



Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής

*‘ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ
ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ’*

*‘EVOLUTION OF PUBLIC AND PRIVATE HEALTH
EXPENDITURE IN OECD COUNTRIES’*

Προπτυχιακές Φοιτήτριες: Μαντάλη Μαρία, Κουτσούμπα Ευαγγελία.

Επιβλέπων Καθηγητής: Γρηγοράκης Νικόλαος.

Ηράκλειο

Σεπτέμβριος 2018

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία αφορά στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Επιπλέον, παρουσιάζει πώς εξελίχθηκε η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας του ΟΟΣΑ κατά τη διάρκεια των ετών.

Η κύρια δομή αυτής της μελέτης βασίζεται σε τρία κεφάλαια. Πρώτον, εισάγουμε τον αναγνώστη στις κύριες αντιλήψεις, τους ορισμούς, την ορολογία και την κατανομή των πόρων των συστημάτων χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται μια επισκόπηση της χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Επιπλέον, στο τρίτο κεφάλαιο δίνεται περαιτέρω έμφαση στον τρόπο με τον οποίο η δημοσιονομική και οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα μετά την οικονομική κρίση του 2008 είχε επηρεάσει τη χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας. Η ανάλυση διεξάγεται τόσο σε συγκεντρωτικό επίπεδο για όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ όσο και χωριστά, για τη χώρα καταγωγής μας, την Ελλάδα.

Τέλος, στο τελευταίο μέρος αυτής της εργασίας παρέχουμε ορισμένα συμπεράσματα.

Abstract

This project deals with the health systems financing in the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. Further, it presents how OECD health systems funding has evolved over the years.

The main structure of this study based on three chapters. First, we introduce the reader with the main conceptualization, definitions, terminology and allocation of healthcare financing schemes resources in OECD countries.

In the second chapter, an overview of the Greek health system financing is presented. Moreover, in the third chapter a further emphasis is given on how the fiscal and economic situation in Greece post to the 2008 financial crisis had affect Greek health system financing. The analysis is carried out both at an aggregate level for all OECD countries and separately, for our country of origin, Greece.

Finally, in the last part of this project we have on some conclusions.

Περιεχόμενα

Πρόλογος	2
Abstract	3
Ευρετήριο γραφημάτων	5
Ευρετήριο πινάκων	6
1 Συστήματα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας	7
1.1 Εισαγωγικά στοιχεία για τον Ο.Ο.Σ.Α.....	7
1.2 Συστήματα υγείας	8
1.3 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.	9
1.3.1 Κρατική χρηματοδότηση	16
1.3.1.1 Γενική φορολογία.....	16
1.3.1.2 Η κοινωνική ασφάλιση υγείας	16
1.3.1.3 Υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση υγείας	17
1.3.2 Ιδιωτικός πυλώνας χρηματοδότησης.....	18
1.3.2.1 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI).....	18
1.3.2.2 Ίδιες - Απευθείας πληρωμές νοικοκυριών για την υγεία	20
2 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	22
2.1 Η κρατική χρηματοδότηση: Γενική φορολογία και κοινωνική ασφάλιση	23
2.2 Ιδιωτική χρηματοδότηση	24
2.2.1 Η χρηματοδότηση μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα.....	24
2.2.2 Ίδιες πληρωμές χρηστών υγείας (νοικοκυριών) – Households Out of Pocket (OOP) Healthcare Expenditures	26
3 Χρηματοοικονομική κρίση, ύφεση και χρηματοδότηση συστημάτων υγείας μετά το 2007 ...	29
3.1 Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	30
3.2 Η εξέλιξη της ιδιωτικής χρηματοδότησης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ	33
3.2.1 Οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	33
3.2.2 Οι ίδιες δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία.....	34
3.3 Η επίδραση των Μνημονίων στη χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	37
3.3.1 Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία στην Ελλάδα	38
3.3.2 Η εξέλιξη της χρηματοδότησης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα	40
3.3.3 Η εξέλιξη των ιδίων πληρωμών των νοικοκυριών για την υγεία στην Ελλάδα.....	41
Συμπεράσματα	43
Πηγές	45

Ευρετήριο γραφημάτων

Γράφημα 1: Η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, το διάστημα 1990 μέχρι 2015.	24
Γράφημα 2: Η εξέλιξη της πληθυσμιακής κάλυψης της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ το διάστημα 2005-2014.	25
Γράφημα 3: Η χρηματοδότηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.	26
Γράφημα 4: Οι απευθείας πληρωμές των χρηστών υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.	27
Γράφημα 5: Η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία στον ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.....	30
Γράφημα 6: Ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.....	34
Γράφημα 7: Ίδιες δαπάνες νοικοκυριών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας.	35
Γράφημα 8: Δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.....	38
Γράφημα 9: Ποσά κατά κεφαλήν δαπάνης για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας στην Ελλάδα.	39
Γράφημα 10: Η ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, το διάστημα 2008-2015.....	40
Γράφημα 11: Οι ίδιες πληρωμές των νοικοκυριών στην Ελλάδα ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.....	41
Γράφημα 12: Ποσά κατά κεφαλήν δαπάνης για τις ίδιες δαπάνες των νοικοκυριών στην Ελλάδα. ...	42

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1: Η εξέλιξη των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.....	10
Πίνακας 2: Η εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης.....	13
Πίνακας 3: Η εξέλιξη των δαπανών στα εθελοντικά συστήματα χρηματοδότησης της υγείας.....	15
Πίνακας 4: Η εξέλιξη των δαπανών στο τομέα της υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης.....	18
Πίνακας 5: Συγκριτικοί πίνακες συστημάτων χρηματοδότησης στις χώρες Ο.Ο.Σ.Α., όπου διακρίνεται η υπεροχή των ιδιωτικών δαπανών σε χώρες όπως η Χιλή και οι ΗΠΑ.	18
Πίνακας 6: Η εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών κατά την περίοδο 2005-2013.....	19
Πίνακας 7: Η εξέλιξη των δαπανών στις ιδιωτικές πληρωμές νοικοκυριών.....	21
Πίνακας 8: Η Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό (%) επί των συνολικών δαπανών για την υγεία ανά χρηματοδοτική πηγή, το χρονικό διάστημα 2008-2014 στην Ελλάδα.....	28
Πίνακας 9: Η δημόσια χρηματοδότηση ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία σε κάθε χώρα του ΟΟΣΑ.....	31
Πίνακας 10: Ετήσιοι ποσοστιαίοι ρυθμοί ανάπτυξης της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	32
Πίνακας 11: Δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	33
Πίνακας 12: Ίδιες δαπάνες νοικοκυριών ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία σε κάθε χώρα του ΟΟΣΑ.....	36

1 Συστήματα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας

1.1 Εισαγωγικά στοιχεία για τον Ο.Ο.Σ.Α.

Στο παρόν κεφάλαιο στόχος είναι η αποσαφήνιση των συστημάτων χρηματοδότησης αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Για την καλύτερη διερεύνηση του θέματος οφείλει να πραγματοποιηθεί ο διαχωρισμός ανάμεσα στη δημόσια και την ιδιωτική χρηματοδότηση της παροχής υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια θα επέλθουν περαιτέρω διαχωρισμοί στους δύο αρχικούς καίριους πυλώνες (τον δημόσιο και τον ιδιωτικό).

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) συστάθηκε το 1948 ως Οργανισμός Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας (Organisation for European Economic Co-operation, ΟΕΕC), με πρώτο γενικό γραμματέα τον Γάλλο Robert Marjolin, με σκοπό να διαχειριστεί το σχέδιο Μάρσαλ για την ανοικοδόμηση της Ευρώπης μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Αργότερα η ιδιότητα μέλους της επεκτάθηκε και σε μη ευρωπαϊκά κράτη, και το 1960 μετασηματίστηκε στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης. Ο Ο.Ο.Σ.Α. έχει διαδραματίσει αξιοσημείωτο ρόλο καθώς παρέχει ένα περιβάλλον όπου οι κυβερνήσεις μπορούν να συγκρίνουν εφαρμογές πολιτικής, να αναζητούν απαντήσεις στα κοινά προβλήματα, να προσδιορίσουν τις καλές πρακτικές και να συντονίσουν τις εσωτερικές και διεθνείς πολιτικές. Οι ανταλλαγές μεταξύ των κυβερνήσεων του Ο.Ο.Σ.Α. ρέουν από τις πληροφορίες και την ανάλυση που παρέχονται από την Γραμματεία του στο Παρίσι. Η Γραμματεία συλλέγει στοιχεία, παρακολουθεί τις τάσεις, τις αναλύσεις, καθώς και τις προβλέψεις ανάπτυξης σε όλα τα επίπεδα. Η βάση δεδομένων υγείας του Ο.Ο.Σ.Α. προσφέρει την πληρέστερη πηγή συγκρίσιμων στατιστικών για τα συστήματα υγείας σε όλες τις χώρες του οργανισμού. Ακόμη αποτελεί βασικό εργαλείο για τη διεξαγωγή συγκριτικών αναλύσεων σε διεθνές επίπεδο. Ο οργανισμός εισηγείται λύσεις που εστιάζουν πρωτίστως στη βελτίωση του επιπέδου υγείας διασφαλίζοντας παράλληλα την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα δίνεται προτεραιότητα στην παροχή μακροχρόνιας περίθαλψης σε άτομα που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες, στην αύξηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας για τον ασθενή καθώς και στον περιορισμό των ιατρικών σφαλμάτων. Επιπροσθέτως ο ΟΟΣΑ προτείνει σχεδιασμούς χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας, διασφαλίζοντας την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων περίθαλψης και φροντίδας, με απώτερο στόχο την πρόληψη και την υγιεινή ζωή, τον περιορισμό των δαπανών και του οικονομικού κόστους, για μια υγιέστερη οικονομία. Τέλος, επιχειρεί να μειώσει τις ανισότητες ανάμεσα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες και κοινωνικοοικονομικές ή εθνικές ομάδες.

1.2 Συστήματα υγείας

Σ' αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαία η αναφορά στα τέσσερα βασικότερα παγκόσμια πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας προτού γίνει λόγος για τις δεσπόζουσες τάσεις που επικρατούν στις χώρες-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. Το πρώτο σύστημα στηρίζεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο τύπου Beveridge, το οποίο στοχεύει στη διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, στην αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων και στη γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο τύπου Bismarck το οποίο βασίζεται στην αυτονομία και στην αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Περεταίρω, το τρίτο σύστημα αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η τοπική αυτοδιοίκηση ασχολείται με την οικονομική διαχείριση και την αξιολόγηση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Τέλος, το δυτικοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας και συνδυάζει τα δύο πρώτα προαναφερθέντα συστήματα, τύπου Beveridge και τύπου Bismarck. Στην συντριπτική πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών της υφ'ημερών το σύστημα υγείας αποτελεί δομικό συστατικό στοιχείο της κοινωνικής πολιτικής. Τα συστήματα υγείας ενσωματώνουν όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη αλλά και τις υπηρεσίες εκείνες που σχετίζονται με την πρόληψη, αφού είναι δεδομένο πως η υγεία επηρεάζεται από πλειάδα παραγόντων, καθώς οι αρρώστιες αντιμετωπίζονται λυσιτελώς μόνο εφόσον υιοθετηθούν πολυεπίπεδες και πολυδιάστατες προσεγγίσεις.

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι όποιες βρίσκονται σε εναρμονισμένη λειτουργική συνεργασία με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Το εκάστοτε σύστημα υγείας απαρτίζεται λοιπόν από τρία κύρια υποσυστήματα:

- 1) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξη του,
- 2) Την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης,
- 3) και τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών .

Ένα σύστημα υγείας για να μπορεί να λειτουργήσει και να έχει επιθυμητά αποτελέσματα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και επιδημιολογικές συνθήκες που επικρατούν στην εκάστοτε χώρα.

Τα συστήματα υγείας αποτελούν αντικείμενο συνεχούς εξέλιξης και προσαρμογών, όχι μόνο στο επίπεδο των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν αλλά και λόγω της τεχνολογικής προόδου αλλά και των αλλαγών που συμβαίνουν σε πολιτικό, οικονομικό κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο. Τα τελευταία χρόνια οι μόνιμες πολιτικές περικοπών της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας που έχουν επιβληθεί σε πολλές χώρες έχουν δημιουργήσει χαοτικά προβλήματα στον τομέα της υγείας.

Οι ασφυκτικές δημοσιονομικές πιέσεις για την περιστολή των δαπανών υγείας μετακυλούν το κόστος της περίθαλψης στον ίδιο τον ασθενή, είτε άμεσα είτε έμμεσα, με την μετάθεση της ευθύνης στην

οικογένεια για την φροντίδα των συγγενών τους και την συμπίεση της διάρκειας νοσηλείας τους. Δεδομένου ότι οι περιοριστικές δημοσιονομικές πολιτικές έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη τα συστήματα θα πρέπει πλέον να εστιάζουν με μεγαλύτερη ευαισθησία στην αλληλεγγύη και την ισότητα της πρόσβασης στις υγειονομικές δομές διασφαλίζοντας ένα βιώσιμο σύστημα πιο προσιτό στους μη προνομιούχους ασθενείς.

1.3 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Τα κύρια χαρακτηριστικά των κρατικών συστημάτων χρηματοδότησης της υγείας προκαθορίζονται από το νόμο ή από την κυβέρνηση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων προκρίνεται ανεξάρτητος προϋπολογισμός για τα εν λόγω προγράμματα και συνήθως μια κρατική υπηρεσία αναλαμβάνει την γενική ευθύνη και διαχείριση των κρατικών συστημάτων υγείας. Ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις τη διαχείριση αναλαμβάνουν μη κερδοσκοπικά ιδρύματα (NPISH). Η κατηγοριοποίηση των συστημάτων χρηματοδότησης για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., όπως παρουσιάζεται παρακάτω, βασίστηκε στα τρέχοντα εγχειρίδια-βιβλιογραφία¹ του Οργανισμού.

Τα δημόσια συστήματα χρηματοδότησης έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Τρόπος συμμετοχής: Αυτόματο για όλους τους πολίτες ή για μια συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού (π.χ. άποροι) που καθορίζεται από το νόμο.

- Δικαίωμα παροχών: Δεν υπάρχει υποχρέωση συμμετοχής/συνεισφοράς, συνήθως τα δημόσια συστήματα χρηματοδότησης είναι καθολικά ή διαθέσιμα για συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ή κατηγορία ασθενειών που ορίζονται από το νόμο.

- Βασική μέθοδος για τη συγκέντρωση κεφαλαίων: Υποχρεωτική.

Τα εγχώρια έσοδα προέρχονται από την κυβέρνηση (κυρίως φόροι – general taxation). Τα έσοδα από το εξωτερικό μπορούν επίσης να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο σε ορισμένες χώρες με χαμηλότερο εισόδημα.

- Μηχανισμός και έκταση της συγκέντρωσης κονδυλίων: Εθνικό, περιφερειακό ή σε επίπεδο προγράμματος.

Ένα κρατικό σύστημα δεν καλύπτει απαραίτητα τη συνολική δαπάνη των υπηρεσιών υγείας. Σε κάποιες περιπτώσεις το σύστημα μπορεί να ενσωματώνει και άλλες μορφές συμμετοχικών δόμων καθώς και χρηματοδοτήσεις.

¹ **Organization for Economic Co-operation and Development** (2011). Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF), pp. 153-191, in *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-9-en>

Organization for Economic Co-operation and Development (2011a). Classification of Health Care Providers (ICHA-HP)², pp. 121-190, in *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris.

Το πλήρες κόστος ορισμένων υπηρεσιών κατανέμεται μεταξύ δύο συστημάτων χρηματοδότησης: το κρατικό σύστημα και την ιδιωτική συμμετοχική χρηματοδότηση των νοικοκυριών καθώς και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το ίδιο μοντέλο ισχύει και για τα συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης και προαιρετικής ασφάλισης. Προφανώς, μόνο οι δαπάνες που καλύπτονται από το κρατικό σύστημα χρηματοδότησης καταγράφονται και λογιστικοποιούνται βάσει της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α. με κωδικό HF.1.1. Για να έχουμε όμως μια πραγματική εικόνα για το συνολικό κόστος των εν λόγω υπηρεσιών θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα υπομνήματα στην τελική ταξινόμηση: κρατικά συστήματα και συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης μαζί με καταμερισμό κόστους (HF.1 + HF.3.2.1), και τα συστήματα εθελοντικής ασφάλισης μαζί με την κατανομή του κόστους (HF.2.1 + HF.3.2.2).

Παραδείγματα χωρών

Τα εθνικά συστήματα υγείας ήταν ο κυριότερος πυλώνας χρηματοδότησης σε δεκαπέντε χώρες μελή του ΟΟΣΑ το 2009 (βλ. Πίνακα 1). Για παράδειγμα σε χώρες όπως ο Καναδάς, η Δανία, η Νέα Ζηλανδία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο η κρατική δαπάνη κάλυπτε το 55% έως και το 85% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Αυτά τα συστήματα υγείας των κρατών μελών του Ο.Ο.Σ.Α. χρηματοδοτούνται κυρίως και άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό (π.χ. από την κραταία Εθνική Υπηρεσία Υγείας NHS του Ηνωμένου Βασιλείου) ή από την τοπική αυτοδιοίκηση σε χώρες όπως η Σουηδία, η Φινλανδία και η Νορβηγία. Το καθολικό δικαίωμα του πληθυσμού ή κάποιων συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων για πρόσβαση σε μια ολοκληρωμένη δέσμη παροχών ορίζεται πάντα από το νόμο.

Πίνακας 1: Η εξέλιξη των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)										
Χρημ/τηση	Κυβερνητικά-Κρατικά Σχήματα										
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι										
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας										
Έτος	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Χώρα											
Αυστραλία	68,3	69,3	69,0	69,3	68,6	69,2	67,5	67,6	67,4	..	..
Αυστρία	29,9	29,6	30,7	31,1	31,7	31,6	31,9	31,2	31,0	30,8	..
Βέλγιο	11,5	10,7	11,1	11,2	10,8	10,7	11,0	10,9	11,0	18,3	..
Καναδάς	68,1	68,2	68,3	68,8	68,4	69,2	69,1	69,0	68,9	69,0	68,9
Χιλή	2,7	2,6	2,7	3,0	3,0	2,7	2,7	2,4	2,3	2,2	..
Τσεχία	6,5	5,4	5,0	5,3	5,4	4,7	4,5	12,8	11,7	12,0	..
Δανία	83,9	83,7	84,0	84,5	84,6	83,7	84,0	84,3	84,0	84,1	..
Εσθονία	10,5	10,9	10,9	10,6	10,9	11,0	10,8	10,9	10,3	10,8	11,2
Φινλανδία	59,9	60,0	59,8	60,1	60,1	60,9	61,7	62,1	61,7	61,1	61,5
Γαλλία	3,7	3,7	3,8	4,1	3,9	4,0	4,0	4,1	4,0	4,0	..
Γερμανία	7,1	7,0	6,9	6,7	6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	..
Ελλάδα	..	..	26,1	27,2	30,0	22,3	30,1	30,6	29,6	30,3	..

