ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Απασχόληση στον τομέα της υγείας. Συγκριτική αξιολόγηση των χωρών της Οικονομικής Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) την περίοδο 2010 - 2019

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εισηγητής: Μιχαήλ Φαρσάρης, 1573
Μαρία Διαλυνάκη, 1575

Επιβλέπων: Ιωάννης Φανουργιάκης, Επίκουρος Καθηγητής

©
2021

HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY

SCHOOL OF MANAGEMENT AND ECONOMICS SCIENCE

DEPARTMENT OF MANAGMENENT SCIENCE AND TECHNOLOGY

Employment in the field of health. Benchmarking of Economic Monetary Union (EMU) countries in the period 2010 - 2019

DIPLOMA THESIS

Student : Michail Farsaris, 1573
Maria Dialynaki, 1575

Supervisor : Ioannis Fanourgiakis, Assistant Professor

©
2021

Υπεύθυνη Δήλωση *: Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια, την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές, από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς, είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να γίνει μια συγκριτική αξιολόγηση όσον αφορά την απασχόληση στο τομέα της υγείας στις χώρες μέλη της Οικονομικής Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) την περίοδο 2010-2019. Αναφερόμαστε στην περίοδο κατά την οποία η οικονομική κρίση, που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ, εξαπλώθηκε ταχύτατα σε όλη την υφήλιο επηρεάζοντας και την Ελλάδα. Η χώρα μας, κάτω από το φάσμα της χρεωκοπίας αναγκάστηκε να υπογράψει τρία διαδοχικά μνημόνια με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδας έναντι των δανειστών περιλάμβαναν περικοπές δαπανών στον τομέα της υγείας με στόχο τον εξορθολογισμό τους, καθώς και αναστολή των προσλήψεων στις δομές δημόσιας υγείας. Το αποτύπωμα όλων των παραπάνω στον τομέα της υγείας επιχειρούμε να διαπραγματευτούμε στην παρούσα εργασία.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες, οι οποίες ασχολούνται με τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στον χώρο της υγείας, χωρίς όμως καμιά από αυτές να εστιάζει στην απασχόληση στον αντίστοιχο τομέα. Οι περισσότερες αναφέρονται κυρίως στην υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας και στις επιπτώσεις της κρίσης στα οικονομικά της υγείας.

Η εργασία χωρίζεται σε επτά κεφάλαια. Στα πρώτα πέντε γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για θέματα που αφορούν την Οικονομική και Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ) και την ιστορία της, για τα συστήματα υγείας στις χώρες της ΟΝΕ, την οικονομική κρίση και το πώς επηρέασε τα συστήματα υγείας στις χώρες τις ΟΝΕ, καθώς και παρουσίαση κάποιων βασικών εννοιών που αφορούν τον τομέα της υγείας. Στα τελευταία δύο κεφάλαια παρουσιάζονται τα δεδομένα που αντλήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) και τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και τα αντίστοιχα συμπεράσματα από αυτά. Τα δεδομένα αφορούν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τον αριθμό κλινών σε δημόσια νοσοκομεία κατά τα έτη 2010-2019. Με τη χρήση σχετικών πινάκων και διαγραμμάτων αναλύονται τα δεδομένα, που προέκυψαν από την παρατήρηση και σύγκριση των δεδομένων αυτών.

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα που αντλήθηκαν, η οικονομική κρίση κατά τα έτη 2010-2019 επηρέασε σημαντικά τις χώρες της ΟΝΕ στον τομέα της υγείας. Παρατηρείται μεγάλη μείωση των δαπανών στη διάρκεια αυτών των ετών, με αποτέλεσμα την υποστελέχωση των δημόσιων δομών υγείας σε νοσηλευτικό κυρίως προσωπικό, ειδικά στην Ελλάδα. Η έλλειψη

προσωπικού στον κλάδο της δημόσιας υγείας θεωρούμε ότι είναι προφανές ότι έχει επηρεάσει σημαντικά την παροχή υπηρεσιών, σε σημείο που να δημιουργούνται σοβαρά θέματα, όπως για παράδειγμα η ασφάλεια ασθενών και εργαζομένων.

Παρόλα αυτά θεωρούμε ότι είναι εφικτή η ανάκαμψη στον τομέα της υγείας μέσα από στοχευμένες πολιτικές, όπως η σταδιακή αύξηση των δαπανών, αλλά κυρίως μέσα από προσλήψεις προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού), έτσι ώστε να στελεχωθεί το σύστημα υγείας της κάθε χώρας και να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών .

Λέξεις Κλειδιά: Υγεία, Σύστημα Υγείας, απασχόληση, δαπάνες, ΟΝΕ, οικονομική κρίση.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to make a comparative assessment of health employment in the countries of the Economic and Monetary Union (EMU) in the period 2010-2019. We are referring to the period when the economic crisis started in the USA, spread rapidly all over the world, affecting Greece, which under the spectrum of bankruptcy was forced to sign three consecutive memoranda with the International Monetary Fund and the European Union. Greece's memorandum obligations to creditors included cuts in health spending aimed at streamlining them, as well as suspending recruitment into public health structures. The imprint of all the above in the field of health is to be scrutinized through this project.

There are several studies in the literature that deal with the impact of the economic crisis on health, but none of them focus on employment in the health sector. Most of them are mainly related to the underfunding of the public health sector and the effects of the crisis on health finances.

The work was divided into seven chapters. The first five provide a bibliographic review of issues related to Economic and Monetary Union (EMU) and its history, health systems in EMU countries, the economic crisis and how it has affected health systems in EMU countries, as well as a presentation of some key concepts related to the health sector. The last two chapters present the data drawn from the European Statistical Office (Eurostat) and the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) with their respective conclusions. The data concern the medical and nursing staff, as well as the number of beds in public hospitals during the years 2010-2019. Using relevant tables and diagrams, the data obtained from the observation and comparison of these data are analysed.

According to the data obtained from the economic crisis in the years 2010-2019, it significantly affected the EMU countries in the field of health. There is a large reduction in costs during these years, with the consequent result of the understaffing of public health structures in nursing staff, especially in Greece. It is obvious that the lack of staff in the public health sector has significantly affected the provision of services to the point that serious issues arise, such as the safety of patients and employees.

Nevertheless, we believe that recovery in the health sector is possible, through targeted policies, such as the gradual increase of funding, but mainly through the recruitment of staff

(medical, nursing) so that the health system of each country can be staffed and able to meet the needs of citizens.

Key Words : Health, Health System, employment, costs, EMU, financial crisis.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ vii
ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ viii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ix
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ x
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 1
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1
1.2 Ορισμός των συστημάτων Υγείας 2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 4
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 4
2.1 Χρησιμότητα – ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας 4
2.2 Απασχόληση στον τομέα της Υγείας 6
2.3 Διαχωρισμός δημόσιου – ιδιωτικού τομέα υγείας 7
2.4 Δημόσιες δαπάνες υγείας χωρών μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) 8
2.5 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας χωρών μελών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) 10
2.6 Συνολικές δαπάνες υγείας των χωρών μελών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 15
Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ (2010-2018) 15
3.1 Αίτια εμφάνισης της οικονομικής κρίσης 15
3.2 Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στα μακροοικονομικά μεγέθη των χωρών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) 16
3.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις χώρες της Ευρώπης στον τομέα της υγείας, με έμφαση στο ανθρώπινο δυναμικό 19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 21
Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΗ ΈΝΩΣΗ (ΟΝΕ) 21
4.1.Ορισμός της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) 21
4.2. Ιστορία της ΟΝΕ 21

4.3. Χώρες μέλη της ΟΝΕ 22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 24
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ 24
5.1. Δημόσια συστήματα υγείας 24
5.2. Ιδιωτικά συστήματα υγείας 24
5.3. Μικτά συστήματα υγείας 24
5.4 Συστήματα υγείας χωρών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης 24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 29
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΟΝΕ - ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 29
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΟΝΕ 29
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΟΝΕ 32
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ 37
ΣΥΖΗΤΗΣΗ 40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 41
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 44

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συνολικές δαπάνες για την υγεία ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος για τα έτη 2010-2019 12
Πίνακας 2: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 κατοίκους 29
Πίνακας 3: Αριθμός νοσηλευτών στις χώρες της ΟΝΕ ανά 1.000 κατοίκους 33
Πίνακας 4: Αριθμός κλινών σε δημόσια νοσοκομεία 37

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη σε χώρες του ΟΟΣΑ. 9
Διάγραμμα 2: Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών του Δημοσίου και του ΑΕΠ. 10
Διάγραμμα 3: Ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης υγείας κατά κατηγορία υπηρεσιών, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος 11
Διάγραμμα 4: Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος για τα έτη 2010-2019 για την Ελλάδα 13
Διάγραμμα 5: Δαπάνες για την υγεία για τις χώρες της ΟΝΕ για τα έτη 2010-2019 ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος 14
Διάγραμμα 6: Ποσοστό μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ, 2009-2019 (% μεταβολής σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος) 17
Διάγραμμα 7: Εξέλιξη πραγματικών καταναλωτικών δαπανών, ακαθάριστου σχηματισμού κεφαλαίου, εξαγωγών και εισαγωγών, ΕΕ27, 2009-2019 18
Διάγραμμα 8: Εξέλιξη του εισοδήματος σε τρέχουσες τιμές αγοράς, ΕΕ-27, 2009-2019 19
Διάγραμμα 9: Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους 31
Διάγραμμα 10: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα 32
Διάγραμμα 11: Αριθμός νοσηλευτών στις χώρες της ΟΝΕ ανά 1.000 κατοίκους 35
Διάγραμμα 12: Αριθμός νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα 36
Διάγραμμα 13: Αριθμός κλινών σε δημόσια νοσοκομεία 38
Διάγραμμα 14: Αριθμός κλινών σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα 39
Διάγραμμα 15: Διαθέσιμοι ιατροί σε σύγκριση με τους νοσηλευτές 42

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

EMU: Economic Monetary Union

EU : European Commission

GDP : Gross Domestic Product

IMF: International Monetary Fund

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

WHO: World Health Organization

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΔΝΤ: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΝΕ: Οικονομική Νομισματική Ένωση

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Φανουργιάκη Ιωάννη, για την καθοδήγηση και εποπτεία του καθ΄ όλη τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Χάρη στην αμέριστη και πολύτιμη βοήθειά του, αλλά και με τις γνώσεις και τις συστάσεις, που απλόχερα μας μετέδιδε σε συνεχή βάση, καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία και να οδηγηθούμε στο καλύτερο αποτέλεσμα.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την υποστήριξη και την συμπαράστασή τους, τον/τη σύζυγο και τα παιδιά μας, χωρίς την υπομονή των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ, World Health Organization, WHO), η υγεία ορίζεται ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας» Σε κάθε περίπτωση η έννοια της υγείας, είτε αφορά το κάθε άτομο ξεχωριστά, είτε συνολικά στα πλαίσια μιας κοινωνικής ομάδας, θεωρείται πολύ σημαντική και αδιαμφισβήτητα συνιστά πρωτεύον και ανεκτίμητο αγαθό (World Health Organization, 2021).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τις οικονομίες των περισσότερων χωρών. Ένας από τους τομείς που επηρεάστηκε ήταν και ο δημόσιος τομέας της υγείας, καθώς επήλθαν σημαντικές μειώσεις, τόσο ως προς τις δημόσιες δαπάνες στην υγεία, όσο και στο ανθρώπινο δυναμικό, που εργάζεται στον δημόσιο τομέα της υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται αναφορά στον ορισμό των συστημάτων υγείας, τη σπουδαιότητά τους καθώς και τους στόχους, τους οποίους πρέπει να εκπληρώνει ένα σύστημα υγείας για να είναι αποτελεσματικό και πετυχημένο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται βασικές έννοιες, που αφορούν το τομέα της υγείας, όπως είναι οι ιδιαιτερότητές του, ο διαχωρισμός σε δημόσιο-ιδιωτικό αλλά και οι δαπάνες υγείας των χωρών - μελών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης κατά τη δεκαετία 2010-2019.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αίτια εμφάνισης της οικονομικής κρίσης, όπως και ο αντίκτυπος στα μακροοικονομικά μεγέθη των χωρών της Οικονομικής Νομισματικής Ένωσης. Επιπλέον γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις χώρες της Ευρώπης, με ιδιαίτερη έμφαση στο ανθρώπινο δυναμικό.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή αναφορικά με τα στάδια δημιουργίας της ΟΝΕ, όπως επίσης και για τις χώρες που αποτελούν την Οικονομική και Νομισματική Ένωση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται τα συστήματα υγείας των χωρών της Οικονομικής Νομισματικής Ένωσης.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αξιολόγησης των χωρών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης, καθώς και η σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών, τόσο ως προς το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τους επαγγελματίες

νοσηλευτές και φροντίδας ατόμων, όσο και ως προς τον αριθμό κλινών στα δημόσια νοσοκομεία της κάθε χώρας.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε από την ανάλυση των δεδομένων της αξιολόγησης των χωρών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης, καθώς και προτάσεις για την ενίσχυση του τομέα της υγείας.

Τέλος, παρουσιάζονται οι βιβλιογραφικές αναφορές και τα παραρτήματα με τα σχετικά διαγράμματα.

1.2 Ορισμός των συστημάτων Υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «ένα σύστημα υγείας αποτελείται από όλες τις οργανώσεις, τους ανθρώπους και τις δράσεις, των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τις προσπάθειες να επηρεάσουν τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, καθώς και τις πιο άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας. Επομένως, ένα σύστημα υγείας είναι κάτι παραπάνω από την πυραμίδα δημόσιων εγκαταστάσεων, που παρέχουν υπηρεσίες προσωπικής υγείας». Στοιχεία του αποτελούν οι ιατροί, οι οδοντίατροι και οι συνεργάτες τους, το νοσηλευτικό προσωπικό, τα νοσηλευτικά ιδρύματα, οι φιλανθρωπικές οργανώσεις, οι διοικήσεις (συμπεριλαμβανομένων εκείνων στα νοσοκομεία και στις κυβερνητικές υπηρεσίες) και οι κατασκευαστές φαρμάκων και ιατρικών συσκευών. Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη ενός ιδανικού συστήματος υγείας για κάθε χώρα αποτελεί ένα δύσκολο και αρκετά δαπανηρό στόχο, που πολλές φορές δεν είναι εφικτός.

Σε ένα ιδανικό σύστημα θα έπαιζαν σημαντικό ρόλο η προληπτική ιατρική για όλους τους υγιείς ανθρώπους, η πρωτοβάθμια περίθαλψη για την αντιμετώπιση ιατρικών θεμάτων, κυρίως οι πρώτες βοήθειες, η δευτεροβάθμια ή επείγουσα περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών επείγουσας καθώς και χειρουργικής ιατρικής, καθώς και η τριτοβάθμια περίθαλψη. Η τελευταία θα βοηθούσε ασθενείς, οι οποίοι χρειάζεται να λάβουν ειδική φροντίδα σε κάποιο κέντρο αποκατάστασης είτε υποστηρικτικές υπηρεσίες, αν πρόκειται για άτομα των οποίων η ψυχική ή η σωματική νόσος ή η αναπηρία είναι τέτοια, που χρειάζονται βοήθεια στην καθημερινότητά τους.

Ένα από τα ζητήματα τα οποία έχουν τεθεί κατά καιρούς στο επίκεντρο των συζητήσεων είναι και η αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας. Γι' αυτό ο ΠΟΥ, στην προσπάθειά του να μελετήσει και να αξιολογήσει τα συστήματα υγείας των χωρών του,

προχώρησε στη διαμόρφωση συγκεκριμένης μεθοδολογίας αποτίμησης της απόδοσής τους. Η μεθοδολογία αυτή στηρίζεται στο κατά πόσο και σε τι βαθμό κάθε σύστημα υγείας επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών βασικών στόχων:

1. Ο πρώτος και κύριος στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού της κάθε χώρας μέσα από την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.
2. Ο δεύτερος στόχος είναι η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών. Κατά πόσο, δηλαδή, οι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι -ικανοποιημένοι από τις παροχές υγείας, που τους έχουν παρασχεθεί.
3. Ο τρίτος στόχος είναι κατά πόσο έχει πραγματοποιηθεί η σωστή και επαρκής χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, έτσι ώστε το σύστημα να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει ανά πάσα στιγμή στις ανάγκες, που μπορεί να προκύψουν.

Επομένως μπορούμε να συμπεράνουμε ότι βασικό στοιχείο της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης των χωρών αποτελεί και η σωστή λειτουργία των συστημάτων υγείας, αφού έχει άμεσο αντίκτυπο στον πληθυσμό της κάθε χώρας (World Health Organization, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Χρησιμότητα – ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας

Η υγεία, για την οποία μπορούμε να ισχυριστούμε ότι είναι το πολυτιμότερο κοινωνικό αγαθό, είναι προφανές ότι δεν μπορεί να είναι προϊόν εμπορίου, οπότε και δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο διαπραγμάτευσης με βάση τις αρχές της ελεύθερης κερδοσκοπικής αγοράς. Οι χώρες της Ευρώπης έχουν αποφασίσει να ακολουθήσουν το μοντέλο στο οποίο η υγεία αντιμετωπίζεται ως κοινωνικό αγαθό, και όλοι οι πολίτες έχουν ίση πρόσβαση (Σίσκου, και συν., 2008).

