

2014

ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ



## Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2014

ΚΕΠΕ, Αμερικής 11, Αθήνα 106 72, Ελλάδα  
Τηλ.: (+30) 210-3676400, (+30) 210-3676300  
Fax: (+30) 210-3611136, (+30) 210-3630122  
email: [kepe@kepe.gr](mailto:kepe@kepe.gr)

## **Ομάδα εργασίας**

**Επιστημονικός Υπεύθυνος:**

**Καθηγητής Νικόλαος Φίλιππας** – Πρόεδρος του Δ.Σ. και Επιστημονικός Διευθυντής του ΚΕΠΕ

**Ερευνητική Ομάδα (αλφαβητικά):**

**Δρ. Φωτεινή Οικονόμου** – Εξωτερική Ερευνητική Συνεργάτης ΚΕΠΕ

**Αθανάσιος Χαρέμης** – Εξωτερικός Ερευνητικός Συνεργάτης ΚΕΠΕ

*Οι γνώμες και κρίσεις που διατυπώνονται στη μελέτη είναι των συγγραφέων και δεν αντιπροσωπεύουν αναγκαία γνώμες ή κρίσεις του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.*

## Περιεχόμενα

1. Οι παγκόσμιες προκλήσεις για τον τομέα της υγείας .....	5
1.1. Η Γήρανση του πληθυσμού/δημογραφικό πρόβλημα .....	6
1.2. Η αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης .....	13
1.3. Διεθνείς τάσεις στη χρηματοδότηση του κόστους περίθαλψης (δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση, συμμετοχή ασθενών, αποταμιευτικοί λογαριασμοί υγείας) .....	28
1.3.1. Τα μοντέλα και τα συστήματα Υγείας διεθνώς .....	28
2. Το Θεσμικό και Οικονομικό Περιβάλλον στην Ελλάδα και την Ευρώπη .....	38
2.1. Επισκόπηση του μακροοικονομικού περιβάλλοντος και το δημοσιονομικό πρόβλημα της Ελλάδας ...	38
2.1.1. Η ελληνική οικονομία την περίοδο 2008-2013 .....	38
2.1.2. Οι Κρίση και οι μεταβολές στις συνήθειες των Ελλήνων .....	41
2.1.3. Η εικόνα της Ελληνικής Οικονομίας για το 2014 και οι εκτιμήσεις για τα επόμενα χρόνια .....	43
2.2. Οι επιπτώσεις της κρίσης στα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης .....	48
2.3. Καταγραφή των μεταρρυθμίσεων που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρώπης .....	50
2.4. Η αυτοχρηματοδότηση και οι ιδιωτικές δαπάνες για υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης: Η διεθνής και Ελληνική εμπειρία .....	53
3. Διεθνείς Τάσεις στο χώρο της Υγείας .....	55
3.1. Καταγραφή των διεθνών τάσεων στον τομέα της υγείας και της παροχής περίθαλψης .....	55
3.2. Καταγραφή πιθανών συνεργειών στα συστήματα υγείας: Διεθνής Εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας .....	61
3.3. Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τα μικτά συστήματα υγείας: Διεθνής Εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας .....	66
3.4. Επιτυχημένα παραδείγματα πολιτικής από χώρες του εξωτερικού και χώρες που προσομοιάζουν την Ελλάδα .....	72
Πρακτικές για τη μείωση του Κόστους Περίθαλψης.....	73
3.5. Προβλεπόμενη εξέλιξη των δεικτών διεύθυνσης και κύκλου εργασιών του κλάδου ασφάλισης υγείας: Η διεθνής τάση και η Ελληνική προοπτική .....	75
Τεχνικά χαρακτηριστικά των υποδειγμάτων.....	77
Τεχνικά Στοιχεία του Υποδείγματος Εκτίμησης.....	79
4. Συμπεράσματα Μελέτης.....	80
Βιβλιογραφία .....	82

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Προβολές πληθυσμού ηλικιών έως 19 και 65+ ετών (σε χιλιάδες) .....	9
Διάγραμμα 2 – Δημογραφική Πυραμίδα του Πλανήτη για το 2010, 2025 και 2050 .....	11
Διάγραμμα 3 – Δημογραφική Πυραμίδα των ανεπτυγμένων χωρών για το 2010, 2025 και 2050 .....	11
Διάγραμμα 4 – Δημογραφική Πυραμίδα των αναπτυσσομένων χωρών για το 2010, 2025 και 2050 .....	12
Διάγραμμα 5 – Δημογραφική Πυραμίδα της Ελλάδας για το 2010, 2025 και 2050 .....	12
Διάγραμμα 6 - Μέση ρυθμός αύξησης των Συνολικών και Δημοσίων Δαπανών Υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ (2001-2011) .....	15
Διάγραμμα 7 - Μέσος ρυθμός αύξησης των Δαπανών Υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ τις περιόδους 2000-09 & 2009-11, σε πραγματικούς όρους.....	17
Διάγραμμα 8 – Μέσος ρυθμός μεταβολής των δημοσίων δαπανών υγείας, ανά τομέα δραστηριότητας, για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2008-2011 .....	19
Διάγραμμα 9 – Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2011 .....	22
Διάγραμμα 10 – Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε \$ Η.Π.Α. (PPP) , για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2011 ..	23
Διάγραμμα 11: Συνολική κατά κεφαλήν Δαπάνη Υγείας (σε \$, PPP) και Μέσο Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη γέννηση για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2011 .....	24
Διάγραμμα 12: Οι δομές των συστημάτων υγείας.....	28
Διάγραμμα 13: Η Χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας .....	30
Διάγραμμα 14: Η εξέλιξη του Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών στην Ελλάδα, 2001-2012 (ποσά σε εκατ. ευρώ) .....	39
Διάγραμμα 15: Η εξέλιξη του πρωτογενούς ισοζυγίου του κρατικού προϋπολογισμού, 1980-2012 (ποσά σε εκατ. ευρώ).....	40
Διάγραμμα 16: Η μεταβολή των Αξιών των Ελλήνων καταναλωτών λόγω της Κρίσης .....	42
Διάγραμμα 17: Η εξέλιξη του ρυθμού ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας και του ποσοστού ανεργίας στην Ελλάδα, για την περίοδο 2000-2019 .....	44
Διάγραμμα 18: Η εξέλιξη των συνολικών επενδύσεων και των αποταμιεύσεων στην Ελλάδα, 1980-2019.....	45
Διάγραμμα 19: Η διαχρονική εξέλιξη των ελλειμμάτων της Ελληνικής Οικονομίας και ο μέσος όρος των ελλειμμάτων/πλεονασμάτων των χωρών της Ε.Ε.-28, 2001-2013.....	47
Διάγραμμα 20: Κατάταξη βαθμολογιών ευρωπαϊκών χωρών βάσει του δείκτη Euro Health Consumer (2013) .....	67

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Καταγραφή των Προκλήσεων για τον κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης στον τομέα της Υγείας .....	6
Πίνακας 2: Καταγραφή της γεννητικότητας, της θνησιμότητας και της φυσικής μεταβολής του πληθυσμού, ανά 1.000 κατοίκους για τις χώρες της Ε.Ε.-15, 2012 .....	8
Πίνακας 3: Το προσδόκιμο διαβίωσης και τα έτη υγιούς διαβίωσης κατά τη γέννηση, την ηλικία των 50 ετών και σε ηλικία 65 ετών, στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.-27), το 2010, κατά φύλο.....	25
Πίνακας 4: Το προσδόκιμο διαβίωσης και τα έτη υγιούς διαβίωσης για τις χώρες της Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.-27), το 2010, κατά φύλο. ....	26
Πίνακας 5: Καταγραφή των Προκλήσεων για τον κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης στον τομέα της Υγείας .....	56
Πίνακας 6: Ανάλυση επιμέρους κατηγοριών του δείκτη Euro Health Consumer (2013) .....	69
Πίνακας 7: Ανάλυση υπο-κατηγοριών και δεικτών αξιολόγησης του δείκτη Euro Health Consumer για το 2013 .....	70

## 1. Οι παγκόσμιες προκλήσεις για τον τομέα της υγείας

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας αναμένεται να αποτελέσει παγκοσμίως έναν από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους κλάδους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα, ως αποτέλεσμα της ραγδαίας αύξησης του πληθυσμού, της γήρανσης ιδίως στις αναπτυγμένες χώρες, της αύξησης του προσδόκιμου ζωής καθώς και των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών σε όλον τον κόσμο. Οι αλλαγές αυτές αναμένεται να οδηγήσουν σε αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα σε όλον τον κόσμο, δεδομένου ότι η αύξηση του μέσου όρου του προσδόκιμου ζωής, συνδέεται άμεσα με τον κίνδυνο να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή να αρρωστήσουν από χρόνιες ασθένειες, στα μεταγενέστερα στάδια του βίου.

Ο χρόνος έκθεσης των ανθρώπων σε χρόνιες παθήσεις εκτιμάται ότι θα αυξηθεί εξαιτίας διατροφικών συνηθειών και του σύγχρονου τρόπου ζωής, της καθιστικής ζωής, της αποφυγής της σωματικής άσκησης και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Απόρροια αυτών αναμένεται να είναι η αύξηση της θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις στα επόμενα 10 χρόνια κατά 17% (Eurostat, 2012).

Οι βασικές προκλήσεις που αναμένεται να αντιμετωπίσει στο άμεσο μέλλον ο τομέας της υγείας, με έμφαση στον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης είναι οι εξής:

- α) Οι μεταβολές και οι προκλήσεις στην ασφαλιστική αγορά
- β) Οι δημογραφικές αλλαγές και οι επιπτώσεις τους στον τομέα της Υγείας
- γ) Οι αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και την κυβερνητική πολιτική
- δ) Οι νέες τεχνολογίες και η καινοτομία

Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται οι βασικές προκλήσεις στον τομέα της υγείας παγκοσμίως και οι επιμέρους βασικοί τομείς, στους οποίους επιδρούν. Οι τέσσερις αυτές κατηγορίες προκλήσεων, που επιδρούν στον τομέα της υγείας παγκοσμίως, έχουν μια σειρά θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Οι συμμετέχοντες στον τομέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οφείλουν να τους λάβουν υπόψη στη χάραξη στρατηγικής για τα επόμενα χρόνια, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν με επιτυχία.

## Πίνακας 1: Καταγραφή των Προκλήσεων για τον κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης στον τομέα της Υγείας



### Ασφαλιστική Αγορά

- Glocalization (Deloitte, 2014)
- Όξυνση του ανταγωνισμού στον τομέα της Υγείας
- Συνέργειες (Strategic Alliances, Public-Private Partnerships, Channels)
- Νέα στρατηγική – νέα business models



### Δημογραφικές Αλλαγές

- Γήρανση πληθυσμού & δημογραφικό πρόβλημα
- Αυξανόμενη Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας → Αύξηση Κόστους
- Ανάγκες και νέα πρότυπα (the value-for-money challenge - Price/Quality – Affordability)



### Πολιτική & Θεσμικό Πλαίσιο

- Αναμόρφωση των συστημάτων Υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες
- Θεσμικό πλαίσιο Ε.Ε. και Ελλάδα (π.χ. Solvency, ανάγκη για Διαφάνεια)
- Δημοσιονομική Πολιτική (Δαπάνες για Υγεία και Περίθαλψη)



### Τεχνολογία & Καινοτομία

- Νέες Τεχνολογίες και Υπηρεσίες στον χώρο της Υγείας
- Online και mobile υπηρεσίες Υγείας
- Υπηρεσίες προσανατολισμένες στον χρήστη/πελάτη

Πηγή: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

Στην παρούσα ενότητα θα περιγραφούν αναλυτικά τα ζητήματα που αφορούν τη γήρανση του πληθυσμού και το δημογραφικό πρόβλημα, οι τάσεις αύξησης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και οι διεθνείς τάσεις στη χρηματοδότηση του κόστους περίθαλψης.

### 1.1. Η Γήρανση του πληθυσμού/δημογραφικό πρόβλημα

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει έντονο δημογραφικό πρόβλημα, το οποίο οξύνεται με το πέρασμα του χρόνου και σε μεγαλύτερη ένταση από τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες και τις χώρες της Ευρώπης. Το δημογραφικό πρόβλημα είναι ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο πρόβλημα, το οποίο εξαρτάται από την εξέλιξη των δεικτών γεννητικότητας, θνησιμότητας και των μετακινήσεων του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, οι βασικές συνιστώσες του προβλήματος αφορούν στην πολύ χαμηλή γεννητικότητα, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού και τη γήρανση. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης γονιμότητας εκτιμάται κατά μέσο όρο στο 1 με 1,3, κατώτερο του επιπέδου

αντικατάστασης μεταξύ των γενεών. Κάθε γενιά για να αντικατασταθεί από την επόμενη ο δείκτης γεννητικότητας (total fertility rate) θα πρέπει να είναι τουλάχιστον στα 2,1 παιδιά κατά μέσο όρο ανά γυναίκα. Ταυτόχρονα, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται και αύξηση της θνησιμότητας, σε σχέση με τις γεννήσεις και της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού ως απόρροια της αύξησης του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και του εισοδήματος. Η γεννητικότητα αποτελεί μια βασική συνιστώσα της δημογραφικής εξέλιξης ενός πληθυσμού αποτελεί και η εξέλιξη του δείκτη ολικής γονιμότητας. Ο δείκτης ολικής γονιμότητας είναι ο μέσος όρος του αριθμού των παιδιών ανά γυναίκα. Η διαχρονική του εξέλιξη είναι αρκετά ανησυχητική, αφού το 1980 κυμαινόταν πάνω από το 2,1 εξασφαλίζοντας την αναπλήρωση των γενεών, ενώ μετά το 1980 ακολούθησε μία έντονη καθοδική τάση με αποτέλεσμα σήμερα να διαμορφώνεται στα επίπεδα του 1,5, όπως κατά μέσο όρο στην Ε.Ε.-27 και πολύ κάτω από το 2,1 που χρειάζεται για να σταθεροποιηθεί ο πληθυσμός χωρίς μετανάστευση. Επιπλέον, οι προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής εκτιμούν ότι το 2050 το 58,8% του Ελληνικού πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών, ακολουθώντας μόνο την Ισπανία και την Ιταλία.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες οικονομίες, αποτελεί ένα δεδομένο, μάλλον δύσκολο αναστρέψιμο με σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες και προεκτάσεις στους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης, της πρόνοιας και της υγειονομικής περίθαλψης. Η χώρα μας συγκαταλέγεται ως μια από τις πλέον γερασμένες χώρες της Ευρώπης, όπως επίσης και η Ιταλία, η Γερμανία και η Σουηδία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat για το 2012, η Ελλάδα είναι η 3<sup>η</sup> πιο “γερασμένη” χώρα στην Ε.Ε.-28, μετά τη Γερμανία και την Ιταλία.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2012 μειώθηκε κατά 5,5% (60,5 χιλ. ανθρώπους), τη στιγμή που ο πληθυσμός της ΕΕ αυξήθηκε κατά μέσο όρο 2,2%. Το ίδιο έτος επίσης καταγράφηκαν 100.400 γεννήσεις και 116.700 θάνατοι, ενώ την ίδια χρονιά εγκατέλειψαν την Ελλάδα πάνω από 44.000 κάτοικοί της. Η επιδείνωση αυτή είχε ως συνέπεια στη γεννητικότητα η Ελλάδα από τη 11<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στα 15 κράτη το 2010 να «κατέβει» στη 12<sup>η</sup> το 2012, στη θνησιμότητα από τη 5<sup>η</sup> θέση το 2010 να «ανέβει» στη 2<sup>η</sup> θέση. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται η καταγραφή της γεννητικότητας, της θνησιμότητας και της φυσικής μεταβολής του πληθυσμού, ανά 1.000 κατοίκους για τις χώρες της Ε.Ε.-15.

Η Ελλάδα και η Ιταλία καταγράφουν τον τρίτο χαμηλότερο δείκτη γεννητικότητας (9%) στην ΕΕ, μετά τη Γερμανία (8,4%) και την Πορτογαλία (8,5%). Στον αντίποδα, οι υψηλότεροι δείκτες γεννητικότητας σημειώθηκαν στην Ιρλανδία (15,7%), στο Ηνωμένο Βασίλειο (12,8%), στη Γαλλία (12,6%), στη Σουηδία (11,9%) και στην Κύπρο (11,8%).

Πίνακας 2: Καταγραφή της γεννητικότητας, της θνησιμότητας και της φυσικής μεταβολής του πληθυσμού, ανά 1.000 κατοίκους για τις χώρες της Ε.Ε.-15, 2012

Χώρα	ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ			ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ			ΦΥΣΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ		
	2010	2012	Δ	2010	2012	Δ	2010	2012	Δ
Βέλγιο	11,9	11,5	-3,4	9,6	9,8	1,8	2,3	1,7	-25,4
Δανία	11,4	10,4	-9,4	9,8	9,4	-4,5	1,6	1,0	-38,7
Γερμανία	8,3	8,2	-0,8	10,5	10,6	1,1	-2,2	-2,4	8,2
Ιρλανδία	16,6	15,7	-5,3	6,2	6,3	1,7	10,4	9,5	-9,5
<b>Ελλάδα</b>	<b>10,3</b>	<b>9,0</b>	<b>-12,1</b>	<b>9,8</b>	<b>10,5</b>	<b>9,5</b>	<b>0,5</b>	<b>-1,5</b>	-
Ισπανία	10,4	9,7	-7,0	8,2	8,6	5,1	2,3	1,1	-50,5
Γαλλία	12,9	12,6	-2,3	8,5	8,7	2,4	4,4	3,8	-11,6
Ιταλία	9,5	9,0	-5,4	9,9	10,3	3,9	-0,4	-1,3	206,7
Λουξεμβούργο	11,6	11,3	-2,0	7,4	7,3	-1,6	4,2	4,0	-2,9
Ολλανδία	11,1	10,5	-5,4	8,2	8,4	2,6	2,9	2,1	-27,9
Αυστρία	9,4	9,4	-0,2	9,2	9,4	2,4	0,2	-0,1	
Πορτογαλία	9,6	8,5	-10,9	10,0	10,2	2,1	-0,4	-1,7	290,8
Φινλανδία	11,4	11,0	-3,4	9,5	9,6	0,7	1,9	1,4	-23,6
Σουηδία	12,3	11,9	-3,6	9,6	9,7	0,1	2,7	2,2	-16,8
Βρετανία	12,9	12,8	-0,8	8,9	8,9	-0,2	3,9	3,8	-2,1
Ε.Ε.-15	10,8	10,4	-3,4	9,3	9,5	2,1	1,5	0,9	-37,9

Πηγή: Eurostat

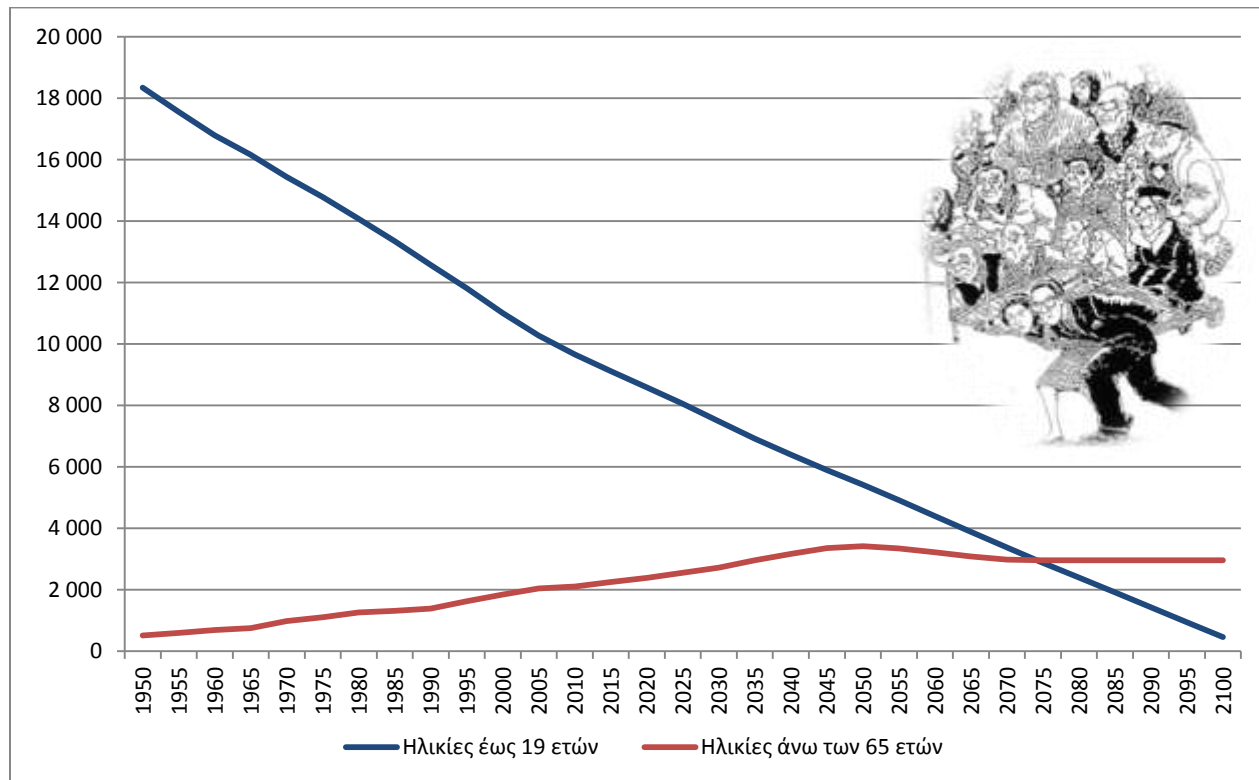
Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., η σχέση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού με τους μη οικονομικά ενεργούς άρχισε να αντιστρέφεται από τα τέλη του 2010, που ήταν 1 προς 1. Το 2012 οι μη εργαζόμενοι ήταν περισσότεροι κατά 1.000.000 και ανέρχονταν σε 4.690.163 - χωρίς να υπολογίζονται οι συνταξιούχοι - έναντι 3.642.102 εργαζομένων. Δηλαδή, εργάζονται μόνο 3,6 εκατ. άνθρωποι, ενώ η χώρα διαθέτει 2,7 εκατ. συνταξιούχους και 4,7 εκατ. μη εργαζόμενους.

Η μέση ηλικία του συνολικού πληθυσμού ήταν 42,2 έτη στην Ελλάδα το 2010 και η δομή του πληθυσμού ανά ηλικιακή κατηγορία κατανεμήθηκε ως εξής: το 14,3% του πληθυσμού μεταξύ 0-14 ετών, το 66,6% του πληθυσμού μεταξύ 15-64 ετών και άνω των 65 ετών το 19,2%. Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 ο μέσος αριθμός παιδιών ανά οικογένεια ξεκίνησε να υποχωρεί σταδιακά στα



επίπεδα κάτω του 2. Η μέση ηλικία γάμου για τις γυναίκες ανήλθε από 22,3 ετών το 1980 σε 23,8 το 1990 και 29 ετών το 2010, ενώ η μέση ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού είναι λίγο μετά τα 30 έτη. Στις επόμενες δεκαετίες η υπογεννητικότητα σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης θα έχει σαν αποτέλεσμα την σημαντική βαθμιαία γήρανση του πληθυσμού και το οξύ δημογραφικό πρόβλημα. Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η εξέλιξη του πληθυσμού ηλικιών έως 19 και 65+ ετών (σε χιλιάδες), έως το 2100, σύμφωνα με τα στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών.

**Διάγραμμα 1: Προβολές πληθυσμού ηλικιών έως 19 και 65+ ετών (σε χιλιάδες)**



Πηγή: World Population Prospects 2013

Η δημογραφική πυραμίδα αποτυπώνει γραφικά την ηλικιακή δομή μιας χώρας καθώς επίσης και τις αναμενόμενες αλλαγές στην πληθυσμιακή δομή, στις κοινωνικές προτιμήσεις για το μέγεθος της οικογένειας, τον αριθμό των παιδιών, προόδους στη μακροβιότητα των ηλικιωμένων πολιτών καθώς και τη γενική θεώρηση των μελλοντικών αναγκών του πληθυσμού. Από το 2014 όλοι οι εργαζόμενοι του 2023 έχουν ήδη γεννηθεί και θα μας είναι γνωστοί με μεγάλη ακρίβεια, αντίστοιχα με μερικά σενάρια και υποθέσεις και οι ηλικιωμένοι για το 2050 μπορούν να προβλεφθούν με σχετική ακρίβεια. Επίσης ο αριθμός των γεννήσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από τον αριθμό των γυναικών, ενώ κάποια χαρακτηριστικά δύσκολα μεταβάλλονται, όπως ο αριθμός παιδιών ανά οικογένεια. Βασική

πηγή αβεβαιότητας για τον πληθυσμό και τη δομή του είναι τα κύματα μετανάστευσης εντός και εκτός της χώρας.

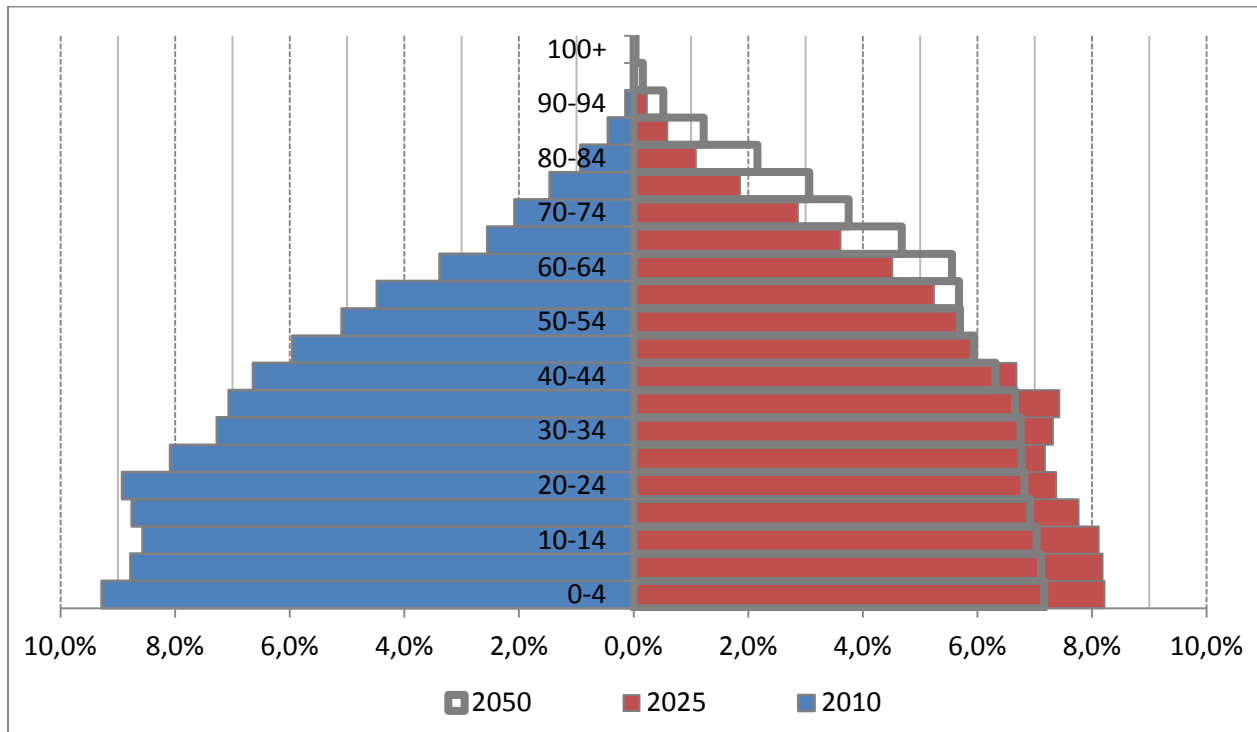
Με άξονα τη μορφή της δημογραφικής πυραμίδας, μπορούμε να προσδιορίσουμε σε μεγάλο βαθμό τη φύση και το εύρος των κοινωνικών αναγκών που έχουν οι πολίτες και η κοινωνία. Για το λόγο αυτό αποτελεί βασικό μέρος της χάραξης πολιτικής των κυβερνήσεων και των επιχειρήσεων. Για παράδειγμα, όσο μεγαλύτερη είναι η βάση της πυραμίδας, τόσο περισσότερες οι ανάγκες για παιδεία, υπηρεσίες υγείας για παιδιά (εμβόλια, παιδικές ασθένειες κ.λπ.), ενώ στον αντίποδα, όσο μεγαλύτερη είναι η κορυφή, τόσο μεγαλύτερες οι ανάγκες των ασφαλιστικών οργανισμών για συντάξεις και υγειονομική περίθαλψη για το ηλικιωμένο κομμάτι του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών<sup>1</sup>, ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2010 έφτανε στα 11,1 εκατ. Οι παράγοντες που αναμένεται να επηρεάσουν τον πληθυσμό της Ελλάδας τις επόμενες δεκαετίες είναι η μείωση της γεννητικότητας και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Στην Ελλάδα σήμερα ο δείκτης γονιμότητας είναι κατά μέσο όρο 1,5 παιδιά ανά γυναίκα, ποσοστό το οποίο είναι κατώτερο του επιπέδου αντικατάστασης γενεών. Επίσης το προσδόκιμο επιβίωσης σήμερα είναι τα 77,6 έτη ζωής για τους άνδρες και 82,9 έτη για τις γυναίκες. Αποτέλεσμα είναι η ηλικιακή πυραμίδα της Ελλάδας να παρουσιάζει μειούμενη βάση. Στα Διαγράμματα 2-5 παρουσιάζονται οι δημογραφικές πυραμίδες για τον πλανήτη, τις ανεπτυγμένες χώρες, τις αναπτυσσόμενες και την Ελλάδα, για τα έτη 2010, 2025 και 2050. Όπως φαίνεται και στα διαγράμματα, η Ελλάδα και οι ανεπτυγμένες χώρες αναμένεται να βιώσουν εντονότερα το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης.

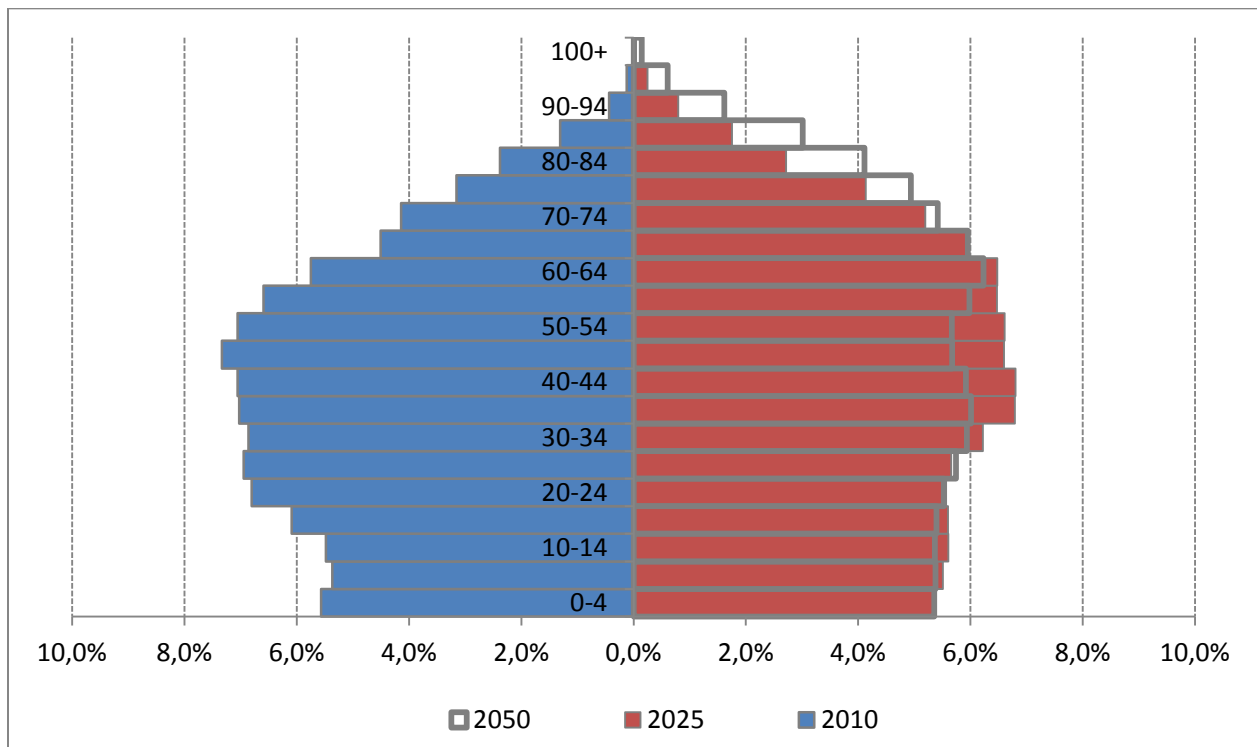
---

<sup>1</sup> World Population Prospects: The 2012 Revision

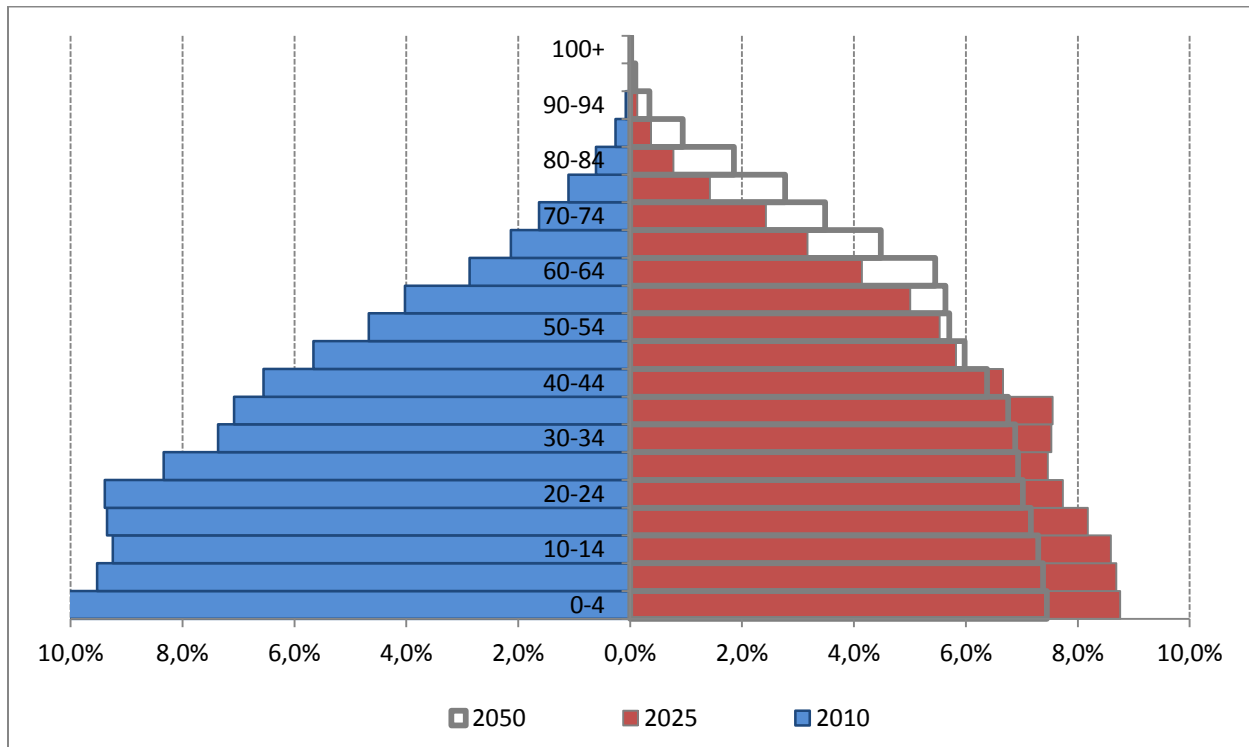
Διάγραμμα 2 – Δημογραφική Πυραμίδα του Πλανήτη για το 2010, 2025 και 2050



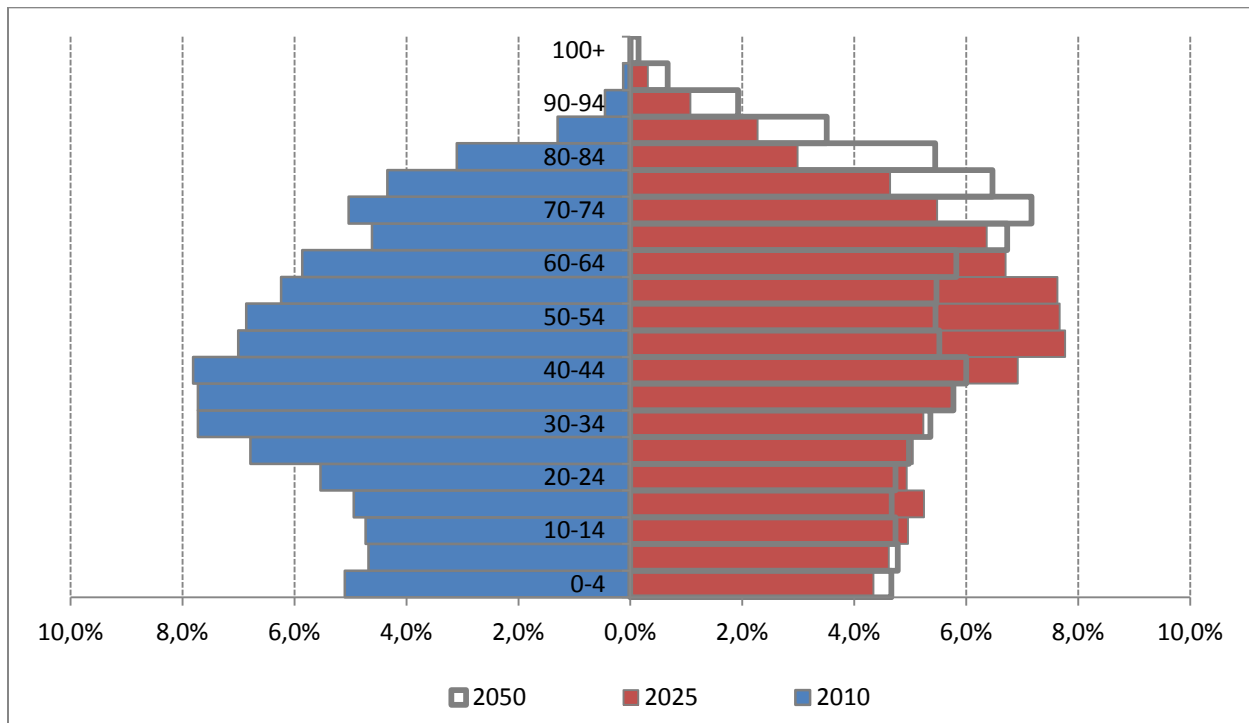
Διάγραμμα 3 – Δημογραφική Πυραμίδα των ανεπτυγμένων χωρών για το 2010, 2025 και 2050



Διάγραμμα 4 – Δημογραφική Πυραμίδα των αναπτυσσομένων χωρών για το 2010, 2025 και 2050



Διάγραμμα 5 – Δημογραφική Πυραμίδα της Ελλάδας για το 2010, 2025 και 2050



Πηγή: World Population Prospects 2013

Σύμφωνα με τα στοιχεία των Ην. Εθνών, η προσδοκώμενη αναμενόμενη επιβίωση των Ελλήνων στην ηλικία των 65 ετών, ήταν 17 περίπου χρόνια για τους άνδρες και 21 χρόνια για τις γυναίκες. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την περίοδο 2010-2015 κατά μέσο στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι γυναίκες στα 65 τους αναμενόταν να ζήσουν επιπλέον 20,8 χρόνια, ενώ οι άνδρες κατά 17,4 χρόνια. Μέχρι το 2060-2065 οι γυναίκες θα ζουν πέντε χρόνια περισσότερο (25,8 χρόνια) και οι άνδρες 4,5 χρόνια (21,9 χρόνια). Επίσης, η πιθανότητα επιβίωσης ενός νεογέννητου αγοριού μέχρι και την ηλικία των 65 ετών είναι άνω του 80%, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα για ένα κορίτσι είναι άνω του 90%. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης είναι σαφώς ένδειξη ευημερίας, αλλά εκφράζει και τον κίνδυνο της μακροζωίας, όσον αφορά τον προγραμματισμό των νοικοκυριών και της πολιτείας, αναφορικά με το ασφαλιστικό σύστημα, σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα.