<<Εξέλιξη των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ>>

Ουγγαρία	8,3	9,8	9,7	9,5	8,2	8,0	8,6	8,9	9,6	11,1	..
Ισλανδία	54,5	55,5	54,5	52,7	51,1	50,9	51,9	52,5	52,1	52,3	52,6
Ιρλανδία	..	..	..	..	..	..	..	69,5	69,0	69,7	..
Ισραήλ	16,8	16,3	16,7	17,0	16,9	16,2	16,6	16,9	..	..	..
Ιταλία	77,7	77,4	77,6	78,1	78,3	76,8	75,9	75,7	75,3	74,6	74,7
Ιαπωνία	8,3	8,3	8,8	9,2	9,4	8,8	8,8	8,5	8,7	..	..
Κορέα	11,7	11,5	11,5	11,5	11,0	10,5	10,2	10,0	10,1	10,3	10,0
Λετονία	61,5	58,5	60,3	59,6	60,2	63,5	60,3	60,0	59,9	57,5	..
Λουξ/γο	8,6	8,6	8,3	9,1	8,1	6,7	7,9	7,6	8,4	9,1	..
Μεξικό	16,9	17,9	20,3	20,6	21,8	23,0	23,1	23,2	23,8	23,8	..
Ολλανδία	4,7	5,1	5,1	4,9	4,7	4,7	4,6	4,7	4,8	9,3	9,4
Ν. Ζηλανδία	71,6	73,2	71,0	70,8	72,0	72,6	72,5	72,0	..	..	..
Νορβηγία	69,8	70,6	71,8	72,3	72,3	73,1	73,6	74,2	74,4	74,4	74,4
Πολωνία	7,2	6,6	6,0	5,6	5,8	6,3	6,4	10,0	9,3	9,2	..
Πορτογαλία	68,3	67,9	67,5	68,9	68,8	66,6	64,4	65,7	64,8	65,0	..
Σλοβακία	6,4	6,3	6,7	7,0	6,8	7,2	6,8	6,7	4,0	4,3	..
Σλοβενία	3,4	3,3	3,1	3,2	3,4	3,3	3,2	3,2	3,4	3,0	3,1
Ισπανία	67,2	67,7	68,8	70,8	70,0	69,1	67,5	66,2	65,2	66,3	..
Σουηδία	81,8	81,9	81,9	82,0	81,9	84,0	83,6	83,4	83,4	83,7	..
Τουρκία	27,2	28,4	26,7	31,0	..	27,0	21,3	20,5	21,3	21,9	..
Ηνωμένο Βασίλειο	82,3	81,4	82,6	83,5	83,1	82,6	81,9	79,4	79,5	79,5	..
ΗΠΑ	24,2	24,2	24,7	25,4	25,7	25,4	25,2	25,5	26,2	26,6	..

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

❖ **Υποχρεωτικά συμμετοχικά συστήματα ασφάλισης.**

Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει χρηματοοικονομικές διευκολύνσεις που εξασφαλίζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων μέσω υποχρεωτικής συμμετοχής και εκλεξιμότητας με βάση την καταβολή των εισφορών των συγκεκριμένων ατόμων.

❖ **Συστήματα κοινωνικής ασφάλισης (Social Health Insurance).**

Η κοινωνική ασφάλιση υγείας είναι μια ρύθμιση χρηματοδότησης που εξασφαλίζει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη με βάση την καταβολή συνεισφοράς από το δικαιούχο ή για λογαριασμό του από τρίτους (π.χ. εργοδότες). Η λειτουργία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης θεσπίζεται με ειδικό νόμο και ορίζει, μεταξύ άλλων, την εκλεξιμότητα, το εύρος παροχών και τους κανόνες για την καταβολή των εισφορών για τις παροχές υγείας.

Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- **Τρόπος συμμετοχής:** υποχρεωτική, είτε για όλους τους πολίτες είτε για μια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού που ορίζεται από νόμους και κυβερνητικούς κανονισμούς.
- **Δικαίωμα παροχών:** με βάση πληρωμές (που δεν εμπεριέχουν κίνδυνους μη πληρωμών), που πραγματοποιούνται από τον ασφαλισμένο ή για λογαριασμό του. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να καλύπτονται από το πρόγραμμα του ασφαλισμένου μόνο εάν αυτό

προβλέπεται από το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Σε κάποιες περιπτώσεις η κυβέρνηση μπορεί να συνεισφέρει για λογαριασμό συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων (π.χ. συνταξιούχους).

- **Βασική μέθοδος για τη συγκέντρωση κεφαλαίων:** υποχρεωτικές εισφορές ασφάλισης υγείας (που δεν εμπεριέχουν κίνδυνο). Οι ασφαλιστικές εισφορές μπορούν επίσης να καταβάλλονται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό για λογαριασμό ορισμένων μη συνεισφερόντων ομάδων του πληθυσμού κυβέρνηση για να εξασφαλίσει την βιωσιμότητα (και την ευρωστία) του εν λόγω καθεστώτος έχει την ευχέρεια να στηρίζει το σύστημα με γενικές επικουρικές επιδοτήσεις.

- **Μηχανισμός άντλησης κεφαλαίων:** εθνική, υπό-εθνική ή ανά σχέδιο. Με πολλαπλά κεφάλαια, ο βαθμός συγκέντρωσης εξαρτάται από τους μηχανισμούς εξισορρόπησης των κινδύνων σε όλα τα επίπεδα. Αξιοποιώντας τέτοιους μηχανισμούς, εξασφαλίζεται η πολυσυλλεκτική και πολύ-επίπεδη άντληση κεφαλαίων.

Παραδοσιακά, οι νόμοι για την κοινωνική ασφάλιση καθορίζουν το βαθμό κάλυψης των ασφαλισμένων και της δέσμης παροχών στις οποίες έχουν πρόσβαση οι ασφαλισμένοι. Συνήθως, αλλά όχι απαραίτητως, όσοι έχουν δικαιώματα έχουν και αντίστοιχες υποχρεώσεις. Το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών υγείας προέρχεται από τον νόμο για την κοινωνική ασφάλιση, ο οποίος καθιερώνει αυτομάτως την ασφάλιση για όλα τα πρόσωπα που πληρούν τα κριτήρια.

Οι εισφορές αυξάνονται μέσω συνεισφορών που σχετίζονται με τις αμοιβές οι οποίες αντλούνται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών μελών του Ο.Ο.Σ.Α. όσον αφορά: την ομοιομορφία του ποσοστού συμμετοχής, το ποσοστό των εργοδοτικών εισφορών, την ύπαρξη ανωτάτου ορίου εισφορών, την ύπαρξη πρόσθετων εσόδων, τον υπολογισμό των εισφορών για τους μη μισθωτούς και τον ρόλο των εσόδων της κεντρικής κυβέρνησης στη χρηματοδότηση.

Παραδείγματα χωρών

Τα κοινωνικά συστήματα υγείας έχουν εδραιωθεί σε περισσότερες από 60 χώρες σε όλο τον κόσμο. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας ήταν το κυριότερο σύστημα χρηματοδότησης σε δεκατρείς χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για το 2009 συμπεριλαμβανομένης, της Αυστρίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιαπωνίας, της Κορέας και της Σλοβακίας. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας υπάρχουν επίσης σε πολλές άλλες χώρες, αν και συχνά με περιορισμένη πληθυσμιακή κάλυψη.

Πίνακας 2: Η εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)									
Χρημ/τηση	Σχήματα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας									
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι									
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας									
Year	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Country										
Αυστρία	..	..	..	..	44,5	44,0	44,2	44,5	44,8	..
Βέλγιο	64,6	65,9	66,2	66,6	66,5	66,6	66,5	66,3	59,2	..
Καναδάς	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4
Χιλή	39,7	40,8	43,9	44,1	44,5	45,3	45,8	46,6	47,5	..
Τσεχία	..	..	..	..	..	..	70,8	71,0	70,4	..
Εσθονία	..	66,1	67,3	65,4	65,7	65,9	64,7	65,4	64,9	64,9
Φινλανδία	14,7	14,9	14,7	14,2	13,9	13,7	13,0	13,2	13,3	13,3
Γαλλία	74,9	74,4	74,4	74,4	74,2	74,2	74,4	74,7	75,0	..
Ισλανδία	..	..	..	..	..	..	..	..	29,2	29,5
Ιταλία	..	..	..	..	..	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
Κορέα	44,2	44,0	44,8	45,4	45,4	44,8	44,9	44,7	44,7	45,0
Μεξικό	..	..	..	..	..	..	..	28,0	28,4	..
Ολλανδία	29,6	25,1	25,3	25,4	25,5	27,0	25,5	25,4	19,4	18,5
Νορβηγία	13,1	12,3	12,1	12,4	11,3	11,1	10,8	10,8	11,0	10,8
Πολωνία	..	..	..	..	..	..	60,3	60,9	60,3	..
Πορτογαλία	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,2	..
Ισπανία	5,0	4,8	4,6	4,7	4,7	4,7	4,9	4,8	4,7	..
Ελβετία	..	..	..	3,9	3,9	3,7	3,6	3,5	3,5	..
Τουρκία	..	..	..	..	..	..	..	..	56,3	..
ΗΠΑ	22,0	22,5	22,7	22,6	23,1	23,2	23,3	23,1	22,8	..

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

❖ **Ιδιωτικές πληρωμές νοικοκυριών και ιδιωτική ασφάλιση υγείας**

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας εμπεριέχει ποικίλα συστήματα εθελούσιας πληρωμής υγειονομικής περίθαλψης. Για να συγκεκριμενοποιήσουμε, η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει όλα τα προπληρωμένα συστήματα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των εν λόγω συστημάτων καθορίζεται από τον εκάστοτε ιδιωτικό πάροχο, αν και συχνά επηρεάζεται από κυβερνητικούς νόμους και κανονισμούς.

Στα προαναφερθέντα συστήματα περιλαμβάνονται: η προαιρετική ασφάλιση υγείας, τα προγράμματα χρηματοδότησης NPISH και τα προγράμματα χρηματοδότησης επιχειρήσεων.

Ο όρος "υποχρεωτικό σύστημα" αναφέρεται σε συστήματα όπου η συμμετοχή επιβάλλεται από το νόμο. Όλα τα άλλα συστήματα θεωρούνται προαιρετικά. Για παράδειγμα, ένας εργοδότης μπορεί να επιλέξει να έχει ομαδική ασφάλιση για το σύνολο των υπαλλήλων του: αυτό θεωρείται προαιρετική ασφάλιση, αν και για κάθε εργαζόμενο η συμμετοχή στην ασφάλιση μπορεί να είναι υποχρεωτική στο πλαίσιο της επιχείρησης.

Υπάρχει μια σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών των συστημάτων και των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών υγείας των ατόμων/νοικοκυριών (Out of pocket (OOP) healthcare payments or expenditures) που είναι κρίσιμης σημασίας για τον στρατηγικό πολιτικό σχεδιασμό. Στην περίπτωση των ιδιωτικών πληρωμών (OOP), τα νοικοκυριά πρέπει να πληρώσουν το σύνολο ή μέρος του κόστους περίθαλψης την στιγμή που θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες της παρεχομένης περίθαλψης. Οι ίδιες δαπάνες (OOP) καταγράφουν την άμεση οικονομική επιβάρυνση των ιδιωτών, η οποία σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να έχει καταστροφικό αντίκτυπο στην οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών. Οι δαπάνες των νοικοκυριών θεωρούνται ως ένα αυτόνομο ολοκληρωμένο σύστημα χρηματοδότησης. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του είναι ότι πρόκειται για άμεση πληρωμή για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από το πρωτογενές εισόδημα των νοικοκυριών. Η πληρωμή γίνεται από τον χρήστη κατά την αγορά ή κατά τη χρήση των υπηρεσιών. Το μέγεθος των πληρωμών που καλούνται να καλύψουν τα νοικοκυριά, στα πλαίσια του εν λόγω συστήματος, δικαιολογεί την ύπαρξη μιας ξεχωριστής κατηγορίας για τα εθελοντικά ιδιωτικά συστήματα (εκτός από τις απευθείας ίδιες πληρωμές (OOP)).

Τα προγράμματα εθελοντικής ασφάλισης υγείας βασίζονται στην αγορά ενός ασφαλιστηρίου συμβολαίου ασφάλισης το οποίο δεν καθίσταται υποχρεωτικό από την κυβέρνηση. Τα ασφαλιστρα μπορούν να επιδοτούνται άμεσα ή έμμεσα από την κυβέρνηση.

Τα προγράμματα εθελοντικής ασφάλισης υγείας (VHI) έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- **Τρόπος συμμετοχής:** Προαιρετική, κατά την κρίση ενός ατόμου ή μιας επιχείρησης.
- **Δικαίωμα παροχών:** Με βάση την αγορά του εθελοντικού ασφαλιστηρίου (συνήθως βάσει σύμβασης).
- **Βασική μέθοδος για τη συγκέντρωση κεφαλαίων:** συνήθως ασφαλιστρα που δεν συνδέονται με το εισόδημα. Μπορεί να επιδοτηθεί άμεσα ή έμμεσα από την κυβέρνηση (π.χ. μέσω φορολογικών πιστώσεων)
- **Μηχανισμός και έκταση της συγκέντρωσης κονδυλίων:** Διαμορφώνεται σε ιδιωτικό επιμέρους καθεστώς.

Η εθελοντική ασφάλιση λαμβάνεται κατά την κρίση των ιδιωτών ή των επιχειρήσεων. Η εθελοντική ασφάλιση υγείας μπορεί επίσης να αγοραστεί από τον εργοδότη. Τα ασφαλιστρα μπορεί να διαμορφώνονται είτε με βάση την αξιολόγηση κινδύνου είτε με βάση τα κοινωνικά κριτήρια η το εισόδημα. Η προαιρετική ασφάλιση αγοράζεται συνήθως από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αγοραστεί από κρατικούς ή ημί-κρατικούς οργανισμούς. Σε κάποιες χώρες, οι επιχειρήσεις ενδέχεται επίσης να έχουν αυτόνομο ασφαλιστικό καθεστώς.

Πίνακας 3: Η εξέλιξη των δαπανών στα εθελοντικά συστήματα χρηματοδότησης της υγείας.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)									
Χρημ/τηση	Σχέδια εθελοντικών πληρωμών υγείας (Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας)									
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι									
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας									
Έτος	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Χώρα										
Αυστραλία	11,7	12,0	11,7	11,6	11,6	12,5	12,7	13,1	..	..
Αυστρία	6,1	6,0	6,1	6,1	6,1	6,2	6,4	6,4	6,5	..
Βέλγιο	5,5	4,6	4,2	4,3	4,5	4,4	4,5	4,6	5,0	..
Καναδάς	14,8	14,8	14,8	14,7	14,7	14,9	15,1	15,1	15,0	15,1
Χιλή	5,8	6,2	7,0	6,5	6,0	6,6	7,1	6,9	7,0	6,9
Τσεχία	1,7	1,8	1,7	1,4	1,1	1,0	2,8	3,2	2,8	..
Δανία	1,7	1,9	1,9	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	..
Εσθονία	1,4	2,3	1,8	1,7	1,7	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5
Φινλανδία	5,4	5,7	5,8	5,8	5,8	6,0	5,9	6,2	5,7	5,6
Γαλλία	13,9	14,0	13,9	14,1	14,4	14,4	14,4	14,3	14,3	..
Γερμανία	9,6	9,8	2,6	2,6	2,8	2,9	3,1	3,0	3,0	3,1
Ελλάδα	..	2,3	2,2	2,8	2,9	3,3	3,4	3,9	3,9	..
Ουγγαρία	4,8	4,7	5,4	5,5	5,3	5,1	5,0	4,6	4,2	..
Ισλανδία	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
Ιρλανδία	9,2	8,8	10,2	10,0	12,0	12,8	15,2	15,3	14,8	..
Ισραήλ	11,4	11,9	12,0	12,1	12,3	12,5	12,6	12,8	13,3	..
Ιταλία	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3
Ιαπωνία	3,2	3,6	3,5	3,5	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	..
Κορέα	3,1	3,8	4,6	4,8	5,5	5,9	6,1	6,7	6,8	6,9
Λετονία	2,2	2,3	1,1	2,6	2,2	1,8	1,5	1,2	0,9	..
Λουξ/ργο	5,5	2,6	4,4	4,9	6,0	6,7	7,3	7,1	7,4	6,8
Μεξικό	3,7	5,5	6,0	5,7	5,9	5,8	5,9	6,7	6,5	..
Ολλανδία	8,3	7,6	7,9	7,6	7,9	7,6	7,2	7,1	7,0	7,0
Ν. Ζηλανδία	6,2	5,9	6,5	6,8	7,0	7,2	7,6	..	..	..
Νορβηγία	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Πολωνία	3,6	3,9	4,0	4,6	5,2	5,7	5,7	6,2	6,8	7,6
Πορτογαλία	5,6	5,8	5,5	5,7	6,0	6,3	6,1	6,2	6,1	6,4
Σλοβακία	3,3	3,6	4,1	5,3	2,6	4,6	2,5	1,8	1,8	..
Σλοβενία	14,8	13,8	14,1	14,0	14,4	15,7	16,4	16,0	15,8	15,7
Ισπανία	6,2	5,3	5,1	4,5	5,1	5,0	5,0	5,4	4,7	..
Σουηδία	1,2	1,2	1,1	1,2	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2
Ελβετία	10,2	10,0	9,8	9,5	9,4	8,0	7,9	7,8	7,7	7,6
Τουρκία	7,3	8,1	5,0	5,1	5,0	4,9	4,7	4,7	4,9	..
Ηνωμένο Βασίλειο	7,8	7,7	7,1	7,1	7,5	7,5	5,6	5,7	5,5	..
ΗΠΑ	40,4	39,7	39,4	39,5	39,4	39,6	39,3	39,2	39,6	..

