

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης

Η μεγάλη ύφεση του 2008, όπως είναι φυσικό, επηρέασε τις ευρωπαϊκές οικονομίες καθώς ήταν υπεύθυνη για τη διόγκωση της ανεργίας, της φτώχειας και της αύξησης των δαπανών υγείας, ενώ επέφερε σημαντικές μειώσεις στα οικογενειακά έσοδα. Η βιβλιογραφική έρευνα βρίθει στοιχείων που συνδέουν την οικονομική δυσχέρεια των πολιτών με τη χαμηλή προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και με τη γενικότερη επιδείνωση των υγειονομικών δεικτών. Με κύρια συνιστώσα της μελέτης την παγκόσμια οικονομική ύφεση, πραγματοποιείται ανάλυση των συστημάτων υγείας ευρωπαϊκών χωρών όπως αυτά ανταποκρίθηκαν στα νέα δεδομένα που η οικονομική ύφεση δημιούργησε. Συγκεκριμένα, μελετώνται οικονομικοί δείκτες (ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, δαπάνη για την υγεία), υγειονομικοί δείκτες, ειδικά και γενικά χαρακτηριστικά των υγειονομικών συστημάτων (χρηματοδότηση, οργάνωση, απόδοση, κατανομή) για τη δομή και τη λειτουργία τους. Οι χώρες που εξετάζονται είναι η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Ιταλία, η Αυστρία, η Ρουμανία, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Κύπρος και η Ελλάδα. Κατά την ανάλυση, προκύπτει ότι το σύνολο των χωρών διαθέτει σύστημα υγείας είτε δημόσιο είτε κοινωνικής ασφάλισης είτε μεικτό. Οι περισσότερες από τις χώρες δίνουν σημαντική βαρύτητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη βελτίωσή της μέσω δυναμικών σχεδιασμών πολιτικής υγείας, εθνικών αλλά και ευρωπαϊκών. Σε καμιά από τις χώρες το σύστημα υγείας δεν έχει αμιγώς ιδιωτικό χαρακτήρα, αλλά αυτός λειτουργεί συμπληρωματικά. Επί πλέον, γίνεται αναφορά στη σοβαρότητα του ρόλου που διαδραματίζει η ιδιωτική ασφάλιση. Τέλος, καταδεικνύεται η σημαντικότητα των δεικτών υγείας στη σκιαγράφηση του υγειονομικού προφίλ κάθε χώρας και στη χάραξη τεκμηριωμένων πολιτικών υγείας, οι οποίες στηρίζονται στη συλλογή και στην ανάλυση στατιστικών δεδομένων. Όπως διαπιστώνεται, τα συστήματα είναι πλέον μεικτά, με προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και με ανθρωποκεντρική ταυτότητα και αποκεντρωτική λογική.

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρωτοφανούς σφοδρότητας χρηματοπιστωτική ύφεση δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο τον ευαίσθητο χώρο της υγείας. Η Ευρώπη είναι μια ήπειρος παραδοσιακά στηριζόμενη στο κοινωνικό κράτος –που είναι και ο ακρογωνιαίος λίθος των κρατικών συστημάτων–, στις αρχές της ισότητας, στην υγεία και στην κοινωνική δικαιοσύνη.<sup>1</sup>

Οι προκλήσεις και οι συνεχόμενες αλλαγές που επέβαλε με βιαιότητα η παγκόσμια ύφεση αποτυπώθηκαν στις οικονομίες των κρατών πιέζοντας τις κυβερνήσεις για

κάθετες αποφάσεις, εκφραζόμενες πολλές φορές με άμεση περιστολή υγειονομικών δαπανών, η οποία δεν είχε σε όλες τις περιπτώσεις εκκαθαριστικό χαρακτήρα.<sup>2</sup> Ενδεικτικό παράδειγμα των πιέσεων που δημιούργησε η κρίση είναι ότι από το 2007, 18 από τα 27 ευρωπαϊκά κράτη-μέλη έχουν υποστεί μείωση δαπανών για την υγεία.<sup>3</sup>

Στην Ευρώπη έχουν δημιουργηθεί και εξελιχθεί τα δύο πρότυπα συστήματα υγείας, το δημόσιο ή κρατικό και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με την Αγγλία και τη Γερμανία, αντίστοιχα, ως κύριους εκπροσώπους τους.<sup>4</sup> Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις των κρατών όπου τα συστήματα υγείας τους αποτελούν συνδυασμό των

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(5):588–598  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(5):588–598

Π. Αντωνίου,  
Κ. Σουλιώτης,  
Μ. Σαρίδη

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής  
Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,  
Κόρινθος

The development of European  
health systems during  
the economic crisis

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρητηρίου

Δαπάνες υγείας  
Δείκτες υγείας  
Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας  
Ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο  
Μεταρρυθμίσεις

Υποβλήθηκε 17.1.2021  
Εγκρίθηκε 28.2.2021

δύο ανωτέρω συστημάτων. Συγκεκριμένα, σε ορισμένες χώρες –συνήθως στη νότια Ευρώπη (Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία)– εγκαθίσταται στο ήδη υπάρχον σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και εθνικό σύστημα υγείας. Τα συστήματα αυτά χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο παροχών αλλά με ενδυναμωμένο τον ρόλο της οικογένειας, ο οποίος αντικαθιστά την κρατική μέριμνα.<sup>5</sup>

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ανάλυση ειδικών χαρακτηριστικών των συστημάτων υγείας ευρωπαϊκών χωρών επί μέρους, αλλά και η κατηγοριοποίηση και εξέταση των όποιων αντιθέσεων και ομοιοτήτων. Συγκεκριμένα, εξετάζονται οι τάσεις που δημιούργησε και οι αλλαγές που επέβαλε η οικονομική κρίση παγκοσμίως στα ευρωπαϊκά υγειονομικά σχήματα.

Τα στατιστικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν έχουν αντληθεί από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και τη Eurostat, ενώ η μελέτη είναι βασισμένη κυρίως στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία ιδίως από το 2008 μέχρι και το 2018, χρονικό διάστημα που καλύπτει τη δυσμενή παγκόσμια οικονομική συγκυρία. Η ανασκοπική μελέτη διεξήχθη με τη μέθοδο της περιγραφικής συγκριτικής ανάλυσης.

## 2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

### 2.1. Οι ιδιαιτερότητες του αγαθού υγεία – η πρόκληση της οικονομικής κρίσης

Τα συστήματα υγείας αποτελούν τις πλέον περίπλοκες μορφές οργάνωσης και διοίκησης. Ο διττός στόχος που καλούνται να εκπληρώσουν είναι από τη μια η διατήρηση του κοινωνικού τους χαρακτήρα και από την άλλη η οικονομική τους βιωσιμότητα. Αυτό το ιδιότυπο χαρακτηριστικό τα κατατάσσει στις διοικητικές δομές που δεν μπορούν να λειτουργήσουν σε απόλυτους κανόνες αγοράς.

