



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

Συγκριτική Ανάλυση Νοσοκομειακής και Φαρμακευτικής Δαπάνης:
Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο και Ελβετία σε Μακροχρόνια Προοπτική

Παναγιώτης Παπαδόπουλος

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Κορίνα Κατσαλιάκη

Πάτρα, Μάιος 2026

© ΕΑΠ, 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή Παπαδόπουλου Κων. Παναγιώτη που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Συγκριτική Ανάλυση Νοσοκομειακής και Φαρμακευτικής Δαπάνης:
Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο και Ελβετία σε Μακροχρόνια Προοπτική

Παναγιώτης Παπαδόπουλος

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Κορίνα Κατσαλιάκη

Μέλος Σ.Ε.Π. Ε.Α.Π.

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ελένη Λαχανά

Μέλος Σ.Ε.Π. Ε.Α.Π

Πάτρα, Μάιος 2026

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Κατσαλιάκη Κορίνα, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και για την πολύτιμη καθοδήγηση, τη στήριξη και τη βοήθειά της σε όλα τα στάδια εκπόνησής της.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη συν-επιβλέπουσα καθηγήτριά, κυρία Λαχανά Ελένη, για τις πολύτιμες συμβουλές της, καθώς και όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος του ΕΑΠ, για την καθοδήγηση και τη συμβολή τους καθ' όλη την πορεία του.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για τη στήριξη, την κατανόηση και την υπομονή που επέδειξε κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση της συνεχόμενης αύξησης των δαπανών, ιδίως στον νοσοκομειακό και φαρμακευτικό τομέα, λόγω της δημογραφικής γήρανσης, της αύξησης των χρόνιων νοσημάτων και της τεχνολογικής προόδου. Η διασφάλιση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας, χωρίς την υποβάθμιση της καθολικής πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών, αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προτεραιότητες της σύγχρονης πολιτικής υγείας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία στοχεύει στη συγκριτική ανάλυση των υγειονομικών δαπανών, με έμφαση στη νοσοκομειακή και φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελβετία, χώρες που αντιπροσωπεύουν διαφορετικά μοντέλα χρηματοδότησης και οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Παράλληλα, εξετάζεται η σχέση μεταξύ των διαφορετικών μοντέλων χρηματοδότησης (δημόσιο, κοινωνικοασφαλιστικό, ιδιωτικό), του επιπέδου δαπανών και των τελικών αποτελεσμάτων υγείας, καθώς και η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Μεθοδολογία: Υιοθετήθηκε η μέθοδος της συγκριτικής ανάλυσης με τη χρήση δευτερογενών δεδομένων από διεθνείς οργανισμούς όπως ο ΟΟΣΑ (OECD), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), η Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank) και η Eurostat, καθώς και από εθνικούς στατιστικούς φορείς (ΕΛΣΤΑΤ, FSO, ONS). Η μελέτη βασίζεται σε ποσοτικούς δείκτες εισροών (κατά κεφαλήν δαπάνη, ως ποσοστό του ΑΕΠ) και αποτελεσμάτων (προσδόκιμο ζωής, δείκτες θνησιμότητας), οι οποίοι συμπληρώνονται από μια ποιοτική αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν στις τρεις χώρες.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση ανέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τριών συστημάτων υγείας ως προς το επίπεδο δαπανών, τη δομή χρηματοδότησης και την κατανομή των πόρων. Η Ελβετία παρουσίασε τη υψηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, η οποία εκτιμάται σε USD PPP 10.601 το 2024, καθώς και δαπάνη που αντιστοιχεί στο 11,8% του ΑΕΠ, διατηρώντας υψηλά επίπεδα ποιότητας και πρόσβασης μέσω του συστήματος υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης. Το Ηνωμένο Βασίλειο εμφάνισε ισχυρή δημόσια χρηματοδότηση, με δημόσια συμμετοχή άνω του 80%, ωστόσο αντιμετώπισε σοβαρές πιέσεις αποδοτικότητας και ιστορικά υψηλές λίστες αναμονής, οι οποίες ξεπέρασαν τα 6 εκατομμύρια ασθενείς μετά την πανδημία COVID-19. Αντίθετα, η Ελλάδα

παρουσίασε τη χαμηλότερη δυναμική αύξησης της συνολικής δαπάνης υγείας (CAGR 0,93%) και υψηλή ιδιωτική επιβάρυνση, με τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές να ανέρχονται στο 34% της συνολικής δαπάνης το 2023. Παράλληλα, η χώρα εμφάνισε έντονα νοσοκομειοκεντρική κατανομή πόρων, καθώς η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούσε το 44,3% των συνολικών δαπανών υγείας. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί βασικό παράγοντα αύξησης του συνολικού κόστους, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου αντιστοιχούσε περίπου στο 27% της συνολικής δαπάνης υγείας το 2023.

Συμπεράσματα: Η μελέτη καταδεικνύει ότι η διαρκής αύξηση των υγειονομικών δαπανών χαρακτηρίζεται από φθίνουσα οριακή απόδοση, καθώς η περαιτέρω χρηματοδότηση δεν μεταφράζεται αυτομάτως σε γραμμική βελτίωση των δεικτών επιβίωσης (όπως το προσδόκιμο ζωής), αλλά συμβάλλει κυρίως στην αναβάθμιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών της φροντίδας. Παράλληλα, αναδεικνύεται ότι η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας εξαρτάται όχι μόνο από το ύψος των διαθέσιμων πόρων, αλλά και από τη θεσμική οργάνωση, τους μηχανισμούς κατανομής και ελέγχου των δαπανών, καθώς και από την ισορροπία μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης. Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας προϋποθέτει την ενίσχυση της αποδοτικότητας, την εφαρμογή μηχανισμών αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας (HTA) και τη διασφάλιση της κοινωνικής ισότητας και της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Συστήματα Υγείας, Υγειονομική Δαπάνη, Νοσοκομειακή Δαπάνη, Φαρμακευτική Δαπάνη, Συγκριτική Ανάλυση, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ελβετία, Βιωσιμότητα.

Comparative Analysis of Hospital and Pharmaceutical Expenditure: Greece, United Kingdom and Switzerland in a Long-Term Perspective

Panagiotis Papadopoulos

Abstract

Introduction: Modern healthcare systems face the challenge of continuously rising expenditures, particularly in the hospital and pharmaceutical sectors, due to population aging, the increasing prevalence of chronic diseases, and technological advancement. Ensuring fiscal sustainability without compromising universal access and the quality of healthcare services constitutes one of the most important priorities of contemporary health policy.

Purpose: The present study aims to provide a comparative analysis of healthcare expenditures, with particular emphasis on hospital and pharmaceutical spending in Greece, the United Kingdom, and Switzerland, countries that represent different models of healthcare financing and organization. At the same time, it examines the relationship between the different financing models (public, social insurance-based, and private), the level of healthcare expenditure, and health outcomes, as well as the impact of the economic crisis on the sustainability of healthcare systems.

Methodology: A comparative analysis approach was adopted using secondary data obtained from international organizations such as the OECD, the World Health Organization (WHO), the World Bank, and Eurostat, as well as from national statistical authorities (ELSTAT, FSO, and ONS). The study is based on quantitative input indicators (per capita expenditure and expenditure as a percentage of GDP) and outcome indicators (life expectancy and mortality rates), which are complemented by a qualitative assessment of the reforms implemented in the three countries.

Results: The analysis revealed significant differences between the three health systems in terms of spending levels, financing structure and resource allocation. Switzerland exhibited the highest per capita health expenditure, estimated at USD PPP 10.601 in 2024, with health spending accounting for 11.8% of GDP, while maintaining high levels of quality and access through its mandatory private insurance system. The United Kingdom demonstrated strong public financing, with public expenditure exceeding 80% of total health spending; however, it faced severe efficiency pressures and historically high waiting lists, which surpassed 6 million patients following the COVID-19 pandemic. In contrast, Greece showed the lowest growth dynamics in total health expenditure (CAGR 0.93%) and a high private financial burden, with out-of-pocket payments accounting for 34% of total health expenditure in 2023. At the same time, the country displayed a strongly hospital-centered allocation of resources, as hospital care absorbed 44.3% of total healthcare expenditure. Furthermore, pharmaceutical expenditure was identified as a major driver of overall cost increases, particularly in Greece, where it represented approximately 27% of total health expenditure in 2023.

Conclusion: The study demonstrates that the continuous increase in healthcare expenditure is characterized by diminishing marginal returns, as additional funding does not automatically translate into a proportional improvement in survival indicators (such as life expectancy), but mainly contributes to the enhancement of the qualitative aspects of care. At the same time, it highlights that the effectiveness of healthcare systems depends not only on the level of available resources, but also on institutional organization, expenditure allocation and control mechanisms, and the balance between public and private financing. The long-term sustainability of healthcare systems requires strengthening efficiency, implementing Health Technology Assessment (HTA) mechanisms, and ensuring social equity and universal access to healthcare services.

Keywords: Health Systems, Health Expenditure, Hospital Expenditure, Pharmaceutical Expenditure, Comparative Analysis, Greece, United Kingdom, Switzerland, Sustainability.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	iv
Περίληψη.....	v
Abstract	viii
Περιεχόμενα	ix
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xiv
Κατάλογος Σχημάτων	xvi
Κατάλογος Πινάκων	xviii
Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xix
1. Εισαγωγή.....	1
1.1 Σκοπός και Σημασία της Μελέτης	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
1.2 Η επιλογή των τριών χωρών: Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο και Ελβετία	2
1.3 Ερευνητικά Ερωτήματα	3
1.4 Μεθοδολογική Προσέγγιση και Δομή της Εργασίας.....	4
2. Συστήματα Υγείας και Δείκτες Σύγκρισης	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.1 Συστήματα Υγείας - Θεωρητική Επισκόπηση	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.1.1 Το Μοντέλο Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας).....	9
2.1.2 Το Μοντέλο Bismarck (Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης)	10
2.1.3 Το Πρότυπο της Ιδιωτικής Ασφάλισης και τα Υβριδικά Μοντέλα	13
2.2 Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.....	17
2.2.1 Ιστορική Εξέλιξη και Θεσμικό Πλαίσιο	17
2.2.2 Οργανωτική Δομή του Συστήματος Υγείας.....	18
2.2.3 Χρηματοδότηση και Ιδιωτική Συμμετοχή	20
2.2.4 Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης.....	21
2.2.5 Συγκριτική Αξιολόγηση	22
2.3 Το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.....	22
2.3.1 Δομή, Οργάνωση και η Εξέλιξη του NHS	23
2.3.2 Νοσοκομειακή και Φαρμακευτική Πολιτική	25
2.3.3 Χρηματοδότηση, Ισότητα και Χρηματοοικονομική Προστασία	26
2.3.4 Σύγχρονες Προκλήσεις και Μεταρρυθμίσεις.....	27
2.3.5 Συγκριτική Αξιολόγηση	28
2.4 Το Σύστημα Υγείας της Ελβετίας	29

2.4.1 Θεσμικό Πλαίσιο και η Υποχρεωτική Ασφάλιση (KVG).....	29
2.4.2 Οργανωτική Δομή και ο Ρόλος των Καντονιών	31
2.4.3 Χρηματοδότηση και Στρατηγική Ελέγχου Κόστους	32
2.4.4 Ιδιωτική Συμμετοχή και Άμεσες Πληρωμές.....	34
2.4.5 Φαρμακευτική Πολιτική και Καινοτομία	35
2.4.6 Σύγχρονες Προκλήσεις: Η Βιωσιμότητα του Μοντέλου	36
2.4.7 Συγκριτική Αξιολόγηση	36
2.5 Βασικοί Δείκτες Σύγκρισης	37
2.5.1 Κατηγορίες Δεικτών και Μεθοδολογία Μέτρησης.....	37
2.5.2 Βασικοί Δείκτες της Μελέτης	41
2.5.2.1 Δείκτες Δαπανών Υγείας	41
2.5.2.2 Δείκτες Χρηματοδότησης	43
2.5.2.3 Δείκτες Αποτελεσμάτων Υγείας	45
2.5.2.4 Δείκτες Πόρων και Λειτουργίας Συστήματος.....	46
2.5.2.5 Δείκτες Καθολικής Κάλυψης και Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας.....	48
2.6 Παγκόσμιες Τάσεις στις Δαπάνες Υγείας και Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης .	49
3. Ανασκόπηση Συγκριτικών Ερευνών και Μεθοδολογίας	51
3.1 Εισαγωγή στην Ανασκόπηση	51
3.2 Ανασκόπηση Συγκριτικών Εμπειρικών Μελετών	51
3.3 Μεθοδολογικά Εργαλεία και Πηγές Δεδομένων	53
3.4 Συνεισφορά της Παρούσας Εργασίας στη Βιβλιογραφία	53
3.5 Συμπεράσματα	54
4. Μεθοδολογία Έρευνας.....	55
4.1 Εισαγωγή	55
4.2 Σχεδιασμός της Έρευνας.....	56
4.3 Πηγές Δεδομένων και Συλλογή Στοιχείων	57
4.3.1 Εθνικοί Στατιστικοί Φορείς.....	57
4.3.2 Διεθνείς Οργανισμοί και Βάσεις Δεδομένων.....	58
4.3.3 Δευτερογενής Βιβλιογραφία	59
4.4 Χρονική Περίοδος της Έρευνας.....	60
4.5 Μεταβλητές της Έρευνας.....	61
4.5.1 Δείκτες Δαπανών Υγείας	62
4.5.2 Δείκτες Χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας	63

4.5.3 Δείκτες Αποτελεσματικότητας του Συστήματος Υγείας	65
4.6 Δημιουργία και Επεξεργασία της Βάσης Δεδομένων	68
4.7 Μέθοδοι Ανάλυσης Δεδομένων	69
4.7.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση	69
4.7.2 Ανάλυση Χρονοσειρών και Συγκριτική Προσέγγιση	69
4.7.3 Ανάλυση Σχέσεων μέσω Παλινδρόμησης	69
4.7.4 Θεωρητικό Πλαίσιο Ερμηνείας της Σχέσης Δαπανών και Αποτελεσμάτων Υγείας.....	70
4.8 Περιορισμοί της Έρευνας	72
4.8.1 Διαθεσιμότητα και Πληρότητα Δεδομένων	72
4.8.2 Μεθοδολογικές Διαφοροποιήσεις.....	72
4.8.3 Νομισματικοί Περιορισμοί και Συγκρισιμότητα	73
5. Δαπάνες Συστημάτων Υγείας	74
5.1 Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας	74
5.1.1 Συνολική Δαπάνη.....	75
5.1.2 Συνολική Δαπάνη ως Ποσοστό % του ΑΕΠ.....	76
5.1.3 Συνολική Δαπάνη κατά Κεφαλήν	78
5.2 Νοσοκομειακή Δαπάνη	82
5.2.1 Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη.....	82
5.2.2 Νοσοκομειακή Δαπάνη κατά Κεφαλήν	85
5.2.3 Νοσοκομειακή Δαπάνη ως Ποσοστό % επί της Συνολικής.....	87
5.3 Φαρμακευτική Δαπάνη	88
5.3.1 Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	90
5.3.2 Φαρμακευτική Δαπάνη κατά Κεφαλήν.....	91
5.3.3 Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό % επί της Συνολικής	93
6. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας.....	96
6.1 Συνολική Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας	98
6.1.1 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα.....	100
6.1.2 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα ως Ποσοστό % επί της Συνολικής.....	102
6.1.3 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών	104
6.1.4 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών ως Ποσοστό % επί της Συνολικής	106

7. Δείκτες Συστημάτων Υγείας	109
7.1 Προσδόκιμο Ζωής	109
7.1.1 Γενικές Τάσεις και Συγκριτική Ανάλυση	110
7.1.2 Διαφορές των Δύο Φύλων.....	112
7.1.3 Η Επίδραση της Πανδημίας	114
7.2 Δείκτες Θνησιμότητας	114
7.2.1 Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας.....	116
7.2.2 Δείκτης Θνησιμότητας Ενηλίκων	117
7.2.3 Συμπεράσματα	118
7.3 Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής (PYLL).....	119
7.4 Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs)	122
7.5 Αποφεύξιμη Θνησιμότητα	124
7.6 Νοσοκομειακές Κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους) και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (σε ημέρες)	127
7.6.1 Νοσοκομειακές Κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους)	128
7.6.2 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (σε ημέρες)	130
7.6.3 Συνδυαστική Αξιολόγηση και Συμπεράσματα	131
7.7 Ιατροί - Νοσηλευτικό και Μαιευτικό Προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους).....	132
7.7.1 Ιατροί (ανά 10.000 κατοίκους).....	133
7.7.2 Νοσηλευτικό και Μαιευτικό Προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους)	135
7.7.3 Συνδυαστική Αξιολόγηση Δεικτών.....	136
7.8 Δείκτες Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας	136
7.8.1 Δείκτης Κάλυψης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1)	138
7.8.2 Υποδείκτης Κάλυψης Υπηρεσιών UHC σχετικά με τη Δυναμικότητα και την Πρόσβαση στις Υπηρεσίες.....	139
7.8.3 Συνδυαστική Αξιολόγηση και Συμπεράσματα	140
8. Συζήτηση.....	142
8.1 Διαχρονικές Τάσεις και Διάρθρωση των Δαπανών Υγείας	142
8.1.1 Συνολική Δαπάνη (CHE) και Μακροοικονομικό Πλαίσιο	142
8.1.2 Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δαπάνης (USD PPP).....	144
8.1.3 Λειτουργική Κατανομή: Νοσοκομειακή και Φαρμακευτική Περίθαλψη ...	145
8.1.4 Τρία Διακριτά Πρότυπα Εξέλιξης.....	148
8.2 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας και Κατανομή Πόρων	148
8.2.1 Ηνωμένο Βασίλειο: Κρατική Χρηματοδότηση και Πρόσβαση	149

8.2.2 Ελβετία: Ιδιωτική Ασφάλιση και Κρατικός Έλεγχος	149
8.2.3 Ελλάδα: Δημόσια Δαπάνη και Ιδιωτική Επιβάρυνση	150
8.2.4 Συγκριτική Ανάλυση	151
8.3 Αξιολόγηση Υγειονομικών Αποτελεσμάτων και Αποδοτικότητας	155
8.3.1 Προσδόκιμο Ζωής: Το Αποτέλεσμα των Συστημάτων Υγείας.....	156
8.3.2 Συγκριτική Ανάλυση Δεικτών Θνησιμότητας	159
8.3.3 Ανάλυση Δεικτών Επιβάρυνσης Υγείας: PYLL και DALYs	161
8.3.4 Αποφεύξιμη Θνησιμότητα	164
8.3.5 Συγκριτική Αξιολόγηση Πόρων, Αποδοτικότητας και Συστημικής Ανθεκτικότητας.....	165
8.3.6 Ανάλυση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας και των Προσδιοριστών Πρόσβασης.....	169
8.4 Ανάλυση Χρηματοδότησης και Κοινωνικής Ισότητας	171
9. Συμπεράσματα	173
9.1 Γενική Αξιολόγηση και Συγκριτική Θεώρηση	173
9.2 Πολιτικές Αποφάσεις και Διαχείριση Κρίσεων	176
9.3 Πολιτικές Προτάσεις.....	177
9.3.1 Ελλάδα: Διαρθρωτική Μεταρρύθμιση και Κοινωνική Δικαιοσύνη	177
9.3.2 Ηνωμένο Βασίλειο: Ενίσχυση Υποδομών και Ανθεκτικότητας.....	178
9.3.3 Ελβετία: Συγκράτηση Κόστους και Βιωσιμότητα	179
9.4 Περιορισμοί της μελέτης.....	179
9.5 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	181
9.6 Επίλογος.....	182
Βιβλιογραφία.....	184