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

1.3.1 Κρατική χρηματοδότηση

Η κρατική χρηματοδότηση είναι ο βασικός πυλώνας χρηματοδότησης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην μεγάλη πλειοψηφία των κρατών-μελών του Ο.Ο.Σ.Α. όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Πιο συγκεκριμένα, υπερέχει εν συγκρίσει με τον ιδιωτικό πυλώνα χρηματοδότησης στην πλειοψηφία των ανεπτυγμένων κρατών. Η κύρια στόχευση του εν λόγω πυλώνα είναι να εξασφαλίσει σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες εγγυημένες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

1.3.1.1 Γενική φορολογία

Η φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση αποτελούν τις δύο καίριες πηγές της κρατικής χρηματοδότησης. Οι επιβαλλόμενοι φόροι διαχωρίζονται σε άμεσους και έμμεσους, ισχύουν σε εθνικό και περιφερειακό πλαίσιο. Στην κατηγορία της άμεσης φορολογίας περιλαμβάνονται: η φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, η φορολογία των εταιρικών κερδών και ο φόρος ακίνητης περιουσίας. Στις περιπτώσεις όπου το φορολογικό σύστημα είναι προοδευτικό τότε ο ατομικός φόρος εισοδήματος συμβάλλει στην αναδιανομή του πλούτου μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των εμπορικών συναλλαγών και χωρίζεται σε γενική και σε ειδική. Η γενική φορολογία καλύπτει τις ανάγκες του κρατικού προϋπολογισμού, όπως στην περίπτωση του φόρου προστιθέμενης αξίας ενώ η ειδική εφαρμόζεται σε στοχευόμενες υπηρεσίες και αγαθά. Τα φορολογικά έσοδα απαρτίζουν την βασική πηγή χρηματοδότησης σε χώρες όπως η Δανία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, ο Καναδάς και η Φινλανδία, όπως απεικονίζεται και στο Πίνακα 1. παραπάνω.

1.3.1.2 Η κοινωνική ασφάλιση υγείας

Εν συγκρίσει με την ιδιωτική, η κοινωνική ασφάλιση έχει πολύ μεγαλύτερο εύρος, το οποίο καλύπτει ενδελεχώς τον ασφαλιστικό κίνδυνο, γνωστό ως risk pooling. Πιο συγκεκριμένα, η ασφαλιστική δεξαμενή της κοινωνικής ασφάλισης ενσωματώνει ευρύτερες πληθυσμιακές ομάδες. Οι ασφαλιστικές εισφορές λογιστικοποιούνται βάσει του εισοδήματος του εκάστοτε ασφαλιζόμενου ανεξάρτητα από τον κίνδυνο ή την πιθανότητα εκδήλωσης ασθένειας. Οι εν λόγω εισφορές είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται στο πλαίσιο μιας κοινής χρηματοδοτικής πλατφόρμας, η οποία περιλαμβάνει τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, στόχος της οποίας είναι η διασφάλιση μιας ευρύτερης κοινωνικής συνοχής και δικαιοσύνης.

Πάραυτα, το γεγονός ότι σε ορισμένα ασφαλιστικά συστήματα οι ασφαλισμένοι επιλέγονται βάσει της επαγγελματικής τους κατάστασης ή των καταβαλλόμενων εισφορών περιορίζει την πρόσβαση των μη εργαζόμενων στις υπηρεσίες υγείας. Το μειονέκτημα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με πολιτικές προστασίας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, και συγκεκριμένα μέσω φορολογικών

εσόδων. Στις κατ' εξοχήν κεντροευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Ολλανδία, η Τσεχία, το Λουξεμβούργο και η Σλοβακία, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί τον κορμό χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα (βλ. Πίνακα 2, με ποσοστά χρηματοδότησης επί των τρέχουσων συνολικών δαπανών για την υγεία). Τα δε υγειονομικά συστήματα της Ελλάδας και της Αυστρίας προκρίνουν ισόποσο καταμερισμό χρηματοδότησης ανάμεσα στη φορολογία και στην κοινωνική ασφάλιση (γνωστά ως mixed health insurance systems).

1.3.1.3 Υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Η υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση είναι μια χρηματοδοτική ρύθμιση βάσει της οποίας όλοι οι πολίτες υποχρεούνται να συνάπτουν ασφάλιση υγείας με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες υγείας ή με ταμείο ασφάλισης υγείας. Η ασφάλιση καθορίζεται από το κάθε ασφαλιστήριο και πραγματοποιείται σύμβαση μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών.

Τα υποχρεωτικά συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ✓ **Τρόπος συμμετοχής:** Υποχρεωτικός για όλους τους πολίτες ή για μια στοχευόμενη πληθυσμιακή ομάδα που υποχρεούται δια νόμου να αγοράσει ένα ιδιωτικό συμβόλαιο υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ **Δικαίωμα παροχών:** Με βάση την αγορά ασφαλιστηρίου συμβολαίου από επιλεγμένη ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία υγείας .
- ✓ **Βασική μέθοδος εξασφάλισης πόρων:** Υποχρεωτικά ασφάλιστρα ασθενείας, μερικώς ή πλήρως επιδοτούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό συμπεριλαμβανομένης της παράλληλης χρήσης φορολογικών εσόδων.
- ✓ **Μηχανισμός άντλησης κεφαλαίων:** Εθνική, περιφερειακή ή ανά καθεστώς, η έκταση της συγκέντρωσης θα εξαρτηθεί από τους μηχανισμούς εξισορρόπησης των κινδύνων ανά σύστημα. Αυτό εξαρτάται επίσης από την έκταση της προκαθορισμένης πριμοδότησης και την τυποποίηση των παροχών.

Παραδείγματα χωρών

Στο ολλανδικό μοντέλο που υιοθετήθηκε από την 1η Ιανουαρίου του 2006, η κυβέρνηση ρυθμίζει σε μεγάλο βαθμό την αγορά υποχρεωτικής ασφάλισης: οι ασφαλιστές υποχρεούνται να αποδέχονται οποιονδήποτε κάτοικο της χώρας για το βασικό πακέτο παροχών και το ασφάλιστρο δεν σχετίζεται με τους μεμονωμένους κινδύνους. Ταυτόχρονα, η καθημερινή λειτουργία της ασφάλισης είναι οργανωμένη βάσει του ολλανδικού ιδιωτικού δικαίου. Το δικαίωμα για υπηρεσίες βασίζεται σε σύμβαση μεταξύ του ατόμου και της κάθε εταιρείας. Όποιος δεν εκπληρώνει την υποχρέωση να αγοράσει ασφάλιση καθίσταται αυτόματα ανασφάλιστος και απομακρύνεται από τον κατάλογό των ασφαλιστών.

Πίνακας 4: Η εξέλιξη των δαπανών στο τομέα της υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)									
Χρημ/τηση	Σχέδια υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας									
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι									
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας									
Έτος	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Χώρα										
Χιλή	12,7	12,9	11,5	11,9	12,3	12,1	11,8	11,5	11,1	..
Κορέα	1,9	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,2	1,5	1,5	1,4
Ολλανδία	48,4	51,5	52,3	52,4	52,0	50,4	50,9	50,5	52,0	52,9
Πολωνία	..	..	..	..	..	..	0,4	0,4	0,4	..
Ελβετία	..	..	..	36,8	36,7	36,9	38,3	37,9	38,2	..
Ηνωμένο Βασίλειο	..	..	..	..	..	..	0,2	0,2	0,1	..

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

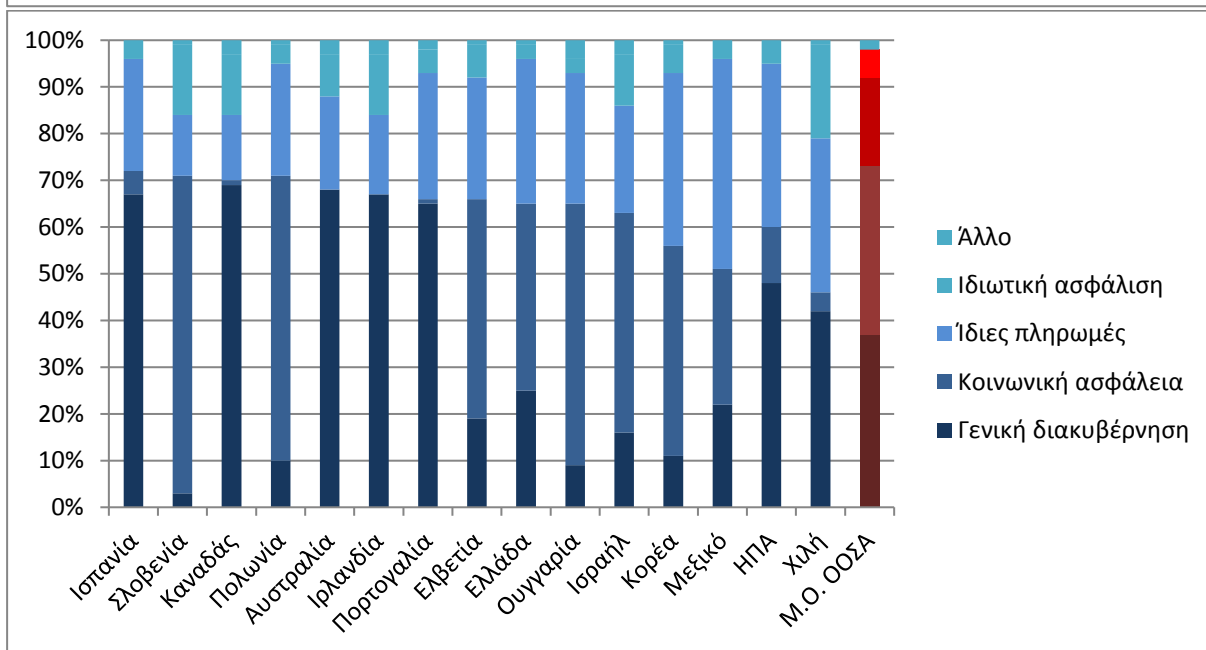
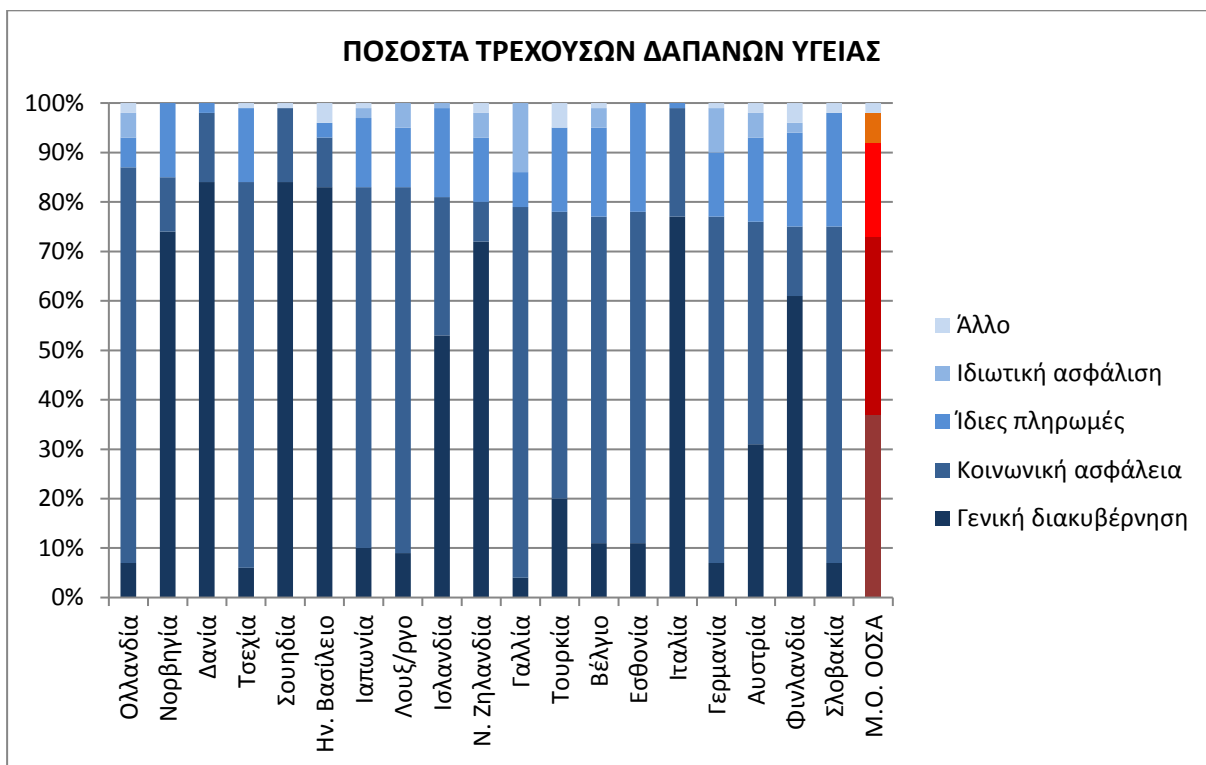
1.3.2 Ιδιωτικός πυλώνας χρηματοδότησης

Η ιδιωτική χρηματοδότηση είναι ο δεύτερος καίριος πυλώνας χρηματοδότησης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έχει επικουρικό και συμπληρωματικό χαρακτήρα, εξασφαλίζει την πρόσβαση σε εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης, που λειτουργούν πολλαπλασιαστικά και ενισχύουν την χρηματοπιστωτική σταθερότητα του δημοσίου τομέα.

1.3.2.1 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI)

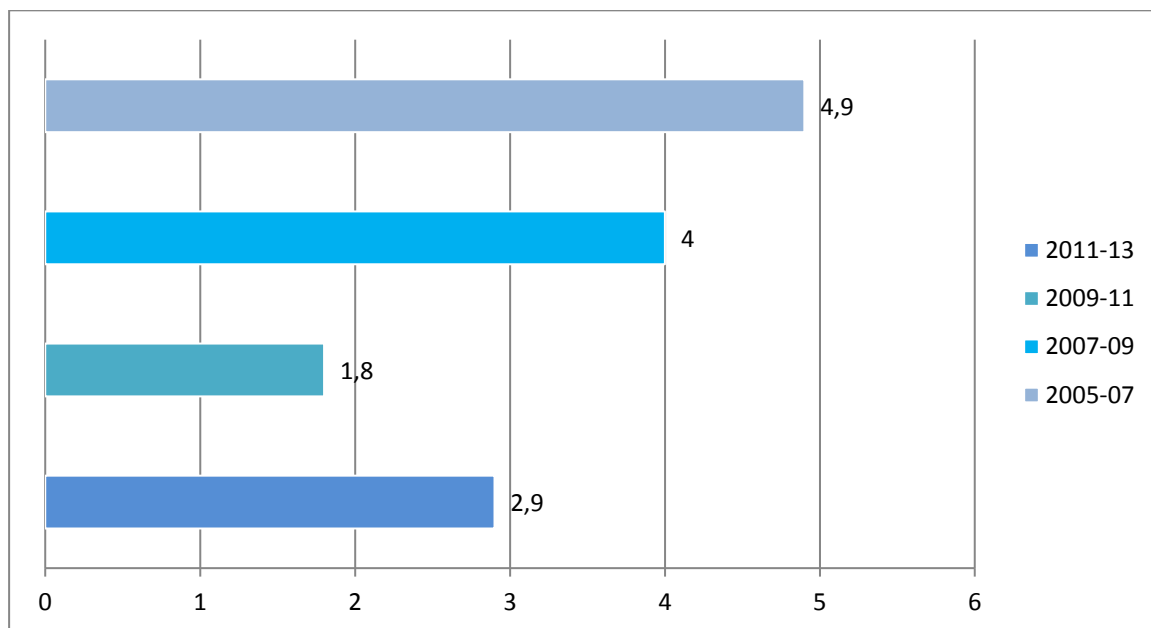
Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Private Health Insurance (PHI)) μπορεί να διαδραματίσει διαφορετικούς ρόλους στα συστήματα υγείας ανά χώρα. Ενώ η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI) παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κάλυψη σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη Χιλή, λειτουργεί συμπληρωματικά και επικουρικά για τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού σε χώρες όπως η Γαλλία, το Βέλγιο και η Σλοβενία. Σε άλλες χώρες, όπως η Αυστραλία και η Ιρλανδία, εξασφαλίζει πρόσβαση σε μια μεγαλύτερη ομάδα παρόχων. Οι δαπάνες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI) αντιπροσωπεύουν μόλις το 6% (μέσος όρος) των συνολικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., ενώ αντιθέτως καταλαμβάνει ένα σημαντικό μερίδιο σε κάποιες χώρες, ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες (35%) και στη Χιλή (20%).

Πίνακας 5: Συγκριτικοί πίνακες συστημάτων χρηματοδότησης στις χώρες Ο.Ο.Σ.Α., όπου διακρίνεται η υπεροχή των ιδιωτικών δαπανών σε χώρες όπως η Χιλή και οι ΗΠΑ.



Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

Πίνακας 6: Η εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών κατά την περίοδο 2005-2013.



Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

1.3.2.2 Ίδιες - Απευθείας πληρωμές νοικοκυριών για την υγεία

Οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών (OOP) κατηγοριοποιείται ως ανεξάρτητος τομέας χρηματοδότησης. Οι απευθείας πληρωμές (OOP) δείχνουν την άμεση επιβάρυνση των νοικοκυριών κατά τη χρήση της εκάστοτε υπηρεσίας. Τα ίδια πληρωμές για την υγεία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Στις χώρες με χαμηλότερα εισοδήματα, οι συγκεκριμένες δαπάνες είναι συχνά η κύρια μορφή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης.

Αυτές οι δαπάνες (OOP) χαρακτηρίζονται από:

- ✍ **Τρόπος συμμετοχής:** Εθελοντική, με βάση την προθυμία και την ικανότητα πληρωμής του ατόμου ή του νοικοκυριού, αν και η κυβέρνηση σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να καθορίσει το ποσό της πληρωμής που απαιτείται.
- ✍ **Δικαίωμα παροχών:** Συνεισφορά. Η υπηρεσία παρέχεται εάν το άτομο πληρώνει.
- ✍ **Βασική μέθοδος για τη συγκέντρωση κεφαλαίων:** Προαιρετική, με βάση την απόφαση του νοικοκυριού να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες και ως εκ τούτου να πληρώσει για αυτές.