Η διάθεση του αγαθού της υγείας δεν μπορεί να εξαρτάται από κανόνες κέρδους, δεν μπορεί να αποτιμηθεί σε πραγματικούς αριθμούς και εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να καλυφθεί από καμιά αγορά.<sup>6</sup> Οι καταναλωτές των υπηρεσιών δεν μπορούν να μειώσουν τη χρήση υπηρεσιών σε μια πιθανή αύξηση τιμών, καθότι η υγεία είναι ανελαστικό αγαθό. Συγκεκριμένα, όταν προκύψει μια ανάγκη για χρήση υπηρεσιών υγείας ο καταναλωτής δεν θα σκεφθεί το κόστος και θα καταναλώσει ακόμη και εάν αυτό σημαίνει ότι θα πληγεί οικονομικά, ακόμη και εάν το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο. Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει μεταβάλει τα δεδομένα, καθώς παρατηρείται ότι πολλοί πολίτες, ειδικότερα από τις χώρες της νότιας Ευρώπης που έχει επηρεαστεί σοβαρότερα, έχουν μειώ-

σει ή αναβάλει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας λόγω οικονομικής δυσχέρειας.<sup>7</sup>

### 2.2. Οι επιπτώσεις στην υγεία

Η ανεργία συνιστά σοβαρή συνέπεια της οικονομικής κρίσης και έχει σημαντική επίπτωση στην υγεία. Έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με αύξηση της θνησιμότητας κατά 20–25% και συνδέεται με ψυχικές διαταραχές, αυξημένη πρόσληψη τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού, οίνοπνεύματος, ουσιών.<sup>8</sup> Φτώχεια και δυσμενής υγεία είναι καταστάσεις που συνδυάζονται. Μια σειρά από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες επηρεάζουν μακροπρόθεσμα ή βραχυπρόθεσμα την υγεία του ατόμου.<sup>9</sup> Η πιθανή μείωση της υγείας του πληθυσμού λόγω δυσμενών συνθηκών (οικονομική κρίση, μετανάστευση, πόλεμος) ενδέχεται να επιφέρει καταστροφικά αποτελέσματα στην οικονομία ενός κράτους. Εκτός από τα πρώιμα δεινά που προκαλεί η κατάσταση της ασθένειας, την εξαθλίωση και την ταλαιπωρία ή και ενδεχομένως τον θάνατο, μια παρατεταμένη έκθεση σε συνθήκες φτώχειας πιθανόν εξελικτικά να διαβρώσει την οικονομία της κοινότητας.<sup>9</sup> Οι ασθένειες που δημιουργούνται από μια παρατεταμένη κατάσταση φτώχειας επιβαρύνουν το σύστημα υγείας με περαιτέρω έξοδα αλλά και απομονώνουν το άτομο, αφού το θέτουν εκτός εργασίας και μακροπρόθεσμα εκτός κοινωνίας και δραστηριοτήτων.<sup>10,11</sup>

## 3. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 3.1. Γερμανία

Η Γερμανία αποτελεί τη χώρα που εγκαθίδρυσε για πρώτη φορά σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Τα χαρακτηριστικά που το καθορίζουν είναι η συνύπαρξη ιδιωτικού με δημόσιο τομέα με ένα πολυδιάστατο χρηματοδοτικό σύστημα, κρατικά εξαρτώμενο. Οι βλαπτικές συνήθειες και ο επιβαρυντικός τρόπος ζωής των Γερμανών επηρεάζουν την υγεία τους και το υγειονομικό σύστημα οικονομικά. Η ανάγκη σχεδιασμού ενός συστήματος φιλικότερου προς την πρόληψη και την εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα υγείας συνιστά τον μακροπρόθεσμο στόχο της κυβέρνησης.<sup>14</sup>

Από το 2008 μέχρι και το 2018 το προσδόκιμο επιβίωσης από τα 80,2 έτη έχει αυξηθεί στα 81,1 έτη, απορρίπτοντας ίσως και τις υψηλές προσδοκίες που μπορεί να δημιουργεί ένα δαπανηρό σύστημα στα υγειονομικά αποτελέσματα.<sup>12</sup> Οι δημόσιες δαπάνες υγείας (κατά κεφαλήν) για το 2008 ανέρχονται στα 2.968 \$ και το 2016 στα 4.674 \$, καταγράφοντας μεγάλη αυξητική τάση.<sup>13</sup>

### 3.2. Ηνωμένο Βασίλειο

Το εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου βασίζεται στο πρότυπο σύστημα Beveridge, υψηλής κρατικής συμμετοχής και ολικής κάλυψης του πληθυσμού. Έχει δημιουργηθεί εμπνευσμένο από τις αρχές της καθολικότητας και της ισότητας στην προσβασιμότητα.

Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου παραμένει παρά τις οικονομικές αντιξοότητες ως ένα από τα πλέον οργανωμένα και αποδοτικά συστήματα υγείας και σημείο αναφοράς για τα υπόλοιπα παγκοσμίως. Η μεγάλη πρόκληση που έχει να αντιμετωπίσει μελλοντικά είναι η έξοδος του Ηνωμένου Βασιλείου από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και πώς αυτό το γεγονός θα επηρεάσει το σύστημα υγείας, καθώς το National Health System (NHS) είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης της Αγγλίας.<sup>15</sup>

Το προσδόκιμο ζωής βρίσκεται σε μια σταθερά ανοδική τροχιά τη δεκαετία 2008–2018, αφού από τα 79,8 έτη ανέρχεται στα 81,3.<sup>12</sup> Οι δημόσιες δαπάνες υγείας κατά κεφαλήν στο έτος 2008 έφθασαν τα 2.225 \$ και το 2018 τα 3.047 \$.<sup>13</sup>

### 3.3. Σουηδία

Οι Σουηδοί απολαμβάνουν υψηλού επιπέδου υγειονομικές υπηρεσίες. Το εθνικό σύστημα υγείας είναι οργανωμένο στην κορυφή, αλλά με αποκεντρωμένη φιλοσοφία. Το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών είναι δημόσιο και μικρό ποσοστό μετακυλά στους πολίτες με τη μορφή μιας μικρής συμμετοχής στις υπηρεσίες. Για τη διαχείριση του συστήματος έχει προκύψει στενή συνεργασία μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και των 21 περιφερειών. Το σουηδικό σύστημα υγείας θεωρείται εκ των κορυφαίων σε ποιότητα συστημάτων υγείας, με αδιαίρετη ισορροπία μεταξύ της ερευνητικής αριστείας και της κλινικής δράσης.<sup>16</sup>

Με αυξητική τάση καταγράφεται το ηλικιακό προσδόκιμο, καθώς από τα 81,3 έτη το 2008 ανήλθε στα 82,4 το 2017.<sup>12</sup> Επίσης, από το 2008–2016 η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία αυξήθηκε από 2.811 \$ στα 4.211 \$.<sup>13</sup>

### 3.4. Γαλλία

Η Γαλλία διαθέτει ένα ισχυρό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο, αν και πολυδάπανο, παρέχει ποιτικές υπηρεσίες στους πολίτες, και κατέχει μια από τις υψηλότερες θέσεις στο ηλικιακό προσδόκιμο στην ΕΕ. Υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ της δημόσιας και της ιδιωτικής ασφάλισης. Το 95% του πληθυσμού χρησιμοποιεί συνασφάλιση για ό,τι δεν καλύπτει ή καλύπτει μερικώς η κοινωνική ασφάλιση. Ο κρατικός παρεμβατισμός είναι