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1- Συνολική Ονομαστική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος, 2003-2023	75
Διάγραμμα 2- Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου ως ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), 2000-2023..	77
Διάγραμμα 3- Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε τρέχουσες τιμές (CHF, GBP, USD), 2000-2023	80
Διάγραμμα 4- Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης (USD PPP), 2000-2023	80
Διάγραμμα 5- Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2013-2023	84
Διάγραμμα 6- Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε τρέχουσες τιμές (CHF, EUR, GBP), 2013-2023	86
Διάγραμμα 7- Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Δαπάνης, 2013 – 2023.....	87
Διάγραμμα 8- Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2013-2023.	90
Διάγραμμα 9- Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε τρέχουσες τιμές (CHF, EUR, GBP), 2013-2023	92
Διάγραμμα 10- Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Δαπάνης, 2013 - 2023.....	94
Διάγραμμα 11- Συνολική Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2000-2023	99
Διάγραμμα 12- Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από τον Δημόσιο Τομέα σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2000-2023	100

Διάγραμμα 13- Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από τον Δημόσιο Τομέα ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης, 2000-2023	102
Διάγραμμα 14- Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2000-2023	104
Διάγραμμα 15- Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης, 2000-2023	106
Διάγραμμα 16- Απεικόνιση συνολικού προσδόκιμου ζωής και για τα δύο φύλα σε έτη, για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021	111
Διάγραμμα 17- Απεικόνιση προσδόκιμου ζωής για τους άνδρες σε έτη, για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021	112
Διάγραμμα 18- Απεικόνιση προσδόκιμου ζωής για τις γυναίκες σε έτη, για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021	113
Διάγραμμα 19- Απεικόνιση Δείκτη Βρεφικής Θνησιμότητας (θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023	116
Διάγραμμα 20- Απεικόνιση Δείκτη Θνησιμότητας Ενηλίκων (πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών ανά 1.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021	118
Διάγραμμα 21- Διαχρονική εξέλιξη Πιθανών Ετών Χαμένης Ζωής (ανά 100.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2001-2021	121
Διάγραμμα 22- Συνολικά Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021	124
Διάγραμμα 23- Θνησιμότητα που μπορεί να αποφευχθεί (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2014-2021	126
Διάγραμμα 24- Διαχρονική εξέλιξη νοσοκομειακών κλινών (ανά 10.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2022	129
Διάγραμμα 25- Διαχρονική εξέλιξη της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ημέρες), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2002-2023	131
Διάγραμμα 26- Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των ιατρών (ανά 10.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2022	134

Διάγραμμα 27- Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού του Νοσηλευτικού και Μαιευτικού Προσωπικού (ανά 10.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2022.....	135
Διάγραμμα 28- Διαχρονική εξέλιξη του Δείκτη Κάλυψης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023	138
Διάγραμμα 29- Διαχρονική εξέλιξη του Υποδείκτη Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας (UHC) σχετικά με τη δυναμικότητα των υπηρεσιών υγείας και την πρόσβαση σε αυτές, σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023.....	140

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1- Διαχρονική εξέλιξη της λειτουργικής διάρθρωσης των δαπανών υγείας (% CHE) στην Ελλάδα, την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο, 2013-2023	147
Σχήμα 2- Διάγραμμα Διασποράς και Ανάλυση Γραμμικής Παλινδρόμησης μεταξύ Δημόσιας Δαπάνης και Ιδιωτικών Πληρωμών, 2003-2023	152
Σχήμα 3- Διαχρονική Σύγκριση Διάρθρωσης Πηγών Χρηματοδότησης Υγείας (% , 2003-2023)	155
Σχήμα 4- Συσχέτιση Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας USD PPP) και Προσδόκιμου Ζωής στην Ελλάδα, την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο (2000-2021) με εφαρμογή τετραγωνικής παλινδρόμησης	158
Σχήμα 5- Συγκριτική απεικόνιση αναλογίας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους, προ (2019) και μετά (2022) την πανδημική κρίση.	167

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1- Βασικές μορφές συστημάτων υγείας	8
Πίνακας 2- Πίνακας Μεταβλητών Δαπανών Υγείας	63
Πίνακας 3- Πίνακας Μεταβλητών Χρηματοδότησης Υγείας	64
Πίνακας 4- Πίνακας Μεταβλητών Δεικτών Υγείας	66
Πίνακας 5- Συνολική Ονομαστική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος και ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, 2000- 2023	74
Πίνακας 6- Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν ανά έτος, σε τρέχουσες τιμές (USD, CHF, GBP) και σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης (USD PPP), 2000-2023.	79
Πίνακας 7- Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου, σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό (%) επί της συνολικής, 2000-2023	83
Πίνακας 8- Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου, σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό (%) επί της συνολικής, 2000-2023	89
Πίνακας 9- Συνολική Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας και Δημόσια Χρηματοδότηση σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος και ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023	96
Πίνακας 10- Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος και ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023	97
Πίνακας 11- Προσδόκιμο Ζωής κατά τη Γέννηση (συνολικό, ανδρών και γυναικών) σε έτη για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021	109
Πίνακας 12- Συγκριτική απεικόνιση προσδόκιμου ζωής ανδρών και γυναικών και η μεταξύ τους διαφορά (σε έτη) για το έτος 2021	113
Πίνακας 13- Δείκτες Βρεφικής Θνησιμότητας (ανά 1.000 γεννήσεις) (2000-2024) και Θνησιμότητας Ενηλίκων (ανά 1.000 κατοίκους) (2000-2021), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο	115
Πίνακας 14- Συγκριτική διαφορά στη θνησιμότητα ενηλίκων προ και μετά την πανδημία COVID-19, 2019-2021	119

Πίνακας 15- Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής (PYLL) (ανά 100.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023	120
Πίνακας 16- Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs) (συνολικοί αριθμοί ετών) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021	123
Πίνακας 17- Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023	125
Πίνακας 18- Νοσοκομειακές Κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους) και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ημέρες) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023	128
Πίνακας 19- Ιατροί και Νοσηλευτικό - Μαιευτικό προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο (2000–2023)	133
Πίνακας 20- Δείκτης Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1) και Υποδείκτης Δυναμικότητας και Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023	137
Πίνακας 21- Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης (CAGR) Συνολικής Δαπάνης Υγείας....	143

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΠ	Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών
TOMY	Τοπικές Μονάδες Υγείας

ALOS	Average Length of Stay
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CAGR	Compound Annual Growth Rate
CHE	Current Health Expenditure
CHF	Confoederatio Helvetica Franc
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CQC	Care Quality Commission
DALYs	Disability-Adjusted Life Years
DRGs	Diagnostic Related Groups
EUR	Euro
FOPH	Federal Office of Public Health
FSO	Federal Statistical Office
GBP	Great British Pound
G-DRGs	German Diagnostic Related Groups
GHO	Global Health Observatory
GP	General Practitioner
HC	Health Care Functions
HF	Health Financing Schemes
HMO	Health Maintenance Organization

HP	Health Care Providers
HRGs	Healthcare Resource Groups
HSPA	Health System Performance Assessment
HTA	Health Technology Assessment
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OKP	Obligatorische Krankenversicherung
ONS	Office for National Statistics
OOP	Out-of-Pocket payments
PbR	Payment by Results
PPP	Purchasing Power Parities
PYLL	Potential Years of Life Lost
QALYs	Quality-Adjusted Life Years
SDGs	Sustainable Development Goals
SHA	System of Health Accounts
SwissDRG	Swiss Diagnostic Related Groups
UHC	Universal Health Coverage
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lived with Disability
YLL	Years of Life Lost

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

1.1 Σκοπός και Σημασία της Μελέτης

Η υγεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα δημόσια αγαθά και η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο κάθε οργανωμένου κράτους (Murray & Frenk, 2000). Η διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες αποτελεί θεμελιώδη προτεραιότητα των σύγχρονων κοινωνιών και απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική συνοχή και την οικονομική ανάπτυξη (Papanicolas & Smith, 2013). Τις τελευταίες δεκαετίες, η διαχείριση των υγειονομικών δαπανών έχει αναδειχθεί σε κεντρική πρόκληση πολιτικής, καθώς τα συστήματα υγείας καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα στις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού και στους περιορισμένους δημοσιονομικούς πόρους. Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της υγείας των ασθενών αποτελεί, επομένως, έναν επιτακτικό πολιτικό στόχο (Cylus et al., 2016).

Η αντίληψη της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος δεν υπήρξε πάντοτε αυτονόητη. Μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα, η πρόσβαση στην περίθαλψη στην Ευρώπη ήταν κατακερματισμένη και εξαρτιόταν από την οικονομική δυνατότητα του ατόμου, τις φιλανθρωπικές οργανώσεις ή τα θρησκευτικά ιδρύματα, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να στερείται βασικής φροντίδας (Saltman et al., 2004; Surender et al., 2015). Η πρώτη συστηματική κρατική παρέμβαση σημειώθηκε με το μοντέλο του Bismarck στη Γερμανία το 1883, το οποίο μετέτρεψε τις εθελοντικές δομές σε υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση υπό κρατική εποπτεία (Saltman et al., 2004).

Η θεμελιώδης όμως μεταβολή συντελέστηκε μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν τα ευρωπαϊκά κράτη υιοθέτησαν εκτεταμένες πολιτικές κοινωνικής προστασίας (Liaropoulos & Goranitis, 2015). Ιδιαίτερα καθοριστική υπήρξε η ίδρυση του National Health Service (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1948, το οποίο βασίστηκε στην έκθεση Beveridge και στην αρχή ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής (Musgrove, 2000). Στην Ελλάδα, η ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 αποτέλεσε την υλοποίηση αυτής της φιλοσοφίας, ορίζοντας την υγεία ως κοινωνικό αγαθό που παρέχεται ισότιμα σε όλους τους πολίτες (Economou et al., 2017).

Η σταδιακή μετάβαση του κινδύνου υγείας στο κοινωνικό σύνολο οδήγησε σε μετατόπιση από την εθελοντική στην υποχρεωτική συμμετοχή, υπό την αιγίδα του κράτους (Saltman et al., 2004). Ενώ τα συστήματα σχεδιάστηκαν για πληθυσμούς με προσδόκιμο ζωής 65-70 έτη, πλέον καλούνται να καλύψουν τις ανάγκες ενός γηράσκοντος πληθυσμού άνω των 80 ετών, σε συνδυασμό με την αλματώδη αύξηση του κόστους λόγω της τεχνολογικής προόδου (Liaropoulos & Goranitis, 2015). Οι οικονομικές κρίσεις της τελευταίας δεκαετίας επέτειναν τις δημοσιονομικές πιέσεις, καθιστώντας τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, μέσω του ελέγχου των δαπανών χωρίς την υπονόμευση της ποιότητας και της ισότητας, ένα από τα σημαντικότερα διεθνή ζητήματα πολιτικής στην υγεία (Papanicolas & Smith, 2013). Η κατάσταση αυτή επιτείνεται καθώς οι υγειονομικές δαπάνες αυξάνονται συχνά με ρυθμό ταχύτερο από το ΑΕΠ, αναδεικνύοντας την ικανότητα χρηματοδότησης των αναγκών ένα από τα κυρίαρχα ζητήματα πολιτικής του 21ου αιώνα (Liaropoulos & Goranitis, 2015; Reinhardt et al., 2004).

Η παρούσα εργασία εξετάζει συγκριτικά την εξέλιξη της υγειονομικής δαπάνης, με έμφαση στη νοσοκομειακή και φαρμακευτική δαπάνη, στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελβετία. Η επιλογή των τριών χωρών βασίζεται στα διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης και χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντας μια ολοκληρωμένη συγκριτική ανάλυση. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δαπανών υγείας, μοντέλων χρηματοδότησης και αποτελεσμάτων υγείας. Η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει ότι η απλή αύξηση των πόρων δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε καλύτερο επίπεδο υγείας για τον πληθυσμό. Συνεπώς, η αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ισότητας στην πρόσβαση αποτελεί το βασικό ζητούμενο της παρούσας έρευνας.

1.2 Η επιλογή των τριών χωρών: Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο και Ελβετία

Η **Ελλάδα** αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση, καθώς το σύστημα υγείας της δοκιμάστηκε από την οικονομική κρίση της περιόδου 2009–2015. Η εφαρμογή πολιτικών δημοσιονομικής προσαρμογής επέφερε σημαντικές περικοπές της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, επηρεάζοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες και αυξάνοντας την οικονομική επιβάρυνση

των νοικοκυριών μέσω των ιδιωτικών πληρωμών (Karanikolos et al., 2013; Kentikelenis et al., 2014).

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** αντιπροσωπεύει το κλασικό μοντέλο Beveridge μέσω του National Health Service (NHS), το οποίο χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία και παρέχει καθολική πρόσβαση και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας (Anderson et al., 2022). Παράλληλα, διαθέτει ισχυρούς μηχανισμούς Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (HTA) μέσω του NICE (National Institute for Health and Care Excellence), διασφαλίζοντας ότι η χρηματοδότηση νέων θεραπειών βασίζεται στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, συμβάλλοντας στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης (Anderson et al., 2022; Cylus et al., 2016).

Η **Ελβετία** αποτελεί παράδειγμα μεικτού συστήματος υγείας, λειτουργώντας ως ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck), το οποίο βασίζεται όμως στην υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση και σε έντονη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα (Busato et al., 2009; Mohajer-Bastami et al., 2025). Το ελβετικό σύστημα χαρακτηρίζεται από πολύ υψηλή κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, η οποία όμως συνοδεύεται από εξαιρετικά αποτελέσματα υγείας και υψηλή ποιότητα υπηρεσιών (Crivelli & Salari, 2014).

Η συγκριτική προσέγγιση των τριών χωρών επιτρέπει την κατανόηση διαφορετικών στρατηγικών διαχείρισης των πόρων και την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ οικονομικών δαπανών, ισότητας πρόσβασης και αποτελεσμάτων υγείας.

1.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Η παρούσα εργασία επιδιώκει να απαντήσει σε μια σειρά κρίσιμων ερωτημάτων που αφορούν τη χρηματοδότηση, την αποδοτικότητα και τη βιωσιμότητα των σύγχρονων συστημάτων υγείας:

- **Διαχρονικές Τάσεις και Διάρθρωση των Δαπανών Υγείας:** Πώς εξελίχθηκε διαχρονικά η συνολική, η νοσοκομειακή και η φαρμακευτική δαπάνη στις τρεις χώρες κατά την περίοδο 2000–2024, και ποιες αποκλίσεις παρατηρούνται στους ρυθμούς αύξησης αυτών των δεικτών υπό την πίεση της φαρμακευτικής καινοτομίας και της ανάγκης για εξειδικευμένη περίθαλψη;

- **Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας και Κατανομή Πόρων:** Με ποιο τρόπο διαμορφώνεται η κατανομή των πόρων ανάμεσα στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στις υπό εξέταση χώρες, και πώς οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τη μακροπρόθεσμη και μελλοντική βιωσιμότητα των συστημάτων απέναντι στην αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών;
- **Αξιολόγηση Υγειονομικών Αποτελεσμάτων και Αποδοτικότητας:** Μεταφράζεται η υψηλότερη υγειονομική δαπάνη σε αναλογικά καλύτερα αποτελέσματα υγείας (όπως προσδόκιμο ζωής και μείωση θνησιμότητας) ή παρατηρούνται φαινόμενα φθίνουσας οριακής απόδοσης των πόρων; Πώς επηρεάζει την αποδοτικότητα η πίεση παραγόντων όπως η δημογραφική γήρανση;
- **Ανάλυση Χρηματοδότησης και Κοινωνικής Ισότητας:** Πώς επηρεάζει η δομή χρηματοδότησης (δημόσια κάλυψη, ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών) την οικονομική προστασία των πολιτών και την ισότητα στην πρόσβαση; Ποια χαρακτηριστικά επέτρεψαν στα συστήματα υγείας να επιδείξουν ανθεκτικότητα σε περιόδους έντονης οικονομικής πίεσης ή κρίσεων (όπως η πανδημία);

1.4 Μεθοδολογική Προσέγγιση και Δομή της Εργασίας

Η εργασία βασίζεται στη μέθοδο της συγκριτικής ανάλυσης, χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. Στηρίζεται σε δευτερογενή δεδομένα από διεθνώς αναγνωρισμένους οργανισμούς, περιλαμβάνοντας δείκτες δαπανών, χρηματοδότησης, ανθρώπινων και υλικών πόρων, καθώς και δείκτες αποτελεσμάτων υγείας.

Η εργασία διαρθρώνεται σε οκτώ βασικά κεφάλαια:

- Στο πρώτο κεφάλαιο της εισαγωγής, παρουσιάζονται το αντικείμενο, η σημασία της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα και η μεθοδολογική προσέγγιση.
- Το δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσει το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, αναλύοντας τα μοντέλα συστημάτων υγείας, τις μορφές χρηματοδότησης, τις παγκόσμιες τάσεις στις δαπάνες υγείας και τους βασικούς δείκτες.

- Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια ανασκόπηση αντίστοιχων συγκριτικών μελετών.
- Στο τέταρτο περιγράφεται αναλυτικά η μεθοδολογική προσέγγιση και οι δείκτες που επιλέχθηκαν για τη σύγκριση.
- Το πέμπτο, έκτο και έβδομο κεφάλαιο αποτελούν το κύριο σώμα της ανάλυσης για την Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελβετία αντίστοιχα, εξετάζοντας τα δεδομένα του κάθε συστήματος.
- Στο όγδοο κεφάλαιο πραγματοποιείται η συγκριτική αξιολόγηση και η συζήτηση των ευρημάτων, με έμφαση στη σχέση δαπανών, ισότητας και αποτελεσματικότητας.

Τέλος, το ένατο κεφάλαιο συνοψίζει τα συμπεράσματα και διατυπώνει προτάσεις πολιτικής για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας.

2. Συστήματα Υγείας και Δείκτες Σύγκρισης

2.1 Συστήματα Υγείας - Θεωρητική Επισκόπηση

Η συγκριτική μελέτη των συστημάτων υγείας αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο επιστημονικό πεδίο, το οποίο συνδυάζει στοιχεία της οικονομικής θεωρίας, της κοινωνικής πολιτικής και της δημόσιας διοίκησης. Η ανάγκη για την κατηγοριοποίηση τους προκύπτει από την προσπάθεια κατανόησης των διαφοροποιήσεων ως προς την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και τα αποτελέσματα υγείας μεταξύ των χωρών, στοχεύοντας παράλληλα στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ισότητας που χαρακτηρίζουν τα επιμέρους εθνικά μοντέλα (Papanicolas & Smith, 2013; Wendt et al., 2009; WHO, 2010).