Ο Arrow (2003) σε άρθρο του εστιάζει στις ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας και ειδικά της ιατρικής φροντίδας, τονίζοντας ότι όλα αυτά δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν ακριβώς με όρους αγοράς, με αποτέλεσμα ο κρίσιμος τομέας της υγείας να μην μπορεί να χαρακτηριστεί από όρους ανταγωνισμού. Οι κυριότερες από τις ιδιαιτερότητες αυτές είναι:

Η **ασταθής και απρόβλεπτη ζήτηση** για τις υπηρεσίες υγείας. Η ασθένεια δεν συγκλίνει στην καθημερινή, φυσιολογική εξέλιξη των πραγμάτων, με αποτέλεσμα το κόστος της να αφορά όχι μόνο τα έξοδα για ιατρική φροντίδα αλλά σε μεγάλο βαθμό και το κόστος από την αδυναμία του ασθενούς να λειτουργήσει φυσιολογικά. Το εισόδημα που διαθέτουμε δεν εξασφαλίζει ότι δεν θα ασθενήσουμε, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να προγραμματίσουμε τις δαπάνες που τυχόν θα χρειαστούν σε περίπτωση ξαφνικής ανάγκης για παροχή υγειονομικής φροντίδας. Όταν το κόστος της υγειονομικής φροντίδας είναι μικρό, δεν έχει μεγάλη σημασία αλλά αρκετές φορές η θεραπεία που χρειάζεται μπορεί να απαιτεί μεγάλη δαπάνη.

Η **συμπεριφορά των ιατρών**, η οποία δεν μπορεί να είναι ταυτόσημη με αυτή επιχειρηματιών που αποκλειστικός στόχος τους είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους. Η φροντίδα υγείας παρουσιάζει το φαινόμενο να παράγεται και να καταναλώνεται την ίδια ακριβώς στιγμή. Είναι προφανές, λοιπόν, ότι δεν υπάρχει τρόπος να ελεγχθεί το «προϊόν» ως προς την ποιότητα πριν την κατανάλωση.

Η **αβεβαιότητα ως προς το προϊόν**. Η ασθένεια είναι εντελώς απρόβλεπτη, συνήθως προκύπτει ξαφνικά και εξίσου απρόβλεπτη είναι η ανάρρωση και ο χρόνος ανάρρωσης από αυτή. Ο καταναλωτής δεν γνωρίζει εκ των προτέρων πότε θα χρειαστεί να πάει στον γιατρό ή στο νοσοκομείο, ούτε -εφόσον πάει- αν θα ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες του. Επίσης, παρατηρείται διαφορά στο βαθμό αβεβαιότητας μεταξύ γιατρού και ασθενή.

Η **ασύμμετρη πληροφόρηση**. Μια από τις βασικές αρχές του ανταγωνισμού είναι ότι οι καταναλωτές είναι σε καλύτερη θέση όταν μπορούν να επιλέξουν. Η έλλειψη γνώσεων ιατρικής από τη μεριά των καταναλωτών - ασθενών σε σχέση με τους ιατρούς αποτελεί αποτέλεσμα της αβεβαιότητας, που αναφέρθηκε παραπάνω.

Η **περιορισμένη προσφορά ιατρικών υπηρεσιών.** Το ιατρικό επάγγελμα παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς εισόδου, όπως είναι το υψηλό κόστος εκπαίδευσης των φοιτητών ιατρικής αλλά και ο μεγάλος χρόνος που απαιτείται για να ολοκληρωθούν οι σπουδές και να λάβουν άδεια άσκησης επαγγέλματος. Εξαιτίας αυτού μπορεί ένα προϊόν ή μια υπηρεσία να προσφέρεται με διαφορές στην ποιότητα και στην τιμή, γεγονός που δεν πρέπει να συμβαίνει στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Οι **πρακτικές τιμολόγησης.** Η αμοιβή για τις ιατρικές υπηρεσίες μπορεί να ξεκινάει από το μηδέν και να ανεβαίνει σε πολύ υψηλές τιμές. Δεν πρέπει να υπάρχει ανταγωνισμός τιμών ανάμεσα στους γιατρούς, όπως συμβαίνει στις υπόλοιπες αγορές.

Το **ζήτημα του ηθικού κινδύνου (moral hazard**). Αφορά την οικονομική συμπεριφορά, όπου τόσο ο ασθενής όσο και ο θεράπων ιατρός δεν έχουν σημαντικό κίνητρο να μειώσουν το κόστος της περίθαλψης στην περίπτωση της δημόσιας ασφάλισης, αφού δεν το επωμίζονται άμεσα οι ίδιοι. Πολλές φορές πρόκειται για κατάχρηση ιατρικών πράξεων, που το κόστος τους επωμίζονται τα ταμεία και οι ασφαλιστικές εταιρείες.

Η **δυσμενής επιλογή (adverse selection**). Προκύπτει από την αδυναμία των εταιρειών, που παρέχουν ασφάλειες υγείας, να ξεχωρίσουν τα άτομα «υψηλού κινδύνου» από τα άτομα «χαμηλού κινδύνου». Συνήθως οι νέοι και οι υγιείς δεν έχουν κίνητρο να προβούν σε ασφαλιστική κάλυψη υγείας, καθώς το ασφάλιστρο είναι υψηλό και ίσως -κατά την γνώμη τους- μη απαραίτητο. Αποτέλεσμα αυτού είναι συνήθως να ασφαλίζονται άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από κάποια ασθένεια, αν βέβαια δεν νοσούν ήδη. Με τον τρόπο αυτό η αύξηση του κόστους ασφάλισης είναι αναπόφευκτη.

Επίσης, σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2007), άλλη μια ιδιαιτερότητα αποτελεί η δημιουργία μονοπωλίου από μια άλλη διαφορετική σκοπιά. Δημιουργείται από την έλλειψη ανταγωνισμού μεταξύ των ιατρών, καθώς τις περισσότερες φορές οι καταναλωτές δεν προβαίνουν στην αλλαγή ιατρού είτε λόγω συνήθειας είτε λόγω αβεβαιότητας.

Τέλος, σύμφωνα με τον Pauly (1994), η αγορά υπηρεσιών υγείας είναι μια ατελής αγορά με σημαντικές εξωτερικές επιπτώσεις. Σε αυτήν υπεισέρχονται εξωτερικές κοινωνικές αντιλήψεις, με πιο σημαντική ίσως την αντίληψη ότι η υγεία είναι αγαθό αξίας, οδηγώντας

έτσι στην δημιουργία μιας ατελούς ως προς την λειτουργία της αγορά. Παράλληλα ως αν παράδειγμα μπορεί να αναφερθούν οι εμβολιασμοί για την πρόληψη ασθενειών, που τα οφέλη τους διαχέονται όχι μόνο στο άτομο που εμβολιάστηκε αλλά και σε ολόκληρη την κοινωνία, με τη δημιουργία του λεγόμενου τείχους ανοσίας.

2.2 Απασχόληση στον τομέα της Υγείας

Για να είναι ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό, θα πρέπει να έχει επαρκές, ποιοτικό και ορθολογικά κατανεμημένο υγειονομικό προσωπικό. Το να μπορούμε να έχουμε ανθρώπινο δυναμικό που να παρέχει υπηρεσίες υγείας, οι οποίες από τη φύση τους χαρακτηρίζονται σαν «έντασης εργασίας», απαιτεί μακρόπνοο σχεδιασμό. Στη συνέχεια το δυναμικό αυτό πρέπει να αναπτυχθεί ισόρροπα με βάση τον υγειονομικό στόχο που έχει τεθεί, τόσο ανά κατηγορία όσο και ανά γεωγραφική περιοχή. Τελικά η εργασιακή απασχόληση στον τομέα της υγείας είναι συνάρτηση της βελτίωσης της υγείας για όλο τον πληθυσμό.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, ο τομέας της υγείας απασχολεί περίπου το 5% του ενεργού ανθρώπινου δυναμικού. Στο ανθρώπινο δυναμικό διοχετεύεται το 60% των δαπανών για την υγεία και αποτελεί τον κύριο παράγοντα, που επηρεάζει τις προσφερόμενες υπηρεσίες και κατ' επέκταση το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Στον τομέα της υγείας απασχολούνται πολλοί εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων: ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Μια εμπειρική κατηγοριοποίησή τους θα μπορούσε να είναι:

- Το ιατρικό προσωπικό, που αποτελείται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, και είναι επιφορτισμένοι με την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό, που περιλαμβάνει όλους εκείνους τους εργαζόμενους, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες νοσηλευτικής στους ασθενείς και εργάζονται σε ένα νοσοκομείο ή μια κλινική.
- Το διοικητικό προσωπικό, που αποτελείται από εργαζομένους, οι οποίοι υπηρετούν σε νοσοκομεία και έχουν ως αντικείμενο απασχόλησης την παροχή διοικητικών υπηρεσιών για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας.
- Το τεχνικό προσωπικό, που είναι υπεύθυνο για την ομαλή λειτουργία των κτιριακών και ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων και του βιοιατρικού εξοπλισμού.

2.3 Διαχωρισμός δημόσιου – ιδιωτικού τομέα υγείας

Το Υπουργείο υγείας της εκάστοτε χώρας είναι εκείνο που αποφασίζει, πέρα από το νομικό πλαίσιο που διέπει τον τομέα της υγείας, και για όλα τα επιμέρους θέματα, που αφορούν τον τομέα αυτό. Θέτει στόχους και προτεραιότητες σε Εθνικό επίπεδο και διαθέτει τους πόρους εκείνους που χρειάζονται για την ομαλή και αποτελεσματική λειτουργία του.

Στην Ελλάδα το σημερινό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) περιλαμβάνει 125 νοσοκομεία, 201 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και 1.487 Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές, περίπου 200 πρώην Πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές –τα οποία έχουν ενταχθεί πρόσφατα στο ΕΣΥ συγκροτώντας μαζί με τα ΚΥ το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)-, καθώς και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) σε αστικές περιοχές. Η διάρθρωση αυτή θεωρείται επαρκής όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ωστόσο η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να υπολειτουργεί, ενώ και η πιο πρόσφατη παρέμβαση με την ίδρυση των Το.Μ.Υ. εφαρμόστηκε μόνο κατά το ήμισυ του αρχικού σχεδιασμού, με αποτέλεσμα να καλύπτεται μόνο το 1/5 του αστικού πληθυσμού.

Οι παραπάνω μονάδες υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), οι οποίες ασκούν κυρίως εποπτικό, συντονιστικό και, σε μικρότερο βαθμό, διοικητικό ρόλο. Ουσιαστικά, παρά την αποκεντρωμένη δομή του ΕΣΥ, η διοίκησή του εξακολουθεί να ασκείται κεντρικά από το υπουργείο Υγείας, με κυρίαρχο τον ρόλο της εκάστοτε ηγεσίας του υπουργείου. Τα νοσοκομεία διοικούνται από διοικητές και Δ.Σ. που ορίζει το υπουργείο Υγείας, ενώ τα ΚΥ, που υπάγονται διοικητικά στις ΥΠΕ, από Διευθυντές ΕΣΥ, οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό τους με επιλογή της διοίκησης της ΥΠΕ.

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προέρχεται από τη γενική φορολογία -κυρίως για την πληρωμή της μισθοδοσίας- και από κοινωνική ασφάλιση, για την αγορά των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η μόνη δομική μεταβολή, η οποία έχει εφαρμοστεί στο πεδίο της χρηματοδότησης, αφορά στην ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και, κατ’ επέκταση, την υιοθέτηση ενιαίων κανόνων αποζημίωσης (Τούντας, και συν., 2020).

Από την άλλη ο ιδιωτικός τομέας στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει ιδιωτικές κλινικές και φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, όπως ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά ιατρεία. Το νομικό καθεστώς, που διέπει την λειτουργία των παραπάνω, αναφέρεται στο καθεστώς αδειοδότησης, τις προδιαγραφές λειτουργίας αλλά και τους εποπτικούς και ελεγκτικούς μηχανισμούς (Κονδύλης, 2009).

2.4 Δημόσιες δαπάνες υγείας χωρών μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ)

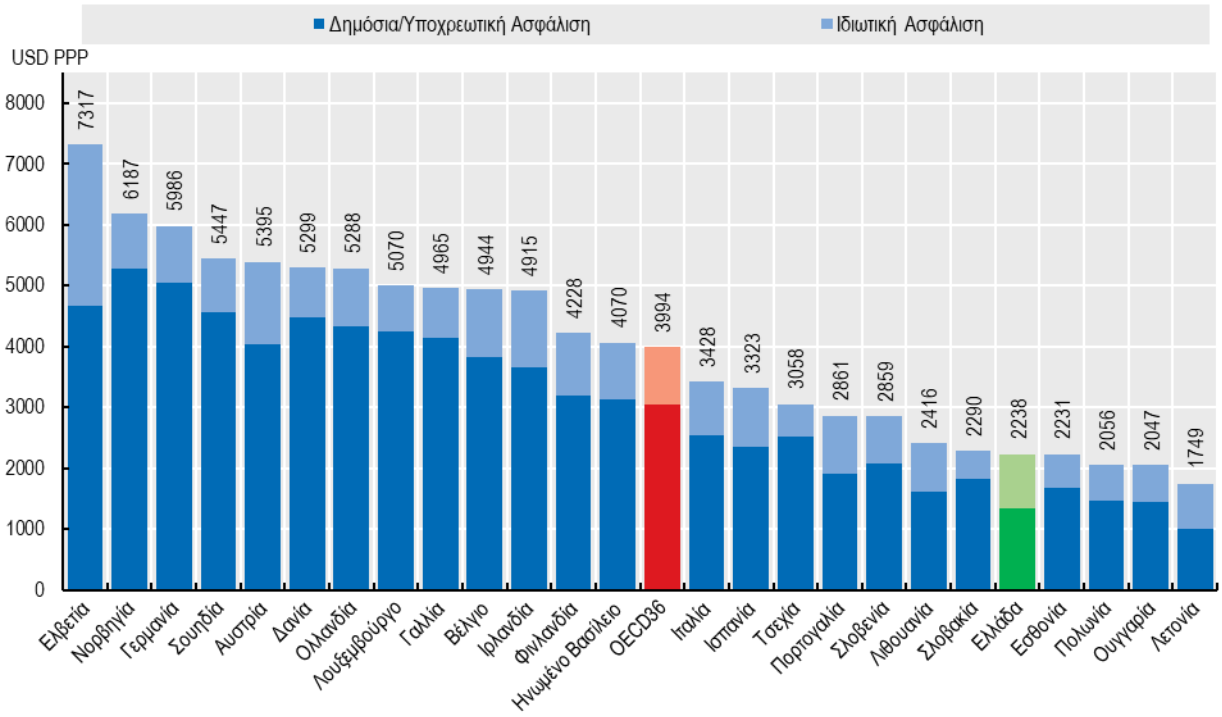
Οι εθνικοί λογαριασμοί, οι οποίοι μερικές φορές ονομάζονται μακροοικονομικοί λογαριασμοί και αποτελούν στατιστικές που εστιάζουν στη δομή και την εξέλιξη των οικονομιών, περιγράφουν και αναλύουν, με προσιτό και αξιόπιστο τρόπο, τις οικονομικές αλληλεπιδράσεις (συναλλαγές) μέσα σε μια οικονομία. Η χρήση των βασικών μερών, που αποτελούν τους εθνικούς λογαριασμούς, γίνεται με σκοπό την παρακολούθηση αλλά και τη χάραξη πολιτικών σε μακροοικονομικό επίπεδο. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) αποτελεί τη συνηθέστερη μονάδα, που χρησιμοποιείται για την μέτρηση του μεγέθους συνολικά για μια οικονομία. Με τους δείκτες εισαγωγών-εξαγωγών, δημόσιας και ιδιωτικής κατανάλωσης, επενδύσεων και εισοδήματος μπορούμε να λάβουμε σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την οικονομική δραστηριότητα των χωρών, έτσι ώστε να λαμβάνονται και οι σωστές αποφάσεις για την οικονομική πολιτική, που πρόκειται να επιλεγεί αλλά και για την επίτευξη των στόχων της Ένωσης (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).

Η έννοια της δαπάνης στην υγεία αναφέρεται σε όλους τους τύπους των δαπανών, που γίνονται με στόχο τη βελτίωση και καλυτέρευση της υγείας ενός ατόμου ή ενός συνόλου ατόμων. Οι δαπάνες στο χώρο της υγείας διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- Δημόσιες δαπάνες
- Ιδιωτικές δαπάνες

Οι δημόσιες δαπάνες καλύπτονται από τη φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και την κοινωνική ασφάλιση, όπου πηγή εσόδων αποτελούν οι εισφορές των εργοδοτών – εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία (Οικονόμου, 2012).

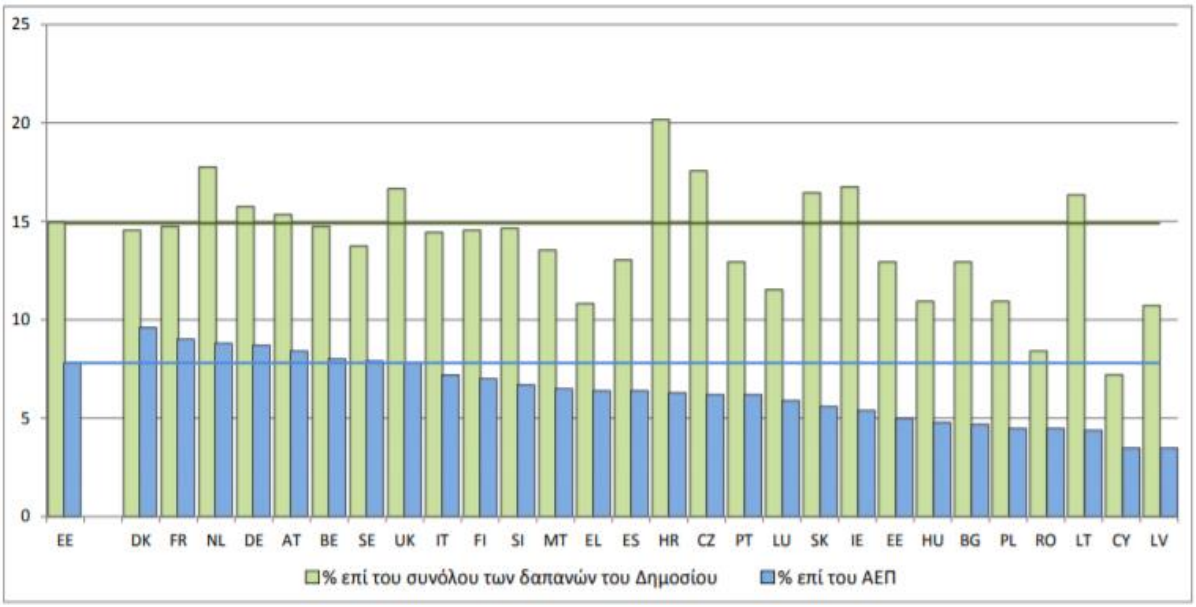
Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρατίθενται οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε διάφορες χώρες για το 2018, χωρισμένες σε δημόσια και ιδιωτική δαπάνη. Βλέπουμε ότι ενώ ο μέσος όρος της κατά κεφαλήν δαπάνης στον ΟΟΣΑ είναι 3994,00 δολάρια, υπάρχουν χώρες όπως η Ελβετία, η Γερμανία, η Νορβηγία, που ξοδεύουν αρκετά παραπάνω από τον μέσο αυτό όρο, και χώρες όπως η Ελλάδα που υπολείπονται σημαντικά, με 2238,00 δολάρια κατά κεφαλήν δαπάνη.