έντονος και υπάρχει ανάμειξη του κρατικού φορέα στην κοινωνική ασφάλιση, κάτι που γενικότερα δεν απαντάται σε τέτοιου τύπου συστήματα.<sup>17</sup>

Το προσδόκιμο ζωής το 2008 ανήλθε στα 81,4 έτη και το 2018 στα 82,8 έτη, παρουσιάζοντας αυξητικές τάσεις.<sup>12</sup> Το 2008 οι δαπάνες για την υγεία έφθασαν τα 2.859 \$ κατά κεφαλήν και το 2016 τα 4.024 \$.<sup>13</sup>

### 3.5. Ολλανδία

Το ολλανδικό σύστημα ασφάλισης είναι από τα πλέον δαπανηρά συστήματα του ΟΟΣΑ αλλά και εξαιρετικά ανταποδοτικό. Μέχρι και το 2006 το σύστημα στηριζόταν σχεδόν αποκλειστικά στη δημόσια ασφάλιση εκτός από κάποιες συγκεκριμένες εξαιρέσεις. Από το 2006 και μετά συνάπτονται συμφωνίες, βάσει των οποίων επιτυγχάνεται περιστολή δαπανών αλλά και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Οι πολίτες πληρώνουν βάσει κοινωνικών κριτηρίων την ιδιωτική τους ασφάλιση με κρατικές διευκολύνσεις (40% λαμβάνει επιδότηση για τις εισφορές του). Ιθύνουσας σημασίας είναι η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας για το σύστημα με υψηλής ποιότητας παρεχόμενη φροντίδα.<sup>18</sup>

Η Ολλανδία κατέχει μια από τις υψηλότερες θέσεις προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση, 81,6 έτη κατά το έτος 2017 από τα 78,4 έτη το 2008, σημειώνοντας αύξηση 3 ετών στο προσδόκιμο.<sup>12</sup> Το 2008 η Ολλανδία δαπάνησε 3.620 \$ σε δημόσιες δαπάνες υγείας (κατά κεφαλήν) και το 2016, 4.073 \$.<sup>13</sup>

### 3.6. Ιταλία

Το ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας συντηρείται κυρίως από τη φορολογία και στηρίζεται στην αρχή της αποκέντρωσης. Η κεντρική διοίκηση διαιρεί και διανέμει τη διαχείριση στις 19 περιφέρειες και είναι υπεύθυνη για τον προϋπολογισμό που κατανέμεται στην κάθε μία. Επίσης, είναι υπεύθυνη και για το ποσό των κοινωνικών εθνικών παροχών (essential level of care). Οι περιφέρειες κινούνται με μεγάλη αυτονομία ως προς τη διαχείριση και την κατανομή των υπηρεσιών.

Ενδυναμωμένος εμφανίζεται ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας και του γενικού ιατρού στο σύστημα. Παρέχονται οικονομικά κίνητρα για τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας σε διασυλλογικό επίπεδο. Η οικονομική κρίση επέβαλε περιστολή των υγειονομικών δαπανών και την ανάγκη για εξομάλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων μεταξύ των πτωχών και των πλούσιων περιοχών.<sup>19</sup>

Η Ιταλία εμφανίζει από τα υψηλότερα στην Ευρώπη και στον ΟΟΣΑ προσδόκιμα επιβίωσης με 78,9 έτη το 2008 και 81 έτη το 2018.<sup>12</sup> Το ιταλικό κράτος δαπάνησε 2.278 \$ (κατά κεφαλήν) για την υγεία το 2008 και 2.436 \$ το 2016.<sup>13</sup>

### 3.7. Αυστρία

Το αυστριακό σύστημα υγείας έχει μια περίπλοκη δομή, η οποία βασίζεται στον διαχωρισμό του κράτους σε ομόσπονδα κρατίδια, τα οποία με τη σειρά τους χωρίζονται σε περιφέρειες. Οι αρμοδιότητες διαμοιράζονται ανάμεσα στην ομοσπονδία και στις περιφέρειες. Τα έσοδα των κοινωνικών εισφορών αποτελούν τη βασική πηγή χρηματοδότησης, ενώ η κάλυψη είναι καθολική.<sup>20</sup>

Το προσδόκιμο ζωής είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ. Το 2008 ήταν 80,4 έτη και το 2016 ανήλθε στα 81,7 έτη, συνολικά για άνδρες και γυναίκες.<sup>12</sup> Όσο για τις δημόσιες υγείας κατά κεφαλήν, το αυστριακό κράτος δαπάνησε 3.005 \$ το έτος 2008 και 3.794 \$ το 2016.<sup>13</sup>

### 3.8. Ρουμανία

Στην ήδη υπάρχουσα κοινωνική και πολιτική αστάθεια της χώρας έρχονται να προστεθούν και τα προβλήματα που δημιουργεί η οικονομική κρίση. Για το 2016 το ποσοστό φτώχειας προσέγγισε το 20% του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας στη Ρουμανία είναι συγκεντρωτικό, με τις αποφάσεις να λαμβάνονται από την κορυφή προς τα κάτω. Το 80% των δαπανών προέρχονται από το κράτος και παρατηρείται ένα από τα υψηλότερα ποσοστά απ' ευθείας πληρωμών (out-of-pocket).<sup>21</sup>

Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά με την πάροδο των ετών, παραμένει όμως σταθερά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Τα παρεχόμενα στατιστικά στοιχεία για τη χώρα είναι ελλιπή. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία το 2008 ήταν 679 \$ κατά κεφαλήν και το 2016 αυξήθηκαν στα 963 \$.<sup>13</sup>

### 3.9. Πολωνία

Το πολωνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι επιφορτισμένο με την ιδιότητα του γενικού παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι υποχρεωτική, οι ελλείψεις όμως λόγω της υποχρηματοδότησης παραμένουν έκδηλες. Το 70% του συνόλου των δαπανών προέρχονται από δημόσια έσοδα, ενώ το 23% από ιδιωτικές δαπάνες.<sup>22</sup>

Προβλήματα όπως η προσβασιμότητα και οι μεγάλες καθυστερήσεις αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης και

μετάβασης σε ένα περισσότερο ασφαλές –με βαρύτητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη– σύστημα.

