος υγείας για την παραγωγή ενός αποτελέσματος.

Η διεθνής πρακτική απέδειξε ότι η προσπάθεια μείωσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας δεν είναι εφικτή, λόγω της επίδρασης των παραγόντων που ήδη

αναφέρθηκαν. Επίσης, απέδειξε ότι ο έλεγχος του κόστους από μόνος του δεν είναι αποτελεσματικός παρεκτός εάν οδηγεί στην αύξηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Ελέγχοντας το ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας και με δεδομένους πόρους, ποιός είναι ο αποδοτικότερος τρόπος διάθεσης κατανομής και χρήσης τους;

Ο στόχος των συστημάτων υγείας, τα τελευταία χρόνια είναι, είναι να χρησιμοποιηθούν αποδοτικά τα στοιχεία της δομής του συστήματος, τα οποία μέσω της ορθολογικής εφαρμογής διαδικασιών θα οδηγήσουν στην αποδοτικότητα των συστημάτων και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας τον πολίτη. Το νέο αίτημα της αποδοτικής χρήσης των πόρων προϋποθέτει τον επανακαθορισμό αξόνων προτεραιοποίησης των συστημάτων υγείας με ταυτόχρονη αναθεώρηση του τρόπου χάραξης και εφαρμογής πολιτικής υγείας, καθώς οι δαπάνες υγείας δείχνουν να αυξάνονται διαρκώς, ενώ οι πόροι φαίνεται να χρησιμοποιούνται ακόμη αναποτελεσματικά.

#### **2.4. Επενδύσεις στην Υγεία**

Στα οικονομικά ως επένδυση νοείται κάθε υλικό, διαρκές, παραγωγικό αγαθό που δεν καταναλώνεται με τη χρησιμοποίησή του, αλλά συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγικής υποδομής μιας χώρας/επιχείρησης. Συμβάλλει, δηλαδή, στη δημιουργία νέου κεφαλαιουχικού εξοπλισμού (νέα κτίρια, νέες εγκαταστάσεις, νέος μηχανολογικός εξοπλισμός, επεκτάσεις του προϋπάρχοντος κεφαλαιουχικού εξοπλισμού).

Οι επενδύσεις σε μια οικονομία διακρίνονται σε ιδιωτικές και δημόσιες ανάλογα με το φορέα (ιδιωτικό ή δημόσιο) και το σκοπό (κέρδος ή κοινωνική ωφέλεια). Οι ιδιωτικές επενδύσεις χρηματοδοτούνται συνήθως με αυτοχρηματοδότηση, αύξηση μετοχικού κεφαλαίου ή δανεισμό και περιλαμβάνουν δαπάνες για κατοικίες, πάγιες εγκαταστάσεις των επιχειρήσεων και αύξηση των αποθεμάτων των επιχειρήσεων. Οι ιδιωτικές επενδύσεις παγίων κεφαλαιουχικών αγαθών είναι εκείνες οι οποίες έχουν μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη και τη διεύρυνση της παραγωγικής βάσης της οικονομίας. Στο σημείο, αυτό να σημειωθεί, ότι για τις ιδιωτικές επενδύσεις, κυρίως λόγω ανταγωνισμού, συνήθως δεν δημοσιοποιούνται οικονομικά στοιχεία.



Οι δημόσιες επενδύσεις (δρόμοι, σχολεία, νοσοκομεία, έργα υποδομής κλπ) χρηματοδοτούνται με εσωτερικό ή εξωτερικό δανεισμό, φορολογίες και αυτοχρηματοδότηση (από τις κατασκευαστικές εταιρείες οι οποίες εισπράττουν τέλη από τους χρήστες των έργων υποδομής, π.χ. αεροδρόμια, μετρό, εθνικούς δρόμους, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα που καθορίζεται από τη σύμβαση με το δημόσιο). Συνήθως, διακρίνονται σ' εκείνες της κεντρικής διοίκησης (Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων) και των ΔΕΚΟ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, στις δημόσιες επενδύσεις, περιλαμβάνονται μόνον εκείνες της κεντρικής διοίκησης, ενώ οι επενδύσεις των ΔΕΚΟ θεωρούνται ιδιωτικές επενδύσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί οι επενδύσεις των ΔΕΚΟ υποτίθεται ότι αποφασίζονται με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια όπως οι ιδιωτικές επενδύσεις, ενώ εκείνες της κεντρικής διοίκησης (κρατικός προϋπολογισμός) με κοινωνικά και πολιτικά κριτήρια.

Οι επενδύσεις, επίσης, διακρίνονται σε καθαρές και ακαθάριστες επενδύσεις. Οι τελευταίες περιλαμβάνουν και τις αποσβέσεις, ενώ οι καθαρές επενδύσεις την καθαρή προσθήκη στο κεφάλαιο και τα αποθέματα προϊόντων στην οικονομία.

Συνεπώς στην υγεία πέρα από την αποδοτική και αποτελεσματική χρησιμοποίηση των ήδη υπαρχόντων πόρων ενός συστήματος υγείας, πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν και οι επενδύσεις. Οι επενδύσεις στον τομέα της Υγείας, όπως και κάθε άλλου είδους επένδυση, μπορούν να είναι είτε ιδιωτικές, είτε δημόσιες και να αφορούν έναν ή, συνήθως περισσότερους επιμέρους τομείς. Έτσι μπορούμε να κάνουμε λόγο για επενδύσεις σε εγκαταστάσεις και υποδομές, για επενδύσεις σε βιοιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, για επενδύσεις στον τομέα της έρευνας, για επενδύσεις σε ανθρώπινο δυναμικό, για επενδύσεις σε φάρμακα κ.α. Για τομέα των ιδιωτικών επενδύσεων στην υγεία, επειδή αποτελεί έναν από τους κατεξοχήν ανταγωνιστικούς τομείς, δυστυχώς δεν υπάρχουν ευρέως διαθέσιμα στοιχεία. Οι δημόσιες επενδύσεις στην υγεία σχετίζονται με τις δαπάνες που γίνονται για την «αύξηση» της υγείας του πληθυσμού.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, σε μακροοικονομικό επίπεδο η επένδυση σε βιώσιμα συστήματα υγείας, ως ένα γενικότερο πλαίσιο επενδύσεων, συνδυάζει καινοτόμες μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και τη συμφιλίωση των στόχων της δημοσιονομικής εξυγίανσης με τη συνέχιση της παροχής επαρκών επιπέδων των δημόσιων υπηρεσιών.

Από την άλλη, η επένδυση στην υγεία των ανθρώπων, όπως το ανθρώπινο κεφάλαιο συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού γενικά και ενισχύει την απασχολησιμότητα, καθιστώντας έτσι τις ενεργητικές πολιτικές για την απασχόληση περισσότερο αποτελεσματική, συμβάλλοντας στην εξασφάλιση επαρκών μέσων διαβίωσης και συμβάλλοντας στην ανάπτυξη.

Τέλος ενός άλλου είδους επένδυση με άμεσο κοινωνικό αντίκτυπο είναι η επένδυση στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, η οποία συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή και σπάει τον φαύλο κύκλο της κακής υγείας, οποία προέρχεται από τη φτώχεια και τον αποκλεισμό και τούμπαλιν καταλήγει σε αυτά.

## **2.5. Ανακεφαλαίωση**

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι στον τομέα της Υγείας το “value for money” μέσω των μεταρρυθμίσεων, των δαπανών, της χρηματοδότησης και των επενδύσεων είναι ζωτικής σημασίας. Οι επενδύσεις στην υγεία μπορούν να οδηγήσουν σε πιο «έξυπνες» δαπάνες- ή ακόμη και σε μείωση των δαπανών- γεγονός το οποίο αποφέρει εξοικονόμηση πόρων ή εξασφαλίζει καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία. Η επένδυση στην υγεία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως η αλλαγή στη διαχείριση της φροντίδας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, η βελτίωση των αποτελεσμάτων στην υγεία, επενδύσεις σε προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, εκπαίδευση ή αγορά εξοπλισμού, πρωτοβουλίες για την προώθηση της καλής υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα ως παράγοντες που υποδηλώνουν ανισότητες στην υγεία αντιπροσωπεύουν μια σπατάλη ανθρώπινου κεφαλαίου που πρέπει να μειωθεί (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2013).

Η καθολική πρόσβαση σε ασφαλείς, υψηλής ποιότητας, αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, η βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών και οι αποτελεσματικές πολιτικές δημόσιας υγείας για την πρόληψη χρόνιων ασθενειών μπορούν να προάγουν μια σημαντική συμβολή στην οικονομική παραγωγικότητα και την κοινωνική ένταξη.

Οι μεταρρυθμίσεις που συμπληρώνονται από τις παραπάνω στοχευμένες επενδύσεις θα πρέπει να ενισχύσουν οικονομικά και αποδοτικά την επίτευξη της αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και να επιδιώκουν να αποφευχθεί η αύξηση των ασθενειών και οι οικονομικές επιβαρύνσεις σε μακροπρόθεσμη βάση. Η δημοσιονομική εξυγίανση και οι διαρθρωτικές

μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας πρέπει να πηγαίνουν χέρι-χέρι έτσι ώστε να καταφέρουν την επίτευξη των στόχων δημοσιονομικής πολιτικής και να εξασφαλίσουν ότι τα κέρδη που θα προκύψουν από την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα χρησιμοποίησης των πόρων θα εγγυηθούν την καθολική πρόσβαση και την αύξηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι οι μεταρρυθμίσεις και οι επενδύσεις στην υγεία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μέρος της ευρύτερης ατζέντας των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στο πλαίσιο εθνικών και ευρύτερων στρατηγικών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:**

### **ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ 4 ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.**

#### **3.1. Εισαγωγή**

Όπως ειπώθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, η δομή ενός συστήματος υγείας, αποτελεί το κάτοπτρο μιας σειράς παραγόντων που επιδρούν κατά την εξέλιξή του. Η θεώρηση της υγείας ως δημόσιο κοινωνικό αγαθό, ημιδημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό, χαρακτηρίζει σε μεγάλο βαθμό το σύστημα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας. Πίσω από αυτές τις κοινωνικές νόρμες που αφορούν την φύση του αγαθού υγεία, το ρόλο του κράτους και την έννοια της ευθύνης, φαίνεται ότι τα συστήματα υγείας είναι μέρη ενός μεγαλύτερου συστήματος βάσει του οποίου οι κοινωνίες αποφασίζουν για την προτεραιοποίηση αξιών και θεσμών<sup>6</sup>.

Στις δημοκρατικές κοινωνίες, επιβάλλεται να διατηρηθεί ένα σύστημα υγείας, το οποίο γίνεται αντιληπτό από τους πολίτες ως κεντρικό στοιχείο των αξιών μιας κοινωνίας, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να γίνουν αλλαγές με τέτοιο τρόπο που να αποκλείουν να τεθεί σε κίνδυνο η ίδια η επιβίωση της κοινωνίας. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας διαπραγμάτευσης μεταξύ των κύριων μετόχων του συστήματος υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ιστορία, παράδοση και τον πολιτισμό της εκάστου κοινωνίας.

Από τις αρχές του 1980, πολλά Ευρωπαϊκά κράτη άρχισαν να επανεξετάζουν τη δομή της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας. Σε χώρες όπου επικρατούσε κρατικοκεντρικό μοντέλο διακυβέρνησης, δημιουργήθηκαν αποκεντρωτικές δομές. Στις άλλες χώρες όπου είχαν υιοθετηθεί κορπορατιστικά μοντέλα παρουσιάστηκε αύξηση των ρυθμιστικών παρεμβάσεων σε κάποιους τομείς των συστημάτων υγείας. (WHO, 1996). Πέραν όμως των αλλαγών που προσπάθησαν να επιφέρουν τα κράτη στη δομή και την διαχείριση των συστημάτων υγείας, είναι φανερό και η προσπάθεια που έγινε για έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>6</sup> Αξίες δημοκρατικών κοινωνιών: ισότητα, αυτονομία και αυτοδιάθεση, αποδοτικότητα (WHO, 1996)

### 3.2. Μεταβλητές - Δείκτες Οικονομικών της Υγείας

Ένα βασικό εργαλείο για την αξιολόγηση των συστημάτων, των πολιτικών και των προγραμμάτων Υγείας είναι οι δείκτες υγείας, οι οποίοι προκύπτουν από μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με την υγεία. Δείκτες ονομάζονται οι δεδομένοι αριθμοί, οι οποίοι με σχετική ακρίβεια και αναπαραγόμενοι σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μας επιτρέπουν να παρακολουθήσουμε και να εκτιμήσουμε τη βελτίωση ή όχι της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Επιπρόσθετα, ορίζονται ως τα κύρια εργαλεία της αξιολόγησης και ως μεταβλητές για μέτρηση αλλαγών, οφείλουν να διέπονται εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση. Η χρησιμότητά τους έγκειται στο ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια εξέλιξη ενός φαινομένου και, συνεπώς, συμβάλλουν στην αξιολόγηση της επίτευξης σκοπών και στόχων. Ο διοικητής-διαχειριστής πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του ένα ευρύ φάσμα κατηγοριών δεικτών τόσο στην τωρινή τους μορφή, όσο και στις μελλοντικές τους προβολές.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 3-1) παρουσιάζονται οι βασικοί δείκτες αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται διεθνώς.

#### Πίνακας 3-1: Δείκτες Αξιολόγησης

I. Δείκτες αξιολόγησης σε μάκρο-επίπεδο	
1. Δείκτες εισροών και επάρκειας	
α. Ανθρώπινοι Πόροι	
1.	Σύνολο απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας (αναλογία απασχολούμενων/κλίνη)
2.	Ιατρικό προσωπικό (αναλογία ιατρών/κλίνες)
3.	Λοιπό επιστημονικό, παραϊατρικό προσωπικό (αναλογία λοιπού επιστημονικού-παραϊατρικού προσωπικού/κλίνες)
4.	Νοσηλευτικό προσωπικό (αναλογία νοσηλευτών/κλίνες)
5.	Διοικητικό προσωπικό (αναλογία διοικητικών/κλίνες)
6.	Τεχνικό ξενοδοχειακό προσωπικό (αναλογία τεχνικών/κλίνες)
β. Υλικοί Πόροι	
1.	Νοσοκομεία
2.	Αναλογία κλινών/κατοίκων
3.	Περιφερειακή κατανομή νοσοκομειακών κλινών
4.	Χωροταξική κατανομή νοσοκομειακών κλινών
5.	Περιφερειακή ή χωροταξική κατανομή ειδικών κλινών (ΜΕΘ κλπ)
6.	Αναλογία παιδιατρικών κλινών/κατοίκους
7.	Περιφερειακή κατανομή παιδιατρικών κλινών
8.	Κέντρα Υγείας
9.	Περιφερειακά ιατρεία
10.	Φαρμακεία
11.	ΕΚΑΒ
12.	Αναλογία ασθενοφόρων/κατοίκους

13. Βιοϊατρική τεχνολογία (αναλογία αξονικών-μαγνητικών τομογράφων/κατοίκους)
γ. Οικονομικοί Πόροι
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Δαπάνες υγείας στο ΑΕΠ</li> <li>2. Δαπάνες υγείας στο σύνολο των δαπανών κοινωνικής προστασίας</li> <li>3. Δαπάνες υγείας/κάτοικο</li> <li>4. Δαπάνες υγείας/περιφέρεια</li> <li>5. Δαπάνες υγείας/ασφαλιστικό οργανισμό και ασφαλισμένο</li> <li>6. Δημόσιες-Ιδιωτικές επενδύσεις υγείας</li> <li>7. Δαπάνες υγείας για νοσήλια εξωτερικού</li> </ol>
<b>2. Δείκτες εκροών και επάρκειας</b>
α. Δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά κατηγορία νόσου, ανά είδος νοσοκομείου</li> <li>2. Μέση κάλυψη νοσηλευτικών κλινών</li> <li>3. Μέση αδράνεια κλίνης</li> <li>4. Συνολικές ημέρες νοσηλείας</li> <li>5. Αριθμός ασθενών-εισαγωγών</li> <li>6. Αριθμός τοκετών</li> <li>7. Αριθμός επειγόντων περιστατικών</li> </ol>
β. Δείκτες χρησιμοποίησης κατανάλωσης
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών</li> <li>2. Εισαγωγές</li> <li>3. Ιατρικές επισκέψεις</li> <li>4. Οδοντιατρικές επισκέψεις</li> <li>5. Κατανάλωση φαρμάκων</li> </ol>
<b>3. Δείκτες αποτελεσμάτων</b>
α. Δείκτες νοσηρότητας
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Επιπολασμού</li> <li>2. Επιπτώσεις ανά κατηγορία ασθενειών</li> <li>3. Καρκίνος μαστού</li> <li>4. Καρκίνος πνευμόνων</li> <li>5. Λέμφωμα</li> <li>6. Καρδιο-εγκεφαλικά</li> <li>7. Ατυχήματα</li> </ol>
β. Δείκτες θνησιμότητας
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Γενικά</li> <li>2. Ανά ηλικία</li> <li>3. Ανά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία</li> <li>4. Ανά κατηγορία νόσου (καρκίνος, λοιμώξεις)</li> <li>5. Δείκτες βρεφικής θνησιμότητας</li> </ol>
γ. Δείκτες θνητότητας
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Δείκτες νοσηλευθέντων/θανάτους (γενικά)</li> <li>2. Σχέση νοσηλευθέντων ανά ειδική κατηγορία νόσου/θανάτους από την ίδια νόσο</li> </ol>
δ. Δείκτες διασωθέντων ετών ζωής
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ανά κατηγορία νόσου</li> <li>2. Μέσος όρος ζωής: καρκινοπαθών, από λεμφώματα, από σκλήρυνση κατά πλάκας</li> </ol>
ε. Δείκτες ποιότητας ζωής-ικανοποίησης ασθενών
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Μείωση κινητικών αναπηριών χωρίς εργασιακή αποκατάσταση (από τροχαία, εργατικά ατυχήματα)</li> <li>2. Βαθμός κοινωνικής επανένταξης ψυχικά ασθενών</li> <li>3. Μείωση εσφαλμένων διαγνώσεων</li> <li>4. Μείωση των παρενεργειών ανά κατηγορία ή είδος φαρμακευτικής αγωγής</li> <li>5. Μείωση των επανεισαγωγών ανά κατηγορία νόσου-επεμβάσεων</li> <li>6. Διάρκεια ζωής χωρίς πόνο των καρκινοπαθών</li> </ol>