Η κλασική τυπολογία βασίζεται στη διάκριση μεταξύ των μοντέλων **Beveridge** (χρηματοδότηση από γενική φορολογία) και **Bismarck** (κοινωνική ασφάλιση βασισμένη σε εισφορές), τα οποία αντανakλούν δύο διαφορετικές φιλοσοφίες οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης (Kutzin et al., 2009; Musgrove, 2000; Mohajer-Bastami et al., 2025). Διεθνώς αναγνωρίζεται και ένα τρίτο πρότυπο, αυτό της **ιδιωτικής ασφάλισης**, το οποίο βασίζεται κυρίως στους μηχανισμούς της αγοράς. Ωστόσο, η σύγχρονη πραγματικότητα καταδεικνύει ότι τα περισσότερα συστήματα έχουν εξελιχθεί σε **υβριδικές μορφές**, που ενσωματώνουν στοιχεία και από τα τρία πρότυπα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το ελληνικό σύστημα, το οποίο συνιστά μείγμα δημόσιων ολοκληρωμένων μοντέλων, συμβάσεων και αποζημιώσεων, συνδυάζοντας στοιχεία τόσο του Bismarck όσο και του Beveridge (Colombo & Taray, 2004; Economou, 2010).

Πέρα από τη χρηματοδοτική τους διάρθρωση, τα συστήματα υγείας διαφοροποιούνται ως προς το μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης. Έχουν εντοπιστεί τέσσερις μορφές αποκέντρωσης της οργάνωσης του συστήματος, ανάλογα με το επίπεδο λήψης των αποφάσεων και διαχείρισης των πόρων (Boyle, 2011):

- i. **Αποσυγκέντρωση:** Μεταφορά διοικητικών καθηκόντων σε τοπικό επίπεδο, τα οποία όμως παραμένουν υπό τον στενό έλεγχο της κεντρικής κυβέρνησης.
- ii. **Μεταβίβαση:** Μεταφορά αρμοδιοτήτων, ευθυνών και ενός βαθμού ανεξαρτησίας στις τοπικές αρχές.

- iii. **Εκχώρηση:** Μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και ευθυνών σε οργανισμούς εκτός της κεντρικής κρατικής δομής (π.χ. μη κυβερνητικούς φορείς).
- iv. **Ιδιωτικοποίηση:** Μεταφορά ιδιοκτησίας και κυβερνητικών λειτουργιών από δημόσιους σε ιδιωτικούς φορείς.

Στα συγκεντρωτικά συστήματα τύπου Beveridge, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η χρηματοδότηση παραμένει κεντρικά ελεγχόμενη, αν και η διαχείριση των πόρων έχει μεταφερθεί σε τοπικούς οργανισμούς (Boyle, 2011). Αντίθετα, στα αποκεντρωμένα συστήματα, κρίσιμες αρμοδιότητες μεταβιβάζονται σε περιφερειακό επίπεδο. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Ελβετίας, όπου η διακυβέρνηση είναι εξαιρετικά αποκεντρωμένη μεταξύ της Συνομοσπονδίας και των 26 Καντονιών (De Pietro et al., 2015; Mossialos & Wenzl, 2016). Η επιλογή του μοντέλου διοίκησης επηρεάζει άμεσα την αποδοτικότητα, την ευελιξία και την ανταπόκριση του συστήματος στις ανάγκες του πληθυσμού (Papanicolas & Smith, 2013).

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας δεν ορίζεται μόνο από τη δομή του, αλλά και από τις βασικές αρχές λειτουργίας που το διέπουν (Smith et al., 2008; Thomson et al., 2009). Οι αρχές αυτές περιλαμβάνουν την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, την ισότητα στην πρόσβαση, την αποδοτική κατανομή των πόρων και τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών (Mossialos & Wenzl, 2016; Saltman et al., 2004).

Σύμφωνα με το εννοιολογικό πλαίσιο των Murray και Frenk (2000), η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας πρέπει να βασίζεται όχι μόνο στις εισροές (δαπάνες), αλλά και στις εκροές και τα τελικά αποτελέσματα. Το πλαίσιο αυτό εστιάζει σε τρεις κεντρικούς στόχους: α) τη **βελτίωση της υγείας** του πληθυσμού, μέσω της αύξησης του μέσου επιπέδου υγείας και της μείωσης των ανισοτήτων, β) τη **βελτίωση της ανταπόκρισης**, η οποία αφορά τον σεβασμό προς το άτομο (αξιοπρέπεια, εμπιστευτικότητα, αυτονομία) και τον προσανατολισμό προς τον χρήστη (άμεση προσοχή, ποιότητα ανέσεων, πρόσβαση σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και ελευθερία επιλογής παρόχου) και γ) τη **δικαιοσύνη στη χρηματοδοτική συνεισφορά**, η οποία διασφαλίζει ότι κάθε νοικοκυριό συνεισφέρει δίκαια βάσει της ικανότητας πληρωμής του, προστατεύοντας τα μέλη του από καταστροφικές δαπάνες που οδηγούν σε φτώχεια (Murray & Frenk, 2000; Papanicolas & Smith, 2013).

Κρίσιμη παράμετρος για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας αποτελεί η **αποδοτικότητα**, η οποία διακρίνεται σε δύο μορφές (Busse et al., 2011; Cylus et al., 2016):

➤ **Τεχνική Αποδοτικότητα (Technical Efficiency):** Η μεγιστοποίηση των εκροών (π.χ. η θεραπεία όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών) με δεδομένες εισροές (διαθέσιμους πόρους).

➤ **Αποδοτικότητα Κατανομής (Allocative Efficiency):** Η επιλογή του βέλτιστου μείγματος υπηρεσιών που αντανακλά τις κοινωνικές προτιμήσεις και τις ανάγκες του πληθυσμού, και μεγιστοποιεί το συνολικό όφελος υγείας.

Συνοπτικά, οι βασικές μορφές συστημάτων υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες (**Πίνακας 1**).

Πίνακας 1. Βασικές μορφές συστημάτων υγείας

Μοντέλο	Χρηματοδότηση	Παροχή Υπηρεσιών	Κύριο Χαρακτηριστικό
Beveridge (Εθνικό Σύστημα)	Γενική φορολογία	Κυρίως δημόσια νοσοκομεία & κρατικοί υπάλληλοι.	Καθολική κάλυψη, δωρεάν στο σημείο χρήσης.
Bismarck (Κοινωνική Ασφάλιση)	Εισφορές εργοδοτών/εργαζομένων	Μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών/μη κερδοσκοπικών παρόχων.	Ταμεία υγείας, διαχείριση από κοινωνικούς εταίρους.
Ιδιωτική Ασφάλιση	Ιδιωτικά ασφαλιστρα & OOP πληρωμές	Ιδιωτικοί πάροχοι (κερδοσκοπικοί & μη).	Μηχανισμοί αγοράς, σύνδεση ασφαλιστρου με κίνδυνο.

- Το πρότυπο **Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας)**: Βασίζεται στη δημόσια χρηματοδότηση μέσω της **γενικής φορολογίας** και την κρατική παροχή υπηρεσιών, με την πλειονότητα των νοσοκομείων να ανήκει στο κράτος και τις υπηρεσίες να παρέχονται δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν στο σημείο χρήσης.

- Το πρότυπο **Bismarck (Κοινωνική Ασφάλιση)**: Βασίζεται σε υποχρεωτικές εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων που συγκεντρώνονται σε μη κερδοσκοπικά «ταμεία υγείας», τα οποία συμβάλλονται με δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους (Mohajer-Bastami et al., 2025; Musgrove, 2000).
- Το πρότυπο **Ιδιωτικής Ασφάλισης**: Βασίζεται στους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς και την ιδιωτική χρηματοδότηση, η οποία προέρχεται από **ιδιωτικά ασφάλιστρα** (συχνά συνδεδεμένα με το επίπεδο κινδύνου υγείας) και άμεσες πληρωμές από τους χρήστες (Wendt et al., 2009; Thomson et al., 2009).

2.1.1 Το Μοντέλο Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας)

Το μοντέλο **Beveridge**, βασισμένο στην **ομώνυμη έκθεση του 1942** και την επακόλουθη νομοθετική ρύθμιση του **1946**, θεσπίστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το **1948** μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), και εδράζεται στην κοινωνικοπολιτική αρχή ότι η υγεία αποτελεί **θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα** και κοινωνικό αγαθό (Boyle, 2011; Surender et al., 2015). Η κεντρική του φιλοσοφία εστιάζει στην **καθολική κάλυψη** του πληθυσμού, η οποία είναι αποσυνδεδεμένη από την εργασιακή κατάσταση, το ύψος των εισφορών ή την ασφαλιστική ικανότητα του ατόμου (Anderson et al., 2022; Mohajer-Bastami et al., 2025).

Χρηματοδότηση και Διαχείριση Πόρων

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται σχεδόν αποκλειστικά από τη γενική φορολογία (άμεση και έμμεση), επιτρέποντας στο κράτος να λειτουργεί ταυτόχρονα ως χρηματοδότης, κεντρικός ρυθμιστής και κύριος πάροχος των υπηρεσιών υγείας (Musgrove, 2000; Surender et al., 2015). Ένα από τα πλέον εμβληματικά χαρακτηριστικά του μοντέλου είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας δωρεάν στο σημείο χρήσης. Αυτή η δομή διασφαλίζει υψηλό επίπεδο ισότητας, καθώς η λήψη φροντίδας καθορίζεται από την κλινική ανάγκη και όχι από την οικονομική επιφάνεια του ασθενούς (Anderson et al., 2022; Boyle, 2011).

Από οικονομικής απόψεως, ο κεντρικός σχεδιασμός και η χρήση **σφαιρικών προϋπολογισμών** επιτρέπουν τον αποτελεσματικό έλεγχο του κόστους. Το κράτος, δρώντας ως «μοναδικός πληρωτής», διαθέτει τη διαπραγματευτική δύναμη να συμπιέζει τις τιμές των υπηρεσιών και των φαρμάκων, ενώ η κεντρική συγκέντρωση των πόρων μειώνει

δραστικά το διοικητικό κόστος, επιτυγχάνοντας χαμηλότερες συνολικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ σε σύγκριση με εναλλακτικά μοντέλα (Anderson et al., 2022; Mossialos & Wenzl, 2016).

Προκλήσεις και Λειτουργικά Ζητήματα

Ωστόσο, η συγκεντρωτική και κρατική φύση του μοντέλου συνοδεύεται από λειτουργικές προκλήσεις. Η απουσία ισχυρών μηχανισμών ανταγωνισμού και η περιορισμένη ευελιξία στη διαχείριση των πόρων ενδέχεται να υπονομεύσουν την παραγωγικότητα και την καινοτομία (Dubois et al., 2006; Saltman et al., 2004). Επιπλέον, καθώς η ρύθμιση της πλεονάζουσας ζήτησης σε αυτά τα συστήματα βασίζεται κυρίως στον παράγοντα του χρόνου, εμφανίζονται συχνά μακρές λίστες αναμονής και μειωμένη ανταπόκριση στις προσδοκίες των χρηστών (Anderson et al., 2022; Colombo & Tapay, 2004; Saltman et al., 2004). Το γεγονός αυτό ενδέχεται να εντείνει τις γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των πόρων, με αποτέλεσμα η πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες να εξαρτάται από τον τόπο κατοικίας του ασθενούς (Mohajer-Bastami et al., 2025).

Τέλος, η απόλυτη εξάρτηση από τον κρατικό προϋπολογισμό καθιστά το σύστημα εξαιρετικά ευάλωτο σε περιόδους δημοσιονομικής στενότητας (Karanikolos et al., 2013; Papanicolas et al., 2019). Υπό συνθήκες οικονομικής ύφεσης, οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, αναγκάζοντας συχνά τα συστήματα Beveridge να υιοθετούν «εσωτερικές αγορές», στρατηγικές αγορές υπηρεσιών ή αυξημένες συμμετοχές των ασθενών για να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητά τους (Thomson et al., 2009).

2.1.2 Το Μοντέλο Bismarck (Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης)

Το **μοντέλο Bismarck**, το οποίο θεσπίστηκε αρχικά στη Γερμανία το **1883** από τον καγκελάριο Otto von Bismarck, αποτελεί την ιστορική αφετηρία των σύγχρονων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Στη Δυτική Ευρώπη, το μοντέλο αυτό υιοθετείται σήμερα από επτά χώρες: την Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο, την Ολλανδία και την Ελβετία, ενώ το 1995 υιοθετήθηκε και από το Ισραήλ. Η φιλοσοφία του βασίζεται στην **υποχρεωτική ασφάλιση** και την **κοινωνική αλληλεγγύη**, λειτουργώντας ως ένας ενδιάμεσος χώρος μεταξύ του κρατικού

παρεμβατισμού (Beveridge) και της ελεύθερης αγοράς. Σε αντίθεση με την εμπορική ασφάλιση, το σύστημα Bismarck είναι αναδιανεμητικό, επιβάλλοντας οικονομικές διασταυρούμενες επιδοτήσεις από τους υγιείς προς τους ασθενείς, από τους εύπορους προς τους οικονομικά ασθενέστερους και από τους νέους προς τους ηλικιωμένους (Saltman et al., 2004).

Χρηματοδότηση και Διαχείριση Πόρων

Η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται σε υποχρεωτικές εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, οι οποίες υπολογίζονται ως ποσοστό επί του εισοδήματος και όχι βάσει του ατομικού κινδύνου υγείας (Saltman et al., 2004; Thomson et al., 2009). Οι πόροι αυτοί συγκεντρώνονται σε αυτόνομα, μη κερδοσκοπικά Ταμεία Υγείας, τα οποία διοικούνται συνήθως από τους κοινωνικούς εταίρους υπό το καθεστώς της «επιβαλλόμενης αυτορρύθμισης» (Saltman et al., 2004). Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της δομής είναι η σχετική σταθερότητα της χρηματοδότησης, η οποία είναι **διαφανής και δεσμευμένη** για την υγεία, μειώνοντας την εξάρτηση του συστήματος από τις άμεσες δημοσιονομικές διακυμάνσεις του κρατικού προϋπολογισμού (Musgrove, 2000; Saltman et al., 2004). Σε αντίθεση με το μοντέλο Beveridge, η χρηματοδότηση εδώ είναι άμεσα συνδεδεμένη με την απασχόληση, αν και τα σύγχρονα κράτη έχουν αναπτύξει μηχανισμούς αναδιανομής και κρατικής επιχορήγησης για την κάλυψη των ανέργων και των ευάλωτων ομάδων, διασφαλίζοντας την καθολικότητα της (Musgrove, 2000; Thomson et al., 2009).

Παροχή Υπηρεσιών και Πλουραλισμός

Το σύστημα **Bismarck** χαρακτηρίζεται από έναν έντονο πλουραλισμό παρόχων και μια αποκεντρωμένη δομή διοίκησης. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα μεικτό δίκτυο, το οποίο περιλαμβάνει δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά ιδρύματα, αλλά και φιλανθρωπικούς οργανισμούς (Saltman et al., 2004; Wendt et al., 2009). Οι ιατροί, ιδιαίτερα στον εξωνοσοκομειακό τομέα, λειτουργούν συχνά ως ελεύθεροι επαγγελματίες και αμείβονται κατά πράξη, αν και παρατηρείται στροφή προς μεικτά συστήματα (κατά κεφαλήν αποζημίωση, σφαιρικοί προϋπολογισμοί, DRGs) για τον έλεγχο του όγκου των υπηρεσιών (Blank et al., 2017; Busse et al., 2011; Saltman et al., 2004). Σε χώρες όπως η Γαλλία, το Βέλγιο και η Ελβετία, εφαρμόζεται το **σύστημα της αποζημίωσης**, όπου ο ασθενής πληρώνει αρχικά τον ιατρό και στη συνέχεια διεκδικεί το ποσό από το ταμείο του (Saltman et al., 2004).

Πρόσβαση και Αποδοτικότητα

Βασικό πλεονέκτημα του μοντέλου είναι η μεγάλη ελευθερία επιλογής ιατρού, νοσοκομείου και συχνά ασφαλιστικού ταμείου, καθώς και η ταχύτερη πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και τεχνολογίες, λόγω του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων (Saltman et al., 2004). Ωστόσο, αυτή η ελευθερία και η έλλειψη αυστηρού κεντρικού προϋπολογισμού και ο ανταγωνισμός μεταξύ των παρόχων τείνουν να οδηγούν σε υψηλότερες συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε σύγκριση με τα συστήματα Beveridge (Busse et al., 2011; Saltman et al., 2004).

Προκλήσεις και Λειτουργικά Ζητήματα

Παρά τη σταθερότητά του, το μοντέλο Bismarck αντιμετωπίζει σημαντικές λειτουργικές προκλήσεις:

- **Διοικητικό Κόστος.** Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης, με τους πολλαπλούς ασφαλιστικούς φορείς και ο αυξημένος ανταγωνισμός, αυξάνουν τα διοικητικά έξοδα διαχείρισης και μάρκετινγκ σε σχέση με τα μονοπωλιακά μοντέλα (Blank et al., 2017; Thomson et al., 2009).
- **Ηθικός Κίνδυνος.** Η εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη και η αμοιβή κατά πράξη μπορεί να ενθαρρύνουν την υπερκατανάλωση υπηρεσιών και την προκλητή ζήτηση από την πλευρά των παρόχων, αυξάνοντας το συνολικό κόστος (Cylus et al., 2016; Saltman et al., 2004).
- **Επιλεκτική Προσέλκυση.** Ο ανταγωνισμός μπορεί να ωθήσει τα ταμεία να αποφεύγουν ασθενείς υψηλού κινδύνου, απειλώντας τη συνοχή του συστήματος (Saltman et al., 2004).
- **Κοινωνικές Ανισότητες.** Χωρίς ισχυρή κρατική ρύθμιση, μπορεί να προκύψουν διαφοροποιήσεις στο πακέτο παροχών μεταξύ των ταμείων, δημιουργώντας ένα σύστημα «δύο ταχυτήτων» ανάλογα με το εισόδημα ή το επάγγελμα (Wendt et al., 2009).

Σύγχρονοι Μηχανισμοί Ελέγχου

Για την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων, τα σύγχρονα συστήματα Bismarck εφαρμόζουν πλέον αυστηρούς μηχανισμούς ελέγχου, όπως:

- **Μηχανισμούς Εξισορρόπησης Κινδύνου:** Χρησιμοποιούνται περίπλοκες μαθηματικές φόρμουλες για την αναδιανομή των πόρων μεταξύ των ταμείων υγείας βάσει

της νοσηρότητας, της ηλικίας και του φύλου των μελών τους. Στόχος είναι η εξουδετέρωση των κινήτρων για «επιλεκτική προσέλκυση» υγιών ασθενών και η διασφάλιση ότι τα ταμεία που καλύπτουν πιο επιβαρυσμένους πληθυσμούς παραμένουν οικονομικά εύρωστα (Thomson et al., 2009; Saltman et al., 2004).