Από την άποψη της πολιτικής για την υγεία, είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ τριών κύριων τύπων απευθείας υγειονομικών δαπανών των νοικοκυριών (OOP):

- ✍ **OOP χωρίς κατανομή κόστους (HF.3.1).**
- ✍ **OOP με την κατανομή των δαπανών με τα κρατικά συστήματα και τα υποχρεωτικά συνταξιοδοτικά συστήματα ασφάλισης ασθενείας (HF.3.2.1).**
- ✍ **Κατανομή του κόστους των OOP με προγράμματα προαιρετικής ασφάλισης (HF.3.2.2).**

Ο ρόλος καθεμιάς από αυτές τις υποκατηγορίες και οι μεταβολές στο μερίδιο με την πάροδο του χρόνου παρέχουν μια πιο λεπτομερή εικόνα του βάρους της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών από ότι τις συνολικές OOP δαπάνες. Επιπλέον, οι τρεις τύποι μπορεί να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την επίδραση της κρατικής παρέμβασης στη χρηματοδότηση της υγείας.

Πίνακας 7: Η εξέλιξη των δαπανών στις ιδιωτικές πληρωμές νοικοκυριών.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)									
Χρημ/τηση	Ίδιες πληρωμές νοικοκυριών – Out of pocket healthcare payments									
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι									
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας (%)									
Έτος	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Χώρα										
Αυστραλία	19,0	19,0	19,1	19,7	19,2	19,9	19,7	19,6	..	..
Αυστρία	18,2	17,5	17,4	17,7	17,8	17,8	18,2	18,1	17,9	..
Βέλγιο	19,2	18,5	18,3	18,3	18,3	18,0	18,1	18,2	17,6	..
Καναδάς	15,5	15,4	15,0	15,5	14,7	14,5	14,4	14,5	14,6	14,6
Χιλή	39,2	37,4	34,6	34,5	34,5	33,4	32,9	32,7	32,2	32,4
Τσεχία	13,6	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	13,6	14,1	14,8	..
Δανία	14,6	14,1	13,7	13,7	14,5	14,1	13,8	14,0	13,7	..
Εσθονία	22,2	20,7	20,3	21,9	21,6	21,5	22,6	22,6	22,8	22,4
Φινλανδία	19,8	19,6	19,4	20,0	19,4	18,7	19,0	19,0	19,9	19,6
Γαλλία	7,4	7,8	7,6	7,5	7,5	7,3	7,1	6,9	6,8	..
Γερμανία	14,2	14,0	13,8	13,9	13,9	13,9	13,2	12,7	12,5	12,4
Ελλάδα	..	39,4	29,3	28,1	30,9	30,5	34,0	36,8	35,5	..
Ουγγαρία	26,3	26,3	26,2	27,4	28,2	29,4	28,4	28,3	29,0	..
Ισλανδία	16,0	16,0	16,6	18,2	18,0	17,9	17,8	17,5	17,0	16,3
Ιρλανδία	11,6	11,9	12,7	13,8	12,1	11,4	14,9	16,4	16,2	..
Ισραήλ	26,6	25,3	25,4	23,7	23,7	23,3	22,7	22,8	24,4	..
Ιταλία	21,5	21,3	20,7	20,5	22,0	21,7	21,8	22,1	22,8	22,7
Ιαπωνία	15,5	15,2	15,2	14,6	13,1	13,0	12,7	12,9	13,1	..
Κορέα	39,4	39,0	37,5	37,3	37,2	37,8	37,7	37,1	36,8	36,7
Λετονία	39,3	37,3	38,8	37,2	34,3	37,8	38,5	38,9	41,6	..
Λουξ/ργο	10,3	10,1	9,9	10,2	10,9	10,4	10,3	10,5	10,6	10,2
Μεξικό	52,5	48,6	47,4	45,7	42,7	42,6	41,3	41,5	41,4	..
Ολλανδία	8,7	10,7	9,7	9,8	9,9	10,4	11,7	12,2	12,3	12,2
Ν. Ζηλανδία	11,5	13,5	12,8	12,6	12,6	12,7	12,6	..	..	..
Νορβηγία	16,1	15,7	15,3	15,0	15,2	14,8	14,6	14,4	14,3	14,5
Πολωνία	26,3	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6	23,1	23,2	23,4
Πορτογαλία	25,7	25,8	24,6	24,6	26,3	28,2	27,0	27,7	27,7	27,4
Σλοβακία	27,4	21,0	22,4	22,8	23,6	23,2	23,3	18,0	18,4	..
Σλοβενία	13,6	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6	13,0	12,5	12,5
Ισπανία	21,0	21,0	19,5	20,7	21,1	22,8	23,9	24,6	24,2	..
Ελβετία	30,7	24,8	24,7	28,0	27,5	27,7	27,3	28,2	28,3	28,7
Σουηδία	16,9	16,9	16,9	16,9	15,0	15,4	15,5	15,5	15,2	14,9
Τουρκία	23,9	19,2	14,5	16,9	15,9	15,9	16,9	17,7	16,9	..
Ηνωμένο Βασίλειο	10,8	9,7	9,3	9,7	9,9	10,6	14,8	14,7	14,8	..
ΗΠΑ	13,4	13,1	12,4	12,2	12,2	12,0	11,9	11,5	11,1	..

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

2 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Εισαγωγή

Το σύστημα υγείας της χώρας μας χρηματοδοτείται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα σχεδόν ισόποσα και γι' αυτό το λόγο κατονομάζεται ως μεικτό σύστημα. Ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει κυβερνητικές επιδοτήσεις και υποχρεωτική χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας. Το κεφάλαιο για την ιδιωτική υγείας αποτελείται από τις ίδιες πληρωμές των νοικοκυριών (ΟΟΡ), δωρεές – φιλανθρωπίες και χρηματοδοτήσεις για την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, με τις τελευταίες βέβαια να φτάνουν σε αμελητέα επίπεδα με την πάροδο των χρόνων (Σίσκου και συν., 2009). Το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται στα μοντέλα Bismarck και Beveridge.

Η φορολογία, περιλαμβανομένων των άμεσων και των έμμεσων φόρων, καθώς και οι υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών για την κοινωνική ασφάλιση αποτελούν τις καίριες πηγές εσόδων της δημόσιας χρηματοδότησης. Το γεγονός που προκαλεί όμως την μεγαλύτερη εντύπωση είναι η επαυξημένη ιδιωτική χρηματοδότηση των νοικοκυριών συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Για την ενδεδειγμένη ανασκόπηση του συστήματος χρηματοδότησης της Ελλάδας κρίνεται αναγκαία η αναφορά στις πιο κομβικές μεταρρυθμίσεις, ώστε να γίνει κατανοητή η αιτία ύπαρξης του μεικτού αυτού συστήματος. Με τον νόμο του 1983 πραγματοποιείται η εκκίνηση της δημιουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με απώτερο σκοπό την καθολική και ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Η υγεία εθεωρείτο πλέον κοινωνικό αγαθό, στο οποίο όλοι έπρεπε να έχουν άμεση πρόσβαση. Γι' αυτό το λόγο το κράτος ανέλαβε τη χρηματοδότηση του συστήματος, έτσι αυξήθηκαν οι δημόσιες δαπάνες υγείας και ως εκ τούτου μειώθηκαν οι ιδιωτικές.

Το 2001 μέσω των μεταρρυθμίσεων που έγιναν, επιδιώχθηκε βελτίωση της ποιότητας του υγειονομικών υπηρεσιών, ώστε το ελληνικό σύστημα να ακολουθήσει το ευρωπαϊκό πρότυπο, να γίνει αποτελεσματικό και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών.

Αξιοπρόσεχτη είναι η απουσία μέτρων συγκράτησης του κόστους και διασφάλισης της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, εξαιτίας της προσήλωσης των μεταρρυθμίσεων στην ανάπτυξη του δημοσίου τομέα υγείας, διαπίστωση που πιθανόν εξηγεί εν μέρει την ύπαρξη του μεικτού συστήματος και ιδίως την άνοδο της ιδιωτικής χρηματοδότησης με το πέρασμα των χρόνων.

2.1 Η κρατική χρηματοδότηση: Γενική φορολογία και κοινωνική ασφάλιση

Οι πιο σημαντικές πηγές της κρατικής χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας είναι τα έσοδα, που προκύπτουν από τη φορολογία, ιδίως οι άμεσοι και οι έμμεσοι φόροι, που εμπεριέχονται στις αγορές των πολιτών, είτε πρόκειται για προϊόντα είτε για παροχή υπηρεσιών. Καίρια πηγή κρατικής χρηματοδότησης, εκτός από τις προαναφερθέντες αποτελεί και η κοινωνική ασφάλιση, η οποία περιλαμβάνει υγειονομική, συνταξιοδοτική και προνοιακή κάλυψη στους πάροχούς της μέσω των τριάντα εννιά ταμείων κύριας και επικουρικής ασφάλισης που διαθέτει. Τα έσοδά των εν λόγω ταμείων προκύπτουν από τις καθολικές συνεισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Σημειώνεται η μείωση των έμμεσων φόρων κατά τη δεκαετία 1990-2000, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την αναδιαμόρφωση των εσόδων από τη φορολογία και τη βελτίωση της ισοτιμίας στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα. Κατά τα ίδια έτη 1990- 2000 η κοινωνική ασφάλιση ήταν εμφανώς μειωμένη εν συγκρίσει με τη φορολογία, πιθανόν για την αποφυγή αυξήσεων των ασφαλιστικών εισφορών, εξαιτίας των κρατικών επιχορηγήσεων, που δόθηκαν την χρονική αυτή περίοδο και στόχευαν στην διατήρηση χαμηλών νοσηλίων.

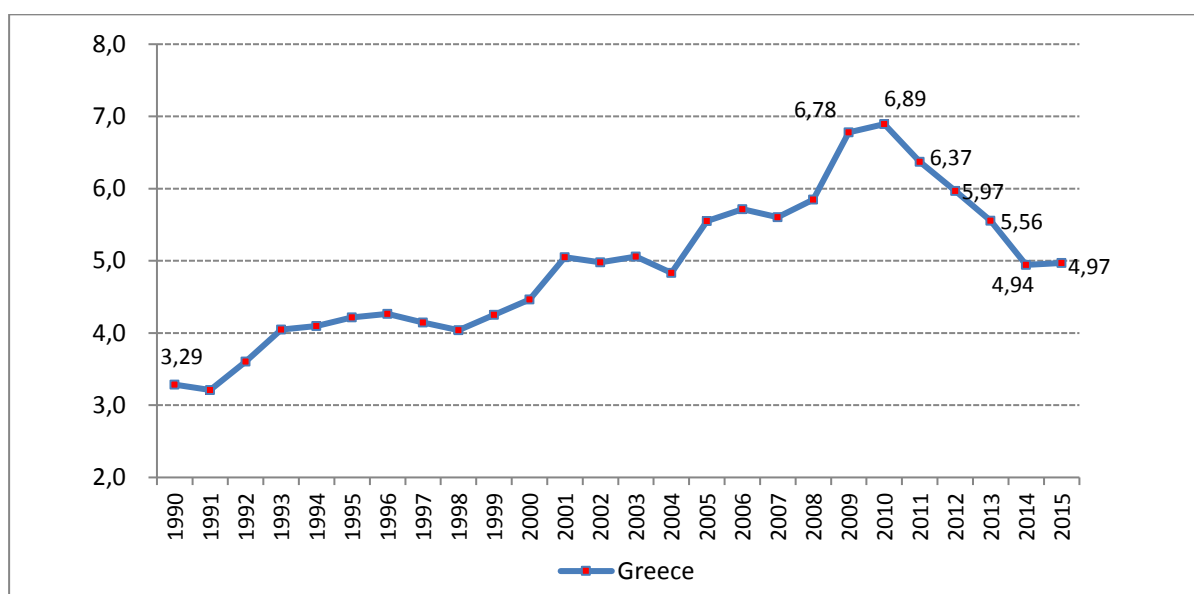
Μέσα στην ίδια δεκαετία παρατηρείται στη συνέχεια διπλασιασμός των νοσηλίων και κατά συνέπεια αύξηση της συνεισφοράς της κοινωνικής ασφάλισης στη δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος. Συμπεραίνεται ότι η κοινωνική ασφάλιση συμμετέχει στη δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα με ποσοστά που, όπως παρατηρείται, ανά τα έτη, αυξομειώνονται.

Οι ελλείψεις των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν μείζον ζήτημα, το οποίο επηρεάζει άμεσα την κρατική χρηματοδότηση, τους πολίτες, το ίδιο το υγειονομικό σύστημα της χώρας καθ' ολοκληρίαν. Τονίζεται ότι τα έτη 1997 και 2001 έγιναν μεταρρυθμίσεις με στόχο την κάλυψη αυτών των ελλειμμάτων, € 578 εκατ. και € 939,1 εκατομμύρια αντίστοιχα για τις παραπάνω χρονολογίες. Πάραυτα το υπέρογκο πρόβλημα της δημιουργίας ελλειμμάτων είναι επαναλαμβανόμενο, καθώς από το 2001-2003 ξαναδημιουργήθηκε έλλειμμα στον κρατικό νοσοκομειακό τομέα, ύψους € 832 εκατομμυρίων. Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως για την ομαλή ροή της κρατικής χρηματοδότησης και την βέλτιστη δυνατή λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας, πέραν της έγκαιρης και άμεσης συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης και των άμεσων και έμμεσων φόρων, καθίσταται αναγκαία η εύρεση των αιτιών δημιουργίας των ελλειμμάτων και η αποφυγή αυτών δια παντός.

Στο παρακάτω σχήμα φαίνονται οι μεταβολές του ποσοστού του ΑΕΠ που διατίθεται για τη δημόσια υγεία σε βάθος 25ετίας. Μετά την συνεχή (πλην κάποιων εξαιρέσεων) αύξηση σε υπερδιπλάσια επίπεδα επί δύο δεκαετίες, από το 2010 και μετά παρατηρείται μια ραγδαία και συνεχής μείωση της χρηματοδότησης για κάθε έτος της επόμενης πενταετίας, μέχρι τη σχετική σταθεροποίηση στο τελευταίο έτος.

Από τις αρχές του 2012 έως και σήμερα, υπεύθυνος για την αγορά και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας για τους δικαιούχους ασφάλισης των πρώην κοινωνικών ασφαλιστικών φορέων είναι ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ο οποίος υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. Ο τελευταίος αποτελεί τον μεγαλύτερο αγοραστή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο Οργανισμός συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 και ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1^η Ιανουαρίου 2012, αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα.

Γράφημα 1: Η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, το διάστημα 1990 μέχρι 2015.



Πηγή: OECD (2017) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

2.2 Ιδιωτική χρηματοδότηση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καθώς και οι ίδιες πληρωμές των χρηστών υγείας (νοικοκυριών) αποτελούν τους δύο πυλώνες της ιδιωτικής χρηματοδότησης.

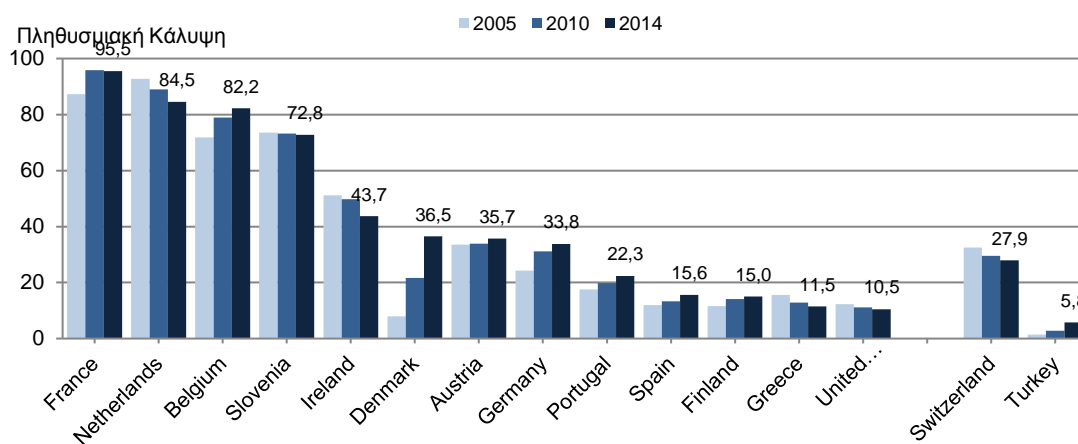
2.2.1 Η χρηματοδότηση μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καθώς και οι πληρωμές των χρηστών αποτελούν τους δύο πυλώνες της ιδιωτικής χρηματοδότησης. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχει νοσοκομειακή περίθαλψη και πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι συμπληρωματική και για αυτό την επιλέγουν πολίτες μεσαίας ή ανώτερης κοινωνικής οικονομικής τάξης. Το καίριο προνόμιο της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η ανταποδοτικότητα που παρέχει, καθώς αποζημιώνει τους ασφαλιζόμενους. Ορόσημο στην εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα αποτέλεσε η

εισαγωγή της κάρτας νοσηλείας το 1990, που είχε ως αποτέλεσμα την πρόσβαση των πολιτών στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία και τη δραματική αύξηση του κόστους των αποζημιώσεων. Για την αποφυγή του φαινομένου κρίθηκε αναγκαία η συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα. Παρά την εφαρμογή της οικονομικής συμμετοχής των πολιτών, όλο και περισσότεροι προτιμούν την ιδιωτική ασφάλιση. Οι αιτίες προτίμησης της ιδιωτικής ασφάλισης είναι εύλογες, καθώς ολοένα και περισσότεροι είναι οι φανερά δυσαρεστημένοι από τις παροχές του δημοσίου συστήματος υγείας. Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα, που αποδεικνύουν την εν λόγω διαπίστωση, καθώς το 1980 μόλις το 2% του πληθυσμού είχαν επιλέξει την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 2002 το ποσοστό αυξήθηκε σε 1,5 εκατομμύριο και στις μέρες μας τείνει να ξεπεράσει το 10%.

Στο παρακάτω γράφημα βλέπουμε το πώς καθρεφτίζεται η οικονομική δυνατότητα των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. βάσει του ποσοστού των κατοίκων τους που επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση. Παρατηρείται ότι στην πλειοψηφία τους δεν εμφανίζουν τεράστιες αυξομειώσεις στα ποσοστά πληθυσμιακής κάλυψης (αν και αυτό είναι ανάλογο του συνολικού πληθυσμού του εκάστοτε κράτους) στο χρονικό διάστημα με το οποίο ασχολούμαστε, με φωτεινή εξαίρεση την Ελβετία, της οποίας η κάλυψη εκτοξεύεται κατά το 2014 σχεδόν σε πενταπλάσιο επίπεδο από αυτό του 2005.