Η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με τη χαμηλή γεννητικότητα (υπογεννητικότητα) υποδηλώνει τις αυξημένες ανάγκες για καταβολή συντάξεων και παροχών υγείας για τους ηλικιωμένους. Κατά συνέπεια, οι δαπάνες συντάξεων για πρώτη φορά στα 65 έτη προς τους συνταξιούχους των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ θα είναι αυξημένες κατά 20% λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού (ΟΟΣΑ, 2013). Οι χώρες που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας, αναμένεται να αντιμετωπίσουν σημαντικά προβλήματα όχι μόνο στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης (συντάξεων και υγείας) αλλά και στην παραγωγικότητά τους, καθώς δε θα μπορούν να σταθεροποιήσουν τον ενεργό πληθυσμό τους για τις επόμενες γενεές.

Επομένως, η σημαντική πρόκληση που αναδεικνύεται είναι ποιες πολιτικές μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του σταδιακά μικρότερου αριθμού του ενεργού πληθυσμού, της αύξησης του αριθμού των πολιτών άνω των 60 ετών, που έχουν αυξημένες ανάγκες υγείας και ποιο μπορεί να είναι ένα νέο πλαίσιο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, που θα δίνει απάντηση στο πρόβλημα;

## **1.2. Η αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης**

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης έχει σημειώσει σημαντική αύξηση, μια ανοδική τάση που αναμένεται να συνεχιστεί και τις επόμενες δεκαετίες, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των αυξανόμενων αναγκών των ηλικιωμένων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα και των υψηλών δαπανών για αναβάθμιση των τεχνολογιών στον τομέα της υγείας. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι ότι ο ρυθμός αύξησης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης παραδοσιακά υπερβαίνει το ρυθμό αύξησης του εισοδήματος, γεγονός το οποίο συνεπάγεται για τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς, ότι το ποσοστό των δαπανών υγείας αναλογεί σε υψηλότερο ποσοστό του εισοδήματος των νοικοκυριών, ενώ ταυτόχρονα, το δημοσιονομικό βάρος των δαπανών υγείας από πλευράς των κυβερνήσεων διαχρονικά επίσης αυξάνεται.

Οι παράγοντες που συντελούν στην αύξηση είναι ποικίλοι και διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Για το λόγο αυτό παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στις δαπάνες υγείας μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει πραγματοποιηθεί εκτεταμένη διερεύνηση και ανάλυση των δαπανών υγείας ιδιαίτερα σε μακροοικονομικό επίπεδο, με στόχο την ταυτοποίηση των βασικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εξήγηση των διαφορών του κόστους υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών (Gerdtham et al., 1992 & 2000; Hitiris και Nixon, 2001; Costa-Font και Pons-Novell, 2007).

Οι παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στις δαπάνες υγείας των χωρών είναι το κατά κεφαλήν εισόδημα (κατά κεφαλήν ΑΕΠ), η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού της χώρας, η σχετική τιμή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και περιβαλλοντικοί παράγοντες, η επίδραση και υιοθέτηση των τεχνολογικών αλλαγών (Bac και LePen, 2002; Gerdtham et al., 1992).

Σε μικροοικονομικό επίπεδο, οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους στους παράγοντες που οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η ζήτηση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες μεταξύ των οποίων η τιμή των υπηρεσιών υγείας, διάφορα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του νοικοκυριού (όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η ηλικία κλπ), η αγορά ασφάλειας υγείας και η αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα (Propper, 2000).

Οι κύριοι παράγοντες που ωθούν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα είναι οι ακόλουθοι:

- Το **κατά κεφαλήν ΑΕΠ** διεθνώς έχει έντονη θετική συσχέτιση με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας (με συντελεστή συσχέτισης της τάξης του 0,85 για την Ελλάδα).
- Τα τελευταία 20 χρόνια, το **προσδόκιμο διαβίωσης** του ελληνικού πληθυσμού έχει αυξηθεί κατά περισσότερο από 3 έτη<sup>2</sup>. Συνεπώς, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών έχει αυξηθεί από 1,4 εκατ. το 1991 σε 2,1 εκατ. το 2008 και αναμένεται να προσεγγίσει τα 3,5-4,0 εκατ. ως το 2050 (32,5% του συνολικού πληθυσμού έναντι 29,9% για τις χώρες του μέσου όρου ΟΟΣΑ).
- Η **τεχνολογική πρόοδος** στον τομέα της ιατρικής αυξάνει τις δυνατότητες διάγνωσης και αντιμετώπισης ασθενειών, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού εξετάσεων και θεραπειών και συνεπώς των δαπανών υγείας.
- Η **“τεχνητή ζήτηση”**, δεδομένου ότι το πλήθος των ιατρών στην Ελλάδα αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς και είναι σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ και της Ε.Ε..

Όσον αφορά τις συνολικές δαπάνες υγείας, αυτές ορίζονται, σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, ως η συνολική κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας συν οι κεφαλαιουχικές επενδύσεις σε υποδομές υγείας γενικά. Με άλλα λόγια περιλαμβάνονται οι δαπάνες, από δημόσιες και

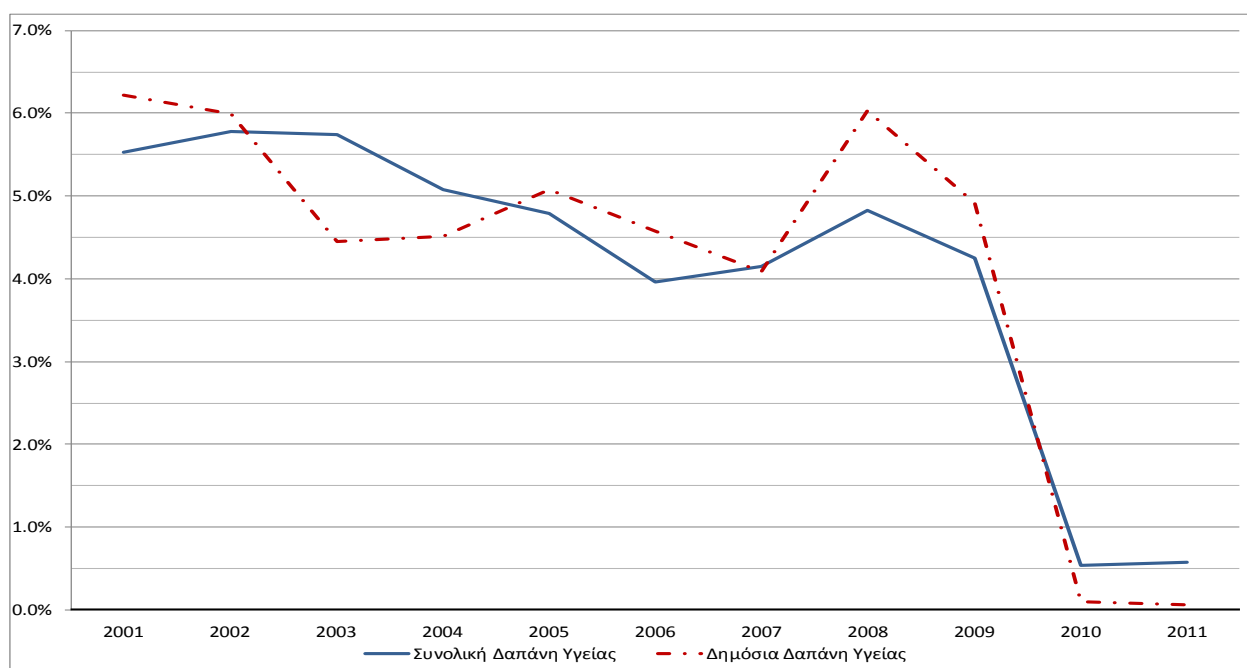
---

<sup>2</sup> United Nations, World Population Prospects, the 2012 Revision

ιδιωτικές πηγές, σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας, η δημόσια υγεία, τα προγράμματα πρόληψης, καθώς και τα διοικητικά έξοδα των δομών των συστημάτων υγείας.

Ο μέσος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2000-2009 κυμαινόταν κατά μέσο όρο στο 5%. Μετά την κατακόρυφη πτώση κατά το 2010 - από ετήσια ποσοστιαία μεταβολή 4,2% το 2009 στο 0,6% το 2010 - η δαπάνη για την υγεία το 2011 παρέμεινε σταθερή στις χώρες του ΟΟΣΑ, με το ρυθμό της δημόσιας συνιστώσας να παρουσιάζει καθοδική τάση από το 2008 και εφεξής (Διάγραμμα 6).

**Διάγραμμα 6 - Μέση ρυθμός αύξησης των Συνολικών και Δημοσίων Δαπανών Υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ (2001-2011)**



Πηγή: OECD Health Data 2013.

Όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 7, ο μέσος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2000-2009 κυμαινόταν γύρω στο 5%. Μετά την κατακόρυφη πτώση το 2010 -από ετήσια ποσοστιαία μεταβολή 4,2% το 2009 στο 0,6% το 2010- η δαπάνη για την υγεία το 2011<sup>3</sup> παρέμεινε σταθερή στις χώρες του ΟΟΣΑ, με το ρυθμό της δημόσιας συνιστώσας να παρουσιάζει καθοδική τάση από το 2008 και εφεξής.

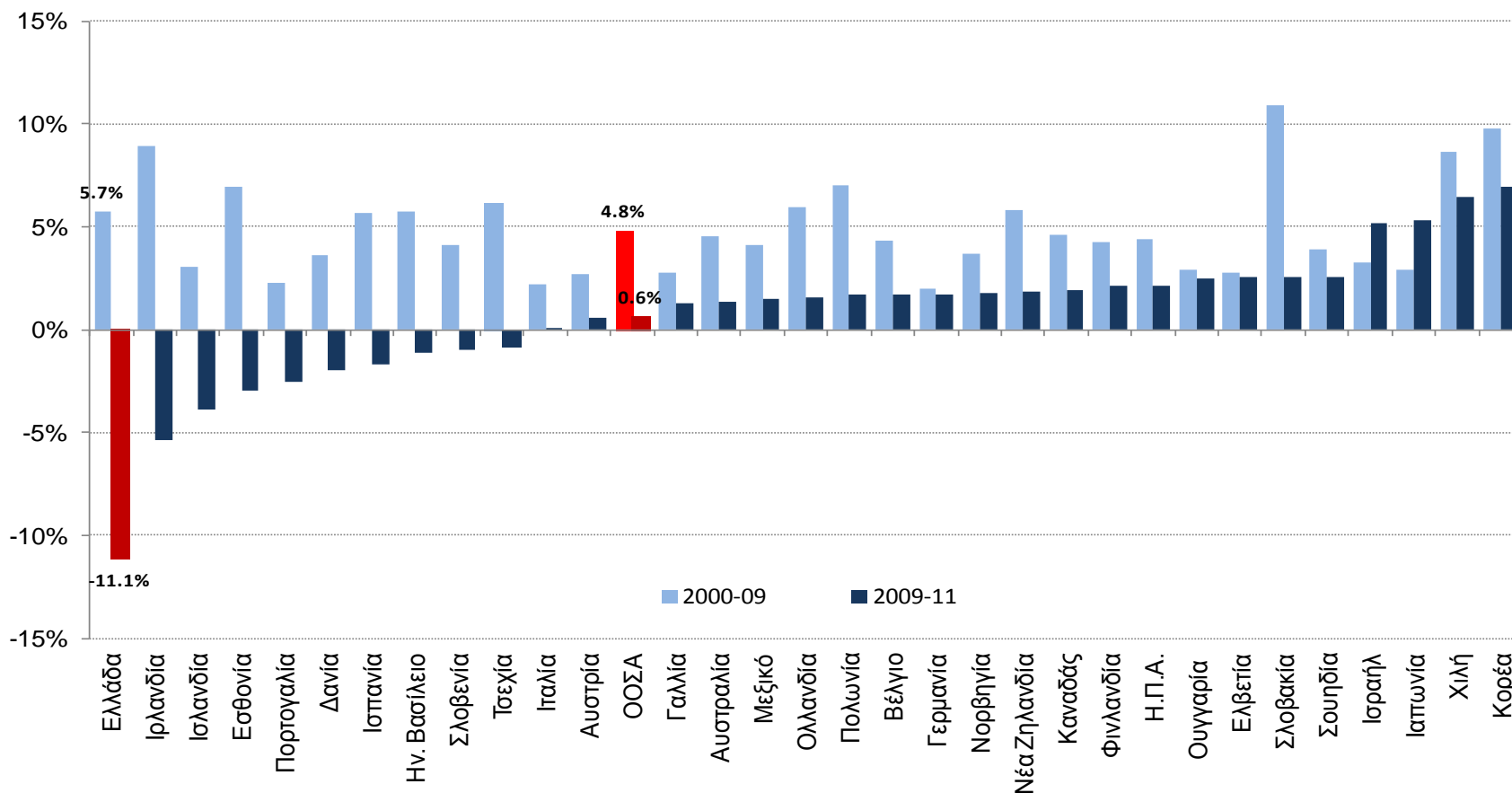
Ως ποσοστό του ΑΕΠ, οι δαπάνες Υγείας περιορίστηκαν το 2011 στο 9,3%, έναντι 9,5% το 2010 και 9,6% το 2009. Η μείωση αυτή συνδέεται με τη μείωση της κρατικής χρηματοδότησης/επιχορήγησης στον

<sup>3</sup> Το 2011 αποτελεί το τελευταίο έτος για το οποίο παρέχονται στατιστικά στοιχεία ακόμη και στις πλέον πρόσφατες σχετικές εκδόσεις του ΟΟΣΑ.

τομέα της υγείας. Επίσης, στις περισσότερες χώρες, λόγω της ύφεσης και των μειώσεων στα εισοδήματα, είτε παραμένει σταθερή ή σημειώνει ελαφρά μείωση.



**Διάγραμμα 7 - Μέσος ρυθμός αύξησης των Δαπανών Υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ τις περιόδους 2000-09 & 2009-11, σε πραγματικούς όρους**



**Σημειώσεις:**

Οι ρυθμοί αύξησης για την Αυστραλία, Δανία, Ιαπωνία, Μεξικό και Σλοβακία αναφέρονται στο 2009-10 αντί για 2009-11.

Οι ρυθμοί αύξησης για την περίοδο 2009-11 δεν είναι διαθέσιμες για το Λουξεμβούργο και την Τουρκία.

Οι ρυθμοί αύξησης για τη Χιλή υπολογίστηκαν με τη χρήση του δείκτη τιμών καταναλωτή (CPI).

Πηγή: OECD Health Data 2013

Στο Διάγραμμα 7 παρουσιάζεται ο μέσος ρυθμός μεταβολής, τόσο της συνολικής, όσο και της δημόσιας δαπάνης υγείας για τις χρονικές περιόδους 2000-2009 (ανοδική τάση) και 2009-2011 (πτωτική τάση), όπου διαπιστώνονται οι σημαντικές διαφοροποιήσεις των ρυθμών μεταβολής μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Η μέση ποσοστιαία αύξηση στην Ελλάδα, κατά τη δεκαετία 2000-2009, είναι υψηλότερη από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (5,7% έναντι 4,8% αντίστοιχα), ενώ την τριετία 2009-2011 καταγράφει έντονη καθοδική τάση – τη μεγαλύτερη από όλες ανεξαιρέτως τις χώρες – που υπερβαίνει το 11%, έπειτα από μία συνεχή αύξηση της τάξης του 5% την περίοδο 2000 – 2009. Ανάλογη εξέλιξη φαίνεται και στην Ιρλανδία, όπου η αύξηση των δαπανών ήταν της τάξης του 9% το 2009, για να μειωθεί κατά 7,7% το 2010 και επιπλέον 3% το 2011. Το σύνολο του ΟΟΣΑ σημειώνει ισχνή μέση άνοδο της τάξης του 0,5%. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι το 2011, οι δαπάνες Υγείας αυξήθηκαν κατά 0,5% μεταξύ των 32 χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ το 2010 η αντίστοιχη αύξηση ήταν της τάξης του 0,1%.

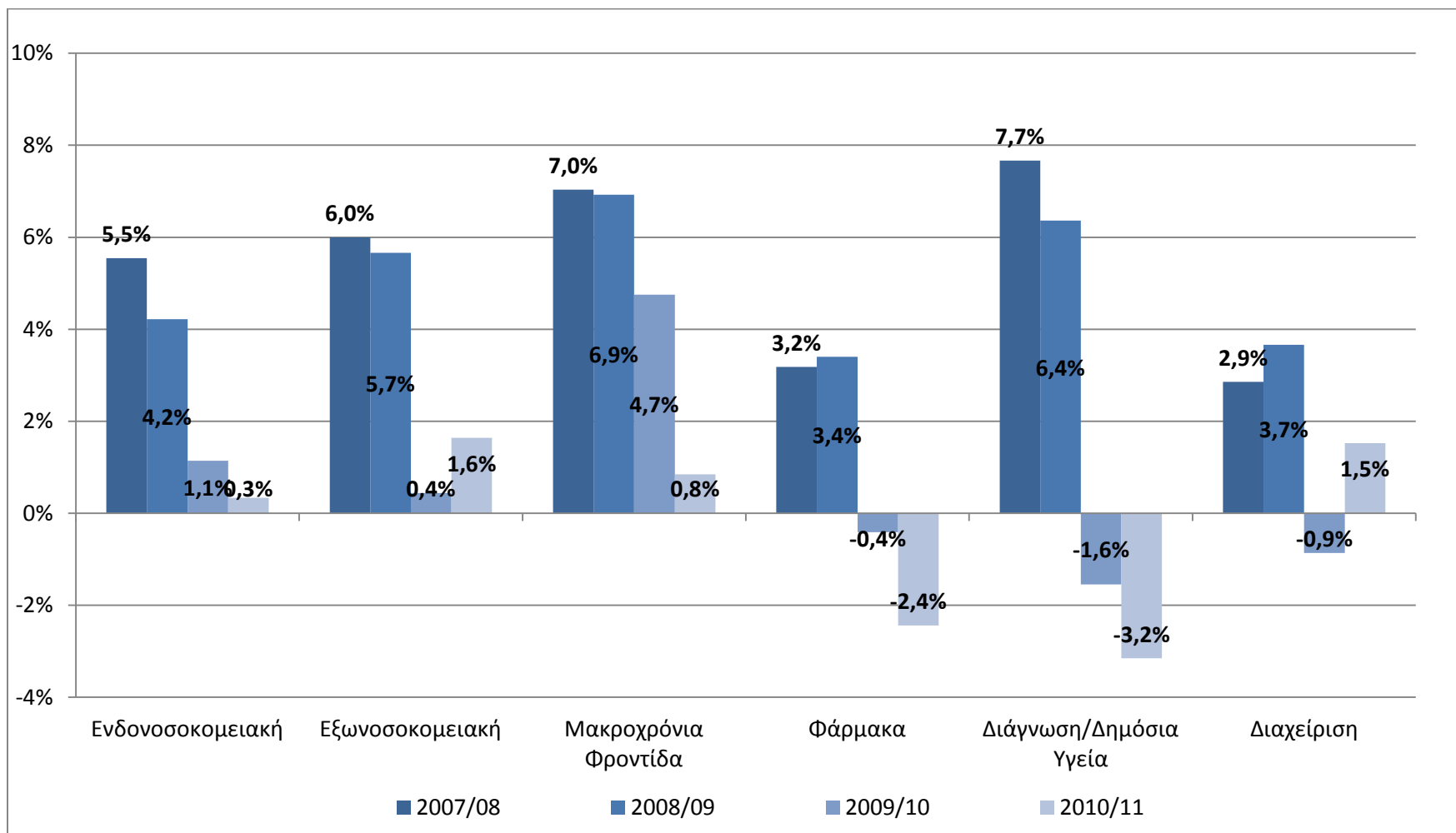
Από την έναρξη της κρίσης, οι περισσότερες χώρες ακολουθούν μία έντονα περιοριστική πολιτική στις δαπάνες υγείας, με την Ελλάδα να είναι η αρνητική πρωταγωνίστρια στις μειώσεις. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκουν να καλύψουν τα κενά χρηματοδότησης, από τις αυξημένες ανάγκες. Τα βασικότερα μέτρα που εφαρμόζονται είναι ποσοτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στις παροχές και τις καλύψεις, περικοπές στις ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών του κλάδου, αλλά και υποχρεωτικές επιστροφές από τους παρόχους (claw-back) και ταμεία.

Στο Διάγραμμα 8, στη συνέχεια, καταγράφεται η ετήσια ποσοστιαία μεταβολή των επιμέρους κατηγοριών της δημόσιας δαπάνης υγείας, κατά την τετραετία 2008-2011, στο σύνολο των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ. Είναι προφανές ότι κατά τη διετία 2008-2009, ιδιαίτερα το 2008 σε σχέση με το προγενέστερο έτος<sup>4</sup>, όλες οι συνιστώσες εμφανίζουν σημαντικό ανοδικό ρυθμό, με υψηλότερο εκείνο στη μακροχρόνια φροντίδα και στη δημόσια υγεία-πρόληψη και με χαμηλότερους στα φαρμακευτικά προϊόντα καθώς και στα διοικητικά έξοδα. Η περίοδος 2010-2011 χαρακτηρίζεται από χαμηλό θετικό ρυθμό μεταβολής σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες με εξαίρεση τη δημόσια υγεία και τα φάρμακα όπου σημειώνεται πτώση κατά 3,2% και 2,4%, αντίστοιχα, κατά το 2011, μεγαλύτερη και στις δύο περιπτώσεις από εκείνη του 2010.

---

<sup>4</sup> Με εξαίρεση τα διοικητικά έξοδα τα οποία εμφανίζουν υψηλότερο ρυθμό ανόδου το 2009 και όχι το 2008.

Διάγραμμα 8 – Μέσος ρυθμός μεταβολής των δημοσίων δαπανών υγείας, ανά τομέα δραστηριότητας, για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2008-2011



Πηγή: OECD Health Data 2013

Τα επόμενα δύο γραφήματα αποτυπώνουν τη συνολική δαπάνη υγείας κατά χώρα ως ποσοστό του ΑΕΠ (Διάγραμμα 9) και κατά κεφαλή (Διάγραμμα 10), αντίστοιχα, για το 2011<sup>5</sup>. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ εμφανίζουν σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ κατά το 2011, με πρώτες στην κατάταξη τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ολλανδία, τη Γαλλία και τη Γερμανία, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στο Μεξικό, την Τουρκία και τέλος την Εσθονία. Η Ελλάδα με ποσοστό 9,1% βρίσκεται ελαφρώς χαμηλότερα από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9,3%) εμφανίζοντας σημαντική υποχώρηση από το 9,5% του 2010 και το 10,2% του 2009<sup>6</sup>. Είναι αξιοσημείωτο ότι κατά τη διετία 2010-2011 η δαπάνη υγείας στη χώρα μας παρουσίασε σημαντική πτώση κατά 11% ετησίως, συμμορφούμενη με τις επιταγές του Προγράμματος Οικονομικής Σταθερότητας, έναντι υποδιπλάσιας και υπο-τριπλάσιας μείωσης στις δύο άλλες χώρες, που εφαρμόζουν μνημόνιο την Ιρλανδία και την Πορτογαλία, αντίστοιχα.

Στη συνέχεια, στο Διάγραμμα 10 δίνεται ανάγλυφα η σημαντική διαφοροποίηση, σε απόλυτα μεγέθη, μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ στις συνολικές (δημόσιες και ιδιωτικές) δαπάνες υγείας κατά κεφαλή για το ίδιο έτος, δηλαδή για το 2011. Οι Η.Π.Α., εμφανίζουν κατά κεφαλή δαπάνη που υπερβαίνει τα 8500\$ έναντι των 906\$ της Τουρκίας. Η χώρα μας βρίσκεται χαμηλότερα κατά 30% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ το 2011 ενώ το 2009 το σχετικό μέγεθος ήταν στο 90% του συνολικού.

Επισημαίνεται ότι η δημόσια δαπάνη υγείας στη χώρα μας σημειώνει εντονότερη, σε σχέση με τη συνολική δαπάνη υγείας, πτώση -13,3% συγκεκριμένα- από το 2009 και εφεξής, μία αναμενόμενη εξέλιξη λόγω ένταξης στα Προγράμματα Οικονομικής Στήριξης με ότι αυτό συνεπάγεται για τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι οι άλλες δύο μνημονιακές χώρες, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία, καταγράφουν υπο-διπλάσιο και υπο-τριπλάσιο μέσο ρυθμό μείωσης, αντίστοιχα, κατά την ίδια τριετία 2009-2011.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα οι δημόσιες κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 11,1% ενώ στην Ιρλανδία 6,6%. Οι δαπάνες υγείας όμως, μειώθηκαν σημαντικά και σε άλλες μεγάλες οικονομίες, όπως είναι οι ΗΠΑ με 1,3% και ο Καναδάς με 0,8%. Οι μόνες χώρες στις οποίες ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για την υγεία αυξήθηκε από το 2009, σε σύγκριση με την προηγούμενη δεκαετία, ήταν η Ιαπωνία και το Ισραήλ.

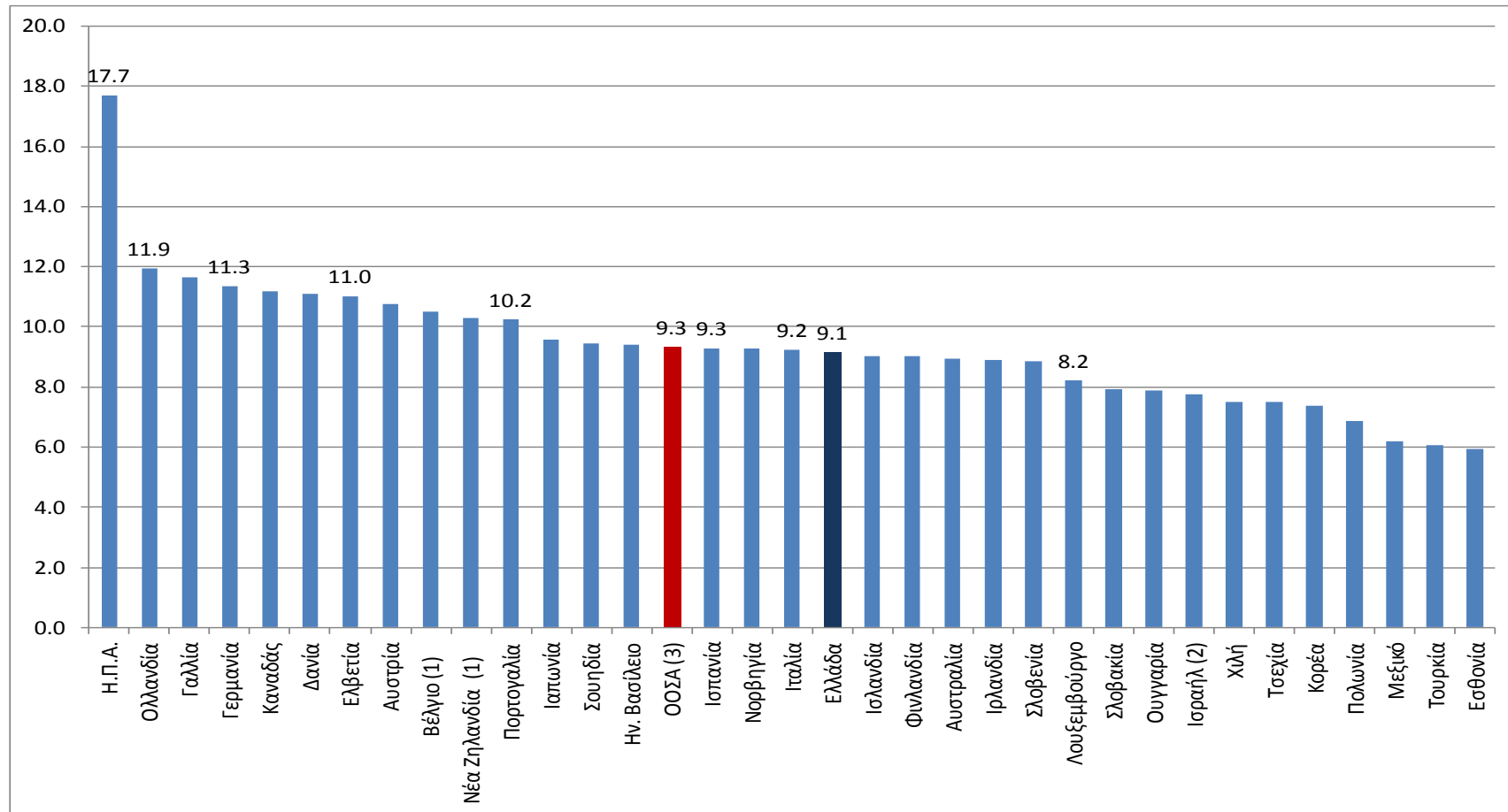
Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του μίγματος χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας είναι το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών. Οι άμεσες πληρωμές από τους πολίτες, οι συν-πληρωμές και οι «παράτυπες» πληρωμές (στο βαθμό που καταγράφονται στις έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών) αποτελούν το 37,6% του συνόλου των δαπανών υγείας, ενώ οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση φτάνουν μόλις στο 2,1%, με αποτέλεσμα το 39,7% των δαπανών υγείας να είναι ιδιωτικές. Αξιοσημείωτη είναι η σημαντική απόσταση μεταξύ των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση και των

<sup>5</sup> Το 2011 είναι το πλέον πρόσφατο έτος για το οποίο υπάρχουν στατιστικά δεδομένα από την τράπεζα δεδομένων του ΟΟΣΑ ή/και της EUROSTAT ή ακόμη και από ειδικές εκθέσεις που βασίζονται σε στοιχεία του κλάδου της φαρμακοβιομηχανίας.

<sup>6</sup> Από το 2000 και μέχρι το 2010 η σχετική αναλογία στην Ελλάδα υπερέβαινε την αντίστοιχη του ΟΟΣΑ ως σύνολο.

άμεσων ή παράτυπων πληρωμών, γεγονός που καταδεικνύει τη περιορισμένη ασφαλιστική συνείδηση στην Ελλάδα.

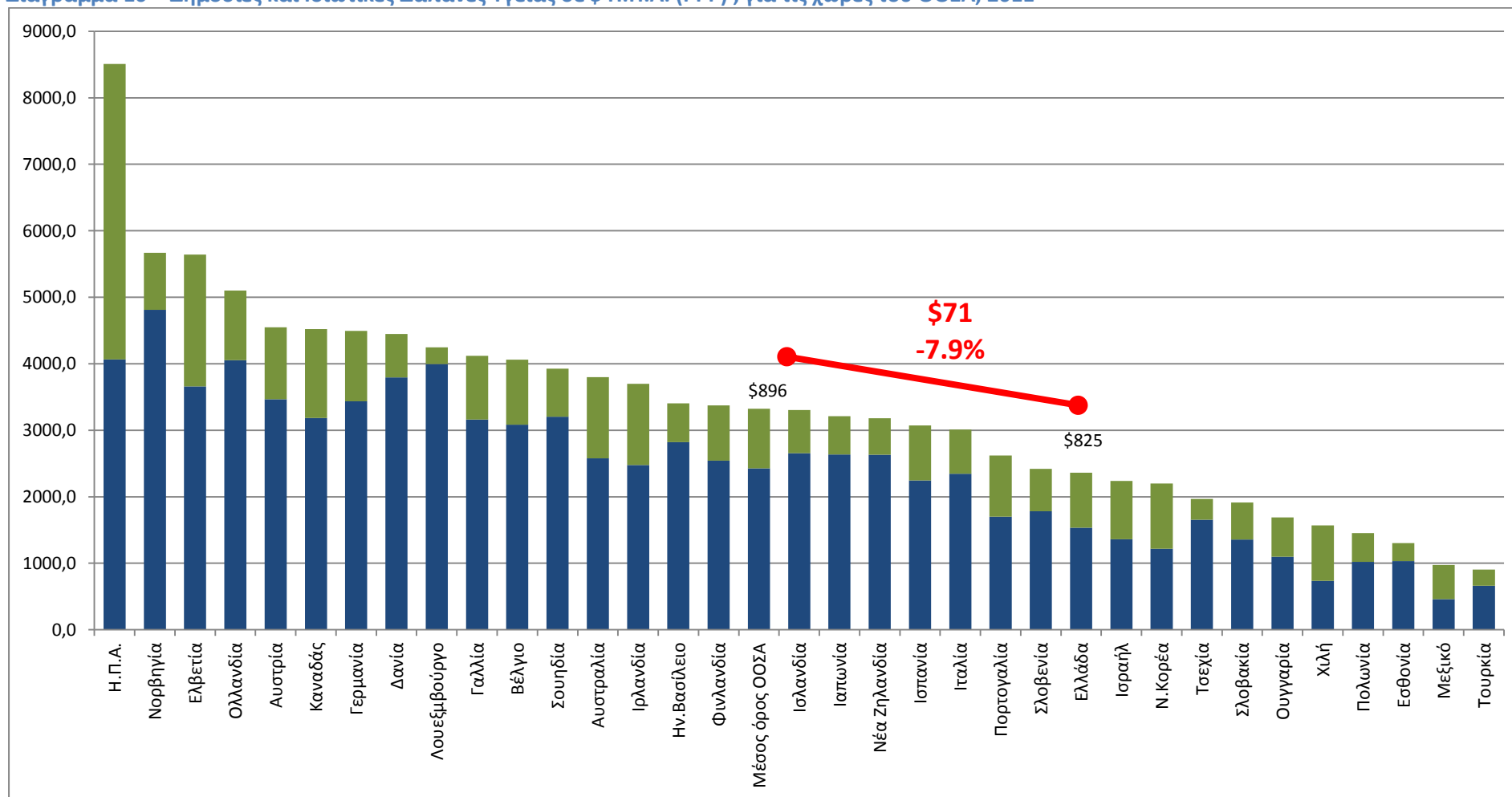
Διάγραμμα 9 – Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2011



Σημειώνεται ότι οι δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) περιλαμβάνουν και τις κεφαλαιακές δαπάνες και όχι μόνο τις τρέχουσες.

Πηγή: OECD Health Data 2013

Διάγραμμα 10 – Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε \$ Η.Π.Α. (PPP) , για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2011

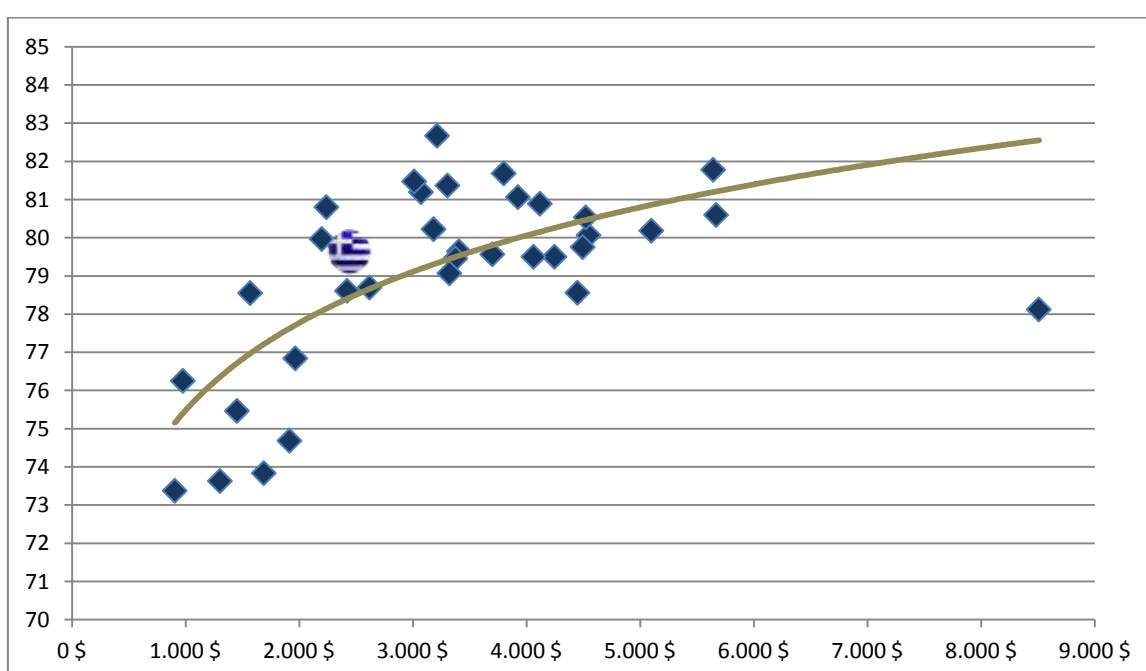


Σημειώνεται ότι οι δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) περιλαμβάνουν και τις κεφαλαιακές δαπάνες και όχι μόνο τις τρέχουσες.