Από το 2000–2015 το ηλικιακό προσδόκιμο έχει αυξηθεί κατά 4 έτη. Το 2008 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν 75,70 έτη και το 2018 ανήλθε στα 77,7 έτη.<sup>12</sup> Αντίστοιχα, το 2008 η Πολωνία δαπάνησε για την υγεία 876 \$ κατά κεφαλήν και το 2016, 1.338 \$.<sup>13</sup>

### 3.10. Πορτογαλία

Το εθνικό σύστημα της Πορτογαλίας συντηρείται οικονομικά από τη φορολογία και είναι προσβάσιμο σε όλους τους πολίτες άσχετα με την οικονομική τους κατάσταση. Υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με τη συνύπαρξη πολλών υποσυστημάτων ασφάλισης για συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών. Συμπληρωματικά, η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει εξειδικευμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) διαδραματίζει βασικό ρόλο στο σύστημα υγείας και μάλιστα οι περιφέρειες είναι αποκλειστικά υπεύθυνες για την οικονομική διαχείρισή της. Η οικονομική κρίση έφερε τα ζητήματα της ποιότητας, της σταθερότητας και της ασφάλειας στην πρώτη θέση της συζήτησης για τους επιθυμητούς στόχους για την υγεία. Το πορτογαλικό σύστημα υγείας κατορθώνει, μειώνοντας τον προϋπολογισμό, να παραμείνει αποδοτικό.<sup>23</sup>

Το έτος 2008 η Πορτογαλία έφθασε στα 79,50 έτη προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση και το 2017, παρά τη δύσκολη δεκαετία της κρίσης, στα 81,5 έτη.<sup>12</sup> Το 2008 οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ανήλθαν σε 1.631 \$ και το 2016 σε 1.768 \$ κατά κεφαλήν.<sup>13</sup>

### 3.11. Ισπανία

Το σύστημα της Ισπανίας χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία, είναι αποκεντρωμένο, με κρατική όμως καθοδήγηση. Είναι διαιρεμένο σε 17 δήμους, οι οποίοι και διοικούνται με αυτονομία, ενώ το Υπουργείο Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας παρεμβαίνει με στρατηγικές σε συγκεκριμένα πεδία.

Η Ισπανία, όπως και οι περισσότερες χώρες του Νότου, συρρίκνωσε το ποσοστό που δαπανούσε για την υγεία. Ο συνδυασμός υψηλού προσδόκιμου ζωής και χαμηλού αριθμού γεννήσεων έχει οδηγήσει στην ύπαρξη ενός γηρασμένου πληθυσμού με υψηλές υγειονομικές ανάγκες.<sup>24</sup>

Από το 2008–2018 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ακολούθησε μια σταθερά ανοδική πορεία, από τα 81,5 στα 83,4 έτη.<sup>12</sup> Το 2008 οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανέρχονταν στα 1.957 \$ κατά κεφαλήν και το 2016 έφθασαν στα 2.207 \$.<sup>13</sup>

### 3.12. Κύπρος

Το σύστημα υγείας της Κύπρου χαρακτηρίζεται από έλλειψη συντονισμού και στόχων σε μια άκαρπη προσπάθεια να λειτουργήσει ένας υποτυπώδης δημόσιος τομέας μαζί με έναν εγκαθιδρυμένο ιδιωτικό. Το σύστημα υγείας της Κύπρου θεωρείται «δημόσιου χαρακτήρα», έχει όμως το υψηλότερο ποσοστό πολιτών στην ΕΕ που δεν καλύπτονται ασφαλιστικά και είναι αναγκασμένοι είτε να πληρώνουν το ποσό που καθορίζει η κυβέρνηση είτε να επιλέξουν την ιδιωτική ασφάλιση.

Η ανάγκη για ένα οργανωμένο σύστημα υγείας διαφαινόταν ήδη από τη δεκαετία του 1990, και μετά από πολυετείς συζητήσεις το 2017 ψηφίστηκε νομοσχέδιο για τη δημιουργία ενός κεντρικού κρατικού φορέα με την καταλυτική συμμετοχή του ιδιωτικού.<sup>25</sup>

Τα στατιστικά στοιχεία που παρέχονται είναι περιορισμένα και για τον ιδιωτικό τομέα ειδικότερα, ανύπαρκτα. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη (81,8 έτη το 2019), γεγονός που κυρίως οφείλεται στη μεσογειακή διατροφή και στον τρόπο ζωής των Κυπρίων. Για το 2008 το κράτος δαπάνησε για την υγεία 856 \$ κατά κεφαλήν και το 2016, 922 \$.<sup>13</sup>

### 3.13. Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι ο συνδυασμός εγκαθιδρυμένης κοινωνικής ασφάλισης με χρηματοδότηση μέσω φορολογίας και ενός ασυνήθιστα υψηλού ποσοστού απ' ευθείας πληρωμών για δημόσιο σύστημα.

Αλλαγή ορόσημο αποτέλεσε η κατάργηση των κατακερματισμένων ασφαλιστικών ταμείων και η δημιουργία ενός ενιαίου παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών – ενός συγκεντρωτικού ταμείου– του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).<sup>26</sup>

Όσον αφορά στο ηλικιακό προσδόκιμο, η Ελλάδα εμφανίζει μια από τις υψηλότερες τιμές: το 2008 ήταν 80,3 έτη και το 2018 έφθασε τα 81,4 έτη.<sup>12</sup> Οι δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες για το 2008 ανήλθαν στα 1.653 \$, ενώ το 2016 περιορίστηκαν μόλις στα 1.340 \$ κατά κεφαλήν.<sup>13</sup> Η Ελλάδα είναι μια χώρα η οποία επηρεάστηκε όσο λίγες στην ΕΕ από την οικονομική κρίση, στοιχείο που αποτυπώνεται στους περισσότερους δείκτες, σχετιζόμενους με την υγεία.

## 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1. Δείκτες υγείας

Είναι αποδεκτό ότι ο ορισμός της έννοιας της υγείας ή

της ασθένειας είναι πολυσύνθετος και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, βιολογικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, οι οποίοι και διαμορφώνουν το αποτέλεσμα. Η μέτρηση και η μελέτη των παραγόντων αυτών θα συνδράμει στη χαρτογράφηση και στην κατανόηση των παραμέτρων που θα οδηγήσουν στον σχεδιασμό έγκυρων πολιτικών υγείας. Οι δείκτες υγείας μπορεί να αξιολογούν έναν συγκεκριμένο πληθυσμό σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία επιδημιολογικών προτύπων, συνθέτοντας έτσι μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις παρεμβάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν σχετικά με τη βελτίωση της υγείας.<sup>27</sup> Οι δείκτες χωρίζονται σε (α) θετικούς: προσδόκιμο ζωής, προσδόκιμο ζωής υγιών ατόμων >65 ετών, (β) αρνητικούς: χαμένα έτη ζωής (από παράγοντες που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί) και (γ) οικονομικούς και διοικητικούς: ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), δημόσιες δαπάνες υγείας.<sup>50</sup>

### 4.2. Κατηγοριοποίηση χωρών – ανάλυση ειδικών χαρακτηριστικών

Οι χώρες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Στη συγκριτική ανάλυση που ακολουθεί, το κριτήριο διαχωρισμού είναι το εθνικό εγχώριο προϊόν (πλούσιες, μεσαίες-πτωχές). Το διαχωριστικό όριο είναι ο μέσος όρος του εθνικού εγχώριου προϊόντος κατά κεφαλήν της ΕΕ για το 2016, που ανέρχεται στα 40.875 \$.<sup>29</sup> Οι χώρες με εθνικό εγχώριο προϊόν πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ θα χαρακτηρίζονται ως πλούσιες και αυτές κάτω του μέσου όρου ως μεσαίες-πτωχές. Στις πλούσιες χώρες περιλαμβάνονται η Αυστρία, η Ολλανδία, η Γερμανία, η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία, και στις μεσαίες-πτωχές η Ιταλία, η Ισπανία, η Κύπρος, η Πορτογαλία, η Πολωνία, η Ελλάδα και η Ρουμανία.