7. Ποσοστό νοσηλείας στο σπίτι ατόμων τρίτης ηλικίας ή καρκινοπαθών
<b>Π. Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο-επίπεδο</b>
<b>1. Δείκτες εισροών και επάρκειας</b>
<b>α. Ανθρώπινοι Πόροι</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Απασχολούμενοι/κλίνη</li> <li>2. Ιατροί/κλίνη</li> <li>3. Νοσηλευτές/κλίνη</li> <li>4. Διοικητικοί/κλίνη</li> <li>5. Τεχνικοί/κλίνη</li> <li>6. Ξενοδοχειακό προσωπικό/κλίνη</li> <li>7. Ιατροί ή νοσηλευτές/ κατηγορία κλίνης (παθολογική, χειρουργική, γυναικολογική κλπ)</li> </ol>
<b>β. Υλικοί Πόροι</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Αριθμός κλινών</li> <li>2. Αριθμός κλινών/τμήμα</li> <li>3. Αριθμός κλινών ΜΕΘ</li> <li>4. Αριθμός ακτινολογικών μηχανημάτων</li> <li>5. Αριθμός αξονικών</li> <li>6. Μονάδες τεχνητού νεφρού</li> <li>7. Συστήματα απεικονιστικών διαγνώσεων</li> <li>8. Μικροβιολογικοί ηλεκτρονικοί αναλυτές</li> </ol>
<b>γ. Οικονομικοί Πόροι</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Συνολικό κόστος νοσοκομείου</li> <li>2. Σταθερό κόστος νοσοκομείου</li> <li>3. Μεταβλητό κόστος νοσοκομείου</li> <li>4. Μέσο κόστος ανά ασθενή</li> <li>5. Οριακό κόστος</li> <li>6. Ημερήσιο κόστος ανά ασθενή</li> <li>7. Μέσο κόστος περιστατικών ανά κατηγορία νόσου</li> <li>8. Κόστος προσωπικού-μισθοδοσίας</li> <li>9. Κόστος αναλωσίμων</li> </ol>
<b>δ. Άλλοι Δείκτες</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Λίστες αναμονής ανά κατηγορία νόσου</li> <li>2. Περιστατικά που διακομίστηκαν σε άλλα νοσοκομεία</li> <li>3. Περιστατικά που δεν έγινε εισαγωγή</li> </ol>
<b>2. Δείκτες εκροών-λειτουργικότητας-παραγωγικότητας</b>
<b>α. Απλοί Δείκτες</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Συνολικές ημέρες νοσηλείας</li> <li>2. Αριθμός εισαγωγών-νοσηλευθέντων</li> <li>3. Μέση διάρκεια νοσηλείας</li> <li>4. Μέση κάλυψη κλινών</li> <li>5. Μέση αδράνεια κλίνης</li> </ol>
<b>β. Σύνθετοι Δείκτες</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Δείκτες παραγωγικότητας</li> <li>2. Δείκτες αποδοτικότητας</li> <li>3. Δείκτες λειτουργικότητας</li> </ol>
<b>3. Δείκτες αποτελεσμάτων</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ποσοστό επιτυχίας χημειοθεραπειών</li> <li>2. Ποσοστό μείωσης επαναεισαγωγών</li> <li>3. Ποσοστό μείωσης θνητότητας ανά κατηγορία νόσου</li> <li>4. Ποσοστό μείωσης θνητότητας ανά είδος χειρουργικής επέμβασης</li> <li>5. Ποσοστό νοσοκομειακών λοιμώξεων</li> <li>6. Ποσοστό πρώιμης νεογνικής θνησιμότητας</li> </ol>

7. Ποσοστό μείωσης λανθασμένων διαγνώσεων
8. Ποσοστό μείωσης θεραπευτικών-φαρμακευτικών αγωγών
9. Ποσοστό μείωσης της συγγενικής νοσηλευτικής φροντίδας
10. Ποσοστό ικανοποίησης νοσηλείας
11. Ποσοστό μείωσης παραπόνων
12. Ποσοστό επιθυμίας να επαναεισαχθεί σε περίπτωση κάποιας νέας νόσου
13. Ποσοστό συμβολής στην κινητική αποκατάσταση από σοβαρά ατυχήματα

#### 4. Δείκτες αποδοτικότητας

1. Σχέση εισροών/αποτελεσμάτων-εκροών
2. Ανά κλινική
3. Ανά κατηγορία νόσου
4. Ανά ιατρική πράξη
5. Ανά χρησιμοποιούμενο μηχάνημα
6. Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά ιατρό-νοσηλευτή
7. Αριθμός αξονικών τομογραφιών και κόστος

Πηγή: Ψαρόπουλος, 2011.

Η διεθνής ανάλυση μακρο-οικονομικών δεικτών αποτελεί τον κύριο τρόπο οικονομικής αξιολόγησης των συστημάτων υγείας, ενώ των μικρο-οικονομικών δεικτών αποτελεί το κύριο τρόπο οικονομικής αξιολόγησης των μονάδων υγείας.

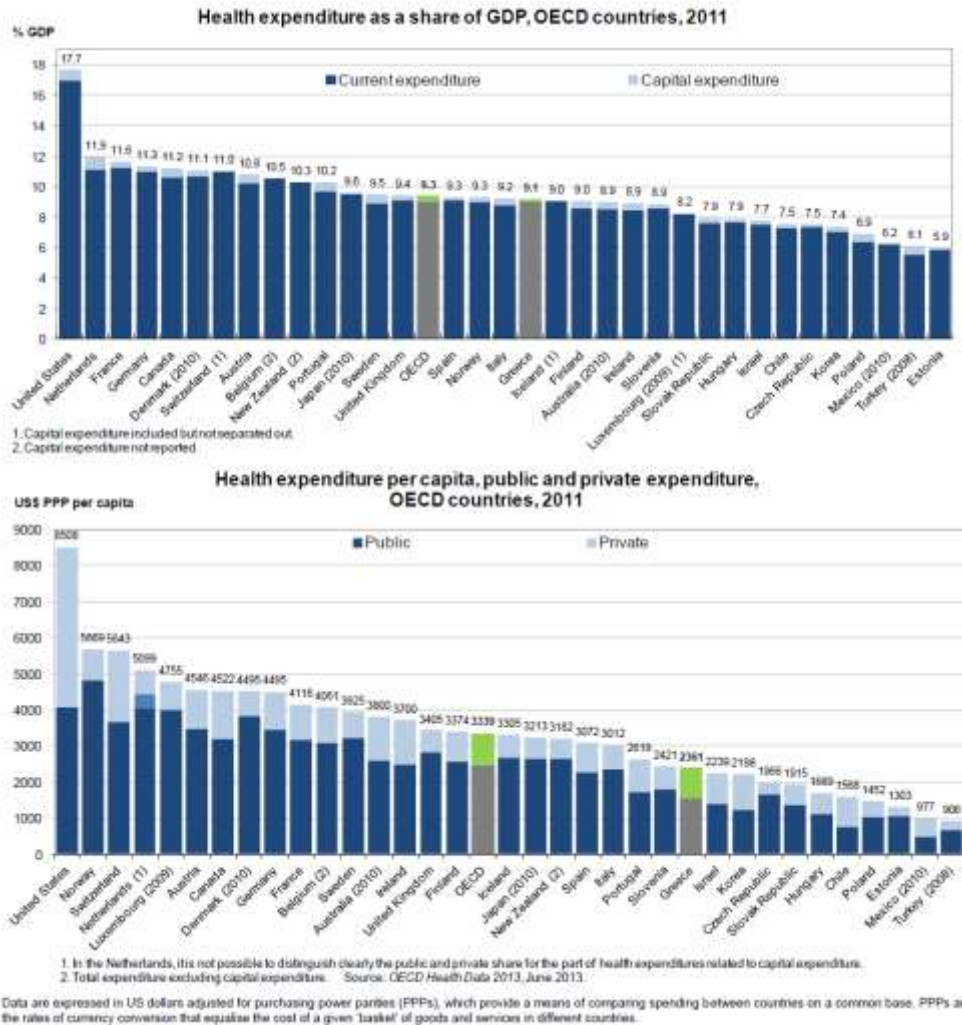
Γενικά, οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας ή μιας μονάδας και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τους όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός συστήματος υγείας ή μιας μονάδας.

### 3.3. Ο τομέας της Υγείας σε τάξεις οικονομικών μεγεθών

Η τελευταία χρηματοπιστωτική κρίση κατέστησε ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη βελτίωσης της σχέσης κόστους – αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας. Οι χώρες του ΟΟΣΑ και τα κράτη μέλη της Ε.Ε. πιέζονται να επιτύχουν μια ισορροπία ανάμεσα στην παροχή καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας υπό τον περιορισμό των δημοσιονομικών μεγεθών. Στα Διαγράμματα 3-1 και 3-2 παρουσιάζονται οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ και οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες στην υγεία αντίστοιχα.



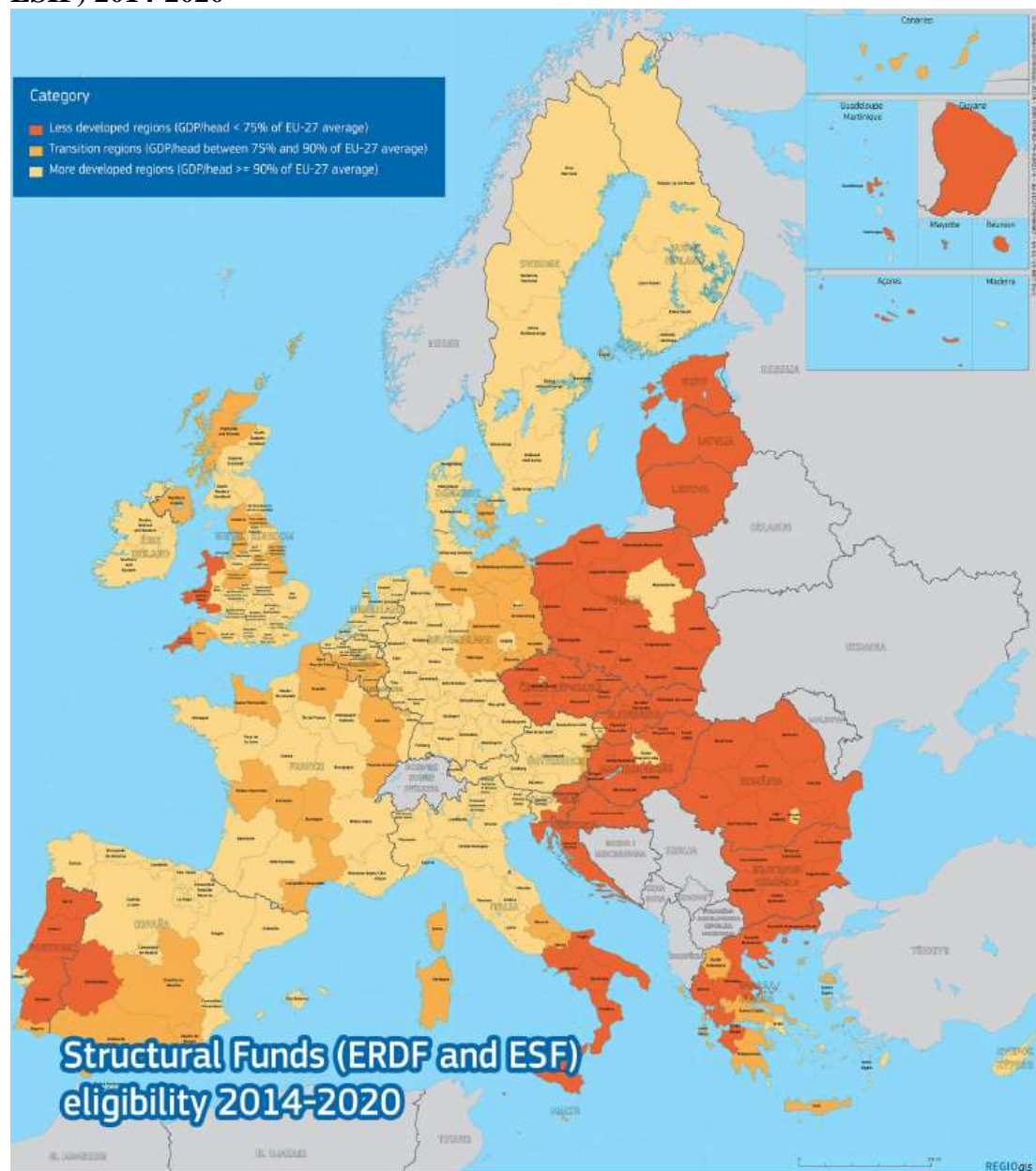
**Διάγραμμα 3-1: Δαπάνες Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ ως % του ΑΕΠ (2011).**



Πηγή: OECD Health Data, 2013.

Στην Εικόνα: 3-1 παρουσιάζονται οι περιφέρειες της Ε.Ε., οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί ως «λιγότερο ανεπτυγμένες», «υπό μετάβαση» και «περισσότερο ανεπτυγμένες» με κριτήριο το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, το οποίο αντιστοιχεί σε λιγότερο του 75%, 75-90% και άνω του 90%, αντιστοίχως. Έτσι, λοιπόν, όχι μόνο κάθε κράτος μέλος, αλλά και κάθε περιφέρεια κράτους μέλους, ορίζει τους στρατηγικούς στόχους των επενδύσεων στον τομέα της Υγείας προκειμένου να χρηματοδοτηθούν από τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Ταμεία.

**Εικόνα 3-1: Οι επενδύσεις στην Υγεία μέσω των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων (ΕΔΕΤ) (European Structural and Investment Funds-ESIF) 2014-2020**



Πηγή: European Commission, 2014.

### **3.4. Ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά μέσα για επενδύσεις στον τομέα της υγείας**

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, βάσει της ιδρυτικής της συνθήκης, υποχρεούται να εξασφαλίζει την προστασία της υγείας στο πλαίσιο όλων των πολιτικών της και να συνεργάζεται με τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη από τις ασθένειες και την αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ΕΔΕΤ) είναι ταμεία που συνεργάζονται για να στηρίξουν την οικονομική, κοινωνική και εδαφική συνοχή και για να διαμορφώνουν τους στόχους της στρατηγικής της ΕΕ «Ευρώπη 2020» για τη δημιουργία έξυπνης, βιώσιμης και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης.

Όλα τα κονδύλια των ΕΔΕΤ υπηρετούν τον στόχο της ΕΕ για οικονομική, κοινωνική και εδαφική σύγκλιση, όπως ορίζεται στο άρθρο 3 της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση και το άρθρο 174 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στην ουσία, τα Διαρθρωτικά Ταμεία είναι χρηματοδοτικοί πόροι που διατίθενται από την Ευρωπαϊκή Ένωση για δύο σχετιζόμενους μεταξύ τους σκοπούς: την υποστήριξη των φτωχότερων περιφερειών της Ευρώπης και την υποστήριξη για την ενοποίηση των ευρωπαϊκών υποδομών. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται και οι χρηματοδοτήσεις για επενδύσεις στον τομέα της υγείας για κάθε κράτος-μέλος της Ε.Ε. Οι πιο πρόσφατες χρηματοδοτήσεις για την υγεία αφορούν στην προγραμματική περίοδο 2007-2013, που ολοκληρώθηκε και στην περίοδο 2014-2020, την οποία διανύουμε.

#### 3.4.1. Προσεγγίσεις για τη χρήση των Διαρθρωτικών Ταμείων για επενδύσεις στην Υγεία την προγραμματική περίοδο 2007-2013

Η κατάσταση των επιμέρους συστημάτων υγείας στα διάφορα κράτη μέλη της Ε.Ε. καθορίζουν την προσέγγιση που χρησιμοποιείται από τα αντίστοιχα κράτη μέλη ως προς τη χρηματοδότηση της υγείας από τα Διαρθρωτικά Ταμεία (ΔΤ). Οι κύριες προσεγγίσεις περιγράφονται στο Σχήμα 3-1.

Στην πρώτη προσέγγιση (1), τα διαρθρωτικά ταμεία δεν θεωρούνται σημαντική πηγή χρηματοδότησης για την υγεία, και ως εκ τούτου οι εθνικοί πόροι είναι ως επί το πλείστον αυτοί που χρησιμοποιούνται. Έργα που αφορούν την υγεία λαμβάνουν χρηματοδότηση από τα ΔΤ μόνο ως μέρος ενός μεγαλύτερου και γενικότερου έργου.

### Σχήμα 3-1: Προσεγγίσεις για τη χρηματοδότηση της υγείας από τα Διαρθρωτικά Ταμεία (ΔΤ) την προγραμματική περίοδο 2007-2013



Πηγή: ESIF for Health, 2016.

Στη δεύτερη (2) και τρίτη (3) προσέγγιση, τα διαρθρωτικά ταμεία χρησιμοποιούνται ως μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης για την υγεία. Η διαφορά είναι ότι η δεύτερη προσέγγιση χρησιμοποιεί τα κεφάλαια για τις μεταρρυθμίσεις σε ένα ευρύτερο πεδίο εφαρμογής, ενώ η τρίτη προσέγγιση χρησιμοποιεί τα κεφάλαια για πιο εστιασμένα έργα. Ένα παράδειγμα μιας μεταρρύθμισης στο πλαίσιο της δεύτερης προσέγγισης μπορεί να είναι μια ολοκληρωμένη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας με στόχο την ελαχιστοποίηση των περιφερειακών ανισοτήτων. Η μεταρρύθμιση στην ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι ένα καλό παράδειγμα των τύπων των έργων για τα οποία τα διαρθρωτικά ταμεία χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της τρίτης προσέγγισης.

Στην τέταρτη προσέγγιση (4), τα διαρθρωτικά ταμεία χρησιμοποιήθηκαν απ' ευθείας από τον τομέα της υγείας σχετικά με τον εκσυγχρονισμό των υποδομών. Τα κονδύλια αυτά χρησιμοποιήθηκαν κυρίως σε χώρες που δεν θα είχαν ίδιους πόρους για τη χρηματοδότηση τέτοιων έργων.

### 3.4.2. Τομείς επενδύσεων στον χώρο της υγείας στην Ε.Ε. την περίοδο 2007-2013.

Τον εκσυγχρονισμό των υποδομών υγείας αντιπροσωπεύουν οι περισσότερες από τις επενδύσεις για την υγεία κατά την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013. Άλλοι τομείς επενδύσεων για την υγεία που περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, την ηλεκτρονική υγεία, την ιατρική έρευνα και ανάπτυξη (R & D), την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της δημόσιας διοίκησης και των υπηρεσιών υγείας, την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, καθώς και τον τουρισμό υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

#### ▪ **Ο εκσυγχρονισμός των υποδομών υγείας και η βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη**

Ο πιο σημαντικός τομέας των επενδύσεων στην υγεία το προηγούμενο διάστημα ήταν ο εκσυγχρονισμός των υποδομών υγειονομικής περίθαλψης και η βελτίωση της ποιότητας και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι επενδύσεις αυτές περιλαμβάνουν την ανακαίνιση και την ανάπτυξη νέων υποδομών, συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομείων, τον ιατρικό εξοπλισμό και τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Ένα σημαντικό μέρος αυτής της επένδυσης χρηματοδοτήθηκε μέσω έργων που αποσκοπούν στη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων. Οι χώρες στις οποίες οι εν λόγω επενδύσεις ήταν διαδεδομένες είναι εκείνες που προσχώρησαν στην ΕΕ μετά το 2004, όπως η Λετονία, η Πολωνία και η Λιθουανία. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την προσπάθειά της Ε.Ε. να φέρει την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στα ευρωπαϊκά πρότυπα.

#### ▪ **Η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών**

Οι δραστηριότητες αυτές στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τη σημασία ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Για παράδειγμα, στην Εσθονία ένας από τους στόχους ήταν αντιμετώπιση κακών επιλογών στον τρόπο ζωής που σχετίζονται με χαμηλή φυσική δραστηριότητα, την ανθυγιεινή διατροφή, ή την κατανάλωση εξαρτησιογόνων ουσιών (π.χ. καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικά). Άλλες χώρες στις οποίες απευθύνεται με παρόμοιους στόχους προσανατολίζονται στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής μέσα από σεμινάρια και δημόσια εκπαίδευση. Προγράμματα με στόχο την έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών, προκειμένου να αποτραπεί η διάδοση και η αρνητική επίδρασή τους επίσης περιλαμβάνονται σε αυτόν τον τομέα των επενδύσεων. Παραδείγματα χωρών που επένδυσαν σε αυτές τις δράσεις είναι η

Βουλγαρία, η Εσθονία, η Ελλάδα, η Ουγγαρία, η Ιταλία, η Λιθουανία και η Ρουμανία.