Πηγή: OECD Health Data 2013

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παγκοσμίως αναμένεται να αυξηθούν κατά 2,6% το 2013, και να ενισχυθεί ο ρυθμός αύξησής τους κατά μέσο όρο 5,3% για τα επόμενα τέσσερα χρόνια (2014-2017)<sup>7</sup>. Η αύξηση αυτή αναμένεται να επιβαρύνει σημαντικά τις πιέσεις προς τις κυβερνήσεις και τα συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και τις ασφαλιστικές εταιρείες (μέσω της αύξησης των αποζημιώσεων για παροχές) και τους καταναλωτές (μέσω των ιδιωτικών πληρωμών), τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναδυόμενες αγορές. Η αύξηση των ατά κατά κεφαλήν δαπανών υγείας έχει επίσης συνδράμει θετικά στην αύξηση του μέσου προσδόκιμου επιβίωσης για τις χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 11)

**Διάγραμμα 11: Συνολική κατά κεφαλήν Δαπάνη Υγείας (σε \$, PPP) και Μέσο Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη γέννηση για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2011**



Πηγή: OECD Health Data 2013

Η υγειονομική περίθαλψη, τόσο μεταξύ των παρόχων, όσο και ασφαλιστικούς φορείς, στα συστήματα κοινωνικής και ιδιωτικής, αποτελεί έναν τομέα που απαιτεί σημαντικούς πόρους και δαπάνες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Economist Intelligence Unit (EIU), οι δαπάνες υγείας, παγκοσμίως, ως ποσοστό του ΑΕΠ, θα ανέλθουν στο 10,5% το 2014 (στα ίδια επίπεδα με το 2013). Ωστόσο, χαρακτηριστικό είναι ότι τα επιμέρους ποσοστά, ανά γεωγραφική περιοχή παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ φτάνουν στο 17,4% στη Βόρεια Αμερική, το 10,7% στη Δυτική Ευρώπη, το 8,0% στη Λατινική Αμερική, το 6,6% στην Ασία/Ωκεανία και το 6,4% στις χώρες της Μ.Ανατολής και της Αφρικής. Μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών, οι δαπάνες που αφορούν τον τομέα της υγείας,

<sup>7</sup> World Healthcare Outlook, Economist Intelligence Unit, August 14, 2013. Total spending is for the 60 markets that EIU covers και εκτιμήσεις World Bank.



αποτελούν τη δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία δαπανών, μετά από τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός ότι έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση στο προσδόκιμο διαβίωσης, είναι πολύ χαρακτηριστικό ότι αυξάνονται παράλληλα και τα έτη με “κακή υγεία” για τον πληθυσμό, με αύξηση των χρόνιων νοσημάτων. Ιδιαίτερως χαρακτηριστική είναι η φράση του Dr Hiroshi Nakajima, Γενικού Διευθυντή του WHO (1997):

*"Increased longevity without quality of life is an empty prize.*

*Health expectancy is more important than life expectancy."*

Για τη διάκριση μεταξύ του προσδόκιμου διαβίωσης και της εκτίμησης των ετών υγιούς διαβίωσης των πολιτών, παρατίθενται τα στοιχεία ενός διαρθρωτικού δείκτη για τις χώρες της Ε.Ε. όπου υπολογίζει τα έτη υγιούς διαβίωσης. Ο δείκτης ουσιαστικά αποτελεί ένα μέτρο του προσδόκιμου διαβίωσης, χωρίς αναπηρίες και βασίζεται σε περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες και ως εκ τούτου, μετρά τον αριθμό των υπολειπόμενων ετών που ένα άτομο από μια συγκεκριμένη ηλικία, αναμένεται να ζήσει χωρίς αναπηρία. Οι δείκτες “προσδόκιμου υγείας” (health expectancy), αναπτύχθηκαν αρχικά για να διερευνηθεί κατά πόσο ή όχι μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, συνοδεύεται και από αύξηση του χρόνου ζούσαν σε “καλή” ή σε “κακή” υγεία. Με τον τρόπο αυτό εκτιμάται μια νέα διάσταση αυτή της ποιότητας διαβίωσης.

Στους Πίνακες 3 έως και 5 παρουσιάζονται για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα στοιχεία του προσδόκιμου διαβίωσης, σε σύγκριση με το προσδόκιμο υγιούς διαβίωσης.

**Πίνακας 3: Το προσδόκιμο διαβίωσης και τα έτη υγιούς διαβίωσης κατά τη γέννηση, την ηλικία των 50 ετών και σε ηλικία 65 ετών, στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.-27), το 2010, κατά φύλο.**

Ε.Ε.-27	Προσδόκιμο Διαβίωσης	Έτη Υγιούς Διαβίωσης	Προσδόκιμο Διαβίωσης, με μέτριους περιορισμούς σε δραστηριότητες	Προσδόκιμο Διαβίωσης, με σοβαρούς περιορισμούς σε δραστηριότητες
	(σε έτη)	(σε έτη)	(σε έτη)	(σε έτη)
Κατά τη Γέννηση				
Άνδρες	77	61,4	10,3	5,4
Γυναίκες	82,9	62,1	13,7	7
Διαφορά	5,9	0,7	3,4	1,6
Στην ηλικία των 50 ετών				
Άνδρες	29,4	17,4	7,6	4,4
Γυναίκες	34,3	18,1	10,1	6,1
Διαφορά	4,9	0,7	2,5	1,7
Στην ηλικία των 65 ετών				
Άνδρες	17,5	8,6	5,6	3,4
Γυναίκες	21,1	8,8	7,2	5
Διαφορά	3,6	0,2	1,6	1,6

Πηγή: Eurostat for death and population data - Eurostat SILC for activity limitation data, and EHEMU for calculations.

**Πίνακας 4: Το προσδόκιμο διαβίωσης και τα έτη υγιούς διαβίωσης για τις χώρες της Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.-27), το 2010, κατά φύλο.**

Χώρα	Προσδόκιμο Διαβίωσης		Έτη Υγιούς Διαβίωσης		Προσδόκιμο Διαβίωσης, με μέτριους περιορισμούς σε δραστηριότητες		Προσδόκιμο Διαβίωσης, με σοβαρούς περιορισμούς σε δραστηριότητες	
	(σε έτη)		(σε έτη)		(σε έτη)		(σε έτη)	
Αυστρία	77,85	83,52	59,26	60,65	12,63	14,16	5,96	8,71
Βέλγιο	77,57	83,00	64,10	62,66	8,91	13,33	4,56	7,01
Βουλγαρία	70,30	77,37	63,06	67,19	5,36	7,73	1,88	2,45
Κύπρος	79,35	84,02	65,54	65,06	7,67	10,78	6,14	8,19
Τσεχία	74,53	80,88	62,24	64,55	8,84	11,58	3,45	4,75
Δανία	77,16	81,40	62,28	61,85	10,49	13,95	4,39	5,59
Εσθονία	70,66	80,76	54,00	58,14	12,58	16,35	4,08	6,26
Φινλανδία	76,87	83,53	58,46	57,78	13,12	18,80	5,29	6,96
Γαλλία	78,25	85,30	61,93	63,48	10,13	12,86	6,19	8,96
Γερμανία	78,01	82,96	57,95	58,56	13,11	15,99	6,95	8,42
Ελλάδα	78,37	82,80	66,38	67,63	6,78	8,33	5,21	6,84
Ουγγαρία	70,72	78,56	56,35	58,61	9,99	13,58	4,38	6,38
Ιρλανδία	78,75	83,23	65,97	66,95	8,51	11,74	4,26	5,54
Ιταλία	79,79	85,00	67,56	67,51	8,49	11,88	3,75	5,61
Λετονία	68,27	78,18	53,36	56,43	11,53	16,70	3,38	5,06
Λιθουανία	67,77	78,91	57,57	62,25	7,15	11,44	3,04	5,22
Λουξεμβούργο	77,91	83,54	64,51	66,03	9,16	12,35	4,24	5,16
Μάλτα	79,17	83,57	70,17	71,64	6,37	7,72	2,63	4,21
Ολλανδία	78,92	82,97	61,08	60,21	13,49	18,65	4,35	4,11
Πολωνία	72,18	80,72	58,54	62,25	8,73	12,10	4,91	6,38
Πορτογαλία	76,92	83,11	59,21	56,66	12,25	18,45	5,47	8,00
Ρουμανία	70,11	77,56	57,60	57,48	9,07	14,29	3,44	5,79
Σλοβακία	71,73	79,28	52,33	52,04	13,70	17,57	5,71	9,67
Σλοβενία	76,44	83,08	53,15	54,54	15,31	18,37	7,98	10,18
Ισπανία	79,14	85,32	64,32	63,74	11,16	15,85	3,66	5,73
Σουηδία	79,61	83,63	71,68	70,99	4,71	7,17	3,22	5,47
Ην, Βασίλειο	78,69	82,64	65,01	65,63	7,30	9,91	6,38	7,10

Πηγή: Eurostat for death and population data - Eurostat SILC for activity limitation data, and EHEMU for calculations.

Συμπερασματικά, προκύπτει ότι η γήρανση του πληθυσμού και το δημογραφικό πρόβλημα, σε συνδυασμό με την αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και τις απαιτούμενες επενδύσεις για νέες τεχνολογίες στις επιστήμες υγείας αποτελούν ένα εκρηκτικό μίγμα για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας σε πολλές χώρες παγκοσμίως.

### 1.3. Διεθνείς τάσεις στη χρηματοδότηση του κόστους περίθαλψης (δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση, συμμετοχή ασθενών, αποταμιευτικοί λογαριασμοί υγείας)

#### 1.3.1. Τα μοντέλα και τα συστήματα Υγείας διεθνώς

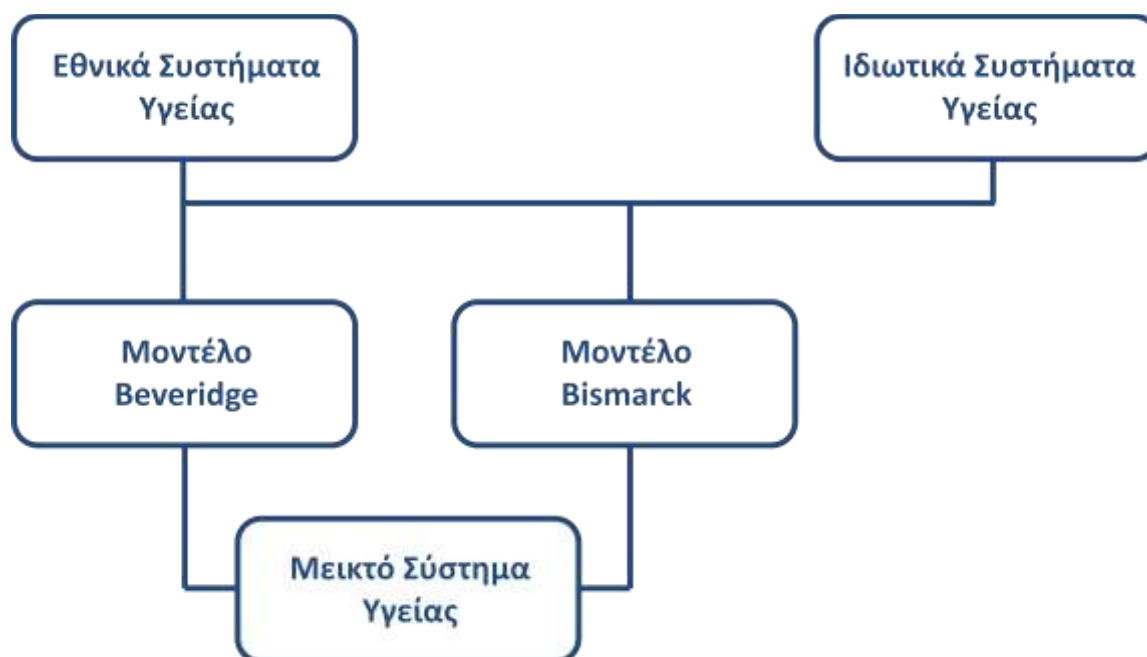
Τα βασικά πρότυπα οργάνωσης και διαχείρισης των συστημάτων υγείας είναι τρία. Το πρώτο αναπτύχθηκε στο Ην.Βασίλειο από τον Sir William Beveridge και αναφέρεται αγγλοσαξονικό μοντέλο διοίκησης. Ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης είναι η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της κοινωνικής ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της γεωγραφικής αποκέντρωσης των υπηρεσιών. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.

Το δεύτερο πρότυπο προτάθηκε από τον Bismarck το 1883 και ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο. Η κεντρική φιλοσοφία του Bismarck ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους ασφαλιστικών οργανισμών/ταμείων. Πολλές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, υιοθέτησαν το πρότυπο αυτό, με πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα τη Γερμανία.

Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο (εφαρμόζεται στη Σουηδία, τη Δανία, τη Νορβηγία), η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας.

Στο Διάγραμμα 12 παρουσιάζεται η βασική δομή των συστημάτων υγείας.

**Διάγραμμα 12: Οι δομές των συστημάτων υγείας**



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

Σε διεθνές επίπεδο, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε τρεις εναλλακτικές προσεγγίσεις:

- α) στα Εθνικά Συστήματα Υγείας
- β) στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας & Ταμεία Υγείας και
- γ) στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

Στα εθνικά συστήματα υγείας, η παροχή και η διανομή των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται άμεσα από το κράτος και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβάρυνση για τους πολίτες. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται είτε άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό, είτε συμπληρωματικά και από άλλες πηγές όπως κοινωνική ασφάλιση και η τοπική φορολογία (Σουηδία). Βασικό πλεονέκτημα είναι η δυνατότητα κεντρικού σχεδιασμού, με αποτέλεσμα την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επέμβαση για την υλοποίηση των στόχων. Βασικό μειονέκτημα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας αποτελούν οι αυξημένες δαπάνες υγείας (βραχυχρόνια) σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Ωστόσο, κρίνονται αποτελεσματικότερα, σε θέματα ισότητας, προσβασιμότητας και δικαιότερης κατανομής των πόρων.

Τα μεικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας/ασθένειας και εφαρμόζονται στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών. Σε κάθε χώρα ωστόσο υπάρχουν διαφοροποιήσεις, για παράδειγμα στη Γερμανία, τα ταμεία αφορούν ομάδες εργαζομένων, ενώ στη Γαλλία λειτουργούν με τη μορφή της εθνικής ασφάλισης. η χρηματοδότηση μέσω των εισφορών των πολιτών με κριτήριο το εισόδημα, η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης και η έντονη κρατική παρεμβατικότητα που έχει ως στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα<sup>8</sup>.

Στα μεικτά συστήματα υγείας η προσφορά των υπηρεσιών υγείας γίνεται από προμηθευτές/παρόχους (γιατρούς, νοσοκομειακές υπηρεσίες που προσφέρονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά ιδρύματα κ.λπ.). Ανεξάρτητα όμως από τον τρόπο αποζημίωσης των γιατρών και τον τύπο ιδιοκτησίας των νοσοκομείων, οι κυβερνήσεις των χωρών έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα επέμβασης και στον τρόπο αποζημίωσης και στον τρόπο ίδρυσης, λειτουργίας, οργάνωσης κάθε είδους ιδρύματος.

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας στηρίζουν στο μεγαλύτερο βαθμό το πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών τους, στον ανταγωνισμό και διαμορφώνουν την αγορά των υπηρεσιών υγείας, μέσω της ισορροπίας στις αγορές νοσοκομειακής περίθαλψης, της εξωνοσοκομειακής και της φαρμακευτικής περίθαλψης. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι ότι οι παροχές υγείας δίδονται μέσω του συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης και ως εκ τούτου σημαντικός παράγοντας είναι το εισόδημα των καταναλωτών το οποίο και καθορίζει το επίπεδο ζήτησης, καθώς και το μέγεθος της πληθυσμιακής σύνθεσης ενός τόπου. Στα φιλελεύθερα συστήματα, όπου βασίζονται στην Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας, ισχύει η εθελοντική ασφάλιση και οι υγειονομικές καλύψεις είναι ανάλογες με την οικονομική κατάσταση του καθενός, δημιουργώντας έτσι έντονες ανισότητες και ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού χωρίς κάλυψη.

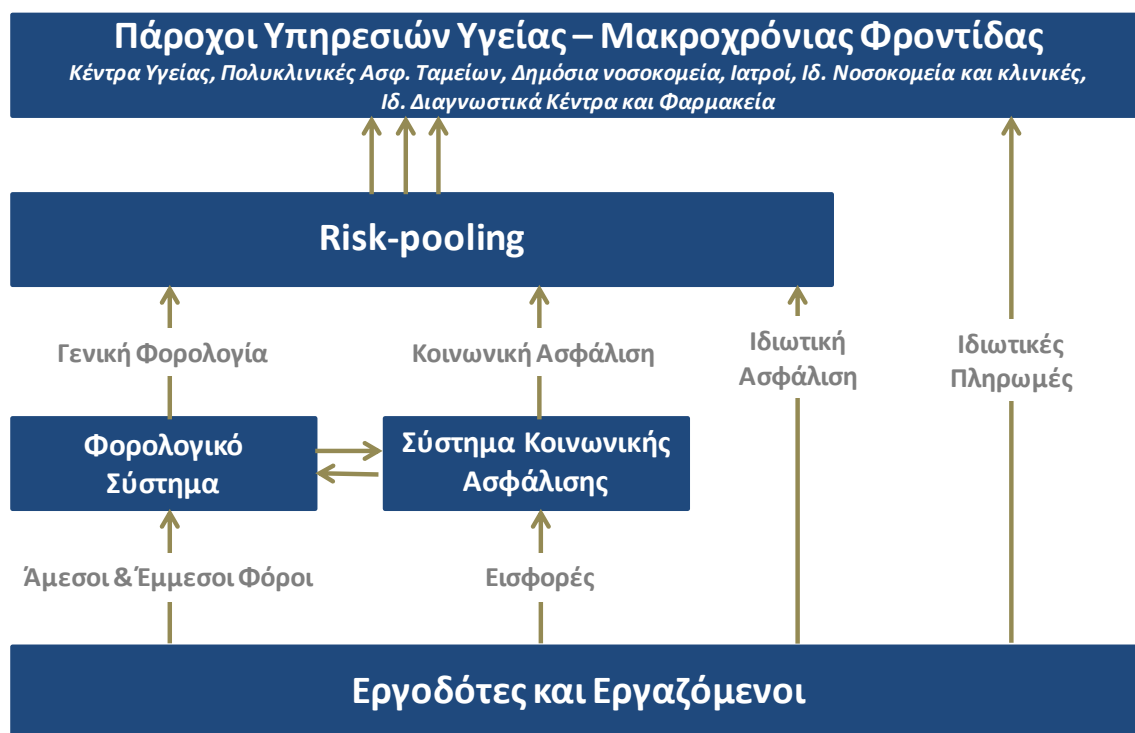
---

<sup>8</sup> Λιαρόπουλος Λ.,(2007), Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Το κράτος καλείται να παρεμβαίνει για την επίλυση των ανισοτήτων και να διασφαλίζει την προσβασιμότητα για το σύνολο των πολιτών.

Τα τελευταία χρόνια, σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ιδιοκτησία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων έχει αρχίσει σταδιακά να μεταβιβάζεται από ομάδες ιατρών σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και χρηματοοικονομικούς ομίλους, οι οποίοι με τη σειρά τους εισάγουν σύγχρονες μεθόδους προώθησης παροχής υπηρεσιών, με γνώμονα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών. Στο Διάγραμμα 13 που ακολουθεί παρουσιάζεται η δομή χρηματοδότησης για υγειονομική περίθαλψη.

**Διάγραμμα 13: Η Χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας**



Πηγή: Skehri και Savedoff (2005)

Σε διάφορες χώρες παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση των χρηματοδοτικών ρυθμίσεων, λόγω των διαφόρων ορισμών που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τις διάφορες πηγές χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (Colombo και Taray, 2004; Mosialos και Thomson, 2002 & 2004). Παραδοσιακά, τα προγράμματα χρηματοδότησης υγείας ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: τα «δημόσια» και τα «ιδιωτικά».

Ωστόσο, υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να γίνει διάκριση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών συστημάτων χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι διακρίσεις αυτές μπορούν να βασίζονται σε παράγοντες όπως ο βαθμός των θεσμικών παρεμβάσεων, η ύπαρξη ελευθερίας επιλογής, το επίπεδο της συμμετοχής, η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης και η διαχείριση των κινδύνων και οι πηγές χρηματοδότησης (OECD 2004; Mosialos και Thomson 2002).

Σε ορισμένες χώρες (όπως για παράδειγμα στην Ολλανδία και την Ελβετία), οι ιδιώτες υποχρεούνται να επιλέγουν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας από την ιδιωτική ασφάλιση. Παρ' όλα αυτά, το σύστημα υγείας ρυθμίζεται κατά τρόπο παρόμοιο με τα δημόσια συνταξιοδοτικά συστήματα σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, δεδομένου ότι οι παροχές είναι τυποποιημένες και τα ασφάλιστρα ρυθμίζονται βάσει συγκεκριμένων παραγόντων (van de Ven και Schut 2008, 2010 & 2011; Van de Ven et al. 2007; Colombo και Taray 2004). Επίσης, στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, η επικουρική ασφάλιση προσφέρεται σε εθελοντική βάση, από την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ η κάλυψη των βασικών υπηρεσιών είναι υποχρεωτική για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες, το θεσμικό πλαίσιο ορίζει την υποχρέωση για συμμετοχή σε ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας (π.χ. στο Βέλγιο και στη Γερμανία, εντούτοις στη Γερμανία κάποιες περιπτώσεις είναι εθελοντικές).

Όσον αφορά τις τάσεις στη χρηματοδότηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, από την εμπειρία στις χώρες του ΟΟΣΑ, δύο βασικές τάσεις παρατηρούνται. Από τη μία πλευρά, η χάραξη πολιτικής επικεντρώνεται στην επίτευξη καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της σταδιακής επέκτασης της υποχρεωτικής κάλυψης, για ένα ομοιόμορφα προκαθορισμένο σύνολο των υπηρεσιών, στο σύνολο του πληθυσμού (Holstein και Litzinger, 2011; Colombo και Taray 2004). Από την άλλη, σε συνδυασμό με τη σταδιακή επέκταση της υποχρεωτικής κάλυψης, λαμβάνονται μεταρρυθμίσεις, με στόχο τον περιορισμό της συλλογικής χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγείας (οπότε υπάρχει η δυνατότητα εξοικονόμησης πόρων) και με την ταυτόχρονη αύξηση της ευθύνης και της συμμετοχής των ασθενών στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας (Holstein και Litzinger, 2008; Colombo και Taray, 2004). Μετατόπιση μέρους του κόστους σε ατομικό επίπεδο οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καλύψεις υγείας για κατηγορίες ομάδων (επιχειρήσεων, κοινοτήτων κ.λπ.).

Παραδείγματα χωρών, όπως καταγράφουν οι Frech III και Zweifel, στον τόμο "Developments in Health Economics και Public Policy", (2011), είναι τα εξής:

- Αυστραλία (Paolucci et al., 2008; Gale, 2007; Connelly και Brown, 2006; Butler, 2002; Colombo και Taray, 2003; Bloom, 2000)
- Βέλγιο (Holstein και Litzinger, 2008; Schokkaert και Van de Voorde, 2003 και 2005)
- Καναδάς (Finkelstein, 2002; Flood και Archibald, 2001)
- Γαλλία (Grignon et al., 2006 και 2008; Buchmueller και Couffinhall, 2004)
- Γερμανία (Van de Ven et al., 2007; Wasem et al., 2004)
- Ιρλανδία (Armstrong και Paolucci, 2010; Nolan, 2006)
- Ισραήλ (Brammli-Greenberg και Gross, 2003)
- Ολλανδία (Leu et al., 2009; van de Ven και Schut, 2008; Schut et al., 2004)
- Ελβετία (Leu et al., 2009; Beck et al., 2003; Colombo, 2001)
- Η.Π.Α. (Fang et al., 2008; Desmond et al., 2006; Docteur et al., 2003)

Η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας πραγματοποιείται με διάφορους συνδυασμούς των τεσσάρων βασικών πηγών, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα. α) μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, για τους πολίτες που στερούνται ιδίων μέσων αλλά και ασφαλιστικής καλύψεως για την χρηματοδότηση του υψηλού συνήθως κόστους της υγειονομικής τους περίθαλψης. β) Άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών από το εισόδημά τους ή τις αποταμιεύσεις τους. γ) Υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη σε εξειδικευμένα ταμεία υγειονομικής περιθάλψεως ή στα επαγγελματικά ασφαλιστικά ταμεία (ΑΤ) και στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν τους ασφαλισμένους τους για συντάξεις αλλά και για υγειονομική περίθαλψη. δ) Μέσω των παροχών ενός συμβολαίου υγείας με ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία έναντι του κόστους της νοσοκομειακής ή άλλης υγειονομικής περιθάλψεως, από ασφαλιστικές εταιρίες του ιδιωτικού τομέα.

Στόχος των συστημάτων υγείας είναι η διαμόρφωση των πολιτικών και των συνθηκών για την εφαρμογή του βέλτιστου συνδυασμού των πηγών αυτών χρηματοδότησης του κόστους υγείας, δεδομένου ότι στον κύκλο ζωής των πολιτών, το κόστος αυτό κατανέμεται άνισα και πλήττει περισσότερο τους μεγαλύτερους σε ηλικία και τις ευπαθείς ομάδες. Κατά κανόνα, το κόστος υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ υψηλότερο για τις ηλικίες άνω των 60 ετών και σχετικά πολύ χαμηλότερο για πολίτες έως 40 ετών.

Από τη μελέτη των συστημάτων υγείας και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας στις χώρες τις Ευρώπης, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές με στόχο τη μείωση του κόστους και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων, όπως η συγκέντρωση των ασφαλιστικών παρόχων σε μικρά και ευέλικτα σχήματα, η διάκριση μεταξύ αγοραστή και παρόχου, στους μηχανισμούς χρηματοδότησης (είσπραξη εισφορών και καταβολή υποχρεώσεων), διαπραγματεύσεις για τις ύψος και τα πακέτα παροχών, παροχή εναλλακτικών επιλογών στις καλύψεις, ύπαρξη απλών και διαφανών διαδικασιών για συμβάσεις, παροχές (πρωτοβάθμια φροντίδα, οδοντιατρική και εξονοσοκομειακή περίθαλψη, φυσικοθεραπείες κ.α.). Σημαντικό ρόλο έχει η υιοθέτηση κλειστών προϋπολογισμών (ανά τομέα, νοσοκομείο) και η μηχανογράφηση των υπηρεσιών για τη βέλτιστη οργάνωση των συστημάτων.

### **Η αποζημίωση των υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Οι βασικότερες μορφές αποζημιώσεων των ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι (α) οι αμοιβές κατά πράξη και περίπτωση (fee for services provided), (β) οι αμοιβές με πάγιο μισθό (salary) και (γ) οι αμοιβές που προσδιορίζονται ανά εγγεγραμμένο ασθενή (capitation payment)<sup>9</sup>.

**(α) Οι αμοιβές κατά πράξη και περίπτωση:** αποτελεί τη συνηθέστερη μέθοδο αποζημίωσης καθώς διασφαλίζει την αποζημίωση κατά μεμονωμένες περιπτώσεις. Στην περίπτωση αυτή ο

<sup>9</sup> Roemer M., (1993), Saltman R., Figueras J., (1997), Σουλιώτης, Κ. (2000) και Kiriopoulos, G. et al. (1999).



χρήστης των υπηρεσιών έχει τη δυνατότητα επιλογής του προσωπικού του γιατρού, δεδομένου ότι στη συγκεκριμένη μέθοδο, οι υπηρεσίες αποζημιώνονται για κάθε ιατρική πράξη, ενώ οι πληρωμές είναι είτε άμεσες (από τον ασθενή), είτε καταβάλλονται εκ των υστέρων από το ασφαλιστικό ταμείο ή την ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία, με την ύπαρξη συγκεκριμένη σύμβασης με τον ιατρό. Το σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι διασφαλίζει στους ασθενείς/χρήστες των υπηρεσιών της δυνατότητα ελεύθερης επιλογής του προσωπικού του ιατρού και του φορέα παροχής των υπηρεσιών. Ωστόσο, έχει δεχθεί σημαντική κριτική και αμφισβήτηση λόγω αύξησης της προκλητής ζήτησης – ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης και σημαντικά κίνητρα των ιατρών για παροχή περισσότερων υπηρεσιών από αυτές που είναι αναγκαίες, καθώς αυξάνεται η αμοιβή.

**(β) Οι αμοιβές με πάγιο μισθό:** οι ιατροί αμείβονται με σταθερή αμοιβή για την παροχή υπηρεσιών, για συγκεκριμένες ώρες εργασίας. Το πλεονέκτημα της μεθόδου αποζημίωσης είναι ότι δε δημιουργεί στρεβλά κίνητρα για τη δημιουργία προκλητής ζήτησης, συνεπώς συνδράμει στη συγκράτηση του κόστους. Στην κριτική του η μέθοδος αυτή κρίνεται αναποτελεσματική διότι δε συνδέεται με την ενίσχυση της παραγωγικότητας και την παροχή κινήτρων για τη βελτίωση των υπηρεσιών.

**(γ) Οι αμοιβές που προσδιορίζονται ανά εγγεγραμμένο ασθενή:** αποτελεί ένα τρόπο αποζημίωσης όπου οι ιατροί αμείβονται με ένα προκαθορισμένο ποσό που συναρτάται κατ' αναλογία με τον αριθμό των ασθενών, τον οποίο οι ίδιοι έχουν δεσμευτεί να εξυπηρετούν και να παρέχουν υπηρεσίες. Το βασικό πλεονέκτημα είναι η παροχή ισχυρών κινήτρων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (καθώς με τον τρόπο αυτό κερδίζουν περισσότερους ασθενείς, κατά συνέπεια και αμοιβές), ενώ θεωρείται και ιδιαίτερα αποτελεσματικός για την εξοικονόμηση δαπανών.

Στις χώρες της Ευρώπης, οι τρόποι αποζημίωσης ποικίλλουν. Για παράδειγμα, οι γιατροί στο Ην.Βασίλειο, την Ιρλανδία και την Ιταλία αμείβονται βάση του αριθμού των εγγεγραμμένων ασθενών. Στη Γαλλία, πολλά κέντρα υγείας έχουν έμμισθους γιατρούς, ενώ σε χώρες όπως η Γερμανία, το Λουξεμβούργο και το Βέλγιο, οι γιατροί αμείβονται ανά ιατρική πράξη. Ταυτόχρονα, λαμβάνονται και άλλα μέτρα για τον περιορισμό της δαπάνης, όπως για παράδειγμα, στη Γερμανία και τη Γαλλία, οι γιατροί αμείβονται λιγότερο για διαγνωστικές εξετάσεις, ώστε να περιορίζεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Στην Ελλάδα οι γιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αμείβονται με μισθό (όπως και στην Πορτογαλία, με σύστημα παραπομπής), ενώ οι ιδιώτες με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση. Χαρακτηριστικό είναι το σύστημα αποζημιώσεων στην Ολλανδία, όπου οι γιατροί αμείβονται ανά εγγεγραμμένο ασθενή για τις ασθενείς οικονομικά ομάδες και κατά πράξη για τις εύπορες κοινωνικά ομάδες, μια διάκριση που διασφαλίζει την προστασία των ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι μεταξύ των χωρών, οι αποζημιώσεις μπορεί να διαφοροποιούνται σε περιφερειακό επίπεδο.

Λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες των χωρών που εξετάστηκαν, μπορούμε να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με τις βέλτιστες πρακτικές, για την αποτελεσματική και βιώσιμη λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων υγείας.

- Το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται βάσει των αναγκών για υπηρεσίες υγείας, τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τους κινδύνους που σχετίζονται με την υγεία.
- Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τις ασφαλιστικές εισφορές υγείας των εργοδοτών και των εργαζομένων, με την πρόσθετη συμμετοχή των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (co-payments) και από τη χρηματοδότηση μέσω των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης.
- Η χρηματοδότηση σε περιφερειακό επίπεδο πραγματοποιείται μέσω της φορολογίας και έκτακτων χρηματοδοτήσεων από την κεντρική κυβέρνηση (συνήθως πραγματοποιείται με ετήσια διαπραγμάτευση με τους φορείς, για τον ορισμό των ελάχιστων εγγυημένων κεφαλαίων χρηματοδότησης, όπου περιλαμβάνονται και κριτήρια ποιότητας για τις υπηρεσίες).
- Η ανάπτυξη μονοψωνιακών ή ολιγοψωνιακών συνθηκών για την αγορά υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους και χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας, ως να επιτυγχάνονται οφέλη λόγω όγκου υπηρεσιών.
- Ο ορισμός συγκεκριμένων τιμών ανά ιατρική πράξη, για τη δημιουργία ενιαίας τιμολόγησης των υπηρεσιών τόσο για τις δημόσιες κλινικές και νοσοκομεία, όσο και για τις ιδιωτικές. Με τον τρόπο αυτό περιορίζονται οι δαπάνες και μειώνονται οι τιμές, λόγω του ανταγωνισμού, προς όφελος της κοινωνίας.
- Η δημιουργία λίστας παρεχόμενων υπηρεσιών και τιμολόγησης αυτών, για την αποζημίωση των παρόχων.
- Η υιοθέτηση συμβολαίων μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και παρόχων υπηρεσιών, σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, βάσει ποιοτικών στόχων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η κάλυψη των αναγκών των ασθενών, χωρίς να γίνεται κατάχρηση των υπηρεσιών.
- Η γενικότερη τάση αφορά στην υιοθέτηση μικτών συστημάτων αποζημιώσεων με εφαρμογή συστημάτων “αμοιβών που προσδιορίζονται ανά εγγεγραμμένο ασθενή (capitation)” και συστημάτων “προ-αμοιβών που σχετίζονται με κοινωνικά χαρακτηριστικά, δημογραφικά κριτήρια, ωρών εργασίας των ιατρών κ.λπ. Τέλος, οι αμοιβές των γιατρών συνδέονται με την εξέλιξη ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών (KPIs) με κριτήρια την βελτίωση της πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων, τη βελτίωση της αποδοτικότητας σε θέματα διαγνωστικών εξετάσεων και συνταγογράφησης και αποτελεσματικότερη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Στη συνέχεια θα αναπτυχθούν συνοπτικά οι δομές συγκεκριμένων συστημάτων υγείας για χώρες όπως Ο Καναδάς, το Ην.Βασίλειο, η Γερμανία, η Γαλλία, η Ιταλία κ.α..

- Το σύστημα υγείας στον **Καναδά** εφαρμόζει το μοντέλο Beveridge, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται, κυρίως από περιφερειακούς οργανισμούς, που λειτουργούν υπό την ευθύνη 12 περιφερειακών αρχών. Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος στηρίζεται κυρίως στη γενική φορολογία (89,6%), ενώ οι υπόλοιποι πόροι διασφαλίζονται από την ιδιωτική ασφάλιση και από εργοδότες. Τα νοσοκομεία σε ποσοστό 95% είναι μη-

κερδοσκοπικά ιδρύματα, όπου τη διοίκηση έχουν οι τοπικές αρχές, εφαρμόζοντας το σφαιρικούς προϋπολογισμούς. Οι κερδοσκοπικές υπηρεσίες περιορίζονται κυρίως στον τομέα των μονάδων χρονίως πασχόντων ή ειδικών κέντρων.

Η έννοια της πρόληψης είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη, καθώς και ο τομέας των νέων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι γιατροί είναι οικογενειακοί γιατροί, με το 99% των γιατρών συμμετέχει στο δημόσιο σύστημα υγείας και αμείβεται κατά πράξη από τις τοπικές αρχές.

- Το σύστημα υγείας στο **Ην.Βασίλειο** αποτελεί κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, προέρχεται κατά βάσει από τα φορολογικά έσοδα (κατά 79%) και από την κοινωνική ασφάλιση (κατά 16%), ενώ μόλις το 5% από ιδιωτικές πληρωμές. Σημαντικό ρόλο έχουν οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές, ενώ πραγματοποιείται διάκριση μεταξύ των αγοραστών και των προμηθευτών, με στόχο τη δημιουργία δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις ελεγχόμενου ανταγωνισμού, για την εξοικονόμηση πόρων και τη βελτίωση της ποιότητας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των εισαγωγών και μείωση των κλινών, με παράλληλη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, από σφαιρικούς προϋπολογισμούς σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και προμηθευτών, το οποίο βασίζεται σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί του NHS με μισθό (60%) ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί γιατροί του NSH δουλεύουν συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα.

- Η **Γερμανία** αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismark. Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία καταβάλλονται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά ιδιωτικές δαπάνες. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων προέρχεται από τα ταμεία υγείας και ιδιωτικές πληρωμές, κατόπιν συμφωνίας στο πλαίσιο σφαιρικών προοπτικών προϋπολογισμών. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα γιατρό από λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο του, ενώ του παρέχεται δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και στους συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τις ενώσεις γιατρών.