**4.2.1. Πλούσιες χώρες.** Στην ομάδα των πλούσιων χωρών κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά βάσει ΑΕΠ (πίν. 1) η Αυστρία με 52.614 \$, η Ολλανδία με 52.284 \$, η Γερμανία με 50.564 \$, η Σουηδία με 50.433 \$, το Ηνωμένο Βασίλειο με 44.138 \$ και, τέλος, η Γαλλία με 42.853 \$.<sup>29</sup>

Ένας από τους πλέον ολοκληρωμένους θετικούς δείκτες υγείας είναι και το προσδόκιμο ζωής των ατόμων κατά τη γέννηση, καθώς χρησιμοποιείται κατά κόρον για την περιγραφή του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Υπάρχουν διεθνείς έρευνες που επιβεβαιώνουν τη σύνδεση μεταξύ πλούτου και καλής υγείας, αποδεικνύοντας ότι οι περισσότεροι δείκτες υγείας βελτιώνονται σε συνθήκες οικονομικής ευρωστίας.<sup>27</sup> Κατά τις αναλύσεις των χαρακτηριστικών και της δομής των ανωτέρω συστημάτων προκύπτει ότι οι δείκτες υγείας εξαρτώνται και από άλλους παράγοντες, εκτός του ΑΕΠ της χώρας, όπως ο τρόπος ζωής και οι συνήθειες που σχετίζονται με την υγεία, π.χ. η κατανάλωση οινοπνεύματος, το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Χώρες	ΑΕΠ κατά κεφαλήν χιλιάδες \$*	Πρώιμη θνησιμότητα (έτη)*	Δομή συστήματος υγείας	Τυπολογία συστήματος	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Ιδιωτικές δαπάνες υγείας εκ του συνόλου*	Ιδιωτική ασφάλιση
Αυστρία	52.614	3,9	Αποκεντρωμένο σύστημα κράτος-φορείς	Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης	Ισχυρή	26,2%	Υπό προϋποθέσεις, συμπληρωματικές
Ολλανδία	52.284	3,5	Αποκεντρωμένο – πολυεπίπεδη συνεργασία	Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης	Ισχυρή	18,8%	Βασικός ρόλος
Γερμανία	50.564	4,2	Κρατικό νομικό πλαίσιο – διακυβέρνηση από ανεξάρτητες αρχές	Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης	Χρήζει ενδυνάμωσης	15,8%	Χρηματοδοτικός εταίρος του συστήματος υγείας
Σουηδία	50.433	3,3	Αποκεντρωμένο σύστημα – ισχυρή οργάνωση	Εθνικό σύστημα υγείας	Υψηλής ποιότητας	16,6%	Ραγδαίως αυξανόμενη αγορά
Ηνωμένο Βασίλειο	44.138	4,2	4 συστήματα υπό την αιγίδα του NHS	Εθνικό σύστημα υγείας	Ισχυρή	20,5%	Συμπληρωματικός ρόλος με βαρύτητα
Γαλλία	42.853	4,2	Συγκεντρωτικό σύστημα	Κοινωνικό σύστημα ασφάλισης με κρατική εποπτεία	Ιδιωτικά συνήθως	16,9%	Συμπληρωματικά σε υπηρεσίες και αγαθά
Ιταλία	39.045	3,3	Υψηλά αποκεντρωμένο	Εθνικό σύστημα υγείας	Ισχυρή	24,4%	Περιορισμένη χρήση
Ισπανία	36.743	3,3	Αποκεντρωμένο με κρατικό συντονισμό	Εθνικό σύστημα υγείας	Πλουραλισμός	28,9%	Αυξάνει επιλογές Μειώνει αναμονή
Κύπρος	33.067	**	Συγκεντρωτικό	Περιορισμένης δυναμικότητας δημόσιο σύστημα	Χρήζει οργάνωσης-μεγάλοι χρόνοι αναμονής	**	Παράλληλη λειτουργία με το δημόσιο σύστημα υγείας
Πορτογαλία	31.042	4,1	Θεωρητικά αποκεντρωμένο (περιφέρειες) στην πράξη συγκεντρωτικό	Εθνικό σύστημα υγείας με στοιχειά κοινωνικής ασφάλισης	Ισχυρή	38,5%	Περιορίζεται σε συγκεκριμένες εργασιακές ομάδες
Πολωνία	27.406	6,6	Αποκεντρωμένο (περιφέρειες – κράτος)	Κοινωνική ασφάλιση	Συνεχής διεύρυνση του ρόλου της	30,2%	Μικρή συμμετοχή
Ελλάδα	27.274	4,3	Συγκεντρωτικό σύστημα	Μεικτό σύστημα	Ανάγκη εκσυγχρονισμού	38,7%	Συμπληρωματικά
Ρουμανία	23.863	**	Συγκεντρωτικό σύστημα	Εθνικό σύστημα υγείας	**	**	**

\* 2016. \*\* Έλλειψη στοιχείων

ΑΕΠ: Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, NHS: National Health System

Πηγή: OECD countries health profile (2017–2019)

Η υψηλότερη τιμή προσδόκιμου ζωής (πίν. 1) καταγράφεται στη Γαλλία με 82,6 έτη και ακολουθούν κατά φθίνουσα σειρά η Σουηδία με 82,4 έτη, η Αυστρία με 81,7 έτη και η Ολλανδία με 81 έτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Γερμανία, η οποία διαθέτει το μεγαλύτερο ποσοστό δημόσιων δαπανών για την υγεία, καταλαμβάνει την τελευταία θέση στην ομάδα των πλουσίων χωρών ως προς το προσδόκιμο ζωής.<sup>12</sup>

Ο επόμενος δείκτης που εξετάζεται είναι ο αρνητικός δείκτης υγείας χαμένων ετών ζωής, ο οποίος καθορίζει την πρώιμη θνησιμότητα (από διάφορους παράγοντες) που θα μπορούσε να έχει προληφθεί. Η υψηλότερη τιμή

απολεσθέντων ετών καταγράφεται στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γαλλία και τη Γερμανία, με 4,2 έτη. Το αποτέλεσμα αυτό καταδεικνύει τη σημασία και άλλων παραγόντων εκτός από την οικονομία μιας χώρας, όπως είναι οι παράγοντες συμπεριφοράς. Οι πολίτες των ανωτέρω χωρών ακολουθούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής, ο οποίος και επηρεάζει άμεσα την υγεία τους. Ακολουθούν η Αυστρία με 3,9 έτη, η Ολλανδία με 3,5 έτη και τελευταία η Σουηδία με 3,3 έτη, από τις χαμηλότερες τιμές στην Ευρώπη.<sup>30</sup>

Οι παράγοντες κινδύνου είναι συμπεριφορές και συνήθειες που επηρεάζουν άμεσα το υγειονομικό προφίλ

ενός πληθυσμού. Παραδείγματα τέτοιων παραγόντων θεωρούνται το κάπνισμα, το οινόπνευμα, οι κακές διατροφικές συνήθειες κ.ά. και είναι υπεύθυνοι για μια σειρά θανατηφόρων ασθενειών και αναπηριών, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η παθολογική παχυσαρκία, ο καρκίνος, η κίρρωση του ήπατος, αλλά και επικίνδυνων συμπεριφορών όπως η πρόκληση βίας, οι αυτοκτονίες και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα.<sup>28</sup>