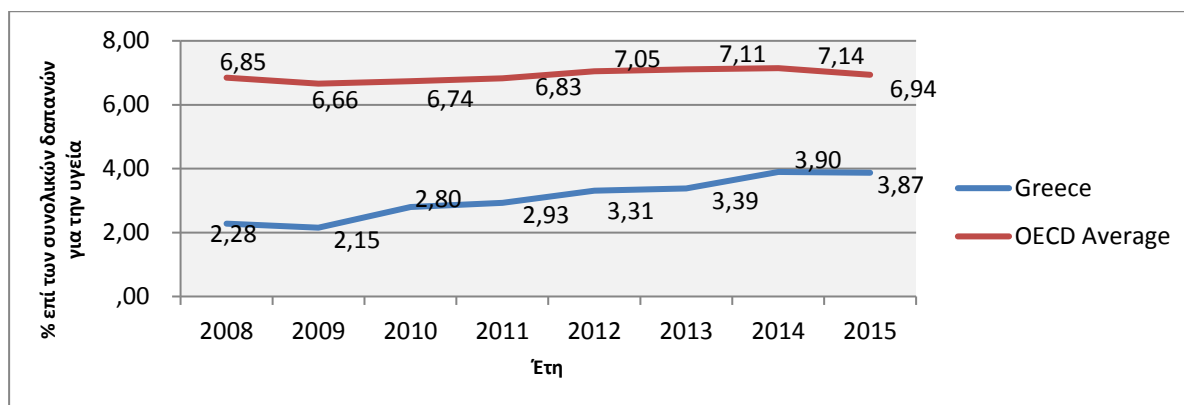
Γράφημα 2: Η εξέλιξη της πληθυσμιακής κάλυψης της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ το διάστημα 2005-2014.



Πηγή: OECD Health Statistics 2016.

Αντίστοιχα, στο επόμενο γράφημα βλέπουμε ότι, παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα βρίσκεται αρκετά κάτω από το μέσο όρο αναφορικά με το ποσοστό χρηματοδότησης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επί των συνολικών δαπανών υγείας, είναι μία από τις χώρες που έχουν καταλυτική επίδραση στις αυξομειώσεις του, κάτι που φαίνεται από το γεγονός ότι σε κάθε έτος ακολουθούν την ίδια πορεία, είτε πρόκειται για αύξηση είτε για μείωση του ποσοστού.

Γράφημα 3: Η χρηματοδότηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.



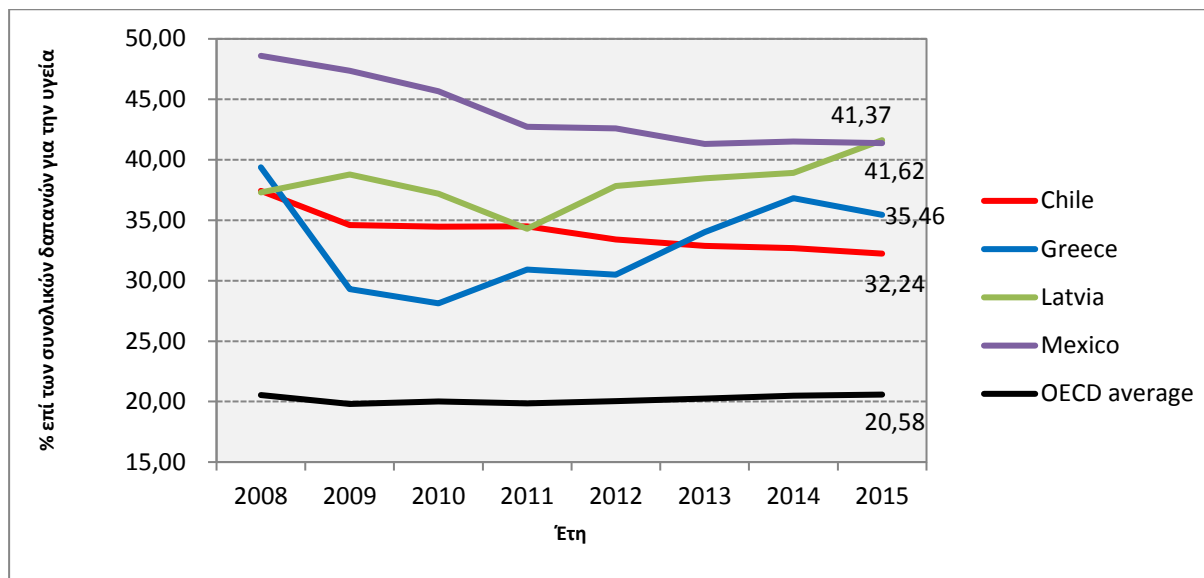
Πηγή: OECD Health Statistics 2017.

2.2.2 Ίδιες πληρωμές χρηστών υγείας (νοικοκυριών) – Households Out of Pocket (OOP) Healthcare Expenditures

Οι απευθείας ή ίδιες πληρωμές των χρηστών υγείας (νοικοκυριών) αποτελούν βαρυσήμαντο παράγοντα της ιδιωτικής χρηματοδότησης, όπως έχει ήδη προαναφερθεί. Σε αυτόν τον τομέα, των πληρωμών, συμπεριλαμβάνονται οι άμεσες και οι άτυπες πληρωμές των χρηστών ιατροφαρμακευτικής περιθάλψεως. Σημειώνεται ότι το κόστος συμμετοχής στην Ελλάδα είναι μειωμένο εν συγκρίσει με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Βάσει του Εθνικού Συστήματος Υγείας όλοι οι πολίτες, ανεξαιρέτως, έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και όλοι οι ασφαλισμένοι οφείλουν να τις λαμβάνουν δωρεάν. Πάραυτα, υπάρχει ένα χαμηλό κόστος συμμετοχής κατά την πρόσβαση σε ορισμένες υπηρεσίες. Παλαιότερα, το εν λόγω κόστος διαφοροποιούταν ανά ασφαλιστικό ταμείο/φορέα αναφορικά με το επίπεδο κάλυψης, τη δυνατότητα επιλογής προμηθευτή υγείας, και το ύψος της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος. Από την δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και μετά η θεσμοθετημένες ποσοστιαίες συμμετοχές είναι όμοιες για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι εντάχθηκαν στο νέο Οργανισμό (π.χ. Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ., Ο.Α.Ε.Ε., Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω. κτλ). Τα στατιστικά στοιχεία, όμως, καταδεικνύουν πως οι ιδιωτικές δαπάνες συμμετοχής στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα είναι διπλάσιες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Συμπερασματικά, τονίζεται το χαμηλό κόστος συμμετοχής των υπηρεσιών σε συνάρτηση με την επιλογή των πολιτών να πληρώνουν επιπροσθέτως, είτε ιδιωτικά, είτε δημόσια, με άτυπα μέσα, όπως οι ανεπίσημες και αφορολόγητες ανεπίσημες πληρωμές (Grigorakis et al., 2016; Souliotis et al., 2016; Stepurko et al., 2013; Liaropoulos et al., 2008). Η Ελλάδα παρουσιάζει με το πέρασμα των χρόνων, μία από τις μεγαλύτερες αναλογίες δαπανών ιδίων πληρωμών μεταξύ των ανεπτυγμένων οικονομιών (Νιάκας, 2013). Συγκεκριμένα, για το έτος 2015 κατέγραψε δαπάνες ιδίων πληρωμών περί το 35,5% επί των συνολικών δαπανών υγείας,

ποσοστό πολύ υψηλότερο του μέσου όρου του Ο.Ο.Σ.Α. και συγκρίσιμο μόνο με αυτά του Μεξικού, της Κορέας, της Λετονίας και της Χιλής μεταξύ των κρατών του (ΟΕCD, 2017) (βλ. Σχήμα 2.4).

Γράφημα 4: Οι απευθείας πληρωμές των χρηστών υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.



Πηγή: OECD Health Statistics 2017.

Στον τελευταίο πίνακα απεικονίζονται τα ποσοστά ανά τομέα κατά τα οποία τόσο η Ελλάδα όσο και ο Ο.Ο.Σ.Α. χρηματοδοτούντο κατά την επταετία 2008-2015. Βλέπουμε ότι όσον αφορά τον δημόσιο τομέα, η Ελλάδα βρίσκεται αρκετά κάτω από τον μέσο όρο του οργανισμού, τόσο από την άποψη κυβερνητικών σχεδίων όσο και από αυτή των σχεδίων υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Αυτό όμως αντισταθμίζεται από τα ποσοστά χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα, με τα ποσοστά της Ελλάδας να υπερβαίνουν αυτά του μέσου όρου του Ο.Ο.Σ.Α., κυρίως λόγω των ιδίων πληρωμών των ελληνικών νοικοκυριών και όχι μέσω της χρηματοδότησης από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Πίνακας 8: Η Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό (%) επί των συνολικών δαπανών για την υγεία ανά χρηματοδοτική πηγή, το χρονικό διάστημα 2008-2014 στην Ελλάδα.

Financing Source / Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	OECD average (2014)
Public Financing (Aggregate)	59.94	69.46	69.97	67.29	66.69	63.52	59.65	71.85
Government schemes	28.91	26.39	29.08	21.44	29.50	29.18	28.39	34.97
Compulsory contributory health insurance schemes/CMSA	31.04	43.07	40.89	45.85	37.19	34.34	31.26	36.88
Private Financing (Aggregate)	40.06	30.53	30.01	32.53	33.17	35.69	39.11	27.45
Household out-of-pocket payment	37.86	28.44	27.29	29.72	29.92	32.46	35.37	20.64
Voluntary health care payment schemes	2.19	2.09	2.72	2.82	3.24	3.23	3.74	6.81
Rest of the world health financing schemes (e.g. donations)	0.00	0.01	0.02	0.18	0.14	0.79	1.24	0.70
Total current health expenditure	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Πηγή: OECD (2017) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

3 Χρηματοοικονομική κρίση, ύφεση και χρηματοδότηση συστημάτων υγείας μετά το 2007

Η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση και η παγκόσμια οικονομική ύφεση είναι δύο έννοιες που έχουν σχέση αιτίου – αποτελέσματος μεταξύ τους, καθώς η κρίση που χτύπησε τη διεθνή αγορά (με επίκεντρο τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής) το 2007 ήταν αυτό που προκάλεσε την ύφεση του 2008 σε παγκόσμια κλίμακα σε τομείς της πραγματικής οικονομίας, μεταξύ των οποίων και ο τομέας της υγείας τον οποίο πραγματεύεται η παρούσα εργασία.

Η κρίση

Η αδυναμία μεγάλων ομάδων πληθυσμού να εξοφλήσουν τις δανειακές τους υποχρεώσεις ήταν το συμβάν το οποίο έδωσε το έναυσμα για την έναρξη της κρίσης στις ΗΠΑ το καλοκαίρι του 2007. Αυτό προκάλεσε την εξάντληση του αποθέματος ρευστού στις αμερικανικές τράπεζες, με την αλυσίδα των αντιδράσεων να φτάνει μέχρι την αδυναμία είσπραξης των απαιτήσεων από τους δανειολήπτες και την κατάργηση της δυνατότητας εξόφλησης των υποχρεώσεων των ίδιων των τραπεζών. Στη συνέχεια προκλήθηκε πτώχευση σε αρκετά χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, γεγονός το οποίο με τη σειρά του επηρέασε και τις συναλλαγές με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες οικονομίες, όπως απεικονίστηκε και στη συνέχεια στους χρηματιστηριακούς δείκτες τους. Το μεγαλύτερο χτύπημα από την κρίση δέχτηκε η Ιρλανδία, με μεγάλη έκθεση των τραπεζών της στα τοξικά ομόλογα. Παρά τα μεγάλα χρηματικά αποθέματα της η Βρετανία, ακολούθησε το αμερικανικό μοντέλο και ήταν από τις πρώτες χώρες που επλήγησαν από την κρίση. Πολλές τράπεζες κρατικοποιήθηκαν και άλλες συγχωνεύθηκαν. Η Γαλλία ομοίως είχε υιοθετήσει τέτοια προϊόντα, ενώ ανακατατάξεις παρατηρήθηκαν σε Βέλγιο, Ιταλία, Λουξεμβούργο και Ολλανδία (Καθημερινή, 2008).

Η ύφεση

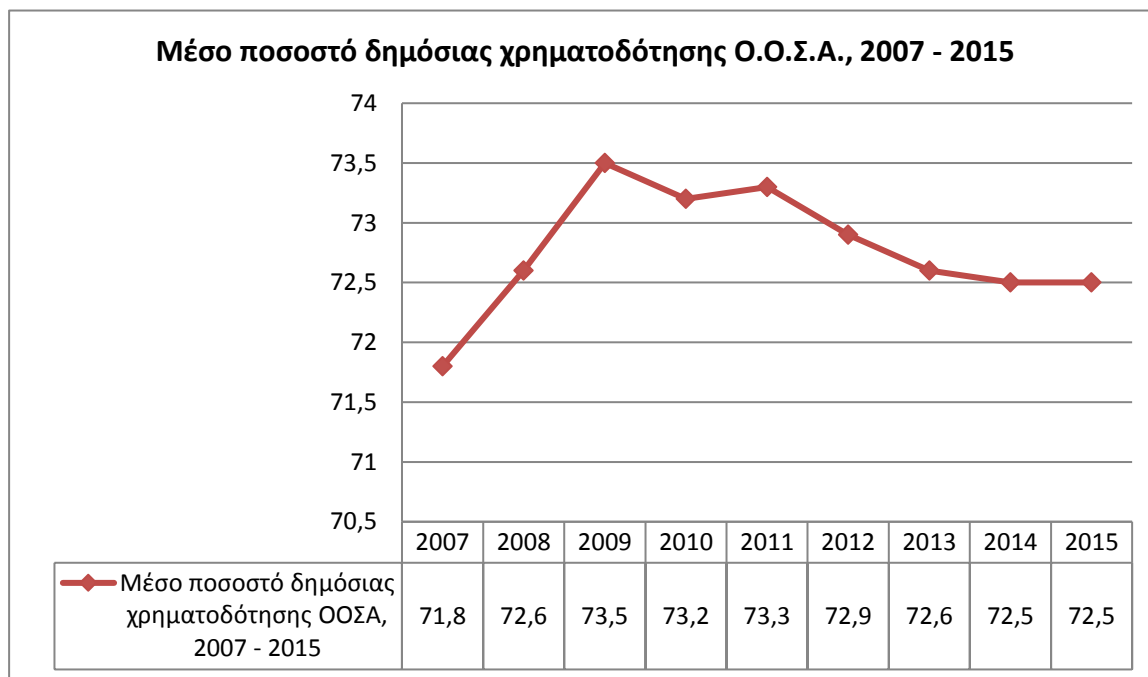
Η παγκόσμια οικονομική ύφεση του 2008 είναι το αποτέλεσμα που προκλήθηκε από τη διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση του 2007 σε τομείς της πραγματικής οικονομίας της διεθνούς κοινότητας. Η πιστωτική κρίση από την έλλειψη ρευστότητας έγινε εμφανής στους χρηματιστηριακούς δείκτες των ανεπτυγμένων χωρών, ενώ πολλά χρηματιστήρια παρέμειναν κλειστά λόγω των μεγάλων απωλειών από τις πωλήσεις των επενδυτών. Επίσης, επλήγησαν σημαντικοί κλάδοι της οικονομίας, όπως ο τραπεζικός, ο ασφαλιστικός, ο κτηματομεσιτικός, οι αυτοκινητοβιομηχανίες, το εμπόριο και άλλοι, με άμεσα αποτελέσματα στα οικονομικά μεγέθη των οικονομιών, όπως αύξηση της ανεργίας, νέες πληθωριστικές πιέσεις, υποτίμηση νομισμάτων κ.ά., ενώ οι ρυθμοί ανάπτυξης υποχώρησαν και τα δημοσιονομικά των χωρών εκτέθηκαν στο ενδεχόμενο εκτροπής (Southeast European Times, 2008). Όλα αυτά προκάλεσαν αναθεωρήσεις όλων των κρατικών προϋπολογισμών και, ως αποτέλεσμα, οι

ηγέτες της Ε.Ε. απαιτήσαν χαλάρωση του Συμφώνου σταθερότητας, προσαρμόζοντάς το στις δυσμενείς συνθήκες (για παράδειγμα, μη υπολογισμός των δημοσίων επενδύσεων στο έλλειμμα), χωρίς όμως το μαζικό αυτό αίτημα να γίνει ποτέ δεκτό).

3.1 Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ

Η δημόσια χρηματοδότηση στον Ο.Ο.Σ.Α. ως ολότητα δεν παρουσίασε κατά μέσο όρο ιδιαίτερες διακυμάνσεις από το 2007 και έπειτα, κινούμενη σταθερά σε επίπεδα άνω του 70% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Παρακάτω παρουσιάζονται οι μεταβολές αυτές σύμφωνα με τα στοιχεία που αντλήθηκαν από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του Ο.Ο.Σ.Α. στο κομμάτι των στατιστικών για την υγεία:

Γράφημα 5: Η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία στον ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.



Πηγή: OECD, Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data

Και σε ξεχωριστό επίπεδο όμως, παρότι υπάρχουν χώρες οι οποίες βρίσκονται αρκετά πάνω από τον μέσο όρο και άλλες που βρίσκονται αρκετά κάτω από αυτόν, δεν παρατηρούνται σημαντικές αυξομειώσεις στα ποσοστά δημόσιας χρηματοδότησης, πλην εξαιρέσεων όπως η Γερμανία το 2009 ή το Ισραήλ το 2013. Παρακάτω παρουσιάζονται τα ποσοστά της δημόσιας χρηματοδότησης επί των συνολικών δαπανών υγείας για το κάθε κράτος που υπάγεται στον ΟΟΣΑ ξεχωριστά, για το διάστημα 2007-2008:

Πίνακας 9: Η δημόσια χρηματοδότηση ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία σε κάθε χώρα του ΟΟΣΑ.