Διάγραμμα 1: Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη σε χώρες του ΟΟΣΑ.
Πηγή : ΟΟΣΑ (Health at a Glance 2019) (https://doi.org/10.1787/888934016778)

Στην Ελλάδα παρατηρείται διαχρονικά το φαινόμενο οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας να βρίσκονται σε αρκετά υψηλό επίπεδο σε σχέση με τις δημόσιες, γεγονός που οφείλεται σε πληθώρα λόγων, όπως ενδεικτικά η έλλειψη ανταγωνιστικής τοποθέτησης του δημόσιου συστήματος υγείας έναντι των ιδιωτών και η χαμηλή ανταπόκρισή του στις προσδοκίες των πολιτών (Τούντας, και συν., 2020).

Επίσης στο διάγραμμα 2 που ακολουθεί, όπου περιγράφονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών του Δημοσίου και του ΑΕΠ, παρατηρούμε τα εξής: Υπάρχουν χώρες όπως η Δανία, η Γαλλία, η Ολλανδία η Γερμανία και η Αυστρία, που ξοδεύουν παραπάνω από τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία, ως ποσοστό επί τοις εκατό του ΑΕΠ, και χώρες όπως η Ελλάδα που ξοδεύουν αρκετά χαμηλότερα. Επίσης παρατηρείται το παράδοξο για κάποιες χώρες, όπως για παράδειγμα την Κροατία, η συνολική δαπάνη επί τοις εκατό του συνόλου των δαπανών του Δημοσίου για την υγεία να είναι αρκετά υψηλή, ενώ ταυτόχρονα να είναι πολύ χαμηλή ως ποσοστό επί τοις εκατό του ΑΕΠ.



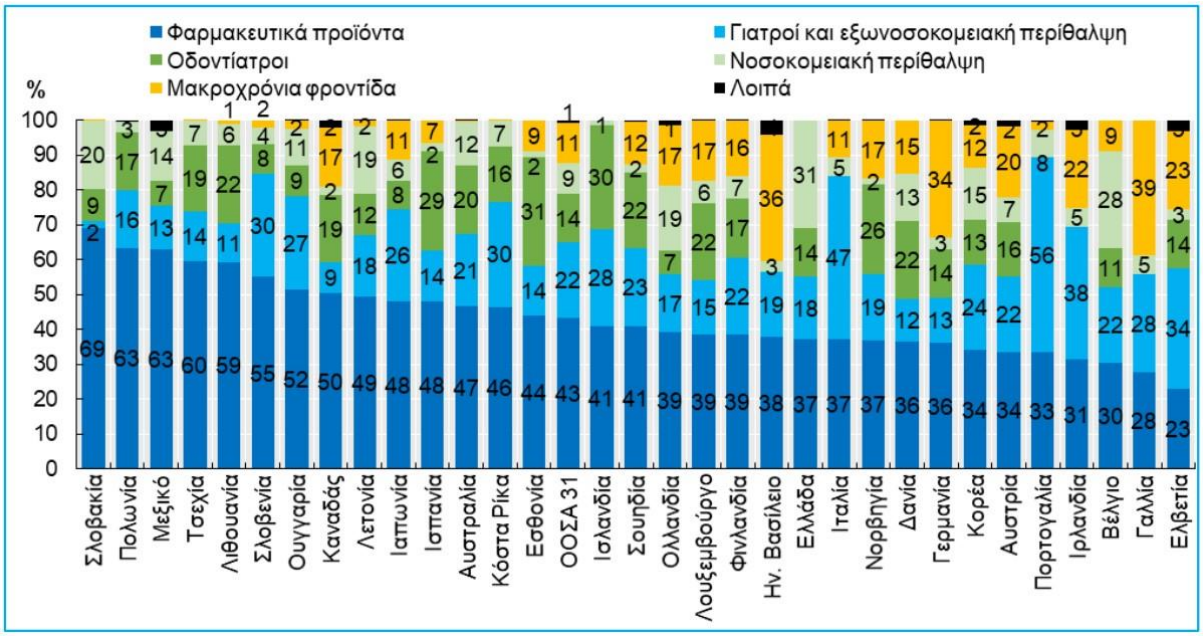
Διάγραμμα 2: Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών του Δημοσίου και του ΑΕΠ. Πηγή : Eurostat, Στατιστική υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών, 2013 ή πιο πρόσφατα στοιχεία — Υπολογισμοί των υπηρεσιών της Επιτροπής (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf)

2.5 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας χωρών μελών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ)

Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες δημόσιες δαπάνες στο τομέα της υγείας, οι ιδιωτικές δαπάνες είναι πιο δύσκολο να μετρηθούν. Όταν μιλάμε για ιδιωτικές δαπάνες αναφερόμαστε στις δαπάνες, με τις οποίες επιβαρύνονται οι πολίτες για να λάβουν υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση. Σε άλλες περιπτώσεις η κοινωνική ασφάλιση τις καλύπτει αλλά οι ίδιοι οι πολίτες επιθυμούν να πληρώσουν για να λάβουν ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας και ίσως πιο άμεσες. Στις ιδιωτικές δαπάνες, τέλος, εντάσσονται και δαπάνες που οι πολίτες κάνουν στα πλαίσια ενός συμβολαίου, το οποίο μπορεί να έχουν συνάψει με κάποια ασφαλιστική εταιρεία (Οικονόμου, 2012).

Στο διάγραμμα 3, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΣΕΒ για το 2017, προκύπτει ότι στην Ελλάδα από το σύνολο της ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας, το 37% αντιστοιχεί σε δαπάνες για φάρμακα και θεραπευτικά μέσα, το 18% για ιατρούς και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το 14% για οδοντίατρους και το 31% για νοσοκομειακή περίθαλψη. Ομοίως βλέπουμε και στις άλλες χώρες το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης, με τον μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να κυμαίνεται στο 43% για την φαρμακευτική δαπάνη, στο 22% για ιατρούς και

εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, στο 14% για οδοντιάτρους, στο 2% για νοσοκομειακή περίθαλψη και στο 12% για μακροχρόνια φροντίδα.



Διάγραμμα 3: Ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης υγείας κατά κατηγορία υπηρεσιών, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος
Πηγή : ΣΕΒ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΔΕΛΤΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ. Η υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον.:
(https://www.sev.org.gr/Uploads/Documents/23_01_2020_EconBulletin_V4.pdf)

Την ίδια χρονιά, το δημόσιο σύστημα στην Ελλάδα κάλυπτε μόνο το 61% των συνολικών δαπανών υγείας, έναντι 71% που ήταν το μέσο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το υπόλοιπο 39% των δαπανών υγείας καλυπτόταν ιδιωτικά (ΟΟΣΑ, 2017).

2.6 Συνολικές δαπάνες υγείας των χωρών μελών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ)

Στην παράγραφο αυτή θα παρουσιαστούν οι δαπάνες που πραγματοποίησαν για την υγεία οι χώρες μέλη της ΟΝΕ κατά την περίοδο 2010-2019. Οι δαπάνες αναφέρονται ως ποσοστό % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, δίνοντας μια βάση σύγκρισης για το πόσο ξοδεύουν οι χώρες αυτές σε σχέση με το σύνολο της οικονομικής δραστηριότητας της κάθε χώρας.

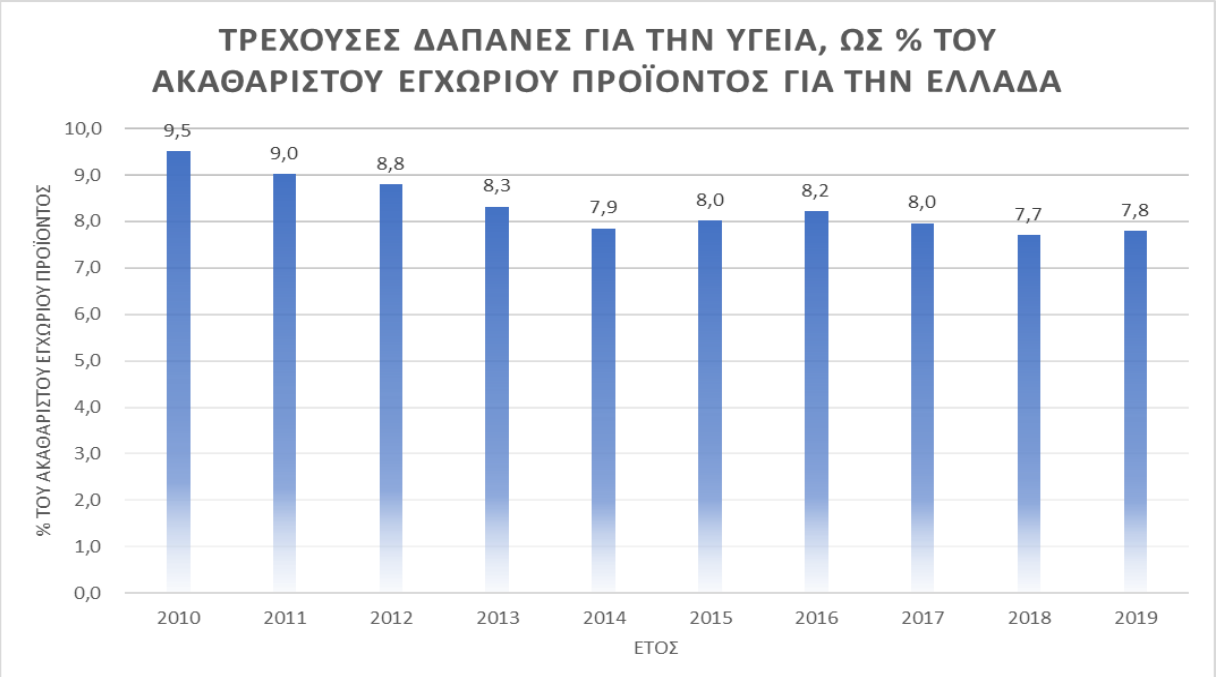
Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι δαπάνες για την υγεία ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, για τα έτη 2010-2019, για τις χώρες της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ).

	Χώρες	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	Αυστρία	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	10,4
2	Βέλγιο	10,2	10,4	10,5	10,6	10,4	10,4	10,3	10,4	10,3	10,3
3	Εσθονία	6,3	5,8	5,8	6,0	6,1	6,3	6,5	6,6	6,7	6,8
4	Φινλανδία	9,1	9,2	9,6	9,8	9,7	9,6	9,4	9,2	9,0	9,1
5	Γαλλία	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,4	11,3	11,2
6	Γερμανία	11,1	10,8	10,8	11,0	11,0	11,2	11,2	11,4	11,5	11,7
7	Ελλάδα	9,5	9,0	8,8	8,3	7,9	8,0	8,2	8,0	7,7	7,8
8	Ιρλανδία	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2	6,9	6,8
9	Ιταλία	8,9	8,8	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7
10	Λετονία	6,1	5,6	5,4	5,4	5,5	5,7	6,2	6,0	6,2	6,3
11	Λιθουανία	6,8	6,5	6,3	6,1	6,2	6,5	6,6	6,5	6,6	6,8
12	Λουξεμβούργο	7,0	6,1	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,3	5,3	5,4
13	Ολλανδία	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	10,0	10,0
14	Πορτογαλία	9,8	9,5	9,4	9,1	9,0	9,0	9,4	9,3	9,4	9,6
15	Σλοβακία	7,7	7,4	7,6	7,5	6,9	6,8	7,0	6,8	6,7	6,9
16	Σλοβενία	8,6	8,5	8,7	8,7	8,5	8,5	8,5	8,2	8,3	8,3
17	Ισπανία	9,1	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,0	8,9	9,0	9,0
Μέσος Όρος ΟΟΣΑ		8,7	8,6	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8	8,7	8,8	8,8

Πίνακας 1: Συνολικές δαπάνες για την υγεία ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος για τα έτη 2010-2019
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

Όπως παρατηρούμε οι χώρες της Βορειο-κεντρικής Ευρώπης (Αυστρία-Βέλγιο –Γερμανία) σημείωσαν κατά την περίοδο 2010-2019 αύξηση στο ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, που δαπανάται στον τομέα της υγείας, με τη Γερμανία να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες. Συγκεκριμένα η Αυστρία ξεκίνησε το 2010 με 10,2% επί του ΑΕΠ και αύξησε τις συνολικές δαπάνες της μέχρι το 2019 κατά 0,4%, ενώ το Βέλγιο το 2013 είχε μια αύξηση κατά 0,4% σε σχέση με το 2010 και στη συνέχεια μια ανεπαίσθητη μείωση στο 10,3% μέχρι το 2019. Αντίθετα η Γερμανία το 2019 έφτασε στο 11,7% έναντι του 11,1%, που ήταν οι δαπάνες της για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2010. Στον αντίποδα βρίσκονται οι χώρες της Βαλτικής (Εσθονία-Λετονία-Λιθουανία), που το ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, το οποίο δαπανάται στον τομέα της υγείας είναι μικρότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΟΝΕ. Συγκεκριμένα η Εσθονία παρουσίασε μία κάμψη τη διετία 2011-2012 και έφτασε το 2019 να έχει μία αύξηση κατά 0,5% σε σχέση με το 2010. Παρόμοια εικόνα ως προς τις αυξομειώσεις παρουσιάζει και η Λετονία, ενώ η Λιθουανία παρέμεινε στάσιμη στο 6,8%.

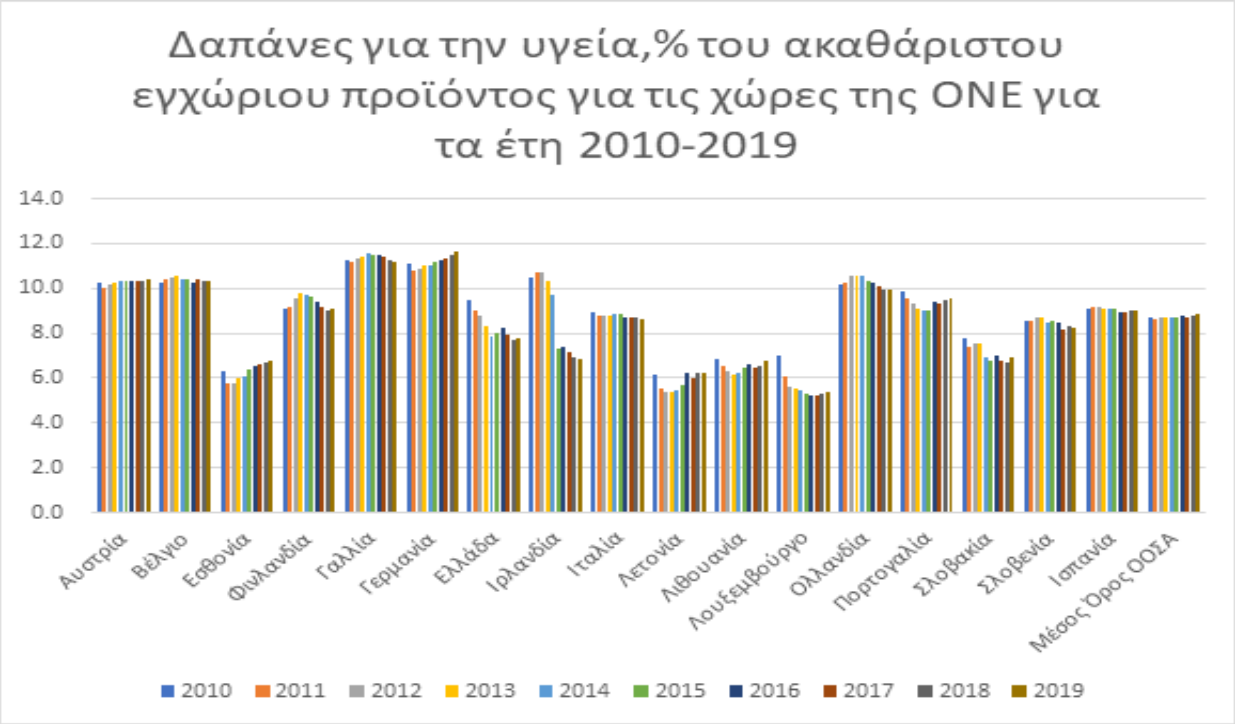
Οι χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ελλάδα-Ιταλία-Ισπανία-Πορτογαλία), σημείωσαν πτώση στο ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, που δαπανάται στον τομέα της υγείας, με την Ελλάδα να κατέχει την πρωτιά ανάμεσα στις χώρες αυτές, καθώς το 2019 ξόδεψε το 7,8% επί του ΑΕΠ για την υγεία, από 9,5% που είχε ξοδέψει το 2010, σε αντίθεση με την Ιταλία, την Ισπανία και την Πορτογαλία, που η μείωση στις δαπάνες τους είναι κατά πολύ μικρότερη. Στο διάγραμμα 4 που ακολουθεί αποτυπώνεται η πτώση στις δαπάνες για την υγεία, που καταγράφηκε κατά την δεκαετία 2010-2019 στην Ελλάδα και που περιγράψαμε στα παραπάνω.