- **Στρατηγική Αγορά Υπηρεσιών:** Παρατηρείται μια σαφής μετάβαση από την παθητική αποζημίωση δαπανών στην ενεργητική διαπραγμάτευση συμβάσεων. Τα ασφαλιστικά ταμεία δρουν πλέον ως στρατηγικοί αγοραστές, θέτοντας κριτήρια ποιότητας και αποδοτικότητας κατά τη σύναψη συμβάσεων με τους παρόχους υγείας (Thomson et al., 2009).
- **Κατάλογοι Παροχών:** Για τον περιορισμό της ανεξέλεγκτης αύξησης του κόστους, τα συστήματα υιοθετούν σαφείς καταλόγους με τις καλυπτόμενες υπηρεσίες. Αυτό επιτρέπει τον αυστηρό έλεγχο της εισαγωγής νέων, δαπανηρών ιατρικών τεχνολογιών και φαρμάκων στο σύστημα (Saltman et al., 2004).
- **Συμμετοχές των Ασθενών:** Η εισαγωγή θεσμοθετημένων συμμετοχών στο κόστος των υπηρεσιών και των φαρμάκων αποσκοπεί στον περιορισμό του «ηθικού κινδύνου» και στην ενίσχυση της υπεύθυνης χρήσης των πόρων από τους ασφαλισμένους (Dubois et al., 2006).

2.1.3 Το Πρότυπο της Ιδιωτικής Ασφάλισης και τα Υβριδικά Μοντέλα

Εκτός από τα δύο κυρίαρχα δημόσια πρότυπα, η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει το μοντέλο της ιδιωτικής ασφάλισης, ως έναν από τους τρεις βασικούς πυλώνες στην κατηγοριοποίηση των συστημάτων υγείας (Wendt et al., 2009). Η σύγχρονη πραγματικότητα καταδεικνύει ότι η αυστηρή διάκριση μεταξύ Beveridge και Bismarck έχει περιορισμένη εφαρμογή, καθώς τα περισσότερα συστήματα έχουν εξελιχθεί σε **πολυδιάστατες υβριδικές μορφές** για να ανταποκριθούν στις πιέσεις των αυξανόμενων δαπανών, της γήρανσης του πληθυσμού και των τεχνολογικών εξελίξεων (Thomson et al., 2009).

Το Πρότυπο της Ιδιωτικής Ασφάλισης

Το μοντέλο αυτό βασίζεται αποκλειστικά στους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς. Η χρηματοδότηση προέρχεται από ιδιωτικά ασφαλιστρα, τα οποία υπολογίζονται βάσει του

ατομικού προφίλ κινδύνου υγείας και της πιθανότητας χρήσης υπηρεσιών, και όχι βάσει του εισοδήματος, υπονομεύοντας την αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ιδιωτικούς φορείς, ενώ το κράτος περιορίζεται σε έναν ελάχιστο ρυθμιστικό ρόλο (Saltman et al., 2004; Thomson et al., 2009).

Παρά την ελευθερία επιλογής, το μοντέλο παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες:

- **Αποτυχία της αγοράς:** Λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ παρόχων και ασθενών, το μοντέλο είναι ευάλωτο στα φαινόμενα της ηθικής και της δυσμενούς επιλογής (Musgrove, 2000; Thomson et al., 2009).
- **Επιλεκτική προσέλκυση:** Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς έχουν οικονομικό κίνητρο να προσελκύουν υγιείς πελάτες, αποκλείοντας άτομα υψηλού κινδύνου, όπως ηλικιωμένους ή χρονίως πάσχοντες (Colombo & Tapay, 2004).
- **Υψηλό διοικητικό κόστος:** Τα ιδιωτικά συστήματα επιβαρύνονται με σημαντικές δαπάνες που αφορούν το μάρκετινγκ, την εξατομικευμένη αξιολόγηση κινδύνων και τη διαχείριση συμβάσεων, οι οποίες είναι αισθητά υψηλότερες από το αντίστοιχο διοικητικό κόστος των δημόσιων συστημάτων υγείας (Colombo & Tapay, 2004; Thomson et al., 2009).

Υβριδικά Συστήματα και η Τάση Σύγκλισης

Τα υβριδικά συστήματα επιδιώκουν να συνδυάσουν την αποδοτικότητα της αγοράς με την κοινωνική προστασία του κράτους, ενσωματώνοντας στοιχεία δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης (Reinhardt et al., 2004). Η σύγχρονη πραγματικότητα δείχνει μια τάση σύγκλισης, όπου οι παραδοσιακοί διαχωρισμοί μεταξύ των μοντέλων χρηματοδότησης διαταράσσονται. Κανένα σύγχρονο σύστημα δεν είναι πλέον αμιγώς κρατικό ή ιδιωτικό, προτείνοντας ένα πλαίσιο 27 πιθανών συνδυασμών μεταξύ χρηματοδότησης, παροχής και ρύθμισης (Claus Wendt, 2009).

- **Συστήματα Beveridge με ιδιωτικά στοιχεία:** Χώρες με παραδοσιακά φορολογικά συστήματα, όπως το **Ηνωμένο Βασίλειο** και η **Σουηδία**, έχουν εισαγάγει «εσωτερικές αγορές», επιτρέποντας τη λειτουργία ιδιωτικών παρόχων εντός του δημόσιου συστήματος για τη μείωση των λιστών αναμονής (Thomson et al., 2009; Tsiachristas et al., 2023). Η μεταρρύθμιση αυτή βασίζεται στο λειτουργικό διαχωρισμό του ρόλου μεταξύ του αγοραστή και του παρόχου υπηρεσιών, καθώς και στην ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των

νοσοκομειακών μονάδων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας (Tsiachristas et al., 2023; Wendt et al., 2009).

- **Συστήματα Bismarck με κρατική παρέμβαση:** Χώρες που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, όπως η **Γερμανία** και η **Γαλλία**, ενισχύουν πλέον τη χρηματοδότησή τους μέσω της γενικής φορολογίας, ώστε να διευρύνουν τη χρηματοδοτική τους βάση και να διασφαλίσουν την καθολική κάλυψη του πληθυσμού (Thomson et al., 2009). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Γαλλία με την εισαγωγή του γενικευμένου κοινωνικού φόρου **CSG (Contribution Sociale Généralisée)**, ο οποίος επιβάλλεται στο σύνολο των εισοδημάτων και όχι αποκλειστικά στους μισθούς (Saltman et al., 2004; Thomson et al., 2009). Παράλληλα, τα κράτη αυτά επιβάλλουν αυστηρούς **εθνικούς προϋπολογισμούς** και **ανώτατα όρια** δαπανών, προκειμένου να ελέγξουν τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων (Saltman et al., 2004).

Το Ελληνικό Παράδειγμα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση **υβριδικής οργάνωσης**, συνδυάζοντας στοιχεία δημόσιων ολοκληρωμένων μοντέλων, συμβάσεων και αποζημιώσεων (Economou, 2010). Παρόλο που το ΕΣΥ βασίζεται στη φορολογική χρηματοδότηση (Beveridge), συνυπάρχει με μηχανισμούς κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck) μέσω του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Παράλληλα, το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται από ένα από τα **υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών** στην Ε.Ε. (άνω του 37%), γεγονός που υποδηλώνει μια ισχυρή, συχνά άτυπη, παρουσία της ιδιωτικής αγοράς, η οποία τελικά επιβαρύνει δυσανάλογα τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα (Economou, 2010; Lionis et al., 2017).

Η Περίπτωση της Ελβετίας

Η Ελβετία αποτελεί το χαρακτηριστικό παράδειγμα υβριδικού συστήματος, καθώς εφαρμόζει ένα μοντέλο **ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού**, όπου η υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση συνυπάρχει με αυστηρή κρατική ρύθμιση (Crivelli & Salari, 2014). Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για όλους, αλλά παρέχεται από ιδιωτικές, μη κερδοσκοπικές εταιρείες που ανταγωνίζονται για ένα κοινό βασικό πακέτο υπηρεσιών (De Pietro et al., 2015). Προκειμένου να διασφαλιστεί η κοινωνική ισότητα, το κράτος επιβάλλει στους

ασφαλιστικούς φορείς την υποχρέωση κάλυψης κάθε πολίτη για ένα κοινό βασικό πακέτο υπηρεσιών, ενώ παράλληλα επιδοτεί τα ασφάλιστρα για τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα (Crivelli & Salari, 2014; De Pietro et al., 2015). Ωστόσο, το σύστημα αντιμετωπίζει προκλήσεις λόγω των υψηλών κατά κεφαλήν δαπανών, καθώς και των γεωγραφικών ανισοτήτων, που παρατηρούνται στην προσφορά και το κόστος των υπηρεσιών μεταξύ των καντονιών (Mohajer-Bastami et al., 2025; Crivelli & Salari, 2014).

Προκλήσεις και Επιπτώσεις των Υβριδικών Μοντέλων

Παρά τη λειτουργική τους ευελιξία, τα υβριδικά συστήματα αντιμετωπίζουν κρίσιμες προκλήσεις:

- i. **Οικονομική Επιβάρυνση:** Τα υψηλά επίπεδα άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket payments) μπορεί να υπονομεύσουν την ισότητα πρόσβασης, ενώ συνδέονται επίσης με αυξημένο κίνδυνο οικονομικής εξουθένωσης των νοικοκυριών, καθώς και με την εμφάνιση καταστροφικών δαπανών υγείας (Wagstaff et al., 2018).
- ii. **Πρόκληση Ζήτησης:** Ειδικά σε περιβάλλοντα με υπερπροσφορά ιατρικού δυναμικού, όπως η Ελλάδα, οι πάροχοι ενδέχεται να εκδηλώνουν συμπεριφορές τεχνητής ζήτησης, εκμεταλλευόμενοι την ασυμμετρία της πληροφόρησης και οδηγώντας σε τεχνητή αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, προς ίδιον οικονομικό όφελος (Busato et al., 2009; Economou, 2010).
- iii. **Προβλήματα Συντονισμού:** Ο κατακερματισμός μεταξύ διαφορετικών χρηματοδοτών και παρόχων δυσχεραίνει την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, δημιουργώντας κενά στη συνέχεια της θεραπείας, ιδιαίτερα για τους ασθενείς με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις (Tsiachristas et al., 2023).
- iv. **Πολυπλοκότητα Διακυβέρνησης:** Η παράλληλη συνύπαρξη δημόσιων και ιδιωτικών φορέων προϋποθέτει εξαιρετικά ισχυρούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς και υψηλό επίπεδο εποπτείας από την πλευρά του κράτους, προκειμένου να διασφαλιστούν η κοινωνική ισότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών (Saltman et al., 2004).
- v. **Κόστος και Ποιότητα:** Παρά τη συχνά υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, η πολυπλοκότητα στη διαχείριση και ο ανταγωνισμός των παρόχων οδηγούν συνήθως σε αυξημένες συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, καθιστώντας τον έλεγχο του κόστους μια διαρκή πρόκληση (Reinhardt et al., 2004).

2.2 Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

2.2.1 Ιστορική Εξέλιξη και Θεσμικό Πλαίσιο

Το ελληνικό σύστημα υγείας κατατάσσεται τυπικά στα Εθνικά Συστήματα Υγείας τύπου **Beveridge**, καθώς χαρακτηρίζεται από κυρίαρχο ρόλο του κράτους στη χρηματοδότηση και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, στην πράξη λειτουργεί παράλληλα με ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης (**Bismarck**), συνθέτοντας ένα σύνθετο υβριδικό μοντέλο, στο οποίο συνυπάρχουν στοιχεία δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, καθώς και πολλαπλοί μηχανισμοί παροχής υπηρεσιών (Economou, 2010; Mossialos & Wenzl, 2016; Lionis et al., 2017).

Η θεσμική συγκρότηση του σύγχρονου ελληνικού συστήματος υγείας ξεκίνησε με τη δημιουργία του **Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)** το 1983 (Ν. 1397/1983). Η φιλοσοφία του νόμου βασίστηκε στην αρχή ότι η υγεία αποτελεί **κοινωνικό αγαθό** και το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή **καθολικής, ισότιμης και δωρεάν περίθαλψης** στο σημείο χρήσης, ανεξάρτητα από την οικονομική ή ασφαλιστική κατάσταση του πολίτη. Στόχος της δημιουργίας του ΕΣΥ ήταν η ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα της υγειονομικής περίθαλψης και η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (Economou, 2010; Sagan & Thomson, 2016).

Παρά τις αρχικές προσδοκίες, σημαντικά τμήματα του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ δεν εφαρμόστηκαν ποτέ πλήρως. Ήδη από τη δεκαετία του 1990 το σύστημα άρχισε να εμφανίζει έντονα διαρθρωτικά προβλήματα, όπως ο κατακερματισμός της χρηματοδότησης, οι αλληλοεπικαλύψεις αρμοδιοτήτων και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΣΥ. Ο ιδιωτικός τομέας διατήρησε ισχυρή παρουσία, ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (**ΠΦΥ**) και στις διαγνωστικές εξετάσεις, καθώς το δημόσιο σύστημα παρέμεινε νοσοκομειοκεντρικό, οδηγώντας στη διαμόρφωση ενός μεικτού συστήματος που απέκλινε από το καθαρό πρότυπο Beveridge (Economou, 2010, Kaitelidou et al., 2016).

Η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, αν και καλύπτει μικρό μέρος του πληθυσμού (περίπου 12%), λειτουργεί συμπληρωματικά, προσφέροντας ταχύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες, καλύτερη ποιότητα ξενοδοχειακής υποδομής και περισσότερες επιλογές παρόχων (Economou, 2010). Οι πολίτες στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση

κυρίως λόγω της μειωμένης εμπιστοσύνης στην κοινωνική ασφάλιση και των μεγάλων λιστών αναμονής στις δημόσιες δομές (Sagan & Thomson, 2016).

Σημαντική μεταρρύθμιση αποτέλεσε η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011, ο οποίος συγκέντρωσε τη χρηματοδότηση και την αγορά υπηρεσιών υγείας σε έναν ενιαίο φορέα (Economou, 2010). Ο πρωταρχικός στόχος ήταν η βελτίωση της αποδοτικότητας, ο έλεγχος των δαπανών και η ενίσχυση της διαφάνειας (Kaitelidou et al., 2016; Lionis et al., 2017). Ωστόσο, το σύστημα υγείας εξακολουθεί να παρουσιάζει χρόνιες αδυναμίες, όπως περιορισμένο στρατηγικό σχεδιασμό, ελλείψεις μηχανισμούς αξιολόγησης και ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, προβλήματα που επιδεινώθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Karanikolos et al., 2013; Lionis et al., 2017; OECD & European Observatory, 2023).

Η οικονομική κρίση του 2009 αποτέλεσε σημείο καμής για το ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς οδήγησε σε σημαντικές περικοπές στη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας και στην εφαρμογή πολιτικών λιτότητας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι πολιτικές αυτές είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών, καθώς και στους δείκτες υγείας του πληθυσμού, πλήττοντας δυσανάλογα τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Karanikolos et al., 2013; Kentikelenis et al., 2014).

Παράλληλα, εφαρμόστηκαν μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως οι μηχανισμοί αυτόματης επιστροφής (**clawback**) και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις (**rebates**), που συνέβαλαν βραχυπρόθεσμα στη δημοσιονομική εξυγίανση, αλλά οδήγησαν τελικά σε μετακύλιση του κόστους και αύξησαν την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών (Economou, 2010; Kaitelidou et al., 2016; Karanikolos et al., 2013).

2.2.2 Οργανωτική Δομή του Συστήματος Υγείας

Η οργάνωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα βασίζεται σε ένα πολυεπίπεδο σχήμα παροχής υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και θεωρείται κρίσιμος παράγοντας για την αποδοτικότητα και την πρόληψη (Papanicolas & Smith, 2013). Στην Ελλάδα, η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται διαχρονικά ως το πιο αδύναμο τμήμα του συστήματος, λόγω της έλλειψης στρατηγικού σχεδιασμού και της νοσοκομειοκεντρικής οργάνωσης. Η δημόσια παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ παραμένει ελλιπής, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, οδηγώντας σε μια υπερβολική εξάρτηση των πολιτών από τον ιδιωτικό τομέα (Economou, 2010; Lionis et al., 2017).

Σύμφωνα με τη μελέτη QUALICOPC (Lionis et al., 2017), η Ελλάδα κατατάσσεται σε χαμηλή θέση στην Ευρώπη ως προς την προσβασιμότητα, τη συνέχεια της φροντίδας και τον συντονισμό των υπηρεσιών. Μέχρι πρόσφατα, η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ βασιζόταν κυρίως σε ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία (μετέπειτα ΕΟΠΥΥ), γεγονός που ενίσχυσε τις ανισότητες πρόσβασης (Lionis et al., 2017). Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν μετά το 2017, με τη δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY) και την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, στόχευσαν στην ενίσχυση της πρόληψης και στη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας, ωστόσο η απόδοση αυτών των μεταρρυθμίσεων παραμένει περιορισμένη, κυρίως λόγω προβλημάτων στελέχωσης και υποχρηματοδότησης (Lionis κ.ά., 2017; OECD & European Observatory, 2023).

Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από ένα δίκτυο δημόσιων νοσοκομείων του ΕΣΥ, ειδικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων που λειτουργούν εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, πανεπιστημιακά) και ιδιωτικών κλινικών. Τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν τον βασικό πυλώνα του συστήματος, προσφέροντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επείγουσα φροντίδα (Economou, 2010). Η χρηματοδότησή τους βασίζεται στον κρατικό προϋπολογισμό και σε αποζημιώσεις από τον ΕΟΠΥΥ, οι οποίες υπολογίζονται βάσει ημερήσιου νοσηλίου ή μέσω του συστήματος των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (Diagnosis-Related Groups – DRGs) (Sagan & Thomson, 2016).

Ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα στις διαγνωστικές υπηρεσίες και την εξειδικευμένη περίθαλψη. Αυτό το μεικτό μοντέλο προσφέρει επιλογές στους χρήστες, αλλά παράλληλα ενισχύει τις κοινωνικές ανισότητες, καθώς η πρόσβαση σε ποιοτικότερες ιδιωτικές δομές εξαρτάται άμεσα από την οικονομική δυνατότητα των ασθενών (Economou, 2010). Επιπλέον, παρότι η Ελλάδα διαθέτει σχετικά υψηλό αριθμό νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους σε σύγκριση με τον μέσο όρο των ευρωπαϊκών χωρών (WHO, 2026), η γεωγραφική τους κατανομή είναι ασύμμετρη, με σοβαρά ελλείμματα κάλυψης στις αγροτικές και νησιωτικές περιοχές, τα οποία εντείνονται από τις χρόνιες ελλείψεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Economou, 2010; Kaitelidou et al., 2016).