Χώρα	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Αυστραλία	69,3	69,0	69,3	68,6	69,2	67,5	67,6	67,4	67,3
Αυστρία	75,7	76,5	76,5	76,1	76,0	75,9	75,4	75,5	75,6
Βέλγιο	75,3	76,9	77,5	77,4	77,2	77,7	77,4	77,3	77,5
Καναδάς	69,7	69,8	70,2	69,8	70,6	70,6	70,5	70,4	70,4
Χιλή	55,0	56,4	58,4	59,0	59,5	60,0	60,0	60,4	60,8
Τσεχία	84,7	82,1	83,3	83,3	83,9	83,7	83,6	82,7	82,4
Δανία	83,7	84,0	84,5	84,6	83,7	84,0	84,3	84,0	84,1
Εσθονία	76,0	77,0	77,9	76,4	76,7	76,7	75,6	75,7	75,7
Φινλανδία	74,7	74,7	74,8	74,3	74,8	75,3	75,2	74,9	74,4
Γαλλία	78,7	78,2	78,5	78,4	78,1	78,2	78,5	78,8	78,9
Γερμανία	76,1	76,2	83,6	83,5	83,3	83,1	83,8	84,3	84,5
Ελλάδα	61,9	58,3	68,5	69,1	66,0	66,0	61,8	58,0	59,1
Ουγγαρία	68,9	68,9	68,3	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	66,7
Ισλανδία	82,5	82,6	82,0	80,4	80,6	80,6	80,7	81,0	81,5
Ιρλανδία	79,2	79,3	77,1	76,2	76,0	75,8	69,8	69,3	70,0
Ισραήλ	60,7	61,4	61,3	62,9	62,7	62,8	63,4	62,7	60,7
Ιταλία	77,5	77,7	78,3	78,5	77,0	76,1	76,1	75,6	74,9
Ιαπωνία	81,2	81,2	81,3	81,9	83,7	83,9	84,3	84,1	84,0
Κορέα	57,5	57,3	57,9	57,9	57,3	56,3	56,2	56,2	56,4
Λετονία	58,5	60,3	59,6	60,2	63,5	60,3	60,0	59,9	57,5
Λουξεμβούργο	84,2	87,3	85,7	84,9	83,2	82,9	82,5	82,4	82,0
Μεξικό	43,8	45,9	46,7	48,6	51,3	51,6	52,8	51,8	52,2
Ολλανδία	83,0	81,7	82,4	82,6	82,2	82,0	81,1	80,7	80,7
Νέα Ζηλανδία	82,4	80,6	80,7	80,6	80,4	80,1	79,8	80,1	80,3
Νορβηγία	83,7	84,1	84,4	84,7	84,4	84,8	85,0	85,3	85,4
Πολωνία	70,1	71,7	71,7	71,7	70,9	70,0	70,7	70,7	70,0
Πορτογαλία	68,7	68,4	69,9	69,8	67,7	65,6	66,9	66,1	66,2
Σλοβακία	69,3	75,4	73,5	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7
Σλοβενία	71,5	73,6	73,1	73,3	73,3	71,8	71,0	71,0	71,7
Ισπανία	72,7	73,6	75,4	74,8	73,8	72,2	71,1	70,0	71,0
Σουηδία	81,9	81,9	82,0	81,9	84,0	83,6	83,4	83,4	83,7
Ελβετία	59,1	65,2	65,5	62,5	63,1	64,3	64,9	64,0	64,0
Τουρκία	68,8	72,7	80,5	78,0	79,1	79,2	78,4	77,6	78,1
Ηνωμένο Βασίλειο	81,4	82,6	83,5	83,1	82,6	81,9	79,5	79,6	79,7
Η.Π.Α.	46,2	47,2	48,1	48,4	48,5	48,4	48,8	49,3	49,4

Πηγή: OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data

Όσον αφορά τώρα τους ρυθμούς ανάπτυξης της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία, παρατηρούνται συνεχείς αυξητικές τάσεις σε οικονομίες όπως αυτές των Η.Π.Α., της Γερμανίας, της Κορέας και της Ιαπωνίας, με τις οικονομίες με δημοσιονομικά προβλήματα (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Ισπανία) να παρουσιάζουν μειώσεις λόγω της γενικότερης περιστολής των κυβερνητικών τους δαπανών. Ο παρακάτω πίνακας καθιστά πιο ευκρινείς τις μεταβολές που συντελούνται στη δημόσια χρηματοδότηση, τα οποία παρουσιάζουν μεγαλύτερη ποικιλομορφία και δεν είναι παρεμφερή μεταξύ τους όπως αυτά του παραπάνω πίνακα, μετά το την κρίση του 2007-2008:

Πίνακας 10: Ετήσιοι ποσοστιαίοι ρυθμοί ανάπτυξης της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Χώρα	2006 – 2007	2007 – 2008	2008 – 2009	2009 – 2010	2010 – 2011	2011 – 2012	2012 – 2013	2013 – 2014	2014 – 2015
Αυστραλία	4,3	1,9	4,3	-1,6	4,5	0,0	1,8	3,8	5,4
Αυστρία	3,3	4,1	0,9	1,0	0,3	2,4	-0,6	1,0	0,4
Βέλγιο	2,3	6,6	5,2	0,2	1,8	1,0	0,8	1,6	2,0
Καναδάς	2,3	1,8	7,9	1,3	-0,1	0,6	0,1	0,0	4,6
Χιλή	8,9	5,4	11,1	6,7	5,4	7,0	8,2	6,1	7,9
Τσεχία	0,0	4,4	10,0	-3,0	3,0	-0,4	..	-0,5	-0,8
Δανία	2,0	1,3	6,7	-1,3	..	1,0	0,3	1,3	1,7
Εσθονία	15,0	9,9	-1,7	-2,7	-0,3	4,7	3,8	6,4	6,2
Φινλανδία	2,3	3,5	0,3	1,8	3,8	2,6	0,7	-1,5	-1,0
Γαλλία	0,8	0,5	3,6	0,5	1,4	0,8	1,3	2,1	0,3
Γερμανία	2,0	3,5	13,9	2,9	0,8	0,7	2,5	2,5	2,0
Ελλάδα	1,1	-2,9	..	-4,0	-17,3	-10,0	-13,4	-9,7	8,1
Ουγγαρία	-9,4	-0,6	-5,3	2,8	1,4	-3,6	1,2	2,9	4,2
Ισλανδία	5,0	-0,3	-4,3	-7,9	-0,1	1,3	3,7	2,2	1,5
Ιρλανδία	6,6	9,5	6,0	0,6	-6,4	-0,3	..	2,0	-1,4
Ισραήλ	0,6	3,6	0,3	5,7	2,2	2,3	2,8	..	-2,9
Ιταλία	-2,9	3,3	-0,6	1,3	-2,8	..	-3,0	-0,7	-0,3
Ιαπωνία	3,8	2,6	4,7	6,1	..	3,6	2,6	0,7	1,7
Κορέα	8,4	4,4	10,8	8,4	2,6	2,6	4,8	6,1	6,2
Λετονία	5,9	-2,0	-5,8	-1,0	3,6	-2,6	2,8	4,5	4,4
Λουξεμβούργο	1,1	5,7	3,8	-2,2	..	4,5	1,2	..	..
Μεξικό	6,2	3,4	2,7	5,6	3,6	6,5	4,2	-6,0	5,5
Ολλανδία	4,5	2,6	4,0	2,7	1,9	1,9	-1,6	0,2	0,0
Νέα Ζηλανδία	1,9	4,9	6,8	-0,4	0,7	3,0	-2,3	1,8	1,0
Νορβηγία	2,9	4,3	2,4	0,0	2,5	2,5	1,4	3,5	2,7
Πολωνία	9,7	15,7	6,2	1,3	0,8	-0,1	5,2	1,3	4,5
Πορτογαλία	0,9	2,7	4,7	1,0	-7,4	-8,5	-1,3	-0,6	1,7
Σλοβακία	14,9	11,2	5,2	0,7	0,2	2,2	2,8	..	2,5
Σλοβενία	-0,1	11,1	-1,0	1,1	0,2	-2,8	-2,0	0,5	3,2
Ισπανία	3,3	6,6	6,1	-0,9	-1,9	-5,3	-3,5	0,9	5,7
Σουηδία	1,6	1,6	1,3	-0,4	..	0,9	1,6	1,9	2,2
Ελβετία	1,3	..	3,3	..	2,3	4,6	3,9	1,4	3,7
Τουρκία	5,5	4,8	9,5	-5,5	3,0	-1,1	4,3	1,4	0,4
Ηνωμένο Βασίλειο	2,1	3,4	6,4	-0,2	-0,5	0,0	..	1,9	2,2
Η.Π.Α.	2,6	3,6	4,9	2,5	0,8	1,3	1,7	4,1	4,2

Πηγή: OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data

3.2 Η εξέλιξη της ιδιωτικής χρηματοδότησης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ

3.2.1 Οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Η ιδιωτική ασφάλιση, αν και καλύπτει πολύ μικρότερο μερίδιο στη χρηματοδότηση από ότι οι ίδιες πληρωμές των νοικοκυριών στον τομέα της ιδιωτικής χρηματοδότησης υγείας, σε μερικές χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. διαδραματίζει πρωτεύων (Η.Π.Α.) ή σημαντικό ρόλο (Γαλλία, Σλοβενία, Ιρλανδία, Καναδάς). Στην παρούσα εργασία, λόγω της έλλειψης σχετικών στατιστικών στοιχείων, ο υπολογισμός του ετήσιου ποσοστού της για κάθε κράτος του ΟΟΣΑ πραγματοποιήθηκε αφαιρώντας το ποσοστό των ίδιων πληρωμών από αυτό της συνολικής ιδιωτικής χρηματοδότησης για την υγεία, καθώς οι ίδιες πληρωμές και οι ιδιωτικές ασφαλίσσεις είναι οι κύριοι πυλώνες της. Τα ποσοστά αυτά φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

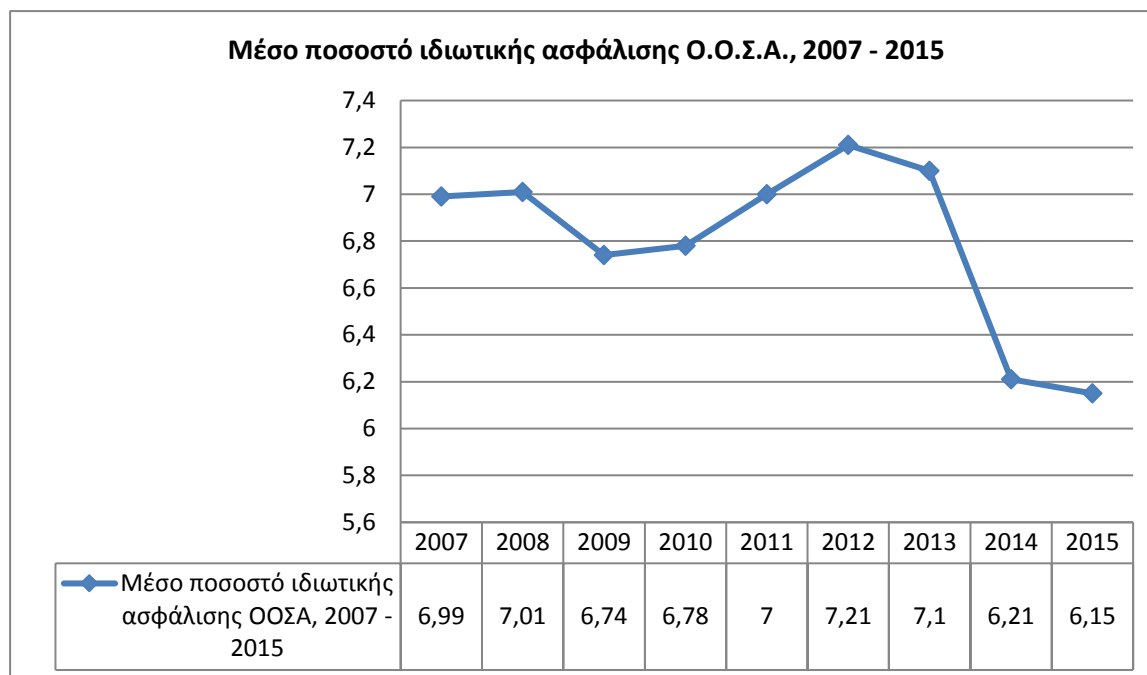
Πίνακας 11: Δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Χώρα	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Αυστραλία	11,7	12,0	11,6	11,7	11,6	12,6	12,8	13,0	12,8
Αυστρία	7,4	7,5	7,5	7,7	7,6	7,5	7,8	7,9	8,0
Βέλγιο	5,0	4,0	3,6	3,6	3,8	3,7	3,8	3,6	4,0
Καναδάς	14,8	14,8	14,8	14,5	14,7	15,0	15,1	15,1	14,9
Χιλή	5,8	6,2	7,0	6,5	6,0	6,6	7,1	7,0	7,0
Τσεχία	1,7	1,8	1,6	1,4	1,1	1,0	2,8	3,2	2,8
Δανία	1,7	1,9	1,8	2,4	1,9	1,9	1,9	1,8	2,1
Εσθονία	1,4	2,3	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	1,6
Φινλανδία	5,5	5,7	5,8	5,7	5,8	6,0	5,8	6,1	5,2
Γαλλία	15,4	15,6	15,8	16,2	16,5	16,6	16,7	16,6	16,6
Γερμανία	10,7	10,7	2,6	2,7	2,8	3,0	2,9	2,9	3,2
Ελλάδα	..	2,3	2,2	2,8	3,0	2,9	3,0	3,7	4,6
Ουγγαρία	4,8	4,8	5,5	5,5	5,3	5,1	5,0	4,6	4,1
Ισλανδία	1,5	1,4	1,4	1,4	1,9	2,2	2,0	2,0	2,2
Ιρλανδία	9,2	8,8	10,2	10,0	16,4	17,6	14,6	14,2	13,6
Ισραήλ	11,4	11,9	11,9	12,1	12,3	12,6	12,3	12,7	11,3
Ιταλία	1,0	1,0	0,3	1,1	1,0	2,2	2,1	2,3	2,6
Ιαπωνία	3,3	3,6	3,5	3,5	3,2	3,1	3,0	3,0	2,8
Κορέα	0,6	2,6	2,3	2,3	3,2	3,3	3,3	4,2	4,3
Λετονία	2,2	2,3	1,1	2,6	2,2	1,9	1,5	1,4	1,4
Λουξεμβούργο	5,5	2,6	4,4	4,9	5,9	6,7	7,2	7,2	7,5
Μεξικό	3,7	5,5	5,9	5,7	6,0	5,8	5,9	6,7	6,4
Ολλανδία	8,3	7,6	7,9	7,7	7,9	7,6	7,2	7,1	6,7
Νέα Ζηλανδία	6,1	5,6	6,1	6,2	6,5	6,8	7,4	7,5	7,6
Νορβηγία	0,2	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2
Πολωνία	3,6	3,9	4,0	4,6	5,1	5,7	5,7	6,2	6,8
Πορτογαλία	5,6	5,8	5,5	5,6	6,0	6,2	6,1	6,2	6,1
Σλοβακία	3,3	3,6	4,1	5,3	2,6	4,7	2,5	1,8	1,9
Σλοβενία	14,9	13,9	14,1	14,0	14,5	15,7	16,4	16,0	15,8
Ισπανία	6,3	5,4	5,1	4,5	5,1	5,0	5,1	5,0	4,5
Σουηδία	1,3	1,2	1,1	1,2	1,0	1,0	1,1	1,1	1,5
Ελβετία	8,7	13,7	13,4	10,2	10,2	8,8	8,6	8,6	8,3
Τουρκία	7,3	8,1	5,0	5,1	5,0	4,9	4,8	4,7	5,0
Ην. Βασίλειο	7,5	7,5	7,2	7,2	7,5	6,6	5,6	5,7	5,6
Η.Π.Α.	40,4	39,7	39,5	39,4	39,4	39,7	39,3	..	..

Πηγή: <http://data.oecd.org>

Κατόπιν αυτού διενεργήθηκε η σχετική διαδικασία ώστε να προσδιοριστεί το ποσοστό κατά το οποίο οι χώρες του ΟΟΣΑ κατά μέσο όρο χρησιμοποιούν την ιδιωτική ασφάλιση:

Γράφημα 6: Ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.

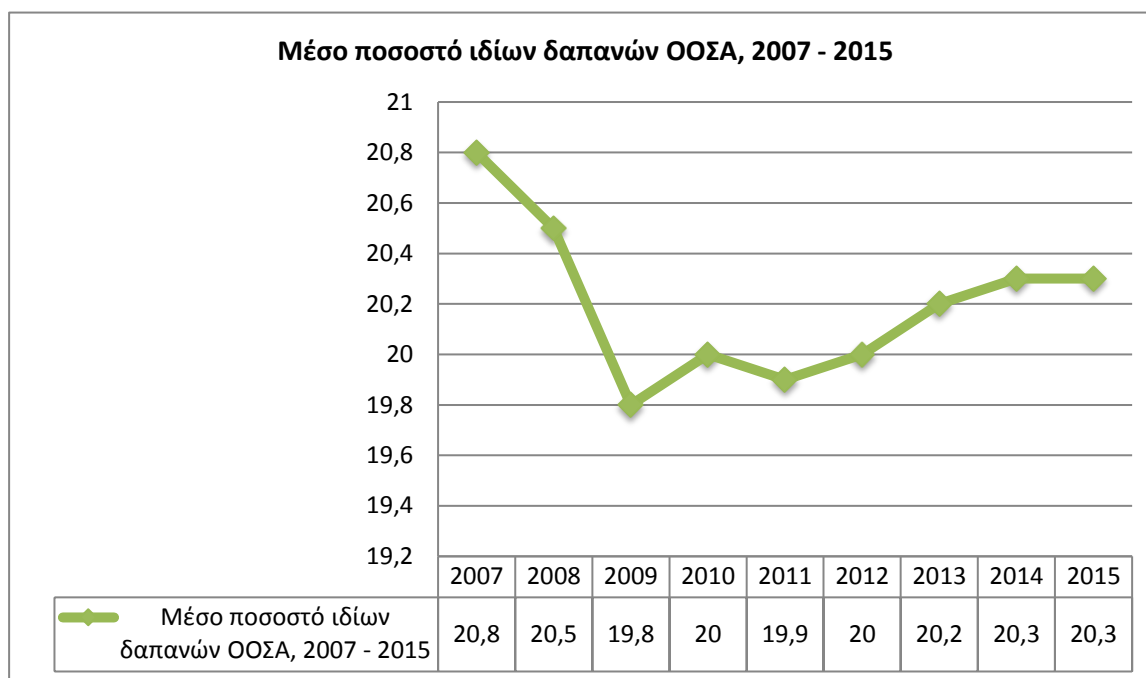


Πηγή: <http://data.oecd.org>

3.2.2 Οι ίδιες δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία

Και στις ίδιες δαπάνες των νοικοκυριών παρατηρείται μια εικόνα σχετικής σταθερότητας, χωρίς τις αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στις τιμές των μεταβλητών που τις ορίζουν. Χώρες όπως η Χιλή ή το Μεξικό ξεχωρίζουν για τον βαθμό στον οποίο εξαρτώνται από τις οικονομικές πρωτοβουλίες των κατοίκων τους στην απευθείας χρηματοδότηση για υγειονομικές παροχές και υπηρεσίες, αλλά σε γενικές γραμμές τα κράτη του Ο.Ο.Σ.Α. στηρίζονται σταθερά ανά τα χρόνια περίπου κατά το ένα πέμπτο σε αυτές, ήτοι σε ένα ποσοστό κοντά στο 20% ως μέσος όρος όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα:

Γράφημα 7: Ίδιες δαπάνες νοικοκυριών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας.