Διάγραμμα 4: Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος για τα έτη 2010-2019 για την Ελλάδα
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

Επίσης στο διάγραμμα 5 που ακολουθεί αποτυπώνονται οι πληροφορίες του Πίνακα 1 όσον αφορά τις δαπάνες για την υγεία στις χώρες της ΟΝΕ, ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος κατά την δεκαετία 2010-2019. Στο διάγραμμα αυτό αποτυπώνονται και οπτικά οι τρεις τάσεις για τις δαπάνες στο χώρο της υγείας στις χώρες τις ΟΝΕ για το χρονικό διάστημα 2010-2019: μια ελαφρά αυξητική, μια σταθεροποιητική και μια με σημαντική πτώση.

Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)



εγχώριου προϊόντος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ (2010-2018)

3.1 Αίτια εμφάνισης της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση ξέσπασε κατά τα τέλη της προηγούμενης δεκαετίας στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία. Προήλθε από την κατάρρευση της αγοράς, που αφορούσε τα στεγαστικά δάνεια, καθώς και αυτής που συνδεόταν με τις διάφορες μορφές και κατηγορίες τοξικών ομολόγων, επιφέροντας σημαντικές μεταβολές στη χρηματοπιστωτική αγορά. Αμέσως γνώρισε μεγάλη εξάπλωση σε αρκετές χώρες παγκοσμίως, και ειδικότερα στην Ευρωπαϊκή ήπειρο, όπου προκάλεσε μια από τις σοβαρότερες κρίσεις χρέους του δημόσιου τομέα. Η κρίση στην περιοχή της Ευρωζώνης δημιουργήθηκε κυρίως λόγω της εσφαλμένης λειτουργίας του χρηματοπιστωτικού συστήματος, με αναφορά σε παγκόσμια κλίμακα, και λιγότερο από τις σπατάλες του δημόσιου τομέα των χωρών της. Αποτέλεσμα ήταν η γρήγορη μεταφορά της κρίσης από την ελεύθερη αγορά στο κρατικό σύστημα, το οποίο, προσπαθώντας να περισώσει κυρίως το τραπεζικό σύστημα, προχώρησε στην ανακεφαλαιοποίηση των τραπεζών, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των πολιτών της κάθε χώρας, κυρίως μέσα από τη φορολόγησή τους.

Η οικονομική κρίση οδήγησε στη αύξηση των ελλειμμάτων και του χρέους της κάθε χώρας (ανεπτυγμένες και λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες), με αποτέλεσμα τα κράτη να προχωρήσουν στην επιβολή αυστηρών οικονομικών μέτρων. Μάλιστα αρκετές από τις χώρες που αντιμετώπισαν προβλήματα στράφηκαν σε διεθνείς οργανισμούς, όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), για τη λήψη δανείων, έτσι ώστε να διασώσουν τις εθνικές οικονομίες τους, με την προϋπόθεση βέβαια ότι οι δανειολήπτριες χώρες θα ήταν υποχρεωμένες να υλοποιήσουν μια πολύ αυστηρή οικονομική πολιτική. Η οικονομική κρίση είχε αρνητικές συνέπειες όχι μόνο σε εθνικό επίπεδο για την κάθε χώρα αλλά και στην κοινωνική ζωή των πολιτών, ως αποτέλεσμα της επιβολής μέτρων όπως π.χ. η μείωση του εισοδήματος ή η επιβολή αυξημένης φορολογίας (Πετμεζίδου, και συν., 2015).

Τον Μάϊο του 2010 η Ελλάδα υπέβαλε αίτηση στην Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο για την άμεση χρηματοδότηση της χώρας. Συγκεκριμένα αιτήθηκε τον δανεισμό 30 δις από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και 80 δις από τις χώρες του ευρώ. Η αίτηση συνοδευόταν από το Μνημόνιο Συνεννόησης, το Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης και το Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής

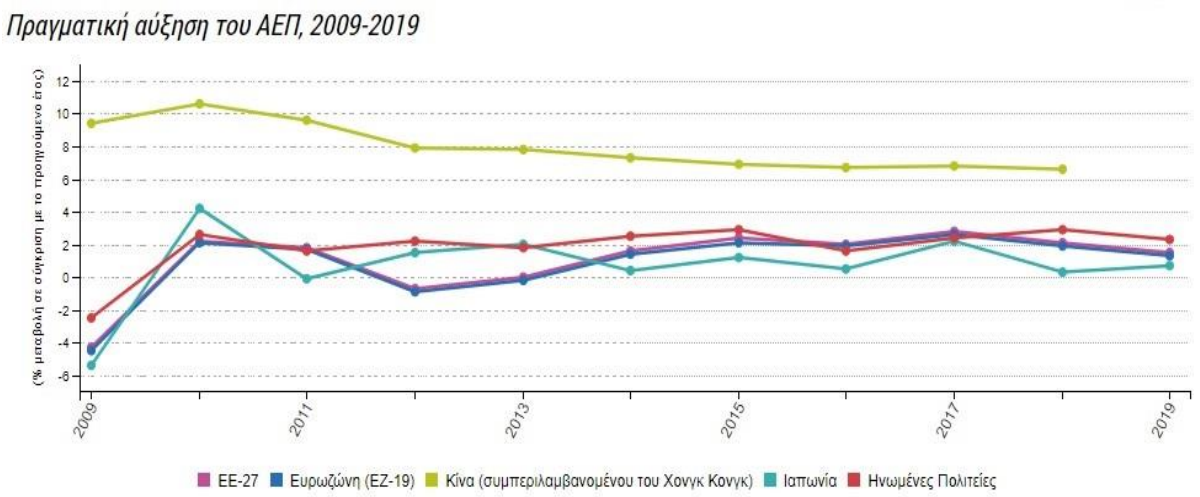
Πολιτικής. Τον Μάιο του ίδιου έτους εγκρίθηκε η Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης και ο Διακανονισμός Χρηματοδότησης Αμέσου Ετοιμότητας με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Στο πλαίσιο της συμφωνίας αυτής έπρεπε η χώρα να λάβει μια σειρά από μέτρα, έτσι ώστε να πετύχει μείωση του ελλείμματος στο 3% του ΑΕΠ και να διαθέτει τα επόμενα έτη πρωτογενές πλεόνασμα τουλάχιστον 4,5% έως το 2014. Τα μέτρα που λήφθησαν ήταν κατά κύριο λόγο:

- αύξηση των συντελεστών Φόρου Προστιθέμενης Αξίας
- αύξηση των ειδικών φόρων κατανάλωσης για αλκοόλ, καπνό και καύσιμα
- μειώσεις στις αποδοχές των δημοσίων υπαλλήλων
- μειώσεις στις συντάξεις
- περικοπή των δώρων Χριστουγέννων και Πάσχα
- μείωση των δημόσιων επενδύσεων κατά 500 εκ. ευρώ. (European Commission, 2010)

Τον Φεβρουάριο του 2012 η Ελλάδα προχώρησε στην υπογραφή του Δεύτερου Μνημονίου με την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, λαμβάνοντας το ποσό των 164,5 δις ευρώ. Το Δεύτερο Μνημόνιο περιλάμβανε επίσης σκληρά μέτρα, όπως μειώσεις στον Δημόσιο Τομέα κατά 150.000 άτομα την πενταετία 2011-2015 εφαρμόζοντας την αναλογία 1:5 προσλήψεις-αποχωρήσεις, μείωση του κατώτατου μισθού κατά 22%, επιπλέον φορολογία στα ακίνητα, περικοπές σε συντάξεις, επιδόματα, παροχές υγείας (European Commission, 2012).

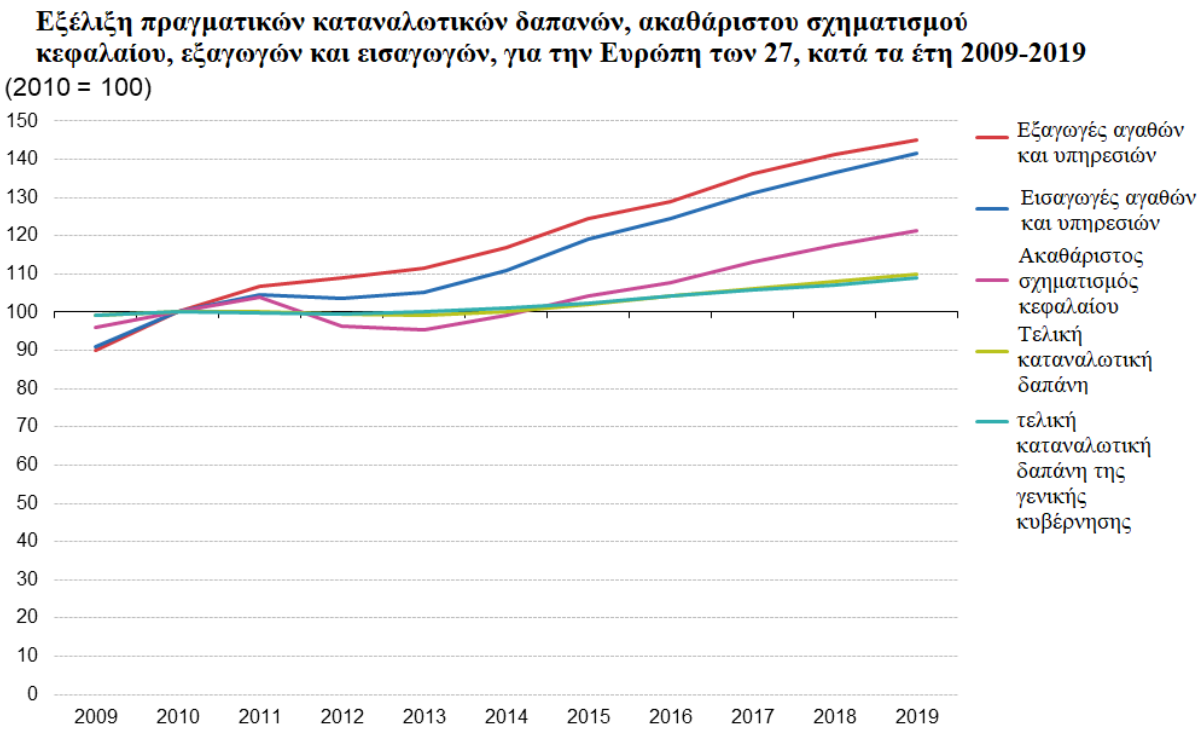
3.2 Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στα μακροοικονομικά μεγέθη των χωρών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ)

Η οικονομική κρίση που ξέσπασε στις ΗΠΑ ήταν αναμενόμενο να φτάσει και να πλήξει πολλές χώρες της Ευρώπης. Βέβαια σε χώρες που ήδη είχαν σοβαρά προβλήματα στην οικονομία τους, όπως η Ελλάδα, η κρίση απλώς επιδείνωσε την άσχημη κατάσταση της οικονομίας τους. Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 6 που ακολουθεί, η παγκόσμια οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα σοβαρή ύφεση από το 2009 στις χώρες της ΟΝΕ, η οποία φαίνεται να τελειώνει - με αναιμική βέβαια ανάπτυξη- το 2015. Η κρίση εντωμεταξύ είχε ξεκινήσει νωρίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ιαπωνία, καθώς ήδη από το 2008 είχε καταγραφεί αρνητικό ΑΕΠ με επιδείνωση το 2009, πριν έρθει η ανάκαμψη το 2010 (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).



Διάγραμμα 6: Ποσοστό μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ, 2009-2019 (% μεταβολής σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος)
Πηγή: Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=National_accounts_and_GDP/el

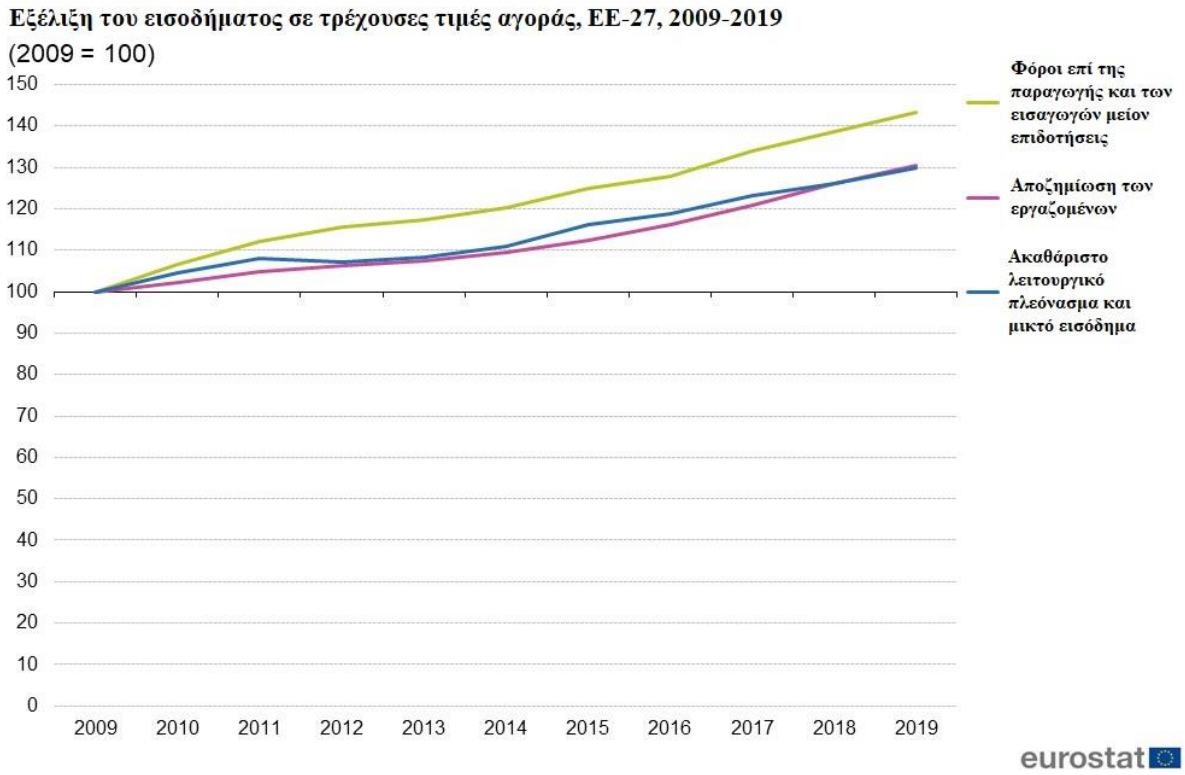
Στο επόμενο διάγραμμα 7, παρατηρούμε ότι οι τελικές καταναλωτικές δαπάνες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 χωρών αυξήθηκαν κατά 10% σε όγκο μεταξύ 2009 και 2019. Κατά την ίδια περίοδο, ο ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου ήταν σχετικά ασταθής: αυξήθηκε μεταξύ 2009 και 2011, στη συνέχεια μειώθηκε έως το 2014 και μετά ακολούθησε ανοδική πορεία έως το 2019. Οι εξαγωγές παρουσιάζουν μια σχετικά σταθερή αυξητική τάση, ενώ οι εισαγωγές, μετά από μικρή κάμψη μεταξύ 2011 και 2013, παρουσιάζουν σταθερή αυξητική πορεία. Συνολικά, κατά την περίοδο 2009-2019 οι εξαγωγές αυξήθηκαν κατά 60%, ενώ οι εισαγωγές κατά 55% (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).



Διάγραμμα 7: Εξέλιξη πραγματικών καταναλωτικών δαπανών, ακαθάριστου σχηματισμού κεφαλαίου, εξαγωγών και εισαγωγών, ΕΕ27, 2009-2019
Πηγή: Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Developments_for_real_consumption_expenditure,_gross_capital_formation,_exports_and_imports,_EU-27,_2009-2019_(2010_%3D_100).png)

Το 2011 το συνολικό εισόδημα των νοικοκυριών είχε ανακάμψει από την πτώση που σημειώθηκε τα προηγούμενα χρόνια λόγω της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης. Το εισόδημα εξαρτημένης εργασίας ανάμεσα στα έτη 2009 και 2019 αυξανόταν κάθε χρόνο στην ΕΕ-27, με συνολική αύξηση γύρω στο 30,5 % στην παραπάνω περίοδο (σε τρέχουσες τιμές). Ταυτόχρονα, για το ακαθάριστο λειτουργικό πλεόνασμα και το μεικτό εισόδημα η συνολική αύξηση ήταν περίπου η ίδια (γύρω στο 29,9 %) αντιστοιχιζόμενη με ετήσιες αυξήσεις για όλα τα έτη εξαιρουμένου του 2012. Τα έσοδα από φόρους επί της παραγωγής και των εισαγωγών παρουσίαζαν αύξηση κάθε χρόνο στο διάστημα μεταξύ 2009 έως 2019, δίνοντας μια συνολική αύξηση κατά 43,1 % (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).

Στο παρακάτω διάγραμμα 8 παρατηρούμε την αύξηση των εισοδημάτων από το 2011 (αποζημίωση των εργαζομένων, μικτό εισόδημα) μετά την ανάκαμψη από την οικονομική κρίση που προηγήθηκε.



Διάγραμμα 8: Εξέλιξη του εισοδήματος σε τρέχουσες τιμές αγοράς, ΕΕ-27, 2009-2019
Πηγή: Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=National_accounts_and_GDP/el#CE.95.CE.BE.CE.B5.CE.BB.CE.AF.CE.BE.CE.B5.CE.B9.CF.82_.CF.84.CE.BF.CF.85_.CE.91.CE.95.CE.A0_.CF.83.CF.84.CE.B7.CE.BD_.CE.95.CE.95-27:_.CE.B1.CF.8D.CE.BE.CE.B7.)