Ο πρώτος παράγοντας που θα μελετηθεί είναι η κατανάλωση οινοπνεύματος. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από τον ΟΟΣΑ και ο δείκτης ορίζεται ως η ετήσια κατά κεφαλήν πώληση σε L ανά άτομο ηλικίας >15 ετών (2016). Τη μεγαλύτερη κατανάλωση έχει η Αυστρία, με ένα υψηλό ποσοστό της τάξης των 11,8 L κατά κεφαλήν, και ακολουθεί η Γαλλία με 11,7 L. Είναι η δεύτερη και τρίτη χώρα ευρωπαϊκά με το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης. Ακολουθούν με 10,9 L η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο με 9,5 L, η Ολλανδία με 8,2 L και η Σουηδία με 7,2 L, που είναι και η δεύτερη χαμηλότερη σε όλη την Ευρώπη.<sup>31</sup>

Ο επόμενος παράγοντας επικινδυνότητας είναι το κάπνισμα. Ο συγκεκριμένος παράγοντας ορίζεται ως το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν καθημερινά από την ηλικία των 15 ετών και άνω. Η Αυστρία, με ποσοστό 24,2%, κατέχει τα «σκήπτρα» σε ολόκληρη την Ευρώπη. Ακολουθούν η Γαλλία με ποσοστό 22,4%, η Ολλανδία με 19,1% και το Ηνωμένο Βασίλειο με 19%. Η Σουηδία βρίσκεται στην τελευταία θέση της ομάδας αλλά και της Ευρώπης με το χαμηλότερο ποσοστό καπνιζόντων, 11,9%. Για τη Γερμανία δεν υπάρχουν στοιχεία.<sup>32</sup>

Στο Ηνωμένο Βασίλειο συναντάται το υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας (2014) στον πληθυσμό (προσεγγίζει το 20% του πληθυσμού). Ακολουθούν η Γερμανία με 16,4%, η Γαλλία με 14,7%, η Αυστρία με 14,3%, η Σουηδία με 13,4% και η Ολλανδία με 12,9%. Ο μέσος όρος της ΕΕ για την παχυσαρκία βρίσκεται στο 15,4%.<sup>33</sup>

**4.2.2. Μεσαίες-πτωχές χώρες.** Στην ομάδα των χωρών που βρίσκονται κάτω από τον μέσο όρο του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (2016) της ΕΕ (πίν. 1) κατά φθίνουσα σειρά κατατάσσονται η Ιταλία με 39.918 \$, η Ισπανία με 37.709 \$, η Κύπρος με 35.609 \$, η Πορτογαλία με 31.604 \$, η Πολωνία με 27.947 \$, η Ελλάδα με 27.823 \$ και τελευταία η Ρουμανία με 24.311 \$ (το δεύτερο χαμηλότερο ποσό στην ΕΕ).<sup>26</sup>

Στον πρώτο θετικό δείκτη, που είναι το προσδόκιμο ζωής, η Ισπανία με 83,4 έτη και η Ιταλία με 83,3 έτη σημειώνουν τις υψηλότερες τιμές στο σύνολο της Ευρώπης. Ο μεσογειακός τρόπος ζωής και οι συνθήκες διατροφής «εκτοξεύουν» το προσδόκιμο ζωής πάνω και από χώρες με συστήματα πρότυπα και ισχυρές οικονομίες. Ακολουθεί λίγο

χαμηλότερα η Ελλάδα με 81,5 έτη και η Πορτογαλία με 81,2 έτη, καθώς και η Πολωνία αρκετά χαμηλότερα με 78 έτη. Για τη Ρουμανία και την Κύπρο δεν παρέχονται στοιχεία.<sup>12</sup>

Για τον αρνητικό δείκτη υγείας ως προς τα χαμένα έτη ζωής, η Πολωνία καταλαμβάνει την πρώτη θέση με 6,6 έτη, ακολουθεί η Ελλάδα με 4,3 έτη, η Πορτογαλία με 4,1 έτη και η Ιταλία και η Ισπανία με 3,3 έτη, οι οποίες βρίσκονται και στις χαμηλότερες θέσεις για την Ευρώπη. Για την Κύπρο και τη Ρουμανία δεν παρέχονται στοιχεία.<sup>30</sup>

Στην κατανάλωση οινοπνεύματος (ετησίως, >15 ετών, 2016) η Πορτογαλία βρίσκεται στην πρώτη θέση με 10,7 L και ακολουθούν η Πολωνία με 10,5 L, η Ισπανία με 8,6 L και η Ιταλία με 7,6 L. Στην τελευταία θέση με τη χαμηλότερη κατανάλωση οινοπνεύματος βρίσκεται η Ελλάδα με 6,5 L. Για την Κύπρο και τη Ρουμανία δεν υπάρχουν στοιχεία.<sup>31</sup>

Για τον παράγοντα κινδύνου του καπνίσματος (2016) η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση με ποσοστό 27,3% (το υψηλότερο στην Ευρώπη) και ακολουθούν η Κύπρος με 25,7%, η Ισπανία με 23%, η Πολωνία με 22,7%, η Ρουμανία με 19,8%, η Ιταλία με 19,7% και τελευταία η Πορτογαλία με 16,8%.<sup>32</sup>

Για το σύνολο των ηλικιών, για τον δείκτη της παχυσαρκίας (2014) η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση με 16,9% του πληθυσμού και πάνω από τον μέσο όρο της Ευρώπης (15,4%). Ακολουθούν η Πολωνία με 16,7%, η Ισπανία με 16,2%, η Πορτογαλία με 16,1%, η Ιταλία με 10,5% και τελευταία η Ρουμανία με 9,1% του πληθυσμού.<sup>33</sup>

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθώς η οικονομία ταλανιζόταν από την παγκόσμια κρίση, οι ραγδαίες επιπτώσεις της δεν άργησαν να εμφανιστούν και στον κοινωνικό τομέα. Διαφαίνεται ειδικότερα η πίεση που δέχεται το οικονομικό σύστημα για την εξεύρεση 1,1 τρισεκατομμυρίου \$ σε δανειοδοτήσεις, τα οποία θα εξασφαλίσουν την ορθή λειτουργία της θεραπευτικής δραστηριότητας.<sup>9</sup> Μελέτη για την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις της αναφέρει ότι τα δημόσια ελλείμματα αυξάνονται συνεχώς, με την ιδιωτική φροντίδα να αντιμετωπίζει προβλήματα ρευστότητας και ρύθμισης δανειακών αναγκών.<sup>8</sup> Η ένδεια προκαλεί και αύξηση της ζήτησης υγειονομικών υπηρεσιών, ειδικότερα μέσω των δημόσιων υγειονομικών ιδρυμάτων, καθώς οι πολίτες θα επιλέξουν παροχές για τις οποίες θα είναι καλυμμένοι ασφαλιστικά ή θα αποδεχθούν ένα μικρό ποσοστό συμμετοχής και δεν θα χρειαστεί να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα υγείας.<sup>47</sup> Ειδικότερα για τα συστήματα υγείας και τις οικονομικές πιέσεις που έχουν δημιουργηθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης, εξετάζεται το ενδεχόμενο της