Από τη δεκαετία του '90 οι γερμανικές κυβερνήσεις έδωσαν έμφαση στην αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών και των παρόχων ιατρικής φροντίδας. Παρά το γεγονός ότι η τιμή και ο ανταγωνισμός των υπηρεσιών μεταξύ των ταμείων υγείας δεν είναι οξύς, χάρη στο θεσμικό πλαίσιο που ορίζει βασικό πακέτο και έναν ενιαίο συντελεστή εισφοράς, οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα μεταξύ των ταμείων υγείας και αλλαγή μία φορά ετησίως, εφόσον το επιθυμούν. Το πλαίσιο αυτό έχει οδηγήσει στη βελτίωση της πληροφόρησης του κοινού, σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται από κάθε ταμείο και το πώς θα μπορούσαν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν (υψηλότερο επίπεδο διαφάνειας και ενημέρωσης). Επιπροσθέτως, από το 2007, τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας έχουν περισσότερη ελευθερία στις διαπραγματεύσεις, με τους παρόχους για την το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Η δομή αυτή αναμένεται να

αυξήσει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της φροντίδας σε όλους τους τομείς, ενώ η απελευθέρωση των συμβάσεων, θα ενθαρρύνει ταμείων ασθένειας να προσφέρουν πακέτα υπηρεσιών υγείας που ταιριάζει καλύτερα στις ανάγκες των ασφαλισμένων, ανεξαρτήτως των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και το εισόδημά τους.

- Το σύστημα υγείας στη **Σουηδία** βασίζεται στην περιφερειακή οργάνωση και χρηματοδοτείται κατά 78% από τα φορολογικά έσοδα και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 22% από ιδιωτικές πληρωμές. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και η συμβολή της στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας δεν υπερβαίνει το 1% των δαπανών. Περίπου στο 20% των ιατρικών πληρωμών (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και οδοντιατρικών υπηρεσιών) συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής (co-payment). Η διοίκηση ασκείται σε τοπικό επίπεδο, ενώ η κεντρική κυβέρνηση χρηματοδοτεί τη δημόσια υγεία, την ιατρική έρευνα και τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία. Το σουηδικό σύστημα, υιοθέτησε από εκείνο του Ην.Βασιλείου το διαχωρισμό αγοραστών και προμηθευτών, ενώ παράλληλα δόθηκαν κίνητρα για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, στον οποίο περιλαμβάνονται ξενώνες ήπιας νοσηλείας και μικρά νοσοκομεία (<50 κλίνες). Σημαντική καινοτομία αποτελεί η παρακολούθηση ασθενών κατοίκων.

### Η περίπτωση της Ελλάδας

Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης τυπικά γίνεται με βάση το σύστημα συμβάσεων, δηλαδή τα ασφαλιστικά ταμεία καταβάλλουν νοσήλια<sup>10</sup> για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους στα νοσοκομεία Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι η μικτή χρηματοδότηση, που περιλαμβάνει αποζημίωση με βάση το νοσήλιο – Αναδρομική Αποζημίωση (Κλειστό ημερήσιο νοσήλιο) και την κρατική χρηματοδότηση (επιχορηγήσεις). Η βασική πηγή χρηματοδότησης του ΕΣΥ είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω τακτικών ή/και έκτατων επιχορηγήσεων. Με δεδομένη την οικονομική συγκυρία (υψηλή ανεργία, δημοσιονομική προσαρμογή και ύφεση) και τα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων καθίσταται ιδιαίτερος δύσκολο.

Στη χώρα μας η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ, αποτελεί τη βασική απόπειρα μεταρρύθμισης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ΕΟΠΥΥ δημιουργήθηκε μετά την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ), καλύπτοντας το 90% των πολιτών. Η εξέλιξη αυτή και η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αποτελεί ένα βήμα για τη συγκέντρωση των εσόδων και των υποχρεώσεων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας, με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανέκυπταν λόγω του κατακερματισμού του συστήματος.

Σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι ο έλεγχος του κόστους, η συγκράτηση της δαπάνης υγείας και ο εξορθολογισμός του συστήματος υγείας, μέσω της δημιουργίας μονοψωνίου. Η δημιουργία μονοψωνίου θα μπορούσε να συνδράμει αποτελεσματικά στη μείωση της δαπάνης και τον

<sup>10</sup> Τα νοσήλια είναι καθορισμένα σε επίπεδα σαφώς κατώτερα του πραγματικού κόστους νοσηλείας.

έλεγχο του κόστους, ωστόσο δε συνεισφέρει στη βελτίωση των υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητας στη λειτουργία του συστήματος υγείας. Επιπλέον, η ύπαρξη μονοπωνίου στον τομέα της δημόσιας υγείας δε διασφαλίζει την επιτυχή αντιμετώπιση των στρεβλώσεων από την ύπαρξη μονοπωλιακών συνθηκών στην στους παρόχους και προμηθευτές και την αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος (Κυριόπουλος και Οικονόμου, 2000; Κυριόπουλος και Μπεαζόγλου, 2001).

Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί το βασικό διαμεσολαβητή όπου εισπράττει τα έσοδα και αποδίδει πληρωμές για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, εκτός από το γεγονός ότι δεν ασκεί λειτουργίες και διοίκηση σε ασφαλιστικά ζητήματα, όπως η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των μονάδων υγείας, θέματα κοινωνικής ισότητας και πρόσβασης σε θεραπείες, ενώ δε διασφαλίζει συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών, δεδομένου ότι η μονοπωνιακή του ισχύς είναι περιορισμένη<sup>11</sup>. Επίσης, σημαντικές στρεβλώσεις στην αγορά που προϋπήρχαν, συνεχίζουν να υφίστανται, όπως το υψηλό κόστος για τα νοικοκυριά, λόγω των ιδιωτικών πληρωμών, η παραοικονομία στο χώρο της υγείας<sup>12</sup>, ο χρόνος αναμονής και οι δυσχέρειες στην πρόσβαση. Επιπροσθέτως, αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών προς τους πολίτες και τις προσδοκίες τους, οι κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων υστερούν, ενώ και η πρόληψη δεν κρίνεται επαρκής<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Mylona K., Karabli E., Kardala O., Skroumpelos A., Tsiantou V., Kyriopoulos J., (2012), "Stakeholders Perceptions of Health Care Reforms in Greece and Implications for the Pharmaceutical Industry". Department of Health Economics, National School of Public Health.

<sup>12</sup> Αντώνογλου Δ., Βοζίκης Α. και Κουφοπούλου Π., (2013), " Παραοικονομία στην Υγεία: Τάσεις ανά τον Κόσμο και Προοπτικές για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας", Παρουσίαση Μελέτης.

<sup>13</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2011), «Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας.

## 2. Το Θεσμικό και Οικονομικό Περιβάλλον στην Ελλάδα και την Ευρώπη

### 2.1. Επισκόπηση του μακροοικονομικού περιβάλλοντος και το δημοσιονομικό πρόβλημα της Ελλάδας

#### 2.1.1. Η ελληνική οικονομία την περίοδο 2008-2013

Η διεθνής χρηματοοικονομική κρίση που ξέσπασε το 2007, με την κατάρρευση της αγοράς ακινήτων και στεγαστικών δανείων στις Η.Π.Α. και εν συνεχεία η κρίση χρέους στις περιφερειακές οικονομίες της Ευρωζώνης, οδήγησαν σε σημαντικές επιδράσεις σε βασικά μακροοικονομικά και δημοσιονομικά μεγέθη των οικονομιών. Η ελληνική οικονομία βρέθηκε ευάλωτη στη δυσμενή παγκόσμια οικονομική συγκυρία, λόγω σειράς αιτιών και χρόνιων παθογενειών, όπως η έλλειψη ανταγωνιστικότητας και η εσωστρέφεια, το παραγωγικό και αναπτυξιακό πρότυπο που βασιζόταν στην κατανάλωση, μέσω του εξωτερικού δανεισμού, το υψηλό δημόσιο χρέος, λόγω των υψηλών «διδύμων» ελλειμμάτων και της αδυναμίας των θεσμών να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της οικονομίας ήταν ότι τα κεφάλαια που εισέρεαν, οδηγήθηκαν στην κατανάλωση ή σε μη παραγωγικούς κλάδους, ενώ οι ροές κεφαλαίων προς τη χώρα, που δεν αυξάνουν το χρέος, όπως οι άμεσες ξένες επενδύσεις ήταν κατά μέσο όρο μικρότερες από 1% του ΑΕΠ, ενώ και οι κοινοτικοί πόροι που περιορίζονται σταδιακά. Η μείωση των άμεσων ξένων επενδύσεων, οφείλεται στο γεγονός ότι αν και η Ελλάδα ήταν μια οικονομία που κατανάλωσε υπερβολικά (συνεπώς μια πολύ καλή αγορά για να δραστηριοποιηθεί μια πολυεθνική εταιρεία), το περιβάλλον δεν ήταν φιλικό για επενδύσεις (ασταθές φορολογικό σύστημα, υψηλός πολιτικός κίνδυνος, υψηλό κόστος εργασίας κ.λπ.), παρουσιάζοντας χαμηλή τεχνολογική ένταση και εκπαίδευση ανθρώπινου κεφαλαίου, έλλειψη σε υποδομές μεταφορών και το σημαντικότερο κρίση στους θεσμούς (γραφειοκρατία, διαφθορά, έλλειψη εμπιστοσύνης στους θεσμούς, όπως η δικαιοσύνη κ.α.).

Τα «δίδυμα ελλείμματα» αποτελούν τη βασική αιτία για την κρίση χρέους που βιώνει η χώρα μας. Τα ελλείμματα του προϋπολογισμού οδήγησαν στη ραγδαία αύξηση του δημοσίου χρέους, ενώ τα συνεχώς διευρυνόμενα ελλείμματα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών, οδήγησαν στην αύξηση του καθαρού εξωτερικού χρέους ως % του ΑΕΠ.

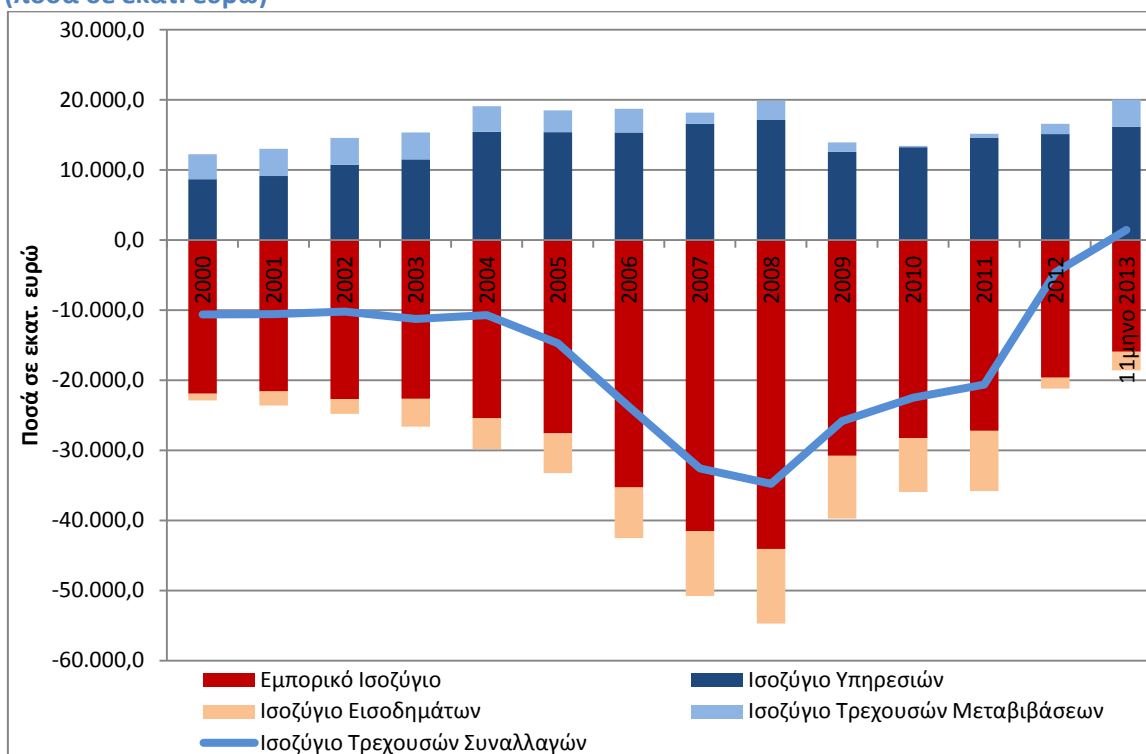
Αποτέλεσμα ήταν η διόγκωση και διεύρυνση των ελλειμμάτων του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Ειδικότερα, το 2010 το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών ξεπερνούσε τα €22,51 δισ. ήτοι το 10,13% του ΑΕΠ. Αυτό κατ' αναλογία σημαίνει ότι κάθε πολίτης της χώρας δαπανούσε €2.000 περισσότερο από το εισόδημά του, για την κάλυψη αναγκών του το 2010. Εναλλακτικά, για κάθε 100€ που δαπανούσε, δανειζόταν τα 10,13€. Στα Διαγράμματα 14 και 15 παρουσιάζεται η εξέλιξη του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών και των συστατικών του και των ισοζυγίων του κρατικού προϋπολογισμού, αντίστοιχα. Στα διαγράμματα αυτά παρουσιάζεται η διεύρυνση των ισοζυγίων στη χώρα μας και η σταδιακή

αποκλιμάκωσή τους, λόγω της κρίσης. Επιπλέον, στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται η θέση της Ελλάδας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, για την περίοδο 2001-2012, όπως η Ελλάδα είναι η χώρα με τα πλέον διευρυμένα ελλείμματα. Επίσης, παρουσιάζεται η τεράστια προσαρμογή που πραγματοποιήθηκε, με αποκορύφωμα την επίτευξη πλεονασμάτων των 2013.

Το υψηλό χρέος της ελληνικής οικονομίας, σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στα υψηλά και συνεχώς διευρυνόμενα ελλείμματα στα δύο ισοζύγια. Για την αποφυγή της οικονομικής κρίσης, λόγω των δίδυμων ελλειμμάτων, θα έπρεπε να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση των ανισορροπιών αυτών. Εναλλακτικά, τόσο το ελληνικό δημόσιο, όσο τα νοικοκυριά και οι επιχειρήσεις θα έπρεπε να αυξήσουν καθαρές κεφαλαιακές εισροές, μέσω της αποταμίευσης, των επενδύσεων και των εξαγωγών.

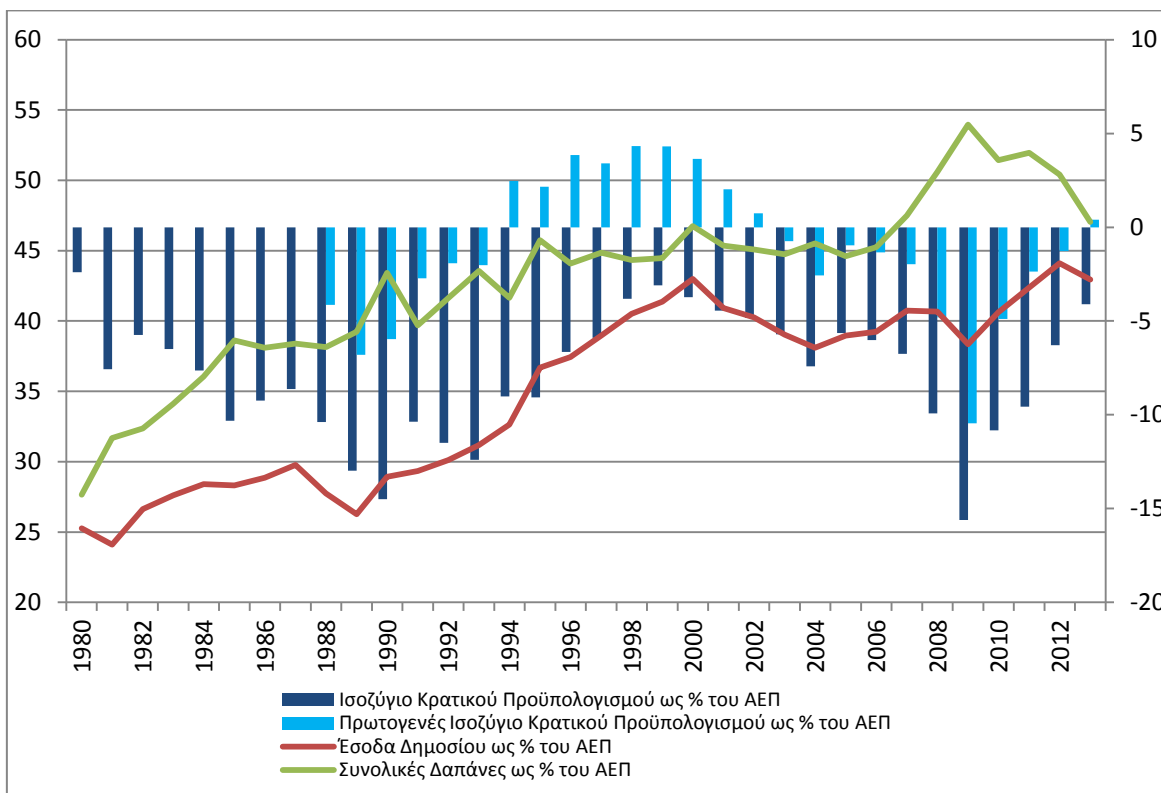
Η ελληνική οικονομία εξαιτίας αυτών των ανισορροπιών και της έλλειψης ομαλής χρηματοδότησης, βιώνει μια ενδογενή, βαθιά και μακρόχρονη ύφεση, έχοντας απολέσει το 25% του ΑΕΠ, τη βαθύτερη και μεγαλύτερη σε διάρκεια ύφεση μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Άμεση συνέπεια, ήταν η κατάρρευση της οικονομικής δραστηριότητας, λόγω της μείωσης της εσωτερικής ζήτησης, του εξορθολογισμού των κρατικών δαπανών και της αύξησης της φορολογίας, για την αντιμετώπιση του ελλείμματος στον προϋπολογισμό και τη διαχείριση του δημοσίου χρέους.

**Διάγραμμα 14: Η εξέλιξη του Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών στην Ελλάδα, 2001-2012 (ποσά σε εκατ. ευρώ)**



Πηγή: Eurostat και Τράπεζα της Ελλάδος

**Διάγραμμα 15: Η εξέλιξη του πρωτογενούς ισοζυγίου του κρατικού προϋπολογισμού, 1980-2012 (ποσά σε εκατ. ευρώ)**



Πηγή: Eurostat, IMF και Τράπεζα της Ελλάδος

Η Ελλάδα το 2013 διάνυσε τον έκτο χρόνο ύφεσης, της οικονομίας. Η μείωση του ΑΕΠ ξεκίνησε σταδιακά από το 2008, μετά από μια μακρά περίοδο ανάπτυξης, με το μέσο ρυθμό ανάπτυξης να είναι ο υψηλότερος σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωζώνης. Τα επίσημα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. καταδεικνύουν τη σημαντική μείωση του ΑΕΠ και του κατά κεφαλήν εισοδήματος, λόγω της δημοσιονομικής προσαρμογής.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), το ΑΕΠ του 2013 διαμορφώθηκε σε €182,1 δισ. (σε ονομαστικούς όρους) από €193,3 δισ. το 2012. Το ελληνικό ΑΕΠ έφτασε στο μέγιστο επίπεδο των τελευταίων 13 ετών, το 2008 οπότε και διαμορφώθηκε στα €233,3 δισ. Οι σωρευτικές απώλειες τα 6 χρόνια της ύφεσης έφτασαν τα €51,2 δισ. Όσον αφορά το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του 2013 διαμορφώθηκε στα €12.354, επιστρέφοντας στα επίπεδα του 2001. Οι σωρευτικές απώλειες σε όρους κατά κεφαλήν εισοδήματος έφτασαν στα €5.020, σε σχέση με το 2008, οπότε και το κατά κεφαλή ΑΕΠ ήταν €17.374.

Αναφορικά με τις επιμέρους συνιστώσες του ΑΕΠ:

- Η καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών διαμορφώθηκε στα €128,63 δισ. Το 2013, από €165,75 δισ. το 2012. Η πτώση της εγχώριας ζήτησης από το 2009 και μετά είναι δραματική και ανήλθε συνολικά σε 31,3%. Σύμφωνα με την ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, το επίπεδο της εγχώριας ζήτησης έχει πλέον επιστρέψει 14 χρόνια πριν, στο επίπεδο του 1999 .



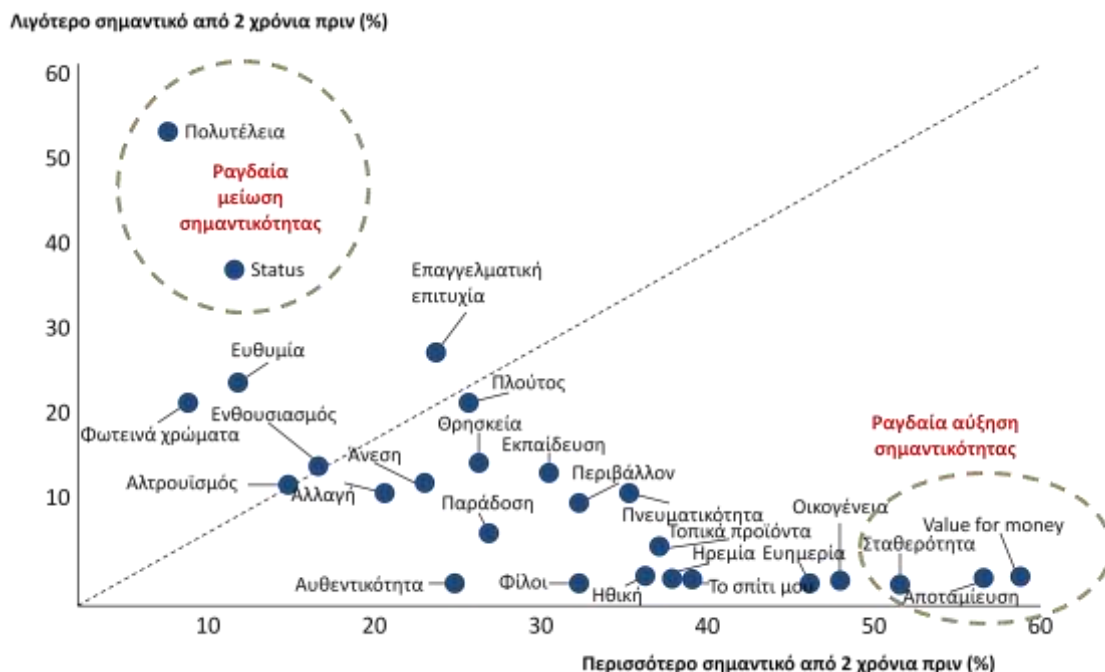
- Η δημόσιες δαπάνες περιορίστηκαν κατά €11 δισ. και διαμορφώθηκαν στα €31,34 δισ. το 2013.
- Οι επενδύσεις σημείωσαν απώλειες της τάξης των €32,4 δισ. υποχωρώντας στα €23,6 δισ. το 2013 από €56 δισ. το 2012.
- Τέλος, όσον αφορά το εμπορικό ισοζύγιο, οι εξαγωγές ανήλθαν στα €53 δισ. το 2013, αυξημένες σε σχέση με το 2012, κατά περίπου €300 εκατ., ενώ οι εισαγωγές μειώθηκαν σημαντικά κατά 35,7% και διαμορφώθηκαν στα €57,8 δισ.

Η παρατεταμένη ύφεση την περίοδο 2008-2013 οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην εσωτερική υποτίμηση και στη μείωση των καταναλωτικών δαπανών, λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (μειώσεις μισθών και συντάξεων, αύξηση της φορολογίας). Την περίοδο 2010-2013, οι συνολικές μειώσεις των ονομαστικών αποδοχών ανά μισθωτό, διαμορφώθηκαν σε 16,3%. Σε τρέχουσες τιμές οι αποδοχές εργασίας μισθωτών και αυτοαπασχολούμενων την ίδια περίοδο μειώθηκαν κατά 41 δισ. ευρώ έναντι του επιπέδου των αποδοχών του 2009. Όμως, το διαθέσιμο εισόδημα, που προέρχεται από αμοιβές εργασίας μισθωτών μειώθηκε, περαιτέρω, εξαιτίας της αυξημένης άμεσης και έμμεσης φορολόγησης της μισθωτής εργασίας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων ετών, δηλαδή από τη μείωση των αποδοχών των 41 δισ. ευρώ, τα 37 δισ. ευρώ αφορούν τους μισθωτούς και τα 4 δισ. ευρώ αφορούν τους αυτοαπασχολούμενους (INE/ΓΣΕΕ, 2013). Απόρροια ήταν η σημαντική αύξηση της ανεργίας, η οποία συνέβαλε σημαντικά στη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών, στη μείωση των καταβαλλόμενων εισφορών από πλευράς εργοδοτών και εργαζομένων προς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για καταβολή συντάξεων και παροχές υγείας.

### 2.1.2. Οι Κρίση και οι μεταβολές στις συνήθειες των Ελλήνων

Στην Ελλάδα λόγω της κρίσης παρατηρήθηκε υψηλότερη αβεβαιότητα και αγωνία για το μέλλον. Ιδίως η αβεβαιότητα σχετιζόταν με την εργασιακή ανασφάλεια και τη μείωση δαπανών, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης της Boston Consulting Group του 2011 για τους Ευρωπαίους καταναλωτές. Οι επιπτώσεις όμως της οικονομικής κρίσης είχαν σημαντική επίδραση στον τομέα των αξιών που οι Έλληνες προέβαλαν ως σημαντικότερες σε σχέση με το 2009. Οι βασικές προτεραιότητες για το 2011 ήταν η Αποταμίευση, η Υγεία, σχέση αξίας-χρημάτων (Value for Money). Στο Διάγραμμα 16 παρουσιάζονται οι μεταβολές στις αξίες των Ευρωπαίων καταναλωτών, πριν και μετά την κρίση, συγκριτικά τις διετίες 2007-2009 και 2009-2011. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την έκθεση, το 46% των Ελλήνων τοποθετούσε στην κορυφή της λίστας των αξιών του, την Αποταμίευση, το 43% την Υγεία και τη Σχέση Αξίας-Χρημάτων, το 42% την Ευθυμία, το 39% την Ηρεμία και το 38% την Οικεία.

**Διάγραμμα 16: Η μεταβολή των Αξιών των Ελλήνων καταναλωτών λόγω της Κρίσης**



Πηγή: Boston Consulting Group (2011)

Επίσης, για το 2013, η έρευνα της εταιρείας The Boston Consulting Group (BCG) για τη ψυχολογία των καταναλωτών διαπιστώνει σημαντικές μεταβολές στη συμπεριφορά του Έλληνα καταναλωτή. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα καταγράφονται σημαντικές μεταβολές στην ιεράρχηση των αξιών των Ελλήνων καταναλωτών. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι απόρροια της οικονομικής κρίσης, της κάμψης της δραστηριότητας και της σωρευτικής μείωσης των εισοδημάτων. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία οι Έλληνες τοποθετούν αγαθά και υπηρεσίες που αφορούν στην υγεία και στην οικογένεια υψηλότερα από άλλες αξίες που είχαν παλαιότερα ως προτεραιότητα.

Επιπλέον, βάσει των βασικών δεδομένων της έκθεσης, οι 5 σημαντικότερες αξίες των Ελλήνων είναι η Υγεία, η Ημερία, η Οικογένεια, η Παιδεία και η Σταθερότητα (αντιπροσωπεύει τη μείωση της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2012, στις 5 πρώτες θέσεις ήταν η Ευκολία, η Υγεία, η Ημερία, το Περιβάλλον και η Καλοζωία. Όσον αφορά τη νέα ιεράρχηση αξιών των Ελλήνων, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι τα αγαθά και οι υπηρεσίες που προωθούν τις αξίες όπως η Υγεία και η βελτίωση αυτής, να δίνεται στην προσέγγιση έμφαση στην Οικογένεια, την Ημερία και τη σταθερότητα, ενώ ο Έλληνας καταναλωτής δείχνει προτεραιότητα στην Παιδεία και την εκπαίδευση.

### 2.1.3. Η εικόνα της Ελληνικής Οικονομίας για το 2014 και οι εκτιμήσεις για τα επόμενα χρόνια

Η εικόνα της ελληνικής οικονομίας παρουσιάζει σημαντικά σημάδια βελτίωσης σε πολλούς τομείς και οι σταθεροποιητικές τάσεις εντατικοποιούνται. Ταυτόχρονα, προκύπτουν αρκετά ενθαρρυντικά στοιχεία όσον αφορά την ανάπτυξη και τις προοπτικές της οικονομίας, υπό την προϋπόθεση ότι θα συνεχιστούν απρόσκοπτα οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις. Η Ελλάδα μετά από μια ευρεία δημοσιονομική προσαρμογή, έχει επιτύχει πρωτογενή πλεονάσματα, έχει προβεί σε σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και έχει βελτιώσει την ανταγωνιστικότητά της, σαφώς βέβαια με σημαντικές θυσίες των πολιτών. Πλέον, οδεύει ισχυρότερη, έχοντας πραγματοποιήσει μεταρρυθμίσεις που σε άλλες οικονομίες χρειάστηκαν δεκαετίες. Ζητούμενο παραμένει η διατήρηση της πολιτικής σταθερότητας για την συνέχιση των μεταρρυθμίσεων και την υλοποίηση του νέου αναπτυξιακού οράματος για την Ελληνική Οικονομία, με βασικούς στόχους την επίτευξη βιώσιμης ανάπτυξης και την αντιμετώπιση της ανεργίας, ιδίως στους νέους.

Οι δείκτες εμπιστοσύνης και μια σειρά από τα βασικά μακροοικονομικά μεγέθη στη χώρα μας συνεχίζουν να βελτιώνονται. Σύμφωνα με τις εαρινές προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η ανάκαμψη το 2014 θα είναι της τάξης του 0,6%, που αναμένεται να επιταχυνθεί και να φτάσει το 2015 στο 2,9% και στο 3,7% το 2016. Όμοια είναι και τα συμπεράσματα της έκθεσης του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου<sup>14</sup> (Διάγραμμα 17), σχετικά με την πορεία της ελληνικής οικονομίας. Παράλληλα, η ΕΛ.ΣΤΑΤ ανακοίνωσε ότι η ύφεση το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2014 ήταν μικρότερη από την αρχική πρόβλεψη και διαμορφώθηκε στο 0,9% του ΑΕΠ, από 1,1% που αρχικά είχε δημοσιοποιηθεί. Πιο συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι η ελληνική οικονομία από το 2016 έως το 2019 θα παρουσιάζει ρυθμούς ανάπτυξης υψηλότερους του 3%. Επίσης, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΔΝΤ, το ποσοστό ανεργίας προβλέπεται να υποχωρήσει το 2019 στο 12,7%.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ<sup>15</sup>, για την αγορά εργασίας, το εποχικά διορθωμένο ποσοστό ανεργίας το Μάρτιο του 2014 υποχώρησε οριακά στο 26,8% (1.274.843 άτομα), έναντι 27,2% τον αντίστοιχο μήνα του 2013. Το ποσοστό ανεργίας στους νέους ηλικίας 15-24 ετών διαμορφώνεται σε 58,3%. Τα ποσοστά ανεργίας το 2014 ακολουθούν πτωτική τάση, διαψεύδοντας προβλέψεις και εκτιμήσεις που εκτιμούσαν ότι θα ξεπεράσει ίσως και τα επίπεδα του 30%. Μάλιστα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΔΝΤ, η πτωτική πορεία αναμένεται να συνεχιστεί σταδιακά, ενώ οι προβλέψεις για το 2015 είναι 23,8%, 18,6% το 2017 και 12,7% το 2019.

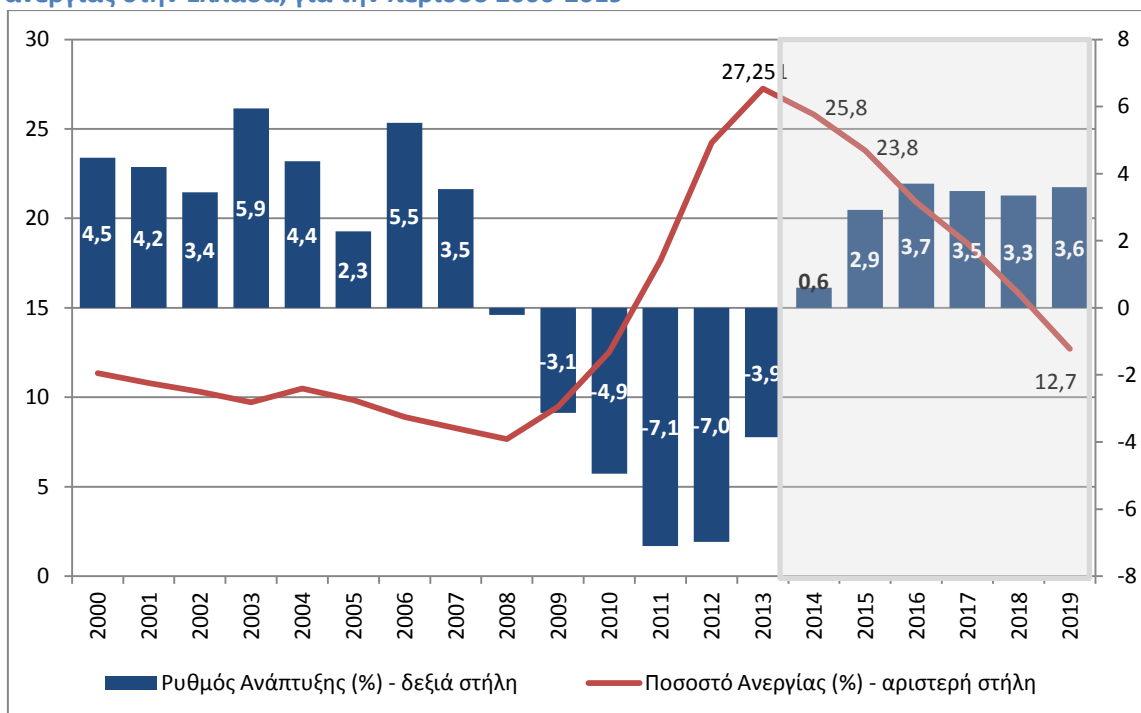
<sup>14</sup> IMF Country Report No. 14/151, "Greece: Fifth Review Under the Extended Arrangement Under the Extended Fund Facility, και Request for Waiver of Nonobservance of Performance Criterion και Rephasing of Access", 10 Ιουνίου 2014. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr14151.pdf>

<sup>15</sup> ΕΛ.ΣΤΑΤ. "Έρευνα Ανθρώπινου Δυναμικού: Φεβρουάριος 2014".

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία του συστήματος «ΕΡΓΑΝΗ», του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, για τη μισθωτή απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα, το 1ο πεντάμηνο του 2014 το ισοζύγιο προσλήψεων-απολύσεων ήταν θετικό κατά 160.946 θέσεις εργασίας. Το ισοζύγιο του Μαΐου υπήρξε θετικό κατά 59.470 θέσεις εργασίας, με τις αναγγελίες πρόσληψης να ανέρχονται σε 166.879 και τις αποχωρήσεις σε 107.409. Χαρακτηριστικό είναι ότι σύμφωνα με την τριμηνιαία έρευνα προοπτικών απασχόλησης της Manpower<sup>16</sup>, η εμπιστοσύνη των Ελλήνων εργοδοτών στην οικονομία σημείωσε αύξηση για 8 συνεχές τρίμηνο, με τους εργοδότες να προτίθενται να αυξήσουν τον αριθμό των απασχολούμενων ιδίως στους κλάδους: της μεταποίησης, των υπηρεσιών, του πρωτογενούς τομέα και του τουρισμού.

Στο Διάγραμμα 18 παρουσιάζεται η εξέλιξη των ετήσιων ρυθμών ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας και η διαχρονική πορεία των ποσοστών ανεργίας στην Ελλάδα, έως το 2013 και οι προβλέψεις του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου για την ελληνική οικονομία, έως το 2019.

**Διάγραμμα 17: Η εξέλιξη του ρυθμού ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας και του ποσοστού ανεργίας στην Ελλάδα, για την περίοδο 2000-2019<sup>17</sup>**



Πηγή: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

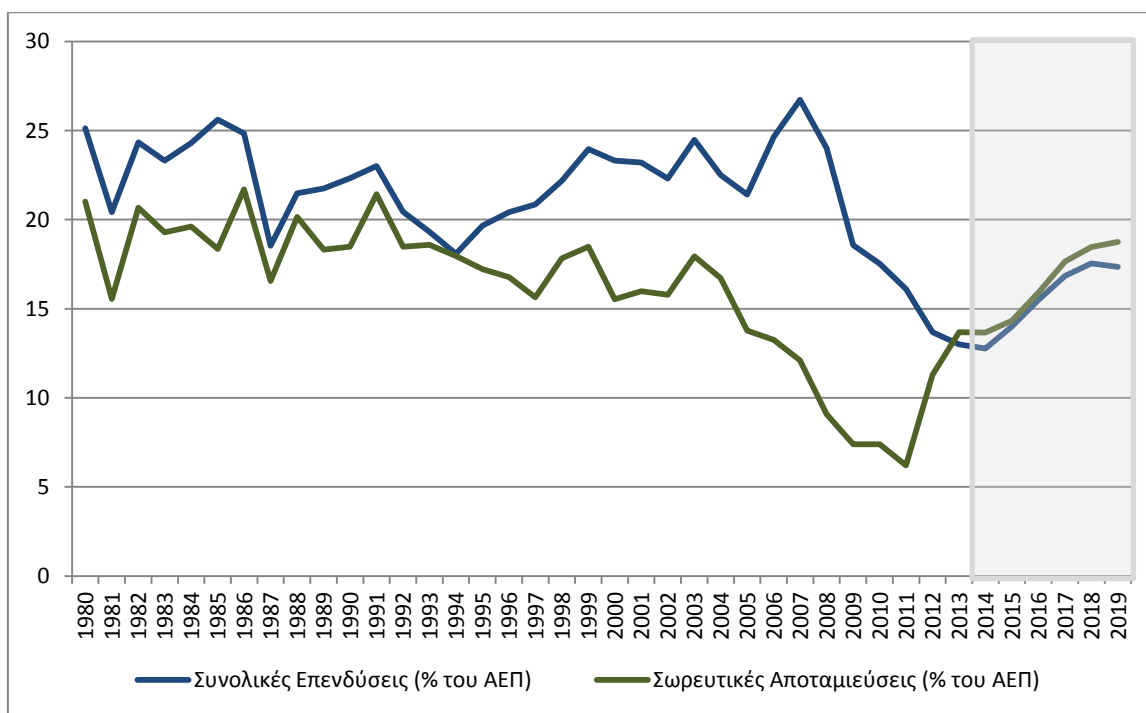
Σημαντικό χαρακτηριστικό της ελληνικής οικονομίας ήταν ότι παραδοσιακά δεν επένδυε, δεν αποταμίευε, δεν παρήγαγε και φυσικά δεν εξήγαγε, αλλά κατανάλωνε πέραν των δυνατοτήτων

<sup>16</sup> Manpower (3<sup>ο</sup> τρίμηνο 2014), “Έρευνα για τις Προοπτικές Απασχόλησης”.