2.2.3 Χρηματοδότηση και Ιδιωτική Συμμετοχή

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές πληρωμές (Economou, 2010). Παρά τον δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικών πληρωμών στην Ευρώπη, στοιχείο που αποτελεί το βασικό παράγοντα εμφάνισης ανισοτήτων στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών (Wagstaff et al., 2018). Αυτές οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές περιλαμβάνουν τις θεσμοθετημένες συμμετοχές σε φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις, τις δαπάνες για ιδιωτικές υπηρεσίες λόγω των μεγάλων λιστών αναμονής στις δημόσιες δομές, καθώς και άτυπες πληρωμές (Economou, 2010).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια έντονη, δομική αντίφαση: ενώ θεσμικά και νομοθετικά στηρίζεται στην αρχή της καθολικής κάλυψης και της δωρεάν περίθαλψης, στην πράξη παρουσιάζει υψηλό βαθμό ιδιωτικοποίησης. Αυτό έχει ως συνέπεια, η πραγματική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται συχνά από την οικονομική δυνατότητα του ατόμου και όχι από την κλινική του ανάγκη, γεγονός που επιδεινώθηκε κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Kaitelidou et al., 2016; Kentikelenis et al., 2014).

2.2.4 Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης

Η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στην Ελλάδα το 2009 αποτέλεσε σημείο καμπής για τη λειτουργία και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, σε ένα περιβάλλον όπου η χώρα απώλεσε περισσότερο από το 25% του ΑΕΠ της (Sagan & Thomson, 2016). Η εφαρμογή εκτεταμένων πολιτικών δημοσιονομικής προσαρμογής και λιτότητας οδήγησε σε σημαντικές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας, έχοντας ως αποτέλεσμα, τη σημαντική συμπίεση της συνολικής δαπάνης προκειμένου να μην υπερβαίνει το όριο του 6% του ΑΕΠ, καταγράφοντας έτσι τη μεγαλύτερη μείωση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Kentikelenis et al., 2014; Mossialos & Wenzl, 2016).

Οι βασικές επιπτώσεις συνοψίζονται στα παρακάτω πεδία:

- **Λειτουργική Υποβάθμιση:** Οι περικοπές προκάλεσαν σοβαρές ελλείψεις σε μόνιμο προσωπικό, τεχνολογικό εξοπλισμό και υγειονομικά αναλώσιμα, οι οποίες σε συνδυασμό με τη γενικευμένη υποχρηματοδότηση οδήγησαν στη συρρίκνωση ή στο κλείσιμο συγκεκριμένων μονάδων και στην ποιοτική υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία (Economou et al., 2017).
- **Αύξηση Μη Καλυπτόμενων Αναγκών:** Λόγω υψηλού οικονομικού κόστους και εκτεταμένων χρόνων αναμονής, αυξήθηκε το ποσοστό των πολιτών με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, πλήττοντας κυρίως τα χαμηλά εισοδήματα (Eurostat, 2026).
- **Ιδιωτική Επιβάρυνση:** Η μείωση της κρατικής χρηματοδότησης οδήγησε σε μετακύλιση του κόστους, με αύξηση των άμεσων πληρωμών (out-of-pocket), εντείνοντας τον κίνδυνο καταστροφικών δαπανών για τα νοικοκυριά (Cylus et al., 2016; Wagstaff et al., 2018).
- **Επιδείνωση Δεικτών Υγείας:** Καταγράφηκε σημαντική αύξηση στην ψυχολογική επιβάρυνση του πληθυσμού, με έξαρση των περιστατικών κατάθλιψης και αυτοκτονιών (Economou et al., 2015; Kentikelenis et al., 2014).
- **Φαρμακευτική Πολιτική:** Εφαρμόστηκαν οριζόντια μέτρα συγκράτησης κόστους, όπως μειώσεις τιμών, σε συνδυασμό με μηχανισμούς επιστροφής (**clawback** και **rebate**), που αν και περιορίσαν τη δημόσια δαπάνη, αύξησαν τη συμμετοχή των ασθενών, ενώ παράλληλα προκάλεσαν περιοδικές ελλείψεις φαρμάκων στην αγορά (OECD & European Observatory, 2023).

- **Ανισότητες πρόσβασης:** Η κρίση επηρέασε δυσανάλογα τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως τους ανέργους, τους μετανάστες και τους ανασφάλιστους. Η απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης για σημαντικό τμήμα του πληθυσμού οδήγησε σε περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης (Karanikolos et al., 2013).

2.2.5 Συγκριτική Αξιολόγηση

Η Ελλάδα αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση συστήματος υγείας με χαμηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη σε σύγκριση με χώρες υψηλού εισοδήματος, όπως η Ελβετία, ιδιαίτερα μετά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Economou et al., 2017; OECD & European Observatory, 2023). Η περιορισμένη δημόσια χρηματοδότηση και η έντονη δημοσιονομική προσαρμογή διαφοροποιούν σημαντικά την ελληνική περίπτωση από το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο διατηρεί υψηλότερο βαθμό δημόσιας κάλυψης μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) (Appleby et al., 2022).

Παράλληλα, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket), γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ισότητα πρόσβασης και αυξάνει τον οικονομικό κίνδυνο για τα νοικοκυριά (Wagstaff et al., 2018). Σε αντίθεση, το Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίζει χαμηλότερη ιδιωτική επιβάρυνση, ενώ η Ελβετία συνδυάζει την υψηλή δαπάνη με σημαντική ιδιωτική συμμετοχή, αλλά εντός ενός αυστηρά ρυθμιζόμενου πλαισίου κοινωνικής ασφάλισης και ελεγχόμενου ανταγωνισμού (Crivelli & Salari, 2014).

2.3 Το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά και διαχρονικά παραδείγματα εφαρμογής του μοντέλου **Beveridge**. Στηρίζεται στην αρχή ότι η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και πρέπει να παρέχεται με βάση την κλινική ανάγκη και όχι την οικονομική δυνατότητα του ατόμου. Η χρηματοδότηση βασίζεται κυρίως στη γενική φορολογία και η παροχή υπηρεσιών οργανώνεται σε μεγάλο βαθμό από τον δημόσιο τομέα (Mohajer-Bastami et al., 2025). Το **National Health Service (NHS)**, το οποίο ιδρύθηκε το 1948, χρηματοδοτείται κατά κύριο

λόγο (περίπου 80%) από τη γενική προοδευτική φορολογία και τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές, διασφαλίζοντας την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή δωρεάν υπηρεσιών στο σημείο χρήσης, γεγονός που συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (Boyle, 2011; Busse et al., 2011; Sagan & Thomson, 2016).

2.3.1 Δομή, Οργάνωση και η Εξέλιξη του NHS

Η οργανωτική δομή του NHS χαρακτηρίζεται από έναν υψηλό βαθμό κεντρικού ελέγχου, με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας να καθορίζει τη στρατηγική, τη νομοθεσία και τον συνολικό προϋπολογισμό (Anderson et al., 2022; Boyle, 2011). Ωστόσο, μετά την πολιτική αποκέντρωση του 1999, έχουν διαμορφωθεί τέσσερα ξεχωριστά εθνικά συστήματα υγείας (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία, Βόρεια Ιρλανδία), τα οποία αποκλίνουν σημαντικά ως προς την οργάνωση και τις πολιτικές χρεώσεων (Anderson et al., 2022; Surender et al., 2015).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Η ΠΦΥ αποτελεί τον πυρήνα του βρετανικού συστήματος, με τους **Γενικούς Ιατρούς (General Practitioners - GPs)** να λειτουργούν ως υποχρεωτικό σημείο εισόδου για την πρόσβαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Πέρα από τους ιατρούς, η ΠΦΥ στελεχώνεται από επαγγελματίες υγείας (π.χ. νοσηλεύτες, θεραπευτές) και οργανισμούς, που λειτουργούν ολοκληρωμένα εντός του συστήματος γενικής ιατρικής (Boyle, 2011; Mossialos et al., 2016). Οι γενικοί ιατροί είναι στην πλειονότητά τους ανεξάρτητοι ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συμβάλλονται με το NHS μέσω εθνικών συμβάσεων και η αποζημίωσή τους βασίζεται πρωτίστως σε ένα σύστημα κατά κεφαλήν αμοιβής, η οποία προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού τους (Mossialos & Wenzl, 2016).

Ο μηχανισμός αυτός είναι καθοριστικός για τη μακροοικονομική αποδοτικότητα του συστήματος για δύο λόγους:

I. **Διαχείριση Πόρων:** Οι γενικοί ιατροί φιλτράρουν τη ζήτηση, διασφαλίζοντας ότι μόνο τα περιστατικά που απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα παραπέμπονται στα νοσοκομεία, αποτρέποντας την άσκοπη χρήση της δευτεροβάθμιας φροντίδας και επιτυγχάνοντας σημαντική συγκράτηση του κόστους (Saltman et al., 2004; Surender et al., 2015).

II. **Συνέχεια της Φροντίδας:** Ο γενικός ιατρός τηρεί το πλήρες ιστορικό του ασθενούς, προσεγγίζοντας την υγεία του ολιστικά και συντονίζοντας την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας (Boyle, 2011).

Τα τελευταία χρόνια, η οργάνωση της ΠΦΥ έχει ενισχυθεί μέσω των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (**Primary Care Networks**), τα οποία συγκροτούν πολυεπιστημονικές ομάδες (ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί) για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (Anderson et al., 2022).

Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τους Νοσοκομειακούς Οργανισμούς του NHS (**NHS Trusts** και **Foundation Trusts**), με τα δεύτερα να διαθέτουν μεγαλύτερη οικονομική και διοικητική αυτονομία, να έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε κεφαλαιακή χρηματοδότηση και είναι σε θέση να συσσωρεύουν πλεονάσματα ή να παρουσιάζουν (προσωρινά) ελλείμματα, παραμένοντας ωστόσο μέρος του δημόσιου συστήματος (Boyle, 2011; Mossialos & Wenzl, 2016). Από το 1991, το NHS εφάρμοσε τον διαχωρισμό μεταξύ του αγοραστή και του παρόχου υπηρεσιών, δημιουργώντας μια εσωτερική αγορά με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας μέσω του ελεγχόμενου ανταγωνισμού (Surender et al., 2015).

Ωστόσο, η πλέον πρόσφατη μεταρρύθμιση, ο νόμος για την Υγεία και τη Φροντίδα του 2022 (**Health and Care Act 2022**), σηματοδοτεί τη στροφή από τον ανταγωνισμό προς τη συνεργασία. Οι παλαιότεροι μηχανισμοί αγοράς υπηρεσιών αντικαταστάθηκαν από 42 ολοκληρωμένα συστήματα φροντίδας (**Integrated Care Systems**), τα οποία είναι υπεύθυνα για την παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικούς πληθυσμούς 1 έως 3 εκατομμυρίων ανθρώπων. Τα συστήματα αυτά έχουν τη νόμιμη ευθύνη για τον σχεδιασμό και τη χρηματοδότηση όλων των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην περιοχή τους, προωθώντας την ολοκληρωμένη φροντίδα και την εξάλειψη των παραδοσιακών στεγανών μεταξύ των νοσοκομειακών δομών και της κοινότητας (Anderson et al., 2022; Tsiachristas et al., 2023).

Ποιότητα και Ρύθμιση

Η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών διασφαλίζονται από ανεξάρτητους ρυθμιστικούς φορείς, όπως το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και τη Φροντίδα **NICE**

(**National Institute for Health and Care Excellence**), το οποίο εκδίδει κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και αξιολογεί τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας νέων τεχνολογιών και φαρμάκων (Mossialos et al., 2016; Mossialos & Wenzl, 2016). Παράλληλα, η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (**Care Quality Commission - CQC**) επιθεωρεί και βαθμολογεί όλους τους παρόχους υγείας και κοινωνικής φροντίδας, διαθέτοντας την εξουσία επιβολής κυρώσεων ή αναστολής της λειτουργίας μη ασφαλών μονάδων (Boyle, 2011). Η κατανομή των πόρων διενεργείται μέσω ενός συστήματος «σταθμισμένης κατά κεφαλήν κατανομής» (**weighted capitation**), το οποίο λαμβάνει υπόψη την ηλικία, τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα και τις υγειονομικές ανάγκες κάθε περιοχής, στοχεύοντας στη μείωση των γεωγραφικών ανισοτήτων (Anderson et al., 2022; Boyle, 2011).

2.3.2 Νοσοκομειακή και Φαρμακευτική Πολιτική

Η διαχείριση των νοσοκομειακών δαπανών στο Ηνωμένο Βασίλειο βασίζεται σε αυστηρούς μηχανισμούς αξιολόγησης και στην εφαρμογή του συστήματος «Πληρωμή βάσει Αποτελέσματος» (**Payment by Results - PbR**), το οποίο εισήχθη σταδιακά από το 2003 (Boyle, 2011; Busse et al., 2011). Στο πλαίσιο αυτό, τα νοσοκομεία αποζημιώνονται βάσει ενός εθνικού τιμολογίου που συνδέει τη χρηματοδότηση με τον όγκο και την πολυπλοκότητα των περιστατικών, χρησιμοποιώντας τις **Ομάδες Πόρων Υγείας (Healthcare Resource Groups – HRGs)**, οι οποίες αποτελούν την βρετανική εκδοχή των DRGs. Στόχος του συστήματος είναι η παροχή κινήτρων για τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και την αύξηση της αποδοτικότητας (Busse et al., 2011). Ωστόσο, πρόσφατες μεταρρυθμίσεις προωθούν τη μετάβαση προς «μεικτά μοντέλα πληρωμών», τα οποία συνδυάζουν σταθερούς προϋπολογισμούς με κίνητρα συνδεδεμένα με ποιοτικούς στόχους, προκειμένου να ενισχυθεί η ολοκληρωμένη φροντίδα και η πρόληψη (Anderson et al., 2022).

Ο Ρόλος του NICE και η Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας

Στο επίκεντρο της φαρμακευτικής πολιτικής βρίσκεται το **NICE**, το οποίο αξιολογεί τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας για να αποφασίσει αν ένα νέο φάρμακο ή μια ιατρική

συσκευή θα πρέπει να αποζημιωθεί από το NHS (Anderson et al., 2022; Mossialos & Wenzl, 2016).

- **Δείκτης QALY:** Η βασική μέθοδος αξιολόγησης στηρίζεται στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, με τη χρήση του δείκτη Ποιοτικά Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής (Quality-Adjusted Life Years - QALY), ο οποίος συνδυάζει την ποσοτική παράταση της ζωής με την ποιότητά της. Το NICE εφαρμόζει ένα όριο λήψης απόφασης ανά QALY (συνήθως GBP 20.000–30.000), το οποίο μπορεί να αυξηθεί κατ' εξαίρεση για εξειδικευμένες θεραπείες στο τέλος της ζωής ή σε σπάνιες παθήσεις (Anderson et al., 2022; Cylus et al., 2016; Mohajer-Bastami et al., 2025).
- **Κριτική και Προκλήσεις:** Παρά την αυστηρότητα των αξιολογήσεων και τη διασφάλιση της ορθολογικής κατανομής των δημόσιων πόρων, το NICE συχνά επικρίνεται για καθυστερήσεις στην εισαγωγή καινοτόμων θεραπειών, ιδιαίτερα στον τομέα της ογκολογίας και των σπάνιων παθήσεων (Busse et al., 2011). Οι δυσλειτουργίες αυτές οδήγησαν στη δημιουργία ειδικών μηχανισμών, όπως το Ταμείο Ογκολογικών Φαρμάκων (**Cancer Drugs Fund**), το οποίο εξασφαλίζει την πρόσβαση σε ογκολογικές θεραπείες που δεν έχουν λάβει πλήρη έγκριση λόγω αβεβαιότητας κόστους ή αποτελεσματικότητας (Cylus et al., 2016).

2.3.3 Χρηματοδότηση, Ισότητα και Χρηματοοικονομική Προστασία

Η χρηματοδότηση του NHS παραμένει σταθερά προσηλωμένη στο μοντέλο **Beveridge**, προερχόμενη κατά **80%** περίπου από τη γενική φορολογία και κατά **19%** από τις εισφορές εθνικής ασφάλισης (Boyle, 2011; Mossialos & Wenzl, 2016). Η κατανομή των πόρων σε τοπικό επίπεδο γίνεται μέσω ενός συστήματος σταθμισμένης κατά κεφαλήν κατανομής, το οποίο συνεκτιμά τις ανάγκες του πληθυσμού και τα επίπεδα κοινωνικής στέρησης (Surender et al., 2015).

Χρηματοοικονομική Προστασία

Το Ηνωμένο Βασίλειο καταγράφει διαχρονικά ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket payments) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Anderson et al., 2022). Λόγω της δωρεάν παροχής των υπηρεσιών στο σημείο χρήσης, ο κίνδυνος καταστροφικών δαπανών υγείας είναι από τους χαμηλότερους παγκοσμίως (Wagstaff et al.,

2018). Η πολιτική αποκέντρωση στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει οδηγήσει σε αποκλίσεις στις πολιτικές υγείας μεταξύ Αγγλίας, Σκωτίας, Ουαλίας και Βόρειας Ιρλανδίας, όπως η θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασθενών στην οδοντιατρική φροντίδα, τα οπτικά είδη και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα στην Αγγλία, τη στιγμή που στη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία οι χρεώσεις για φαρμακευτικές συνταγές έχουν καταργηθεί πλήρως (Sagan & Thomson, 2016; Surender et al., 2015).

Κοινωνικές Ανισότητες

Παρά τη θεσμοθετημένη ισότητα στην πρόσβαση, η έκθεση **Marmot Review** ανέδειξε ότι οι ανισότητες στα αποτελέσματα υγείας (π.χ. προσδόκιμο ζωής) παραμένουν έντονες και συνδέονται με τους κοινωνικούς προσδιοριστές (στέγαση, εκπαίδευση, εισόδημα) (Mohajer-Bastami et al., 2025). Το NHS παραμένει ο σημαντικότερος μηχανισμός αναδιανομής και κοινωνικής συνοχής, παρά το γεγονός ότι το Ηνωμένο Βασίλειο συνεχίζει να υστερεί έναντι άλλων ανεπτυγμένων κρατών σε δείκτες επιβίωσης από σοβαρά και χρόνια νοσήματα (Papanicolas et al., 2019; Wagstaff et al., 2018).

2.3.4 Σύγχρονες Προκλήσεις και Μεταρρυθμίσεις

Το βρετανικό σύστημα υγείας βρίσκεται σήμερα σε μια κατάσταση «διαρκούς κρίσης», η οποία τροφοδοτείται από τη σύγκλιση τριών κρίσιμων παραγόντων:

1. **Δημογραφική Πίεση:** Η ραγδαία γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση της πολυνοσηρότητας μετατοπίζουν το ενδιαφέρον από την οξεία νοσοκομειακή φροντίδα στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων (Tsiachristas et al., 2023). Η αναλογία των ατόμων άνω των 65 ετών αναμένεται να φτάσει το 23,9% έως το 2039, εντείνοντας την ανάγκη για μακροχρόνια και ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα (Anderson et al., 2022).