μείωσης της δαπάνης υγείας, ιδίως των πτωχότερων χωρών. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε με άμεση μείωση των δημοσίων δαπανών λόγω περικοπών ή της μείωσης του ΑΕΠ, είτε με τη διακοπή της οικονομικής βοήθειας από πλουσιότερα κράτη. Σε οικονομίες μέσης και χαμηλής ανάπτυξης, η μείωση ενός ήδη χαμηλού ποσοστού δημόσιας δαπάνης για την υγεία μπορεί να οδηγήσει σε ελλείμματα σε βασικές υγειονομικές παροχές, όπως στους εμβολιασμούς. Η αντίδραση της ΕΕ στηρίζεται στο σχέδιο για ανάκαμψη που είχε κατατεθεί το 2008. Οι κοινοί στόχοι για την αντιμετώπιση της κρίσης μέσω του στρατηγικού σχεδιασμού μακροπρόθεσμης πολιτικής επιτάσσουν τόνωση της αγοράς και της απασχόλησης με την εισαγωγή ρευστότητας, λαμβάνοντας υπ' όψιν και τις συνθήκες δημοσιονομικής πειθαρχίας που δημιούργησε το σύμφωνο σταθερότητας.<sup>39</sup>

Σύμφωνα με έρευνα του ΟΟΣΑ για την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, οι οικονομικές πιέσεις που δέχονται οι εθνικές οικονομίες είναι τεράστιες. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία κατέχουν ένα από τα υψηλότερα ποσοστά κρατικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ, και οι εκτιμήσεις του Οργανισμού είναι ότι έως το 2050 το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί από 3,3–6 ποσοστιαίες μονάδες. Η εν λόγω αύξηση έρχεται να επιβεβαιώσει τις ανάγκες που έχουν δημιουργήσει τα νέα επιδημιολογικά πρότυπα, το κόστος ανάπτυξης και η ακριβή τεχνολογία.<sup>37</sup>

Η μελέτη των συστημάτων δεν πρέπει να προσβλέπει στην ανάδειξη του αποτελεσματικότερου συστήματος, αλλά ουσιαστικά στη βελτίωση των χαρακτηριστικών κατά τόπους, που θα τα καταστήσουν αποδοτικότερα. Όπως προκύπτει από τα προαναφερθέντα αλλά και σύμφωνα με παλαιότερη συγκριτική ανάλυση συστημάτων υγείας ανεπτυγμένων χωρών, παρατηρείται εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων και στροφή σε μεικτά, πλουραλιστικά συστήματα υγείας.<sup>34,48</sup>

Ο ιδιωτικός τομέας, όπως αποδείχθηκε από την καταγραφή των στοιχείων των χωρών, φαίνεται να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο (πίν. 1). Μάλιστα, σε κάποιες από αυτές, όπως την Ολλανδία ή την Γερμανία, αποτελεί πηγή συγχρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης.<sup>35</sup> Τα συστήματα υγείας πρέπει να υπεραμυνθούν αυτών των δημογραφικών, οικονομικών αλλαγών, οι οποίες κατευθύνουν τον σχεδιασμό της πολιτικής υγείας. Για παράδειγμα, η αλλαγή του δημογραφικού προτύπου και η αύξηση του γηράσκοντος πληθυσμού (επιμήκυνση προσδόκιμου ζωής, μείωση των γεννήσεων) έχουν φέρει στο στόχαστρο της μελέτης τη μακροχρόνια περίθαλψη, η οποία είναι ιδιαίτερα δαπανηρή. Κάποιες χώρες αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις αυτές προσπαθώντας να ισορροπήσουν τη δαπάνη με τα αποτελέσματα.<sup>49</sup> Η Γερμανία χρησιμοποιεί τη δημόσια ασφάλιση

μαζί με την ιδιωτική, η Ολλανδία την ιδιωτική ασφάλιση με κρατική επιδότηση, η Αυστρία χορηγεί κάποια επιδόματα τα οποία χρηματοδοτούνται από φόρους, η Σουηδία παρέχει κάποιες εξειδικευμένες υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται και αυτές στοχευμένα μέσω φορολογίας.<sup>35</sup> Ο ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο σε όλα τα συστήματα, αλλά η συγκεκριμένη διαδικασία θα πρέπει να ενταχθεί και να υποστηριχθεί από τον κρατικό σχεδιασμό εξετάζοντάς την ως μια λύση συνεργασίας και αποσυμφόρησης.

Η οικονομική κρίση έφερε και κοινωνική αστάθεια, με τον δείκτη ανεργίας να εκτινάσσεται. Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε αύξηση του δείκτη ανεργίας κατά τα έτη της κρίσης, και ειδικότερα στις χώρες της νότιας Ευρώπης ο δείκτης κινείτο αρκετά υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ και του ΟΟΣΑ.<sup>39</sup> Ο δείκτης ανεργίας συνδέεται άμεσα με τον δείκτη θνησιμότητας.<sup>36–40</sup> Συγκεκριμένα, για κάθε 1% αύξηση της ανεργίας παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας κατά 2,18%.<sup>8</sup>

Από τη συγκριτική ανάλυση αναδεικνύονται οι ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στις πλουσιότερες και στις πτωχότερες χώρες. Από την ανάλυση των χαρακτηριστικών και το επιδημιολογικό προφίλ που προκύπτει φαίνεται ότι ο πλούτος δεν είναι πάντα δείκτης καλής υγείας και υγιεινών συμπεριφορών. Οι αυξημένες τιμές σε παράγοντες επικινδυνότητας (κάπνισμα, παχυσαρκία, κατανάλωση οινοπνεύματος) σε ανεπτυγμένες χώρες, όπως επιβεβαιώνεται και από έρευνες,<sup>43,44</sup> και οι συνθήκες ζωής σε περιοχές με οικονομική ανάπτυξη είναι υπεύθυνες για την αύξηση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα.<sup>45,46,49</sup>

## 6. ΣΥΝΟΨΗ

Η στροφή σε υγειονομικά σχήματα πλουραλιστικά και αποκεντρωμένα, που συνδυάζουν αποδοτικότητα και έλεγχο των οικονομικών, είναι μια πολιτική υγείας προσαρμοσμένη στα νέα δεδομένα (πίν. 1). Καθώς η πολιτική και τα οικονομικά της υγείας εμπλέκονται ολοένα και περισσότερο στον σχεδιασμό που βασίζεται σε τεκμήρια, ο σχεδιασμός αυτός γίνεται όλο και πιο ακριβής, εξειδικευμένος και αποδοτικός. Τα ερωτήματα για το διαχειριστικό πλάνο που θα πρέπει να ακολουθηθεί, αλλά και για το ποια οφείλει να είναι, τελικά, η φύση του αγαθού της υγείας (δημόσια ή ιδιωτική) διαρκώς πληθαίνουν. Το ζητούμενο δεν είναι η αδιέξοδη κατασπατάληση δημόσιου χρήματος, αλλά ούτε και η στυγνή εμπορευματοποίηση της υγείας. Για την επίτευξη επομένως του βέλτιστου αποτελέσματος θα πρέπει να αναζητηθούν σχήματα συνεργασίας και όχι απλής συνύπαρξης του δημόσιου τομέα με τον ιδιωτικό.