- **Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας**

Ο στόχος αυτής της επένδυσης ήταν να παρέχει επαρκή αριθμό άρτια εκπαιδευμένου ιατρικού και λοιπού προσωπικού, κυρίως, ώστε να είναι ικανό να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις της γήρανσης του πληθυσμού. Δράσεις που ξεκίνησαν από αυτόν τον τομέα ήταν, για παράδειγμα, η προώθηση του ιατρικού επαγγέλματος μεταξύ των μαθητών και η παροχή πρόσθετης κατάρτισης για τους επαγγελματίες υγείας. Για παράδειγμα, η Πολωνία εισήγαγε επενδύσεις σε εκπαιδευτικά προγράμματα με σκοπό να εκπαιδεύσει τους γιατρούς σε περιοχές γενικής ανάγκης, όπως ογκολογία, καρδιολογία ή ιατρικής της εργασίας. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας από διοικητικής πλευράς της υγειονομικής περίθαλψης ήταν επίσης ένας στόχος αυτής της επένδυσης περιοχή. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, παρασχέθηκε κατάρτιση για στελέχη της δημόσιας διοίκησης, προκειμένου να αναπτύξουν τις δεξιότητες που απαιτούνται για να ηγηθούν και να διαχειριστούν προγράμματα επαναδιαπραγμάτευσης. Άλλες χώρες που επενδύουν σε αυτούς τους τομείς περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την Ελλάδα, την Ιταλία, τη Λετονία, την Πολωνία, και τη Σλοβακία.

- **E-health**

Οι επενδύσεις στο πλαίσιο αυτό του τομέα είχαν ως στόχο την ανάπτυξη και την αύξηση των ψηφιακών μέσων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει την κατασκευή των υποδομών ΤΠΕ (Τεχνολογία Πληροφορικής και Επικοινωνιών) (ICT-Information and Communications Technology) και την παροχή πρόσβασης στο διαδίκτυο σε φορείς της δημόσιας διοίκησης, την εξασφάλιση και την προστασία των προσωπικών ιατρικών δεδομένων, καθώς και την εισαγωγή υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας, όπως η θεραπεία στο σπίτι, έξυπνες ηλεκτρονικές κάρτες, e-learning, e-procurement, τηλεϊατρική, κ.α. Οι επενδύσεις αυτές ήταν διαδεδομένες στις χώρες που προσχώρησαν στην ΕΕ μετά το 2004, όπως η Ουγγαρία, η Εσθονία και την Τσεχία.

- **Ιατρική Έρευνα & Ανάπτυξη**

Η Ε&Α περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που στοχεύουν στην ενίσχυση και στην επιτυχή αλληλεπίδραση της έρευνας μεταξύ των επιχειρήσεων, του δημόσιου τομέα και των ιδρυμάτων, καθώς και οικονομική υποστήριξη με τη μορφή επιχορηγήσεων και δανείων προς επιχειρήσεις που ασχολούνται με την ανάπτυξη και

την καινοτομία στον τομέα των φαρμακευτικών, βιοτεχνολογίας και ιατρικής τεχνολογίας. Χώρες που επενδύουν σε αυτούς τους τομείς ήταν, για παράδειγμα, το Βέλγιο, η Σουηδία και οι Κάτω Χώρες.

▪ **Την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της δημόσιας διοίκησης και των υπηρεσιών υγείας**

Οι επενδύσεις αυτού του τομέα επικεντρώθηκαν στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της παροχής δημόσιας υπηρεσίας. Επενδύσεις με στόχο την ανάπτυξη κοινών υπηρεσιών και ηλεκτρονική πρόσβαση σε υπηρεσίες από τους ιδιώτες και τις επιχειρήσεις, την ανάπτυξη των συστημάτων πιστοποίησης και διαπίστευσης φορέων υγειονομικής περίθαλψης και την κατάρτιση του διευθυντικού και διοικητικού προσωπικού των δημόσιων πόρων στον τομέα της υγείας. Παραδείγματα χωρών που επένδυσαν σε αυτές τις περιοχές είναι η Πορτογαλία, η Πολωνία, η Ρουμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

▪ **Υγεία και την ασφάλεια στον χώρο εργασίας**

Ο στόχος αυτής περιοχής επενδύσεων ήταν να αυξήσει την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Οι προσπάθειες για μείωση των απουσιών λόγω ασθένειας θα μπορούσε ενδεχομένως να συμβάλει τόσο στην αύξηση της πραγματικής προσφοράς εργασίας, όσο και στην ποιότητα της εργασίας των ηλικιωμένων και των άλλων ομάδων. Εκστρατείες προώθησης τακτικών ιατρικών εξετάσεων, ένα υγιές περιβάλλον, καθώς και δράσεις ενημέρωσης σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία για την εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού. Παραδείγματα χωρών που επενδύουν σε αυτούς τους τομείς είναι η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Ιρλανδία, η Λετονία, το Λουξεμβούργο, η Πολωνία και η Ρουμανία

▪ **Τουρισμός υγείας**

Οι επενδύσεις στο πλαίσιο αυτού του τομέα περιλαμβάνουν την ανάπτυξη και βελτίωση των τουριστικών κέντρων υγείας και εγκαταστάσεων, καθώς και την αύξηση της ποικιλίας και της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών που προσφέρονται. Οι πιο κοινές περιοχές του τουρισμού υγείας είναι η ευεξία, τα spa, καθώς επίσης και ορεινά θέρετρα που απευθύνονται σε άτομα που πάσχουν από άσθμα ή αλλεργίες. Χώρες που επενδύουν σε αυτούς τους τομείς είναι η Αυστρία, η Κύπρος και η Ελλάδα.

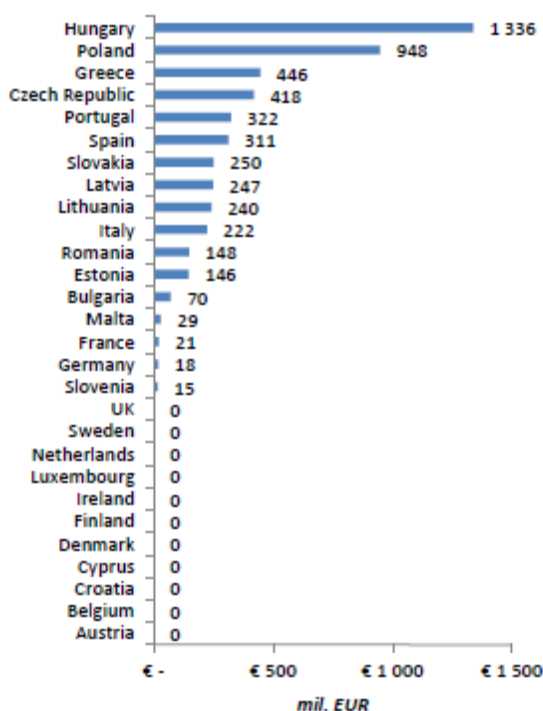
Το συνολικό ποσό των επιδοτήσεων στην υγεία για όλα τα κράτη μέλη κατά την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013 ήταν περίπου 5,2 δισεκατομμύρια ευρώ.



Αυτός ο αριθμός, όμως, είναι μόνο μια συντηρητική εκτίμηση, επειδή βασίζεται αποκλειστικά σε άμεσες επενδύσεις σε υποδομές στον τομέα της υγείας. Η συνολική αξία των επενδύσεων για την υγεία θα ήταν πολύ μεγαλύτερη αν είχαν ληφθεί υπόψη και άλλες επενδύσεις για την υγεία.

Η μεγαλύτερη κατανομή των διαρθρωτικών ταμείων προς την υγεία σε απόλυτη τιμή ήταν 1,3 δισεκατομμύρια ευρώ στην Ουγγαρία. Το ποσό αυτό αντιπροσώπευε το 5,5% των συνολικών κονδυλίων των ΔΤ. Άλλες μεγάλες επενδύσεις από τα ΔΤ το διάστημα 2007-2013 περιλαμβάνουν την Πολωνία, την Ελλάδα, την Τσεχική Δημοκρατία, την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Σλοβακία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, την Εσθονία και την Ιταλία. Τα παρακάτω διαγράμματα (3-2, 3-3) δείχνουν την οικονομική κατανομή των ΔΤ για την υγεία (υποδομές) και το ποσοστό τους σε σχέση με τη συνολική κατανομή ανά χώρα. Σε γενικές γραμμές, οι μεγαλύτεροι επενδυτές υγείας SF ήταν οι χώρες που προσχώρησαν στην ΕΕ μετά το 2004.

**Διάγραμμα 3-2: Σύνολο των επενδύσεων στην υγεία για υποδομές από τα ΔΤ την περίοδο 2007-2013 ανά χώρα**

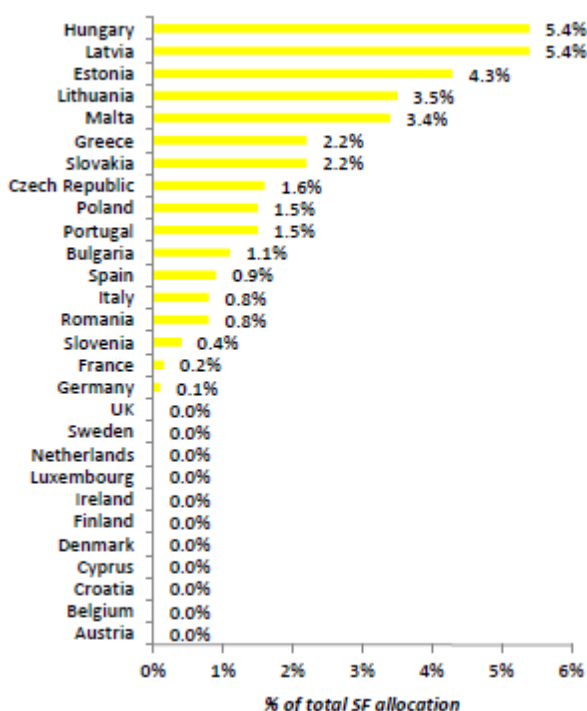


Πηγή: “Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment” by Jonathan Watson available at:

[http://ec.europa.eu/health/health\\_structural\\_funds/used\\_for\\_health/info\\_sheets/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/used_for_health/info_sheets/index_en.htm)



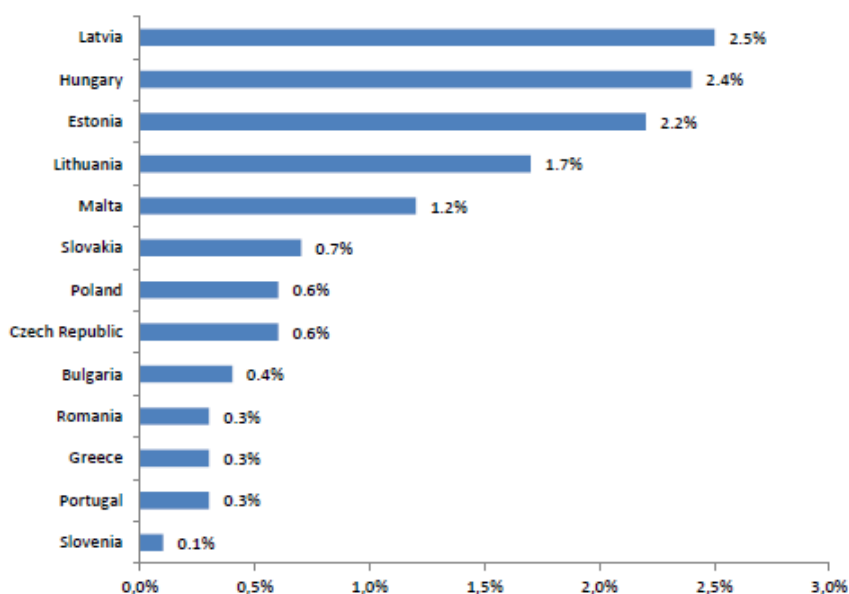
**Διάγραμμα 3-3: Κατανομή των επενδύσεων των ΔΤ για την υγεία (υποδομές) ως ποσοστό της συνολικής κατανομής για την περίοδο 2007-2013, ανά χώρα**



Πηγή: Source: “Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment” by Jonathan Watson available at: [http://ec.europa.eu/health/health\\_structural\\_funds/used\\_for\\_health/info\\_sheets/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/used_for_health/info_sheets/index_en.htm)

Σε ορισμένα κράτη μέλη, τα Διαρθρωτικά Ταμεία αντιπροσώπευαν σημαντική πηγή χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας και τη βασικότερη, αν θέλουμε να εξετάσουμε επενδύσεις κεφαλαίου και μόνο. Το παρακάτω Διάγραμμα (3-4) δείχνει το ποσοστό των διαρθρωτικών ταμείων, ως μέρος της συνολικής χρηματοδότησης για την υγεία (όλα τα είδη των δαπανών σε συνδυασμό π.χ. εργατικό δυναμικό) των αντίστοιχων κρατών της ΕΕ. Μπορεί να παρατηρηθεί ότι το ποσοστό είναι υψηλότερο στη Λετονία, όπου το 2,5% των συνολικών κεφαλαίων που διατίθενται για την υγεία από τη χώρα δόθηκαν από τα διαρθρωτικά ταμεία. Στην Ουγγαρία, στην Εσθονία, στη Λιθουανία και στη Μάλτα, οι επενδύσεις από τα Διαρθρωτικά Ταμεία αντιπροσώπευαν το 1,2% -2,4%. Στις υπόλοιπες χώρες, το ποσοστό αυτό δεν υπερβαίνει το 1%.

**Διάγραμμα 3-4: Κατανομή των επενδύσεων για την υγεία (υποδομές) από τα ΔΤ για την περίοδο 2007-2013 σε σχέση με το σύνολο των δαπανών για την υγεία, τα κορυφαία 10 κράτη-μέλη**



Πηγή: Commission “Health and structural funds in 2007-2013: country assessment”; Eurostat

**3.4.3. Προσεγγίσεις για τη χρήση των Διαρθρωτικών Ταμείων για επενδύσεις στην Υγεία την προγραμματική περίοδο 2014-2020**

Οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας παραμένουν μία από τις επιλέξιμες περιοχές για τη χρήση των ευρωπαϊκών διαρθρωτικών και επενδυτικών ταμείων και για την περίοδο 2014-2020. Ανάλυση των επιχειρησιακών προγραμμάτων σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ δείχνουν τους πιθανούς τομείς της υποστήριξης κατά την περίοδο προγραμματισμού 2014-2020. Οι τομείς προτεραιότητας των επενδύσεων στον τομέα της υγείας που αναγνωρίζονται από την πολιτική συνοχής 2014-2020 έχουν σχεδιαστεί για να ανταποκριθούν στην κύρια σημερινή πρόκληση στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, η οποία είναι η ανάγκη να αυξηθεί η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, η προσβασιμότητα και η βιωσιμότητάς τους. Σε γενικές γραμμές, οι προτεραιότητες για την υγεία που αναγνωρίζονται από τα κράτη μέλη, στα έγγραφα προγραμματισμού τους, αντανακλούν τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης.

Όσον αφορά στην κατανομή των κονδυλίων για επενδύσεις που σχετίζονται με την υγεία σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ κατά την περίοδο προγραμματισμού 2014-2020, τα κράτη τις έχουν κατανέμει μεταξύ των διαφόρων τύπων των

προγραμματισμένων δαπανών. Εντούτοις, αναφέρεται ότι πάνω από 4.940 εκατομμύρια ευρώ έχει προβλεφθεί για επενδύσεις αποκλειστικά στην υγεία από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και επιπλέον 4.240 εκατομμύρια ευρώ για επενδύσεις από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), όπου το τελευταίο περιλαμβάνει επίσης και τις κοινωνικές επενδύσεις και επενδύσεις που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού.

Οι διαφορές μεταξύ των προσεγγίσεων ως προς τη χρήση των ΔΤ για τις επενδύσεις της υγείας μεταξύ των κρατών μελών μπορεί ακόμα να προσδιοριστούν. Ωστόσο, η εισαγωγή νέων προϋποθέσεων (οι λεγόμενες εκ των προτέρων όροι) για τη λήψη της υποστήριξης ΔΤ, κατά την περίοδο προγραμματισμού 2014-2020, έχει αναγκάσει πολλές χώρες να αναθεωρήσουν τις προσεγγίσεις τους ως προς τη χρήση των ΔΤ, με δύο βασικές προσεγγίσεις που περιγράφονται (κράτη μέλη της ΕΕ πριν από το 2004 και κράτη μέλη της ΕΕ που προσχωρήσαν μετά το 2004). Κάπου μεταξύ αυτών των δύο προσεγγίσεων υπάρχει μια ομάδα χωρών με πολύ αποκεντρωμένα συστήματα διοίκησης, οι οποίες αποτελούνται από πολλές ανεξάρτητες περιοχές με διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης και στόχων για την υγεία, οι οποίες υποστηρίζονται από τα ΔΤ (π.χ. Γαλλία, Ισπανία, Ιταλία). Ως εκ τούτου, το καθεστώς των προσεγγίσεων στη χρήση των ΔΤ για τη χρηματοδότηση της υγείας που παρουσιάζονται για την περίοδο 2007-2013 έχει αναθεωρηθεί.

Σε σχέση με την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013, τα ΔΤ έπαψαν να είναι μια πηγή των επενδύσεων που επικεντρωνόταν κυρίως στις υποδομές (Σχήμα: 3-2). Οι υποδομές από μόνες τους δεν έχουν προστιθέμενη αξία από την άποψη της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, εκτός αν συμπεριλαμβάνονται σε μια ευρύτερη επενδυτική στρατηγική για την υγεία<sup>7</sup>. Κατά την περίοδο προγραμματισμού 2014-2020, οι επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες επενδύσεις στον τομέα της υγείας στα επιμέρους κράτη μέλη υποστηρίζονται κυρίως ως αναπόσπαστο μέρος των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας τους, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι το σύστημα είναι αποτελεσματικό και αποδοτικό. Για το σκοπό αυτό, τα κράτη μέλη που χρησιμοποιούν τα ΔΤ ως πηγή χρηματοδότησης για τα συστήματα υγείας τους οφείλουν να παρουσιάσουν ένα

---

<sup>7</sup> Policy Guide for Health Investments in European Structural and Investment Funds 2014-2020 available at: [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/informat/2014/thematic\\_guidance\\_fiche\\_health\\_investments.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/thematic_guidance_fiche_health_investments.pdf).

στρατηγικό πλαίσιο για τις επενδύσεις για την υγεία και κάθε επένδυση πρέπει να είναι σύμφωνη με το πλαίσιο αυτό.

### Σχήμα 3-2: Προσεγγίσεις για τη χρηματοδότηση της υγείας από τα Διαρθρωτικά Ταμεία (ΔΤ) την προγραμματική περίοδο 2014-2020



Πηγή: ESIF for Health, 2016.