2. **Υποχρηματοδότηση και Λιτότητα:** Μετά την οικονομική κρίση του 2008, το NHS βίωσε μια παρατεταμένη περίοδο δημοσιονομικής λιτότητας (2010–2017), κατά την οποία οι αυξήσεις στον προϋπολογισμό (περίπου 1,9% ετησίως) ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τον ιστορικό μέσο όρο και τις ανάγκες της ζήτησης (Anderson et al., 2022). Η έλλειψη σταθερής χρηματοδότησης οδήγησε σε σοβαρές ελλείψεις σε νοσοκομειακές κλίνες, ανθρώπινο δυναμικό και σύγχρονο διαγνωστικό εξοπλισμό (Papanicolas et al., 2019).

3. **Λίστες Αναμονής:** Το πιο ορατό σύμπτωμα των παραπάνω είναι η δραματική διεύρυνση των λιστών αναμονής για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς επίσης και οι καθυστερήσεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και στους χρόνους απόκρισης των ασθενοφόρων (Anderson et al., 2022; Mossialos & Wenzl, 2016).

Η Μεταρρύθμιση προς την Ολοκληρωμένη Φροντίδα

Η εισαγωγή των Συστημάτων Ολοκληρωμένης Φροντίδας με το νόμο **Health and Care Act 2022**, στοχεύει στην κατάργηση των στεγανών μεταξύ νοσοκομειακής, πρωτοβάθμιας και κοινωνικής φροντίδας. Η μεταρρύθμιση προωθεί τη συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και επιδιώκει τη μεταφορά του κέντρου βάρους από τη νοσοκομειακή περίθαλψη προς την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και τη διαχείριση των ασθενών στην κοινότητα (Anderson et al., 2022; Marmot et al., 2020; Tsiachristas et al., 2023).

2.3.5 Συγκριτική Αξιολόγηση

Σε σύγκριση με το ελληνικό σύστημα, το NHS υπερέχει στην οργάνωση της ΠΦΥ και στο βαθμό χρηματοοικονομικής προστασίας των πολιτών (Mohajer-Bastami et al., 2025). Ενώ στην Ελλάδα οι άμεσες πληρωμές είναι υψηλές, στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περιορισμένες και η πρόσβαση παραμένει δωρεάν στο σημείο χρήσης (Anderson et al., 2022; Economou et al., 2017).

Από την άλλη πλευρά, σε σύγκριση με την Ελβετία, το NHS υστερεί στους χρόνους απόκρισης και πρόσβασης στις υπηρεσίες, καθώς και στις επενδύσεις σε τεχνολογικές υποδομές. Το ελβετικό μοντέλο, αν και σημαντικά ακριβότερο, εξασφαλίζει πρόσβαση χωρίς λίστες αναμονής και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών. Ωστόσο, η υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση που επιβάλλει, επιβαρύνει δυσανάλογα τα χαμηλά εισοδήματα, σε αντίθεση με το NHS, το οποίο μέσω της φορολογικής του βάσης λειτουργεί ως ισχυρός μηχανισμός αναδιανομής εισοδήματος (Mohajer-Bastami et al., 2025).

Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου παραμένει παράδειγμα κοινωνικής ισότητας. Η ικανότητά του να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα και καθολική κάλυψη με σχετικά χαμηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη σε σχέση με άλλες αναπτυγμένες χώρες αποδεικνύει τη δυναμική του μοντέλου **Beveridge**.

2.4 Το Σύστημα Υγείας της Ελβετίας

Το σύστημα υγείας της Ελβετίας αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα υβριδικού μοντέλου, το οποίο συνδυάζει στοιχεία κοινωνικής προστασίας με ισχυρούς μηχανισμούς ελεύθερης αγοράς (Boes et al., 2025). Σε αντίθεση με τα καθαρά κρατικά συστήματα τύπου Beveridge ή τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα τύπου Bismarck, η Ελβετία βασίζεται σε ένα μοντέλο υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης. Το σύστημα αυτό λειτουργεί υπό αυστηρή κρατική ρύθμιση, με την παροχή υπηρεσιών να βασίζεται σε έναν ανταγωνιστικό ιδιωτικό τομέα. Στην Ελβετία, η ευθύνη για την υγεία θεωρείται πρωτίστως ατομική, με το κράτος να παρεμβαίνει μόνο για να διασφαλίσει την κοινωνική δικαιοσύνη και την ποιότητα των υπηρεσιών (Crivelli & Salari, 2014; Mossialos et al., 2016).

2.4.1 Θεσμικό Πλαίσιο και η Υποχρεωτική Ασφάλιση (KVG)

Το ελβετικό σύστημα χαρακτηρίζεται από έναν περίπλοκο συνδυασμό αποκέντρωσης, εταιρισμού και άμεσης δημοκρατίας (Boes et al., 2025). Η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών και την εποπτεία των παρόχων ανήκει στα 26 καντόνια, τα οποία διαθέτουν μεγάλη αυτονομία στον σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής (De Pietro et al., 2015; Mossialos & Wenzl, 2016). Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση έθεσε το πλαίσιο μέσω του Ομοσπονδιακού Νόμου για την Ασφάλιση Υγείας (KVG/LAMal) του 1994, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ το 1996, αν και ορισμένα καντόνια είχαν θεσπίσει συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης ήδη από το 1914. Ο νόμος αυτός καθιέρωσε την υποχρεωτική ασφάλιση για όλους τους μόνιμους κατοίκους, ανεξαρτήτως υπηκοότητας, επιβάλλοντας την αγορά ασφαλιστηρίου εντός τριών μηνών από την άφιξη στη χώρα (Crivelli & Salari, 2014; De Pietro et al., 2015).

Το σύστημα βασίζεται στις αρχές του «ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού», συνδυάζοντας την καθολική κάλυψη με μηχανισμούς ελεύθερης αγοράς (Pietro et al., 2015). Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να αποδέχονται κάθε αιτούντα για το βασικό πακέτο παροχών, ανεξάρτητα από το ηλικιακό προφίλ ή το ιατρικό του ιστορικό, ενώ για το συγκεκριμένο υποχρεωτικό πακέτο λειτουργούν αυστηρά σε μη κερδοσκοπική βάση (Boes et al., 2025; De Pietro et al., 2015). Με αυτόν τον τρόπο, το ελβετικό μοντέλο επιτυγχάνει καθολική κάλυψη του πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα κατατάσσεται σταθερά στις πρώτες

θέσεις παγκοσμίως, τόσο ως προς το ύψος των συνολικών δαπανών υγείας, όσο και ως προς τις επιδόσεις του σε κρίσιμους δείκτες, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης και τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών (OECD, 2023).

Ο Μηχανισμός της Βασικής Ασφάλισης

Κάθε πολίτης υποχρεούται να συνάψει συμβόλαιο βασικής ασφάλισης υγείας με μία από τις περίπου 60 εγκεκριμένες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (De Pietro et al., 2015; Mossialos et al., 2016). Ο μηχανισμός αυτός διέπεται από τρεις θεμελιώδεις κανόνες:

- **Το Πακέτο Παροχών:** Το ομοσπονδιακό κράτος καθορίζει αυστηρά το περιεχόμενο του βασικού πακέτου παροχών, το οποίο είναι πανομοιότυπο για όλους τους ασφαλισμένους και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, όπως επισκέψεις σε γενικούς και ειδικούς ιατρούς, νοσοκομειακή περίθαλψη, φαρμακευτική κάλυψη, φυσικοθεραπεία και συγκεκριμένες προληπτικές εξετάσεις (De Pietro et al., 2015; Saltman et al., 2004).
- **Ενιαίο Ασφάλιστρο:** Οι ασφαλιστικοί φορείς υποχρεούνται να εφαρμόζουν ενιαίο ασφάλιστρο για όλους τους ενήλικες της ίδιας ηλικιακής ομάδας και της ίδιας γεωγραφικής περιοχής, ανεξάρτητα από το φύλο ή το ιατρικό ιστορικό, αποτρέποντας τις διακρίσεις εις βάρος των χρονίως πασχόντων (De Pietro et al., 2015; Sagan & Thomson, 2016).
- **Απαγόρευση Κέρδους:** Η νομοθεσία απαγορεύει ρητά στις ασφαλιστικές εταιρείες να αποκομίζουν καθαρό κέρδος από τη διαχείριση της υποχρεωτικής βασικής ασφάλισης. Ωστόσο, επιτρέπεται να λειτουργούν με όρους ελεύθερης αγοράς και κέρδους στις συμπληρωματικές προαιρετικές ασφαλίσεις, π.χ. για δίκλινο δωμάτιο ή ελεύθερη επιλογή χειρουργού κ.α. (De Pietro et al., 2015; Mossialos et al., 2016).

Εξισορρόπηση Κινδύνου

Προκειμένου να αποτραπεί η τάση των ασφαλιστικών εταιρειών να επιλέγουν «χαμηλού κινδύνου» ασφαλισμένους και να διασφαλιστεί ότι κάθε φορέας λαμβάνει επαρκείς πόρους, ο νόμος επιβάλλει τη λειτουργία ενός εθνικού συστήματος εξισορρόπησης κινδύνου. Ο ακριβής τύπος εξίσωσης κινδύνου έχει αναμορφωθεί αρκετές φορές την τελευταία δεκαετία για να γίνει πιο δίκαιος και αποτελεσματικός (De Pietro et al., 2015).

2.4.2 Οργανωτική Δομή και ο Ρόλος των Καντονιών

Η διακυβέρνηση του ελβετικού συστήματος υγείας είναι διαρθρωμένη σε τρία διοικητικά επίπεδα: τη Συνομοσπονδία, τα 26 Καντόνια και τους Δήμους. Ενώ η Ομοσπονδία θέτει το γενικό κανονιστικό πλαίσιο, τα Καντόνια διαθέτουν σημαντική αυτονομία, λειτουργώντας μέσω των δικών τους, αυτόνομων υπουργείων υγείας (De Pietro et al., 2015; Mossialos et al., 2016).

Οι αρμοδιότητες των Καντονιών

Τα Καντόνια αποτελούν τους κύριους ρυθμιστές και διαχειριστές του συστήματος σε τοπικό επίπεδο, φέροντας την ευθύνη για την αδειοδότηση των παρόχων, τον νοσοκομειακό προγραμματισμό και την άσκηση κοινωνικής πολιτικής (Boes et al., 2025; Mossialos et al., 2016):

- **Νοσοκομειακός Σχεδιασμός:** Καταρτίζουν τις καντονιακές λίστες νοσοκομειακών ιδρυμάτων, ορίζοντας ποιες δημόσιες και ιδιωτικές δομές δικαιούνται να αποζημιώνονται από την υποχρεωτική ασφάλιση (De Pietro et al., 2015).
- **Χρηματοδότηση Υποδομών:** Μετά τη μεταρρύθμιση του 2012, καθιερώθηκε ένα σταθερό μοντέλο συνχρηματοδότησης, βάσει του οποίου τα Καντόνια καλύπτουν περίπου το 45%-55% του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω της γενικής φορολογίας, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται απευθείας από τις ασφαλιστικές εταιρείες (Mossialos et al., 2016; Sagan & Thomson, 2016).
- **Επιδοτήσεις Ασφαλιστρών:** Τα Καντόνια διαχειρίζονται και χορηγούν εισοδηματικά προσδιορισμένες επιδοτήσεις σε νοικοκυριά με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα, καλύπτοντας μέρος ή το σύνολο του μηνιαίου ασφαλιστρου. Το ποσοστό του πληθυσμού που λαμβάνει αυτές τις επιδοτήσεις ανέρχεται περίπου στο 27% έως 30%, γεγονός που αποτελεί την κύρια δικλείδα ασφαλείας του συστήματος για τον περιορισμό των οικονομικών ανισοτήτων (De Pietro et al., 2015; Sagan & Thomson, 2016).

Συνέπειες της Αποκέντρωσης και ο Ρόλος της Ομοσπονδίας

Αυτή η δομή επιτρέπει την ευέλικτη προσαρμογή των υπηρεσιών στις τοπικές ανάγκες, αλλά ταυτόχρονα δημιουργεί σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες (Boes et al., 2025). Τα ασφαλιστρα διαφοροποιούνται σημαντικά από Καντόνι σε Καντόνι, αντανakλώντας τις

τοπικές διαφορές στις υγειονομικές δαπάνες υγείας και τις υποδομές. Παράλληλα, οι κανόνες επιλεξιμότητας για επιδοτήσεις ποικίλλουν, προκαλώντας φαινόμενα οριζόντιας ανισότητας μεταξύ πολιτών με το ίδιο εισόδημα που διαμένουν σε διαφορετικά Καντόνια (Crivelli & Salari, 2014; Mossialos & Wenzl, 2016).

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, μέσω της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας (FOPH - Federal Office of Public Health), εποπτεύει τη νόμιμη εφαρμογή της υποχρεωτικής ασφάλισης και εγκρίνει τα ετήσια ασφαλιστρα. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αποτελούν τα σωματεία (ιατρών, νοσοκομείων και ασφαλιστών), τα οποία διαπραγματεύονται συλλογικά τα τιμολόγια των υπηρεσιών, με το κράτος να παρεμβαίνει μόνο σε περίπτωση αδυναμίας συμφωνίας (Boes et al., 2025; De Pietro et al., 2015).

2.4.3 Χρηματοδότηση και Στρατηγική Ελέγχου Κόστους

Η Ελβετία διαθέτει ένα από τα πιο δαπανηρά συστήματα υγείας παγκοσμίως, καταλαμβάνοντας τη δεύτερη θέση διεθνώς μετά τις ΗΠΑ (Boes et al., 2025). Η χρηματοδοτική του δομή διαφοροποιείται από το κλασικό μοντέλο Bismarck, καθώς στερείται εργοδοτικών εισφορών, και βασίζεται σε τρεις κύριους πυλώνες:

- **Ασφάλιστρα:** Αποτελούν περίπου το 30% της χρηματοδότησης, καταβάλλονται απευθείας από τους πολίτες και διέπονται από το σύστημα του κοινοτικού ασφαλιστρου, δηλαδή ίδια για όλους τους ενήλικες εντός ενός Καντονιού, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την κατάσταση υγείας (Boes et al., 2025).
- **Γενική Φορολογία:** Καλύπτει περίπου το 32% της συνολικής δαπάνης. Οι πόροι αυτοί κατευθύνονται από τα Καντόνια κυρίως προς τη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών υποδομών (κάλυψη του 55% των νοσηλείων) και στη διασφάλιση των επιδοτήσεων (De Pietro et al., 2015; Mossialos et al., 2016).
- **Κρατικές Επιδοτήσεις:** Για τον μετριασμό των κοινωνικών ανισοτήτων, που προκαλεί το ενιαίο ασφαλιστρο, τα Καντόνια και η Συνομοσπονδία επιδοτούν τα ασφαλιστρα για περίπου το 27-30% του πληθυσμού με χαμηλότερα εισοδήματα (Boes et al., 2025).

Μοντέλα Ελεγχόμενης Φροντίδας

Στην Ελβετία, τα εναλλακτικά μοντέλα ασφάλισης αποτελούν την κυρίαρχη επιλογή των πολιτών. Παρά την απόρριψη μιας σχετικής νομοθετικής μεταρρύθμισης σε δημοψήφισμα το 2012, οι ασφαλισμένοι στράφηκαν οικειοθελώς προς αυτά τα μοντέλα λόγω των σημαντικών εκπτώσεων στα μηνιαία ασφάλιστρα (Boes et al., 2025; De Pietro et al., 2015).

Τα τρία βασικά μοντέλα περιλαμβάνουν:

- **Οργανισμοί Συντηρητικής Φροντίδας (HMO - Health Maintenance Organization):**

Οι ασφαλισμένοι δεσμεύονται να λαμβάνουν υπηρεσίες αποκλειστικά από ένα συγκεκριμένο, θεσμοθετημένο δίκτυο παρόχων ή πολυιατρείων. Οι ιατροί σε αυτά τα δίκτυα αμείβονται συνήθως με μισθό ή κατά κεφαλήν και μοιράζονται την οικονομική ευθύνη για τη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών.

- **Τηλεϊατρική (Telmed):** Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής, στο οποίο ο ασφαλισμένος υποχρεούται να επικοινωνεί τηλεφωνικά με ειδικευμένο προσωπικό και να συμβουλευέται πριν από οποιαδήποτε επίσκεψη σε ιατρό, με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά, τις γυναικολογικές και τις οφθαλμολογικές εξετάσεις.

- **Μοντέλο Οικογενειακού Ιατρού (Hausarzt Model):** Ο ασφαλισμένος επιλέγει έναν γενικό ιατρό από μια εγκεκριμένη λίστα, ως υποχρεωτικό σημείο αναφοράς. Ο συγκεκριμένος ιατρός είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για την υγεία, το συντονισμό της θεραπείας και την παραπομπή του ασθενούς σε ειδικούς, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας (Boes et al., 2025; De Pietro et al., 2015; Saltman et al., 2004).

Νοσοκομειακές Αποζημιώσεις: SwissDRG

Η εισαγωγή του συστήματος **SwissDRG** το 2012 αποτέλεσε τη σημαντικότερη μεταρρύθμιση στη νοσοκομειακή πολιτική της Ελβετίας, αντικαθιστώντας το αναποτελεσματικό σύστημα των ημερήσιων νοσηλίων (Sagan & Thomson, 2016).

Το σύστημα βασίστηκε στο γερμανικό μοντέλο (**G-DRG**), το οποίο προσαρμόστηκε στα ελβετικά δεδομένα και στην ελβετική ταξινόμηση ιατρικών πράξεων (CHOP - Swiss Procedure Classification System). Οι νοσοκομειακές αποζημιώσεις πραγματοποιούνται βάσει κατ' αποκοπή προκαθορισμένων ποσών ανά διαγνωστική κατηγορία, αναγκάζοντας τα νοσοκομεία να βελτιστοποιήσουν τις εσωτερικές τους διαδικασίες και να μειώσουν τη

διάρκεια νοσηλείας, βελτιώνοντας την αποδοτικότητά τους. Όπως και το βρετανικό μοντέλο των HRGs, το SwissDRG προάγει τη διαφάνεια και επιτρέπει τη διεξαγωγή συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ των νοσοκομειακών μονάδων ως προς το κόστος και την ποιότητα (Cylus et al., 2016; De Pietro et al., 2015).