## ABSTRACT

## The development of European health systems during the economic crisis

P. ANTONIOU, K. SOULIOTIS, M. SARIDI

*Department of Social and Educational Policy, University of the Peloponnese, Corinth, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(5):588–598*

As had been expected, the recession of 2008 affected the economy of European countries heavily, since it led to an increase in unemployment and poverty rates, but also in healthcare expenditure. At the same time, it brought about considerable reduction in the family income. Evidence in the relevant literature indicates an association between the poor financial situation of the population and reduced access to healthcare services, which in turn leads to further deterioration of health indices. Setting as the main parameter, the financial crisis on a global scale, this study analyzed the healthcare systems of European countries and the manner in which they dealt with the new circumstances created by the recession. Economic indicators were examined, including the gross domestic product, health expenditures, health indices and the general features of the healthcare systems (funding, organization, annual return, allocation) relevant to their structure and function. The countries studied were Germany, the United Kingdom, Sweden, France, the Netherlands, Italy, Austria, Romania, Poland, Portugal, Spain, Cyprus and Greece. According to comparative analysis, all of the countries studied have health care systems which are either state run, or dependent on social security systems, or a combination of the two. Most of the countries attach special importance to primary health care, and concentrate on the improvement of health care of the population through dynamic policies, on both the national and the European level. None of the countries show a clear “private-based initiative” concerning health care. On the contrary, private health care is assigned a supplemental function, although in many countries it constitutes an integral part of the overall health care system, since it co-finances medical care. The significance of the role of private health insurance is noted. The importance of health indices for the delineation of the healthcare profile of each country is demonstrated. The application of well-established health care strategies, based on the collection and statistical analysis of data, has been demonstrated. The healthcare systems of the European countries studied are now of a “mixed” nature. Priority is given to primary health care, with an anthropocentric identity and decentralized approach.

**Key words:** European health systems, European social model, Health expenditure, Health indicators, Reform

## Βιβλιογραφία

- RAMSKOGLER P. Tracing the origins of the financial crisis. *OECD Journal: Financial Market Trends* 2015, 2014:47–61
- McKEE M, KARANIKOLOS M, BELCHER P, STUCKLER D. Austerity: A failed experiment on the people of Europe. *Clin Med (Lond)* 2012, 12:346–350
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΠΑΠΑΔΟΝΙΚΟΛΑΚΗ Τ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35(Συμπλ 1):9–16
- PORTELA MCC, THOMAS S. Impact of the economic crisis on healthcare resources: An European approach. *Int J Healthc Manag* 2013, 6:104–113
- ΝΟΙΚΟΚΥΡΑΚΗΣ Γ, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Κοινωνική προστασία και προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:464–471
- ΧΑΛΚΙΑ Β, ΒΑΡΑΚΛΙΩΤΗ Α. Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015, 32:546–555
- ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ, ΜΠΑΛΑΣΚΑ Δ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. Ανταγωνιστική αγορά και υπηρεσίες υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2017, 6:171–180
- VAN GOOL K, PEARSON M. Health, austerity and economic crisis: Assessing the short-term impact in OECD countries. *OECD Health Working Papers no 76*, OECD Publishing, Paris, 2014
- ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Κ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΠΑΒΗ Ε. *Οικονομική κρίση και υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2012
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία... Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα. *Foreign Affairs, The Hellenic Edition*, Αθήνα, 2013. Διαθέσιμο στο: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6>
- QUAGLIO G, KARAPIPERIST, VAN WOENSELL, ARNOLD E, McDAID D. Austerity and health in Europe. *Health Policy* 2013, 113:13–19
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Life expectancy at birth (indicator). *OECD Data*. Available at: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy->

- at-birth.htm
13. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health spending. OECD Data, 2019. Available at: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
  14. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Germany: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  15. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. United Kingdom: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  16. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Sweden: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  17. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. France: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  18. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Netherlands: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  19. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Italy: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  20. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Austria: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  21. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Romania: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  22. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Poland: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  23. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Portugal: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  24. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Spain: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  25. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Cyprus: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  26. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Greece: Country health profile 2017. State of health in the EU, OECD Publishing, Paris; European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017
  27. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Δ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. Δείκτες υγείας στην Ευρώπη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2000, 17:89–100
  28. RICE T. *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*. Μετάφραση Ρούσσοσ Ν. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2006
  29. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Gross domestic product (GDP). OECD Data, 2016. Available at: <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>
  30. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Potential years of life lost. OECD Data, 2016. Available at: <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm>
  31. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Alcohol consumption. OECD Data, 2016. Available at: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>
  32. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Daily smokers. OECD Data, 2016. Available at: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>
  33. EUROSTAT. Data base: Population and social conditions. Health Indicators, 2014
  34. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΣΙΑΝΤΟΥ Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:834–840
  35. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health care systems: Efficiency and policy settings – Executive summary. OECD Publishing, Paris, 2010. Available at: <http://www.oecd.org/economy/growth/46508800.pdf>
  36. SULLIVAN D, VON WACHTER T. Job displacement and mortality: An analysis using administrative data. *Q J Econ* 2009, 124:1265–1306
  37. ΧΡΥΣΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΝΑΤΣΙΚΑ Ε, ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ. Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016, 21:26–34
  38. KARANIKOLOS M, MLADONSKY P, CYLUS J, THOMSON S, BASU S, STUCKLER D ET AL. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013, 381:1323–1331
  39. STUCKLER D, REEVES A, LOOPSTRA R, KARANIKOLOS M, McKEE M. Austerity and health: The impact in the UK and Europe. *Eur J Public Health* 2017, 27(Suppl 4):18–21
  40. WOOLF S, ARON L, DUBAY L, SIMON SM, ZIMMERMAN E, LUX KX. How are income and wealth linked to health and longevity? Urban Institute, Center on Society and Health, Washington, DC, 2015. Available at: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/49116/2000178-How-are-Income-and->

## Wealth-Linked-to-Health-and-Longevity.pdf

41. BEZRUCHKA S. The effect of economic recession on population health. *CMAJ* 2009, 181:281–285
42. JIN RL, SHAH CP, SVOBODA TJ. The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *CMAJ* 1995, 153:529–540
43. RUHM CJ. Commentary: Mortality increases during economic upturns. *Int J Epidemiol* 2005, 34:1206–1211
44. ΤΑΡΙΑ GRANADOS JA. Response: On economic growth, business fluctuations, and health progress. *Int J Epidemiol* 2005, 34:1226–1233
45. EGGER G. Obesity, chronic disease, and economic growth: A case for “big picture” prevention. *Adv Prev Med* 2011, 2011:149158
46. BALLESTER J, ROBINE JM, HERRMANN FR, RODÓ X. Effect on the great recession on regional mortality trends in Europe. *Nat Commun* 2019, 10:679
47. ΜΠΑΚΟΛΑ Ε, ΦΡΑΔΕΛΟΣ Ε, ΖΥΓΑ Σ. Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:549–557
48. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:76–87
49. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Α, ΡΟΥΣΟΥ Ε. Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην «επιδημιολογική μετάβαση» και οι επιπτώσεις της παραπάνω τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:976–983
50. ΧΛΕΤΣΟΣ Μ. *Οικονομικά της υγείας*. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 2012

*Corresponding author:*

P. Antoniou, Damaskinou and Kolokotroni street, 201 00  
Corinth, Greece  
e-mail: giota\_antoniou@hotmail.com

.....