Πηγή: OECD Health Statistics 2017 – Frequently Requested Data

Όσον αφορά τώρα το κάθε κράτος ξεχωριστά, είναι λογικό η εικόνα σταθερότητας που παρουσιάζει εν γένει ο Ο.Ο.Σ.Α. να προέρχεται από τη γενική σταθερότητα που παρουσιάζει το κάθε κράτος ξεχωριστά στο ποσοστό ιδίων δαπανών των νοικοκυριών, εικόνα την οποία δεν μπορούν να παραμορφώσουν οι συγκριτικά υψηλές μεταβολές τις οποίες πραγματοποίησαν κάποιες χώρες μετά τα έτη 2007-2008. Στον πίνακα που παρατίθεται στη συνέχεια απεικονίζονται τα ποσοστά ιδίων δαπανών νοικοκυριών για το κάθε κράτος – μέλος του Ο.Ο.Σ.Α. ξεχωριστά ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία. Παρατηρείται αύξηση της χρηματοδότησης της υγείας από τα νοικοκυριά σε χώρες όπου η δημόσια χρηματοδότηση συρρικνώθηκε ως αποτέλεσμα της δημοσιονομικής εξυγίανσης όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα (Ελλάδα, Ιταλία, Ιρλανδία, Πορτογαλία και Ισπανία).

Πίνακας 12: Ίδιες δαπάνες νοικοκυριών ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία σε κάθε χώρα του ΟΟΣΑ.

Χώρα	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Αυστραλία	19,0	19,0	19,1	19,7	19,2	19,9	19,7	19,6	19,0
Αυστρία	18,2	17,5	17,4	17,7	17,8	17,8	18,2	18,1	17,9
Βέλγιο	19,2	18,5	18,3	18,3	18,3	18,0	18,1	18,2	17,6
Καναδάς	15,5	15,4	15,0	15,5	14,7	14,5	14,4	14,5	14,6
Χιλή	39,2	37,4	34,6	34,5	34,5	33,4	32,9	32,7	32,2
Τσεχία	13,6	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	13,6	14,1	14,8
Δανία	14,6	14,1	13,7	13,7	14,5	14,1	13,8	14,0	13,7
Εσθονία	22,2	20,7	20,3	21,9	21,6	21,5	22,6	22,6	22,8
Φινλανδία	19,8	19,6	19,4	20,0	19,4	18,7	19,0	19,0	19,9
Γαλλία	7,4	7,8	7,6	7,5	7,5	7,3	7,1	6,9	6,8
Γερμανία	14,2	14,0	13,8	13,9	13,9	13,9	13,2	12,7	12,5
Ελλάδα	..	39,4	29,3	28,1	30,9	30,5	34,0	36,8	35,5
Ουγγαρία	26,3	26,3	26,2	27,4	28,2	29,4	28,4	28,3	29,0
Ισλανδία	16,0	16,0	16,6	18,2	18,0	17,9	17,8	17,5	17,0
Ιρλανδία	11,6	11,9	12,7	13,8	12,1	11,4	14,9	15,4	15,2
Ισραήλ	26,6	25,3	25,4	23,7	23,7	23,3	22,7	22,8	24,4
Ιταλία	21,5	21,3	20,7	20,5	22,0	21,7	21,8	22,1	22,8
Ιαπωνία	15,5	15,2	15,2	14,6	13,1	13,0	12,7	12,9	13,1
Κορέα	39,4	39,0	37,5	37,3	37,2	37,8	37,7	37,1	36,8
Λετονία	39,3	37,3	38,8	37,2	34,3	37,8	38,5	38,9	41,6
Λουξεμβούργο	10,3	10,1	9,9	10,2	10,9	10,4	10,3	10,5	10,6
Μεξικό	52,5	48,6	47,4	45,7	42,7	42,6	41,3	41,5	41,4
Ολλανδία	8,7	10,7	9,7	9,8	9,9	10,4	11,7	12,2	12,3
Νέα Ζηλανδία	11,5	13,5	12,8	12,6	12,6	12,7	12,6	12,9	13,4
Νορβηγία	16,1	15,7	15,3	15,0	15,2	14,8	14,6	14,4	14,3
Πολωνία	26,3	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6	23,1	23,2
Πορτογαλία	25,7	25,8	24,6	24,6	26,3	28,2	27,0	27,7	27,7
Σλοβακία	27,4	21,0	22,4	22,8	23,6	23,2	23,3	18,0	18,4
Σλοβενία	13,6	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6	13,0	12,5
Ισπανία	21,0	21,0	19,5	20,7	21,1	22,8	23,9	24,6	24,2
Σουηδία	16,9	16,9	16,9	16,9	15,0	15,4	15,5	15,5	15,2
Ελβετία	30,7	24,8	24,7	28,0	27,5	27,7	27,3	28,2	28,3
Τουρκία	23,9	19,2	14,5	16,9	15,9	15,9	16,9	17,7	16,9
Ηνωμένο Βασίλειο	10,8	9,7	9,3	9,7	9,9	10,6	14,8	14,7	14,8
Η.Π.Α.	13,4	13,1	12,4	12,2	12,2	12,0	11,9	11,5	11,1

Πηγή: OECD Health Statistics 2017 – Frequently Requested Data

3.3 Η επίδραση των Μνημονίων στη χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Η οικονομική κρίση η οποία έπληξε την Ελλάδα προς τα τέλη της περασμένης δεκαετίας είχε ως αποτέλεσμα να καταστεί αναγκαία συνθήκη για τη σωτηρία της χώρας η υπογραφή του πρώτου Μνημονίου Συνεργασίας (MoU, Memorandum of Understanding) το 2010 μεταξύ της ελληνικής κυβέρνησης και της Λεγόμενης «Τρόικας» που αποτελείτο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (EC, European Commission), την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ECB, European Central Bank) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (IMF, International Monetary Fund). Η συμφωνία αυτή μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών σήμαινε γενναίες μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες, περικοπές μισθών σε όλους τους εργασιακούς τομείς και δυσβάσταχτες φορολογικές επιβαρύνσεις για την επίτευξη πλεονασμάτων από το κράτος, πράγμα το οποίο θεωρητικά αποτελούσε τη μοναδική οικονομική πολιτική που μπορούσε να ακολουθήσει η Ελλάδα για να αποφύγει τη χρεοκοπία (IMF, 2010). Βέβαια είχαν απευθυνθεί αρκετές προειδοποιήσεις για το ότι τα μέτρα λιτότητας ήταν πολύ πιθανόν να επιβαρύνουν κι άλλο τις οικονομικές συνθήκες, αλλά από τη στιγμή που δεν είχε νομοθετηθεί στη χώρα η αγορά κρατικών ομολόγων από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, η Ελλάδα βρισκόταν πρακτικά σε μια αδιέξοδη κατάσταση και, συν τοις άλλοις, υπήρχε η πεποίθηση ότι μια δίκαιη οικονομική αναπροσαρμογή μπορούσε να επιφέρει το διπλό όφελος της ενίσχυσης των πιθανοτήτων επιτυχίας και της προαγωγής της κοινωνικής συνοχής (Karlanoglou G., Rapanos V., Bardakas I., 2013).

Κατά τα έτη 2005 – 2009, οι δαπάνες για την υγεία ευθυνόταν από μόνες τους για το 21% του συνολικού ελλείμματος της ελληνικής οικονομίας (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012), πράγμα που τις κατέστησε αυτομάτως βασικό υποψήφιο για μεταρρυθμίσεις από τη στιγμή που προκαλούσαν ζημιά δυσανάλογη του ποσοστού του ΑΕΠ το οποίο κατείχαν (κοντά στο 10%) (ΟΟΣΑ, 2011). Λαμβάνοντας επίσης υπ' όψιν ότι η οικονομική κρίση είχε αρχίσει να επεκτείνεται σε όλους τους τομείς, οπότε και ο κλάδος της υγείας θα ήταν πρακτικά αδύνατον να μείνει ανεπηρέαστος. Οι μεταρρυθμίσεις κατέστησαν απαραίτητες ώστε το σύστημα να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις οικονομικές πιέσεις και να ικανοποιήσει τη ζήτηση αναγκών.

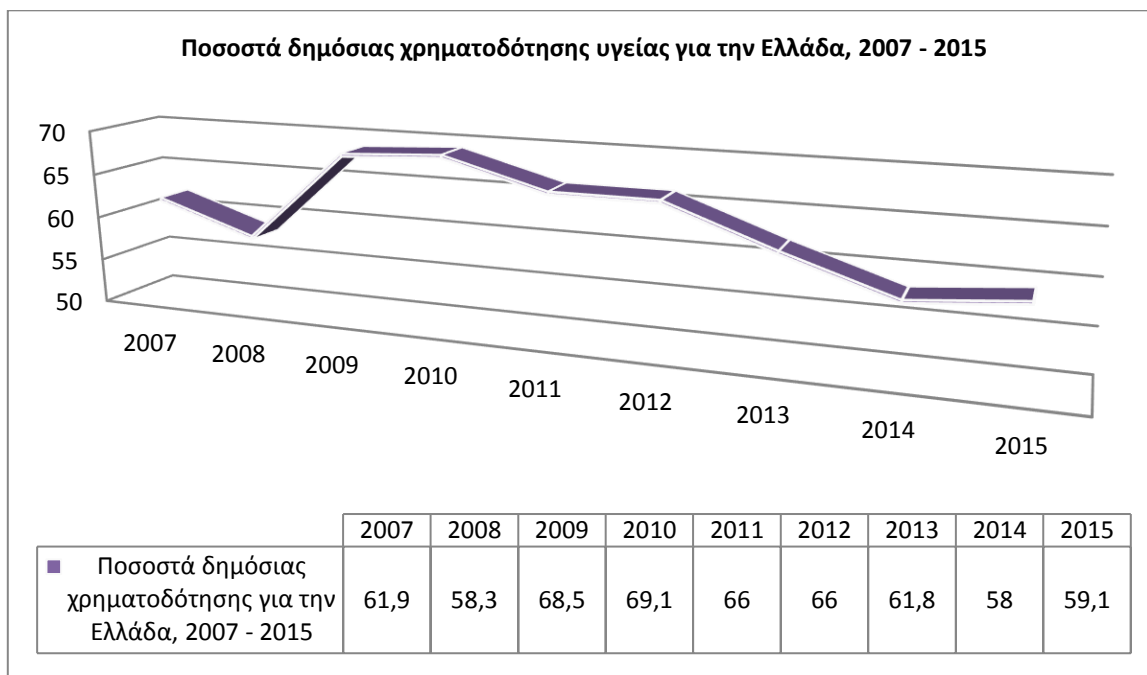
Ωστόσο, αυτό που έγινε φανερό κατά την εξέλιξη των δρώμενων ήταν ότι οι διαπραγματεύσεις πραγματοποιούνταν μεταξύ προσώπων τα οποία είχαν διαφορετικές αντιλήψεις για την κατάσταση την οποία προσπαθούσαν να επιδιορθώσουν. Από τη μία μεριά υπήρχε το ζήτημα της απουσίας οικονομικών δεδομένων, καθώς οι πληροφορίες για τις χρηματικές ροές και την οικονομική απόδοση των δημόσιων μονάδων υγείας ήταν δυσεύρετες, και από την άλλη παρουσιαζόταν μια έλλειψη γνώσης της ελληνικής πραγματικότητας από την πλευρά της Τρόικας, η οποία αγνοούσε τους κανόνες υπό τους οποίους λειτουργούσε το ελληνικό σύστημα υγείας επί δεκαετίες, καθώς το βάθος των

πολιτικών και εν γένει δομικών προβλημάτων της χώρας με την οποία διαπραγματεύονταν. Αυτή η μη ξεκάθαρη εικόνα που είχε η Τρόικα για την γενική εν Ελλάδι κατάσταση εγείρει ερωτήματα για το πόσο στοχευμένη και αποτελεσματική ήταν εντέλει η αντιμετώπισή της προς την οικονομική κρίση.

3.3.1 Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία στην Ελλάδα

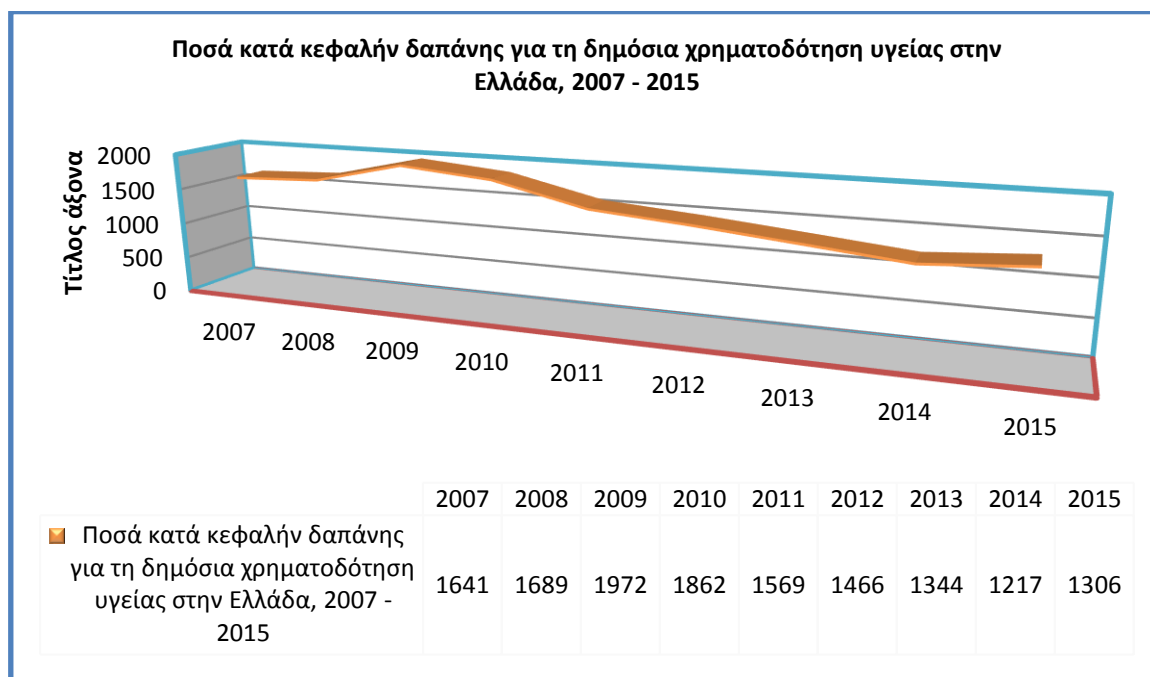
Για να επιτευχθεί ο πρώτος στόχος της μείωσης των δημοσίων δαπανών υγείας, λήφθηκαν εκ μέρους της κυβέρνησης μέτρα λιτότητας, εκ των οποίων το κυριότερο ήταν η μείωση των αποδοχών όλων των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και στις υπηρεσίες υγείας σε δύο δόσεις. Ακολούθησαν οι περικοπές στους προϋπολογισμούς όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών και η αναστολή κάθε είδους προσλήψεων, ή ακόμη και η μη αντικατάσταση των αποχωρούντων, ώστε να μειωθεί το εργασιακό κόστος. Με δεδομένο ότι τα μέτρα αυτά ήταν γενικά και κοινά για όλους, η αναστολή προσλήψεων αναγκαίων εργαζομένων σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, πολλές από τις οποίες αύξησαν την δραστηριότητά τους (προσέλευση ασθενών, μεγαλύτερος όγκος νοσηλευθέντων κ.ά.), δημιούργησαν σημαντικά προβλήματα επιβάρυνσης στο προσωπικό, τόσο στους γιατρούς όσο και στους λοιπούς εργαζόμενους (Νιάκας, 2014). Αυτό, όπως ήταν φυσικό και επόμενο, επέφερε μια διαρκή μείωση στο ποσοστό δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία από την υπογραφή του πρώτου μνημονίου και μετά, ανατρέποντας την ανά περιόδους ανοδική εικόνα που παρουσίαζε τα προηγούμενα χρόνια. Στα παρακάτω γραφήματα διαφαίνεται ξεκάθαρα η «βουτιά» την οποία κάνει ο συγκεκριμένος τομέας από την έναρξη της εφαρμογής πολιτικής λιτότητας το 2010 και μετά, τόσο ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας όσο και από άποψη κατά κεφαλήν δαπάνης:

Γράφημα 8: Δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.



Πηγή: OECD Health Statistics 2017 – Frequently Requested Data

Γράφημα 9: Ποσά κατά κεφαλήν δαπάνης για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας στην Ελλάδα.