2.4.4 Ιδιωτική Συμμετοχή και Άμεσες Πληρωμές

Ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό του ελβετικού μοντέλου είναι η υψηλή συμμετοχή των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών, η οποία στοχεύει στον περιορισμό του «ηθικού κινδύνου» (Cylus et al., 2016). Η Ελβετία παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά άμεσων ιδιωτικών πληρωμών στην Ευρώπη, αγγίζοντας το 23-26% της συνολικής δαπάνης (Boes et al., 2025; De Pietro et al., 2015). Οι μηχανισμοί συμμετοχής περιλαμβάνουν:

➤ **Ετήσια Απαλλαγή:** Οι ενήλικες πολίτες υποχρεούνται να επιλέξουν ένα σταθερό ετήσιο ποσό απαλλαγής, από CHF 300 έως CHF 2.500, το οποίο καταβάλλεται εξ ολοκλήρου από την τσέπη του ασφαλισμένου πριν ενεργοποιηθεί οποιαδήποτε κάλυψη από την ασφαλιστική εταιρεία. Η επιλογή υψηλότερης απαλλαγής επιβραβεύεται με σημαντικές κλιμακωτές εκπτώσεις στα μηνιαία ασφάλιστρα. Τα παιδιά εξαιρούνται πλήρως από αυτή την υποχρέωση μέχρι την ενηλικίωσή τους (Boes et al., 2025; De Pietro et al., 2015).

➤ **Συμμετοχή:** Μόλις ο ασφαλισμένος καλύψει πλήρως το επιλεγμένο ποσό της ετήσιας απαλλαγής του, περνά στο στάδιο της συνασφάλισης, όπου υποχρεούται να καταβάλλει ο ίδιος το 10% του κόστους των ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών που καταναλώνει. Το σύστημα προβλέπει ένα ετήσιο ανώτατο όριο άμεσων πληρωμών ύψους CHF 700 για τους ενήλικες και CHF 350 για τα παιδιά, πέραν του οποίου η ασφαλιστική εταιρεία καλύπτει πλέον το 100% των υπολοιπόμενων εξόδων για το τρέχον έτος (Boes et al., 2025; Mohajer-Bastami et al., 2025).

Αυτή η δομή χρηματοδότησης, αν και ενισχύει την «καταναλωτική συνείδηση» των ασθενών, θεωρείται αντιπροοδευτική. Έχει δεχθεί κριτική από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καθώς επιβαρύνει δυσανάλογα τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα και μπορεί να οδηγήσει σε αποτροπή των πολιτών από την αναζήτηση αναγκαίας φροντίδας (Crivelli & Salari, 2014; Cylus et al., 2016).

2.4.5 Φαρμακευτική Πολιτική και Καινοτομία

Η Ελβετία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες έδρες της παγκόσμιας φαρμακευτικής βιομηχανίας. Σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου το NICE εφαρμόζει αυστηρά όρια κόστους-αποτελεσματικότητας για την αποζημίωση νέων φαρμάκων, η Ελβετία ακολουθεί μια προσέγγιση που έχει ως προτεραιότητα την ταχεία πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες (Cylus et al., 2016; Saltman et al., 2004). Η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας (BAG/FOPH) δεν απαιτεί επίσημες αναλύσεις κόστους ανά QALY ως προϋπόθεση για την αποζημίωση (De Pietro et al., 2015). Οι βασικοί άξονες της φαρμακευτικής πολιτικής διαρθρώνονται ως εξής:

- **Τιμολόγηση:** Οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται κεντρικά από την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας, η οποία διαχειρίζεται τη Λίστα Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων. Η διαδικασία βασίζεται πρώτον, στην εξωτερική αναφορά τιμών μέσω σύγκρισης με εννέα ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία και Σουηδία). Η ελβετική τιμή δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τον μέσο όρο αυτών των χωρών, με το συγκεκριμένο κριτήριο να συμμετέχει κατά τα 2/3 στη διαμόρφωση της τελικής τιμής. Δεύτερον, στην εσωτερική αξιολόγηση τιμών, η οποία εξετάζει τη θεραπευτική αξία και την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε σχέση με τις ήδη διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπείες στην εγχώρια αγορά, συμμετέχοντας κατά το υπόλοιπο 1/3 (De Pietro et al., 2015; OECD, 2023).
- **Πρόσβαση:** Η στρατηγική αυτή εξασφαλίζει έναν από τους ταχύτερους χρόνους εισαγωγής καινοτόμων φαρμάκων στην αγορά, γεγονός που αντικατοπτρίζεται άμεσα στους υψηλούς δείκτες επιβίωσης από σοβαρά νοσήματα, όπως ο καρκίνος, όπου η Ελβετία παρουσιάζει από τις καλύτερες επιδόσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Mohajer-Bastami et al., 2025; OECD & European Observatory, 2023).
- **Έλεγχος Δαπανών και Γενόσημα:** Παρά την ταχεία ενσωμάτωση της καινοτομίας, εφαρμόζονται αυστηροί μηχανισμοί ελέγχου του κόστους. Όλα τα φάρμακα της λίστας επανεκτιμώνται κάθε τρία έτη ως προς τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητάς τους. Για την προώθηση των γενοσήμων, αυτά πρέπει να τιμολογούνται 20% έως 50% χαμηλότερα από το πρωτότυπο (De Pietro et al., 2015). Οι ασθενείς επιβαρύνονται με 20% συμμετοχή (αντί για το καθιερωμένο 10%) εάν επιλέξουν οικειοθελώς το πρωτότυπο σκεύασμα, ενώ υπάρχει διαθέσιμο και ιατρικά ισοδύναμο γενόσημο στην αγορά (Mossialos et al., 2016).

2.4.6 Σύγχρονες Προκλήσεις: Η Βιωσιμότητα του Μοντέλου

Παρά τα υψηλά επίπεδα ποιότητας, το ελβετικό σύστημα αντιμετωπίζει δύο κρίσιμες προκλήσεις:

❖ **Αύξηση Ασφαλίσεων:** Τα ασφάλιστρα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας αυξάνονται σταθερά με ρυθμό που υπερβαίνει τόσο την αύξηση των μισθών, όσο και του γενικού πληθωρισμού. Αυτή η τάση καθιστά τις δαπάνες υγείας το μεγαλύτερο οικονομικό βάρος για τα νοικοκυριά, εντείνοντας την ανάγκη για κρατικές επιδοτήσεις (Crivelli & Salari, 2014).

❖ **Έλλειψη Προσωπικού:** Παρά τις υψηλές οικονομικές απολαβές, η Ελβετία αντιμετωπίζει σοβαρές ελλείψεις σε εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η χώρα εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό (πάνω από 30%) από ξένο δυναμικό (κυρίως Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία). Σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του ίδιου του υγειονομικού δυναμικού, καθώς το 21,1% των επαγγελματιών υγείας να είναι άνω των 60 ετών, η αναπλήρωση του δυναμικού αποτελεί πρόκληση για την ανθεκτικότητα του συστήματος (Boes et al., 2025; De Pietro et al., 2015; OECD, 2023).

2.4.7 Συγκριτική Αξιολόγηση

Στο συγκριτικό πλαίσιο, η Ελβετία υπερέχει σε ταχύτητα απόκρισης και προσβασιμότητα, παρουσιάζοντας πρακτικά μηδενικές λίστες αναμονής σε σύγκριση με το NHS (Colombo & Taray, 2004; Mossialos et al., 2016). Ωστόσο, το ελβετικό μοντέλο υστερεί σε κοινωνική δικαιοσύνη έναντι του βρετανικού, το οποίο προστατεύει αποτελεσματικότερα τα χαμηλά εισοδήματα από τον κίνδυνο της οικονομικής εξουθένωσης (Cylus et al., 2016).

Σε σχέση με την Ελλάδα, το ελβετικό σύστημα αναδεικνύει ότι η ιδιωτική συμμετοχή μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά μόνο εντός ενός διαφανούς και ρυθμιζόμενου πλαισίου με ανώτατα όρια προστασίας, σε αντίθεση με τις άτυπες και απρόβλεπτες πληρωμές που χαρακτηρίζουν το ελληνικό σύστημα.

Το σύστημα υγείας της Ελβετίας αποτελεί ένα επιτυχημένο πρότυπο ισορροπίας μεταξύ ελεύθερης επιλογής και καθολικής κάλυψης. Παρά το υψηλό κόστος, η απουσία λιστών αναμονής και η διατήρηση κορυφαίων δεικτών υγείας χωρίς κρατικά μονοπώλια το

καθιστούν ιδανικό σημείο αναφοράς για τη μελέτη της αποδοτικότητας των υβριδικών συστημάτων.

2.5 Βασικοί Δείκτες Σύγκρισης

Η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ελβετίας είναι μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί ένα κοινό και ξεκάθαρο πλαίσιο ανάλυσης. Η χρήση διεθνώς αποδεκτών μεθοδολογιών είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί ότι η σύγκριση των δεδομένων μεταξύ των χωρών, τόσο σε διακρατικό όσο και σε διαχρονικό επίπεδο (Papanicolas & Smith, 2013).

2.5.1 Κατηγορίες Δεικτών και Μεθοδολογία Μέτρησης

Η επιλογή και η ταξινόμηση των δεικτών στην παρούσα μελέτη βασίζεται στο **Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts – SHA 2011)**, το οποίο αποτελεί το παγκόσμιο πρότυπο για την καταγραφή, ταξινόμηση και ανάλυση των χρηματοοικονομικών ροών που σχετίζονται με την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας (Cylus et al., 2016; OECD, 2026a). Το πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκε από κοινού από τον **ΟΟΣΑ (OECD)**, τον **Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)** και τη **Eurostat**, διασφαλίζοντας τη διεθνή συγκρισιμότητα των δεδομένων (Papanicolas & Smith, 2013).

Παρόλο που η μελέτη καλύπτει δεδομένα από το 2000, η χρήση του SHA 2011 διασφαλίζει τη μεθοδολογική συνέπεια. Οι διεθνείς οργανισμοί έχουν προσαρμόσει αναδρομικά τις σειρές δεδομένων, μετατρέποντας τα παλαιότερα στοιχεία σύμφωνα με τους τρέχοντες ορισμούς και ταξινομήσεις, γεγονός που επιτρέπει την αξιόπιστη διαχρονική και διακρατική σύγκριση (Cylus et al., 2016).

Το πλαίσιο SHA 2011 οργανώνει τις δαπάνες υγείας σε τρεις θεμελιώδεις άξονες (OECD, 2026a):

1. **Λειτουργίες Υγείας (Health Care Functions - HC):** Αποτυπώνουν το σκοπό της δαπάνης, περιλαμβάνοντας υπηρεσίες όπως η νοσοκομειακή περίθαλψη, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα και η φαρμακευτική δαπάνη.

2. Πάροχοι Υπηρεσιών (Health Care Providers - HP): Προσδιορίζουν τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως τα νοσοκομεία, τα φαρμακεία και οι μονάδες παροχής εξωνοσοκομειακής ή πρωτοβάθμιας φροντίδας.

3. Σχήματα Χρηματοδότησης (Health Financing Schemes - HF): Καταγράφουν τις χρηματοδοτικές οδούς μέσω των οποίων συγκεντρώνονται και διοχετεύονται οι πόροι (δημόσια χρηματοδότηση, κοινωνική ασφάλιση, άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών (OECD, Eurostat & WHO, 2017).

Πέραν της λογιστικής προσέγγισης, η μελέτη υιοθετεί το αναλυτικό σχήμα «**εισροών–διαδικασιών–εκροών/αποτελεσμάτων**», το οποίο επιτρέπει την ολιστική αξιολόγηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας (Cylus et al., 2016; Street et al., 2012):

- **Εισροές (Inputs).** Περιλαμβάνουν τους πόρους που δεσμεύονται για τη λειτουργία του συστήματος, όπως:

- Τους **οικονομικούς πόρους** (δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση).
- Το **ανθρώπινο δυναμικό** (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό).
- Τις **φυσικές υποδομές** και την **τεχνολογία** (νοσοκομειακές κλίνες, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και φάρμακα) (Economou et al., 2017; Papanicolas & Smith, 2013).
- Τους **παράγοντες παραγωγής** (αμοιβές εργαζομένων και ενδιάμεση κατανάλωση υλικών) (Street et al., 2012).

- **Διαδικασίες (Process).** Αφορούν τον τρόπο μετατροπής των εισροών σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας (Papanicolas & Smith, 2013), όπως:

- Η **κλινική διαχείριση και η ποιότητα** (η καταλληλότητα και η έγκαιρη παρέμβαση, η τήρηση κλινικών πρωτοκόλλων και η ασφάλεια των ασθενών) (Mossialos & Wenzl, 2016).
- Η **οργανωτική δομή** (ο τρόπος με τον οποίο οι μονάδες παραγωγής, όπως τα νοσοκομεία, τα ιατρεία, δομούν τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών) **και ο συντονισμός της φροντίδας** (η διαχείριση της διαδρομής του ασθενούς στο σύστημα) (Dubois et al., 2006; Papanicolas & Smith, 2013).

• **Εκροές (Outputs):** Αποτυπώνουν την άμεση δραστηριότητα του συστήματος υγείας, όπως:

- Οι **μονάδες δραστηριότητας** (εξιτήρια, ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, εμβολιασμοί και χειρουργικές επεμβάσεις) (Economou et al., 2017; Papanicolas & Smith, 2013).
- Τα **σύνθετα προϊόντα** (Ομάδες Ομοιογενών Διαγνώσεων - DRGs) (Busse et al., 2011).
- Οι **ενδιάμεσες εκροές** (δείκτες όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία αντικατοπτρίζει την αποδοτικότητα της παραγωγικής διαδικασίας) (Cylus et al., 2016).

• **Αποτελέσματα (Outcomes):** Αναφέρονται στην τελική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού, όπως:

- Τα **κλινικά αποτελέσματα** (το προσδόκιμο ζωής, η βελτίωση της ποιότητας και της διάρκειας ζωής, η μείωση της νοσηρότητας και οι δείκτες επιβίωσης, π.χ. από καρκίνο ή εμφράγματα) (Papanicolas & Smith, 2013).
- Η **αποφεύξιμη θνησιμότητα** (θάνατοι που θα μπορούσαν να προληφθούν μέσω αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας) και η εμπειρία των ασθενών (Cylus et al., 2016; Papanicolas & Smith, 2013).
- Η **ανταπόκριση του συστήματος και η εμπειρία του ασθενούς** (η ικανοποίηση των προσδοκιών των πολιτών, ο σεβασμός της αξιοπρέπειας, η αυτονομία, η ποιότητα των υποδομών και ο χρόνος αναμονής) (Cylus et al., 2016; Murray & Frenk, 2000).
- Η **χρηματοοικονομική προστασία** (η προστασία των πολιτών από τις καταστροφικές δαπάνες υγείας) (Murray & Frenk, 2000; Papanicolas & Smith, 2013).

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται γενικά, για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, ταξινομούνται σε τέσσερις βασικές ενότητες:

1. **Δαπάνες υγείας:** Οι δείκτες αυτοί αποτυπώνουν το μέγεθος των οικονομικών πόρων που απορροφά το σύστημα υγείας και τη διάρθρωσή τους.

- a. **Επίπεδο Δαπανών:** Χρησιμοποιείται η Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (CHE) ως ποσοστό του ΑΕΠ, καθώς και η κατά κεφαλήν δαπάνη σε πραγματικές τιμές και σε όρους

ισοτιμίας αγοραστικής δύναμης (PPP), διασφαλίζοντας έτσι τη μεθοδολογική συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών.

- b. **Διάρθρωση Δαπανών:** Περιλαμβάνει την κατανομή των δαπανών ανά λειτουργία (π.χ. ενδονοσοκομειακή έναντι εξωνοσοκομειακής φροντίδας) και ανά πάροχο (π.χ. νοσοκομεία, φαρμακεία) (Economou et al., 2017; OECD, Eurostat & WHO, 2017).

2. **Χρηματοδότηση:** Εξετάζει την προέλευση των πόρων και το βαθμό στον οποίο το σύστημα προστατεύει τους πολίτες από οικονομικούς κινδύνους (Papanicolas & Smith, 2013).

- a. **Πηγές εσόδων:** Αναλύονται τα σχήματα χρηματοδότησης, όπως η γενική κυβέρνηση (φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση και η ιδιωτική ασφάλιση (Economou et al., 2017; OECD, Eurostat & WHO, 2017).

- b. **Χρηματοοικονομική Προστασία:** Αξιολογείται η χρηματοοικονομική προστασία, η οποία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ανάλυση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket) επί της συνολικής δαπάνης (OECD, Eurostat & WHO, 2017; Papanicolas & Smith, 2013).

3. **Μακροοικονομικοί Δείκτες:** Παρέχουν το απαραίτητο πλαίσιο για την κατανόηση των δημοσιονομικών δυνατοτήτων κάθε χώρας και των περιορισμών κάθε συστήματος, καθώς η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της εθνικής οικονομίας (OECD, Eurostat & WHO, 2017).

- a. **Οικονομικό Πλαίσιο:** Περιλαμβάνει το ΑΕΠ, το οποίο αποτελεί τον σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα των δαπανών υγείας, τους ρυθμούς ανάπτυξης και το επίπεδο των συνολικών δημόσιων δαπανών (OECD, Eurostat & WHO, 2017).

- b. **Δημοσιονομικοί Περιορισμοί:** Εξετάζονται παράγοντες όπως τα ανώτατα όρια δαπανών, τα οποία είναι ιδιαίτερα κρίσιμα σε περιόδους κρίσης ή προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής (Economou et al., 2017).

4. **Δείκτες Αποτελεσμάτων Υγείας:** Μετρούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και τη συμβολή του συστήματος στη βελτίωση της υγείας (Papanicolas & Smith, 2013).

- a. **Κατάσταση Υγείας:** Χρησιμοποιούνται δείκτες όπως το προσδόκιμο επιβίωσης (στη γέννηση και στα 65 έτη), η αποφεύξιμη θνησιμότητα, καθώς και σύνθετοι δείκτες όπως τα DALYs (έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία) (Economou et al., 2017; Paranicolas & Smith, 2013).
- b. **Ποιότητα Φροντίδας:** Περιλαμβάνει δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας, ασφάλειας των ασθενών και της ανταπόκρισης του συστήματος στις προσδοκίες των πολιτών (π.χ. χρόνοι αναμονής, σεβασμός της αξιοπρέπειας) (Paranicolas & Smith, 2013).

Η συγκεκριμένη διάρθρωση επιτρέπει την ολοκληρωμένη προσέγγιση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας, συνδέοντας το επίπεδο και τη διάρθρωση των δαπανών με τις πηγές χρηματοδότησης και τα τελικά αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού, καθιστώντας δυνατή τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πόρων, αποδοτικότητας και ισότητας, η οποία αποτελεί τον κεντρικό στόχο της παρούσας συγκριτικής ανάλυσης.