<sup>17</sup> Οι προβλέψεις από το 2014 έως το 2019 αφορούν στην έκθεση του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου: IMF Country Report No. 14/151, “Greece: Fifth Review Under the Extended Arrangement Under the Extended Fund Facility, και Request for Waiver of Nonobservance of Performance Criterion και Rephasing of Access”, 10 Ιουνίου 2014. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr14151.pdf>

της. Στο Διάγραμμα 18 παρουσιάζεται η σταδιακή μείωση τόσο των αποταμιεύσεων από το 1990 και η ραγδαία πτώση των συνολικών επενδύσεων ως % του ΑΕΠ από την έναρξη της κρίσης. Η Ελλάδα, από την είσοδό της στην Ευρωζώνη, έως και το 2008, χαρακτηρίστηκε από μείωση ιδιωτικής αποταμίευσης και σταθερά αρνητική δημόσια αποταμίευση, με αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων.

**Διάγραμμα 18: Η εξέλιξη των συνολικών επενδύσεων και των αποταμιεύσεων στην Ελλάδα, 1980-2019**



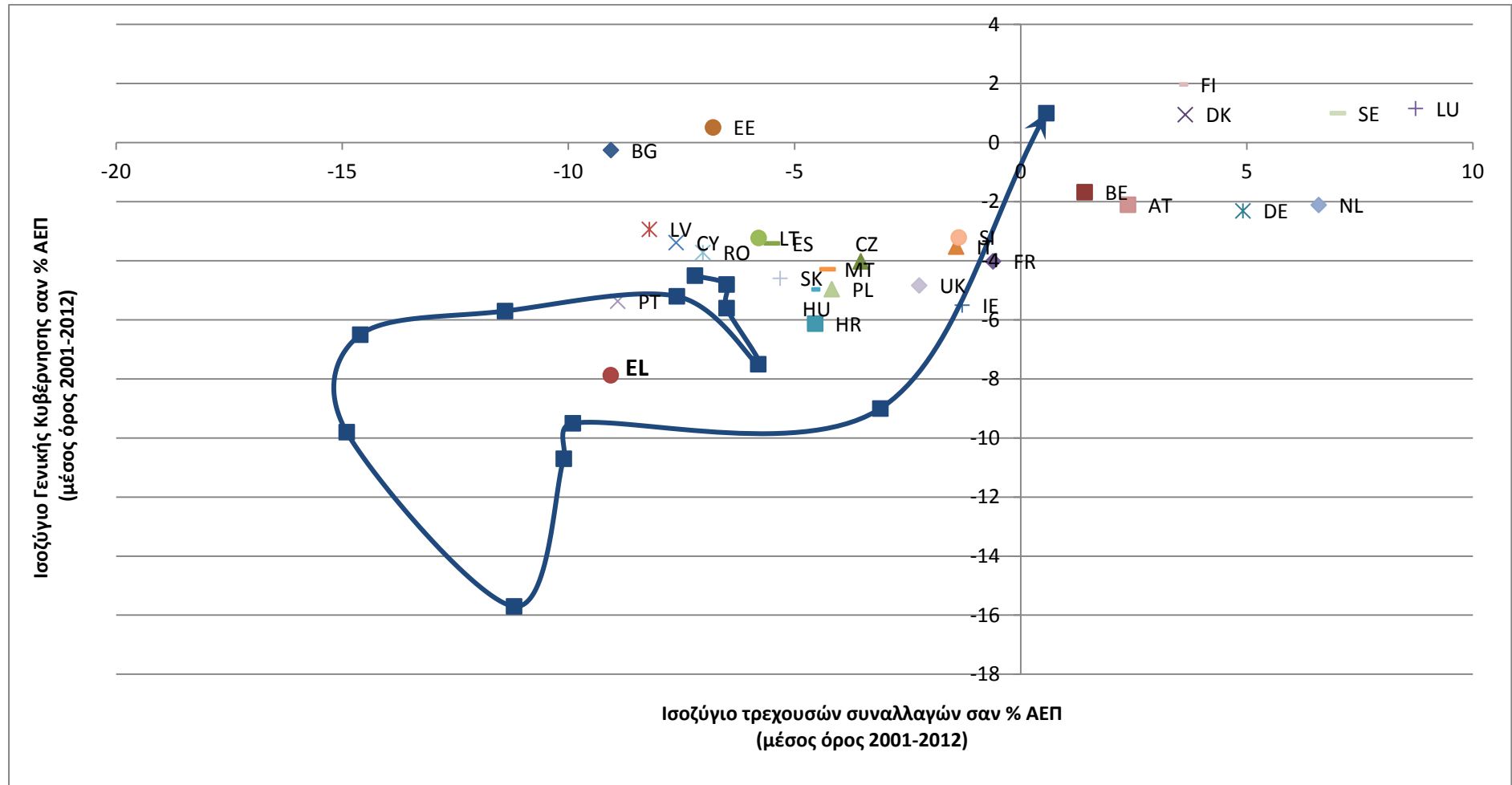
Πηγή: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Τα δίδυμα πλεονάσματα καταδεικνύουν δύο σημαντικές αλλαγές για την ελληνική οικονομία (Διάγραμμα 19). Αφενός ότι πλέον το ελληνικό δημόσιο μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες του, χωρίς να δανείζεται κεφάλαια από το εξωτερικό - αυξάνοντας το δημόσιο χρέος - και ότι η ελληνική οικονομία εισπράττει περισσότερα χρήματα από όσα πληρώνει, δηλαδή ανακτά σταδιακά την ανταγωνιστικότητά της, γεγονός που θα συνδράμει στην επιστροφή θετικών ρυθμών ανάπτυξης και νέων θέσεων εργασίας.

Η επιτυχής ολοκλήρωση του PSI (Μάρτιο 2012) και η επαναφορά ομολόγων (Δεκέμβριος 2012), σε συνδυασμό με την επιμήκυνση του δημοσίου χρέους και τη σημαντική μείωση των επιτοκίων για τα δάνεια που έλαβε η χώρα μας από το Μηχανισμό Στήριξης, διευκολύνουν σημαντικά στη διατήρηση των πρωτογενών πλεονασμάτων και στην βιωσιμότητα του δημοσίου χρέους. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη των δίδυμων πλεονασμάτων, αποτελεί ισχυρό διαπραγματευτικό χαρτί της χώρας, για την περαιτέρω ελάφρυνση του χρέους, στις επικείμενες διαπραγματεύσεις.

Επιπροσθέτως, πέραν της σημαντικής προσπάθειας που έχει ήδη πραγματοποιηθεί, θα πρέπει να σημειωθεί ότι για την ανάταξη της ελληνικής οικονομίας, απαιτείται η διαμόρφωση μιας μακρόπνοης οικονομικής στρατηγικής, τόσο για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων που είναι απαραίτητες για τη σταθεροποίηση των πλεονασμάτων και την επίτευξη βιώσιμης ανάπτυξης.

Διάγραμμα 19: Η διαχρονική εξέλιξη των ελλειμμάτων της Ελληνικής Οικονομίας και ο μέσος όρος των ελλειμμάτων/πλεονασμάτων των χωρών της Ε.Ε.-28, 2001-2013



Πηγή: Eurostat

## 2.2. Οι επιπτώσεις της κρίσης στα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης

Τα υγειονομικά συστήματα παγκοσμίως, αντιμετωπίζουν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες και προβλήματα εξαιτίας του διαρκώς αυξανόμενου κόστους για την υγεία και των επιπτώσεων της κρίσης. Ο τομέας υγειονομικής περίθαλψης απορροφά σημαντικούς πόρους στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως φαίνεται από τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και άλλων διεθνών οργανισμών. Δεδομένου όμως, ότι οι διαθέσιμοι πόροι είναι πεπερασμένοι, οι ιθύνοντες για την πολιτική θα πρέπει να θέσουν προτεραιότητες και να επιλέξουν πολιτικές για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης που θα διασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα στη χρήση πόρων και τη βιωσιμότητα των συστημάτων.

Η κρίση χρέους και η ύφεση σε χώρες της Ευρωζώνης και στην Ελλάδα οδήγησε σε σημαντικούς δημοσιονομικούς περιορισμούς και στη λήψη μέτρων λιτότητας, αλλά και περιορισμού των δημοσίων δαπανών, ιδιαιτέρως στα κράτη-μέλη που επηρεάστηκαν περισσότερο. Η κάμψη της οικονομικής δραστηριότητας και τα μέτρα που ελήφθησαν για την αντιμετώπιση της κρίσης είχαν άμεσο αντίκτυπο στην κρατική χρηματοδότηση, αλλά και τη βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων υγείας.

Επιπροσθέτως, η σημαντική αύξηση των δεικτών ανεργίας και η ραγδαία μείωση της απασχόλησης επιβάρυνε τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία τελούν μέχρι και σήμερα υπό πίεση εξαιτίας του αυξανόμενου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμα, η γήρανση του πληθυσμού, η ραγδαία διάδοση των νέων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας και το υψηλό κόστος επενδύσεων, οι αυξημένες ανάγκες για μακροχρόνια φροντίδα και την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων/νοσημάτων, οι δομές των φορέων κοινωνικής υγείας που σε πολλές περιπτώσεις λειτουργούν αναποτελεσματικά και με υψηλό κόστος, αλλά και οι αυξημένες ανάγκες και προσδοκίες των κοινωνιών, αποτελούν προβλήματα που απαιτούν λύσεις.

Στο πλαίσιο αυτό οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα εθνικά συστήματα υγείας και παροχής περίθαλψης έγκεινται στην αύξηση της αποτελεσματικότητας (όχι μόνο σε οικονομικούς όρους, αλλά κυρίως σε όρους αποτελεσματικής διαχείρισης πόρων και ανάπτυξης συνεργειών), με στόχο τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών προς τους ασθενείς και το σύνολο της κοινωνίας και τη διασφάλιση της καθολικότητας της πρόσβασης.

Η διαφαινόμενη επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (κύριους παράγοντες κινδύνου την ανεργία, την επαπειλούμενη εργασία, τη μεγάλη μείωση του εισοδήματος και το εξ αυτών άγχος) με αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

Οι οικονομικές κρίσεις (με οποιαδήποτε μορφή) προκαλούν σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή. Οι βασικότερες είναι η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, η



πτώση της ευημερίας, η αύξηση της ανεργίας, ως αποτέλεσμα της κάμψης στην εγχώρια παραγωγή και η αύξηση των δεικτών φτώχειας (Marmot and Bell, 2009).

Βασικό χαρακτηριστικό είναι η αύξηση της ανασφάλειας<sup>18</sup> των πολιτών:

(α) όξυνση των ανισοτήτων στην κοινωνία

(β) ενίσχυση των ανισοτήτων στο καθεστώς κοινωνικής προστασίας και υγειονομικής περίθαλψης

(γ) Οι επιπτώσεις δεν αφορούν μόνο το “Κοινωνικό Κράτος” – αλλά και στους χώρους εργασίας.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της επιστημονικής βιβλιογραφίας τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε άλλες χώρες, οι οικονομικές κρίσεις, αποτελούν βασικό παράγοντα που μπορεί να πλήξει την υγεία του πληθυσμού. Αυτό προκύπτει μέσω της επιδείνωσης των δεικτών υγείας, είτε μέσω της αύξησης της νοσηρότητας ή της θνησιμότητας και αποτελεί συνέπεια που σχετίζεται με την εξέλιξη βασικών οικονομικών μεταβλητών, όπως η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, η αύξηση της ανεργίας και η εργασιακή ανασφάλεια, η αύξηση των ποσοστών φτώχειας, η ύπαρξη υψηλού ιδιωτικού δανεισμού και τρεχουσών υποχρεώσεων κ.α. Σύμφωνα με το άρθρο των Κυριόπουλου και Τσιάντου (2010), οι ανωτέρω παράγοντες προκαλούν άγχος και στρες οδηγώντας σε πιθανή αύξηση των περιπτώσεων ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Ωστόσο, λόγω της πολυπλοκότητας της συγκέντρωσης των δεδομένων και των μεθοδολογιών που χρησιμοποιούνται τα αποτελέσματα των ερευνών που εξετάζουν τις επιπτώσεις των κρίσεων στην υγεία των πολιτών είναι αμφιλεγόμενα, μολονότι είναι ευρέως αποδεκτά σε θεωρητικό επίπεδο.

Για παράδειγμα, η απώλεια της εργασίας, ιδίως σε ένα περιβάλλον αυξημένης αβεβαιότητας, συνδέεται με ψυχικές διαταραχές (άγχος, ανησυχία και πολλές φορές κατάθλιψη) και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου διαβίωσης, σίτισης, αύξησης της κατανάλωσης μη-υγιεινών τροφών ή τροφών με χαμηλή θρεπτική αξία, αύξηση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και του καπνίσματος, αναποτελεσματικής διαχείρισης νοσημάτων ή ασθενειών (αναβολή διενέργειας εξετάσεων υγείας, μη πρόληψη για ασθένειες, ελλιπής λήψη θεραπειών ή φαρμάκων).

Στην Ελλάδα, η αλλαγή του τρόπου ζωής, η επιδείνωση παραγόντων κινδύνου και οι επιπτώσεις της κρίσης, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες οδηγούν σε αύξηση της νοσηρότητας. Βασικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής αποτελούν η κακή διατροφή, η παχυσαρκία ιδίως σε μικρές ηλικίες, η καθιστική ζωή, το κάπνισμα κ.α. που αποτελούν σε κάποιο βαθμό και

<sup>18</sup> Σε περιόδους κρίσης ζητούμενο από τους πολίτες είναι η έννοια της ασφάλειας. Η λέξη “Security” (Sine+cura= χωρίς φόβο και αγωνία), χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της αίσθησης της ασφάλειας που πηγάζει από την απομάκρυνση κάθε κινδύνου που τυχόν μας απειλεί ή μας βλάπτει. Σύμφωνα με τους R.Fischer/G.Green, η έννοια προσδιορίζεται ως μια σταθερή, σχετικά προβλέψιμη κατάσταση, στην οποία, άτομα ή ομάδες προοδεύουν χωρίς την ύπαρξη καταστροφών, βλάβης φόβου, ενόχλησης ή τραυματισμού.

απόρροια της οικονομικής κρίσης, έχουν οδηγήσει σε αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (βλ. Burchell , 1994 και Stuckler et al., 2009).

Ωστόσο, η μελέτη των Stuckler et al. (2009), έδειξε ότι για τις 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αύξηση της ανεργίας δε συνδέεται με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, καθώς τα ευρήματα της ανάλυσης δεν ήταν στατιστικά σημαντικά<sup>19</sup>. Στην ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα η μελέτη δείχνει ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νεότερης ηλικίας, δε δείχνει να επηρεάζει τον ανδρικό πληθυσμό άνω των 60 ετών.

Επιπροσθέτως, σε έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), με τίτλο «Βελτιώνοντας την αποδοτικότητα του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα»

### **2.3. Καταγραφή των μεταρρυθμίσεων που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρώπης**

Στη παρούσα ενότητα πραγματοποιείται μια συγκριτική αξιολόγηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, βάσει των μηχανισμών χρηματοδότησής τους. Η διάκριση των συστημάτων αφορά:

(α) στα συστήματα που χρηματοδοτούνται από τη φορολογική βάση (με πιο χαρακτηριστικά αυτά του Ην. Βασιλείου, της Δανίας και της Φινλανδίας),

(β) στα συστήματα που στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας και τα Ασφαλιστικά Ταμεία (με πιο χαρακτηριστικά αυτά της Ολλανδίας και της Γερμανίας) και

(γ) στα μικτά συστήματα όπου συνδυάζεται η κρατική χρηματοδότηση με τις ιδιωτικές δαπάνες (με πλέον χαρακτηριστική περίπτωση αυτή της Ελβετίας).

Χαρακτηριστικό είναι ότι από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας το βρετανικό μοντέλο προβλέπει πως από τη γενική φορολογία προέρχεται το 79% των δαπανών υγείας, ενώ το γερμανικό μοντέλο αντίστοιχα το 19%.

Ο ρόλος των κυβερνήσεων μεταβάλλεται σε κάθε μια από τις ανωτέρω περιπτώσεις ανάλογα με το βαθμό αποκέντρωσης του κάθε συστήματος και τους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων. Βασικό χαρακτηριστικό για τις χώρες της Ευρώπης είναι ότι η κάλυψη είναι καθολική, δηλαδή η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας διασφαλίζεται για το σύνολο των πολιτών. Για παράδειγμα, το ιταλικό σύστημα υγείας, έχει ως βασικό χαρακτηριστικό του, την αποκέντρωση, ενώ αντίθετα, το γαλλικό διατηρεί ισχυρό τον κεντρικό έλεγχο. Στον αντίποδα, το σύστημα υγείας της Ολλανδίας βασίζεται αποκλειστικά στην ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το βρετανικό μοντέλο που

---

<sup>19</sup> Σημειώνεται ότι η εν λόγω έρευνα έδειξε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39%.

αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές μεταρρυθμίσεις στηρίζεται στις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές. Από τα συστήματα υγείας εκτός Ευρώπης, ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση του Καναδά, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται, κυρίως από περιφερειακούς οργανισμούς. Οι οργανισμοί αυτοί λειτουργούν υπό την ευθύνη και τον έλεγχο των 12 περιφερειακών διοικήσεων. Σε κάθε περίπτωση όμως, ο σχεδιασμός (κεντρικός ή αποκεντρωμένος) η οργάνωση, καθώς και οι παροχές και η χρηματοδότηση σε κάθε χώρα διαμορφώνεται βάσει ιστορικών εξελίξεων και συγκυριών, κοινωνικών και πολιτικών χαρακτηριστικών<sup>20</sup>.

Ορισμένες βασικές αρχές, όσον αφορά τις παροχές υγείας και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, αφορούν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες. Για παράδειγμα, δεν μπορεί οι παροχές να σχετίζονται με τις οικονομικές δυνατότητες των πολιτών. Θα πρέπει να είναι καθορισμένες και σταθερές, ενώ ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης θα πρέπει να διασφαλίζει την αναδιανομή εισοδήματος. Επιπλέον, σε κεντρικό επίπεδο, οι δαπάνες υγείας θα πρέπει να συγκλίνουν σε ένα ποσοστό επί του ΑΕΠ που θα διασφαλίζει, τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και την ευημερία των πολιτών, βάσει των αναγκών (γεωγραφικών, δημογραφικών, κοινωνικών κ.λπ).

Στο πλαίσιο αυτό, η κατανομή των διαθέσιμων πόρων, κατά επίπεδο και τομέα φροντίδας, σε κεντρικό επίπεδο, κατά γεωγραφική περιφέρεια και μονάδες παροχής (νοσοκομεία) κλπ., πρέπει να στοχεύουν στη βελτιστοποίηση της αξίας και της ποιότητας για τους πολίτες. Όσον αφορά τους πολίτες θα πρέπει να διασφαλίζεται η ελευθερία επιλογών και η διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, όπως για παράδειγμα η επιλογή οικογενειακού ιατρού και νοσοκομείου. Δεδομένου ότι όλα τα ανωτέρω διασφαλίζονται από τη δομή του συστήματος Υγείας, στη διεθνή βιβλιογραφία διακρίνονται δύο ακραίες περιπτώσεις<sup>21</sup>: (α) τα Εθνικά Συστήματα Υγείας και (β) τα Φιλελεύθερα Συστήματα.

Στην ανάλυση των συστημάτων υγείας, η αξιολόγηση τους και η συγκριτική ανάλυση, αποτελεί κοινό τόπο για τον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό και την υιοθέτηση των κατάλληλων πολιτικών υγείας. Σε αυτή την κατεύθυνση ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization – WHO) εισήγαγε τις νέες παραμέτρους όπως είναι η αυτοαξιολόγηση (self-evaluation) και την εκτίμηση της καλής υγείας (good health), την ανταποκρισιμότητα (responsiveness) των υπηρεσιών υγείας και τη δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση (fairness financing) των υγειονομικών συστημάτων, ως βασικές αρχές για τη λειτουργία τους.

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, οι βασικές συνιστώσες της εθνικής πολιτικής υγείας είναι αυτές της (α) ισότητας – equality, (β) αποτελεσματικότητας και της κοινωνικής αποδοτικότητας και ως εκ τούτου συνεκτιμώνται οι συνολικές επιδόσεις του συστήματος υγείας για όλες τις χώρες. Κάθε σύστημα Υγείας οφείλει να διασφαλίζει στους πολίτες ισότιμη και εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες, κλινικά αποτελεσματικές και οικονομικά προσιτές. Οι στόχοι αυτοί

<sup>20</sup> Τούντας Γ.,(2004), Τα συστήματα υγείας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Ιατρική, 79(3):215-217.

<sup>21</sup> Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, JAMA, Vol. 280 No. 14.

δεν είναι εύκολο να επιτευχθούν σε πολλές περιπτώσεις, λόγω της πολυπλοκότητας και των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ στην Ελλάδα η έλλειψη κεντρικής παρακολούθησης, ελέγχου και διακυβέρνησης, σε συνδυασμό με τον κατακερματισμό των υπηρεσιών, δυσχέραινε περισσότερο την κατάσταση.

Για να αντιμετωπίσουν τις βασικές προκλήσεις οι ανεπτυγμένες χώρες προέβησαν σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις τις τελευταίες δεκαετίες, κάτι το οποίο στην Ελλάδα πραγματοποιείται σε μεγάλο βαθμό στο πλαίσιο εφαρμογής του Μνημονίου Συνεννόησης. Πρόσφατη συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ, ανέδειξε ότι η χώρα μας θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά την δαπάνη, χωρίς να μειωθεί η ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών, μέσω της ενίσχυσης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικής κατανομής πόρων.

Η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας από διαφορετικές ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Ολλανδία, η Γερμανία, το Ην. Βασίλειο, η Ελβετία, η Σουηδία κ.α., αναδεικνύουν πολύ χρήσιμα συμπεράσματα σε ότι αφορά τις εξελίξεις και τις τάσεις σε διεθνές επίπεδο. Τα βασικότερα συμπεράσματα είναι τα εξής:

- Σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων οργάνωσης και την υιοθέτηση νέων μικτών μοντέλων με περιφερειακή δομή διοίκησης. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι οποίες καθιέρωσαν εθνικό σύστημα υγείας, χωρίς να εξαλείψουν τελείως το προηγούμενο καθεστώς της κοινωνικής ασφάλισης. Παράλληλα, σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία, ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται ενώ στη Γερμανία και την Ολλανδία όπου βασίζονται στο μοντέλο Bismarck (κοινωνικής ασφάλισης) η χρηματοδότηση προέρχεται και από τη γενική φορολογία.
- Σε όλες τις χώρες, η πλειονότητα των νοσοκομείων είναι δημόσια ή μη κερδοσκοπικά, μικρότερο ποσοστό αποτελούν τα κερδοσκοπικά ιδρύματα, ενώ σε πολλές χώρες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος ο ιδιωτικός νοσοκομειακός τομέας μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- Στην πλειονότητα των χωρών εφαρμόζεται το σύστημα προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών, για την πληρωμή των νοσοκομείων. Βάσει του συστήματος αυτού ταξινομούνται οι ασθενείς, βάσει των διαγνωστικών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups, DRGs).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια ο τομέας υγείας παρουσιάζει αλλαγές στο πλαίσιο εφαρμογής του Μνημονίου Συνεννόησης. Πιο συγκεκριμένα, η ελληνική κυβέρνηση υλοποιεί τη συνολική μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας με στόχο την σταθεροποίηση των δημόσιων δαπανών υγείας σε ποσοστό μικρότερο του 6% του ΑΕΠ, διασφαλίζοντας παράλληλα την καθολική πρόσβαση και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης. Για τη βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας, οι μεταρρυθμίσεις που αναφέρονται στο Μνημόνιο Συνεννόησης κρίνονται απαραίτητες, δεδομένων των αδυναμιών εθνικού συστήματος Υγείας.

Το σύστημα υγείας της χώρας μας είναι πολύ σύνθετο και περίπλοκο. Ουσιαστικά διαθέτουμε ταυτόχρονα τρία συστήματα υγείας, καθότι το ΕΣΥ συνυπάρχει με ένα μεγάλο και περίπλοκο δημόσιο ασφαλιστικό κλάδο και έναν από τους μεγαλύτερους αναλογικά ιδιωτικούς τομείς στις χώρες τους ΟΟΣΑ. Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας κατευθύνονται κυρίως προς την πλευρά της ζήτησης με τον ΕΟΠΥΥ ως κύριο φορέα συγκέντρωσης όλων των πόρων που

προέρχονται από τη φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι προμηθευτές θα δέχονται πιέσεις, λόγω του ανταγωνισμού και του μονοψωνιακού καθεστώτος και θα βελτιώνουν την αποδοτικότητά τους.

Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο του Μνημονίου ήταν ιδιαίτερα σημαντικές για τη δημοσιονομική προσαρμογή, καθώς οι κρατικές δαπάνες στην Υγεία αποτελούν σχεδόν το 11% της συνολικής δημόσιας δαπάνης. Μέτρα μεταρρυθμίσεων εφαρμόστηκαν και σε άλλους τομείς της Υγείας, όπως στην αναβάθμιση συστημάτων λογιστικής διαχείρισης και προϋπολογισμών των νοσοκομείων, η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων υγείας σε ένα (ΕΟΠΥΥ), με την ύπαρξη διακριτού συστήματος για το ΙΚΑ, αναθεωρήσεις των τιμών για παροχές και υπηρεσίες υγείας, μεταβολές στη συμμετοχή των ασθενών κ.α.

Οι επιμέρους μεταρρυθμίσεις που εφαρμόζονται και τα μέτρα πολιτικής περιλαμβάνουν τον περιορισμό των κατακεραματισμένων δομών του συστήματος υγείας, με στόχο την αποτελεσματικότερη διακυβέρνηση και τη μείωση του κόστους. Επιπροσθέτως, στόχος είναι η ενίσχυση και ενοποίηση του δικτύου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο εξορθολογισμός του δικτύου νοσοκομείων και των απαιτούμενων πόρων, η ενίσχυση των κεντρικών προμηθειών και η παρακολούθηση του κόστους και η αναβάθμιση των υπηρεσιών e-health για τα συμβαλλόμενα μέρη.

#### **2.4. Η αυτοχρηματοδότηση και οι ιδιωτικές δαπάνες για υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης: Η διεθνής και Ελληνική εμπειρία**

Οι μορφές χρηματοδότησης στα συστήματα υγείας ενέχουν καθοριστικό ρόλο, τόσο για τη μακροχρόνια βιωσιμότητά του συστήματος, όσο και για την παροχή επαρκών και ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Η χρηματοδότηση αποτελεί επίσης, κομβική επιλογή σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος και των επιμέρους δομών και υπηρεσιών του. Κάθε μέθοδος χρηματοδότησης, π.χ. δημόσια ή ιδιωτική αποτελεί απόρροια πολλών παραγόντων, όπως οι κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με το σύστημα υγείας, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη διάρθρωση του πληθυσμού και άλλους κοινωνικούς παράγοντες, όπως η εμπιστοσύνη στους θεσμούς, τις καταναλωτικές συνήθειες κ.ο.κ.

Μέθοδοι χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελούν ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση, καθώς και ίδιες πληρωμές των ασθενών. Η χρηματοδότηση μπορεί να αφορά αμοιβές ιατρών και νοσηλευτών, ημερήσια νοσήλεια κ.ο.κ. Κάθε μορφή χρηματοδότησης παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τα οποία προκύπτουν από τη διεθνή βιβλιογραφία και σχετίζονται με το συνολικό κόστος των υπηρεσιών, την ποιότητά τους, τον όγκο, τη δομή/διάρθρωση του κόστους σε επιμέρους στοιχεία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ σχετικά με τις δαπάνες υγείας και την αυτοχρηματοδότηση οι δαπάνες υγείας παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα, στην Ελλάδα και τις υπόλοιπες χώρες του Νότου, λόγω της κρίσης. Χαρακτηριστικό ωστόσο είναι ότι το μεγάλο βάρος των περικοπών στη δαπάνη υγείας στην Ευρώπη αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη. Πιο συγκεκριμένα, κατά μέσο

όρο στις 34 χώρες του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία (δημόσιες και ιδιωτικές) ανήλθαν το 2012 στο 9,3% του ΑΕΠ, έναντι ποσοστού 9,2% το 2011. Οι χώρες με μεγαλύτερη δαπάνη υγείας είναι οι ΗΠΑ (16,9%), η Ολλανδία (11,8%) και η Γαλλία με 11,6% του ΑΕΠ. Χαρακτηριστικό είναι ότι στη χώρα μας και στην Ιταλία, την Πορτογαλία και την Τσεχία, η συνολική δαπάνη υγείας συνεχίζει να μειώνεται, το ίδιο συμβαίνει και στις ιδιωτικές δαπάνες.

Όσον αφορά τις μεταρρυθμίσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στις χώρες του ΟΟΣΑ αναφορικά με τη μακροχρόνια φροντίδα και τις μεθόδους χρηματοδότησης, αυτές διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Τα τελευταία χρόνια επτά χώρες έχουν προβεί σε σημαντικές αλλαγές στη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας. Από αυτές δύο νέα συστήματα αποζημιώσεων αφορούν την περίπτωση της Ισπανίας (2006) και της Κορέας το (2008). Τα δύο αυτά παραδείγματα έχουν συνέπειες στην πρόσβαση, στις καλύψεις, στις αποζημιώσεις και στους παρόχους. Για παράδειγμα, η Κορέα απαιτεί τον καταμερισμό του κόστους, κατά 20% για τους παρόχους και ένα 15% για τους χρήστες των υπηρεσιών μέσω συμμετοχής (συν-πληρωμών) για την φροντίδα κατ' οίκον. Στις υπηρεσίες προσφέρονται μετακινήσεις, ολοήμερη φροντίδα, , βραχυπρόθεσμη ανακουφιστική φροντίδα και εξοπλισμός, όπως αναπηρικές καρέκλες και ορθοπεδικά στρώματα.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, όπου οι δαπάνες έχουν υποστεί τεράστιες περικοπές με συνέπειες για τη δημόσια υγεία, σημειώθηκε το 2012 μείωση κατά 25% από το επίπεδό τους το 2009 σε πραγματικές τιμές. Η δημόσια δαπάνη υγείας στη χώρα μας, έχει ξεπεράσει τον στόχο που ορίζει το Μνημόνιο Συνεργασίας και έχει περιοριστεί σε επίπεδα χαμηλότερα του 6% του ΑΕΠ ή 67% επί της συνολικής (δημόσιας και ιδιωτικής), όταν η μέση δημόσια δαπάνη στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι στο 72%. Συμπερασματικά προκύπτει ότι η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα φτάνει το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (9,3% του ΑΕΠ), δεδομένου ότι οι Έλληνες πολίτες πληρώνουν περισσότερα από την τσέπη τους (out-of-pocket) σε σύγκριση με τους πολίτες άλλων χωρών του ΟΟΣΑ.

Τέλος, σημαντικό πρόβλημα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας αποτελούν και οι πρόσθετες - άτυπες πληρωμές στον τομέα της υγείας έχουν καθιερωθεί στο εθνικό σύστημα υγείας και αποτελούν καθεστώς "status quo", το οποίο συνεχίστηκε και κατά τη διάρκεια της κρίσης. Η πρώτη αιτία καταβολής πρόσθετων πληρωμών στα δημόσια νοσοκομεία είναι η διασφάλιση της πρόσβασης σε αυτά ή της μείωσης αναμονής (σε ποσοστό που αγγίζει το 80%), ενώ οι άτυπες πληρωμές («φακελάκι») σε περιπτώσεις εγκυμοσύνης φτάνουν στο 13%.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόσφατη μελέτη που εκπονήθηκε από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, σχετικά με την "Παραοικονομία στην Υγεία". Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία ΚΑΠΑ RESEARCH και συμμετείχαν 2.741 άτομα. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, τρεις στους δέκα πολίτες δίνουν «φακελάκι» όταν πηγαίνουν σε δημόσιο νοσοκομείο και μάλιστα το 40% από αυτούς το καταβάλλει πριν τη λήψη των υπηρεσιών, πάντοτε με αίτημα των γιατρών. Το μέγεθος της παραοικονομίας στα κέντρα υγείας, φτάνει στο 12,2% και στα πολυ-ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων το 10,6%. Στο διάγραμμα ΧΧ παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης.

### 3. Διεθνείς Τάσεις στο χώρο της Υγείας

#### 3.1. Καταγραφή των διεθνών τάσεων στον τομέα της υγείας και της παροχής περίθαλψης

Η υγεία δεν αποτελεί απλώς το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο, αλλά και βασικό μοχλό για την ανάπτυξη. Η υγεία του πληθυσμού αποτελεί καταλυτικό παράγοντα για την αξιοποίηση του οικονομικού δυναμικού μιας οικονομίας. Ο κλάδος της υγείας έχει ως βασική κινητήρια δύναμη την καινοτομία και τις νέες τεχνολογίες, ενώ η προστασία της έχει αυξημένη συμβολή στην ευημερία της κοινωνίας. Οι δαπάνες για έρευνα, καινοτομία, νέες τεχνολογίες και ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, μπορούν να ανέλθουν στο 0,3% του ΑΕΠ, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή<sup>22</sup>. Οι δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη στις χώρες της Ε.Ε. αντιπροσωπεύουν περίπου το 10% του ΑΕΠ και απασχολείται περίπου 1 στους 10 εργαζομένους. Επίσης, το ποσοστό των εργαζομένων με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ξεπερνά το μέσο όρο των υπολοίπων τομέων στις οικονομίες.

Η συμμετοχή στο συνολικό κόστος των δαπανών υγείας αποτελεί ένα εργαλείο που κερδίζει σταδιακά έδαφος, τόσο στα εθνικά συστήματα υγείας, όσο και την ιδιωτική ασφάλιση. Μάλιστα, αποτελεί την πλέον σημαντική παράμετρο, η οποία καθορίζει τη συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία. Ωστόσο, η εφαρμογή του μέτρου αυτού έχει σημαντική επιτυχία στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, ενός δηλαδή μέρους της συνολικής δαπάνης και όχι στο σύνολό της (Odegard και Gray; 2008).

Ιδίως σε περιπτώσεις χρονίως πασχόντων ασθενών, η ύπαρξη συμμετοχής στο κόστος μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμένη χρήση των απαραίτητων φαρμάκων ή και θεραπειών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανεπιθύμητων επιπτώσεων στην υγεία του ασθενούς που μπορεί να αυξήσουν σημαντικά το κόστος λόγω επιπλοκών και του αυξημένου κόστους νοσηλείας (βλ. Cutler και Everett, 2010).

Βασική πρόκληση των συστημάτων υγείας, αλλά και των συμμετεχόντων στον τομέα της υγείας είναι η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας με παράλληλη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ελευθερία επιλογής για τον ασθενή, η γενική/ευρεία κάλυψη με εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στόχο την ικανοποίηση των αυξημένων αναγκών του πληθυσμού, οι δομικές αλλαγές που συντελούνται λόγω της αύξησης του πληθυσμού, του επιπολασμού των χρόνιων παθήσεων, λόγω της δημογραφικής γήρανσης και οι αυξημένες προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, στη χάραξη στρατηγικής για τον τομέα της υγείας.

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος για να διασφαλιστεί η καλύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας, φαίνεται να είναι η καλύτερη εκπαίδευση των πολιτών και η αντιμετώπιση του αναλφαβητισμού σε θέματα υγείας και ασφάλισης, η αποτελεσματικότερη συνεργασία μεταξύ των φορέων και οργανισμών, η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών για τη παροχή καλύτερων υπηρεσιών πρόληψης. Η νέα παγκόσμια τάση που κερδίζει έδαφος αφορά την μεταστροφή των προτεραιοτήτων. Τα συστήματα υγείας φαίνονται να οδεύουν στην κατεύθυνση της ενημέρωσης και της παροχής υπηρεσιών πρόληψης προς τους πολίτες, ώστε να επιτύχουν να

<sup>22</sup> European Commission (2014), "Innovation Union Scoreboard 2014".

διατηρήσουν τον ασθενή υγιή χωρίς την ανάγκη νοσηλείας, ενισχύοντας τις εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες. Για το λόγο αυτό φαίνεται μια στροφή στην παροχή κινήτρων για την ενίσχυση των διαγνωστικών εξετάσεων, την έγκαιρη διάγνωση παθήσεων και την υποστήριξη σε αυτό το στάδιο (pre-service). Πιο συγκεκριμένα, στόχος να δοθεί περισσότερη έμφαση στη φάση προ της παροχής υπηρεσιών, παρά μετά. Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται η αναστροφή της πυραμίδας.