3.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις χώρες της Ευρώπης στον τομέα της υγείας, με έμφαση στο ανθρώπινο δυναμικό

Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης πολλές Ευρωπαϊκές χώρες αναγκάστηκαν να μειώσουν τις δαπάνες, που πραγματοποιούσαν για τον τομέα της υγείας, με στόχο να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στο πρόβλημα της αύξησης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, που είχε εντωμεταξύ παρουσιαστεί, παράλληλα με την αύξηση των ποσοστών χρέους ως προς το ΑΕΠ. Αυτό είχε αρνητικές συνέπειες σε πολλούς τομείς, ένας από τους οποίους ήταν και το κοινωνικό κράτος (που αναφέρεται σε τομείς όπως η υγεία, η εργασία και η απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση, κ.λπ.). Επίσης αρκετές αρνητικές επιπτώσεις παρουσιάστηκαν στις συνθήκες διαβίωσης, με την αύξηση των τιμών στα βασικά προϊόντα της διατροφής, καθώς και στις δαπάνες από τα νοικοκυριά για υπηρεσίες υγείας που μειώθηκαν.

Παράλληλα άρχισαν να παρουσιάζονται ελλείψεις στα δημόσια νοσοκομεία π.χ. σε ό,τι αφορά τις προμήθειες φαρμακευτικών ειδών και εξοπλισμού, αλλά και να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Τα μέτρα που πήραν οι χώρες της

Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως να μειωθούν οι μισθοί και να περιοριστούν οι προσλήψεις στο δημόσιο τομέα, είχαν άμεσο αντίκτυπο στη σωστή λειτουργία του συστήματος υγείας σε όλες τις χώρες της Ευρώπης ανεξαιρέτως. Ως αποτέλεσμα του παγώματος των προσλήψεων, τα δημόσια νοσοκομεία έμειναν υποστελεχωμένα, να λειτουργούν πολλές φορές κάτω από το όριο της πραγματικής ή της αναγκαίας επιχειρησιακής τους ικανότητας και οι εργαζόμενοι σε αυτά να πρέπει να εργάζονται περισσότερες ώρες την εβδομάδα.

Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι, ενώ η κρίση εκδηλώθηκε στον ανεπτυγμένο κόσμο και εξαπλώθηκε στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, οι επιπτώσεις της στη δημόσια υγεία ήταν και παραμένουν εντονότερες στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό οφείλεται στην «αυστηρή λιτότητα», στην οποία υποχρεώθηκαν οι χώρες αυτές σε σχέση με τις αναπτυγμένες χώρες, όπου τα μέτρα ήταν ηπιότερα.

Βέβαια υπήρξαν και χώρες που χειρίστηκαν διαφορετικά την κρίση, πραγματοποιώντας δημόσιες επενδύσεις με αναφορά στην κοινωνία, για να καταφέρουν να πετύχουν την έξοδο από αυτή (π.χ. Ισλανδία), σε αντίθεση με την πλειοψηφία των χωρών, που στηρίχθηκαν σε μέτρα λιτότητας.

Γι’ αυτό μπορούμε και να συμπεράνουμε ότι η λιτότητα δεν είναι πάντα η βέλτιστη λύση για τις κοινωνίες του σήμερα. Πάντα θα υπάρχει η εναλλακτική λύση, που προβλέπει την ενίσχυση του κοινωνικού κράτους, γεγονός που σίγουρα θα ευνοήσει τον τομέα της υγείας (Πετμεζίδου, και συν., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ (ΟΝΕ)

4.1.Ορισμός της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ)

Σύμφωνα με τον επίσημο ιστότοπο της Ευρωπαϊκής Ένωσης:« Όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν μέρος της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) και συντονίζουν τη χάραξη της οικονομικής πολιτικής τους για την υποστήριξη των οικονομικών στόχων της ΕΕ. Ωστόσο, ορισμένα κράτη μέλη έχουν κάνει ένα βήμα παραπέρα, αντικαθιστώντας τα εθνικά τους νομίσματα με το ενιαίο νόμισμα - το ευρώ. Αυτά τα κράτη μέλη αποτελούν τη ζώνη του ευρώ».

Για την οικονομική πολιτική που ασκείται, αποκλειστικά αρμόδια είναι τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μαζί με τα θεσμικά όργανά της, τα οποία είναι:

- Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ), που στόχο έχει την προαγωγή του γενικού συμφέροντος της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρακολουθώντας τις οικονομικές επιδόσεις των χωρών.
- Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), που ασχολείται με τη χάραξη της νομισματικής πολιτικής και βασικό στόχο της αποτελεί η σταθερότητα.
- Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, που έχει νομοθετικές-εποπτικές και δημοσιονομικές αρμοδιότητες.
- Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, που κύριος ρόλος του είναι η χάραξη των γενικών πολιτικών κατευθύνσεων και θέτει τις προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Τα κράτη μέλη.
- Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής ένωσης, που συντονίζει τη χάραξη των οικονομικών πολιτικών και θεσπίζει την ανάλογη νομοθεσία (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).

4.2. Ιστορία της ΟΝΕ

Η σύσταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο είχε ως βασικό σκοπό να μειωθούν οι συγκρούσεις μεταξύ των κρατών αλλά και να ενισχυθούν οι οικονομικές-εμπορικές συνεργασίες ανάμεσά τους. Έτσι, λοιπόν, το 1957 ιδρύεται στο Βέλγιο η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα. Νωρίτερα, το 1950, είχε ιδρυθεί η Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα με έξι ιδρυτικά μέλη: τη Γερμανία, τη Γαλλία, το Βέλγιο, την Ιταλία, τις Κάτω Χώρες και το Λουξεμβούργο. Η δεκαετία του 1960 ήταν μια πολύ καλή περίοδος για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αυτό γιατί υπήρξε ένα πολύ καλό κλίμα

συνεργασίας, τόσο σε οικονομικό επίπεδο (μη επιβολή δασμών στις εμπορικές συναλλαγές), όσο και σε κοινωνικό - ανθρωπιστικό επίπεδο (αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των χωρών). Το 1973 προστέθηκαν η Δανία, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ το 1981 η Ελλάδα αποτελούσε πλέον το δέκατο μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πέντε χρόνια μετά, το 1986 ακολούθησαν η Πορτογαλία και η Ισπανία. Η συζήτηση για την Οικονομική και Νομισματική Ένωση ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1988 (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).

Κατόπιν, το 1989, με την Έκθεση Delor προτάθηκε το σχέδιο για την δημιουργία της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ), το οποίο περιλάμβανε τα παρακάτω στάδια:

Πρώτο Στάδιο: 1η Ιουλίου 1990

- Κατάργηση περιορισμών στις συναλλαγές κεφαλαίων.
- Οι Διοικητές των Κεντρικών Τραπεζών αποκτούν περισσότερες αρμοδιότητες.
- Βελτίωση των οικονομικών πολιτικών των χωρών.
- Χρήση του ECU (European Currency Unit).

Δεύτερο Στάδιο: 1η Ιανουαρίου 1994

- Την 1η Ιανουαρίου 1994 ιδρύεται το Ευρωπαϊκό Νομισματικό Ίδρυμα (ΕΝΙ).
- Υποστήριξη και προώθηση των νομισματικών πολιτικών.
- Ανεξαρτησία των ΕΚΤ (Εθνικών Κεντρικών Τραπεζών).

Τρίτο Στάδιο: 1η Ιανουαρίου 1999 και εφεξής

- Εισαγωγή του Ευρώ ως νομισματική μονάδα.
- Άσκηση ενιαίας νομισματικής πολιτικής από την ΕΚΤ.
- Καθορισμός συναλλάγματος ισοτιμιών των χωρών-μελών.
- Έγκριση και έναρξη ισχύος (Ιούνιος 1997) του ΜΣΙ ΙΙ (Μηχανισμός Συναλλαγματικών Ισοτιμιών) και του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, 2021).

4.3. Χώρες μέλη της ΟΝΕ

Οι πρώτες χώρες που συμμετείχαν στην Οικονομική Νομισματική Ένωση ήταν η Γαλλία, το Βέλγιο, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Γερμανία και οι Κάτω Χώρες. Στην συνέχεια όμως αποφάσισαν να προσχωρήσουν και άλλες χώρες μέχρι να φτάσουμε στη σημερινή εικόνα της ΟΝΕ. Παρόλα αυτά δύο κράτη μέλη, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Δανία, δεν προχώρησαν στην υιοθέτηση του κοινού νομίσματος. Πρόκειται για χώρες, για τις οποίες ισχύει μια ειδική συνθήκη με την ονομασία ρήτρα εξαίρεσης. Επίσης η Σουηδία μετά από δημοψήφισμα τον

Σεπτέμβριο του 2003, που είχε αρνητικό όσον αφορά την υιοθέτηση του κοινού νομίσματος αποτέλεσμα, δεν προχώρησε στην εισαγωγή του ευρώ. Το Ηνωμένο Βασίλειο μετά από δημοψήφισμα και πολύμηνες διαπραγματεύσεις αποχώρησε από την Ευρωπαϊκή Ένωση στις 31 Ιανουαρίου 2020.

Παρόλο που όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν κομμάτι της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ), 19 από τις χώρες αυτές έχουν αντικαταστήσει τα εθνικά τους νομίσματα με το ενιαίο νόμισμα - το ευρώ. Αυτές είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, η Εσθονία, η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Κύπρος, η Λετονία, η Λιθουανία, το Λουξεμβούργο, η Μάλτα, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Σλοβακία, η Σλοβενία και η Φινλανδία (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).

Η διαδικασία υιοθέτησης του ευρώ έχει ως εξής: Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα αποφασίζουν από κοινού εάν οι υποψήφιες προς ένταξη στην ζώνη του ευρώ χώρες πληρούν τις προϋποθέσεις και τα κριτήρια, για να μπορέσουν να υιοθετήσουν το ευρώ. Κατόπιν, με βάση τα κριτήρια σύγκλισης τα δύο όργανα προχωρούν στη δημοσίευση των συμπερασμάτων τους σε αντίστοιχες εκθέσεις. Στη συνέχεια, οι εκθέσεις πρέπει να επικυρωθούν από το Συμβούλιο ECOFIN έπειτα από διαβούλευση με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και τους αρχηγούς των κρατών και των κυβερνήσεων. Εφόσον η γνωμοδότηση είναι θετική, η διαδικασία για την υιοθέτηση του ευρώ ξεκινάει (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

5.1. Δημόσια συστήματα υγείας

Στα δημόσια συστήματα υγείας κύριο μέλημα αποτελεί η ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες της χώρας, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τάξη στην οποία βρίσκονται. Οι παροχές υγείας οργανώνονται από το κράτος μέσα από χρηματοδότηση, που είναι αποτέλεσμα της είσπραξης φόρων και των εισφορών από τους εργοδότες – εργαζόμενους.

5.2. Ιδιωτικά συστήματα υγείας

Στα ιδιωτικά συστήματα υγείας η υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται είναι αποκλειστικά ιδιωτική υπόθεση. Ο ασθενής μπορεί να επιλέξει τον γιατρό ή την κλινική που θέλει, τη στιγμή που το θέλει, καλύπτοντας με αυτόν τον τρόπο την ανάγκη του για γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που επιθυμεί.

5.3. Μικτά συστήματα υγείας

Στα μικτά συστήματα υγείας η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης είναι τόσο δημόσια όσο και ιδιωτική. Δημόσια είναι όπου ο πολίτης μπορεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο, επιλέγοντας τον γιατρό που θέλει, και ιδιωτική όπου ο ασθενής μπορεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια σε κάποια ιδιωτική κλινική ή και ιδιωτικό νοσοκομείο. Τα μικτά συστήματα υγείας είναι και τα πιο διαδεδομένα στις περισσότερες χώρες.

5.4 Συστήματα υγείας χωρών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης

Τα συστήματα υγείας των χωρών (προφίλ υγείας ανά χώρα) της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης παρουσιάζονται παρακάτω (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017):

ΑΥΣΤΡΙΑ

Το σύστημα υγείας της Αυστρίας είναι μικτό. Το Αυστριακό κράτος καθορίζει το νομοθετικό πλαίσιο, παράλληλα με την κοινωνική υγεία και ασφάλιση των πολιτών. Οι πολιτείες είναι εκείνες που έχουν στη δικαιοδοσία τους τη νοσοκομειακή περίθαλψη, σύμφωνα με τους κανονισμούς που ορίζονται από την ομοσπονδιακή νομοθεσία. Έχουν επίσης την ευθύνη για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων αλλά και για την εύρυθμη λειτουργία εντός νομοθετικού πλαισίου του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΒΕΛΓΙΟ

Στο Βέλγιο οι ομοσπονδιακές αρχές είναι υπεύθυνες για την ομαλή λειτουργία και οργάνωση του συστήματος υγείας της χώρας. Έχουν την ευθύνη της περίθαλψης, από την πρωτοβάθμια μέχρι και την τριτοβάθμια, καθώς και της επαρκούς χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό οργανώνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα διυπουργικές συναντήσεις, ώστε να επιλύονται τυχόν προβλήματα και να διευκολύνεται με αυτόν τον τρόπο το έργο των ομοσπονδιακών αρχών.

ΚΥΠΡΟΣ

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο είναι υπό μεταρρύθμιση, καθ' ότι για πολλές δεκαετίες δεν υπήρχε σύμπνοια μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, κυρίως επειδή στον ιδιωτικό τομέα η χρηματοδότηση γινόταν με άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και λιγότερο από τα ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει συντονισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και να δημιουργούνται αρκετά προβλήματα όπως ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών στις παροχές υγείας, αναποτελεσματικότητα κ.α. Αυτή τη στιγμή γίνονται προσπάθειες να δημιουργηθεί ένα νέο σύστημα υγείας περισσότερο λειτουργικό και εύκολα προσβάσιμο.

ΕΣΘΟΝΙΑ

Στην Εσθονία το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων είναι εκείνο που επιβλέπει το σύστημα υγείας. Για αυτό το σκοπό έχει δημιουργηθεί το ταμείο (EHIF), που συγκεντρώνει και διαχειρίζεται το μεγαλύτερο μέρος των δημόσιων πόρων και εν τέλει είναι υπεύθυνο για την οργάνωση της αγοράς σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη. Στην Εσθονία τα νοσοκομεία ανήκουν στο κράτος ή τις τοπικές κυβερνήσεις ενώ οι κλινικές και τα φαρμακεία, αν δεν ανήκουν σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο, τότε ανήκουν σε ιδιώτες.

ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

Στη Φιλανδία το σύστημα υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό δημόσιο και εγγυάται για όλους τους πολίτες την ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η χρηματοδότησή του επιτυγχάνεται μέσα από τη φορολογία, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν παίζει σημαντικό ρόλο. Επιπλέον τα Δημοτικά Κέντρα Υγείας επιτελούν σημαντικό έργο, τόσο στην εξωνοσοκομειακή όσο και στην απλή νοσοκομειακή βοήθεια, συνεπικουρώντας με αυτό τον τρόπο τα δημόσια νοσοκομεία.

ΓΑΛΛΙΑ

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας είναι κατά κύριο λόγο μικτό και βασίζεται κυρίως σε ένα κοινωνικό σύστημα ασφάλισης υγείας όπου το κράτος παίζει σημαντικό ρόλο αλλά ταυτόχρονα και ο ιδιωτικός τομέας είναι εξίσου σημαντικός αναφορικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Στη Γερμανία η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική και κατά συνέπεια προσφέρει σχεδόν καθολική κάλυψη. Το γερμανικό σύστημα υγείας χωρίζεται σε δημόσια κοινωνική ασφάλιση υγείας (SHI) και ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI), με ορισμένα κριτήρια που καθορίζουν ποιος είναι ασφαλισμένος σε ποια. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι είναι ασφαλισμένοι στο SHI, ενώ σε όσους έχουν μεγαλύτερο εισόδημα, το ύψος του οποίου ορίζεται από το κράτος, δίνεται η δυνατότητα να εγγραφούν στο PHI για πλήρη ασφάλιση. Επιπλέον στο PHI μπορούν να συμμετάσχουν εργαζόμενοι σε συγκεκριμένα επαγγέλματα, όπως οι δημόσιοι υπάλληλοι.

ΕΛΛΑΔΑ

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι ένα μικτό σύστημα, για το οποίο τα τελευταία χρόνια έχουν καταβληθεί μεγαλύτεες προσπάθειες σε επίπεδο οργάνωσης σε σχέση με το παρελθόν. Το Υπουργείο Υγείας είναι εκείνο που ρυθμίζει την όλη λειτουργία του συστήματος. Το 2011, σε μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης του συστήματος, ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίο εντάχθηκαν οι τομείς υγείας από τα μέχρι τότε υπάρχοντα ταμεία ασφάλισης. Στην ουσία πρόκειται για ένα ενιαίο υπερταμείο ασφάλισης υγείας, στο οποίο είναι συμβεβλημένοι και ιδιωτικοί πάροχοι, όπως γιατροί, κλινικές και διαγνωστικά εργαστήρια.

ΙΡΛΑΝΔΙΑ

Το σύστημα υγείας της Ιρλανδίας είναι ένα μικτό σύστημα, του οποίου η χρηματοδότηση επιτυγχάνεται μέσα από τη φορολογία. Βέβαια αρκετοί πολίτες καταφεύγουν στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, κυρίως για να έχουν ταχύτερη πρόσβαση στις δομές υγείας. Παρ’ όλα αυτά τα τελευταία χρόνια το σύστημα υγείας της Ιρλανδίας έχει βελτιωθεί αρκετά μέσα από μεταρρυθμίσεις, που ακόμα και σήμερα πραγματοποιούνται.

ΙΤΑΛΙΑ

Το ιταλικό σύστημα υγείας έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την αποκέντρωση, δομείται δηλαδή σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, οπότε και η πολιτική που ακολουθείται στον τομέα της υγείας μεταβάλλεται συνεχώς. Η χρηματοδότηση είναι αποτέλεσμα της φορολογίας, ενώ κάθε περιοχή είναι υπεύθυνη για την οργάνωση και ομαλή λειτουργία των μονάδων υγείας, με κύριο στόχο την κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών.

ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ

Στην Λιθουανία το Υπουργείο Υγείας είναι εκείνο που οργανώνει το σύστημα υγείας της χώρας, με τη βοήθεια του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας, το οποίο διαμορφώνει την πολιτική και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Η φορολογία αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης του ταμείου, ενώ οι τοπικές διοικήσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη. Ο ιδιωτικός τομέας επιτελεί και εκείνος σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα, κυρίως στον τομέα της πρωτοβάθμιας και της οδοντιατρικής περίθαλψης.

ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Λουξεμβούργου είναι ένα από τα καλύτερα χρηματοδοτούμενα στην Ευρώπη. Το Λουξεμβούργο διαθέτει την Εθνική Ασφάλιση Υγείας (Caisse Nationale de Santé, CNS). Όλα τα νοσοκομεία διευθύνονται από το Caisse Nationale de Santé (CNS) και οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν το δικό τους ιατρό και νοσοκομείο. Όλοι οι πολίτες δικαιούνται κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ενώ ταυτόχρονα οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες είναι εκείνοι που καταβάλλουν τις εισφορές για ιατρικά έξοδα.

ΜΑΛΤΑ

Το σύστημα υγείας της Μάλτας παρέχει υγειονομική κάλυψη σε όλους σχεδόν τους πολίτες της χώρας. Το Υπουργείο Υγείας έχει την ευθύνη για την εύρυθμη και απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος υγείας, καθώς αποτελεί τον κύριο πάροχο των υπηρεσιών υγείας, με τον ιδιωτικό τομέα να συμπληρώνει κυρίως την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Το 2006 εισήχθη στην Ολλανδία ένα νέο σύστημα υγείας, που περιλαμβάνει τρεις τομείς – αγορές: η αγορά παροχής υγειονομικής περίθαλψης, η αγορά ασφάλισης υγείας και η αγορά υγειονομικής περίθαλψης. Το Υπουργείο Υγείας είναι εκείνο που αναρτά στο διαδίκτυο τις τιμές, τις παρεχόμενες υπηρεσίες κ.α., ενώ την ίδια στιγμή οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι πάροχοι διαπραγματεύονται τα αντίστοιχα πακέτα κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών και τις τιμές. Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν το ασφαλιστικό

πρόγραμμα που επιθυμούν, ενώ παράλληλα τους δίνεται η δυνατότητα να έχουν στη διάθεσή τους και οικογενειακό ιατρό.

ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας καλύπτει όλους τους πολίτες της χώρας, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική θέση που έχουν, και χρηματοδοτείται από τη φορολογία. Το Υπουργείο Υγείας είναι εκείνο που ρυθμίζει τη λειτουργία όλων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και θέτει το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο και για τον ιδιωτικό τομέα.

ΣΛΟΒΑΚΙΑ

Στην Σλοβακία υπάρχουν τρεις ασφαλιστικές εταιρείες, μια δημόσια και δύο ιδιωτικές. Ο πολίτης είναι υποχρεωμένος από τον νόμο να υποβάλει σχετική αίτηση σε μια από τις τρεις, έτσι ώστε να του παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη. Το Υπουργείο Υγείας της χώρας είναι και ο ρυθμιστής του συστήματος υγείας και υπεύθυνο για την ομαλή λειτουργία του.

ΣΛΟΒΕΝΙΑ

Στη Σλοβενία το Υπουργείο Υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο στην ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί συγκεντρωτικό. Το κράτος είναι εκείνο που νομοθετεί, ρυθμίζει και οργανώνει το σύστημα υγείας από την πρωτοβάθμια έως την τριτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη.

ΙΣΠΑΝΙΑ

Στην Ισπανία το σύστημα υγείας είναι κατά κύριο λόγο δημόσιο. Το 2002 εκχωρήθηκαν αρκετές από τις αρμοδιότητες του τομέα υγείας στις 17 περιφέρειες της χώρας, που έκτοτε έχουν και την αποκλειστική ευθύνη της οργάνωσης και ομαλής λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους, ενώ το Υπουργείο Υγείας της χώρας έχει συγκεκριμένες και γενικές αρμοδιότητες π.χ. διεθνή ζητήματα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΟΝΕ - ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ στις περισσότερες χώρες της ΟΝΕ κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Ακολουθεί ανάλυση και σύγκριση των στοιχείων αναφορικά με την απασχόληση στον τομέα της υγείας για τις χώρες της ΟΝΕ, με ιδιαίτερη αναφορά στην Ελλάδα.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΟΝΕ

Στον παρακάτω πίνακα 2 παρουσιάζεται η εξέλιξη του αριθμού των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους για τις χώρες της ΟΝΕ κατά τα έτη 2010-2018:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Αυστρία	4,8	4,8	4,9	5,0	5,1	5,1	5,1	5,2	5,2
Βέλγιο	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1
Εσθονία	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4	3,5	3,5	3,5
Φινλαδία	3,0	3,0	3,1	3,2	3,2	..	..	..	..
Γαλλία	3,0	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2
Γερμανία	3,7	3,9	4,0	4,0	4,1	4,1	4,2	4,3	4,3
Ελλάδα	5,8	5,8	5,8	5,8	5,9	5,9	6,1	6,1	6,1
Ιρλανδία	..	2,7	2,7	2,7	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3
Ιταλία	3,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,8	4,0	4,0	4,0
Λετονία	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,3
Λιθουανία	4,0	4,1	4,2	4,3	4,3	4,3	4,5	4,6	4,6
Λουξεμβούργο	2,8	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9	3,0	..
Ολλανδία	..	..	..	..	3,4	3,5	3,5	3,6	3,7
Πορτογαλία	3,9	4,0	4,1	4,3	4,4	4,6	4,8	5,0	5,2
Σλοβακία	3,4	3,3	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5	3,4	3,5
Σλοβενία	2,4	2,5	2,5	2,6	2,8	2,8	3,0	3,1	3,2
Ισπανία	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9	3,8	3,9	4,0

Πίνακας 2: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 κατοίκους
(Τα δεδομένα αναφέρονται σε όλους τους γιατρούς που διαθέτουν άδεια εξάσκησης επαγγέλματος)
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτουν τα εξής:

Η Αυστρία το 2010-2011 διέθετε 4.8 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους ενώ από το 2012 και μετά παρουσιάζει μια μικρή αύξηση συγκεκριμένα στους 5.1, καταλήγοντας το 2018 στους 5.2 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Το Βέλγιο την τριετία 2010-2012 διέθετε 2.9 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, την τριετία 2013-2015 μόλις 3.0 ιατρούς, ενώ κατά την τριετία 2016-2018 3.1 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Εσθονία ξεκίνησε το 2010 με 3.2 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, την τριετία 2011-2013 με 3.3 ιατρούς, το 2014-2015 με 3.4 ιατρούς, καταλήγοντας την τριετία 2016-2018 με 3.5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Φινλανδία τη διετία 2010-2011 διέθετε 3.0 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, το 2012 3,1 ιατρούς, ενώ τη διετία 2013-2014 μόλις 3.2 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Για τα έτη 2015-2018 δεν διαθέτουμε στοιχεία.

Η Γαλλία το 2010 διέθετε 3.0 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, την εξαετία 2011-2016 το ποσοστό αυξήθηκε μόλις στους 3.1 ιατρούς, ενώ τη διετία 2017-2018 στους 3.2 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Γερμανία το 2010 διέθετε 3.7 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 3.9 ιατρούς, τη διετία 2012-2013 4.0, το 2014-2015 4.1, το 2016 4.2 και τη διετία 2017-2018 4.3 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ελλάδα την τετραετία 2010-2013 διέθετε 5.8 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, τη διετία 2014-2015 5.9 ιατρούς, ενώ την τριετία 2016-2018 το ποσοστό αυξήθηκε στους 6.1 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ιρλανδία την τριετία 2011-2013 διέθετε 2.7 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, το 2014 3.0, το 2015 3.1, το 2016 3.1 ενώ τη διετία 2017-2018 έφτασε στους 3.3 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ιταλία το 2010 διέθετε 3.8 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, την τριετία 2011-2014 3.9 ιατρούς, το 2015 το ποσοστό μειώθηκε στους 3.8, όσο ήταν το 2010, ενώ την τριετία 2015-2018 αυξήθηκε στους 4.0 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Λετονία την τριετία 2010-2012 διέθετε 3.1 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, την πενταετία 2013-2017 διέθετε 3.2 ιατρούς, ενώ το 2018 το ποσοστό αυξήθηκε στους 3.3 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Λιθουανία το 2010 διέθετε 4.0 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 4.1 , το 2012 4.2, την τριετία 2013-2015 διέθετε 4.3, το 2016 4.5 και τη διετία 2017-2018 έφτασε στους 4.6 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Το Λουξεμβούργο την τετραετία 2010-2013 διέθετε 2.8 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, την τριετία 2014-2016 διέθετε 2.9 ιατρούς ενώ το 2017 έφτασε στους 3.0 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Για το 2018 δεν διαθέτουμε στοιχεία.

Η Ολλανδία το 2014 διέθετε 3.4 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, τη διετία 2015-2016 3.5, το 2017 3.6 και το 2018 τους 3.7 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

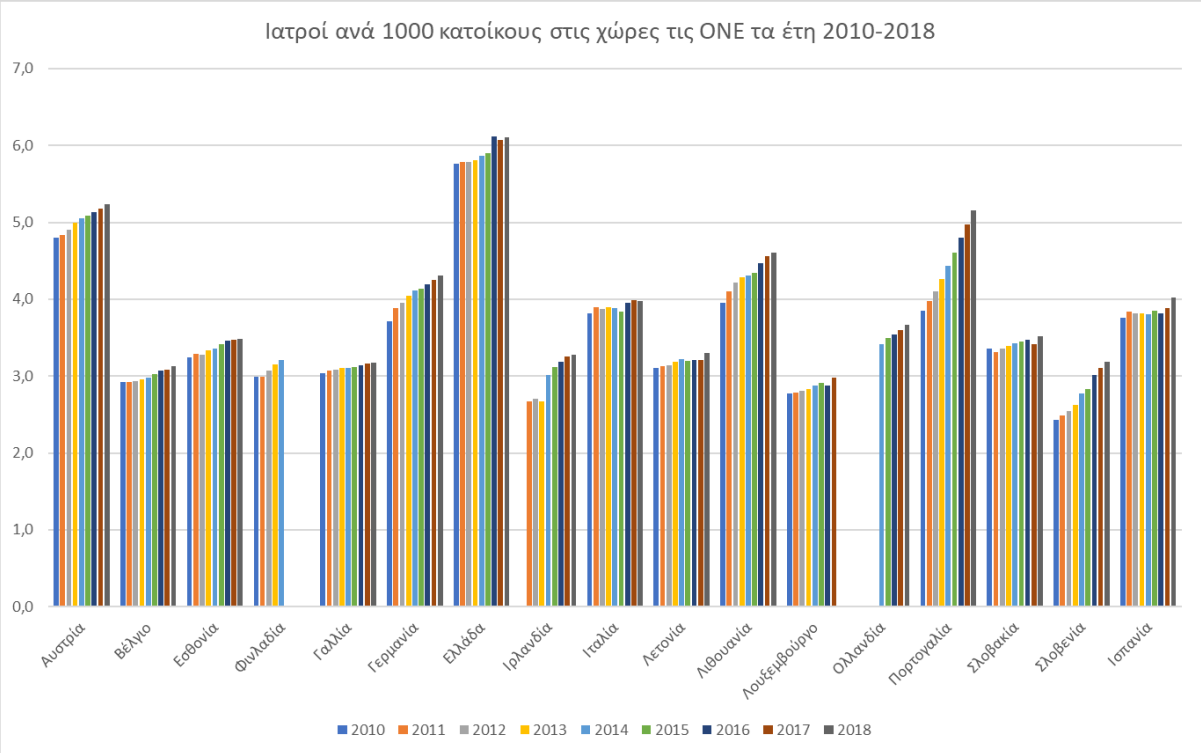
Η Πορτογαλία το 2010 διέθετε 3.9 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 4.0, το 2012 4.1, το 2013 4.3, το 2014 4.4, το 2015 4.6, το 2016 4.8, το 2017 5.0 και το 2018 έφτασε στους 5.2 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Σλοβακία το 2010 διέθετε 3.4 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 3.3, την τριετία 2012-2014 3.4, τη διετία 2015-2016 3.5, το 2017 3.4 ενώ το 2018 έφτασε στους 3.5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Σλοβενία το 2010 διέθετε 2.4 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, τη διετία 2011-2012 2.5, το 2013 2.6, τη διετία 2014-2015 2.8, το 2016 3.0, το 2017 3.1 και το 2018 έφτασε στους 3.2 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ισπανία την πενταετία 2010-2014 διέθετε 3.8 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους , το 2015 3.9, το 2016 3.8, το 2017 3.9 ενώ το 2018 έφτασε στους 4.0 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

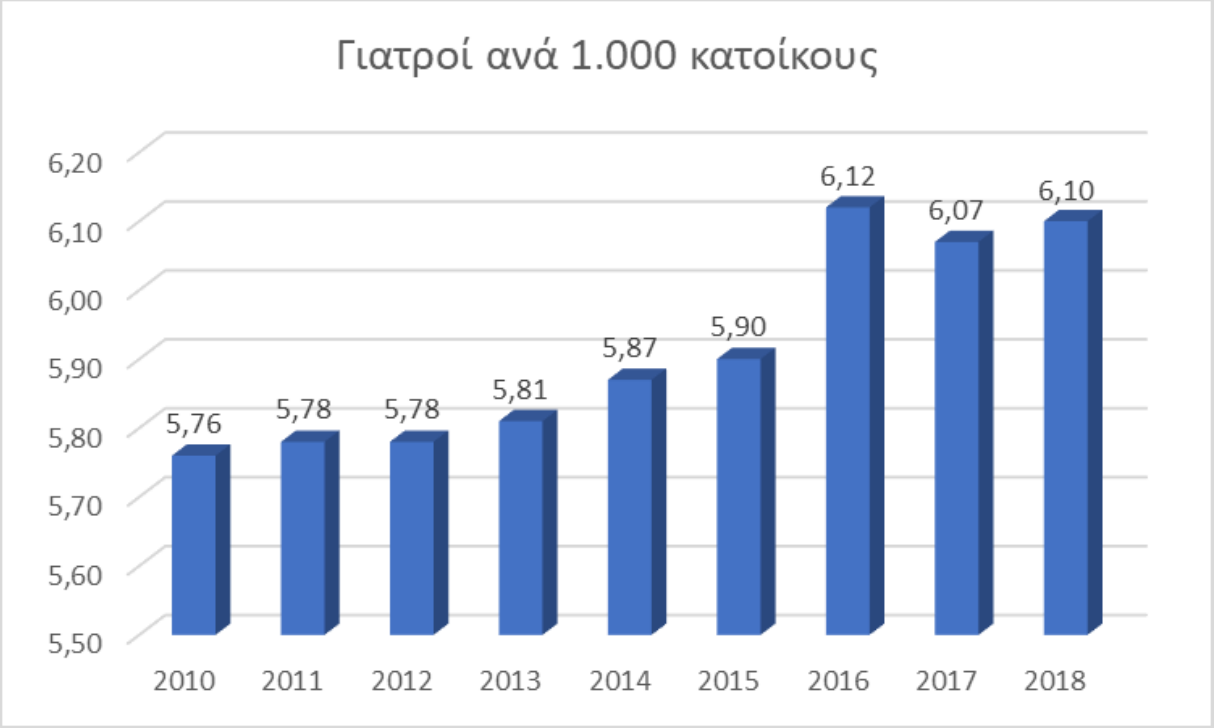
Όλα τα παραπάνω αποτυπώνονται στο παρακάτω διάγραμμα 9:



Διάγραμμα 9: Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους
(Τα δεδομένα αναφέρονται σε όλους τους γιατρούς που διαθέτουν άδεια εξάσκησης επαγγέλματος)
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

Αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό, η Ελλάδα κατά την τριετία 2010-2012 παρουσίασε μια σταθερότητα 5.76 έως 5.78 ιατρών ανά 1.000 κατοίκους. Στη συνέχεια το 2014-2015 το ποσοστό αυξήθηκε κατά 0.9, ενώ το 2016 παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση φτάνοντας τους 6.12 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Ακολούθησε μικρή μείωση στη συνέχεια κατά 0.5,

φτάνοντας το 2018 στους 6.10 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Τα παραπάνω απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα 10:



Διάγραμμα 10: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα
(Τα δεδομένα αναφέρονται σε όλους τους γιατρούς που διαθέτουν άδεια εξάσκησης επαγγέλματος)
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

Από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της ΟΝΕ, ενώ ακολουθούν η Πορτογαλία και η Αυστρία. Συγκεκριμένα η Ελλάδα το 2018 διαθέτει 6.1 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και ακολουθούν η Πορτογαλία και η Αυστρία με 5.2 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Στη συνέχεια βρίσκεται η Λιθουανία με 4.6 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους, η Γερμανία με 4.3 και η Ιταλία - Ισπανία με 4.0 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΟΝΕ

Στον παρακάτω πίνακα 3 παρουσιάζεται η εξέλιξη του αριθμού των νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους για τις χώρες της ΟΝΕ κατά τα έτη 2010-2018. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα αυτά αφορούν νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο παρέχει απευθείας της υπηρεσίες του σε ασθενείς. Έτσι έχουμε:

Α/Α	Χώρα	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Αυστρία	6,5	6,6	6,7	6,7	6,8	6,8	6,8	6,9	6,9
2	Βέλγιο	9,6	9,8	10,0	10,3	10,6	10,8	11,0	11,2	..
3	Εσθονία	6,1	6,2	6,2	5,6	5,7	6,0	6,1	6,2	6,3
4	Φινλαδία	13,9	14,1	14,2	14,2	14,3	..	..	..	..
5	Γαλλία	8,5	8,7	9,1	9,4	9,6	9,9	10,2	10,5	10,8
6	Γερμανία	11,5	11,9	12,0	12,3	12,6	12,7	12,8	13,1	13,2
7	Ελλάδα	3,5	3,5	3,3	3,3	3,2	3,2	3,3	3,3	3,4
8	Ιρλανδία	13,5	12,9	13,0	12,6	12,2	12,4	11,6	12,2	12,9
9	Ιταλία	5,2	5,2	5,1	5,1	5,3	5,4	5,6	5,8	5,7
10	Λετονία	5,0	5,0	4,9	4,9	4,8	4,7	4,6	4,6	4,4
11	Λιθουανία	7,4	7,5	7,6	7,6	7,6	7,7	7,7	7,7	7,8
12	Λουξεμβούργο	11,1	11,3	11,9	11,9	12,0	11,9	11,7	11,7	..
13	Ολλανδία	..	..	..	..	10,3	10,5	10,7	10,9	11,1
14	Πορτογαλία	5,7	5,9	6,0	6,1	6,1	6,3	6,5	6,7	6,9
15	Σλοβακία	6,1	5,9	5,8	5,8	5,8	5,7	5,7	5,7	5,7
16	Σλοβενία	8,2	8,3	8,2	8,3	8,6	8,8	9,7	9,9	10,1
17	Ισπανία	5,2	5,2	5,2	5,1	5,2	5,3	5,5	5,7	5,9

Πίνακας 3: Αριθμός νοσηλευτών στις χώρες της ΟΝΕ ανά 1.000 κατοίκους
(Τα δεδομένα αναφέρονται σε νοσηλευτές που παρέχουν απευθείας υπηρεσίες σε ασθενείς)
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτουν τα εξής :

Η Αυστρία το 2010 διέθετε 6.5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 6.6, τη διετία 2012-2013 6.7, την τριετία 2014-2016 6.8 και τέλος τη διετία 2017-2018 παρουσιάζεται μια μικρή αύξηση, καθώς διαθέτει 6.9 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Το Βέλγιο το 2010 διέθετε 9.6 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, στην συνέχεια καταγράφηκε μια συνεχής αύξηση ανά έτος και συγκεκριμένα το 2011 9.8, το 2012 10.0, το 2013 10.3, το 2014 10.6, το 2015 10.8, το 2016 11.0 ενώ το 2017 διέθετε 11.2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Εσθονία ξεκίνησε το 2010 με 6.1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, τη διετία 2011-2012 με 6.2 νοσηλευτές, το 2013-2014 το ποσοστό μειώθηκε στους 5.6 και 5.7 αντίστοιχα, ενώ από το 2015 και μετά αυξήθηκε ελάχιστα, καταλήγοντας στους 6.3 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Φινλανδία το 2010 διέθετε 13.9 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 14.1 νοσηλευτές, ενώ τη διετία 2012-2013 διέθετε 14.2 νοσηλευτές και το 2014 14.3. Για τα έτη 2015-2018 δεν διαθέτουμε στοιχεία.