#### 3.4.4. Τομείς επενδύσεων στον χώρο της υγείας στην Ε.Ε. την περίοδο 2014-2020.

Η κυριότερη πρόκληση είναι η ίδια για ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της, ωστόσο, το σύστημα υγείας κάθε κράτους-μέλους αντιμετωπίζει τη δική του μοναδική πρόκληση. Τα είδη των επενδύσεων, ως εκ τούτου, διαφέρουν μεταξύ των επιμέρους χωρών. Παρά τις σχετικές διαφορές, είναι δυνατόν να εντοπιστούν σημαντικοί τομείς των επενδύσεων για την υγεία κοινοί σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι τομείς αυτοί είναι: (i) η αποϊδρυματοποίηση/αποασυλοποίηση και η ανάπτυξη της φροντίδας που βασίζεται στην κοινότητα, (ii) η προώθηση της ενεργού και υγιούς γήρανσης, (iii) η βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, (iv) η υγεία, προαγωγή και

πρόληψη των ασθενειών, (v) η συνεχής εκπαίδευση του ιατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού και (vi) να ενταθούν οι προσπάθειες στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

▪ **Από-ασυλοποίηση/από-ιδρυματοποίηση και ανάπτυξης της φροντίδας που βασίζεται στην κοινότητα**

Η κύρια ιδέα πίσω από τη φροντίδα που βασίζεται στην κοινότητα είναι η ενίσχυση των υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο και οι υπηρεσίες πρώτης επαφής (δηλαδή πρωτοβάθμια φροντίδα), έτσι ώστε να μπορεί να εστιάσει σε σημαντικές κοινωνικές ανάγκες στο πιο κοντινό επίπεδο δηλαδή σε τοπικό επίπεδο. Η ανάπτυξη των πόρων, συμπεριλαμβανομένων των μορφών κοινότητας σε επίπεδο κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας. Αυτοί οι τύποι των υπηρεσιών μπορούν συνήθως χρησιμοποιούνται από ανθρώπους με μακροχρόνια ασθένεια που προτιμούν να μείνουν στο σπίτι ή από τους ανθρώπους που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές μακριά από τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς λαμβάνουν ιατρικές επισκέψεις ή να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, όπως απαιτείται. Άλλες δραστηριότητες στον τομέα αυτό περιλαμβάνουν την ανάπτυξη της ανάδοχης φροντίδας και άλλων προληπτικών και εναλλακτικών μορφών φροντίδας και υπηρεσιών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ηλικιωμένα άτομα με αναπηρία ή άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ως εκ τούτου, με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται ή περιορίζεται η χρήση των υπηρεσιών ως εσωτερικού ασθενή μέσα σε ένα μεγαλύτερο ίδρυμα (αποϊδρυματοποίηση-αποασυλοποίηση). Η εκπαίδευση και υποστήριξη στους γονείς και στους φροντιστές, και την οικοδόμηση και την προσαρμογή ειδικών εγκαταστάσεων –όπως είναι κέντρα ημερήσιας φροντίδας ημέρας κ.α.- περιλαμβάνονται, επίσης, σε αυτόν τον τομέα των επενδύσεων. Αυτή η περιοχή της επένδυσης είναι πιο διαδεδομένη στο εσωτερικό των περιφερειών που χαρακτηρίζονται ως «λιγότερο αναπτυγμένες» και είναι κατά κύριο λόγο οι χώρες που προσχώρησαν στην ΕΕ μετά το 2004. Ένα συγκεκριμένο παράδειγμα των δαπανών με βάση την κοινότητα στην Κροατία είναι η παροχή υποστήριξης για την εξειδίκευση της οικογενειακής ιατρικής, την ακτινολογία και την ιατρική έκτακτης ανάγκης στα Κέντρα Υγείας Κοινότητας ως απάντηση στην έλλειψη ειδικευμένων ατόμων που να είναι σε θέση να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ένα άλλο παράδειγμα είναι τα έργα στο πλαίσιο της διαδικασίας της ψυχιατρικής αποασυλοποίησης και φροντίδας που πρόκειται να χρηματοδοτηθούν στην Τσεχική Δημοκρατία.

- **Ενεργός και υγιής γήρανση**

Οι δραστηριότητες που υποστηρίζονται στο πλαίσιο αυτής της επένδυσης έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να ζήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής. Ένας τρόπος για να γίνει αυτό είναι να αποτραπεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και να παρέχεται ένα μέσο για την ουσιαστική συμμετοχή τους στην κοινωνία. Ως εκ τούτου, πολλές χώρες επενδύουν σε διάφορα προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν συνέχιση της απασχόλησης για τους ηλικιωμένους. Μερικές φορές αυτά τα προγράμματα είναι με τη μορφή των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης για τους ηλικιωμένους, ώστε να μπορούν να προσαρμοστούν στις αλλαγές στο χώρο εργασίας και να εισέλθουν εκ νέου το εργατικό δυναμικό (π.χ. Αυστρία, Γαλλία). Μερικές φορές είναι υπό τη μορφή οικονομικής βοήθειας ή συμβουλευτικών υπηρεσιών προς τις επιχειρήσεις και το δημόσιο τομέα (π.χ. Αυστρία, Κάτω Χώρες). Εκτός από τη βοήθεια στους ηλικιωμένους πολίτες να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας, πολλές χώρες επενδύουν επίσης σε εναλλακτικά προγράμματα που παρέχουν πολιτιστικές, εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες τα οποία απευθύνονται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (π.χ. Πορτογαλία). Αυτοί οι τύποι των επενδύσεων είναι επίσης διαδεδομένες στις «λιγότερο αναπτυγμένες» περιφέρειες, για παράδειγμα, στη Λετονία, στη Λιθουανία και στη Σλοβενία.

- **Βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας**

Οι επενδύσεις αυτού του τομέα περιλαμβάνουν σχέδια που αποσκοπούν στη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) στο γενικό πληθυσμό, αλλά με ιδιαίτερη έμφαση στις ευάλωτες ομάδες, όπως τα άτομα με ειδικές ανάγκες ή οικογένειες με παιδιά. Ο εκσυγχρονισμός των υποδομών, η ανοικοδόμηση ή η εύρεση νέων κτιρίων, ο ιατρικός εξοπλισμός ή άλλος εξοπλισμός που είναι απαραίτητος για την αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (όπως ασθενοφόρα και άλλα οχήματα) αποτελούν μέρος της προσπάθειας. Βελτίωση της προσβασιμότητας των μονάδων υγείας με την οικοδόμηση ραμπών αναπηρικών αμαξιδίων ή μέτρα που στοχεύουν στην κλιματισμό των κτιρίων (δηλαδή αύξηση της ενεργειακής απόδοσης, όπως στη Σλοβακία) περιλαμβάνονται επίσης στο πλαίσιο αυτής της επενδυτικής περιοχής. Τα κονδύλια για αυτά τα είδη των επενδύσεων διατίθενται, κυρίως, στις «λιγότερο αναπτυγμένες» περιφέρειες των χωρών που προσχώρησαν στην ΕΕ μετά το 2004. Εκτός από τα έργα που αναφέρονται παραπάνω, η προσβασιμότητα υγειονομικής περίθαλψης έχει ως στόχο να βελτιώσει

τις δεξιότητες και τις γνώσεις των ιατρών και του προσωπικού που εμπλέκονται άμεσα στην υγειονομική περίθαλψη (π.χ. Πολωνία). Αυτό συνδέεται με τη δημιουργία τυποποιημένων διαδικασιών στις περιπτώσεις των πιο συχνών και πιο σοβαρών ασθενειών (π.χ. Σλοβακία). Όπως σε ορισμένες χώρες (π.χ. Μάλτα και Λετονία) η βελτιωμένη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στην υγεία, προβλέπεται ως ένα υποστηρικτικό μέτρο, για παράδειγμα, σε σχέση με τα δεδομένα που αφορούν στην ασφάλιση υγείας (π.χ. Κροατία).

#### ▪ **Η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών**

Η προαγωγή της υγείας έχει ως στόχο την αύξηση της ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας των πολιτών (προγράμματα συνόλου του πληθυσμού, αλλά και προγράμματα που απευθύνονται κυρίως σε παιδιά και διάφορες άλλες ομάδες, όπως τα άτομα με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή περιθωριοποιημένες κοινότητες), έτσι ώστε να μπορούν να κάνουν συνειδητές αποφάσεις σχετικά με τις επιλογές του τρόπου ζωής τους. Η έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων υγείας είναι ένα σημαντικό μέτρο που έχει αναλάβει στο πλαίσιο της πρόληψης των ασθενειών. Για παράδειγμα, στη Ρουμανία αυτό περιλαμβάνει την έγκαιρη διάγνωση, διαλογή, διάγνωση και θεραπεία σοβαρών ασθενειών (π.χ. καρδιακή νόσο, καρκίνο, διαβήτη, χρόνια νεφρική νόσο, χρόνια ηπατίτιδα, φυματίωση, HIV-AIDS κ.α.). Στην Εσθονία, υπάρχουν προγράμματα για την έγκαιρη ανίχνευση του αλκοόλ και την κατάχρηση ουσιών, τη θεραπεία του εθισμού και την παροχή συμβουλών. Οι επενδύσεις αυτές είναι διαδεδομένες στις «λιγότερο αναπτυγμένες» περιφέρειες, ιδίως στις χώρες που προσχώρησαν στην ΕΕ μετά το 2004.

#### ▪ **Εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού και λοιπού προσωπικού υγείας**

Ένας από τους στόχους στο πλαίσιο της παρούσας επένδυσης στον τομέα της υγείας είναι να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης του ιατρικού προσωπικού. Για παράδειγμα, στην Πολωνία υπάρχουν προγράμματα που στοχεύουν στην τεχνική εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά ιατρικά στοιχεία του ενεργητικού τα οποία χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο από τη βιομηχανία ως μέρος του εκσυγχρονισμού της υγειονομικής περίθαλψης. Στην Πολωνία, επίσης, επενδύουν στην κατάρτιση του διοικητικού προσωπικού και στη διαχείριση των θεραπευτικών φορέων για την αύξηση της ικανότητας σχεδιασμού και υλοποίησης τους. Ενίσχυση των προσόντων των νοσηλευτών ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις προκλήσεις της γήρανσης του πληθυσμού είναι ένας

τομέας που υποστηρίζεται επίσης. Ένας άλλος στόχος της επένδυσης αυτής της κατηγορίας είναι η προώθηση της απασχόλησης σε επαγγέλματα υγείας. Αυτό γίνεται τόσο μέσω εκπαιδευτικής υποστήριξης (π.χ. υποτροφίες) όσο και μέσω της κατάρτισης (π.χ. πρακτική άσκηση, τοποθέτηση σε θέσεις εργασίας). Παραδείγματα χωρών που εφαρμόζουν τέτοιου είδους προγράμματα είναι η Κροατία, η Ουγγαρία και τη Μάλτα. Σε ορισμένες χώρες (π.χ. Γερμανία, Δανία), οι επενδύσεις στη διά βίου μάθηση είναι συνήθως ένα ευρύτερο πεδίο εφαρμογής και δεν περιλαμβάνει μόνο τους επαγγελματίες της υγείας, αλλά και επαγγελματίες από άλλους τομείς της οικονομίας.

#### ▪ **E-health**

Αυτή η περιοχή των επενδύσεων περιλαμβάνει όλες τις επενδύσεις που συνδέονται με τη χρήση ή την προμήθεια Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας (ΤΠΕ). Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι επενδύσεων εντός της περιοχής αυτής. Το πρώτο είδος είναι οι επενδύσεις συγκεντρωποιημένων και ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων. Για παράδειγμα, στην Κροατία ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα για την Εταιρεία Ασφάλισης Υγείας της Κροατίας έχει αναπτυχθεί για να συμπεριλάβει υπηρεσίες όπως το e-οδηγίες, συνταγή e-φάρμακο, καθώς και ένα online σύστημα πληρωμών. Το άλλο είδος της επένδυσης είναι σε τηλεϊατρικής και m-υγείας τεχνολογίες που επιτρέπουν την παροχή υπηρεσιών κλινικής φροντίδας υγείας σε μια απόσταση. Αυτές οι τεχνολογίες βελτίωσης της πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες και ιδιαίτερα στους ανθρώπους που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή αγροτικές κοινότητες περιορίζεται στις βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επενδύσεις στην τηλεϊατρική μπορούν επίσης να επικεντρωθούν σε μια συγκεκριμένη περιοχή στον τομέα της υγείας. Για παράδειγμα, στη Βουλγαρία, οι επενδύσεις ΤΠΕ, συμπεριλαμβανομένης της τηλεϊατρικής είναι εστιασμένες στις υπηρεσίες υγείας έκτακτης ανάγκης. Εκτός από τα δύο είδη των επενδύσεων που μόλις αναφέρθηκαν, υπάρχουν επίσης οι επενδύσεις στην εκπαίδευση του προσωπικού στη χρήση των ΤΠΕ ή στην προμήθεια των ΤΠΕ για τα νοσοκομεία. Αυτά τα είδη των επενδύσεων είναι διαδεδομένα σε όλες τις κατηγορίες περιφερειών, τις «πιο αναπτυγμένες» (π.χ. Ιρλανδία, Σουηδία, Γερμανία, Γαλλία, Κύπρος), στις υπό «μετάβαση» (π.χ. Ελλάδα, Μάλτα, Ισπανία), και στις «λιγότερο αναπτυγμένες» (π.χ. Βουλγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Σλοβακία).



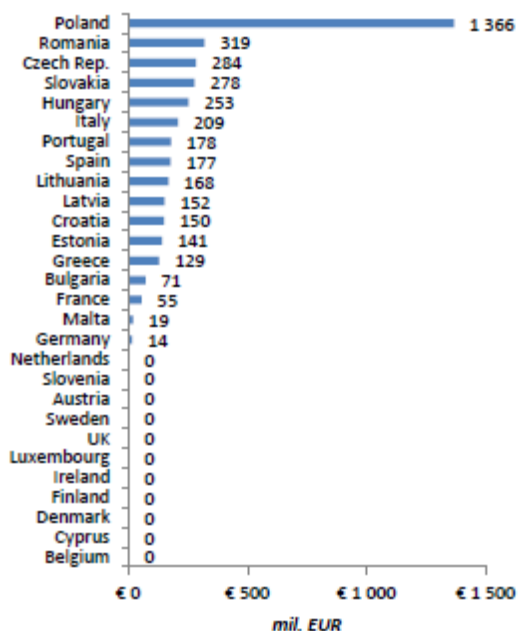
Εκτός από τις προαναφερθείσες κατηγορίες επενδύσεων, έχουν επίσης εντοπιστεί επενδύσεις και σε άλλους τομείς που αναφέρονται ως «έμμεσες επενδύσεις». Αυτές οι έμμεσες επενδύσεις αντιπροσωπεύουν επενδύσεις στο πλαίσιο των αξόνων προτεραιότητας που δεν σχετίζονται αποκλειστικά με θέματα υγείας, όμως κάποιες ενέργειές τους σχετίζονται με την υγεία γεγονός που τις κάνει να θεωρούνται πιθανοί δικαιούχοι. Για παράδειγμα, μέσα στους άξονες προτεραιότητας βρίσκεται η υποστήριξη της έρευνας και της ανάπτυξης, το οποίο συχνά αντανακλά την καινοτομία με έμφαση σε πολλαπλές περιοχές όπως η βιώσιμη ενέργεια, η γεωργία, η τεχνολογία, η υγεία, κλπ Τα σχέδια αυτά δεν αποσκοπούν αποκλειστικά στην υγειονομική περίθαλψη, ωστόσο, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να γίνουν δικαιούχοι εφόσον πληρούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας των αντίστοιχων επιχειρησιακών προγραμμάτων. Όμως, δεν είναι δυνατόν να προσδιορίσει ένα ακριβές ποσό των κεφαλαίων που λαμβάνονται ως έμμεσες επενδύσεις και ως εκ τούτου δεν χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού κονδυλίου για την υγεία των κρατών-μελών. Στις «έμμεσες επενδύσεις» ανήκουν: (i) η στήριξη της απασχόλησης, ως μέσο για την πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού, (ii) η έρευνα και ανάπτυξη στην ιατρική, (iii) η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της δημόσιας διοίκησης και των υπηρεσιών υγείας, (iv) ο ιατρικός τουρισμός, (v) η υγιεινή και ασφάλεια του χώρου εργασίας, (vi) η πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού μεταξύ των κοινοτήτων των Ρομά, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών και (vii) η πρόληψη των κινδύνων και την ετοιμότητα σε περίπτωση καταστροφών.

Όπως αναφέρθηκε, δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί η ακριβής συνολική κατανομή των ΔΤ των επενδύσεων για την υγεία βάσει των διαθέσιμων πηγών (έγγραφα προγραμματισμού). Ο υπολογισμός αυτός μπορεί να γίνει μόνο για ένα μέρος των επενδύσεων του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ), όπου έχει προβλεφθεί πάνω από 4.940 εκατομμύρια ευρώ για υποδομές υγείας και ενίσχυση εφαρμογών ΤΠΕ, συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρονικής υγείας (e-health). Όσον αφορά στο ΕΚΤ, λόγω του ρυθμιστικού πλαισίου, οι δαπάνες για επενδύσεις στην υγεία έχουν προγραμματιστεί από κοινού με τις κοινωνικές επενδύσεις ή με τις επενδύσεις στην ενεργό γήρανση. Ως εκ τούτου, το συνολικό ποσό του ΕΚΤ πάνω από 4.240 εκατομμύρια, περιέχουν τις παρεμβάσεις με στόχο την υγιή γήρανση και την ενίσχυση της πρόσβασης σε οικονομικά προσιτές, βιώσιμες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται επίσης από

άλλους τύπους επενδύσεων, όπως για κοινωνικές υπηρεσίες γενικού συμφέροντος, η έκταση των οποίων δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί στο στάδιο αυτό.

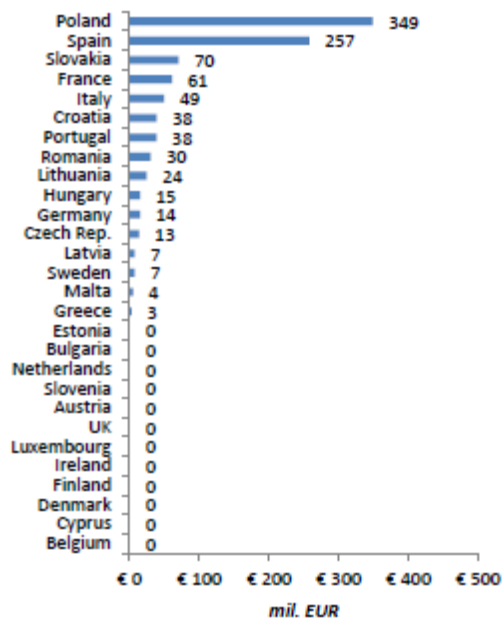
Οι επενδύσεις στην κατηγορία των υποδομών γίνονται συνήθως σε δημόσιες υποδομές, όπως για την υγειονομική περίθαλψη ή για τα κέντρα κοινοτικής φροντίδας, τα οποία αποσκοπούν στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ευάλωτες ομάδες. Ενώ ακόμα με στόχο την αύξηση της κοινωνικής ένταξης, οι επενδύσεις στην κατηγορία της προσβασιμότητας, μάλλον δαπανώνται για «ήπιε» επενδύσεις δηλαδή κοινωνικές ή προγράμματα κατάρτισης. Με βάση τους ισχύοντες εγκεκριμένους προϋπολογισμούς, η Πολωνία θα λάβει 2.950 εκατομμύρια ευρώ τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για παρεμβάσεις με κατεξοχήν αντικείμενο την υγεία, καθιστώντας την το μεγαλύτερο δέκτη των ΔΤ. Άλλες μεγάλες δικαιούχοι της χρηματοδότησης για την υγεία είναι: η Ρουμανία, η Πορτογαλία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Σλοβακία, η Ουγγαρία, η Κροατία, η Ελλάδα, η Λιθουανία, η Λετονία και η Ιταλία (Διαγράμματα 3-5, 3-6, 3-7 και 3-8).