#### Πίνακας 5: Καταγραφή των Προκλήσεων για τον κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης στον τομέα της Υγείας

	<p><b>Ασφαλιστική Αγορά</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Glocalization (Deloitte, 2014)</li> <li>•Όξυνση του ανταγωνισμού στον τομέα της Υγείας</li> <li>•Συνέργειες (Strategic Alliances, Public-Private Partnerships, Channels)</li> <li>•Νέα στρατηγική – νέα business models</li> </ul>
	<p><b>Δημογραφικές Αλλαγές</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Γήρανση πληθυσμού &amp; δημογραφικό πρόβλημα</li> <li>•Αυξανόμενη Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας → Αύξηση Κόστους</li> <li>•Ανάγκες και νέα πρότυπα (the value-for-money challenge - Price/Quality – Affordability)</li> </ul>
	<p><b>Πολιτική &amp; Θεσμικό Πλαίσιο</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Αναμόρφωση των συστημάτων Υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες</li> <li>•Θεσμικό πλαίσιο Ε.Ε. και Ελλάδα (π.χ. Solvency, ανάγκη για Διαφάνεια)</li> <li>•Δημοσιονομική Πολιτική (Δαπάνες για Υγεία και Περίθαλψη)</li> </ul>
	<p><b>Τεχνολογία &amp; Καινοτομία</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Νέες Τεχνολογίες και Υπηρεσίες στον χώρο της Υγείας</li> <li>•Online και mobile υπηρεσίες Υγείας</li> <li>•Υπηρεσίες προσανατολισμένες στον χρήστη/πελάτη</li> </ul>

Πηγή: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

#### Ασφαλιστική Αγορά

Σύμφωνα με την έκθεση της Deloitte (2014)<sup>23</sup> ο τομέας της υγείας και της περίθαλψης, παγκοσμίως, διανύει μια περίοδο “glocalization”, ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε στην έκθεση, ώστε να συνδυάζει την έννοια και τις επιπτώσεις της “παγκοσμιοποίησης” και τα “τοπικά χαρακτηριστικά” (κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε κοινωνίας, το θεσμικό πλαίσιο των χωρών, τις αντιλήψεις κ.λπ.) και να περιγράψει την ανάγκη για προσαρμογή των διεθνών τάσεων και των υπηρεσιών, για την κάλυψη των αναγκών των ανθρώπων σε μια συγκεκριμένη τοποθεσία. Συνήθως συνδέεται με τις προσπάθειες των παρόχων, ώστε να προσαρμόσουν τα προϊόντα και τις υπηρεσίες τους στα τοπικά στοιχεία των κοινωνιών. Ο όρος αυτός επίσης, καλύπτει και το σκέλος της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς τα ζητήματα και οι προκλήσεις

<sup>23</sup> Deloitte, (2014), “2014 Global health care outlook: Shared challenges, shared opportunities”



που ανακύπτουν σχετικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας των ασθενών είναι παγκόσμιας εμβέλειας, ωστόσο οι υπηρεσίες παρέχονται σε τοπικό επίπεδο.

Στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός είναι ιδιαίτερα έντονος όσον αφορά τους παρόχους, τις ιδιωτικές κλινικές, τα νοσοκομεία και τις ασφαλιστικές εταιρίες. Επίσης, τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές εξελίξεις σε επιχειρηματικό επίπεδο, όπως μεγάλες επενδύσεις, συγχωνεύσεις και εξαγορές σε όλους τους τομείς (με στόχο την επίτευξη οικονομικών κλίμακας) και συμφωνίες στρατηγικών συνεργασιών, με στόχο την εδραίωση της θέσης τους στην αγορά και την απόκτηση συγκριτικού πλεονεκτήματος. Απόρροια αυτού είναι η διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών, προς όφελος των ασθενών, η διεύρυνση του μεριδίου αγοράς και κατά συνέπεια η μείωση του κινδύνου που αναλαμβάνουν αναπτύσσοντας τη στρατηγική τους με κριτήρια: την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών, τη μεγαλύτερη δυνατή γεωγραφική κάλυψη, την υιοθέτηση των πλέον πρόσφατων τεχνολογικών και επιστημονικών εξελίξεων καθώς και την επέκτασή τους στις αγορές του εξωτερικού<sup>24</sup>.

Η μακροχρόνια περίθαλψη και φροντίδα υγείας (Long-Term Care) αποτελεί μια αναπτυσσόμενη, αλλά μέχρι σήμερα μικρή αγορά. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, και ιδιαίτερα εκείνων ηλικίας άνω των 80 ετών, παρουσιάζουν υψηλή πιθανότητα εμφάνισης μακροχρόνιων παθήσεων, ενώ οι γυναίκες είναι οι κύριοι αποδέκτες των υπηρεσιών αυτών. Η μακροχρόνια περίθαλψη και φροντίδα υγείας είναι ένας τομέας εντάσεως εργασίας, η οποία είναι ως επί το πλείστον χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Ο μέσος όρος των δαπανών για τις χώρες του ΟΟΣΑ προσεγγίζει το 2011 το 1,5% του ΑΕΠ, ενώ το προσωπικό που απασχολείται φτάνει περίπου στο 1,3% του συνολικού εργατικού δυναμικού στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Τα τελευταία δέκα χρόνια, προσφέρονται νέα προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας έχουν εφαρμοστεί σε αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένων και των αποζημιώσεων για την υποστήριξη των προγραμμάτων σε ευρωπαϊκές χώρες και τις Ηνωμένες Πολιτείες, με στόχο να προσφέρει στους ασφαλισμένους περισσότερες επιλογές και έλεγχο των υπηρεσιών. Για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι άμεσες πληρωμές σε μετρητά προσφέρονται ως εναλλακτική λύση, από το 1997, ενώ το 2010, υλοποιήθηκε ένα πιλοτικό πρόγραμμα των προσωπικών προϋπολογισμών. Αντίστοιχα, το ίδιο συνέβη και στην Ολλανδία με την εφαρμογή οικονομικών αποζημιώσεων για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η παροχή σε χρήμα ισοδυναμεί κατά μέσο όρο 14.500 ευρώ ετησίως. Οι περιορισμοί σχετικά με τη χρήση των παροχών είναι ελάχιστες. Οι αξιολογήσεις έδειξαν αύξηση της αποτελεσματικότητας στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων, από τις αποζημιώσεις σε χρήμα και υψηλό βαθμό ικανοποίησης των δικαιούχων. Επίσης, σημαντική ήταν η μείωση στις διοικητικές δαπάνες των φορέων. Τέλος, στη Γαλλία, οι υπηρεσίες *emploi Chèque universel (Cesu)*, επιτρέπει στους δικαιούχους να πληρώσουν για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, ή απευθείας έναν νοσηλευτή. Εν συνεχεία, μπορούν να αποζημιωθούν από ένα διαπιστευμένο ασφαλιστικό οργανισμό. Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα του συστήματος αυτού είναι η "βελτιστοποίηση" των δημόσιων δαπανών. Χαρακτηριστικό είναι ότι στη Γαλλία, έχει ξεκινήσει η συζήτηση για έναρξη του 5<sup>ου</sup> πυλών της κοινωνικής ασφάλισης

<sup>24</sup> Στην Ευρώπη, ωστόσο, με το ξέσπασμα της κρίσης παρατηρείται μια τάση συγκέντρωσης των δραστηριοτήτων στον ευρωπαϊκό χώρο και η εγκατάλειψη δραστηριοτήτων σε άλλες αγορές, όπως των Βαλκανίων, της Ασίας κ.α.

Η επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας συνιστά ότι οι ανταγωνιστικές αγορές (συνεπώς η αύξηση του ανταγωνισμού) στον τομέα της υγείας, μπορεί οδηγήσει σε καλύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών προς του ασθενείς, περισσότερες επιλογές, αλλά και χαμηλότερο κόστος (Herritage Foundation, 2013).

Αναφορικά με τις συνέργειες οποιασδήποτε μορφής είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν σημαντικές ευκαιρίες στο σύνολο των τομέων της οικονομίας. Ο τομέας της Υγείας έχει να αναδείξει σημαντικά παραδείγματα συνεργειών και συνεργασιών μεταξύ των φορέων, για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας, της επίτευξης οικονομικών κλίμακας και τις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, προς τους πολίτες. Ιδίως ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης έχει να επιδείξει σημαντικές συνέργειες με τους δημόσιους φορείς, για την επίτευξη αμοιβαίων οφειλών και κυρίως προς όφελος των πολιτών και των ασθενών.

Όσον αφορά τις παροχές παρουσιάζεται ένα μεγάλο debate αναφορικά με τις παροχές, την παροχή ελευθερίας στην επιλογή του χρήστη και την τυποποίηση των παροχών. Οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ για παράδειγμα, στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, διευρύνουν τις παροχές που προσφέρονται στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προσαρμοσμένων λεπτομέρειες για εκείνους που ζουν σε αγροτικές περιοχές και πάσχουν από άνοια. Η χρήση των οικονομικών παροχών (αποζημιώσεων), και η καλύτερη ενημέρωση μέσω του διαδικτύου, αλλά και ο αυξανόμενος ανταγωνισμός μεταξύ των παρόχων, αποτελούν τα βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της επιλογής των καταναλωτών, του παρόχου και των παροχών.

Πιο συγκεκριμένα, διάφορες χώρες όπως η Γερμανία, η Ολλανδία και μερικές πολιτείες των Η.Π.Α. απαιτούν από τις ασφαλιστικές εταιρείες ένα τυποποιημένο «πακέτο» παροχών, για όλους. Ένα μειονέκτημα της προσέγγισης αυτής, αποτελεί είναι ότι το «πακέτο» αυτό καλύπτει και ομάδες του πληθυσμού, με υψηλότερους κινδύνους, που δεν μπορούν να αγοράσουν άλλα συμβόλαια. Από την άλλη, αυτή η προσέγγιση μειώνει το ενδεχόμενο χρέωσης υψηλότερου ασφαλιστρού για τις ομάδες χαμηλού κινδύνου, ενώ διασφαλίζει τις ελάχιστες παροχές για όλους. Η εναλλακτική προσέγγιση είναι όλες οι παροχές των ασφαλιστικών εταιρειών να είναι διαθέσιμες σε όλους, που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των ασφαλιστρων και αποτροπή των ομάδων χαμηλού κινδύνου να ασφαλιστούν.

Εναλλακτικό παράδειγμα, παροχών προσαρμοσμένων στο προφίλ κινδύνου του ασφαλισμένου, παρουσιάζει η Αυστραλία, όπου οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να προσφέρουν τη δυνατότητα δημιουργίας «πακέτων» παροχών, προσαρμοσμένα στους ασφαλισμένους. Οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν το πρόγραμμα που ταιριάζει καλύτερα το προφίλ κινδύνου τους (Colombo και Taray, 2003). Ωστόσο, ο αυξημένος ανταγωνισμός συνεχίζει να αποτελεί τον βασικό οδηγό, για την προσαρμογή των προγραμμάτων και της πίεσης των ασφαλισμένων.

Είναι σαφές ότι κάθε αγορά αξιολογεί διαφορετικά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των δύο προσεγγίσεων. Μια εναλλακτική προσέγγιση είναι

## Δημογραφικές Αλλαγές

Τα συστήματα υγείας αναμένεται αντιμετωπίσουν έναν αυξανόμενο αριθμό πολιτών που θα πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και θα έχουν ανάγκη για ακριβότερες θεραπείες. Οι παράγοντες αυτοί εκτιμάται ότι θα οδηγήσουν σε αυξανόμενο κόστος, αλλά και ταυτόχρονη πρόοδο στις νέες τεχνολογίες, τη βιοιατρική που θα συμβάλλουν με τη σειρά τους στην άνοδο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Θα επηρεάσει τους κρατικούς προϋπολογισμούς, το σχεδιασμό συστημάτων και την παροχή υπηρεσιών. Τα βασικά ζητήματα σχετικά με τις δημογραφικές αλλαγές και την ανοδική τάση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης αναπτύχθηκε στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο της παρούσης μελέτης.

Ωστόσο, σημαντικές αλλαγές παρουσιάζονται διεθνώς σχετικά με τις μεταβολές στις προτεραιότητες των πολιτών. Μια σημαντική πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι συμμετέχοντες στον τομέα της υγείας και περίθαλψης είναι η εξισορρόπηση μεταξύ της αξίας που προσφέρουν προς το κοινωνικό σύνολο και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να είναι προσιτές και προσβάσιμες προς τους πολίτες. Μία προσέγγιση για την εξισορρόπηση της οικονομικής προσιτότητας και της τιμής σε σχέση με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Στον χώρο της υγείας, σταδιακά ο ασθενής φαίνεται να έχει τον πρώτο λόγο, στην επιλογή του. Για το λόγω αυτό, καταγράφεται μια στροφή στη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας τόσο του πολίτη, όσο και στη μεγιστοποίηση της αξίας των παρόχων ή των εμπλεκόμενων, από κοινού. Οι στρατηγικές των παροχών σε μεγάλο βαθμό προσανατολίζονται στην αντιμετώπιση του ζητήματος του "ηθικού κινδύνου" - δηλαδή, η υπερβολική χρήση υπηρεσιών συμβαίνει όταν οι υπηρεσίες είναι δωρεάν ή πολύ φθηνές σε σχέση με την αξία τους. Είναι γνωστό, ότι η ελαστικότητα της ζήτησης λειτουργεί και στον τομέα της υγείας - αν αυξηθεί η τιμή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η χρησιμοποίηση και των δύο ουσιαδών και μη-ουσιαδών υπηρεσιών θα μειωθεί.

Για παράδειγμα, οι αυξημένες δαπάνες για υπηρεσίες υγείας ή φάρμακα (με την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών) μπορεί να οδηγήσουν σε χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία και μπορεί να οδηγήσει άλλους να καθυστερήσουν αναζητούν την απαραίτητη ιατρική φροντίδα. Έτσι, η συνολική επίπτωση της αύξησης του επιμερισμού του κόστους με τους ασθενείς, μπορεί να αντισταθμιστεί από αυξήσεις σε μελλοντικές ιατρικές δαπάνες. Για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου, διάφορες στρατηγικές φαίνονται να υιοθετούνται, όπως η χρήση νέων τεχνολογιών για τη διευκόλυνση των ασθενών, στρατηγικές προσανατολισμένες στις ανάγκες κάθε ασθενή χωριστά, νέα σχέδια παροχών customer-driven (με έμφαση στον συμπληρωματικό χαρακτήρα, τη συμμετοχή του ασθενή, τη συνασφάλιση κ.λπ.). Χαρακτηριστικό είναι ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, θέτει ως βασική πρόκληση του 21<sup>ου</sup> αιώνα την εξατομικευμένη ιατρική. Στο πλαίσιο όμως τη χρηματοδότησης η εφαρμογή αυτού του πλαισίου προϋποθέτει και εξατομικευμένη χρηματοδότηση, με την επιλογή στον πολίτη.

## **Πολιτική & Θεσμικό Πλαίσιο**

Τα τελευταία χρόνια διαδραματίζονται σημαντικές εξελίξεις σε διεθνές και εθνικό επίπεδο στον τομέα της υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο ενέχει πρωταγωνιστικό ρόλο των εξελίξεων αυτών αποτελώντας την βασική κινητήρια δύναμη, συμπεριλαμβανομένων των δράσεων επαγγελματικών ενώσεων και της κοινωνίας των πολιτών. Οργανώσεις χρηστών, ασθενών και του κλάδου υγείας φαίνεται να έχουν μικρότερη επιρροή στην βελτίωση της ποιότητας.

Η εφαρμογή του Μνημονίου στην Ελλάδα, έχει οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ απαιτούνται σημαντικές ακόμα μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της βελτίωσης της ποιότητας του συστήματος.

Η σημαντικότερη θεσμική παρέμβαση στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η εφαρμογή του Solvency II, με την ολοκλήρωση του αναγκαίου κανονιστικού πλαισίου και η σταδιακή προετοιμασία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Οι ασφαλιστικές εταιρείες προετοιμάζονται για την έλευση του νέου πλαισίου, αυξάνοντας τα επίπεδα τεχνογνωσίας, υποδομής και φερεγγυότητας και της ανάκτησης της εμπιστοσύνης των πολιτών. Ιδιαίτερως, στην Ελλάδα, οι εγχώριοι τραπεζικοί όμιλοι έχουν δεσμευτεί να πουλήσουν τις ασφαλιστικές τους δραστηριότητες, γεγονός που αναμένεται να οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στην εγχώρια ασφαλιστική αγορά.

## **Τεχνολογία & Καινοτομία**

Οι νέες τεχνολογίες και καινοτομίες χαρακτηρίζουν τον τομέα της υγείας. Εντούτοις, είναι χαρακτηριστικό ότι οι νέες καινοτόμες τεχνολογίες και θεραπείες οδηγούν σε αύξηση του κόστους. Η πρόκληση που αναδεικνύεται στο πεδίο αυτό είναι η εφαρμογή τεχνολογιών που μειώνουν το κόστος και βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας των ασθενών. Για παράδειγμα το Ερευνητικό Κέντρο Κλινικής Αριστείας του Stanford (CERC) εξειδικεύεται στην έρευνα νέων τεχνολογιών και μοντέλων για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, με παράλληλη μείωση της ετήσιας κατά κεφαλήν δαπάνης για υπηρεσίες υγείας.

Η πλέον διαδεδομένη χρήση της τεχνολογίας στην υπηρεσία της υγείας των πολιτών είναι τα e-portal υγείας και οι υπηρεσίες mobile-health (mHealth), που λαμβάνουν τεράστια αναγνώριση, ενώ πολλές εφαρμογές του εξυπηρετούν στην εξοικονόμηση πόρων και μείωση του κόστους. Οι υπηρεσίες στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας των ασθενών και της ποιότητας ζωής τους. Αντίστοιχα, μπορούν να συνδράμουν σημαντικά στην αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των νοσοκομείων ή στην είσπραξη των εισφορών των ασφαλιστικών οργανισμών (μέσω του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς, της βελτίωσης της επικοινωνίας και του συντονισμού εργασιών, τον έλεγχο του κόστους και των πληρωμών κ.α.).

### 3.2. Καταγραφή πιθανών συνεργειών στα συστήματα υγείας: Διεθνής Εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας

Λόγω της σημαντικής αύξησης των δαπανών στον τομέα της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης, που πρόσκαιρα ανακόπηκε λόγω της κρίσης, οι κυβερνήσεις επιδιώκουν τη δημιουργία νέων συστημάτων και μηχανισμών, με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον έλεγχο του κόστους, για τη διασφάλιση της ποιότητας διαβίωσης των πολιτών. Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αποτελούν ένα υγιές παράδειγμα τέτοιου μηχανισμού, που μπορούν να συμβάλουν θετικά στον τομέα της υγείας (όπως και άλλους π.χ. των υποδομών), συνδυάζοντας αποτελεσματικά τις δυνατότητες των κεφαλαίων του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, ιδίως στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης.

Πρόκληση για τις κυβερνήσεις και τις πολιτικές υγείας αποτελεί η αναβάθμιση των υποδομών των συστημάτων υγείας, η αύξηση της αποτελεσματικότητας. Για το λόγο αυτό οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) παρουσιάζονται ως αποτελεσματική λύση για τη χρηματοδότηση των έργων και υποδομών στην υγειονομική περίθαλψη. Η στροφή αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, ανεξαρτήτως της δομής του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η ανάγκη για έλεγχο των δαπανών στη χώρα μας παραμένει το μείζον ζήτημα της υγειονομικής πολιτικής διεθνώς, όπως και στην Ελλάδα. Παρά τις προσπάθειες που κατά καιρούς έγιναν σε πολλές χώρες, διαπιστώθηκε ότι ακόμη και οι χώρες με τα πιο ολοκληρωμένα συστήματα δεν κατάφεραν απαραίτητα να μειώσουν τις δαπάνες υγείας.

Ωστόσο, λόγω των κοινωνικοοικονομικών και πολιτικών αλλαγών, τις τελευταίες δεκαετίες, οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα ήταν περιορισμένες. Στο σημερινό πολύπλοκο περιβάλλον, υπάρχει η ανάγκη για ευέλικτες προσεγγίσεις για τη συμμετοχή ιδιωτικών φορέων, διατηρώντας ταυτόχρονα το δημόσιο χαρακτήρα. Στην αναζήτησή τους για τη δυναμική και τις αποτελεσματικές οργανωτικές μορφές, οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς έχουν την τάση να κινούνται το ένα προς το άλλο (Austin, 2000; Keramidas, 2007).

Οι στόχοι και οι ανάγκες όλων των συμβαλλομένων μερών, μπορούν να ικανοποιηθούν αποτελεσματικότερα μέσω των συνεργειών. Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία μπορεί κανείς να αναλύσει τους ακόλουθους κοινούς στόχους για τις συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού δημιουργία σχέσεων, που οδηγούν σε όφελος όλων των μερών (Keramidas, 2007; Tidd, 1997):

α) οφέλη για τον ασθενή και την αξία που λαμβάνει μέσω των συνεργασιών είναι τα ακόλουθα:

- Βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και τη μείωση των λιστών και του χρόνου αναμονής
- Βελτίωση των θεραπευτικών επιλογών για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας
- Περιορισμός του κόστους περίθαλψης και μείωση των ασφαλιστρων από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές ή/και των εισφορών
- Ποιότητα υπηρεσιών και απλούστερες διαδικασίες

β) Οφέλη για τους συμβαλλομένους, προκειμένου να παραμείνουν ανταγωνιστικοί, αναζητούν συνεχώς ευκαιρίες για τη βελτίωση της στρατηγικής, οικονομικών και επιχειρησιακών πλάνων και των λειτουργιών τους:

- Μείωση του κόστους/κινδύνου της εισόδου στην αγορά νέων παρόχων, γεγονός που θα ευνοήσει τον ανταγωνισμό
- Μείωση του κόστους/κινδύνων δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης, με στόχο την καινοτομία, τόσο σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό, όσο και σε νέες θεραπείες
- Ενίσχυση της τεχνολογικής βάσης και των υπηρεσιών, για την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών και μείωση του κόστους
- Μείωση του κόστους/κινδύνων χρηματοδότησης (π.χ. οι δημόσιοι φορείς έχουν χαμηλότερα επιτόκια δανεισμού, συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα.
- Επίτευξη οικονομικών κλίμακας στην παροχή υπηρεσιών

γ) Ευνοεί το σύστημα υγείας:

- Απαντά στις προκλήσεις του σύγχρονου ανταγωνιστικού περιβάλλοντος (είσοδο νέων παρόχων, οι αλλαγές στις δυνάμεις των ανταγωνιστών, των προμηθευτών και των πελατών)
- Μειώνεται η κρατική συμμετοχή και οι ανάγκες χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας
- Αυξάνει την οικονομική και λειτουργική πολυμορφία, προκειμένου να ενισχυθούν οι υπάρχουσες υποδομές
- Μεγαλύτερη ευελιξία για να ανταποκριθεί στην πρόκληση της πολυπλοκότητας.

Παραδείγματα συνεργειών στην Ευρώπη μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, υπάρχουν για διάφορες περιπτώσεις, οι οποίες αφορούν σε προσφερόμενες υπηρεσίες των νοσοκομείων, της ενημέρωσης του κοινού και της πληροφόρησης των ασφαλισμένων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά την καινοτομία, την αποτελεσματικότητα και την αξιοποίηση τεχνογνωσίας και πόρων.

### **Εθνικό e-Portal Υγείας στη Δανία**

Για παράδειγμα, στη Δανία δημιουργήθηκε μια διαδικτυακή πύλη e-Health μέσω συνεργασίας. Σκοπός ήταν η δημιουργία ενός ηλεκτρονικού συστήματος μέσω του οποίου θα επιτρέπεται σε ιατρούς, παθολόγους και στους ασθενείς, πρόσβαση σε μια κεντρική πλατφόρμα με τον Ηλεκτρονικό Φάκελο του Ασθενούς (EPR), η οποία επέτρεπε την επικοινωνία και την ηλεκτρονική αλληλογραφία μεταξύ των ασθενών και των γιατρών. Επιπλέον, μέσω της καινοτομίας αυτής, όλα τα μέρη είχαν πρόσβαση στις πλέον ενημερωμένες πληροφορίες. Για την υλοποίηση αυτής της μεγάλης κλίμακας καινοτομίας συνεργάστηκαν, μια κοινοπραξία ιδιωτικών εταιριών πληροφορικής (η MedCom, η IBM κλπ) και οι αρχές της Δανίας με μεγάλους οργανισμούς. Η δικτυακή πύλη eHealth ([www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)) ξεκίνησε το 2003 και έχει οδηγήσει σε μια σειρά από βελτιώσεις, όπως μια μέση εξοικονόμηση των € 2,30 ανά την επικοινωνία γιατρού-ασθενή, μείωση του χρόνου για ιατρικές πράξεις κατά 50 λεπτά, μείωση των τηλεφωνικών επικοινωνιών των ασθενών με τα νοσοκομεία κατά 66% και σχεδόν το σύνολο των εργαστηριακών αποτελεσμάτων μεταφέρονται ηλεκτρονικά μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Σαφώς η ύπαρξη μιας τέτοιας υπηρεσίας, προσφέρει σημαντική πληροφόρηση σχετικά με το σύνολο των πληροφοριών για το κόστος, την καλύτερη ενημέρωση των ασθενών για θέματα υγείας με στόχο την πρόληψη των ασθενών και την ποιότητα της υγείας τους.

### **Το παράδειγμα της περιοχής Alzira στην Ισπανία**

Στην Ισπανία, το εθνικό σύστημα υγείας, αποτελεί ένα δωρεάν καθολικό σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης όπου το 70% των δαπανών καλύπτεται από το δημόσιο και το 30% των δαπανών περίθαλψης από ιδιωτικές πληρωμές. Λόγω των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων στη δεκαετία του '90, οι κυβερνήσεις υιοθέτησαν νέες δημιουργικές μορφές της υγειονομικής περίθαλψης, για τη μείωση του κόστους. Στο πλαίσιο αυτό, οι αρχές αποφάσισαν να συστήσουν μια ειδική συμβατική συμφωνία για την περιοχή Alzira στη Βαλένθια. Στο πλαίσιο της σύμβασης, το πανεπιστημιακό νοσοκομείο La Ribera και τα κέντρα υγείας της περιοχής παραχωρήθηκαν, μέσω σύμβασης για την παροχή φροντίδας περίπου 250.000 πολιτών.

Η σύμβαση με την κοινοπραξία για την περίθαλψη με τους ιδιώτες, αφορούσε τη λειτουργία των μονάδων για 15 χρόνια και ο ιδιώτης ανάδοχος ανέλαβε με αμοιβή ένα πάγιο ετήσιο ποσό ανά κάτοικο (535 € ανά κάτοικο το 2007) την παροχή περίθαλψης. Το κόστος για το ισπανικό δημόσιο μειώθηκε κατά 25% περίπου συγκριτικά με το μέσο κόστος ανά κάτοικο, σε άλλες αντίστοιχες περιοχές. Το ετήσιο ποσό που καταβάλλει το δημόσιο αναθεωρείται σε ετήσια βάση, βάσει των στόχων του προϋπολογισμού, τον πληθωρισμό, τις εξελίξεις στην αγορά και το κόστος λειτουργίας. Επιπλέον, η ιδιωτική κοινοπραξία είναι υπεύθυνη για τις επενδύσεις και τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Για τους ιδιώτες εταίρους, η σύμβαση αυτή οδήγησε σε απόδοση επί των επενδύσεων της τάξης του 7,5%. Σύμφωνα με τη σχετική ανάλυση αναφοράς, το μοντέλο Alzira είχε σημαντικά καλύτερες επιδόσεις σε σύγκριση με άλλα πρότυπα και σε ποιοτικούς δείκτες, όπως η ικανοποίηση των ασθενών, η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων που εκτελούνται ανά ημέρα και ανά χειρουργό.

### **Η δημιουργία της Medicon Valley στη Δανία και Σουηδία**

Με δεδομένη την επιτυχία και την ανάπτυξη της Silicon Valley, στην Καλιφόρνια στον τομέα της πληροφορικής και των νέων τεχνολογιών, πλήθος οργανισμών ανά τον κόσμο, ακολουθούν το παράδειγμα αυτό καινοτομίας και στον τομέα των επιστημών ζωής. Η αποτελεσματική ομαδοποίηση και η μεταξύ τους δικτύωση αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για την ανάπτυξη και την καινοτομία στον τομέα. Η συμμετοχή σε clusters, επιτρέπει στα μέλη να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους σε όρους καινοτομίας, αποτελεσματικότητας και βιώσιμης ανάπτυξης.

Η σκανδιναβική Medicon Valley (MV) είναι ένα από τα πιο εντυπωσιακά παραδείγματα της επιτυχούς εφαρμογής. Ιδρύθηκε το 1996 στην Κοπεγχάγη και στο Malmö/Lund της Σουηδίας, με στόχο να γίνει η πλέον ελκυστική περιοχή καινοτομίας στις επιστήμες της βιοτεχνολογίας της Ευρώπης. Η MV περιλαμβάνει 100 εταιρίες βιοτεχνολογίας, 25 φαρμακοβιομηχανίες, 100 εταιρίες ιατρικών τεχνολογιών, 12 πανεπιστημιακά ιδρύματα, 32 νοσοκομεία, 7 επιστημονικά πάρκα και δέκα χιλιάδες ερευνητές. Τα μέλη της MV επωφελούνται μέσω των ευκαιριών, της συνεργασίας, της κατάρτισης και της επικοινωνίας. Παραδείγματα αυτών, αποτελούν συνεργατικές πρωτοβουλίες, όπως τακτικές συναντήσεις, συνέδρια, εκπαιδευτικά προγράμματα, υποτροφίες, κοινά διδακτορικά και ερευνητικά προγράμματα, καθιέρωση

επιστημονικών πάρκων και εκκολαπτηρίων. Επίσης, η MV αποτελεί σημαντικό think-tank για την πολιτική και πρωτοβουλίες, για τις δύο χώρες.

### **Το κέντρο ολιστικής φροντίδας Waldviertel στην Αυστρία**

Ένα νοσοκομείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Αυστρία οικονομικά μη-βιώσιμο, μετατράπηκε, μέσω σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, σε ένα υπερ-σύγχρονο κέντρο ολιστικής (Ψυχοσωματικής) φροντίδας, το Waldviertel. Μετά από ενδελεχή ανακαίνιση λειτούργησε με 100 κλίνες το 2006, με σκοπό να παράσχει ολιστική φροντίδα σε περιφερειακό επίπεδο. Επιπλέον, υιοθετήθηκε ένα νέο μοντέλο περίθαλψης στην Αυστρία, βάσει διεθνών προδιαγραφών και προτύπων. Το αναπτυξιακό σχέδιο του κέντρου, ο σχεδιασμός, το πλάνο επενδύσεων, η χρηματοδότηση, καθώς και η γενική διαχείριση και την παροχή υπηρεσιών, παραχωρήθηκαν βάσει σύμβασης στην εταιρεία PSCW.

Ο ποιοτικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης της ιατρικής και της οικονομικής απόδοσης, η οποία διεξήχθη από διαπανεπιστημιακές συμβουλευτική επιτροπή που είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη και την παρακολούθηση των προτύπων ποιότητας και ολιστικής φροντίδας.

Αποτέλεσμα της συνεργασίας αποτέλεσε η υψηλής ποιότητας φροντίδα των ασθενών, η μείωση των δημοσίων επενδύσεων, που απαιτούνταν, για τις νέες εγκαταστάσεις, κατά 65% της συνολικής εκτιμώμενης επένδυσης των €14,8 εκατ. και η βέλτιστη κατανομή των κινδύνων και του καταμερισμού των εργασιών μεταξύ των εταίρων. Τέλος, εξοικονομήθηκαν πόροι, μέσω της ολιστικής φροντίδας και αποτελεσματική διαχείριση από έμπειρους εταίρους του ιδιωτικού τομέα (για παράδειγμα, το κόστος του ημερήσιου κόστους για τη λειτουργία του νοσοκομείου ύψους περίπου περίπου €200-300, συγκριτικά με εκείνης της συμβατικής νοσοκομειακής περίθαλψης που προσέγγιζε τα €440, λόγω της μειωμένης συνολικής διάρκειας της θεραπείας, μέσω της ολιστικής φροντίδας<sup>25</sup>.

### **Η περίπτωση του MC Group και των νοσοκομείων Ijsselmeer, στο Flevoland της Ολλανδίας**

Το 2009, η συνεργασία του ομίλου DC που εξειδικεύεται στις διαγνωστικές κλινικές στο Άμστερνταμ και η Sequoia, με επιπλέον κυβερνητική χρηματοδότηση απέκτησε τα νοσοκομεία Ijsselmeer στην Ολλανδία. Τα νοσοκομεία υστερούσαν στα οικονομικά τους στοιχεία και στις λειτουργικές τους δυνατότητες, αλλά, η λειτουργία τους ήταν κρίσιμη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης για την επαρχία Flevoland. Ο όμιλος MC είχε αποκτήσει εμπειρία στη λειτουργία (κυρίως ιδιωτικών) έργων της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά είχε και κίνητρο για

---

<sup>25</sup> Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι διεθνώς αναπτύσσεται μια διάσταση μεταξύ των υποδειγμάτων λειτουργία των κέντρων περίθαλψης, όπου αφενός υπάρχουν επιτυχημένα παραδείγματα αποτελεσματικής λειτουργίας των κέντρων ολιστικής φροντίδας. Αντίλογος παρουσιάζεται αναφορικά με τη λειτουργία εξειδικευμένων και καταρτισμένων υπο-ομάδων στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Σύμφωνα με τους Porter & Lee (2013), η λειτουργία εξειδικευμένων υπο-ομάδων κέντρων, μπορεί επίσης να αυξήσει την αποτελεσματικότητα.



να γίνει ένα από τα πρώτα Ολλανδικά ιδιωτικά νοσοκομεία, δημοσίου χαρακτήρα που λειτουργούν.

Εκτός από το στόχο της βελτίωσης των οικονομικών επιδόσεων του νοσοκομείου (ετήσια μείωση του κόστους €6-7 εκατ.), άλλαξαν το λειτουργικό μοντέλο για την βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Σε μια συνέντευξη του 2009, ο Διευθύνων Σύμβουλος του MC Group και του νοσοκομείου IJsselmeer, επέκριναν τη γραφειοκρατική οργάνωση και την κουλτούρα προσήλωσης στον προϋπολογισμό και ανακοίνωσε μερικές σημαντικές αλλαγές στις **διαδικασίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης**: ο κεντρικός στόχος είναι οι διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης να απελευθερωθούν, να γίνουν πιο δυναμικές και ταχύτερες. Εφαρμόστηκε ένα πελατοκεντρικό μοντέλο, με τη διοίκηση του νοσοκομείου να έχει ως στόχο να έχει όλες τις πρωτοβουλίες στην οργάνωση, ώστε οι υπάλληλοι να συμμετέχουν περισσότερο και να είναι πιο δημιουργικοί. Προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο των υπηρεσιών, τυποποίησαν τις επαναλαμβανόμενες διαδικασίες μέσω μηχανογραφικών συστημάτων και εισήγαγαν πρωτόκολλα για τη μείωση του χρόνου αναμονής. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η μέγιστη αναμονή του ασθενούς ανερχόταν κατά μέγιστο στα 15 λεπτά, ο χρόνος αναμονής για εισερχόμενες κλήσεις εξυπηρέτησης σε 10 δευτερόλεπτα, ενώ παρείχαν και συμβουλευτικές υπηρεσίες για ιατρικά θέματα μέσω τηλεφώνου και αυθημερόν διάγνωση στις περιπτώσεις όπου αυτό ήταν εφικτό.

### **Αποκρατικοποίηση των Υπηρεσιών Αιμοκάθαρσης στη Ρουμανία**

Η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες αιμοκάθαρσης αποτέλεσε το βασικό λόγο για την εύρεση νέων τρόπων χρηματοδότησης και ποιοτικής αναβάθμισης των υπηρεσιών. Η σύμπραξη αφορούσε στην αποκρατικοποίηση μέσω δημόσιου διαγωνισμού για 8 κέντρα αιμοκάθαρσης που παρέχουν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες σε ασθενείς για αιμοκάθαρση σε 8 διαφορετικά δημόσια νοσοκομεία της Ρουμανίας. Η σύμβαση παραχώρησης μεταξύ της κυβέρνησης και των ιδιωτικών φορέων, περιελάμβανε μεταξύ άλλων την αναβάθμιση και την επέκταση των υποδομών των κέντρων αιμοκάθαρσης.

Οι συμβάσεις παραχώρησης, συμπεριλαμβανομένων των μισθώσεων χώρων, παραχωρήθηκαν στους ιδιωτικούς φορείς, μέσω μιας διαδικασίας υποβολής δημοσίων προσφορών για μια αρχική περίοδο τεσσάρων ετών. Οι φορείς αυτοί ανέλαβαν την πλήρη ευθύνη για την ανανέωση όλου του εξοπλισμού μέσα σε 90 ημέρες, την ανακαίνιση εγκαταστάσεων εντός 18 μηνών, τη συντήρηση και λειτουργία του μηχανολογικού εξοπλισμού, την κατάρτιση και εκπαίδευση του προσωπικού και την πλήρη παροχή των υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας της Ρουμανίας καθορίζει τις τιμές, με τη μέθοδο της συγκριτικής τιμολόγησης κατ'αποκοπή αμοιβή ανά θεραπεία αιμοκάθαρσης (110 ευρώ) και ετήσια αμοιβή ανά ασθενή (11.000 ευρώ). Επίσης, το Υπουργείο Υγείας εξασφαλίζει την ποιότητα, μέσω τακτικών επιθεωρήσεων στις εγκαταστάσεις, καθώς και μέσω ανεξάρτητης επιτροπής. Οι συμβάσεις προβλέπουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες και τα πρότυπα ποιότητας για τη φροντίδα των ασθενών, η χρήση του εξαιρετικά εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, πρότυπα συνεχούς κατάρτισης και πιστοποίησης όλου του προσωπικού, νέους κανόνες και πρότυπα αιμοκάθαρση, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της E.E. Ακόμα, περιλαμβανόταν τριετής συμφωνία

για επεκτάσεις με τη δημιουργία νέων κέντρων, για να ενισχύσει την ικανότητα εξυπηρέτησης, , τη μείωση των λιστών αναμονής και τη βελτίωση της γεωγραφικής πρόσβασης.