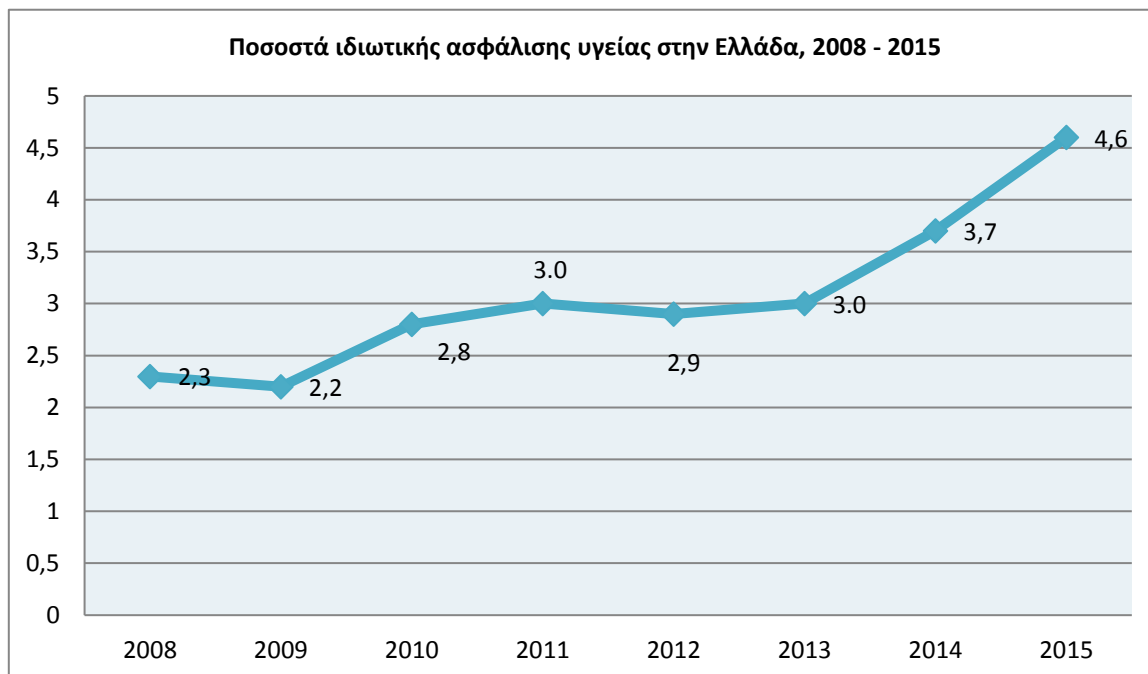


Πηγή: OECD Health Statistics 2017 – Frequently Requested Data

3.3.2 Η εξέλιξη της χρηματοδότησης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα

Η ιδιωτική ασφάλιση έχει σε γενικές γραμμές καθαρά συμπληρωματικό χαρακτήρα στην Ελλάδα, κάτι που έγκειται στην έλλειψη εμπιστοσύνης και στη γενικότερη απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Οικονόμου κ.ά., 2001), ή ακόμη και στην έλλειψη οικονομικής δυνατότητάς τους να προβούν σε μια τέτοια ενέργεια, πόσο δε μάλλον από τη στιγμή που η κοινωνική ασφάλιση θεωρείται δωρεάν και καθολική. Ωστόσο, τα τρέχοντα δεδομένα έχουν προκαλέσει μια απρόσμενη αύξηση στο ποσοστό της ιδιωτικής ασφάλισης από την έναρξη της κρίσης και εντεύθεν, καθώς οι περικοπές που πραγματοποιήθηκαν σε όλους τους τομείς υγείας, άρα αναπόφευκτα και στο Ε.Σ.Υ., οδήγησαν στη μείωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας, με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός πολιτών να στραφεί συνειδητά σε μια πιο σίγουρη λύση για την εξασφάλιση της αρμόζουσας υγειονομικής του περίθαλψης, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει μια επιπλέον οικονομική επιβάρυνση, και ιδιαίτερα σε εποχές κρίσης. Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται η ανοδική πορεία την οποία διαγράφει η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα από την έναρξη της εφαρμογής των μέτρων λιτότητας και έπειτα:

Γράφημα 10: Η ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, το διάστημα 2008-2015.

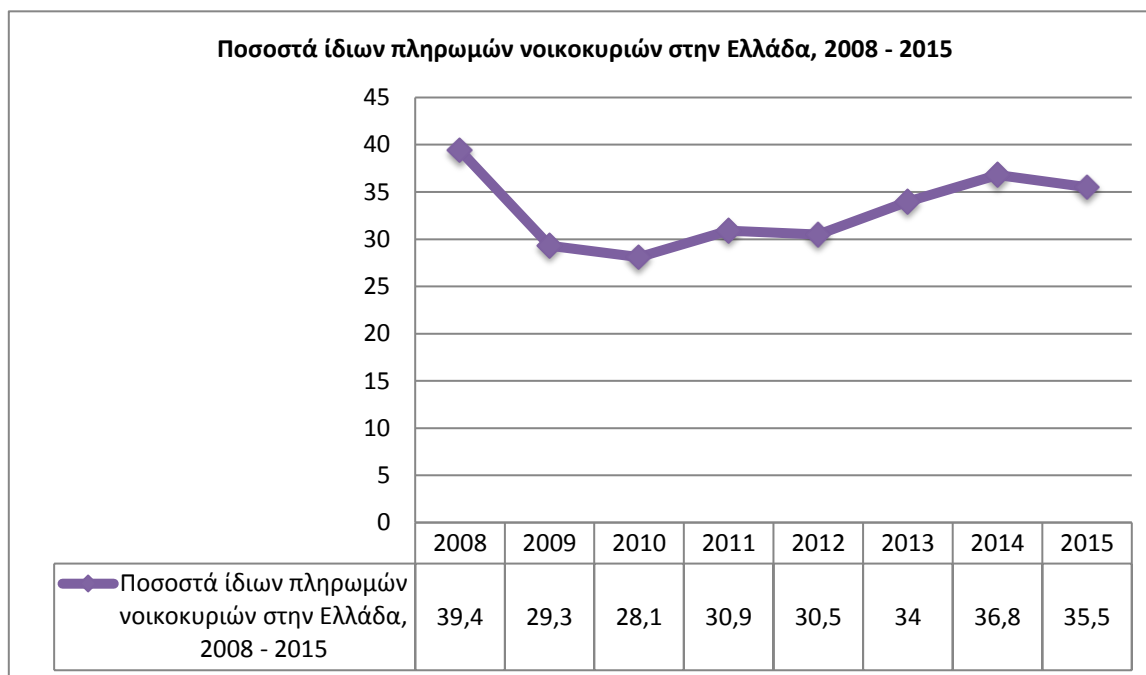


Πηγή: OECD Health Statistics 2017 - Frequently Requested Data

3.3.3 Η εξέλιξη των ιδίων πληρωμών των νοικοκυριών για την υγεία στην Ελλάδα

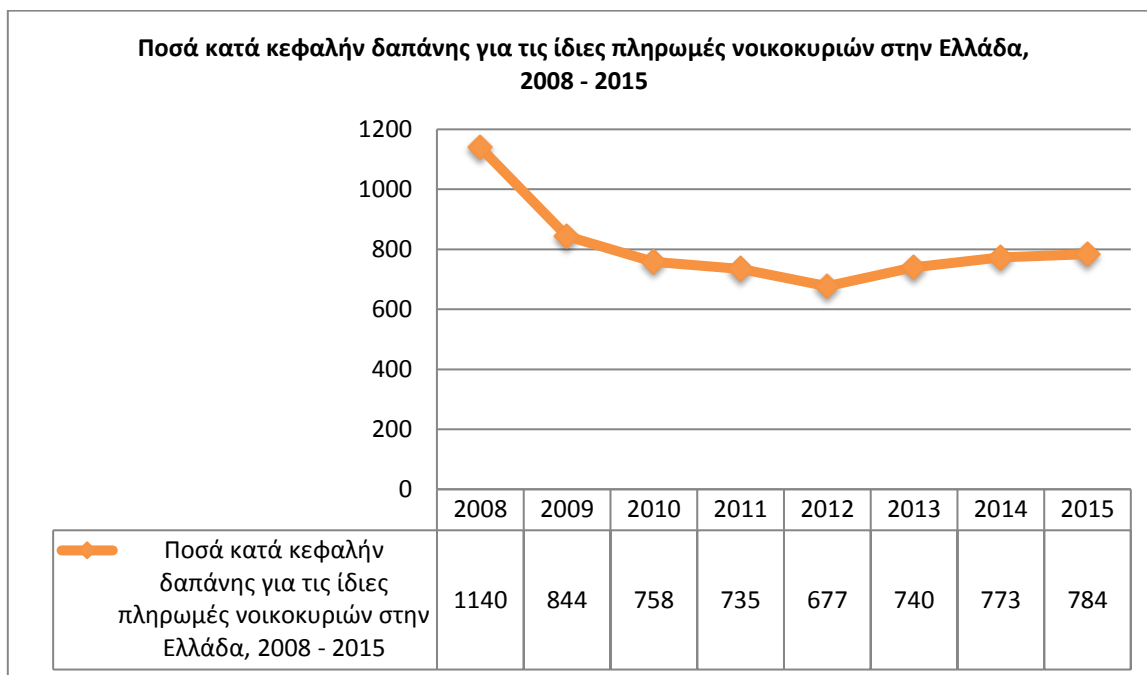
Ως κομμάτι της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, οι ίδιες πληρωμές έχουν επίσης επηρεαστεί από την προοδευτική μείωση στους προϋπολογισμούς των δημοσίων υγειονομικών δομών και των παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ως υπεύθυνου ασφαλιστικής αποζημίωσης υπηρεσιών και προϊόντων υγείας. Ως εκ τούτου, παρά τις δυσχέρειες στην οικονομική δυνατότητα των πολιτών, η κατάσταση αυτή εξελικτικά με τα χρόνια τους καλλιέργησε μια ορθότερη καταναλωτική συνείδηση, σε σημείο που να επικεντρώνουν τις δαπάνες τους σε υπηρεσίες εγνωσμένης αξίας και να διαθέτουν και μέρος από το εισόδημά τους για μια καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για αυτή την τροπή ευθύνεται και το κλίμα αβεβαιότητας το οποίο με τα χρόνια έχει δημιουργηθεί στη χώρα, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να προβαίνουν σε τέτοιου είδους κινήσεις για να εξασφαλιστούν όσο έχουν ακόμα αυτή τη δυνατότητα. Στα επόμενα γραφήματα απεικονίζεται η πορεία τόσο του ποσοστού επί της συνολικής ιδιωτικής χρηματοδότησης όσο και της κατά κεφαλήν δαπάνης των ιδίων πληρωμών των νοικοκυριών. Η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία ως δημοσιονομικό μέτρο που επέβαλαν οι δανειστές στην χώρας μας από το 2010 και μετά, είχε ως αποτέλεσμα την εκτόξευση του ποσοστού των ιδίων πληρωμών των νοικοκυριών ως μερίδιο επί των συνολικών από 28.1% το 2010 στο 36.8% το 2014, παρουσιάζοντας μία θεαματική αύξηση της τάξης του 30% περίπου.

Γράφημα 11: Οι ίδιες πληρωμές των νοικοκυριών στην Ελλάδα ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.



Πηγή: OECD Health Statistics 2017 – Frequently Requested Data

Γράφημα 12: Ποσά κατά κεφαλήν δαπάνης για τις ίδιες δαπάνες των νοικοκυριών στην Ελλάδα.



Πηγή: OECD Health Statistics 2017 – Frequently Requested Data

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα τα οποία μπορούν να εξαχθούν από την παραπάνω εργασία μπορούν να στηριχτούν σε δύο άξονες: τον τρόπο που χρηματοδοτούνται οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και τον αντίστοιχο τρόπο που χρηματοδοτούνται στον Ο.Ο.Σ.Α.

Αναφορικά με τον Ο.Ο.Σ.Α., παρατηρούμε ότι, παρ' όλο που υπάρχει μεγάλο εύρος ποσοστών τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική δαπάνη για την υγεία, και οι χρηματοδοτήσεις για τα κράτη – μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. αντιπροσωπεύουν ένα μέσο ποσοστό άνω του 70% από τον δημόσιο τομέα, οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι η μοναδική χώρα που εξαρτάται από τη δημόσια χρηματοδότηση σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τη ιδιωτική χρηματοδότηση (<50%). Αυτό συμβαίνει διότι το αμερικάνικο σύστημα υγείας θεωρείται το πλησιέστερο και πλέον αντιπροσωπευτικό του ελεύθερου - ιδιωτικού μοντέλου, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας.

Αποτελείται από υγειονομικά προγράμματα που χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από το προσωπικό εισόδημα των ατόμων, κάποια που χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή και πολιτειακή κυβέρνηση και άλλα που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Σχεδόν όλοι οι γιατροί είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με τις διάφορες ασφαλιστικές εταιρίες ή έμμισθοι των υπηρεσιών υγείας οι οποίες είναι αυτόνομοι οργανισμοί. Ο τομέας υγείας αποτελεί πολύ καλή πηγή για την αύξηση των κερδών των ιδιωτικών εταιριών, οι οποίες, εκμεταλλευόμενες το γεγονός ότι η υγεία αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό, επενδύουν μεγάλα ποσά στο χώρο αυτό. Έτσι δικαιολογούνται οι τεράστιες δαπάνες υγείας στις Η.Π.Α.

Όσον αφορά τώρα την Ελλάδα, το κλίμα δυσπιστίας το οποίο έχει καλλιεργηθεί στη σύγχρονη εποχή έχει άμεσο αντίκτυπο στα συγκριτικά πενιχρά ποσοστά ιδιωτικής ασφάλισης, κάτι που φαίνεται από το γεγονός ότι τα ποσοστά ήταν αμελητέα ακόμη και προ της κρίσης σε σχέση με άλλα συστήματα υγείας των κρατών-μελών του Ο.Α.Σ.Α. Αντιθέτως, η αβεβαιότητα που δημιουργήθηκε κατά την περίοδο της κρίσης, «έπλασε» κατά κάποιον τρόπο την καταναλωτική συνείδηση μιας μεγάλης μερίδας των πολιτών η οποία περιόρισε την αλόγιστη σπατάλη και κατευθύνθηκε προς πιο συνειδητές επενδύσεις τόσο για το παρόν όσο και για το μέλλον, πράγμα το οποίο καταδεικνύει η αύξηση των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας από την εποχή των μνημονίων και έπειτα. Χαρακτηριστικά, αξίζει να αναφερθεί η αύξηση των διαφημιστικών μηνυμάτων στα παραδοσιακά μέσα μαζικής ενημέρωσης και στο διαδίκτυο για ατομικές και ομαδικές ασφαλίσσεις υγείας, από πλήθος ασφαλιστικών εταιριών οι οποίες λειτουργούν στη χώρα μας.

Τα υψηλά επίπεδα των ιδίων πληρωμών των νοικοκυριών επί των συνολικών δαπανών στην Ελλάδα τα τελευταία έτη, πάνω από το 35%, λόγω των φειδωλών πολιτικών της δημόσιας χρηματοδότησης

στην υγεία, δικαιολογεί την αύξηση τα τελευταία τρία έτη του ποσοστού χρηματοδότησης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ως μία πολιτική αντιστάθμισης των πολιτών ενάντια στις ιδιωτικές πληρωμές για υγειονομικές υπηρεσίες. Είναι μία ένδειξη επικράτησης της λογικής ενός επιπλέον προ-πληρωμένου ασφαλιστικού μηχανισμού ενάντια στους κινδύνους υγείας (health risks) σε συνδυασμό με την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση στην χώρα μας, προκειμένου να επιτευχθεί για τα άτομα και τα νοικοκυριά ένας μεγαλύτερος βαθμός χρηματοοικονομικής προστασίας έναντι των ιδίων πληρωμών.

Πηγές

Βιβλιογραφία

- ✚ **Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H., Tsoukatos, E.** (2016), Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. *Health Policy*, 120(8), 948-959.
- ✚ **Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece.** Ilias Goranitis, Olga Siskou, Lycourgos Liaropoulos (2014)
- ✚ Hellenic Statistical Authority (ELSTAT). Quarterly national accounts.ELSTAT; 2012.
- ✚ International Monetary Fund. Greece, 2010
- ✚ Kaplanoglou G., Rapanos V.T., and T.C. Bardakas (2013), **Does fairness matter for the success of fiscal consolidation?**, Economics Discussion Report 2013/6, Department of Economics, University of Athens.
- ✚ **Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. and Katostaras, T.** (2008). Informal payments in public hospitals in Greece". *Health Policy*, Vol. 87, No.1, pp. 72–81.
- ✚ OECD (2014), Guidelines for the implementation of the System of Health Accounts (SHA) 2011 Framework for accounting health care financing
- ✚ OECD (2015), Financing of health care, in Health at a glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-62-en
- ✚ OECD Eurostat WHO (2017), Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF), in A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-9-en>
- ✚ OECD Health Statistics (2011)
- ✚ OECD Health Statistics (2015), Focus on health spending www.oecd.org/health
- ✚ OECD Health Statistics 2017 – Frequently Requested Data
- ✚ **Organization for Economic Co-operation and Development** (2011a). Classification of Health Care Providers (ICHA-HP)", pp. 121-190, in *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris.
- ✚ **Organization for Economic Co-operation and Development** (2011). Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF), pp. 153-191, in *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-9-en>
- ✚ **Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L.** (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, Vol.17(2), pp. 159-170.
- ✚ Southeast european times: **ΔΝΤ: η παγκόσμια οικονομία εισέρχεται σε μείζονα οικονομική ύφεση**, ανάκτηση 11/10/2008
- ✚ **Stepurko, T., Pavlova, M., Levenets, O., Gryga, I., & Groot, W.** (2013). Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine. *The International journal of health planning and management*, Vol.28(2), pp. e169-e187.

- ✚ **The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece.** Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Alexander Kentikelenis, Aris Sissouras, Anna Maresso (2001)
- ✚ Καθημερινή: **Αύξηση μετοχικού κεφαλαίου στη MIG ύψους 5 δισεκ. ευρώ**, ανάκτηση 6/10/2008
- ✚ Νιάκας Δ. (2014), **Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας**
- ✚ Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π.(2015), **Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα**, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- ✚ Πεχλιβανίδου, Π. (2017), **Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα**. Προβλήματα και προοπτικές, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
- ✚ Πριαγγέλου, Μ. (2014), **Η υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ: Συστήματα υγείας και δαπάνες**, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
- ✚ Ράλλη, Π. (2016), **Δαπάνες υγείας και σύγκλιση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, μια εμπειρική διερεύνηση**, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
- ✚ Σίσκου, Ο. (2006). **Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα**. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΠΑ)
- ✚ Τούντας, Γ. (2009), **Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής**, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Πηγές διαδικτύου (Internet)

- ✚ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- ✚ https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%AE%CF%82_%CF%87%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_2007-%CE%A4%CE%BF_%CF%87%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82_2008#%CE%A4%CE%BF_%CF%87%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82_2008
- ✚ https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%B1_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%8D%CF%86%CE%B5%CF%83%CE%B7_2008
- ✚ www.oecd.org/health
- ✚ <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-9-en>
- ✚ http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-62-en