### Διάγραμμα 3-5: ΔΤ επενδύσεις για υποδομές υγείας την περίοδο 2014-2020 ανά χώρα



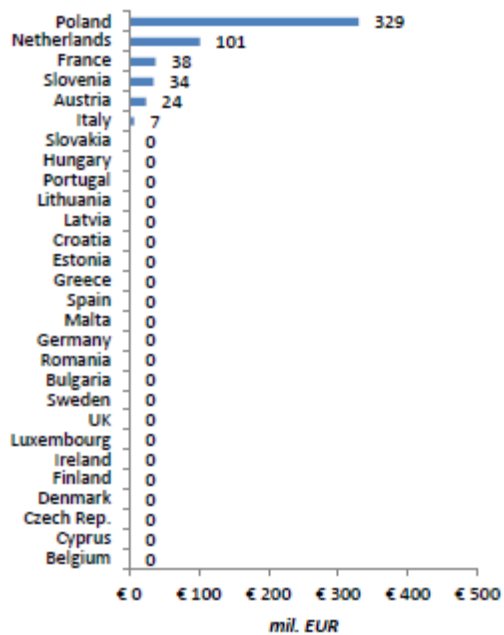
Πηγή: ESIF, 2016.

**Διάγραμμα 3-6: ΔΤ επενδύσεις για e-health την περίοδο 2014-2020 ανά χώρα**



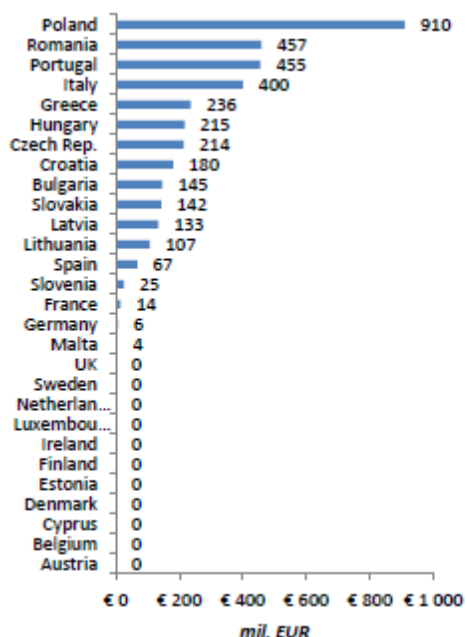
Πηγή: ESIF, 2016.

**Διάγραμμα 3-7: ΔΤ επενδύσεις για ενεργό και υγιή γήρανση την περίοδο 2014-2020 ανά χώρα**



Πηγή: ESIF, 2016.

### Διάγραμμα 3-8: ΔΤ επενδύσεις για πρόσβαση στην υγεία και στις κοινωνικές υπηρεσίες 2014-2020



Πηγή: ESIF, 2016.

### 3.5. Δανία



Η Δανία έχει την παράδοση ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, οι μεταρρυθμίσεις και πολιτικές πρωτοβουλίες έχουν σταδιακά συγκεντρωτικό χαρακτήρα για το σύστημα υγείας της χώρας. Η δομική μεταρρύθμιση του 2007 συγχώνευσε περιφέρειες και δήμους. Η δομή των νοσοκομειακών μονάδων υφίσταται, ομοίως, μεταρρυθμίσεις, με τις μεγαλύτερες να εντοπίζονται στα πιο εξειδικευμένα νοσοκομεία. Επιπλέον, μια πιο συγκεντρωτική προσέγγιση στο σχεδιασμό των μεταρρυθμίσεων έχει ήδη λάβει χώρα τα τελευταία χρόνια. Το γεγονός αυτό καθίσταται εμφανές και στο νέο εθνικό σχεδιασμό των ιατρικών ειδικοτήτων, με τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος διαπίστευσης, το πρόγραμμα της Δανίας «Ποιότητα Περίθαλψης», το οποίο καθορίζει τα εθνικά πρότυπα των παρόχων του συστήματος υγείας στη Δανία. Προσπάθειες έχουν, επίσης, γίνει για να εξασφαλιστούν συνεκτικά μονοπάτια στην πορεία του ασθενή στο σύστημα υγείας - αυτή τη στιγμή εφαρμόζονται για τον καρκίνο και τις καρδιακές παθήσεις – τα οποία να είναι παρόμοια σε εθνικό επίπεδο. Οι προσπάθειες αυτές αποσκοπούν, επίσης, στη βελτίωση της διατομεακής συνεργασίας. Οικονομικά,

τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες για την εισαγωγή ενός υψηλότερου βαθμού χρηματοδότησης στις δραστηριότητες του τομέα της δημόσιας υγείας.

Εντούτοις, μια σειρά από προκλήσεις παραμένουν στο δανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι συνέπειες των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων και πρωτοβουλιών συγκεντρωτισμού αναμένουν ακόμα να αξιολογηθούν πλήρως. Επομένως, πριν συμβεί αυτό, είναι δύσκολο να μπορεί να διαμορφωθεί μια πλήρης εικόνα. Η Δανία εξακολουθεί να υστερεί συγκριτικά με τις άλλες σκανδιναβικές χώρες σε σχέση με ορισμένους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής. Ένα σύνολο παραγόντων κινδύνου μπορεί να αποτελούν αιτία για αυτό όπως είναι: η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία, οι οποίοι εξακολουθούν να είναι πρόβλημα, ενώ οι συνήθειες καπνίσματος παρουσιάζουν βελτίωση. Επιπλέον, το επίπεδο των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εξακολουθεί να είναι μια πρόκληση. Η οργάνωση του δανικού συστήματος υγείας θα πρέπει να λάβει υπόψη μια σειρά από προκλήσεις για το μέλλον. Αυτές περιλαμβάνουν τις αλλαγές στα πρότυπα των νόσων, τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση των χρόνιων και μακροχρόνιων ασθενειών, την εξασφάλιση επαρκούς στελέχωσης, τη βελτίωση πρωτοβουλιών δημόσιας υγείας που να στοχεύουν στην πρόληψη της ασθένειας και στη βελτίωση της υγείας

Όσον αφορά στα οικονομικά του συστήματος υγείας στη Δανία, το επίπεδο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης είναι ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο των κρατών μελών της ΕΕ πριν από το Μάιο του 2004. Περισσότερο από το 80% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από το κράτος μέσω ενός συνδυασμού επιχορηγήσεων και χρηματοδότησης βάσει δραστηριοτήτων. Η σημασία των ίδιων πληρωμών διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την υπηρεσία υγείας. Έτσι ο ασθενής καλείται να πληρώσει μεγάλο ποσοστό συμμετοχής στα φάρμακα στις οδοντιατρικές υπηρεσίες και στα γυαλιά, ενώ έχει μικρή συμμετοχή σε άλλες υπηρεσίες υγείας.

Η προαιρετική ασφάλιση υγείας (Voluntary Health Insurance-VHI) είναι διαθέσιμη για τον πληθυσμό. Από το 2002, ένα μέρος της VHI επιχορηγείται από το κράτος γεγονός που έχει παίξει ένα μικρό αλλά γρήγορα αυξανόμενο ρόλο στη χρηματοδότηση των χειρουργικών επεμβάσεων από επιλογή και στη φυσιοθεραπεία. Όμως από την άλλη έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονης πολιτικής συζήτησης για το κατά πόσο η VHI συμβάλλει σε μια πιο αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη ή αν εισάγει ανισότητες στην πρόσβαση.

Οι δήμοι χρηματοδοτούνται από τους φόρους εισοδήματος (τα ποσοστά ορίζονται σε τοπικό επίπεδο, όμως συλλέγονται κεντρικά) και από επιχορηγήσεις από το κράτος, ενώ οι περιφέρειες χρηματοδοτούνται από το κράτος (φόρος εισοδήματος, ΦΠΑ, φόροι σε συγκεκριμένα αγαθά, κλπ). Η δομή της χρηματοδότησης αντανακλά τις προσπάθειες για τον έλεγχο του κόστους μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών και ανώτατων ορίων για τον κύκλο εργασιών ιδιωτικών παρόχων. Αντανακλά, επίσης, τις προσπάθειες για την ενίσχυση της προώθησης της υγείας, την ανταπόκριση στους ασθενείς με τη χρήση της ελεύθερης επιλογής νοσοκομείου, σε συνδυασμό με τη χρηματοδότηση του νοσοκομείου βάσει των αποτελεσμάτων του και με την εισαγωγή χρηματικής απόδοσης πληρωμών στους δήμους και στις περιφέρειες, παρέχοντας με αυτόν τον τρόπο το οικονομικό κίνητρο για να κρατούν τους πολίτες τους υγιείς.

Το παρεχόμενο επίπεδο υπηρεσιών υγείας στη Δανία είναι αρκετά υψηλό, όπως επίσης και οι υποδομές αυτής. Οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας στη Δανία για το προηγούμενο προγραμματικό διάστημα 2007-2013 είχαν να κάνουν με:

- την περαιτέρω ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας (**e-health**). Για τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου υπηρεσιών δημόσιας υγείας, μέσω μέτρων όπως η ανάπτυξη και η αύξηση της ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης.
- **το υγιές εργατικό δυναμικό**. Εστιάζοντας στη χρήση περιορισμένων πόρων από τα διαρθρωτικά ταμεία για τον τομέα της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας μια αντίληψη που οδηγεί άμεσα σε μειωμένη απουσία λόγω ασθένειας. Επίσης, οι προσπάθειες για τη μείωση των απουσιών λόγω ασθένειας θα μπορούσε ενδεχομένως να συμβάλει τόσο στην αύξηση της πραγματικής προσφοράς εργασίας και της ποιότητας της εργασίας για τους ηλικιωμένους και άλλες ομάδες.

Κατά το τρέχον προγραμματικό διάστημα 2014-2020 οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας στη Δανία έχουν να κάνουν με:

- **βοήθεια ατόμων με αναπηρία**. Στα άτομα μη ικανά για απασχόληση θα προσφέρεται σύνταξη αναπηρίας, αλλά και βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και από ειδικούς σε θέματα υγείας
- **εκπαίδευση και κατάρτιση**. Βελτίωση των ικανοτήτων του προσωπικού σε συνεργασία με διάφορους φορείς, η οποία συμβάλλει στην επίτευξη του αναπτυξιακού δυναμικού του φορέα, όπως είναι διεθνοποίηση, η οικονομία χαμηλών εκπομπών άνθρακα, η αξιοποίηση των πόρων, η προσαρμογή στην αλλαγή του κλίματος, η αυτοματοποίηση / ψηφιοποίηση, λύσεις για την υγεία και την καλή διαβίωση, η πληροφορική και η επικοινωνία.

### 3.6. Γερμανία



Το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismarck. Χαρακτηριστικό του συνιστά ο κυρίαρχος της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ συνυπάρχουν ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα Ταμεία Υγείας. Υπεύθυνη για τις υπηρεσίες υγείας είναι σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε τοπικό επίπεδο οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων. Τους πυλώνες του συστήματος αποτελούν τα Ασφαλιστικά Ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των ιατρών νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος των εισφορών διαφέρει από Ταμείο σε Ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή, ενώ η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μία από αυτές είναι η προσπάθεια δημιουργίας ασφαλιστικών ταμείων για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας.

Στο γερμανικό σύστημα υγείας οι εξουσίες λήψης αποφάσεων παραδοσιακά μοιράζονται μεταξύ των ομοσπονδιών και του κράτους με διευρυμένες αρμοδιότητες να παρουσιάζουν οι φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης. Το γερμανικό σύστημα υγείας παρέχει καθολική κάλυψη για ένα ευρύ φάσμα παροχών. Από το 2009, η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες και τους μόνιμους κατοίκους, με την κάλυψη είτε δημόσιας, είτε ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Συνολικά 70 εκατομμύρια άνθρωποι ή το 85% του πληθυσμού καλυπτόταν από υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας σε ένα από τα 132 ταμεία υγείας στις αρχές του 2014. Ένα άλλο 11% καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλεια υγείας. Χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η ελεύθερη επιλογή του παρόχου και η απεριόριστη πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. Ένα βασικό χαρακτηριστικό της παροχής υγειονομικής περίθαλψης στο σύστημα υγείας στη Γερμανία είναι ο σαφής θεσμικός διαχωρισμός μεταξύ των δημόσιων υπηρεσιών

υγείας περιπατητικής και νοσοκομειακής (ενδονοσοκομειακή) φροντίδα. Αυτό έχει θεωρηθεί ως ένα εμπόδιο για την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας και τη διασύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής κάλυψης.

Η Γερμανία επενδύει ένα σημαντικό ποσό των πόρων της για την υγειονομική περίθαλψη: το 11,4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος το 2012, το οποίο είναι ένα από τα υψηλότερα επίπεδα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σε διεθνές επίπεδο, το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται ότι κατέχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα κόστους-οφέλους. Ωστόσο, το γερμανικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να χρειάζεται βελτίωση σε ορισμένους τομείς, όπως η ποιότητα της φροντίδας. Επιπλέον, οι διαφοροποιήσεις μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης αποτελούν τη μεγαλύτερη πρόκληση για το γερμανικό σύστημα υγείας, καθώς οδηγούν σε σημαντικές ανισότητες.

Όπως αναφέρθηκε, η Γερμανία επενδύει ένα σημαντικό ποσό των πόρων της στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με την Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία (Statistisches Bundesamt), η οποία παρέχει τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για τις δαπάνες υγείας, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ήταν 300.437 εκατομμύρια € το 2012, ή το 11,4% του ΑΕΠ (ένα από τα υψηλότερα στην ΕΕ). Αυτό αντανακλά μια σταθερή αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ακόμη και μετά η οικονομική κρίση το 2009 (το σύνολο των δαπανών για την υγεία αυξήθηκε από 10,5% του ΑΕΠ το 2008).

Παρά το γεγονός ότι η SHI (Social Health Insurance-Κοινωνικής Ασφάλιση Υγείας) να κυριαρχεί η γερμανική συζήτηση σχετικά με τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και την προοπτική μεταρρύθμισης, η πραγματική συμβολή τους στη συνολική δαπάνη υγείας ήταν μόνο 57,4% το 2012. Συνολικά, οι δημόσιες πηγές αντιπροσώπευαν το 72,9% του συνόλου των δαπανών για την υγεία, με το υπόλοιπο της δημόσιας χρηματοδότησης που προέρχεται κατά κύριο λόγο από υποχρεωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας (Soziale Pflegeversicherung). Οι ιδιωτικές πηγές αντιπροσώπευαν το 27,1% των συνολικών δαπανών. Η αναλογία της υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτείται από τους φόρους έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες και ανέρχεται στην τάξη από 10,8% το 1996 σε 4,8% το 2012. Η πιο σημαντική μείωση των δημοσίων δαπανών καταγράφηκε για τη μακροχρόνια φροντίδα (πάνω από 50%) με την εισαγωγή της υποχρεωτικής ασφάλισης για μακροχρόνια φροντίδα, το 1993, οπότε και μετατοπίστηκε η χρηματοδότηση από το εισόδημα κοινωνικής πρόνοιας.



Τα 132 ταμεία υγείας συλλέγουν εισφορές και τα μεταφέρονται σε ένα «Ταμείο Υγείας» (Gesundheitsfonds), όπου γίνεται και η κεντρική ανακατανομή. Οι συνεισφορές, αυξάνονται αναλογικά με το εισόδημα σε ένα ανώτερο όριο (ένα μηνιαίο εισόδημα των € 4.050 το 2014). Από το 2009 έχει υπάρξει ένα ενιαίο ποσοστό εισφοράς (15,5% των εσόδων). Οι πόροι συνέχεια αναδιανέμονται στα ασφαλιστικά ταμεία σύμφωνα με ένα σύστημα κινδύνου προσαρμογής στη νοσηρότητα (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich συχνά με τα αρχικά Morbi-RSA) και τα ταμεία με τη σειρά τους οφείλουν να διαχειρίζονται ανάλογα αυτές τις μεταβολές των πόρων.

Το προγραμματικό διάστημα 2007-2013 οι επενδύσεις στην υγεία της Γερμανίας μέσω των Διαθρωπτικών Ταμείων είχαν να κάνουν με:

- **υποδομές υγείας.** Κυρίως για την προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης
- **προαγωγή της υγείας.** Προαγωγή της υγείας στην εργασία και την επαγγελματικά προγράμματα για την υγεία και την ασφάλεια για να βελτιώσουν τις γενικές συνθήκες των εργαζομένων στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές (π.χ. Dresden, Magdeburg κ.α.).

Στο νέο πρόγραμμα για την περίοδο 2014-2020 οι επενδύσεις υγείας στη Γερμανία σχετίζονται με:

- **την πρόληψη των ασθενειών και το υγιές εργατικό δυναμικό**
  - Έλεγχος στον τομέα της πρόληψης των ασθενειών.
  - Προληπτικά μέτρα για την ασφαλή και υγιεινή εργασία.
- **τη βελτίωση της απασχολησιμότητας ευπαθών ομάδων**
  - Δραστηριότητες αύξηση της απασχολησιμότητας των ατόμων με προβλήματα υγείας, π.χ. πνευματική ή άλλα προβλήματα υγείας
- **εκπαίδευση και κατάρτιση**
  - Ενίσχυση της δια βίου μάθησης, ιδιαίτερα στις ευαίσθητες δημογραφικές περιοχές με θέματα εργασίας, παιδείας, μέσων επικοινωνίας και δικτύωσης, (οι βελτιώσεις που αναμένονται έχουν να κάνουν με την πρόληψη των ασθενειών, την ικανότητα καινοτομίας των μικρομεσαίων επιχειρήσεων, καθώς και σε άλλους τομείς)
- **τύπους επενδύσεων, στο πλαίσιο περιφερειακών επιχειρησιακών προγραμμάτων.**
  - Οι επενδύσεις σε υποδομές υγείας.
  - Εφαρμογές ενίσχυσης ΤΠΕ (e-health).

- Η πρόσβαση σε βιώσιμες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες.

### 3.7. Πορτογαλία



Ο πορτογαλικός πληθυσμός θεωρείται ότι απολαμβάνει ένα αρκετά καλό επίπεδο υγείας με το προσδόκιμο ζωής να παρουσιάζει αυξητικές τάσεις. Όλοι οι κάτοικοι στην Πορτογαλία έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS), η οποία χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της φορολογίας. Οι συν-πληρωμές έχουν αυξηθεί την πάροδο του χρόνου, και το επίπεδο του επιμερισμού του κόστους είναι υψηλότερο για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Περίπου το ένα πέμπτο έως το ένα τέταρτο του πληθυσμού βρίσκεται και σε ένα δεύτερο (ή περισσότερα του ενός) επίπεδα ασφαλιστικής κάλυψης μέσω υποσυστήματα υγείας και της προαιρετικής ασφάλισης υγείας. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται σε δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους. Κυρίαρχη προτεραιότητα στη δημόσια διάταξη είναι πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με ένα σύστημα gatekeeping. Τα φαρμακευτικά προϊόντα, οι διαγνωστικές τεχνολογίες και εξετάσεις και τα ιδιωτικά ιατρεία αποτελούν τον κύριο όγκο της παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Το πορτογαλικό σύστημα υγείας δεν έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές στη χρηματοδότησή από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, παρά την σταθερή αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας. Από την άλλη πλευρά, έχουν ληφθεί πολλά μέτρα για τη βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων συμπράξεων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων για τα νέα νοσοκομεία, μια αλλαγή στις δομές διαχείρισης των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας, φαρμακευτικές μεταρρυθμίσεις, αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημιουργία δικτύων μακροχρόνιας φροντίδας. Ορισμένα από αυτά τα μέτρα έχουν αντιμετωπίσει αντίσταση του τοπικού πληθυσμού, κυρίως εκείνα που σχετίζονται με το κλείσιμο εγκαταστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης. Γενικά, υπάρχει μια συνολική ευαισθητοποίηση και ενδιαφέρον, για την άνοδο των δαπανών στην φροντίδα υγείας στην Πορτογαλία. Οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις έχουν τεθεί σε ισχύ πολύ πρόσφατα, οπότε είναι πολύ δύσκολο ακόμα να μετρηθούν οι επιδράσεις τους.