Θα αποτελέσματα ήταν ιδιαιτέρως θετικά, όπως η βελτίωση των υπηρεσιών προς τους ασθενείς, με χαμηλότερο κόστος για το εθνικό σύστημα υγείας. Το εθνικό σύστημα υγείας δεν χρηματοδοτεί τον εκσυγχρονισμό από δημόσιους πόρους, ενώ οι σωρευτικές επενδύσεις των ιδιωτικών εταιρών €12,4 εκατ. Επίσης, επιτεύχθηκε σημαντική μέση εξοικονόμηση, σε σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία που έφτανε τα €4 εκατ.

### **3.3. Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τα μικτά συστήματα υγείας: Διεθνής Εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας**

Οι κυβερνήσεις παγκοσμίως και τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε θέματα όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αυξανόμενη επικράτηση των πολλών χρόνιων ασθενειών, η αλματώδης αύξηση του κόστους, οι διαφοροποιήσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες και η ποιότητα αυτών, η ισορροπημένη πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας, λόγω των ελλείψεων εξειδικευμένου προσωπικού (δεδομένου ότι μεταξύ των χωρών παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στον αριθμό των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού), οι περιορισμοί στις υποδομές (νοσοκομεία, κλίνες, μηχανολογικός εξοπλισμός κ.α.), και οι νέες τεχνολογίες.

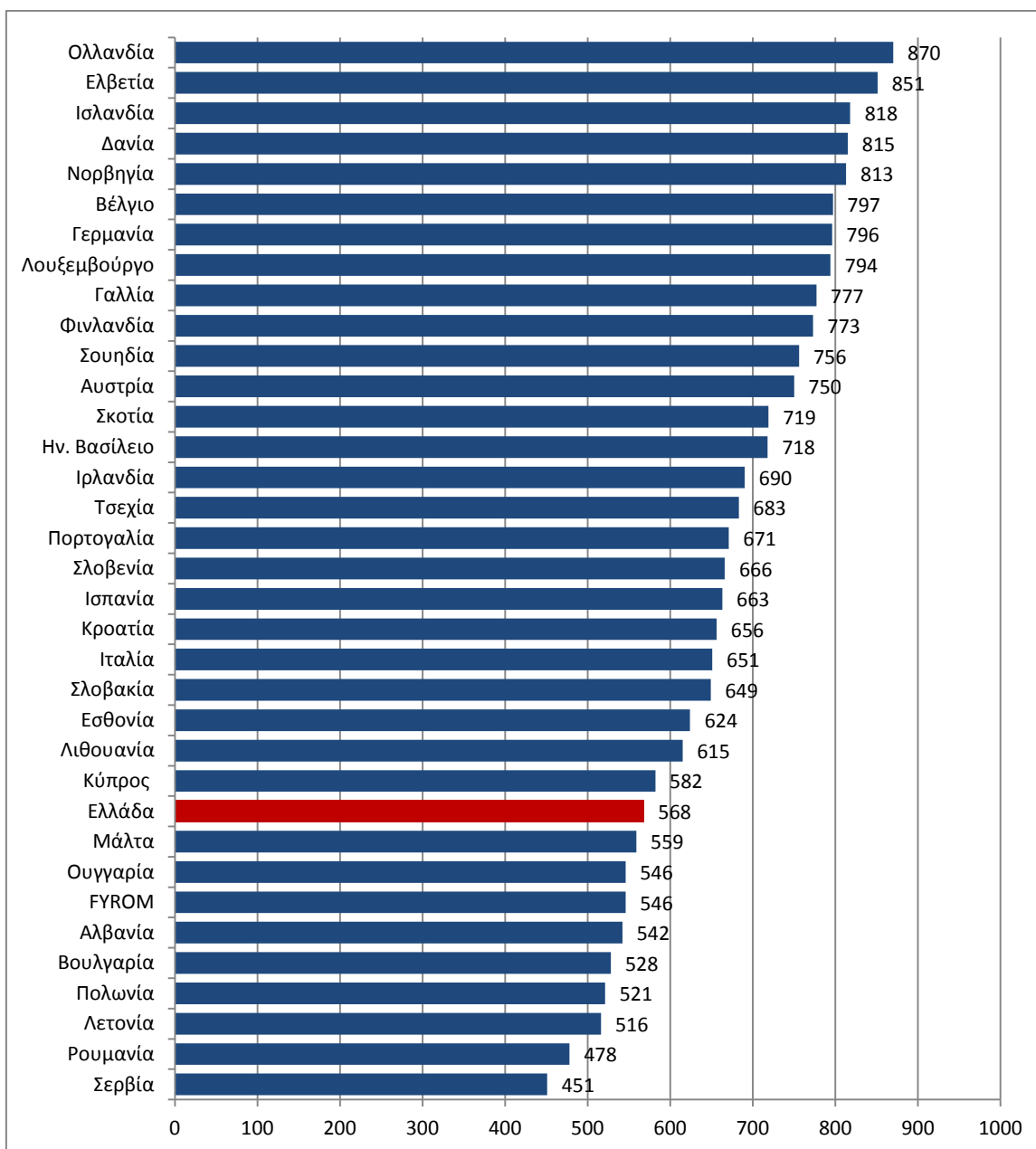
Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ “Health at a Glance, 2013”, η χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις, συγκριτικά με το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών, καθρεφτίζοντας τις σημαντικές στρεβλώσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και στρεβλών νοοτροπιών. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τα στοιχεία της έκθεσης, ο ετήσιος αριθμός επισκέψεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα είναι μικρότερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Αναλυτικότερα, ο μέσος Έλληνας πραγματοποιεί περίπου 4,3 επισκέψεις, ενώ ο μέσος όρος είναι 6,9 επισκέψεις ανά κάτοικο. Αντιθέτως, η χώρα μας παρουσιάζει υψηλότερα μεγέθη στον αριθμό διαγνωστικών εξετάσεων υψηλού κόστους και εισαγωγών ασθενών για νοσηλεία. Συγκριτικά τα μεγέθη είναι 225 εισαγωγές ανά 1.000 κατοίκους, έναντι 155 για το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Η ερμηνεία αυτών των μεγεθών δείχνει ότι η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι περιορισμένη, είτε για λόγους δυσχέρειας, είτε για λόγους κοινωνικούς, ενώ εμφανίζεται το φαινόμενο της «αντίστροφης υποκατάστασης», με τη στροφή στην υψηλότερου κόστους νοσοκομειακή περίθαλψη.

Όσον αφορά την ποιότητα του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, παρατηρείται σημαντική υποχώρηση του κλάδου, λόγω της λιτότητας, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης “Health Consumer Powerhouse”, 2013. Η μελέτη πραγματοποιείται για 35 χώρες στην Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα υποχώρησε στη σχετική κατάταξη κατά 3 θέσεις συγκριτικά με το

2012, καταλαμβάνοντας την 25<sup>η</sup> θέση στο φετινό ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συγκεντρώνοντας συνολικά 568 βαθμούς από το μέγιστο σύνολο των 1000 βαθμών, σε σύγκριση με την 22<sup>η</sup> θέση που είχε λάβει το 2012 (με 617 βαθμούς). Στο Διάγραμμα 20, παρουσιάζεται η Κατάταξη βαθμολογιών ευρωπαϊκών χωρών βάσει του δείκτη Euro Health Consumer (2013).

**Διάγραμμα 20: Κατάταξη βαθμολογιών ευρωπαϊκών χωρών βάσει του δείκτη Euro Health Consumer (2013)**



Πηγή: Health Consumer Powerhouse, 2013

Στους 48 εξεταζόμενους δείκτες, μεταξύ των οποίων, τα δικαιώματα των ασθενών, η προσβασιμότητα σε επαρκή πληροφόρηση, η πρόληψη και η αποτελεσματικότητα, η Ολλανδία εξασφάλισε την 1<sup>η</sup> θέση μεταξύ των 35 ευρωπαϊκών χωρών για τέταρτη συνεχή χρονιά, με 870 μονάδες, με μέγιστο 1.000 μονάδες. Μετά από το ολλανδικό σύστημα υγείας ακολουθούν η Ελβετία, η Ισλανδία, η Δανία και η Νορβηγία. Στον αντίποδα, τις χαμηλότερες βαθμολογίες επέτυχαν η Σερβία (451 βαθμούς), η Ρουμανία (478), η Λετονία (516), η Πολωνία (521) και η Βουλγαρία (528).

Το σύστημα της Ολλανδίας, σύμφωνα με την έκθεση χαρακτηρίζεται ως «σύστημα του χάους», λόγω του μεγάλου βαθμού ελευθερίας που έχουν οι ασθενείς για την επιλογή του παρόχου ασφάλισης υγείας και υγειονομικών υπηρεσιών. Η διαφορά της Ολλανδίας και των άλλων χωρών είναι η οργάνωση που επιδεικνύεται για τη διαχείριση.

Ωστόσο και το ολλανδικό σύστημα υγείας παρουσιάζει υστέρηση στην πρόσβαση των ασθενών σε σχέση με ασφαλιστικά συστήματα που έχουν υιοθετήσει διαφορετικές δομές, όπως για παράδειγμα της Ελβετίας, του Βελγίου, της Γερμανίας, της Αυστρίας, ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι υστερεί στον τομέα αυτό ακόμα και σε σχέση με την Αλβανία στην κατηγορία αυτή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας έκθεσης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4) παρουσιάζονται οι βαθμολογίες σε όλες της κατηγορίες της αξιολόγησης για τις χώρες της Ευρώπης, η συνολική βαθμολογία τους και η τελική κατάταξή τους, βάσει της μεθοδολογίας του δείκτη Euro Health Consumer για το 2013. Από τον πίνακα προκύπτουν οι αποκλίσεις των χωρών από το άριστο επίπεδο για τις κατηγορίες:

1. Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση
2. Πρόσβαση (χρόνος αναμονής)
3. Αποτελεσματικότητα
4. Εύρος και πρόσβαση σε υπηρεσίες
5. Πρόληψη ασθενειών
6. Φάρμακα (πρόσβαση και κάλυψη αναγκών)

Πίνακας 6: Ανάλυση επιμέρους κατηγοριών του δείκτη Euro Health Consumer (2013)

	1. Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση	2. Πρόσβαση (χρόνος αναμονής)	3. Αποτελεσματικότητα	4. Εύρος και πρόσβαση σε υπηρεσίες	5. Πρόληψη	6. Φάρμακα	Συνολική Βαθμολογία	Θέση
<b>Μέγιστο βαθμός</b>	<b>150</b>	<b>225</b>	<b>250</b>	<b>150</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>1000</b>	<b>-</b>
Ολλανδία	142	188	226	150	89	76	870	1
Ελβετία	113	225	226	113	94	81	851	2
Ισλανδία	125	150	250	131	104	57	818	3
Δανία	142	163	214	138	83	76	815	4
Νορβηγία	138	125	238	138	99	76	813	5
Βέλγιο	92	225	179	131	99	71	797	6
Γερμανία	125	200	202	100	78	90	796	7
Λουξεμβούργο	96	200	190	131	109	67	794	8
Γαλλία	117	188	190	113	94	76	777	9
Φινλανδία	117	125	226	125	99	81	773	10
Σουηδία	117	100	226	138	104	71	756	11
Αυστρία	117	200	167	113	73	81	750	12
Σκωτία	129	138	179	119	89	67	719	13
Ην. Βασίλειο	129	125	167	131	99	67	718	13
Ιρλανδία	92	138	179	113	94	76	690	14
Τσεχία	79	175	179	106	73	71	683	15
Πορτογαλία	117	113	167	100	104	71	671	16
Σλοβενία	108	125	190	88	83	71	666	17
Ισπανία	92	113	179	125	94	62	663	18
Κροατία	121	138	155	113	73	57	656	19
Ιταλία	104	138	179	75	99	57	651	20
Σλοβακία	113	175	143	75	68	76	649	21
Εσθονία	129	125	155	106	52	57	624	22
Λιθουανία	121	150	143	81	63	57	615	23
Κύπρος	75	138	155	75	78	62	582	24
Ελλάδα	71	138	155	69	83	52	568	25
Μάλτα	75	125	119	119	78	43	559	26
FYROM	92	163	107	69	78	38	546	27
Ουγγαρία	96	138	107	75	73	57	546	28
Αλβανία	83	200	107	50	68	33	542	29
Βουλγαρία	88	175	95	50	68	52	528	30
Πολωνία	83	125	119	69	68	57	521	31
Λετονία	100	100	107	69	78	62	516	32
Ρουμανία	92	125	83	63	73	43	478	33
Σερβία	79	100	83	69	63	57	451	34

Πηγή: Health Consumer Powerhouse, 2013

Η λιτότητα έχει κάποιο ρόλο στην εξέλιξη αυτή, εντούτοις όχι τον πρωταρχικό, παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 28%, από το 2009. Η Ελλάδα είναι στη 4<sup>η</sup> θέση στις αφανείς πληρωμές προς τους γιατρούς, με την 1<sup>η</sup> θέση να καταλαμβάνει η Ρουμανία, τη 2<sup>η</sup> η Ουγγαρία, την 3<sup>η</sup> η Λετονία, την 4<sup>η</sup> η Ελλάδα και την 5άδα να κλείνει η Αλβανία. Άλλο παράδοξο είναι ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, στον αριθμό των γιατρών ανά κάτοικο (περισσότερους από 6 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους) και τον υψηλότερο αριθμό φαρμακείων ανά κάτοικο.

Στον Πίνακα 5 που παρουσιάζεται στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά τα ισχυρά χαρακτηριστικά και οι αδυναμίες των εθνικών συστημάτων υγείας για τις χώρες της Ευρώπης, για τις 6 κατηγορίες της αξιολόγησης του δείκτη Euro Health Consumer (2013).

Πίνακας 7: Ανάλυση υπο-κατηγοριών και δεικτών αξιολόγησης του δείκτη Euro Health Consumer για το 2013

Υπο-κατηγορία	Δείκτης	Αλβανία	Αυστρία	Βέλγιο	Βουλγαρία	Κροατία	Κύπρος	Τσεχία	Δανία	Εσθονία	Φινλανδία	Γαλλία	ΓΥΡΟΜ	Γερμανία	Ελβετία	Ουγγαρία	Ισπανία	Ιρλανδία	Ιταλία	Λετονία	Λιθουανία	Λουξεμβούργο	Μάλτα	Ολλανδία	Νορβηγία	Πολωνία	Πορτογαλία	Ρουμανία	Σερβία	Σλοβακία	Σλοβενία	Ισπανία	Σουηδία	Ελβετία	Ην. Βασιλείο	Σκωτία			
		1. Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση	1.1 Νομοθεσία δικαιωμάτων ασθενών	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1.2 Συμμετοχή ενόσεων ασθενών			+		+	+	-	-		+	-	+	-	+	-	-					+	+	-		+	+				+	+	-							
1.3 Πλαίσιο κακών πρακτικών στην ασφάλιση	-		+	-	-	-	-	-	+	-	+			-	-	-					+		-	-	-	+		-	-	-	-	-	-	+	-				
1.4 Δικαίωμα για 2η διάγνωση			+			+	+		+	+		+		+		+	+				-	+	+	-	+	+		+			-				+	+	+		
1.5 Πρόσβαση σε ιατρικό ιστορικό	+		+	+	+	+		+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
1.6 Μητρώο αξιολόγησης ιατρών			+		+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+		-	+	+	-		+	+	+	
1.7 24/7 εξυπηρέτηση μέσω Web ή call center	-		+	-	-		-	-	+	+	+	+	+	+			-				+		-				-	+	-				+	+	+	+	+	+	
1.8 Πρόσβαση σε διασυνοριακές θεραπείες	n.a.		-	-	-	-	-	-		-	-	-	n.a.	-	-	-	n.a.	-	-	-	+	+	+	+	+	n.a.	-	-	-	-	n.a.	-	-	-	-	n.a.	-	-	
1.9 Λίστα αξιολογημένων παρόχων, ως προς την ποιότητα	-		-	-	-	-	-		+	+	-	+	-	+	-	-	n.a.	-	-	n.a.	-	-	-	n.a.	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	
1.10 Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς	-				+	+			+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	
1.11 Χρήση on-line επισκέψεων	-		-		-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
1.12 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση/θεραπείες	-		-		-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας</b>	<b>83</b>		<b>117</b>	<b>92</b>	<b>88</b>	<b>121</b>	<b>75</b>	<b>79</b>	<b>142</b>	<b>129</b>	<b>117</b>	<b>117</b>	<b>92</b>	<b>125</b>	<b>71</b>	<b>96</b>	<b>125</b>	<b>92</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>121</b>	<b>96</b>	<b>75</b>	<b>142</b>	<b>138</b>	<b>83</b>	<b>117</b>	<b>92</b>	<b>79</b>	<b>113</b>	<b>108</b>	<b>92</b>	<b>117</b>	<b>113</b>	<b>129</b>	<b>129</b>			
2. Πρόσβασιμότητα (χρόνος αναμονής)	2.1 Οικογενειακός ιατρός - αυθημερόν πρόσβαση	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	2.2 Άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένο προσωπικό	+	+	+		-	-			-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	2.3 Επείγον χειρουργείο < 90 ημέρες	+	+	+	+	-	-		+				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	2.4 Θεραπεία καρκίνου < 21 ημέρες	+	+	+	+	-	-					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	2.5 Αξονική τομογραφία < 7 ημέρες			+	-	-	-			-		+					+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	
	2.6 Χρόνος αναμονής	+	+	+	+	+		+	-			-	-		-							+		-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	<b>Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>225</b>	<b>175</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>175</b>	<b>163</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>188</b>	<b>163</b>	<b>200</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>150</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>150</b>	<b>200</b>	<b>125</b>	<b>188</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>113</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>125</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>225</b>	<b>125</b>	<b>138</b>			
3. Αποτελεσματικότητα	3.1 Ονησιμότητα σε περίπτωση εμφράγματος	-		-	-				+	-		+	-	-		+	+	+	+	-	-				+	+	-	-	-	-	-	-	-	+		+			
	3.2 Παιδική θνησιμότητα	-	+	+	-		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	3.3 Ονησιμότητα από καρκίνο, ανά περίπτωση	-			-	-					+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	3.4 Χρόνος διαβίωσης ασθενούς				-					-							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	3.5 Λοιμώξεις εντός νοσοκομείων	-			-	-	-			+	+	+	-	-			+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+		
	3.6 Εκτρώσεις		-	+	-	+	no				-	+			+	+	-	+	no		-	+	n.a.	no	+		no	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+		
	3.7 Κατάθλιψη	-							+		+		-	+	-		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	
	<b>Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας</b>	<b>107</b>	<b>167</b>	<b>179</b>	<b>95</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>179</b>	<b>214</b>	<b>155</b>	<b>226</b>	<b>190</b>	<b>107</b>	<b>202</b>	<b>155</b>	<b>107</b>	<b>250</b>	<b>179</b>	<b>179</b>	<b>107</b>	<b>143</b>	<b>190</b>	<b>119</b>	<b>226</b>	<b>238</b>	<b>119</b>	<b>167</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>143</b>	<b>190</b>	<b>179</b>	<b>226</b>	<b>226</b>	<b>167</b>	<b>179</b>			

Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας

Υπο-κατηγορία	Δείκτης	Αλβανία	Αυστρία	Βέλγιο	Βουλγαρία	Κροατία	Κύπρος	Τσεχία	Δανία	Εσθονία	Φινλανδία	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ουγγαρία	Ισπανία	Ιρλανδία	Ιταλία	Λετονία	Λιθουανία	Λουξεμβούργο	Μάλτα	Ολλανδία	Νορβηγία	Πολωνία	Πορτογαλία	Ρουμανία	Σερβία	Σλοβακία	Σλοβενία	Ισπανία	Σουηδία	Ελβετία	Ην. Βασίλειο	Σκωτία		
4. Εύρος και πρόσβαση σε υπηρεσίες	4.1 Εξοπλισμός του συστήματος υγείας	-			-	+	-	+	+				-		-	+					+	-	+	+		-	+	-	-			+	+	+	+		
	4.2 Εγχειρήσεις καταράκτη ανά 100.000 ανθρ. άνω των 65	n.a.	+	+	-		-	+	+			+	n.a.	+		+	-				-	+	+	+	+		+	n.a.	-	-	+		+				
	4.3 Μεταμοσχεύσεις νεφρών ανά εκατ. πληθυσμού	-	+	+	-	+						+	-		-		+	-			-	+	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+		+			
	4.4 καλύψεις οδοντιατρικών πράξεων	-		+	-			+	+				+	+		-	+	-			-	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+			+	+		
	4.5 Παραοικονομία	-			-			-	+		+		-	+	-	-	+	+			-	+		+	+		+	-	-	-		+	+	+	+	+	
	4.6 Μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων	-		+	-		n.a.				+	+	-		-		+		-		-	+	+	+	+	-		-	n.a.	n.a.		+	+				
	4.7 % αιμοκάθαρσης εκτός κλινικών	-			-			-	+	+	+		-	-	-		+				-	n.a.	+	+	+	-		-	-	-		+	n.a.	+			
	4.8 Καισαρικές	-		+	-	+	-				+			-	-	-	+		-				-	+	+	-	-	-			+		+	-			
	<b>Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας</b>		<b>50</b>	<b>113</b>	<b>131</b>	<b>50</b>	<b>113</b>	<b>75</b>	<b>106</b>	<b>138</b>	<b>106</b>	<b>125</b>	<b>113</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>75</b>	<b>131</b>	<b>113</b>	<b>75</b>	<b>69</b>	<b>81</b>	<b>131</b>	<b>119</b>	<b>150</b>	<b>138</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>69</b>	<b>75</b>	<b>88</b>	<b>125</b>	<b>138</b>	<b>113</b>	<b>131</b>	<b>119</b>
5. Πρόληψη	5.1 Παιδικός εμβολιασμός	+	-	+			+	+	-		+				+						+				+	+	-		+		+	+					
	5.2 Έλεγχος πίεσης	-	+	+	-	-	+	-	+	-		+	-		+	-	+		+	-	+		+	+		-	-	-	-	-	-	+	+	+	+		
	5.3 Πρόληψη καπνίσματος	n.a.	-		-	n.a.	-	-			+	+	n.a.	-	-	+	+				-	+		+				n.a.				+		+	+		
	5.4 Αλκοόλ			+	-					-	+		+		-	+	+		+	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	+	+				-	
	5.5 Άσκηση - εκγύμναση	n.a.	+		-	-	-				-	-	+	n.a.		+		-		-	+	-	-	+	+	-	+	-	n.a.	-	+	-	-	+	+	+	
	5.6 Μη-διάγνωση διαβήτη	-	-	+		+										+	+		+	+	+	+	+	+	+	-	-		+	+	-	+	+	+	+	+	
	5.7 Εμβολιασμός κατά του ιού HIV	-			+			+	+	-	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	5.8 Κατανάλωση ζάχαρης	+	-	-		+	+	-	-			-		-						+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	<b>Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας</b>		<b>68</b>	<b>73</b>	<b>99</b>	<b>68</b>	<b>73</b>	<b>78</b>	<b>73</b>	<b>83</b>	<b>52</b>	<b>99</b>	<b>94</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>83</b>	<b>73</b>	<b>104</b>	<b>94</b>	<b>99</b>	<b>78</b>	<b>63</b>	<b>109</b>	<b>78</b>	<b>89</b>	<b>99</b>	<b>68</b>	<b>104</b>	<b>73</b>	<b>63</b>	<b>68</b>	<b>83</b>	<b>94</b>	<b>104</b>	<b>94</b>	<b>99</b>	<b>89</b>
6. Φάρμακα	6.1 % συμμετοχής στα φάρμακα	-			-	-							+	+	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+		
	6.2 Απλότητα στη φαρμακοποιεία (κατανόηση ασθενούς)	n.a.	+	+	+	+		+	+	+	+				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	6.3 Χρήση νέων φαρμάκων για καρκίνο	-	+	+	-	-						+	n.a.	+	-	-	+	+				+	n.a.												+	-	-
	6.4 Πρόσβαση σε νέα φάρμακα και θεραπείες	-	+	-	n.a.	n.a.	+	-					n.a.	+		-	n.a.		-	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.			+	-	-	n.a.		-	-	-		+	+	
	6.5 Φάρμακα για αρθρίτιδα	n.a.	-	+	-	-			+	-	+	+	n.a.		-	-	-	+					n.a.		+	-	-	-	-	-		+					
	6.6 Ψυχιατρικά Φάρμακα	n.a.				+		+				+	n.a.	+	-			-	-	+			n.a.	-	+	+		-	-	+				-	-	-	
	6.7 Κατά κεφαλήν χρήση αντιβιοτικών	n.a.	+	-			-	+		+			n.a.	+	-	+	-	-		+	+	-	n.a.	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
	<b>Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας</b>		<b>33</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>52</b>	<b>57</b>	<b>62</b>	<b>71</b>	<b>76</b>	<b>57</b>	<b>81</b>	<b>76</b>	<b>38</b>	<b>90</b>	<b>52</b>	<b>57</b>	<b>57</b>	<b>76</b>	<b>57</b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>67</b>	<b>43</b>	<b>76</b>	<b>76</b>	<b>57</b>	<b>71</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>76</b>	<b>71</b>	<b>62</b>	<b>71</b>	<b>81</b>	<b>67</b>	<b>67</b>
<b>Συνολική Βαθμολογία Κατάταξη</b>		<b>542</b>	<b>750</b>	<b>797</b>	<b>528</b>	<b>656</b>	<b>582</b>	<b>683</b>	<b>815</b>	<b>624</b>	<b>773</b>	<b>777</b>	<b>546</b>	<b>796</b>	<b>568</b>	<b>546</b>	<b>818</b>	<b>690</b>	<b>651</b>	<b>516</b>	<b>615</b>	<b>794</b>	<b>559</b>	<b>870</b>	<b>813</b>	<b>521</b>	<b>671</b>	<b>478</b>	<b>451</b>	<b>649</b>	<b>666</b>	<b>663</b>	<b>756</b>	<b>851</b>	<b>718</b>	<b>719</b>	

Σημείωση: τα στοιχεία του πίνακα με το σύμβολο (+) σε πράσινο φόντο, συμβολίζουν ότι το επίπεδο του συγκεκριμένου δείκτη για το σύστημα υγείας αξιολογείται ως "Καλό", με το σύμβολο (-) σε κόκκινο φόντο, συμβολίζουν ότι το επίπεδο του συγκεκριμένου δείκτη για το σύστημα υγείας αξιολογείται ως "Κακό", με κίτρινο φόντο "Μέτριο", ενώ ο συμβολισμός "n.a." εκφράζει τη μη διαθεσιμότητα δεδομένων και τέλος το "no" εκφράζει απαγόρευση για τον δείκτη των αμβλώσεων.

Πηγή: Health Consumer Powerhouse, 2013

Στην Ευρώπη μπορεί να παρατηρηθεί σχετική σύγκλιση στις πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, η αύξηση της κινητικότητας των ασθενών σε διασυνοριακό επίπεδο, μαζί με τις εξελίξεις όσον αφορά την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτούν πολιτικές συνεργασίας. Αυτό συμβαίνει διότι η ελεύθερη κίνηση πληθυσμού και υπηρεσιών εντός της Ε.Ε. έχουν σημαντικές συνέπειες για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην μέλη.

Οι πολιτικές για την υγεία των μεμονωμένων ευρωπαϊκών κρατών μελών γίνονται όλο και πιο αλληλένδετες και αλληλοεξαρτώμενες, ιδιαίτερα λόγω της κίνησης των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, πέρα από τα εθνικά σύνορα των χωρών-μελών. Ωστόσο, κάθε κράτος μέλος εξακολουθεί να έχει την πρωταρχική ευθύνη, εντός των συνόρων του, για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την παροχή και την παρακολούθηση των υπηρεσιών υγείας. Η αυξανόμενη διεθνοποίηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη έχει μια σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας.

### **3.4. Επιτυχημένα παραδείγματα πολιτικής από χώρες του εξωτερικού και χώρες που προσομοιάζουν την Ελλάδα**

Διενεργώντας επισκόπηση στα πλέον επιτυχημένα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών, διαπιστώνεται ότι μεταξύ τους παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, κυρίως για ιστορικούς, δημογραφικούς και κοινωνικοπολιτικούς λόγους. Βάσει των τάσεων που καταγράφηκαν στις προηγούμενες ενότητες και των εμπειριών άλλων χωρών, ανακύπτουν συγκεκριμένες περιπτώσεις που μπορεί ενδεχομένως να αναδείξουν σημαντικά οφέλη για τα συστήματα υγείας.

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν κοινωνική ασφάλιση υγείας, όπου οι πολίτες δεν μπορούν να επιλέξουν, ανάμεσα σε διάφορους προμηθευτές για τη βασική κάλυψη. Ωστόσο, η Γερμανία και η Ολλανδία, έχουν υιοθετήσει πολιτικές που προσφέρουν στους πολίτες την ελευθερία να επιλέξουν το δικό τους προσωπικό σχέδιο για τις παροχές υγείας και τους παρόχους. Η στροφή αυτή έγινε ακολουθώντας το πρότυπο της Ελβετίας, που έχει μακρά παράδοση στην ελευθερία επιλογής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η υπόθεση είναι ότι ο ανταγωνισμός για την απόκτηση των καταναλωτών βάζει τους ασφαλιστικούς φορείς υπό πίεση για την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών ή / και τη μείωση των καταβαλλόμενων ασφαλιστρών.

Επίσης, η αποτελεσματική αξιοποίηση πόρων για την υγειονομική περίθαλψη, μπορεί να επιτευχθεί, μέσω συμπράξεων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα του κλάδου υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, που προέρχεται από το επιτυχημένο υπόδειγμα της Γαλλίας, είναι η συμπράξεις των δημοσίων ασφαλιστικών οργανισμών υγείας με τον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης, μέσω ενός αποτελεσματικού συστήματος co-payments. Το σύστημα αυτό έχει τα χαρακτηριστικά της μη-πληρωμής ιδιωτικών πληρωμών μέσω των ασφαλισμένων, αλλά της αποζημίωσης από την ασφαλιστική επιχείρηση που θα εισπράττει ασφάλιστρο.



Εφόσον, το σύστημα εφαρμοστεί με επιτυχία τα οφέλη εκτιμάται από την πρότερη εμπειρία ότι θα είναι σημαντικά ως προς τη βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς τους και τη μείωση του κόστους, την εξοικονόμηση πόρων από την κεντρική κυβέρνηση και τη δημιουργία νέων σχημάτων συμπράξεων για τη βελτίωση του συστήματος υγείας συνολικά προς όφελος της κοινωνίας.

### Πρακτικές για τη μείωση του Κόστους Περίθαλψης

Στο παρόν πλαίσιο καταγράφονται ορισμένες βασικές καινοτομίες που προτείνονται για τη μείωση των δαπανών και του κόστους περίθαλψης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με εφαρμογή τόσο στον ιδιωτικό τομέα, όσο και στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

#### 1. Αντιμετώπιση της Παραοικονομίας της Υγείας

Η “παραοικονομία” της Υγείας αφορά πλήθος περιπτώσεων που πλήττει την αξιοπιστία τόσο των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, όσο και τον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας και περιλαμβάνει την υπερβολική χρήση υπηρεσιών, τη χρήση υποδομών για ίδιο όφελος, αποζημιώσεις για ψευδείς και «εικονικές» υπηρεσίες, αφανείς πληρωμές (φοροδιαφυγή) κ.λπ. Οι φορείς της Ιδιωτικής ασφάλισης έχουν αναπτύξει μηχανισμούς για την καταπολέμηση της παραοικονομίας στην υγεία και την απάτη, ενώ σταδιακά αναπτύσσονται και μηχανισμοί ελέγχου και μονάδες καταπολέμησης της απάτης. Τα οφέλη αναμένεται να είναι σημαντικά, κυρίως από μέτρα πρόληψης. Για παράδειγμα χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Anthem Blue Cross στην Καλιφόρνια, όπου εφάρμοσε μια στρατηγική για να τον εντοπισμό των λεγόμενων παρόχων «φαντασμάτων», εντοπίζοντας 500 νέες εγγεγραμμένες εταιρίες ως «εικονικούς» παρόχους.

#### 2. Πρωτοβουλία «Υγείς Πολίτες»: Σε συνάντηση του CEO της Johnson & Johnson, William C. Weldon με τον Πρόεδρο των Η.Π.Α. Β.Obama, δήλωσε ότι: «**Η πρόληψη συμφέρει**». Σύμφωνα με έρευνες της Johnson & Johnson, η οποία προσφέρει προγράμματα ευεξία και βελτίωσης του τρόπου ζωής στους εργαζομένους της από το 1995, διαπίστωσε ότι την περίοδο 1999-2002, μέσω των προγραμμάτων αυτών πέτυχε να εξοικονομήσει \$225 ανά εργαζόμενο ετησίως.

Η J&J προσφέρει μια τεράστια ποικιλία προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δωρεάν μαθημάτων διακοπής του καπνίσματος, ψηφιακά μέσα για τη διαχείριση του άγχους και του βάρους και 30 χώρους εκγύμνασης. Οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα απολαμβάνουν έκπτωση \$500 επί των ασφαλίσεων τους.

#### 3. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και του health-coaching: Σε περίπτωση όπου ένας ασθενής πάσχει κάποια χρόνια ασθένεια, μπορεί να εξαρτάται από διάφορους γιατρούς, οι οποίοι σπανίως επικοινωνούν μεταξύ τους, με αποτέλεσμα την έλλειψη συντονισμού της παροχής φροντίδας. Λόγω του γεγονότος αυτού είναι σχεδόν αδύνατο να προγραμματίσει συμπληρωματικές θεραπείες, συνταγές διασταύρωση στοιχείων, και να αποφεύγουν τη διενέργεια όμοιων διαγνωστικών εξετάσεων. Το health-coaching είναι μια αναδυόμενη τάση που αφορά έναν εξειδικευμένο προσωπικό σύμβουλο υγείας και υποστηρίζεται ευρέως ως πολιτική πρόληψης, βελτίωσης της υγείας του ασθενούς και περιορισμού του κόστους.

Σημαντικές μεταρρυθμίσεις έχουν παρουσιάσει και πολλές χώρες παγκοσμίως με στόχο όχι μόνο την εξοικονόμηση πόρων, αλλά τη βελτίωση των υπηρεσιών προς τους πολίτες τους. Πολύ χαρακτηριστικά πρόσφατα παραδείγματα όχι μόνο μεταρρυθμίσεων, αλλά και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν χώρες, όπως η Ν.Κορέα, το Ισραήλ, η Δανία, η Σουηδία, η Ελβετία, από τις οποίες η Ελλάδα μπορεί να λάβει σημαντικά διδάγματα.

Πιο συγκεκριμένα, η Ν.Κορέα, προέβη σε ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις της πολιτικής της, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου και μια αρχιτεκτονική του συστήματος υγείας της. Οι κυβερνήσεις της πλέον, προσανατολίζονται στη λήψη μέτρων για την ανάπτυξη νέων υποδομών πρωτοβάθμιας φροντίδας και τη δημιουργία ηλεκτρονικής πύλης αρχείων και φακέλων ασθενών από τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, για τις δαπάνες που προκύπτουν από την υπερπροσφορά νοσοκομειακών υπηρεσιών, σε βάρος της ποιότητας προσανατολίζονται σε περιορισμό των πόρων και σύνδεση των πληρωμών των παρόχων, βάσει της ποιότητας των υπηρεσιών και όχι της μεγαλύτερης προσφοράς.

Αντίστοιχα, το Ισραήλ που κατέχει ένα από τα καλύτερα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης παγκοσμίως θα πρέπει να αντιμετωπίσει την περιορισμένη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα περίθαλψης στα νοσοκομεία, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η βελτίωση της ροής των κλινικών πληροφοριών θα βοηθήσει στον καλύτερο συντονισμό μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και στην εξοικονόμηση πόρων. Επίσης για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας, έχει θεσπίσει ειδικά προγράμματα προσανατολισμένα, σε ασθενείς που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθούν, ωστόσο σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ θα πρέπει να υπάρξει περιορισμός στις συν-πληρωμές.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας του Ισραήλ, που αφορά το Νόμο του 1989, αναφορικά με την ασφάλιση της μακροχρόνιας φροντίδας, για την αντιμετώπιση του προβλήματος της γήρανσης του πληθυσμού. Με τον νόμο αυτό καλύπτονται οι γυναίκες άνω των 60 ετών και οι άνδρες άνω των 65 ετών που ζουν μόνιμα στο Ισραήλ, με ιδιαίτερος χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια. Το σύστημα μακροχρόνια φροντίδας δεν προσφέρει οικονομικές παροχές, αλλά προσφέρει μια σειρά υπηρεσιών, όπως προσωπική φροντίδα, διαχείριση νοικοκυριού, μετακινήσεις, επίβλεψη κ.λπ. Δεδομένου ότι η κεντρική κυβέρνηση δεν επιθυμούσε να αναλάβει ρόλο παρόχου ή εργοδότη των απασχολούμενων (Naor, 1996), οι παροχές αυτές προσφέρονταν από εγκεκριμένους μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς

Τα συστήματα υγείας των σκανδιναβικών χωρών, αποτελούν πρότυπα, χάρη στις μεταρρυθμίσεις που έχουν πραγματοποιήσει τα τελευταία 20 χρόνια. Για παράδειγμα το σύστημα της Δανίας, όπου η πολιτική στρέφεται στη μέτρηση και τη μεγιστοποίηση της συμβολής του τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στον καλύτερο συντονισμό των μονάδων υγείας. Για το λόγο αυτό υιοθετούνται βέλτιστες πρακτικές, ενισχύονται οι υπηρεσίες πρόληψης και φροντίδας, ώστε να περιοριστεί η ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες, ενώ υπάρχει αξιολόγηση των ιατρών, με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών τους. Σημαντική βαρύτητα δίνεται στον περιορισμό των ανισοτήτων. Αναλόγως, η Σουηδία που έχει αναπτύξει υποδομές φροντίδας, όπου 7 στους 10 λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη κατοίκων, στρέφεται στην υιοθέτηση μητρώων ποιότητας, ενώ επεκτείνει το ρόλο των μη-παραδοσιακών

παρόχων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (όπως οι πάροχοι του ιδιωτικού τομέα), σε μια προσπάθεια να διευρύνει τις επιλογές των ασθενών και να βελτιώσει τον ανταγωνισμό.