Η Γαλλία το 2010 διέθετε 8.5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους , το 2011 8.7, το 2012 9.1, το 2013 9.4, το 2014 9.6, το 2015 9.9, το 2016 10.2, το 2017 10.5, καταλήγοντας το 2018 να διαθέτει 10.8 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Γερμανία το 2010 διέθετε 11.5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 11.9, το 2012 12.0,το 2013 12.3, το 2014 12.6, το 2015 12.7, το 2016 12.8 ,το 2017 13.1 νοσηλευτές και τέλος το 2018 13.2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ελλάδα την διετία 2010-2011 διέθετε 3.5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, τη διετία 2012-2013 3.3 νοσηλευτές, τη διετία 2014-2015 το ποσοστό μειώθηκε στους 3.2, τη διετία 2016-2017 3.3, καταλήγοντας το 2018 στους 3.4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ιρλανδία το 2010 διέθετε 13.5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 12.9, το 2012 13.0, το 2013 12.6, το 2014 12.2, το 2015 12.4, το 2016 11.6, το 2017 12.2, και το 2018 12.9 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ιταλία τη διετία 2010-2011 διέθετε 5.2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, τη διετία 2012-2013 5.1, το 2014 5.3, το 2015 5.4, το 2016 5.6, το 2017 5.8 και το 2018 5.7 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Λετονία τη διετία 2010-2011 διέθετε 5.0 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, τη διετία 2012-2013 διέθετε 4.9 νοσηλευτές, το 2014 4.8, το 2015 4.7, την διετία 2016-2017 4.6, ενώ το 2018 το ποσοστό μειώθηκε στους 4.4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Λιθουανία το 2010 διέθετε 7.4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 7.5, την τριετία 2012-2014 διέθετε 7.6 νοσηλευτές, την τριετία 2015-2017 διέθετε 7.7, ενώ το 2018 έφτασε στους 7.8 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Το Λουξεμβούργο το 2010 διέθετε 11.1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 11.3, τη διετία 2012-2013 11.9, το 2014 12.0, το 2015 11.9. Τη διετία 2016-2017 το ποσοστό μειώθηκε στους 11.7 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Για το 2018 δεν διαθέτουμε στοιχεία.

Η Ολλανδία το 2014 διέθετε 10.3 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2015 10.5, το 2016 10.7, το 2017 10.9 ενώ το 2018 διέθετε 11.1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

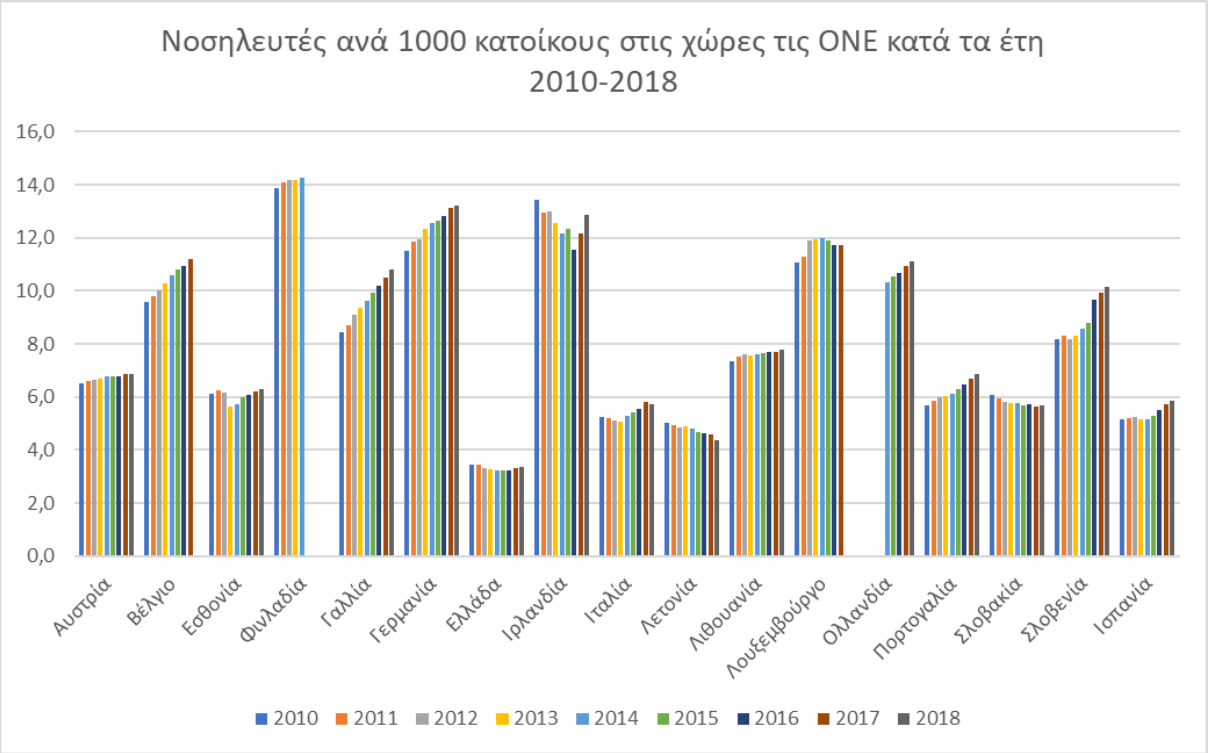
Η Πορτογαλία το 2010 διέθετε 5.7 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 5.9, το 2012 6.0, τη διετία 2013-2014 6.1, το 2015 6.3, το 2016 6.5 , το 2016 6.7, ενώ το 2018 έφτασε στους 6.9 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Σλοβακία το 2010 διέθετε 6.1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 5.9, την τριετία 2012-2014 5.8, ενώ την τετραετία 2015-2018 το ποσοστό μειώθηκε στους 5.7 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Σλοβενία το 2010 διέθετε 8.2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2011 8.3, το 2012 8.2, το 2013 8.3, το 2014 8.6, το 2015 8.8, το 2016 9.7, το 2017 9.9 και το 2018 διέθετε 10.1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Η Ισπανία την τριετία 2010-2012 διέθετε 5.2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, το 2013 5.1, το 2014 5.2, το 2015 5.3, το 2016 5.5, το 2017 5.7, ενώ το 2018 έφτασε στους 5.9 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Όλα τα παραπάνω αποτυπώνονται στο παρακάτω διάγραμμα 11:



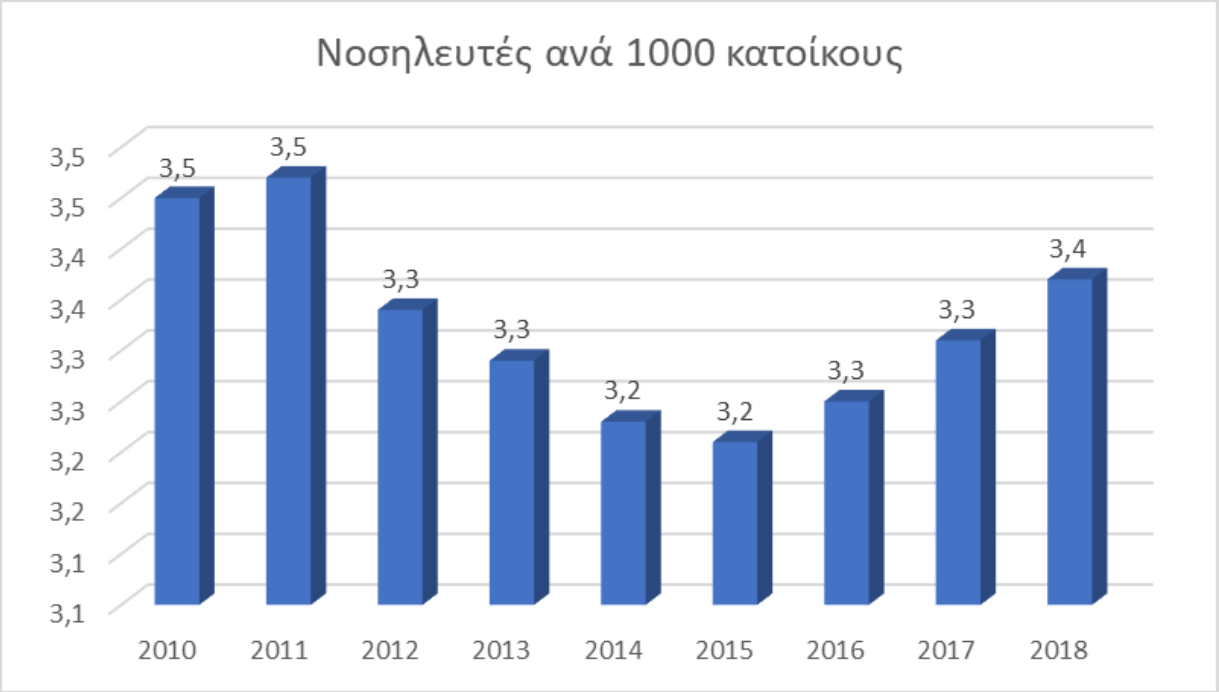
Διάγραμμα 11: Αριθμός νοσηλευτών στις χώρες της ΟΝΕ ανά 1.000 κατοίκους
(Τα δεδομένα αναφέρονται σε νοσηλευτές που παρέχουν απευθείας υπηρεσίες σε ασθενείς)
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

Από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η Ελλάδα την περίοδο της μελέτης διέθετε τον μικρότερο αριθμό νοσηλευτών συγκριτικά με τις άλλες χώρες της ΟΝΕ. Συγκεκριμένα η Φινλανδία και η Ιρλανδία διέθεταν τον μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού το 2010 με 13.9 και 13.5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα, ενώ ακολουθούσαν η Γερμανία και το Λουξεμβούργο με 11.5 και 11.1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα.

Βλέπουμε επίσης ότι στην Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών, που απασχολούνται στο σύστημα υγείας, είναι αρκετά μικρός και προφανώς ανεπαρκής για να καλύψει τις ανάγκες. Συγκεκριμένα, ενώ τη διετία 2010-2011 ο αριθμός είναι 3.5 νοσηλευτές ανά 1.000 άτομα, από το 2012 μέχρι και το 2017 παρουσιάζεται σημαντική πτώση, ειδικά την διετία 2014-2015 (3.2), ενώ το 2018 αυξάνεται μόλις στους 3.4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η Ελλάδα διέθετε ένα πολύ μικρό αριθμό νοσηλευτών το 2010, που

δεν παρουσίασε αύξηση κατά τα επόμενα έτη, παρουσιάζοντας μάλιστα το 2018 και επιπλέον μείωση, κάτι που δεν παρατηρείται σε τέτοιο βαθμό στις υπόλοιπες χώρες τις ΟΝΕ.

Τα παραπάνω αποτυπώνονται στο παρακάτω διάγραμμα 12:



Διάγραμμα 12: Αριθμός νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα
(Τα δεδομένα αναφέρονται σε νοσηλευτές που παρέχουν απευθείας υπηρεσίες σε ασθενείς)
Πηγή: ΟΟΣΑ (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η εξέλιξη του αριθμού των κλινών στα δημόσια νοσοκομεία για τις χώρες της ΟΝΕ κατά τα έτη 2010-2018.

TIME	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Βέλγιο	18.150	18.136	18.032	17.979	17.606	17.200	16.960	16.644	16.636
Γερμανία	273.789	273.382	270.813	271.557	271.079	271.236	269.158	269.448	:
Εσθονία	6.321	6.355	6.429	6.037	6.107	6.038	5.793	5.720	5.582
Ισπανία	99.533	97.751	96.484	94.901	94.546	95.015	94.640	95.039	94.869
Γαλλία	260.642	258.444	258.158	256.957	256.229	253.364	250.104	246.395	243.417
Ιταλία	147.780	142.887	139.467	135.606	131.780	131.213	129.082	128.483	126.406
Κύπρος	1.514	1.517	1.543	1.525	1.527	1.534	1.562	1.615	1.564
Λετονία	11.154	11.061	10.912	10.597	10.170	10.141	10.089	9.718	9.515
Λιθουανία	22.015	22.401	22.026	21.387	21.169	20.057	19.032	18.394	17.840
Μάλτα	1.710	1.772	1.863	1.913	1.889	1.933	2.005	2.009	1.980
Αυστρία	45.367	45.381	45.107	45.029	44.823	45.097	44.910	45.235	44.650
Πορτογαλία	26.048	25.828	25.786	25.004	24.206	24.027	24.056	24.050	24.111
Σλοβενία	9.265	9.391	9.247	9.275	9.254	9.214	9.165	9.193	9.082
Φινλανδία	30.024	28.306	27.352	25.395	23.813	22.552	20.798	17.258	18.879

Πίνακας 4: Αριθμός κλινών σε δημόσια νοσοκομεία
Πηγή: Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_bds2/default/table?lang=en)

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτουν τα εξής :

Η Αυστρία το 2010 διέθετε 45.367 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσίασε μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 44.650 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Το Βέλγιο το 2010 διέθετε 18.150 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσίασε μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 16.636 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Εσθονία το 2010 διέθετε 6.321 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσίασε μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 5.582 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Φινλανδία το 2010 διέθετε 30.024 κλίνες, στα επόμενα έτη παρουσίασε συνεχόμενη μείωση, καταλήγοντας το 2018 να διαθέτει 18.879 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Γαλλία το 2010 διέθετε 260.462 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσίασε μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 243.417 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Γερμανία το 2010 διέθετε 273.789 κλίνες, στα επόμενα έτη παρουσίασε συνεχόμενη μείωση, καταλήγοντας το 2017 να διαθέτει 269.448 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία. Για το έτος 2018 δεν διαθέτουμε στοιχεία.