Το διάστημα 2007-2013, η Πορτογαλία έκανε επενδύσεις στον τομέα της υγείας σε:

**- Υπηρεσίες υγείας.**

- Αναβάθμιση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και επειγόντων περιστατικών, αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και βελτίωση της πρόσβασης στις χειρουργικές επεμβάσεις.

**- E-health.**

- Εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης.

**- αποδοτικότητα του συστήματος υγείας**

- Εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης, με τη χρήση μοντέλων οργάνωσης στις κεντρικές διοικήσεις.

**- υγειονομική περίθαλψη για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες**

- Προώθηση των ίσων ευκαιριών για όλους
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία

Το 2014-2020 η Πορτογαλία έχει προγραμματίσει να επενδύσει σε πολλούς τομείς στον χώρο της υγείας όπως:

**- φροντίδα υγείας με βάση την κοινότητα.**

- Υποστήριξη των μοντέλων της Ανεξάρτητης Διαβίωσης.
- Ενίσχυση του εθνικού δικτύου βοήθειας και υποστήριξης, ιδίως με την εκπαίδευση και υποστήριξη στους γονείς και στους φροντιστές, και μέσα από τις ομάδες αυτοβοήθειας (ενώπιος-ενωπίω ή με ηλεκτρονικές πλατφόρμες)
- Επέκταση του δικτύου των θεραπειών αποκατάστασης για παιδιά / νέους με αναπηρίες.
- Δημιουργία υπηρεσιών που βασίζονται στην κοινότητα για την υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία στις καθημερινές τους δραστηριότητες και την προώθηση της κοινωνικής τους ένταξης.
- Ολοκληρωμένη μοντέλο παρέμβασης για καταστάσεις διπλής διάγνωσης (Double Diagnosis - DD) -για εξατομικευμένη φροντίδα για άτομα με διανοητική αναπηρία και ψυχική ασθένεια, αύξηση του αριθμού των ανταποκρίσεων από ιδρύματα φροντίδας και των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.
- Υποστήριξη του ασθενούς στο σπίτι / στην κοινότητα μέσω της χρήσης της τεχνολογίας, που απευθύνεται σε ανθρώπους που ζουν σε απομονωμένες περιοχές μακριά από τα νοσοκομεία.
- Υποστήριξη προγραμμάτων που απευθύνονται στην πρόιμη παιδική παρέμβαση με σύνολο των ολοκληρωμένων μέτρων στήριξης, τα οποία

επικεντρώνονται στα παιδιά και στην οικογένεια, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της υγείας, της κοινωνικής μέριμνας και της εκπαίδευσης.

**- ενεργός και υγιής γήρανση**

- Υπηρεσίες προγραμμάτων διαφοροποίησης και προαγωγής της ποιότητας ζωής, την ευημερία των ηλικιωμένων και την ενεργό και υγιή γήρανση

**- E-health**

- Ψηφιακές υπηρεσίες υποβοηθούμενης φροντίδας.
- Αύξηση της αποτελεσματικότητας και εξορθολογισμού του κόστους που αφορούν υποδομές, τεχνολογικά συστήματα επικοινωνίας και πληροφοριών για την υποστήριξη της παροχής ηλεκτρονικών δημόσιων υπηρεσιών.

**- εκπαίδευση και κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού**

- Κατάρτιση και ανάπτυξη των επαγγελματικών δεξιοτήτων των ατόμων που εργάζονται στον τομέα της υγείας (η κατάρτιση σχετίζεται με τον εκσυγχρονισμό των υποδομών υγείας, τη φροντίδα των ατόμων με εθιστικές συμπεριφορές ή ψυχικά ασθενών)

**- τύπους επενδύσεων, στο πλαίσιο των περιφερειακών επιχειρησιακών προγραμμάτων**

- Οι επενδύσεις σε υποδομές υγείας.
- Εφαρμογές ΤΠΕ ενίσχυση (e-health).
- Πρόσβαση σε βιώσιμες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

### **3.8. Ισπανία**



Το Ισπανικό κράτος είναι ένα υψηλού βαθμού αποκεντρωμένο κράτος και αποτελείται από την κεντρική διακυβέρνηση και από δεκαεπτά περιφέρειες (αυτόνομες κοινότητες) με τις αντίστοιχες κυβερνήσεις και βουλές τους. Η περιφερειακή οργάνωση του κράτους αντανακλάται και στο σύστημα υγείας της χώρας εφόσον προσδίδει στις περιφέρειες πολύ υψηλό ποσοστό αυτονομίας στην χάραξη πολιτικής υγείας. Το ισπανικό εθνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την καθολικότητα της κάλυψης υγείας των πολιτών του, την χρηματοδότησή του από την φορολογία και την κυρίαρχη λειτουργία του δημόσιου τομέα, συνεπώς αποτελεί σύστημα τύπου Beveridge (εθνικό σύστημα υγείας). Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιείται χωρίς συμμετοχή των πολιτών με κάποιες μόνο

εξαιρέσεις. Όλες σχεδόν οι αρμοδιότητες στον τομέα υγείας εκχωρήθηκαν από το 2002 στις περιφέρειες με αποτέλεσμα να υφίστανται 17 περιφερειακά υπουργεία με πρωταρχική δικαιοδοσία στην οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειάς τους και με σημαντικό βαθμό αυτονομίας στην χρηματοδότησή τους (δαπάνες και έσοδα). Το υπουργείο υγείας σε εθνικό επίπεδο έχει αρμοδιότητες σε συγκεκριμένους μόνο στρατηγικούς τομείς.

Τα περιφερειακά συστήματα υγείας αποτελούνται από τα περιφερειακά υπουργεία υγείας, υπεύθυνα για τον στρατηγικό σχεδιασμό και τη νομοθετική ρύθμιση του τομέα υγείας της περιφέρειας και των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας, για το λειτουργικό σχεδιασμό, τη διαχείριση του δικτύου των υπηρεσιών και τον συντονισμό της παροχής των υπηρεσιών. Η εδαφική οργάνωση συνίσταται στην διαίρεση της περιφέρειας σε περιοχές υγειονομικής φροντίδας (health care areas) και σε βασικές υγειονομικές ζώνες (basic health zones) που αποτελούν τα μικρότερα τμήματα της οργανωτικής συγκρότησης. Διοικητικά η περιφέρεια συγκροτείται συνήθως σε δύο χωριστούς οργανισμούς, πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας. Συντονιστικό ρόλο μεταξύ κεντρικής κυβέρνησης και περιφερειών στον τομέα υγείας παίζει το Δι-εδαφικό Συμβούλιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España-CISNS), που συγκροτείται από μέλη της κεντρικής κυβέρνησης και των περιφερειών, ενώ διασυνδέεται στενά και με την κοινωνία των πολιτών ως αποδέκτης των αιτημάτων τους.

Οι δαπάνες του τομέα υγείας έφτασαν το 2007 σε ποσοστό 8,5% του ΑΕγχΠ και τείνουν να αυξάνονται, ενώ η χρηματοδότηση της υγείας γίνεται κατά κύριο λόγο από το κράτος μέσω κυρίως της γενικής φορολογίας (71% των δαπανών), από άμεσες πληρωμές (22,4%) και από την ιδιωτική ασφάλιση (5,5%) (García-Armesto et al, 2010).

Οι περισσότεροι πάροχοι υγείας του SNS (Sistema Nacional de Salud-SNS, Εθνικό Σύστημα Υγείας-ΕΣΥ) εργάζονται στο δημόσιο τομέα και το κυρίαρχο μοντέλο διακυβέρνησης έχει αρκετά στοιχεία άμεσου μανάτζμεντ (direct management). Κύριο εργαλείο του μοντέλου αυτού είναι το contract-programme που λειτουργεί σαν μανάτζμεντ με στόχους ενσωματώνοντας κίνητρα για την επίτευξη συγκεκριμένων στρατηγικών. Υπάρχουν και άλλοι τρόποι διακυβέρνησης στα πλαίσια του direct management που επιτρέπουν στους παρόχους να πάρουν νομικές μορφές διαφοροποιημένες από τις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας καθώς και

συμβάσεις των περιφερειακών υπηρεσιών με εξωτερικούς παρόχους, ενώ κάποιες περιφέρειες πειραματίστηκαν με τύπους χρηματοδότησης ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι αποκλειστικά δημόσιο και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας μισθωτοί με εξαιρέσεις τις περιφέρειες της Βαλένθιας, Μαδρίτης και Καταλονίας. Από το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας ποσοστό 40% ανήκει στο SNS ενώ το υπόλοιπο σε ιδιώτες παρόχους που όμως πολλοί από αυτούς περιλαμβάνονται στο δίκτυο των δημοσίων παρόχων ή σε ένα υποκατάστατο εκχώρησης με το οποίο η δραστηριότητά τους χρηματοδοτείται από το δημόσιο. Η παροχή ποσοστού 15-20% νοσοκομειακής φροντίδας ανατίθεται παραδοσιακά με συμβάσεις σε ιδιωτικά νοσοκομεία (κερδοσκοπικά και μη) ενώ μικρότερο αλλά αυξανόμενο με τα χρόνια ρόλο παίζει η ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση με συμπληρωματικό χαρακτήρα για λόγους όπως μείωση ωρών αναμονής.

Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις στο SNS στην πρόσφατη ιστορία του έλαβαν χώρα την δεκαετία του 1990 ως αποτέλεσμα της διόγκωσης των δαπανών και αφορούσαν πολιτικές συγκράτησης του κόστους και καινοτομίες που αφορούν στο μάνατζμεντ του συστήματος. Οι νεότερες μεταρρυθμίσεις αφορούν στον συντονισμό και συνοχή των περιφερειών (García-Armesto, et al. 2010).

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ φορέων χρηματοδότησης και παρόχων υγείας, παραδοσιακά, στον τομέα υγείας της Ισπανίας οι σχέσεις αγοραστών-παρόχων είναι ενοποιημένες (έλλειψη διαχωρισμού προσφοράς-ζήτησης) και ενσωματωμένες σε ένα αποκεντρωμένο ιεραρχικά δομημένο σύστημα. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια εισάχθηκαν καινοτόμα συμβατικά σχήματα και εργαλεία management. Ειδικότερα, το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1990 το σύστημα υγείας συνολικά αλλά κυρίως οι Αυτόνομες Κοινότητες (ACs) της Ανδαλουσίας, της Επαρχίας των Βάσκων και της Καταλονίας εισήγαγαν πιλοτικά δοκιμαστικά προοπτικά συστήματα πληρωμών πιο εξελιγμένα και πολύπλοκα, εμπνευσμένα από τα DRGs ή τις κατηγορίες management ασθενών (“shadow programme budgeting”). Σε αυτά τα πλαίσια κάποιοι κρατικοί φορείς όπως κυρίως νοσοκομεία ή υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών μετατράπηκαν σε δημόσιες επιχειρήσεις ή ιδρύματα με περισσότερες δυνατότητες αυτοδιαχείρισης χωρίς όμως να υφίστανται τον χρηματοοικονομικό κίνδυνο δηλαδή την διαχείριση των ελλειμάτων, πλεονασμάτων ή δανείων.

Στις περισσότερες περιπτώσεις κύριος πάροχος υπηρεσιών υγείας είναι οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας με τις οποίες το Περιφερειακό Υπουργείο υγείας διαπραγματεύεται σφαιρικούς ετήσιους προϋπολογισμούς. Οι Περιφερειακές

Υπηρεσίες Υγείας με την σειρά τους διαπραγματεύονται σφαιρικούς ετήσιους προϋπολογισμούς με τους ενσωματωμένους στην πρωτοβάθμια φροντίδα παρόχους, την εξειδικευμένη και την νοσοκομειακή περίθαλψη και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και πρόληψης. Ένα κομμάτι των υπηρεσιών του τομέα υγείας αποτελεί αντικείμενο συμβάσεων με ιδιώτες παρόχους, συνήθως με σκοπό την μείωση των λιστών αναμονής, για χειρουργικές επεμβάσεις, ή για διαγνωστικές εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας. Αυτές οι συμβάσεις αποτελούν συνήθως προοπτικές συμβάσεις volume.

Υπάρχουν αρκετές εξαιρέσεις σύμφωνα με τις οποίες υπάρχει διαχωρισμός προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας ώστε να συμπεριλάβει ένα third-party δίκτυο παρόχων: Σε αυτές τις περιπτώσεις, συνήθως οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας ενεργούν ως αγοραστής που συμβάλλεται με ένα εξωτερικό (εκτός συστήματος) δίκτυο παρόχων με συχνά μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα ενσωματωμένο σε ένα δίκτυο δημοσίων παρόχων.

Την περίοδο 2007-2013, η Ισπανία στο τομέα της υγείας επένδυσε σε:

#### **- E-health**

- Στην κοινωνία της πληροφορίας μέσω e-business, e-διοίκησης, e-health, e-learning

#### **- Υποδομές Υγείας**

- Πρόσβαση στα συστήματα εκπαίδευσης και υγείας και επέκταση των υποδομών κοινωνικής πρόνοιας και των υπηρεσιών σε όλα τα μέλη της κοινωνίας
- Βελτίωση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού για την υγεία
- Στήριξη στα παιδιά που είναι μικρότερα από τριών ετών

#### **- Προαγωγή της Υγείας**

- Αυξημένες επενδύσεις στην προαγωγή της υγείας στο εργασιακό περιβάλλον
- Προώθηση της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας μέσω προγραμμάτων, εκπαίδευση, κίνητρα για την εκτέλεση των εργασιών πρόληψης των κινδύνων, καθώς και σχέδια βελτίωσης της υγείας
- Εφαρμογή τεχνικής βοήθειας ως συμπλήρωμα για την καινοτομία που εφαρμόζεται στην κοινωνική ακεραιότητα, στην αυτονομία, στην υγεία και στην ποιότητα ζωής

Την περίοδο 2014-2020, η Ισπανία επενδύει μέσω των Διαρθρωτικών Ταμείων σε:

#### **- Ιατρική Έρευνα & Ανάπτυξη (R&D)**

- Υποστήριξη της Έρευνας και Ανάπτυξης και ενέργειες που σχετίζονται με ιατρικές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένων της προώθησης της διασυνοριακής συνεργατικής έρευνας.
- Ερευνητικά έργα και καινοτομία στον τομέα της υγείας αποδεδειγμένης ποιότητας, που αποσκοπεί στη μεταφορά και στην εφαρμογή των επιστημονικών και τεχνικών γνώσεων για τη βελτίωση της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας των ασθενειών.
- Σχεδιασμός έρευνας και μη εμπορικές κλινικές καινοτομίες με στόχο την ανάπτυξη των φαρμακευτικών προϊόντων.
- Ολοκληρωμένη αριστεία στην Βιοϊατρική Έρευνα Δίκτυο και στα Ερευνητικά Ινστιτούτα Υγείας.

#### **- E-health**

- Προώθηση των ΤΠΕ στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, καθώς και έργα τηλεϊατρικής και τηλεπερίθαλψης.
- Ενθάρρυνση της καινοτομίας στην εφαρμογή των ΤΠΕ για την πρόληψη των χρόνιων παθήσεων και τις εξαρτήσεις.
- Ενοποίηση των συστημάτων υγείας και των συστημάτων κοινωνικών πληροφοριών, ώστε να παρέχουν οι διάφορες υπηρεσίες και εργαλεία για την φροντίδα υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες.

#### **- Στήριξη των μικρομεσαίων επιχειρήσεων στον τομέα της υγείας**

- Δημιουργία 12 κέντρων εκ των οποίων το καθένα εξειδικεύεται σε διαφορετικούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της βιοτεχνολογίας, της βιομηχανίας τροφίμων και των επιστημών της υγείας.

#### **- Βελτίωση της απασχολησιμότητας των ευπαθών ομάδων**

- Δραστηριότητες για αύξηση της απασχολησιμότητας των ατόμων με προβλήματα υγείας, π.χ. άτομα με ειδικές ανάγκες (με επίκεντρο τους νέους).

#### **- Επενδύσεις στο πλαίσιο των περιφερειακών επιχειρησιακών προγραμμάτων**

- Οι επενδύσεις σε υποδομές υγείας.
- Εφαρμογές ΤΠΕ, ενίσχυση (e-health).

### **3.9. Ανακεφαλαίωση**

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, βάσει της ιδρυτικής της συνθήκης, υποχρεούται να εξασφαλίζει την προστασία της υγείας στο πλαίσιο όλων των πολιτικών της και να



συνεργάζεται με τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη από τις ασθένειες και την αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα Ε.Δ.Ε.Τ. είναι ταμεία που συνεργάζονται για να στηρίξουν την οικονομική, κοινωνική και εδαφική συνοχή και για να διαμορφώνουν τους στόχους της στρατηγικής της Ε.Ε. «Ευρώπη 2020» για τη δημιουργία έξυπνης, βιώσιμης και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης, μέσω της υποστήριξης των φτωχότερων περιφερειών της Ευρώπης και της ενοποίησης των ευρωπαϊκών υποδομών. Οι πρόσφατες χρηματοδοτήσεις για την υγεία αφορούν στις προγραμματικές περιόδους 2007-2013 και 2014-2020. Τόσο το σύστημα υγείας κάθε χώρας, όσο και η κατάσταση στην οποία αυτό βρίσκεται καθορίζουν τους τομείς και τις δράσεις υγείας όπου θα επενδύσουν αξιοποιώντας τις χρηματοδοτήσεις των ΕΔΕΤ και με γνώμονα τους στόχους της Ε.Ε.

Η κυριότερη πρόκληση είναι η ίδια για ολόκληρη την Ε.Ε., η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της, ωστόσο, το σύστημα υγείας κάθε κράτους-μέλους αντιμετωπίζει τη δική του μοναδική πρόκληση. Συνεπώς, τα είδη των επενδύσεων, διαφέρουν μεταξύ των επιμέρους χωρών. Παρά τις σχετικές διαφοροποιήσεις, είναι δυνατόν να εντοπιστούν σημαντικοί τομείς των επενδύσεων για την υγεία κοινοί σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.

Τον εκσυγχρονισμό των υποδομών υγείας αντιπροσωπεύουν οι περισσότερες από τις επενδύσεις κατά την περίοδο 2007-2013. Άλλοι τομείς επενδύσεων περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, την εκπαίδευση του προσωπικού, την ηλεκτρονική υγεία, την ιατρική έρευνα και ανάπτυξη, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της δημόσιας διοίκησης και των υπηρεσιών υγείας, την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, καθώς και τον τουρισμό υγείας.

Την περίοδο 2014-2020, οι τομείς υγείας στους οποίους γίνονται επενδύσεις είναι: (i) η αποασυλοποίηση και η ανάπτυξη της φροντίδας που βασίζεται στην κοινότητα, (ii) η προώθηση της ενεργού και υγιούς γήρανσης, (iii) η βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, (iv) η πρόληψη και προαγωγή υγείας, (v) η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού υγείας και (vi) η ηλεκτρονική υγεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

#### **4.1. Εισαγωγή**

Οι συνδεδεμένες με την υγεία επενδύσεις στο πλαίσιο των διαρθρωτικών ταμείων μπορούν να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο, βοηθώντας τα κράτη μέλη να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα υγείας τους σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο και να επιτύχουν τους ειδικούς στόχους του παρόντος προγράμματος (2014-2020), χάρη στην αξιοποίηση της βέλτιστης πρακτικής και της εμπειρίας που θα προκύψει από τα πιλοτικά σχέδια που θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη». Έτσι, η συνεργασία και οι συνέργειες μεταξύ του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» και των διαρθρωτικών ταμείων θα ενισχυθούν.