Αρκετά πρόσφατο, το παράδειγμα της Νορβηγίας, η οποία πραγματοποίησε μια σημαντική μεταρρύθμιση το 2012, “Coordination Reform”, η οποία αφορούσε τον καλύτερο συντονισμό στο σύστημα υγείας. Η μεταρρύθμιση αυτή, ουσιαστικά αποτελεί ένα στρατηγικό όραμα, για το σύστημα υγείας, που στόχο έχει να αυξήσει το ρόλο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σε περιφερειακό επίπεδο. Το σχέδιο αυτό περιλαμβάνει οικονομικά κίνητρα και κυρώσεις, για την επίτευξη των στόχων πρόληψης και μείωσης των εισαγωγών σε νοσοκομεία. Σημαντικό πρόβλημα επίσης αποτελεί η έλλειψη υποδομών σχετικά με την ύπαρξη ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών, που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών και την αποδοτικότητα των μονάδων.

### **3.5. Προβλεπόμενη εξέλιξη των δεικτών διείδυσης και κύκλου εργασιών του κλάδου ασφάλισης υγείας: Η διεθνής τάση και η Ελληνική προοπτική**

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα για την ελληνικής ασφαλιστική αγορά, η σχέση συνολικών ασφαλιστρών/ΑΕΠ διαμορφώνεται περίπου στο 2,5%-3% επί του ΑΕΠ και είναι μία από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη και η χαμηλότερη μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης. Πιο συγκεκριμένα η διείδυση των ασφαλιστρών κατά μέσο όρο την τελευταία δεκαετία εκτιμάται στα επίπεδα του 8%-10%. Η χώρα με την υψηλότερη διείδυση του θεσμού της ασφάλισης είναι το Ην. Βασίλειο με τον δείκτη συνολικών ασφαλιστρών/ΑΕΠ να προσεγγίζει το 15%. Για να φτάσει η Ελλάδα στα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών θα πρέπει η ετησιοποιημένη παραγωγή ασφαλιστρών, να προσεγγίσει στα επίπεδα των €12-15 δισ. από €4 δισ. περίπου που είναι σήμερα.

Για να συμβεί όμως αυτό θα πρέπει να πραγματοποιηθούν σημαντικές θεσμικές και όχι μόνο αλλαγές. Σε θεσμικό επίπεδο, η ιδιωτική ασφάλιση θα πρέπει να αναλάβει το συμπληρωματικό ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης – συγκλίνοντας στις πολιτικές των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών.

Η σημαντικότερη πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ασφαλιστικές εταιρίες που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα στην παρούσα συγκυρία είναι η σημαντική μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών και η ανεργία. Παρά τις παρεμβάσεις που έχουν συμβεί σε θεσμικό επίπεδο και στην ασφαλιστική αγορά, αυτό που διατηρείται είναι η ανάγκη για μείωση του κόστους και η διεύρυνση των καλύψεων, με το κόστος για τις υπηρεσίες υγείας να αυξάνει. Για να αντιμετωπίσουν το διττό αυτό πρόβλημα οι κυβερνήσεις και οι φορείς της ασφαλιστικής αγοράς προσανατολίζονται στην παροχή κινήτρων σε όρους τιμής για την αύξηση της του μεριδίου αγοράς τους και για να περιορίσουν περιττή ή ακατάλληλη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, πολλές προτάσεις που έχουν γίνει αναφέρονται στην παροχή φορολογικών κινήτρων (έκπτωση ασφαλιστρών κ.λπ.) για να ενθαρρύνουν εργοδότες και νοικοκυριά να στραφούν στα ατομικά συμβόλαια υγείας. Ορισμένες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες έχουν υιοθετήσει συμβόλαια ασφάλισης υγείας με υψηλές απαλλαγές, σε μια προσπάθεια να μειώσουν τα ασφάλιστρά τους. Αντίστοιχα, στην κοινωνική ασφάλιση

αυξάνεται η συμμετοχή των ασθενών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, σε μια προσπάθεια να μειωθεί η αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών.

Αυτό που είναι απαραίτητο τόσο από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και μόνιμο αίτημα της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών (ΕΑΕΕ) τα τελευταία χρόνια είναι να καθιερωθούν φορολογικά κίνητρα τα οποία θα ελαφρύνουν τις εισοδηματικές επιβαρύνσεις από τα ασφάλιστρα και σε αρκετές περιπτώσεις θα αντισταθμίζουν τις όποιες χαμένες εισφορές εργαζομένων στην κοινωνική ασφάλιση και στα ταμεία.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, από έρευνα που διενεργήθηκε σε 60 ασφαλιστικές εταιρίες, που αντιπροσώπευαν το 94,6% της παραγωγής, η παραγωγή ασφαλίσεων το 2013 μειώθηκε συνολικά κατά 9,3%. Αναλυτικότερα, στις ασφαλίσεις ζωής η μείωση αγγίζει το 14,1%, ενώ στις ασφαλίσεις κατά ζημιών η μείωση είναι 5,5%. Η τάση αυτή αντιστράφηκε το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2014, όπου η παραγωγή στον κλάδο ζωής, εμφάνισε θετικό πρόσημο, με ταυτόχρονο περιορισμό του αριθμού ακυρώσεων. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης οδηγεί φαίνεται να οδηγεί ομάδες του πληθυσμού – τα οποία έχουν τη δυνατότητα – στην ιδιωτική ασφάλιση. Απόρροια της τάσης αυτής ήταν η αύξηση της παραγωγής ασφαλίσεων κατά 2,5% για το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2014, συγκριτικά με το 2013. Ο κλάδος υγείας ήταν πρωταγωνιστής, σημειώνοντας την υψηλότερη αύξηση, ενισχυόμενος κατά 25,9% σε όρους παραγωγής, ενώ η παραγωγή ασφαλίσεων υγείας ενισχύθηκε και το 2013 κατά περίπου 20% σε σχέση με το 2012.

#### **Προβλεπόμενη εξέλιξη των δεικτών διείσδυσης και κύκλου εργασιών του κλάδου ασφάλισης υγείας**

Η μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες προοπτικές ανάπτυξης της ασφαλιστικής βιομηχανίας της Ελλάδας είναι ένα θέμα που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις κυβερνήσεις και τις ασφαλιστικές εταιρίες. Στην παρούσα ενότητα θα χρησιμοποιηθεί η «παγκόσμια καμπύλη ανάπτυξης ασφαλίσεων» (“world insurance growth curve”) σε συνδυασμό με τις εκτιμήσεις της μελλοντικής ανάπτυξης του ΑΕΠ της Ελλάδας για την εκτίμηση της ανάπτυξης και το μέγεθος της διείσδυσης των ασφαλίσεων ζωής στην Ελλάδα για την περίοδο 2014-2020. Καθίσταται σαφές ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες – κοινωνικοί, πολιτικοί, πολιτιστικοί, δημογραφικοί και λειτουργίας της εγχώριας αγοράς - που σαφώς θα έχουν αντίκτυπο στην πορεία της αγοράς. Εντούτοις, σειρά εμπειρικών μελετών έχουν δείξει ότι ο βασικότερος μακροπρόθεσμος παράγοντας που διαμορφώνει το μέγεθος της ασφαλιστικής αγοράς είναι η οικονομική ανάπτυξη και των εισοδημάτων.

Οι βασικές μεθοδολογίες που χρησιμοποιούνται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφορικά με τα υποδείγματα ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς σε οικονομίες είναι τρεις: (1) το απλό γραμμικό μοντέλο, (2) το λογαριθμικό γραμμικό υπόδειγμα και (3) το λογιστικό υπόδειγμα. Κάθε μια από αυτές τις προσεγγίσεις έχει τα πλεονεκτήματά της και τα μειονεκτήματά της, αλλά συγκριτικά, το λογιστικό υπόδειγμα φαίνεται να υπερτερεί σε σχέση με τα άλλα δύο (Zheng et al., 2008). Σαφώς ένα μέρος του σφάλματος των υποδειγμάτων αυτών προέρχεται από τη μη εκτίμηση της επίδρασης σημαντικών παραγόντων – δημογραφικών, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και διάρθρωσης της αγοράς - που έχουν αντίκτυπο στην ανάπτυξη του ασφαλιστικού κλάδου. Εντούτοις, εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο βασικός

παράγοντας σε μακροπρόθεσμη βάση είναι το συνολικό μέγεθος της η οικονομία<sup>26</sup>. Κατά συνέπεια, η μελέτη θα επικεντρωθεί στην αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ ως το βασικό μοχλό της ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς.

### Τεχνικά χαρακτηριστικά των υποδειγμάτων

Στην εφαρμογή του απλού γραμμικού και του λογαριθμικού γραμμικού υποδείγματος, δεν έχει ιδιαίτερη βαρύτητα εάν τα ασφάλιστρα ή ο βαθμός διείσδυσης στην αγορά λαμβάνονται ως εξαρτημένες μεταβλητές. Οι περιορισμοί των υποδειγμάτων αυτών είναι προφανείς.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το απλό γραμμικό μοντέλο, σε κάθε περίπτωση θεωρείται ότι: (1) τα ασφάλιστρα ή ο βαθμός διείσδυσης αυξάνονται με τον ίδιο ρυθμό με την αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, γεγονός που δείχνει ότι η διείσδυση της ασφάλισης παραμένει σταθερή ή (2) τα ασφάλιστρα αυξάνονται κατά ένα ποσοστό που είναι το τετράγωνο της μεταβολής του ΑΕΠ. Ωστόσο, καμία από τις υποθέσεις αυτές δεν είναι συνεπής με την πραγματικότητα.

Αντίστοιχα, όσον αφορά το λογαριθμικό γραμμικό υπόδειγμα συχνά θεωρείται ότι: (1) η ελαστικότητα του εισοδήματος και σε σχέση με τα καταβαλλόμενα ασφάλιστρα (ο λόγος της ποσοστιαίας μεταβολής των καταβαλλόμενων ασφαλίσεων με την ποσοστιαία μεταβολή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ) παραμένει διαχρονικά σταθερή και (2) η εισοδηματική ελαστικότητα της διείσδυσης (ο λόγος της ποσοστιαίας μεταβολής της διείσδυσης ασφάλισης για το ποσοστό μεταβολής του κατά κεφαλήν ΑΕΠ) είναι επίσης σταθερή. Ενώ οι δύο αυτές υποθέσεις είναι πιθανώς αποδεκτή για ορισμένα στάδια της οικονομικής ανάπτυξης, δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε ένα γενικευμένο υπόδειγμα.

Εμπειρικά, προκύπτει ότι η διείσδυση της ασφάλισης του κλάδου Ζωής (ο λόγος των ασφαλίσεων σε σχέση με το ΑΕΠ) αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, εντούτοις, η σχέση δεν είναι γραμμική. Σε διαφορετικά επίπεδα του κατά κεφαλήν ΑΕΠ παρουσιάζονται διαφορετικοί ρυθμοί αύξησης της ασφαλιστικής διείσδυσης. Πιο συγκεκριμένα, όταν το επίπεδο του κατά κεφαλήν ΑΕΠ είναι χαμηλό, ο ρυθμός αύξησης της διείσδυσης ασφάλισης φαίνεται να είναι σχετικά αργή. Όσο το κατά κεφαλήν ΑΕΠ αυξάνεται, τόσο ο ρυθμός αύξησης της διείσδυσης ασφάλισης αυξάνεται. Ωστόσο, όταν το κατά κεφαλήν ΑΕΠ φθάνει σε ένα ορισμένο επίπεδο, η διείσδυση της ασφάλισης τείνει να σταθεροποιείται. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι η εισοδηματική ελαστικότητα των καταβαλλόμενων ασφαλίσεων ποικίλλει ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματος. Ένα λογιστικό υπόδειγμα, το οποίο λαμβάνει τη μορφή (shape) καμπύλης "S", φαίνεται να περιγράφει καλύτερα τη σχέση. Ωστόσο, σημειώνεται ότι για την εκτίμηση της διείσδυσης των ασφαλίσεων απαιτείται σημαντικός αριθμός δεδομένων.

Για να απαντηθεί το ερώτημα σχετικά με το ποια είναι η συσχέτιση μεταξύ της διείσδυσης του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης και της οικονομικής ανάπτυξης ή της αύξησης του κατά κεφαλήν εισοδήματος και το υπόδειγμα που ταιριάζει καλύτερα για την πραγματοποίηση εκτίμησης, μπορούμε να παρατηρήσουμε τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών διείσδυσης και

<sup>26</sup> βλ. Beenstock et al., (1986 & 1988); Outreville (1996), (Zheng et al., 2008)

του κατά κεφαλήν ΑΕΠ για τις χώρες του ΟΟΣΑ και να εξάγουμε πολύ χρήσιμα συμπεράσματα. Η διείδυση της ασφάλισης του κλάδου Ζωής (ο λόγος των ασφαλιστρών σε σχέση με το ΑΕΠ) αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, εντούτοις, η σχέση δεν είναι γραμμική. Σε διαφορετικά επίπεδα του κατά κεφαλήν ΑΕΠ παρουσιάζονται διαφορετικοί ρυθμοί αύξησης της ασφαλιστικής διείδυσης.

Πιο συγκεκριμένα, όταν το επίπεδο του κατά κεφαλήν ΑΕΠ είναι χαμηλό, ο ρυθμός αύξησης της διείδυσης ασφάλισης φαίνεται να είναι σχετικά αργή. Όσο το κατά κεφαλήν ΑΕΠ αυξάνεται, τόσο ο ρυθμός αύξησης της διείδυσης ασφάλισης αυξάνεται. Ωστόσο, όταν το κατά κεφαλήν ΑΕΠ φθάνει σε ένα ορισμένο επίπεδο, η διείδυση της ασφάλισης τείνει να σταθεροποιείται. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι η εισοδηματική ελαστικότητα των καταβαλλόμενων ασφαλιστρών ποικίλλει ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματος. Ένα λογιστικό υπόδειγμα, το οποίο λαμβάνει τη μορφή (shape) καμπύλης "S", φαίνεται να περιγράφει καλύτερα τη σχέση.

Οι Carter και Dickinson (1992) και Enz (2000) ανέπτυξαν ένα λογιστικό μοντέλο για την απεικόνιση της σχέσης μεταξύ της διείδυσης της ασφάλισης και του κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Με βάση αυτό το υπόδειγμα, θα πραγματοποιηθεί η εκτίμηση της αύξησης του βαθμού διείδυσης των ασφαλιστρών Ζωής για την Ελλάδα, δεδομένου ότι η διαθεσιμότητα στοιχείων για τον κλάδο Υγείας είναι σημαντικά περιορισμένη για την Ελλάδα και δεν διατίθενται για αντιπροσωπευτικό δείγμα χωρών δεδομένα για τη διείδυση των ασφαλιστρών υγείας, ώστε να προσομοιωθεί το παγκόσμιο χαρτοφυλάκιο.

Η μαθηματική έκφραση ενός λογιστικού υποδείγματος είναι η εξής:

$$Y = \frac{1}{\lambda_1 + \lambda_2 \cdot \lambda_3^X} + u$$

όπου:

Y: η διείδυση της ασφάλισης Ζωής των εξεταζόμενων χωρών

X: το κατά κεφαλήν ΑΕΠ των εξεταζόμενων χωρών

$\lambda_1$ ,  $\lambda_2$  και  $\lambda_3$  οι τρεις παράμετροι του υποδείγματος και u το σφάλμα του υποδείγματος

### Τεχνικά Στοιχεία του Υποδείγματος Εκτίμησης

Όσον αφορά το τεχνικό σκέλος της εκτίμησης των παραμέτρων, θεωρείται στην εκτίμηση ότι ο συντελεστής  $\lambda_3 < 1$ , καθώς όταν  $\lambda_3 < 1$  η διείδυση της ασφάλισης αυξάνεται, όσο αυξάνεται το κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Επιπλέον, όταν  $\lambda_3 = 1$  το ποσοστό διείδυσης της ασφάλισης παραμένει σταθερό και δε μεταβάλλεται σε σχέση με το ρυθμό μεταβολής του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, ενώ όταν  $\lambda_3 > 1$  σημαίνει ότι η διείδυση της ασφάλισης μειώνεται, όσο αυξάνεται το κατά κεφαλήν ΑΕΠ.

Χρησιμοποιώντας το υπόδειγμα που αναπτύχθηκε ανωτέρω μπορούμε να εξάγουμε σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με το σημείο καμπής της καμπύλης, στο σημείο όπου η 2<sup>η</sup> παράγωγος ισούται με μηδέν. Έτσι λοιπόν ισχύει:

$$Y' = -(\lambda_1 + \lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X)^{-2} (\lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X \cdot \ln \lambda_3) \text{ και}$$

$$Y'' = 2(\lambda_1 + \lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X)^{-3} (\lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X \cdot \ln \lambda_3)^2 - (\lambda_1 + \lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X)^{-2} (\lambda_2 \cdot \ln \lambda_3 \cdot \lambda_3^{\wedge} X \cdot \ln \lambda_3)$$

Δεδομένου ότι το  $Y'' = 0$ , η σχέση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ δίνεται από τη σχέση:

$$X_{\text{inf}} = (\ln \lambda_1 - \ln \lambda_2) / \ln \lambda_3$$

Σύμφωνα με το υπόδειγμα, δεν είναι δύσκολο να εξάγουμε την ελαστικότητα του εισοδήματος σε σχέση με τα ασφαλιστρα Ζωής (ο δείκτης της ποσοστιαίας μεταβολής των καταβαλλόμενων ασφαλιστρων σε σχέση με τις μεταβολές του εισοδήματος), σε όρους του σφάλματος  $u$ .

Αν υποθέσουμε ότι το ασφαλιστρο είναι  $P$  τότε η ελαστικότητα εισοδήματος ισούται με:

$E = (dP/P)/(dX/X)$  και δεδομένου ότι:

$Y = P/X = (\lambda_1 + \lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X)^{-1}$  και  $P = X \cdot (\lambda_1 + \lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X)^{-1}$  η ελαστικότητα του εισοδήματος ισούται με:

$$e = 1 - (\lambda_2 \cdot \lambda_3^{\wedge} X \cdot X \cdot \ln \lambda_3) (\lambda_1 + \lambda_2 \lambda_3^{\wedge} X)^{-1}.$$

Επίσης, η μέγιστη τιμή της εισοδηματικής ελαστικότητας του ασφαλιστρου ισούται με:

$$e_{\text{mas}} = 1 + X_e \ln \lambda_3 + (\lambda_2 \lambda_3^{\wedge} X_e) / \lambda_1$$

Για την μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα για το κατά κεφαλήν ΑΕΠ από τη βάση δεδομένων National Accounts Main Aggregates Database των Ην.Εθνών και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, ενώ τα στοιχεία για τα συνολικά ασφαλιστρα και τα ποσοστά διείδυσης των ασφαλιστρων Ζωής από τη βάση δεδομένων Sigma που παρέχεται από την Swiss Re και τον ΟΟΣΑ.

Για επίπεδα κατά κεφαλήν ΑΕΠ έως τα \$10.635, η διείδυση των ασφαλιστρων συνεχίζει να αυξάνεται, μετά από αυτά τα επίπεδα σταθεροποιείται και, ενώ σε επίπεδα, άνω των €12.438 φτάνει στο μέγιστο της η εισοδηματική ελαστικότητα. Οι προβλέψεις του Δ.Ν.Τ. για την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας, έως το 2019 εκτιμώνται σε 0,6% για το 2014, 2,9% για το 2015, 3,7% για το 2016, 3,5% για το 2017, 3,3% για το 2018 και 3,6% για το 2019. Βάσει αυτών των baseline προβλέψεων για την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας και τη χρήση του δείκτη BRIP (Benchmark Ratio of Insurance Penetration) που εξετάζει τη σχετική ανάπτυξης της



οικονομίας, σε σχέση με μέση διείσδυση της ασφάλισης παγκοσμίως. Σύμφωνα με την ανάλυση των Zheng et al. (2009), η Ελληνική ασφαλιστική αγορά κατείχε το 2007, την 41<sup>η</sup> θέση όρους συνολικών ασφαλίσεων, την 39<sup>η</sup> θέση σε όρους κατά κεφαλήν ασφαλίσεων, στην 67<sup>η</sup> θέση με βάση την απλή ασφαλιστική διείσδυση και στην 83<sup>η</sup> θέση με βάση τον δείκτη BRIP.

Η διείσδυση της ασφάλισης ζωής για την Ελλάδα το 2012 ήταν 1,001%, ενώ ο δείκτης BRIP είναι 0,38%, γεγονός που σηματοδοτεί τη μεγάλη υστέρηση στην ανάπτυξη της εγχώριας ασφαλιστικής αγοράς σε σχέση με το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης της χώρας, καθώς ο δείκτης BRIP για τις ανεπτυγμένες οικονομίες είναι 1,23 και για τις ανεπτυγμένες χώρες και 1,12.

Βάσει των δεδομένων αυτών, η διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης Ζωής εκτιμάται ότι θα ακολουθήσει ανοδική τάση έως το 2019, με πρωταγωνιστή τον κλάδο υγείας, σε όρους ποσοστιαίας αύξησης, λόγω των αυξανόμενων αναγκών του πληθυσμού. Ο σύνθετος ρυθμός ετήσιας ανάπτυξης (CAGR) είναι ένας δείκτης που εκφράζει τη γεωμετρική πρόοδο ενός μεγέθους, μέσω μιας σταθερής απόδοσης κατά τη διάρκεια μιας περιόδου, εκτιμάται για τον κλάδο ασφάλισης ζωής στο 3%.

#### 4. Συμπεράσματα Μελέτης

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σύμφωνα με τα στοιχεία έντονο δημογραφικό πρόβλημα που αφενός οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού και στην υπογεννητικότητα. Το δημογραφικό πρόβλημα, σε συνδυασμό με την αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν ένα εκρηκτικό μίγμα για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτούνται σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και αλλαγές με στόχο όχι μόνο την εξοικονόμηση πόρων και τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών, αλλά διαρθρωτικές αλλαγές που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, στη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών, την ενίσχυση της πρόληψης και την ισχυροποίηση των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας.

Η κρίση αποτέλεσε μεγάλο πλήγμα για την ελληνική οικονομία και για τον τομέα της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, κάθε αλλαγή αποτελεί ταυτόχρονα και μια ευκαιρία για μεταβολές και την αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων, ανισορροπιών και παθογενειών. Στο εθνικό σύστημα υγείας σειρά μεταρρυθμίσεων αναβάλλονταν για δεκαετίες σε πολλούς τομείς και ιδίως στο σύστημα υγείας, όπως για παράδειγμα στη λειτουργία των νοσοκομείων, στη λειτουργία προϋπολογισμών και παρακολούθησης του κόστους. Ταυτόχρονα, παρουσιάζονται ανισοκατανομές στο προσωπικό και τους πόρους, για παράδειγμα η Ελλάδα έχει τους περισσότερους ιατρούς σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ και αντίστοιχα, τους μισούς σχεδόν νοσηλευτές κατά κεφαλήν.

Τα τελευταία τρία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο χώρο της Υγείας, ωστόσο, υπάρχουν ακόμα σημαντικά περιθώρια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και παροχής ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Ένα πρώτο και σημαντικό βήμα είναι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ωστόσο θα πρέπει να υπάρξει σαφής προσδιορισμός του ρόλου του και ενίσχυση του οργανισμού με τα απαραίτητα εργαλεία, ώστε να ελέγχει αποτελεσματικά τους



φορείς που υπάγονται σε αυτόν και να λειτουργήσει αποτελεσματικά ως μονοψώνιο, με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών και τη μείωση του κόστους. Στο πλαίσιο αυτό, θα μπορέσει να εξυπηρετήσει και ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις.

Χαρακτηριστικό όμως είναι ότι παρά τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν, η Ελλάδα παραμένει η πρώτη χώρα στην Ευρώπη με τις υψηλότερες ιδιωτικές πληρωμές, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, γεγονός το οποίο δημιουργεί προβληματισμό, σχετικά με το μοντέλο χρηματοδότησης της χώρας μας.

Επιπλέον, η διεθνής εμπειρία διδάσκει την αναγκαιότητα αποκέντρωσης του συστήματος και τη διάκριση μεταξύ διανομέα και αγοραστή υπηρεσιών. Επίσης, στις σύγχρονες τάσεις που αναπτύσσονται διεθνώς ο ασθενής τοποθετείται στο επίκεντρο των πολιτικών, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, την ενίσχυση της ισότητας και της πρόσβασης του πληθυσμού και την άσκηση κοινωνικής πολιτικής προσανατολισμένης στις ομάδες του πληθυσμού που δεν μπορούν να ανταποκριθούν οικονομικά.

Η εμπειρία των εξεταζόμενων χωρών καταδεικνύει ότι η αποτελεσματική λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και η ρύθμιση και οργάνωση του ιδιωτικού συστήματος υγείας, θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα των χωρών. Τα στοιχεία αυτά σε συνδυασμό με ένα ολοκληρωμένο σύστημα κάλυψης των αναγκών υγείας, το οποίο θα συνοδεύεται από τη βελτίωση βασικών κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων και κουλτούρας των πολιτών, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και ενημέρωσης των πολιτών, ενδεχομένως να αποτελεί μια πολιτική για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας μακροπρόθεσμα, περιορίζοντας τις κοινωνικές ανισότητες και τα πρόβλημα πρόσβασης.

Στον τομέα αυτό οι βασικές πρακτικές προέρχονται από την παροχή κινήτρων και ποινών προς τους παρόχους υπηρεσιών, η αξιολόγηση των υπηρεσιών, μέσω ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών στον τομέα της υγείας, τη χρήση νέων τεχνολογιών για την καταγραφή πληροφόρησης σχετικά με τη υγεία του ασθενούς και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η ανάπτυξη της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς, αναμένεται να επιστρέψει με την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας. Η ελληνική ασφαλιστική αγορά βρίσκεται σε φάση υπο-ανάπτυξης, δεδομένου ότι παρά τη σημαντική αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, έως και το 2008, η διείσδυση του κλάδου ζωής ήταν ιδιαίτερος περιορισμένη. Αυτό σε κάποιο βαθμό μπορεί να οφείλεται στις αυξημένες κοινωνικές παροχές που υπήρχαν από το κοινωνικό κράτος, αλλά σαφώς και σε άλλους παράγοντες, όπως δημογραφικούς κοινωνικούς, παιδείας και γνώσεων. Ο σύνθετος ρυθμός ετήσιας ανάπτυξης (CAGR) είναι για τον κλάδο ασφάλισης ζωής στο 3%, έως το 2019. Για να εισέλθει η ελληνική ασφαλιστική αγορά στο πλαίσιο ταχύτερης ανάπτυξης, απαιτούνται δράσεις από πλευράς της ίδιας ασφαλιστικής αγοράς.

Όσον αφορά τη διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα, η χώρα μας υστερεί σημαντικά όχι λόγω του διαθέσιμου και του κατά κεφαλήν εισοδήματος, αλλά σε θέματα κουλτούρας, νοοτροπίας και παιδείας. Ο χρηματοοικονομικός και ασφαλιστικός αναλφαβητισμός αποτελούν σημαντικές αιτίες για την περιορισμένη αποταμίευση των ελληνικών νοικοκυριών, τον προγραμματισμό τους για θέματα συνταξιοδότησης και υγείας.

Χαρακτηριστικό είναι ότι και την περίοδο προ κρίσης, η διείσδυση παρέμενε σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες και τις χώρες της Ευρώπης.

Βασικότερος παράγοντας είναι η αξιοπιστία του θεσμού και η ανάκτηση της εμπιστοσύνης. Σαφώς αυτό άπτεται στην καλύτερη ενημέρωση του κοινού, από τις ίδιες τις ασφαλιστικές εταιρίες και την επίσημη εποπτεία, αλλά και τις ΕΑΕΕ. Επίσης, Χαρακτηριστικό είναι ότι η ελληνική αγορά παρουσιάζει σε μεγάλο βαθμό κατακερματισμό, ενώ καταλυτικό ρόλο θα διαδραματίσει και η πλήρης εφαρμογή της οδηγίας Solvency II.

Σημαντικά οφέλη, για όλους του εμπλεκόμενους στην ασφαλιστική αγορά και ιδίως στο χώρο της υγείας, ενδέχεται να προκύψουν, μέσω συνεργασιών φορέων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, όπως συμβαίνει και με τα παραδείγματα του εξωτερικού, από χώρες, όπως η Ολλανδία (που αξιολογείται με το καλύτερο σύστημα υγείας στην Ευρώπη), η Γερμανία, Ισπανία, η Δανία, η Ρουμανία. Η εμπειρία αυτών των χωρών δείχνει ότι και στην Ελλάδα υπάρχουν σημαντικές δυνατότητες και προοπτικές για την επέκταση του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης και τη συμβολή της στη βελτίωση του Εθνικού συστήματος υγείας, μέσω του συμπληρωματικού της ρόλου.

Επίσης, καταλυτικός παράγοντας είναι η ενίσχυση της εξωστρέφειας του κλάδου και ενίσχυση του προσανατολισμού του προς την κοινωνία και τους πολίτες, μέσω της συστηματική ενημέρωση της ευρύτερης κοινωνίας, αναφορικά με θέματα υγείας και γενικότερου ενδιαφέροντος, για την ενίσχυση του ασφαλιστικού θεσμού και της καλλιέργειας ασφαλιστικής κουλτούρας, γνώσης και αντιμετώπισης του ασφαλιστικού αναλφαβητισμού. Τα βασικά εργαλεία για αυτό τον στόχο μπορεί να περιλαμβάνουν δημιουργία ασφαλιστικού content, διεύρυνση και επέκταση της ασφαλιστικής εκπαίδευσης, συνεργασίας με εκπαιδευτικούς φορείς στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση, τη διενέργεια ενημερωτικών ενεργειών, καμπάνιες ενημέρωσης και πρόληψης κ.α.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

Αντώνογλου Δ., Βοζίκης Α. και Κουφοπούλου Π., (2013), “ Παραοικονομία στην Υγεία: Τάσεις Ανά τον Κόσμο και Προοπτικές για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας”, Παρουσίαση Μελέτης.

Γιανασμίδης, Α. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980– 2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2011), «Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας.

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

Κυριόπουλος Γ, και Μπεαζόγλου Τ., (2001), «Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοψωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., «Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα», Εκδ. Θεμέλιο.

Κυριόπουλος Γ. και Οικονόμου Χ., (2000), «Είναι Επιθυμητή και Εφικτή η Διάκριση της Προσφοράς από τη Ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., «Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης - Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας», Εκδ. Θεμέλιο.

Κυριόπουλος Ι., Β. Τσιάντου, (2010), “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη”, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.

Λιαρόπουλος Λ.,(2007), Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Νεκτάριος, Μιλτιάδης, (2008), Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση με Συναίνεση και Διαφάνεια (Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση).

Νεκτάριος, Μιλτιάδης, (2012), «Στρατηγικό Σχέδιο για τον Εκσυγχρονισμό της Υγείας», Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», 26/4/2012.

Τούντας Γ.,(2004), Τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα. Ιατρική, 79(3):215-217.

### **Ξενογλώσση**

Arena, M. (2008). “Does Insurance Market Activity Promote Economic Growth? A Cross-Country Study for Industrialized and Developing Countries”. *Journal of Risk and Insurance*, 75(4), 921-946.

Bac, C., & Le Pen, Y. (2002, March). An international comparison of health care expenditure determinants. In 10th International Conference on Panel Data, Berlin, July 5-6, 2002 (No. C5-1). International Conferences on Panel Data.

Bevan, G., & Van De Ven, W. P. (2010). Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms?. *Health Economics, Policy and Law*, 5(03), 343-363.

Blomqvist, Å. G., & Carter, R. A. (1997). Is health care really a luxury?. *Journal of Health Economics*, 16(2), 207-229.

Burchell, B., (1994), “The effects of labour market position, job in security και unemployment on psychological health. In: Gallie, D., Marsh, C., Vogler, C. (eds) “Social change και the experience of unemployment”. Oxford University Press, Oxford, pp. 188–212.

Clemente, J., Marcuello, C., Montañés, A., & Pueyo, F. (2004). On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?. *Journal of Health Economics*, 23(3), 589-613.

Colombo, F., & Tapay, N. (2004). Proposals for taxonomy of health insurance. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1-21.

Costa-Font, J., & Pons-Novell, J. (2007). Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health Economics*, 16(3), 291-306.

Cutler, D. M., & Everett, W. (2010). Thinking outside the pillbox—medication adherence as a priority for health care reform. *New England Journal of Medicine*, 362(17), 1553-1555.

Deloitte, (2014), “2014 Global health care outlook: Shared challenges, shared opportunities”

Drechsler, D., & Jutting, J. (2005). Private Health Insurance in Low and Middle-Income Countries. Scope, Limitations, and Policy Responses.

Drechsler, D., & Jutting, J. P. (2010). Six regions, one story. Global marketplace for private health insurance: strength in numbers, 29-105.

European Commission (2014), “Innovation Union Scoreboard 2014”.

Evans, D. B., & Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(6), 402-403.

Gerdtham, U. G., & Löthgren, M. (2000). On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP. *Journal of Health Economics*, 19(4), 461-475.

Gwatkin, D. R., Bhuiya, A., & Victora, C. G. (2004). Making health systems more equitable. *The Lancet*, 364(9441), 1273-1280.

Hitiris, T., & Nixon, J. (2001). Convergence of health care expenditure in the EU countries. *Applied Economics Letters*, 8(4), 223-228.

Holstein, A., & Litzinger, P. (2011). Health care system financing and design: Convergent trends in North America and Europe. *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, 7(10).

Hussels, S., Ward, D., & Zurbruegg, R. (2005). “Stimulating the demand for insurance”. *Risk Management and Insurance Review*, 8(2), 257-278.

Hwang, T., & Greenford, B. (2005). “A Cross-Section Analysis of the Determinants of Life Insurance Consumption in Mainland China, Hong Kong, and Taiwan”. *Risk Management and Insurance Review*, 8(1), 103-125.

Karter, A.J., Stevens, M.R., Herman, W.H., Ettner, S., Marrero, D.G., Safford, M.M., Engelgau, M.M., Curb, J.D., Brown, A.F., (2003), “Translating Research Into Action for Diabetes Study Group. Out-of-pocket costs και diabetes preventive services: the Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) study, *Diabetes Care*, 26(8), pp. 2294-9.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. και Stuckler, D., (2011), “Health effects of financial crisis: Omens of a Greek Tragedy”, *The Lancet*, 378, pp. 1457-1558.

- Lago-Peñas, S., Cantarero-Prieto, D., & Blázquez-Fernández, C. (2013). On the relationship between GDP and health care expenditure: a new look. *Economic Modelling*, 32, 124-129.
- Lee, C. C., & Chang, C. H. (2012). "Globalisation and Convergence of International Life Insurance Markets". *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 37(1), 125-154.
- Lee, C.C., & Chiu, Y.B. (2012). "The impact of real income on insurance premiums: Evidence from panel data". *International Review of Economics & Finance*, 21(1), 246-260.
- Mossialos, E. (Ed.). (2010). *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge University Press.
- Mossialos, E., & Thomson, S. M. (2002). Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International journal of health services*, 32(1), 19-88.
- Mylona K., Karabli E., Kardala O., Skroumpelos A., Tsiantou V., Kyriopoulos J., (2012), "Stakeholders Perceptions of Health Care Reforms in Greece and Implications for the Pharmaceutical Industry". Department of Health Economics, National School of Public Health.
- Odegard, P.S., Gray, S.L., (2008), "Barriers to medication adherence in poorly controlled diabetes mellitus, *Diabetes Educ.*, 34(4), pp. 692-697.
- OECD, (2013) *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Pauly M. (1986), "Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy", *Journal of Economic Literature*, 15, pp. 629-675.
- Pauly M., (1988) "Market power, Monopsony and Health Insurance Markets", *Journal of Health Economics*, 7: pp. 111-128.
- Prieto, D. C., & Lago-Peñas, S. (2012). Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain. *The European Journal of Health Economics*, 13(1), 19-27.
- Propper, C. (2000). The demand for private health care in the UK. *Journal of health economics*, 19(6), 855-876.
- Reinhardt, U. E., Hussey, P. S., & Anderson, G. F. (2002). Cross-national comparisons of health systems using OECD data, 1999. *Health Affairs*, 21(3), 169-181.
- Robinson et al., 1999, *An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication*, JAMA, Vol. 280 No. 14.
- Roemer M., (1993), "National health systems of the world. The issues", Oxford University Press, Oxford.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (Eds.). (1997). *European health care reform: analysis of current strategies* (pp. 203-245). World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Saltman, R., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. McGraw-Hill International.

Schut, F. T., & van de Ven, W. P. (2011). Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?. *Health Economics, Policy and Law*, 6(01), 109-123.

Shortell, S. M., & Conrad, D. A. (2007). Integrated health systems: promise and performance.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3), 457-502.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M., (2009), "The public health effect of economic crisis και alternative policy responses in Europe: An empirical analysis", *Lancet*, 374, pp. 315–323.

Thomson, S., & Dixon, A. (2006). Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(3), 167-171.

Thomson, S., & Mossialos, E. (2004). Influencing demand for drugs through cost sharing. *Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality*, 227-244.

Thomson, S., & Mossialos, E. (2007). Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. *Journal of European Integration*, 29(1), 89-107.

Van de Ven, W.P., & Schut, F.T. (2008). Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States?. *Health Affairs*, 27(3), 771-781.

Van Doorslaer, Eddy, et al. (1999), "The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries." *Journal of health economics* 18.3, 291-313.

Wagstaff, Adam, et al., (1999), "Equity in the finance of health care: some further international comparisons." *Journal of health economics* 18.3, 263-290.

World Health Organization, & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2003). *Atlas of health in Europe*. WHO Regional Office Europe.

World Health Organization. (2007). *Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*.

World Population Prospects: The 2012 Revision

Zavras, D., Tsiantou, V., Mylona, K., Pavi, E., και Kyriopoulos, J., (2013), "Impact of economic crisis και other demographic και socio-economic factors on self-rated health in Greece", *European Journal of Public Health*, 23(2), pp. 206-210.

Zheng, W., Liu, Y., & Deng, Y. (2009). "A Comparative Study of International Insurance Markets". *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 34(1), 85-99.

Zheng, W., Liu, Y., & Dickinson, G. (2008). "The Chinese Insurance Market: Estimating its Long-Term Growth and Size". *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 33(3), 489-506.