Η Ελλάδα το 2010 διέθετε 34.288 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσίασε μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 29.566 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Ιταλία το 2010 διέθετε 147.780 κλίνες, στα επόμενα έτη παρουσιάζει μεγάλη μείωση, καταλήγοντας το 2018 να διαθέτει 126.406 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Λετονία το 2010 διέθετε 11.154 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσιάζει μείωση, φθάνοντας στις 9.515 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Λιθουανία το 2010 διέθετε 22.015 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσίασε μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 17.840 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

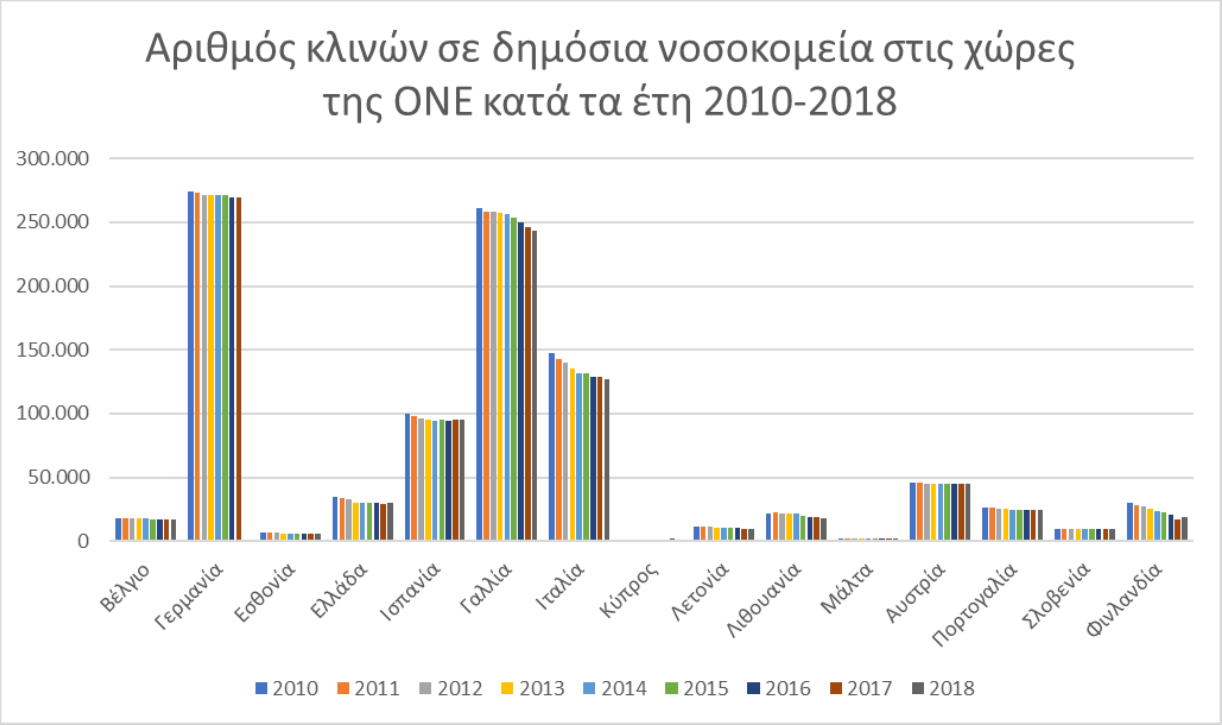
Η Πορτογαλία το 2010 διέθετε 26.048 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσιάζει μείωση, φθάνοντας στις 24.111 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Σλοβενία το 2010 διέθετε 9.265 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσίασε μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 9.082 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Η Ισπανία το 2010 διέθετε 99.533 κλίνες, ενώ το 2018 παρουσιάζει μια μικρή μείωση, φθάνοντας στις 94.869 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία.

Με βάση τα στοιχεία που συλλέξαμε από την Eurostat, βλέπουμε ότι σε όλες τις χώρες της ΟΝΕ ανεξαιρέτως καταγράφεται μείωση στις κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία από το 2010 μέχρι το 2018. Επιπλέον παρατηρούμε ότι η Γερμανία, η Γαλλία και η Ιταλία είναι οι χώρες με τις περισσότερες κλίνες συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, ενώ η Εσθονία και η Σλοβενία διέθεταν τις λιγότερες κλίνες, πράγμα λογικό αναλογιζόμενοι και τον πληθυσμό των χωρών αυτών.

Τα παραπάνω αποτυπώνονται στο παρακάτω διάγραμμα 13:



Διάγραμμα 13: Αριθμός κλινών σε δημόσια νοσοκομεία
Πηγή: Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_bds2/default/table?lang=en)

Όσον αφορά των αριθμό κλινών σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας καταγράφεται μια σημαντική μείωση κατά την περίοδο 2010-2018, ειδικά μετά το 2011. Συγκεκριμένα, ενώ το 2010 η Ελλάδα διέθετε 34.288 κλίνες, από το 2011 και μετά παρουσιάζει σταθερή μείωση, καταλήγοντας το 2018 να διαθέτει 29.566 κλίνες, σχεδόν δηλαδή 5.000 λιγότερες από το 2010. Ποσοστιαία αυτή η μείωση αντιστοιχεί σε 13,77%, που σημαίνει ότι περίπου 1 στις 8 κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία χάθηκε κατά τα χρόνια της κρίσης.

Τα παραπάνω αποτυπώνονται στο παρακάτω διάγραμμα 14:



Διάγραμμα 14: Αριθμός κλινών σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα
Πηγή: Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_bds2/default/table?lang=en)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανεπαρκής χρηματοδότηση και η υποστελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα που αφορά όλες ανεξαιρέτως τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κατά καιρούς μέσα από τη συγγραφή και παρουσίαση εκθέσεων έχουν γίνει προσπάθειες να παρουσιαστούν και να αναλυθούν όλες οι παράμετροι, βάσει των οποίων παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στις χώρες, τόσο ως προς τις δαπάνες στο χώρο της υγείας όσο και ως προς την υποστελέχωσή του. Στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες, που εστιάζουν περισσότερο στην οικονομική κρίση και στα αποτελέσματά της, καθώς και στην υποχρηματοδότηση στον χώρο της υγείας, και λιγότερο στο ανθρώπινο δυναμικό.

Αντιθέτως η εργασία που εκπονήθηκε είχε ακριβώς αυτό τον σκοπό, να αναδείξει τις ανισότητες στο τομέα της υγείας αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό, που υπήρξαν κατά τα έτη 2010-2019 μεταξύ των χωρών της ΟΝΕ, με ιδιαίτερη έμφαση στην Ελλάδα. Γι' αυτό το λόγο πραγματοποιήθηκε συγκριτική αξιολόγηση, όσον αφορά την απασχόληση στον τομέα της υγείας στις χώρες μέλη της ΟΝΕ την περίοδο αυτή. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι η οικονομική κρίση επηρέασε τα συστήματα υγείας όλων των χωρών τις ΟΝΕ στο επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού.

Ενδιαφέρον θα ήταν η παρούσα έρευνα να πραγματοποιηθεί εκ νέου μετά από μερικά χρόνια όταν θα έχει ολοκληρωθεί η πανδημία, ώστε να γίνει μια αποτίμηση της συνολικής επίπτωσης της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας στην απασχόληση στον τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για όλους όσους λαμβάνουν αποφάσεις στον χώρο της υγείας. Με βάση όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω προκύπτουν ουσιαστικά συμπεράσματα σχετικά με την απασχόληση στον τομέα της υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στις χώρες της ΟΝΕ. Ο τομέας της υγείας φαίνεται ότι αποτελεί ένα από τους τομείς της οικονομίας που είχε αρκετές διακυμάνσεις, τόσο ως προς τις δαπάνες (δημόσιες-ιδιωτικές), όσο και προς την απασχόληση και εν τέλει την λειτουργία του συστήματος υγείας της κάθε χώρας.

Οι δαπάνες στο χώρο της υγείας στις χώρες τις ΟΝΕ για το χρονικό διάστημα 2010-2019 ως επί τοις εκατό του ΑΕΠ παρουσιάζουν τρεις διαφορετικές τάσεις: μια ελαφρά αυξητική, μια σταθεροποιητική και μια με σημαντική πτώση. Ελαφρά αυξητική παρουσιάζεται κυρίως στις χώρες τις Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, σταθερή στις χώρες του Νότου και τις Βαλτικές χώρες, ενώ σημαντική πτώση παρουσιάζει εκτός από την Ελλάδα και η Ιρλανδία, που φαίνεται να είναι οι χώρες που δέχτηκαν το ισχυρότερο πλήγμα από την κρίση.

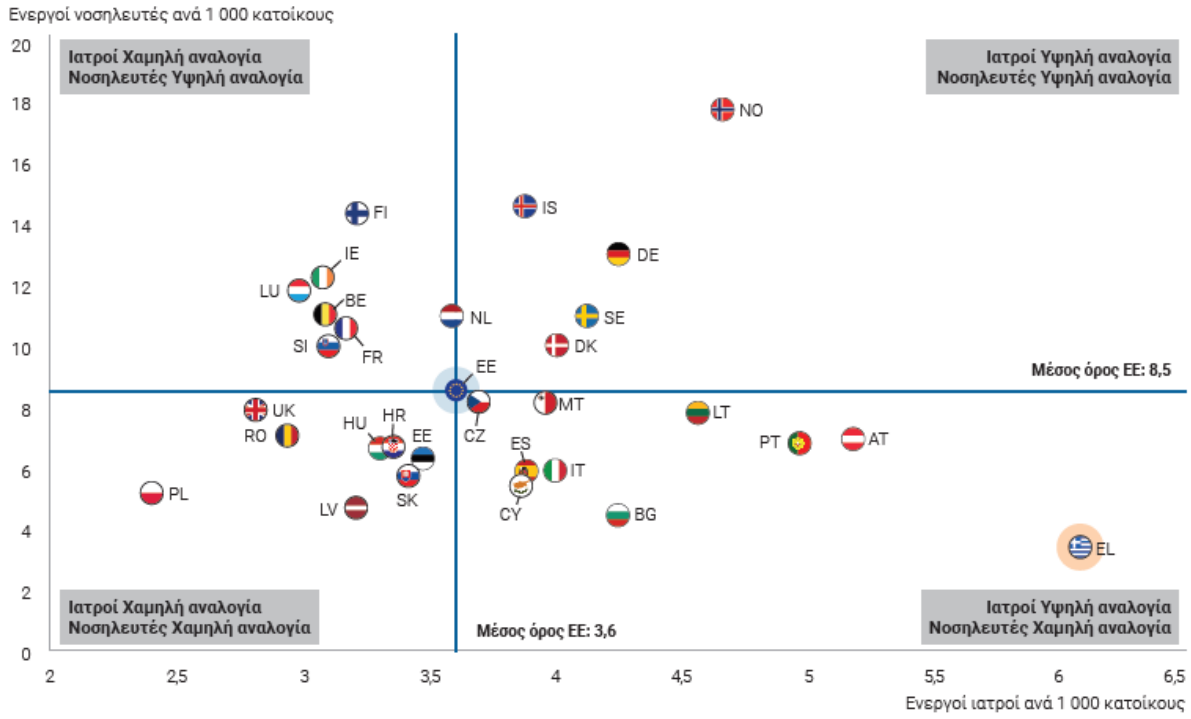
Οι επιπτώσεις των μέτρων που επιβλήθηκαν από τα μνημόνια στην Ελλάδα προκάλεσαν σοβαρό αντίκτυπο και στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, εκτός από τον περιορισμό των προσλήψεων, συμφωνήθηκε η συγχώνευση όλων των ταμείων κάτω από την ομπρέλα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και η προώθηση της χρήσης γενοσήμων φαρμάκων. Επίσης στα πλαίσια της μείωσης των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων κατά 8% συμφωνήθηκε:

- η αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού στον χώρο της υγείας μεταξύ νοσοκομείων και ιδρυμάτων
- αναθεώρηση των λειτουργιών των μικρών νοσοκομείων καθώς και των δομών τους όπως είναι οι εφημερίες και η λειτουργία των τμημάτων επειγόντων περιστατικών
- προσαρμογή αναφορικά με τις υπηρεσίες που παρέχουν νοσοκομεία που βρίσκονται σε κοντινή απόσταση ή ακόμα και κατάργηση τους.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό η Ελλάδα διαθέτει το μεγαλύτερο αριθμό σε ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΟΝΕ, ενώ ακολουθούν η Πορτογαλία, η Αυστρία, η Λιθουανία και η Γερμανία. Αντιθέτως ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Φιλανδία και την Ιρλανδία είναι κατά πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με την

Ελλάδα, που ο αριθμός τους είναι αρκετά μικρός. Παρόμοια εικόνα παρατηρούμε και στον κλάδο των επαγγελματιών νοσηλευτών και φροντίδας ατόμων, όπου και εκεί η Φινλανδία και η Αυστρία υπερτερούν, ενώ η Ελλάδα έπεται. Τέλος παρατηρήσαμε ότι και ο αριθμός των κλινών στα δημόσια νοσοκομεία κατέγραψε μείωση και μάλιστα σε όλες ανεξαιρέτως τις χώρες της ΟΝΕ.

Στην Ελλάδα, λοιπόν, παρατηρείται έντονη ανισορροπία στην κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, τόσο από άποψη γεωγραφικής κατανομής όσο και από άποψη μείγματος δεξιοτήτων. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών και ταυτόχρονα τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην ΕΕ. Επιπλέον, η αναλογία των γενικών ιατρών είναι μόλις 1 στους 16 ιατρούς στην Ελλάδα, έναντι 1 στους 4 κατά μέσο όρο στην ΕΕ. (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2019) Το παραπάνω φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα 15:



Διάγραμμα 15: Διαθέσιμοι ιατροί σε σύγκριση με τους νοσηλευτές
Πηγή: Ευρωπαϊκή Ένωση - Έκθεση: Η κατάσταση της υγείας στην ΕΕ - Ελλάδα προφίλ υγείας 2019 (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)

Τομή την περίοδο που συζητάμε υπήρξε ο νόμος 4368/2016 με τον οποίο θεσπίστηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισήγαγε το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων

Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους.

Παράλληλα με την καθιέρωση της καθολικής δωρεάν πρόσβασης των περίπου 2,5 εκατομμύρια ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας, την περίοδο 2015-2019 προσλήφθηκαν και ανέλαβαν υπηρεσία 21.500 εργαζόμενοι σε θέσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν κατά 30% οι κλίνες ΜΕΘ του δημόσιου συστήματος Υγείας που είναι σε λειτουργία σε όλη τη χώρα (574 το 2019 από 438 κλίνες ΜΕΘ το 2015).

Ο τομέας της υγείας είναι ένας πολύ ευαίσθητος τομέας και σίγουρα θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για την κάθε χώρα η σωστή και αποδοτική λειτουργία του, είτε μιλάμε για τον δημόσιο τομέα της υγείας, είτε για τον ιδιωτικό. Δεν χωρά αμφιβολία ότι η οικονομική κρίση στον τομέα της υγείας δημιούργησε μεγάλα κενά και ελλείψεις, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να ανακάμψει. Ένας τρόπος είναι να ενισχυθεί η υγεία μέσα από την εφαρμογή στοχευμένων πολιτικών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με το να υπάρξει στοχευμένος και συνεχής έλεγχος ως προς τις δαπάνες στο χώρο της υγείας, να ενισχυθεί το σύστημα υγείας με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, αλλά κυρίως να ενισχυθεί ως προς το ανθρώπινο δυναμικό με προσλήψεις προσωπικού, που θα καλύψει τις αυξημένες ανάγκες. Παράλληλα για το ήδη υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό μπορεί να δοθούν κίνητρα για να ανταποκριθούν οι εργαζόμενοι καλύτερα στο λειτούργημά τους, όπως αυξήσεις μισθών, παροχή εκπαίδευσης μέσα από σεμινάρια κ.α.

Σε κάθε περίπτωση, η υγεία αποτέλεσε και αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό για τον άνθρωπο και γι’ αυτό θα πρέπει και όλοι οι πολίτες ανεξαιρέτως να έχουν πρόσβαση στις δομές υγείας. Υποχρέωση της κάθε χώρας είναι να διαφυλάξει αυτό το αγαθό και να φροντίσει έτσι ώστε οι πολίτες της να μπορούν ανεμπόδιστα να λαμβάνουν την περίθαλψη που χρειάζονται καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arrow, K. J., 2003. *Uncertainty and the welfare economics of medical care (American economic review, 1963).* s.l.: Duke University Press.

European Commision, 2012. *The Second Economic Adjustment Programme for Greece,* Brussels: Directorate-General for Economic and Financial Affairs Publications.

European Commission, 2010. *The Economic Adjustment Programme for Greece,* Brussels: Directorate-General for Economic and Financial Affairs Publications.

Pauly, M. V., 1994. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics*, 13(3), pp. 369-372.

World Health Organization, 2007. *Strengthening Health Systems to improve health outcomes,* Geneve: World Health Organization Press.

World Health Organization, 2021. *World Health Organization.* [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.who.int/about/who-we-are/constitution

Ευρωπαϊκή Ένωση, 2019. *Η κατάσταση της υγείας στην ΕΕ - Ελλάδα προφίλ υγείας 2019,* Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021. *Επίσημος ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.* [Ηλεκτρονικό]
Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=National_accounts_and_GDP/el
[Πρόσβαση 14 6 2021].

Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021. *Επίσημος ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.* [Ηλεκτρονικό]
Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=National_accounts_and_GDP/el#CE.95.CE.BE.CE.B5.CE.BB.CE.AF.CE.BE.CE.B5.CE.B9.CF.82_.CF.84.CE.BF.CF.85_.CE.91.CE.95.CE.A0_.CF.83.CF.84.CE.B7.CE.BD_.CE.95.CE.95-27:_.CE.B1.CF.8D.CE.BE.CE.B7.
[Πρόσβαση 17 06 2021].

Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021. *Επίσημος Ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.* [Ηλεκτρονικό]
Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/euro-area/what-euro-area_el
[Πρόσβαση 17 06 2021].

Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021. *Επίσημος Ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.* [Ηλεκτρονικό]
Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/euro-area/what-euro-area_el
[Πρόσβαση 17 06 2021].

Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021. *Επίσημος Ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.* [Ηλεκτρονικό]
Διαθέσιμο στο: https://europa.eu/european-union/about-eu/history_el
[Πρόσβαση 17 6 2021].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017. *Θεματικό ενημερωτικό δελτίο Ευρωπαϊκού εξαμήνου - Συστήματα Υγείας,* Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, 2021. *Επίσημος Ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας.* [Ηλεκτρονικό]
Διαθέσιμο στο: https://www.ecb.europa.eu/ecb/history/emu/html/index.el.html
[Πρόσβαση 17 06 2021].

Καπόπουλος, Π. & Λαζαρέτου, Σ., 1997. *Νομισματικές Σχέσεις Διεθνής Τραπεζική και Χρηματοδότηση.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Κονδύλης, Η., 2009. *Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα: χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές.* Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Κυριόπουλος, Γ., 2007. *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ. & Σωτηριάδου, Κ., 2011. Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2), σελ. 38-43.

Οικονόμου, Χ., 2012. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας - Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας,* Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

ΟΟΣΑ, 2017. *ΟΟΣΑ.* [Ηλεκτρονικό]
Διαθέσιμο στο: https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm
[Πρόσβαση 23 6 2021].

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., & Πολυζωΐδης, Π., 2015. *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα.* Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι., 2000. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέσωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 6(17), σελ. 627-639.

Σίσκου, Ό., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Λ., 2008. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο.. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 5(25), σελ. 663-672.

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., & Φιλαληθής, Τ., 2020. *Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας,* Αθήνα: διαΝΕΟσις.