Το ζήτημα αυτό δεν αποτελεί απλώς σοβαρή πρόκληση για την υγεία αλλά και σημαντική οικονομική ευκαιρία. Οι σωστές επενδύσεις δεν συμβάλλουν μόνο στη βελτίωση της υγείας, αλλά και στην αύξηση της διάρκειας ζωής και της παραγωγικής ζωής και στη μείωση των ελλείψεων εργατικού δυναμικού. Αν οι Ευρωπαίοι έχουν καλύτερη υγεία, θα μπορούν να συνεχίσουν να συμβάλουν στην οικονομία ως εργαζόμενοι, εθελοντές και καταναλωτές, όσο προχωρούν σε ηλικία. Η πείρα των ηλικιωμένων θα είναι επίσης ακόμη περισσότερο απαραίτητη σε έναν πληθυσμό με χαμηλά ποσοστά γεννήσεων και έλλειψη ειδικευμένου εργατικού δυναμικού.

Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) του 2009 για την υγεία στην Ευρώπη επισημαίνει ότι υπάρχουν δυνατότητες για αύξηση των επενδύσεων στη δημόσια υγεία και στα συστήματα υγείας. Για τον σκοπό αυτό, τα κράτη μέλη ενθαρρύνονται να ορίσουν τη βελτίωση της υγείας ως προτεραιότητα στα εθνικά προγράμματά τους και να ωφεληθούν από την καλύτερη γνώση των δυνατοτήτων χορήγησης χρηματοδοτήσεων από την ΕΕ για την υγεία. Συνεπώς, το πρόγραμμα θα πρέπει να διευκολύνει την ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων του στις εθνικές πολιτικές υγείας.

Στο πλαίσιο μιας γηράσκουσας κοινωνίας, οι καλά στοχευμένες επενδύσεις για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των νόσων μπορούν να αυξήσουν τον

αριθμό των «ετών υγιούς βίου» και, με τον τρόπο αυτόν, να δώσουν στους ηλικιωμένους τη δυνατότητα να συνεχίσουν να εργάζονται.

Από την άλλη, οι χρόνιες νόσοι ευθύνονται για ένα ποσοστό άνω του 80% των πρόωρων θανάτων στην ΕΕ. Όμως, με τον εντοπισμό, τη διάδοση και την προώθηση της υιοθέτησης επικυρωμένων βέλτιστων πρακτικών μέσω προγραμμάτων που βασίζονται σε αποδοτικά και αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης, εστιασμένα στους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου και συγκεκριμένα στο κάπνισμα, στην κατάχρηση οινοπνεύματος και στην παχυσαρκία, αλλά και στον ιό HIV/AIDS, τα πρόγραμμα θα συμβάλλουν στην αποτροπή των νόσων και στην προαγωγή της καλής υγείας, έχοντας συγχρόνως υπόψη τους, πάντα, τους υποκείμενους παράγοντες κοινωνικού και περιβαλλοντικού χαρακτήρα.

#### **4.2. Συμπεράσματα από τη συγκριτική ανάλυση των 4 χωρών**

Ισοσταθμίζοντας κριτικά τα παραπάνω θα λέγαμε ότι οι τέσσερις χώρες που εξετάστηκαν όσον αφορά στις επενδύσεις που πραγματοποιούν στον τομέα της υγείας διαφέρουν αρκετά σημαντικά. Ένας βασικός προσδιοριστικός παράγοντας αυτής της διαφοροποίησης είναι το σύστημα υγείας της κάθε χώρας που επηρεάζει τις πηγές χρηματοδότησης και το ύψος αυτών, καθώς επίσης και την χάραξη πολιτικών υγείας. Για παράδειγμα στο σύστημα υγείας της Γερμανίας που είναι συνδεδεμένο με την ασφάλιση, είναι δύσκολη η πρόσβαση στα άτομα που δεν είναι ασφαλισμένα. Επίσης εάν το σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο, αυτό σημαίνει ότι στην ίδια χώρα παρουσιάζονται πολλές διαφορετικές πολιτικές υγείας ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε περιφέρειας. Επίσης, το επίπεδο ανάπτυξης των περιφερειών κάθε χώρας παίζει ρόλο στα ήδη των επενδύσεων. Έτσι παρατηρούμε ότι η Δανία (Διάγραμμα 4-1) δεν έλαβε χρηματοδότηση από τα ΔΤ για την υγεία καμία από τις δύο προγραμματικές περιόδους (2007-2013 και 2014-2020), καθώς οι περιφέρειές της παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο ανάπτυξης. Ενώ στις επενδύσεις της εστιάζει σε κοινωνικές και εκπαιδευτικές δράσεις.

Η Γερμανία παρότι θεωρείται ως ένα από τα ανεπτυγμένα κράτη-μέλη της ευρωζώνης έχει περιφέρειες με χαμηλή ανάπτυξη. Εκεί επενδύει σε υποδομές. Σημαντικό είναι επίσης πόση σημασία δίνει στην υγεία του εργατικού δυναμικού της, γεγονός που επισημαίνει το ρόλο του ανθρώπινου δυναμικού ως πόρου στην παραγωγική διαδικασία. Επίσης, επενδύει στην εκπαίδευση και στην κατάρτιση του

υγειονομικού προσωπικού. Παράλληλα, όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 4-1, η Γερμανία δεν στηρίζει τις επενδύσεις της στην Υγεία στα Διαρθρωτικά Ταμεία.

Η Πορτογαλία αποτελεί μία από τις χώρες που λαμβάνουν υψηλά ποσά επιδοτήσεων από τα Διαρθρωτικά Ταμεία. Καθώς υπολειπόταν σε θέματα υγείας οι επενδύσεις εστίασαν σε υποδομές αλλά και μεταρρυθμίσεις με έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Για το λόγο αυτό εστιάζει στην φροντίδα υγείας με βάση την κοινότητα, στην πρόληψη και αγωγή υγείας, στην ενεργό γήρανση του πληθυσμού και στην ηλεκτρονική υγεία.

Τέλος η Ισπανία, για την περίοδο 2014-2020 επενδύει σε έρευνα, ανάπτυξη, στην ηλεκτρονική υγεία, στηρίζει τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις βιοτεχνολογίας και δείχνει στοχευμένο ενδιαφέρον στην υγεία των ευπαθών ομάδων, ενώ όπως όλα τα κράτη μέλη προωθούν τις επενδύσεις στην ηλεκτρονική υγεία.

Παρά τις διαφοροποιήσεις τους, οι μεμονωμένες πολιτικές και στρατηγικές υγείας κάθε χώρας της Ευρωζώνης, προκειμένου να χρηματοδοτηθούν στην από την Ευρωπαϊκή Ένωση για επενδύσεις στην Υγεία, θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι οι πολιτικές αυτές προάγουν την ισότιμη, καθολική και ποιοτική κάλυψη του πληθυσμού, ενώ συγκλίνουν στη μείωση των ανισοτήτων.

**Διάγραμμα 4-1: Επενδύσεις με χρηματοδότηση από τα ΔΤ (σύγκριση)**



Πηγή: ESIF, 2016.

### 4.3. Προτάσεις

Η ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε επίπεδο ΕΕ, με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις πόρων, τόσο ανθρώπινων όσο και οικονομικών και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση της καινοτομίας από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ούτως ώστε να υποστηριχθεί η ανάπτυξη καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας αποτελούν άξονα προτεραιότητας των επενδύσεων όλων των κρατών μελών της ευρωζώνης. Για το λόγο αυτό και με βάση τα όσα ειπώθηκαν παραπάνω, για τις επενδύσεις στην υγεία, ανεξάρτητα από το εκάστοτε εθνικό σύστημα, στο οποίο θα λάβουν χώρα, υπάρχει η τάση και προτείνεται να κινούνται στους κάτωθι άξονες και με τις ακόλουθες προοπτικές:

- **Αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας:** υποστήριξη της ευρωπαϊκής συνεργασίας στον τομέα της αξιολόγησης των τεχνολογιών της υγείας στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού εθελοντικού δικτύου για την αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας που συστάθηκε από την οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Διευκόλυνση της αξιοποίησης των αποτελεσμάτων που απορρέουν από ερευνητικά σχέδια που υποστηρίζονται βάσει του 7ου προγράμματος-πλαίσιου και, πιο μακροπρόθεσμα, από τις δραστηριότητες που θα αναληφθούν στο πλαίσιο των επόμενων προγραμμάτων έρευνας και καινοτομίας 2014- 2020 («Ορίζοντας 2020»).
- **Καινοτομία στην υγεία και ηλεκτρονική υγεία:** αύξηση της διαλειτουργικότητας των μητρώων ασθενών και άλλων λύσεων ηλεκτρονικής υγείας, στήριξη της ευρωπαϊκής συνεργασίας για την ηλεκτρονική υγεία, ιδίως σε θέματα μητρώων, και υιοθέτηση της καινοτομίας από τους επαγγελματίες του κλάδου της υγείας. Αυτό θα εξυπηρετήσει τη λειτουργία του ευρωπαϊκού εθελοντικού δικτύου για την ηλεκτρονική υγεία που συστάθηκε από την οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.
- **Εργατικό δυναμικό του τομέα της υγείας:** ανάπτυξη αποτελεσματικού μηχανισμού πρόβλεψης και προγραμματισμού για το εργατικό δυναμικό του τομέα της υγείας από πλευράς αριθμών, πεδίου άσκησης του επαγγέλματος και δεξιοτήτων, παρακολούθηση της κινητικότητας (στο εσωτερικό της ΕΕ) και της μετανάστευσης επαγγελματιών του τομέα της υγείας, ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόσληψης και παραμονής στην υπηρεσία και ανάπτυξη ικανοτήτων.
- **Διαδικασία λήψης αποφάσεων για τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας:** δημιουργία μηχανισμού συγκέντρωσης εμπειρογνομosύνης σε επίπεδο ΕΕ, για την

παροχή ασφαλών και τεκμηριωμένων συμβουλών για αποτελεσματικές και αποδοτικές επενδύσεις στη δημόσια υγεία και στα συστήματα υγείας. Διευκόλυνση της αξιοποίησης των αποτελεσμάτων που απορρέουν από ερευνητικά σχέδια που υποστηρίζονται βάσει του 7<sup>ου</sup> προγράμματος-πλαίσιου και, πιο μακροπρόθεσμα, από τις δραστηριότητες που θα αναληφθούν στο πλαίσιο του επόμενου προγράμματος έρευνας και καινοτομίας 2014-2020 («Ορίζοντας 2020»).

- **Στήριξη της ευρωπαϊκής σύμπραξης καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση όσον αφορά τα τρία θέματά της:** καινοτομία στην ενημέρωση, την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση καινοτομία στη θεραπεία και την περίθαλψη και καινοτομία στην ενεργό γήρανση και την ανεξάρτητη διαβίωση.

- **Δράσεις που απαιτούνται ή συμβάλλουν στην εφαρμογή της νομοθεσίας της ΕΕ για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.** Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης της συγκεκριμένης νομοθεσίας.

- **Προώθηση ενός συστήματος γνώσεων για τον τομέα της υγείας,** ώστε να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και της ανάλυσης στοιχείων για την υγεία και τη ευρεία διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος, συμπεριλαμβανομένης της παροχής υποστήριξης στις επιστημονικές επιτροπές που έχουν συσταθεί σύμφωνα με την απόφαση 2008/721/EK της Επιτροπής.

- **Βελτίωση της πρόσβασης στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη** και ενημέρωση για ειδικά θέματα και πέρα από τα εθνικά σύνορα και ανάπτυξη κοινών λύσεων και κατευθυντήριων γραμμών για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών, ούτως ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των πολιτών της ΕΕ σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.

- **Πρόσβαση:** υποστήριξη της δημιουργίας ενός συστήματος ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς που θα επιτρέψει, μεταξύ άλλων, τη διακίνηση ιατρικής εμπειρογνωμοσύνης για ασθενείς με παθήσεις που απαιτούν εξαιρετικά εξειδικευμένη περίθαλψη και ιδιαίτερη συγκέντρωση πόρων και εμπειρογνωμοσύνης, όπως στην περίπτωση των σπάνιων νόσων, βάσει των κριτηρίων που θα καθοριστούν στο πλαίσιο της οδηγίας σχετικά με την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη (οδηγία 2001/24/ΕΕ).

- **Σπάνιες νόσοι:** υποστήριξη των κρατών μελών, των οργανώσεων των ασθενών και των σχετικών παραγόντων, με στόχο την αποτελεσματική στήριξη των ασθενών που υποφέρουν από σπάνιες νόσους. Περιλαμβάνεται η δημιουργία δικτύων αναφοράς (σύμφωνα με το σημείο 2.1), κέντρων πληροφόρησης και μητρώων για τις σπάνιες νόσους βάσει κοινών κριτηρίων διαπίστευσης.

- **Ποιότητα και ασφάλεια:** ενίσχυση της συνεργασίας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης, μεταξύ άλλων με την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών και την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών για τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και εργαλείων για την προώθηση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας, αύξηση της παροχής πληροφοριών στους ασθενείς για θέματα ασφάλειας και ποιότητας, βελτίωση της ανατροφοδότησης και της διάδρασης μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ασθενών, υποστήριξη των δράσεων ανταλλαγής γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών για την περίθαλψη των πασχόντων από χρόνιες νόσους, ανταπόκριση των συστημάτων υγείας και έρευνα, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών.

- **Ασφάλεια:** περισσότερο συνετή χρήση αντιβιοτικών και άλλων φαρμάκων και μείωση των πρακτικών που αυξάνουν τη μικροβιακή αντοχή, μείωση των ανθεκτικών λοιμώξεων και των νοσοκομειακών λοιμώξεων και διασφάλιση της διαθεσιμότητας αποτελεσματικών αντιβιοτικών.

- **Δράσεις που απαιτούνται ή συμβάλλουν στην εφαρμογή της νομοθεσίας της ΕΕ για τους ιστούς και τα κύτταρα, το αίμα, τα όργανα, τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων και τα δικαιώματα των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης.** Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης αυτής της νομοθεσίας.

- **Προώθηση ενός συστήματος γνώσεων** για τον τομέα της υγείας, ώστε να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και της ανάλυσης στοιχείων για την υγεία και τη ευρεία διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος.

- **Εντοπισμός, διάδοση και προώθηση της υιοθέτησης βέλτιστων πρακτικών** για οικονομικά αποδοτικά μέτρα πρόληψης, μέσω της αντιμετώπισης των κρίσιμων παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα του καπνίσματος, της κατάχρησης

οινοπνεύματος και της παχυσαρκίας, όπως και του VIH/AIDS, με εστίαση στη διασυνοριακή διάσταση, με στόχο την πρόληψη των νόσων και την προαγωγή της καλής υγείας.

- **Οικονομικώς αποδοτικά μέτρα προώθησης και πρόληψης:** περιλαμβάνεται η ανάληψη ενεργειών για τη δημιουργία πανευρωπαϊκών δικτύων και συμπράξεων, στα οποία θα συμμετέχει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων σε δράσεις επικοινωνιακής προβολής, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για θέματα βασικής σημασίας για την υγεία, όπως η πρόληψη του καπνίσματος, η κατάχρηση οινοπνεύματος και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με έμφαση στη διασυνοριακή διάσταση και στα κράτη μέλη στα οποία δεν υπάρχει καμία ή ελάχιστη δραστηριοποίηση για τα θέματα αυτά.

- **Χρόνιες νόσοι:** στήριξη της ευρωπαϊκής συνεργασίας και δικτύωσης για την πρόληψη και τη βελτίωση της αντίδρασης στις χρόνιες νόσους, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, μέσω της ανταλλαγής γνώσεων και ορθών πρακτικών και της ανάπτυξης κοινών δραστηριοτήτων στον τομέα της πρόληψης. Ειδικά για τον καρκίνο: συνέχιση και παρακολούθηση των εργασιών που έχουν ήδη ξεκινήσει και δημιουργία ενός ευρωπαϊκού συστήματος ενημέρωσης για τον καρκίνο με συγκρίσιμα δεδομένα για την υποστήριξη του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων μηχανισμών εθελοντικής διαπίστευσης, στήριξη της ανάπτυξης ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών για την πρόληψη, όπου υπάρχουν σοβαρές ανισότητες.

- **Δράσεις που απαιτούνται ή συμβάλλουν στην εφαρμογή της νομοθεσίας της ΕΕ για τα προϊόντα καπνού και τη διαφήμισή τους.** Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης αυτής της νομοθεσίας.

- **Προώθηση ενός συστήματος γνώσεων** για τον τομέα της υγείας, ώστε να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και της ανάλυσης στοιχείων για την υγεία και της ευρείας διάδοσης των αποτελεσμάτων του προγράμματος.

- **Ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων** και απόδειξη της αξίας τους για τη βελτίωση της ετοιμότητας και του συντονισμού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας, με στόχο την προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας.

- **Ετοιμότητα και αντιμετώπιση σοβαρών διασυνοριακών απειλών κατά της υγείας,** με συνεκτίμηση και σε συντονισμό με τις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται



σε παγκόσμιο επίπεδο: δημιουργία κοινών στοιχείων για γενικό και ειδικό σχεδιασμό ετοιμότητας, συμπεριλαμβανομένης της ετοιμότητας για την πανδημία γρίπης, και τακτική υποβολή εκθέσεων σχετικά με την εφαρμογή των σχεδίων ετοιμότητας.

- **Ικανότητα εκτίμησης επικινδυνότητας:** κάλυψη των κενών όσον αφορά στην ικανότητα εκτίμησης της επικινδυνότητας με την αύξηση των ικανοτήτων επιστημονικής εμπειρογνωμοσύνης και «χαρτογράφηση» των υφιστάμενων εκτιμήσεων με στόχο τη βελτίωση της συνοχής σε επίπεδο ΕΕ.

- **Στήριξη της δημιουργίας ικανοτήτων κατά των απειλών για την υγεία στα κράτη μέλη:** ανάπτυξη σχεδίων προγραμματισμού σε θέματα ετοιμότητας και αντιμετώπισης, συντονισμός της λήψης μέτρων για τη δημόσια υγεία, κοινές προσεγγίσεις στον τομέα του εμβολιασμού, ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για προστατευτικά μέτρα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για θέματα ενημέρωσης, κατάρτιση οδηγών ορθής πρακτικής ανάπτυξη νέου μηχανισμού για την από κοινού λήψη ιατρικών αντιμέτρων, ανάπτυξη κοινών στρατηγικών επικοινωνίας.

- **Δράσεις που απαιτούνται ή συμβάλλουν στην εφαρμογή της νομοθεσίας της ΕΕ για τις μεταδοτικές νόσους και τις άλλες απειλές κατά της υγείας,** περιλαμβανομένων όσων προκαλούνται από βιολογικά και χημικά συμβάντα, καθώς και από την περιβαλλοντική και κλιματική αλλαγή. Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης αυτής της νομοθεσίας.

- **Προώθηση ενός συστήματος γνώσεων για τον τομέα της υγείας, ώστε να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων,** συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και της ανάλυσης στοιχείων για την υγεία και την ευρεία διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος

#### **4.4. Ανακεφαλαίωση**

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης επικεντρώθηκε στη μελέτη της υγείας ως αγαθό και των ιδιοτήτων του. Η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση, η αβεβαιότητα, ο ηθικός κίνδυνος, η σχέση αντιπροσώπευσης και η έλλειψη κυριαρχίας του καταναλωτή συνιστούν ουσιαστικές ιδιαιτερότητες διαφοροποίησης της αγοράς υπηρεσιών υγείας από μια αγορά που λειτουργεί σε συνθήκες ανταγωνισμού. Παρόλα αυτά, η υγεία ως αγαθό αναλύεται σε όρους

προσφοράς και ζήτησης. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα δεν ζητούν προϊόντα και υπηρεσίες φροντίδας υγείας αυτοδικαίως, αλλά στο πλαίσιο της επιδίωξής τους να διατηρήσουν ή/και να βελτιώσουν την υγεία τους. Με άλλα λόγια, η χρησιμοποίηση της φροντίδας υγείας έχει νόημα μόνο όταν αυτή αποτελεί την έκφραση της επιθυμίας των ατόμων να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν την υγεία τους, είναι δηλαδή παράγωγη ζήτηση. Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης για τη φροντίδα υγείας είναι η κατάσταση της υγείας του ατόμου, η σχετική τιμή της φροντίδας υγείας, οι εισοδηματικοί περιορισμοί, η συμπεριφορά ως προς την έκφραση των αναγκών υγείας του, η ιεράρχηση των προτιμήσεων του ατόμου και οι γενικοί και ειδικοί κοινωνικοί, επιδημιολογικοί, δημογραφικοί παράγοντες.

Η μεταβολή της σύνθεσης του πληθυσμού επηρεάζει σημαντικά τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, αναμένεται, αύξηση των ζητούμενων υπηρεσιών υγείας, λόγω της μεγαλύτερης νοσηρότητας των ομάδων του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 ετών, όπως και διαφοροποίηση του είδους των ζητούμενων υπηρεσιών, όπου παρατηρείται στροφή σε υπηρεσίες που σχετίζονται με νοσήματα φθοράς. Επίσης, η μείωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας που έχει ως αποτέλεσμα την επιβίωση νεογνών με ολοένα και μικρότερο βάρος αυξάνει την ζήτηση για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτής της ευπαθούς ομάδας του πληθυσμού. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, πέρα από τη σοβαρότητα της ασθένειας και τη διαισθανόμενη και εκφραζόμενη νοσηρότητα, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της ζήτησης, αφού θεωρείται πλέον δεδομένο πως άτομα υψηλού πολιτισμικού επιπέδου εκφράζουν κυρίως ζήτηση για προληπτικές υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με άτομα χαμηλότερου πολιτισμικού επιπέδου που στρέφονται στη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Από την άλλη πλευρά η προσφορά υπηρεσιών υγείας ορίζει την παροχή υπηρεσιών από τους προμηθευτές υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, νοσοκομεία κλπ), ενώ η παραγωγή και η διανομή των φροντίδων υγείας συνδέονται στενά με τον τύπο του συστήματος υγείας που εφαρμόζεται σε κάθε χώρα. Η διάκριση ζήτησης και προσφοράς υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολη, όμως η προσφορά κατέχει την κυρίαρχη θέση. Δηλαδή, αυτοί που διαθέτουν και παρέχουν την φροντίδα υγείας ασκούν πολύ μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση των σχετικών με τον υγειονομικό τομέα ζητημάτων σε σχέση με όσους τη χρησιμοποιούν. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά υπηρεσιών υγείας είναι η επάρκεια των ανθρώπινων και υλικών

πόρων, το επιδημιολογικό και δημογραφικό πρότυπο, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης κλπ.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η οποία επιτείνεται και εξαιτίας της μείωσης της πέραν της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης, καθώς η ιδιωτική δαπάνη υγείας ιστορικά και παραδοσιακά συνιστά το «εισιτήριο» ευχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με μικρό κόστος χρόνου και ανάκτηση πολλαπλών επιλογών και αποτελεί ως εκ τούτου θεμελιώδη συνιστώσα στην επίτευξη ισορροπίας. Η κατάρρευση του μηχανισμού αυτού της ισορροπίας και η προκύπτουσα «πλεονάζουσα» ζήτηση έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό μέρος αυτής να μην καλύπτεται, κυρίως σε ευπαθή στρώματα του πληθυσμού, χρονίως πάσχοντες, φτωχοί, άνεργοι.

Η ζήτηση και η προσφορά φροντίδας υγείας προσδιορίζεται από τα συστήματα και τις πολιτικές υγείας της κάθε χώρας. Η εφαρμογή και υλοποίηση της πολιτικής υγείας προϋποθέτει τη διαμόρφωση και την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και οργάνωσης που είναι το σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας διαμορφώνεται από τις εκάστοτε οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες και αντικατοπτρίζει ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι αυτές οι συνθήκες με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν, οπότε και απαιτείται το σύστημα υγείας να προσαρμοστεί και να σχεδιαστεί εκ νέου για να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται, κυρίως, ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησής τους από τους ιδιώτες, το κράτος ή την κοινωνική ασφάλιση. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των συστημάτων υγείας παίζει, επίσης, και ο βαθμός αποκέντρωσής τους στη λήψη των αποφάσεων. Παρόλα αυτά, κοινός άξονας της πολιτικής όλων των ανεπτυγμένων χωρών είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού να είναι συνολική, δηλαδή όλοι οι κάτοικοι των χωρών να έχουν εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η παροχή και η χρηματοδότηση και κατ' επέκταση οι επενδύσεις των δημόσιων υπηρεσιών των διαφόρων χωρών έχει επηρεαστεί και έχει διαμορφωθεί από μια σειρά ιστορικών, γεωγραφικών και πολιτικών παραμέτρων με την ιδεολογία όμως να παραμένει παντού ίδια. Ωστόσο, η βασική διάκριση που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών συνδέεται με την προσέγγιση του

αγαθού «υγεία» και των «υπηρεσιών υγείας». Η φιλελεύθερη αντίληψη στηρίζεται στις αρχές της αγοράς, στο δίκαιο της ανταλλαγής, στην υπεροχή της ατομικότητας και στην περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Αποδέχεται, δηλαδή, τους μηχανισμούς της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας και το σύστημα τιμών ως θεμελιακό μηχανισμό διανομής των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν οι ιδέες και αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αναδιανομής του εισοδήματος, της προώθησης του κοινωνικού οφέλους και οι αρχές της συλλογικής δράσης, προδίδοντας ότι ο μηχανισμός της αγοράς δεν μπορεί να δώσει πάντα τη λύση. Συνοπτικά, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησης, οι τομείς στους οποίους εστιάζονται οι επενδύσεις συνδέονται με τη μορφή ή τον τύπο του συστήματος υγείας.

Σήμερα, τα συστήματα υγείας αναπτύσσουν διάφορους τύπους άμυνας στις κοινωνικοοικονομικές πιέσεις για αλλαγή. Βασικός στόχος για όλα τα υγειονομικά συστήματα είναι η επίτευξη αποδεκτών επιπέδων κόστους, ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και εύκολης πρόσβασης στις μονάδες υγείας, με στόχο την καλύτερη ικανοποίηση με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Το πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας που συνιστούν την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας νέας διαφοροποιημένης Δημόσιας Υγείας με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή Υγείας, στο βαθμό που η σχέση της υγείας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο περιβάλλον δημιουργεί μεγάλες δυνατότητες καταπολέμησης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας.

Γενικότερα, η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου υγείας, η οποία επιτρέπει την αρτιότερη ιατρική αντιμετώπιση του ασθενή αυξάνοντας την ικανοποίηση του και περιορίζοντας, ταυτόχρονα, το χρόνο και τις δαπάνες περίθαλψης.

Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία και τη δομή του. Επιπλέον, ολοένα και περισσότερο, η ανάγκη για πολιτικές συγκράτησης του κόστους και ελέγχου των δαπανών υγείας είναι προφανής. Αυτή η ανάγκη δεν συνδέεται με την περικοπή των δαπανών, αλλά πρωτίστως με την αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων, γεγονός το οποίο συνάδει και με το νέο δημόσιο μάνατζμεντ. Η συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους

των δαπανών υγείας και η αποδοτικότερη χρήση των διατιθέμενων πόρων αποτελεί στόχο όλων των ανεπτυγμένων υγειονομικών συστημάτων, ανεξάρτητα από τη μορφή οργάνωσής τους. Τα μέτρα εφαρμόζονται και στην πλευρά της ζήτησης (καταναλωτές-χρήστες) και στην πλευρά της προσφοράς (προμηθευτές-παραγωγοί).

Οι περικοπές των δαπανών είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για τη συγκράτηση του κόστους, αλλά σε συγκεκριμένες περιπτώσεις η συγκράτηση του κόστους μπορεί να συσχετιστεί με αύξηση των εξόδων, εφόσον αυτή οδηγήσει ουσιαστικά στην πρακτική κακών εφαρμογών, οι οποίες θα προκαλέσουν περαιτέρω κόστη. Συνεπώς, η συγκράτηση του κόστους στοχεύει στον έλεγχο και τη βέλτιστη αξιοποίηση των δαπανών και όχι σε μία ad hoc περικοπή τους. Παρομοίως, τα μέτρα αύξησης της αποδοτικότητας είναι δυνατό να ιδωθούν ως προσπάθειες επίτευξης της συγκράτησης του κόστους. Και ενώ η βελτιωμένη αποδοτικότητα μειώνει το κόστος για ένα δεδομένο επίπεδο εκροών των υπηρεσιών υγείας, η συγκράτηση του κόστους δεν συνεπάγεται απαραίτητα μεγαλύτερη αποδοτικότητα.

Υπάρχει ένας βαθμός σύγκλισης στα μέτρα που έχουν πάρει οι διάφορες χώρες προκειμένου να ελέγξουν το κόστος της φροντίδας υγείας. Οι μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί διαφέρουν ανάλογα με τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας τους. Όπου η κυβέρνηση ή οι κύριοι φορείς ασφάλισης είναι ιδιοκτήτες των υπηρεσιών υγείας και απασχολούν έμμισθους επαγγελματίες υγείας, η αλλαγή είναι πιο γρήγορη, παρά όταν οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είναι συμβεβλημένοι με την κυβέρνηση ή τους ασφαλιστικούς φορείς. Τα περισσότερα μέτρα συγκράτησης του κόστους έχουν εφαρμογή μόνο στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Εφόσον μερικά από αυτά μετατοπίζουν ένα μέρος του κόστους στον ασθενή, είναι δυνατό το σύνολο των δαπανών υγείας μιας χώρας (δημόσιες και ιδιωτικές) να παραμείνει ανεπηρέαστο από τέτοιες μεταρρυθμίσεις, ή ακόμα να αυξηθεί, αν οι επιπρόσθετες ιδιωτικές δαπάνες ξεπεράσουν τις δημόσιες δαπάνες που εξοικονομήθηκαν.

Ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει κανείς στην προσπάθεια αξιολόγησης των μέτρων ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας, είναι η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης για τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αυτών των μέτρων. Μια προφανής δυσκολία συνίσταται στο ότι το ένα μέτρο συχνά ακολουθείται από κάποιο άλλο, μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, πριν υπάρξει ο αναγκαίος χρόνος να γίνουν ορατά τα αποτελέσματά του. Πράγματι, συχνά ο χρόνος που παραμένουν ενεργά ορισμένα μέτρα είναι μικρότερος από το χρόνο που

απαιτείται για την ανάπτυξη, την εισαγωγή και συνεπώς την αξιολόγησή τους. Επιπλέον, τα μέτρα αυτά σπάνια εισάγονται μεμονωμένα αποτελεσματικό να συνιστά μια επιπλέον δυσκολία αξιολόγησης του κάθε μέτρου χωριστά. Αυτή η σύγχυση είναι πιθανόν εντονότερη σε μια εκτεταμένη μεταρρύθμιση.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί την αξιολόγηση μέρος του τρόπου διαχείρισης της υγειονομικής ανάπτυξης μιας χώρας. Βάση της οφείλουν να είναι τα δεδομένα από την παρακολούθηση της εφαρμογής των εκάστοτε πολιτικών, την εκτίμηση της αποδοτικότητας των προγραμμάτων και την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Συνήθως, τέσσερα στάδια εμπλέκονται στην αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας η εκτίμηση προσφερόμενων πόρων, η ποσοτική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ποιοτική εκτίμηση αυτών και η εκτίμηση βελτίωσης του επιπέδου υγείας, συνήθως μέσω της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Η αξιολόγηση μπορεί να διακριθεί στις ακόλουθες κατηγορίες: τη γενική σε μακρο-επίπεδο αξιολόγηση, δηλαδή κατά πόσο, το σύστημα υγείας συμβάλλει συνολικά στη βελτίωση υγείας ενός πληθυσμού, την τομεακή σε μακρο-επίπεδο αξιολόγηση, η οποία εφαρμόζεται για να κρίνει τις τομεακές πολιτικές και την ειδική σε μικρο-επίπεδο αξιολόγηση, η οποία αναφέρεται στην αξιολόγηση μονάδων υγείας ή των επί μέρους παρεμβάσεων.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές για την χρηματοδότηση μέσω των Διαρθρωτικών Ταμείων είναι η καθολική κάλυψη, η ισότιμη και άμεση πρόσβαση, η παρέμβαση στην κοινότητα, η αγωγή υγείας, η ολιστική προσέγγιση και η υγιής και ενεργός πρόληψη του πληθυσμού. Κάθε ένα από τα κράτη-μέλη που εξετάστηκαν, ανάλογα με το σύστημα υγείας του και το επίπεδο ανάπτυξης των περιφερειών του επενδύει με διαφορετικό τρόπο τις επιχορηγήσεις αυτές σε διαφορετικά προγράμματα που είτε έχουν να κάνουν με έρευνα και ανάπτυξη είτε με εκπαίδευση, είτε με ηλεκτρονική υγεία κ.α.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Κυριόπουλος, Γ. (2003). Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας. Επιστημονικές Εκδόσεις ΕΠΕ, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., & Γείτονα, Μ. (1999). Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω. Εκδ. Εξάντας.

Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ. (1994). Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Μπουρσανίδης, Χ. (2000). Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Πολύζος, Ν. (1998), Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με βάση τη ταξινόμηση των ασθενών (DRGs), ΤΥΠΕΤ, Αθήνα.

Πολύζος, Ν. (2007), Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, εκδ. Διόνικος.

Σούλης, Σ. (1999). Οικονομικής της υγείας. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Τούντας, Γ., Οικονόμου Ν.Α. (2007). Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):7-2.

Ψαρόπουλος Χ. (2011). Εάν θέλετε να μιλάτε για ποιότητα στην υγεία αρχίστε να μετράτε», Σημειώσεις ΕΚΔΔΑ, Αθήνα

### Ξενόγλωσση

Abel-Smith, B. (1986). The World Economic Crisis. Part 2: Health Manpower out of Balance, Health Policy and Planning, 1, 309-316.

Andersen, P. & Steinberg, P.C. (1994). A procedure for ranking efficient units in data envelopment analysis. Management Science, 39, 1261-1264.



- Basu, S., Andrews, J., Kishore S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Med.* 2012 June; 9(6): e1001244. Published online 2012 June 19. doi: 10.1371/journal.pmed.1001244 PMID: PMC3378609
- Bloom, D.E., Canning, D., & Graham, B. (2002). Longevity and Life Cycle Savings, Working Paper 8808, <http://nber.org/papers/w8808>, National Bureau of Economic Research.
- Bloom, D.E., Canning, D., & Sevilla, J. (2001). The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence, Working Paper 8587, <http://nber.org/papers/w8587>, National Bureau of Economic Research.
- Drummond, M.F., O' Brien, B., Stoddart, G.L., & Torrance, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programs*. 2nd edition, Oxford University Press, New York.
- Drummond, M.F., Sculpher, M., Torrance, G. et al. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*. 3rd edition. Oxford University Press.
- Drummond, M.F., Barbieri, M., Cook, J. et al. (2009). Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force Report. *Value in Health*;12(4): 409-418.
- Dunn, S.P. (2006). Fundamental Uncertainty and the Firm in the Long Run, *Review of Political Economy* 12(4): 419-33
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and Research* (1990), pp. 165–192. [SD-008].
- Evans, R.G. (1974). Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In Perlman, M. (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care*. New York: John Wiley and Sons.
- Favaloro, R. (1999). A Revival of Paul Dudley White An Overview of Present Medical Practice and of Our Society. *Circulation*, 99(12), 1525-1537.

- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Folland, S., Goodman, A.C., & Stano, M. (2007). The economics of health and health care. Vol. 6. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Fuchs, V.R. (2010). Health Care Is Different—That's Why Expenditures Matter. *JAMA*;303(18):1859-1860. doi:10.1001/jama.2010.593.
- García-Armesto, S., Abadía-Taira, M. B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. Health Systems in Transition.
- Garber, A.M., & Skinner, J. (2008). Is American Health Care Uniquely Inefficient?’, *J Econ Perspect*. Sep 1; 22(4): 27–50.
- Getzen, T. (1997). *Health Economics: Fundamentals and Flow of Fund*. New York:Wiley.
- Gold, M.R. (1998). Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Serv Res*. Aug 33(3 Pt 2): 625–684.
- Henderson, S., & Petersen, A. R. (Eds.). (2002). *Consuming health: The commodification of health care*. Psychology Press.
- Jacobs, K. (1998). Costing health care: a study of the introduction of cost and budget reports into a GP association. *Management Accounting Research*, 9: 55-70.
- Jones, A., & O’Donnell, O. (2002), *Econometric Analysis of Health Data*, J. Willey & sons.
- Lineaweaver, W.C. (2009). Is health care a commodity? *Annals of plastic surgery* 62.1 (2009): 1-2.
- Maynard, A. (1983). EFFICIENCY IN HEALTH-CARE - A MARKET MODEL FOR DEVELOPED ECONOMIES. *IDS bulletin*, 14(4), 44-51.

- MMath, J. F. (2009). Validation of perinatal data in the Discharge Abstract Database of the Canadian Institute for Health Information. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 29(3).
- Mooney, G. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective health care* 1.4: 179-185.
- National Health Service (2012). National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: <http://www.nice.org.uk>. Accessed 16 September, 2012.
- Normand, C. (1998) Ten Popular Health Economic Fallacies. *Journal of Public Health Medicine* (in press).
- Pearson, M. (2002). Income Distribution and Poverty in the OECD area. *OECD Economic Studies*, 2002(1), 7-38.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J., Nandita, Murukutla (2007). Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries. *Health Affairs* 2007 November/December;26(6):w717-w734. [PubMed: 17978360]
- Simons, S., & Bonnett-Jones, N. (1989). *Human Resource Development: The Management, Planning and Training of Health Personnel*, Evaluation & Planning Center For Health Care.
- WHO (2000). *The world health report 2000: Health Systems – improving performance*. © World Health Organization 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
- WHO (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO, Geneva.

### **Διαδικτυακές Πηγές**

<http://regionalt.erhvervsstyrelsen.dk/>

<http://www.efre-thuringen.de>

<http://www.bmwi.de/EN/Topics/Europe/structural-funds.html>

<http://www.qren.pt/np4/home>

<http://pagina.jccm.es/fondosestructurales/en/home>

<http://www.who.int/en/> - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π.Ο.Υ (βάση δεδομένων): [http://apps.who.int/whosis/database/core/core\\_select.cfm](http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm)

<http://www.med.auth.gr/depts/hygiene/>

<http://www.consilium.europa.eu/en/european-council/>

[http://ec.europa.eu/contracts\\_grants/funds\\_en.htm](http://ec.europa.eu/contracts_grants/funds_en.htm)

Ο.Ο.Σ.Α: [http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html)

[http://ec.europa.eu/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/index_en.htm)

[http://ec.europa.eu/health/health\\_structural\\_funds/used\\_for\\_health/info\\_sheets/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/used_for_health/info_sheets/index_en.htm)

<http://ec.europa.eu/eurostat>