2.5.2 Βασικοί Δείκτες της Μελέτης

2.5.2.1 Δείκτες Δαπανών Υγείας

Η ανάλυση των δαπανών υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την κατανόηση της οικονομικής βαρύτητας του υγειονομικού τομέα στην εθνική οικονομία και την αξιολόγηση της κατανομής των διαθέσιμων πόρων. Ο κεντρικός δείκτης σε αυτό το πλαίσιο είναι η **Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (Current Health Expenditure – CHE)**, η οποία, σύμφωνα με το πλαίσιο **SHA 2011**, περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών για αγαθά και υπηρεσίες υγείας που καταναλώνονται από τον πληθυσμό. Η CHE αντιπροσωπεύει την τελική κατανάλωση των κατοίκων μιας χώρας, ανεξάρτητα από το πού λαμβάνει χώρα η κατανάλωση ή ποιος φορέας χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες (OECD, Eurostat & WHO, 2017).

Για μια ολοκληρωμένη και συγκρίσιμη αποτύπωση, η CHE αναλύεται μέσω τριών βασικών παραμέτρων:

- **Ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ):** Ο δείκτης αυτός μετρά το μερίδιο του συνολικού εθνικού πλούτου που αφιερώνεται στην υγεία, αναδεικνύοντας τις

προτεραιότητες της δημόσιας πολιτικής και τις μακροοικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας (Cylus et al., 2016; OECD, Eurostat & WHO, 2017).

- **Κατά κεφαλήν δαπάνη - τρέχουσες τιμές:** Επιτρέπει τη σύγκριση των πόρων που αναλογούν σε κάθε πολίτη, εξαλείφοντας με τον τρόπο αυτό, τη διαφοροποίηση που προκαλεί το πληθυσμιακό μέγεθος, διασφαλίζοντας μια πιο δίκαιη βάση σύγκρισης μεταξύ των χωρών (OECD, Eurostat & WHO, 2017).
- **Κατά κεφαλήν δαπάνη - Ισοτιμίες Αγοραστικής Δύναμης (Purchasing Power Parities – PPP):** Η χρήση των PPP είναι μεθοδολογικά επιβεβλημένη για τη διασφάλιση της διεθνούς συγκρισιμότητας. Οι δείκτες αυτοί προσαρμόζουν τις δαπάνες με βάση τις διαφορές στο κόστος ζωής και τα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών, επιτρέποντας την αξιολόγηση της πραγματικής αγοραστικής αξίας των υπηρεσιών και των επενδύσεων στην υγεία (Papanicolas & Smith, 2013; Reinhardt et al., 2004).

Πέραν του συνολικού μεγέθους, η μελέτη εξειδικεύεται στους δύο κύριους παράγοντες κόστους των σύγχρονων συστημάτων υγείας:

- **Νοσοκομειακή Δαπάνη:** Αποτελεί παραδοσιακά το μεγαλύτερο επιμέρους τμήμα της συνολικής δαπάνης, περιλαμβάνοντας τις δαπάνες για τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας/τρίτοβάθμιας περίθαλψης. Αναλύεται σε απόλυτες τιμές, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης. Η συγκεκριμένη αναλογία αποκαλύπτει τον βαθμό εξάρτησης ενός συστήματος από τη νοσοκομειακή φροντίδα έναντι της πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Economou et al., 2017; Kaitelidou et al., 2016).
- **Φαρμακευτική Δαπάνη:** Πρόκειται για έναν εξαιρετικά δυναμικό τομέα που πιέζεται συνεχώς από την τεχνολογική καινοτομία, την εισαγωγή νέων ακριβών θεραπειών και βιολογικών παραγόντων, αλλά και τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού (Busato et al., 2009; Cylus et al., 2016). Αναλύεται, επίσης, σε απόλυτες τιμές, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης. Η αποτύπωσή της είναι κρίσιμη για την αξιολόγηση των πολιτικών τιμολόγησης και αποζημίωσης, καθώς και για την κατανόηση των δημοσιονομικών πιέσεων που οδηγούν στην εφαρμογή μέτρων συγκράτησης κόστους, όπως οι διαπραγματεύσεις τιμών και οι μηχανισμοί αυτόματης επιστροφής (clawback) και υποχρεωτικών εκπτώσεων (rebates) (Economou et al., 2017).

2.5.2.2 Δείκτες Χρηματοδότησης

Η χρηματοδότηση αποτελεί μία από τις κρίσιμότερες διαστάσεις αξιολόγησης των συστημάτων υγείας, καθώς καθορίζει τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών και επηρεάζει άμεσα την ισότητα στην πρόσβαση (Mohajer-Bastami et al., 2025). Για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας έναντι των αυξανόμενων πιέσεων (γήρανση πληθυσμού, τεχνολογικές εξελίξεις), υιοθετούνται συγκεκριμένοι μηχανισμοί ελέγχου του κόστους που στοχεύουν στην εξισορρόπηση της δημοσιονομικής πειθαρχίας με την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (Busse et al., 2011; Thomson et al., 2009).

Οι βασικοί μηχανισμοί ρύθμισης και ελέγχου των δαπανών περιλαμβάνουν:

- **Σφαιρικοί Προϋπολογισμοί (Global Budgets):** Θέτουν ανώτατα όρια δαπανών για τον έλεγχο και τη συγκράτηση των δημόσιων πόρων, συνήθως σε ετήσια βάση, για ένα συγκεκριμένο επίπεδο δραστηριότητας των παρόχων (Busse et al., 2011; Mossialos et al., 2016).
- **Συστήματα Αποζημίωσης βάσει Διαγνώσεων (Diagnostic Related Groups - DRGs):** Τα **DRGs** ταξινομούν τους νοσοκομειακούς ασθενείς σε κλινικά και οικονομικά ομοιογενείς ομάδες, ενισχύοντας την αποδοτικότητα στον νοσοκομειακό τομέα μέσω της τυποποίησης του κόστους. Ενθαρρύνουν τα νοσοκομεία να μειώσουν το κόστος ανά ασθενή και τη διάρκεια νοσηλείας, καθώς η αποζημίωση είναι προκαθορισμένη και ανεξάρτητη από τους πραγματικούς πόρους που κατανάλωσε ο συγκεκριμένος πάροχος (Busse et al., 2011).
- **Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (Health Technology Assessment - HTA):** Η HTA είναι μια διεπιστημονική διαδικασία που εξετάζει τις κλινικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις των νέων ιατροτεχνολογικών προϊόντων και φαρμάκων. Διασφαλίζει ότι η αποζημίωσή τους βασίζεται στην επιστημονικά αποδεδειγμένη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (Thomson et al., 2009).

Η ανάλυση της χρηματοδοτικής δομής στηρίζεται στη διάκριση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών πόρων, αποκαλύπτοντας το βαθμό της κρατικής παρέμβασης έναντι της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών (OECD, Eurostat & WHO, 2017; Thomson et al., 2009). Στην παρούσα μελέτη, η συνολική χρηματοδότηση υγείας αποτυπώνεται αρχικά

σε απόλυτα μεγέθη (εκατομμύρια EUR, GBP και CHF), προκειμένου να καταγραφεί ο συνολικός όγκος των πόρων που διοχετεύονται στο σύστημα κάθε χώρας. Ωστόσο, η ουσιαστική αξιολόγηση της καθολικότητας και της κοινωνικής προστασίας βασίζεται στους παρακάτω δείκτες:

- **Δημόσια Χρηματοδότηση:** Η υψηλή συμμετοχή του δημόσιου τομέα, είτε μέσω της γενικής φορολογίας είτε μέσω των υποχρεωτικών ασφαλιστικών εισφορών, συνδέεται παραδοσιακά με χαμηλότερα εμπόδια πρόσβασης, μεγαλύτερη δικαιοσύνη στην παροχή υπηρεσιών και προστασία από τον οικονομικό κίνδυνο (OECD, Eurostat & WHO, 2017; Thomson et al., 2009). Στην παρούσα μελέτη, εξετάζεται τόσο σε απόλυτες τιμές όσο και ως ποσοστό επί της συνολικής χρηματοδότησης.
- **Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών:** Ο δείκτης αυτός περιλαμβάνει τις πληρωμές που καταβάλλονται απευθείας από το εισόδημα των νοικοκυριών τη στιγμή της χρήσης των υπηρεσιών, χωρίς τη διαμεσολάβηση τρίτου πληρωτή. Περιλαμβάνουν τις θεσμοθετημένες συμμετοχές (εκπτώσεις, συνασφάλιση), τις άμεσες αγορές μη αποζημιούμενων υπηρεσιών/αγαθών, καθώς και τις άτυπες πληρωμές (Papanicolas & Smith, 2013). Οι άμεσες πληρωμές αποτελούν τον βασικότερο δείκτη υπονόμευσης της χρηματοοικονομικής προστασίας. Όταν οι άμεσες πληρωμές υπερβαίνουν το 15-20% της συνολικής δαπάνης, αυξάνεται εκθετικά ο κίνδυνος καταστροφικών δαπανών (όταν υπερβαίνουν το 40% του διαθέσιμου εισοδήματος μετά την κάλυψη βασικών αναγκών), οδηγώντας σε φαινόμενα υγειονομικής φτώχειας και αποτροπής από την αναζήτηση φροντίδας (Thomson et al., 2009; Wagstaff et al., 2018).
- **Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας:** Καταγράφει το μερίδιο των πόρων από εθελοντικά ασφαλιστικά σχήματα, τα οποία λειτουργούν ως συμπληρωματικά ή ενισχυτικά για ταχύτερη πρόσβαση και αναβαθμισμένες υπηρεσίες (Economou, 2010; Thomson et al., 2009).

Στην παρούσα μελέτη, εξετάζονται οι Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών τόσο σε απόλυτες τιμές όσο και ως ποσοστό επί της συνολικής χρηματοδότησης. Σημειώνεται ότι για την Ελβετία ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση (συμπεριλαμβανομένων των ασφαλιστών και των συμμετοχών).

2.5.2.3 Δείκτες Αποτελεσμάτων Υγείας

Οι δείκτες αποτελεσμάτων υγείας αποτελούν το θεμελιώδες εργαλείο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των συστημάτων υγείας, καθώς αποτυπώνουν το βαθμό στον οποίο οι διαθέσιμοι πόροι και οι παρεχόμενες υπηρεσίες συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Mohajer-Bastami et al., 2025). Σε αντίθεση με τους οικονομικούς δείκτες, οι οποίοι επικεντρώνονται στις εισροές και στη χρηματοδότηση, οι δείκτες αποτελεσμάτων επιτρέπουν την εκτίμηση της επίδρασης των πολιτικών υγείας στη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τη μακροβιότητα (Murray & Frenk, 2000).

Στο πλαίσιο της παρούσας συγκριτικής ανάλυσης, εξετάζονται οι ακόλουθοι δείκτες:

❖ Το **Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση**, αποτελεί τον πλέον διαδεδομένο δείκτη, ο οποίος εκφράζει τον μέσο αριθμό ετών που αναμένεται να ζήσει ένα νεογέννητο, υπό την προϋπόθεση ότι οι τρέχουσες συνθήκες θνησιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα θα παραμείνουν σταθερές. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται διεθνώς ως μέτρο σύγκρισης της συνολικής κατάστασης υγείας και του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας μιας χώρας (OECD, 2026a). Στην παρούσα μελέτη, το προσδόκιμο ζωής εξετάζεται τόσο για το σύνολο του πληθυσμού όσο και διακριτά κατά φύλο, καθώς οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών αντανακλούν κοινωνικές, βιολογικές και συμπεριφορικές ανισότητες (Mossialos & Wenzl, 2016).

❖ Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη **Βρεφική Θνησιμότητα**, η οποία ορίζεται ως ο αριθμός θανάτων βρεφών κάτω του ενός έτους ανά 1.000 ζώντες γεννήσεις. Θεωρείται ένας εξαιρετικά ευαίσθητος για την αποτίμηση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας, της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ, των περιγεννητικών δομών, καθώς και των γενικότερων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών (WHO, 2022). Τα χαμηλά επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας συνδέονται συνήθως με υψηλό επίπεδο υγειονομικής κάλυψης και αποτελεσματικά συστήματα πρόληψης και μητρικής φροντίδας (Nolte & McKee, 2004).

❖ Η **Θνησιμότητα Ενηλίκων** αποτυπώνει την πιθανότητα θανάτου σε παραγωγικές ηλικίες, μεταξύ 15 και 60 ετών, και συνδέεται στενά με τη συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, τις ανισότητες υγείας και την έκθεση του πληθυσμού σε παράγοντες κινδύνου. Ο δείκτης είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για τη συγκριτική αξιολόγηση χωρών με διαφορετική δημογραφική δομή (World Bank, 2026).

❖ Ένας από τους σύνθετους δείκτες που αποτυπώνουν την πρόωρη θνησιμότητα και την επιβάρυνση από νοσήματα, είναι τα **Πιθανά Χαμένα Έτη Ζωής (Potential Years of Life Lost – PYLL)**, ο οποίος υπολογίζει τα έτη ζωής που χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου πριν από ένα προκαθορισμένο ηλικιακό όριο, συνήθως πριν από την ηλικία των 70 (ή 75) ετών. Ο δείκτης αυτός αναδεικνύει τις διαφορές μεταξύ των χωρών ως προς την αποτελεσματικότητα των πολιτικών δημόσιας υγείας, πρόληψης και θεραπείας (OECD, 2026a).

❖ Τα **Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (Disability-Adjusted Life Years – DALYs)** αποτελούν επίσης έναν σύνθετο δείκτη που συνδυάζει τα έτη ζωής που χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου με τα έτη ζωής που βιώνονται με αναπηρία, νόσο ή τραυματισμό. Τα DALYs αποτυπώνουν τη συνολική επιβάρυνση από νοσήματα και τραυματισμούς και επιτρέπουν την κατανόηση της σχέσης μεταξύ δαπανών υγείας και πραγματικής βελτίωσης της ποιότητας ζωής (GBD 2019 Collaborators, 2020).

❖ Ιδιαίτερη σημασία έχει η **Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (Avoidable Mortality)**, η οποία περιλαμβάνει τους θανάτους που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί μέσω αποτελεσματικής πρόληψης ή έγκαιρης, ποιοτικής και αποτελεσματικής ιατρικής περίθαλψης. Θεωρείται κρίσιμο μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας των συστημάτων υγείας, καθώς συνδέεται άμεσα με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Nolte & McKee, 2004).

2.5.2.4 Δείκτες Πόρων και Λειτουργίας Συστήματος

Οι δείκτες πόρων και λειτουργίας του συστήματος υγείας αποτελούν βασική κατηγορία δεικτών διαδικασίας, καθώς αποτυπώνουν την ικανότητα των συστημάτων να οργανώνουν, να κατανέμουν και να αξιοποιούν τις υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό τους για την παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό (Papanicolas & Smith, 2013). Σε αντίθεση με τους δείκτες δαπανών, οι οποίοι εστιάζουν στις οικονομικές εισροές, οι δείκτες αυτοί εξετάζουν στη διαθεσιμότητα υποδομών και ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και τον τρόπο αξιοποίησής τους στο πλαίσιο της λειτουργίας του συστήματος υγείας (Smith et al., 2008).

Ο **αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά πληθυσμό** (συνήθως ανά 1.000 κατοίκους), αποτελεί τον κλασικό δείκτη αξιολόγησης της δυναμικότητας του νοσοκομειακού τομέα.

Αποτυπώνει τη δυνατότητα ενός συστήματος υγείας να ανταποκρίνεται στις ανάγκες νοσηλείας και επηρεάζεται τόσο από τη δομή του συστήματος όσο και από τη στρατηγική ανάπτυξης της περίθαλψης (Kaitelidou et al., 2016). Ωστόσο, η υψηλή διαθεσιμότητα κλινών δεν συνεπάγεται απαραίτητα μεγαλύτερη αποδοτικότητα, καθώς συχνά συνδέεται με αυξημένη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών και υψηλότερες δαπάνες (Saltman et al., 2004).

Η **μέση διάρκεια νοσηλείας** αποτελεί έναν από τους πιο αξιόπιστους δείκτες για τη μέτρηση της τεχνικής και λειτουργικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Εκφράζει τον μέσο αριθμό ημερών παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Μικρότερη διάρκεια νοσηλείας συνδέεται συχνά με αποδοτικότερη χρήση πόρων, ωστόσο υπερβολικά χαμηλές τιμές ενδέχεται να υποδηλώνουν πρόωρα εξιτήρια, επιβαρύνοντας την ποιότητα της φροντίδας και αυξάνοντας τον κίνδυνο των επανεισαγωγών (Busse et al., 2011; Cylus et al., 2016).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαθεσιμότητα **ανθρώπινου δυναμικού υγείας**, καθώς οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν τον κρίσιμοτερο πόρο για την παροχή υπηρεσιών και τον βασικό προσδιοριστή της απόδοσης ενός συστήματος. Η αναλογία ιατρών και νοσηλευτών ανά πληθυσμό (συνήθως ανά 1.000 ή 10.000 κατοίκους) επιτρέπει την αξιολόγηση της επάρκειας στελέχωσης, η οποία σχετίζεται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Παράλληλα, η αναλογία ιατρών και νοσηλευτών αντικατοπτρίζει το οργανωτικό μοντέλο κάθε χώρας, αποκαλύπτοντας αν το σύστημα δίνει έμφαση στην ΠΦΥ ή αν διατηρεί έναν έντονα νοσοκομειοκεντρικό προσανατολισμό (Papanicolas & Smith, 2013; WHO, 2022).

Οι δείκτες πόρων και λειτουργίας παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη συγκριτική ανάλυση της Ελλάδας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ελβετίας, καθώς οι τρεις χώρες διαφοροποιούνται σημαντικά. Η Ελλάδα παρουσιάζει σχετικά υψηλό αριθμό ιατρών αλλά χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο χαρακτηρίζεται από περιορισμένη διαθεσιμότητα κλινών και έμφαση στην ΠΦΥ. Αντίθετα, η Ελβετία διαθέτει υψηλό επίπεδο υγειονομικών πόρων και μεγαλύτερη επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό και υποδομές (OECD, 2026a).

2.5.2.5 Δείκτες Καθολικής Κάλυψης και Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας

Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας επεκτείνεται πέραν των δαπανών και των αποτελεσμάτων, εστιάζοντας στο βαθμό καθολικής κάλυψης και ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες. Η έννοια της **Καθολικής Κάλυψης Υγείας (Universal Health Coverage – UHC)** αποτελεί τον κεντρικό άξονα της διεθνούς υγειονομικής πολιτικής, επιδιώκοντας τη διασφάλιση πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας χωρίς τον κίνδυνο οικονομικής εξουθένωσης των πολιτών (Papanicolas & Smith, 2013; WHO, 2010).

Ο **Δείκτης Καθολικής Κάλυψης Υγείας (UHC - Service Coverage Index)** αποτυπώνει συνολικά το βαθμό στον οποίο ένα σύστημα παρέχει αναγκαίες υπηρεσίες. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται διεθνώς για τη συγκριτική αξιολόγηση των χωρών, προσφέροντας ένα αντικειμενικό μέτρο για την εκτίμηση της ισότητας και της αποτελεσματικότητας των πολιτικών υγείας (World Bank, 2026).

Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι δείκτες που αναπτύχθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τα Ηνωμένα Έθνη για την παρακολούθηση των **Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (Sustainable Development Goals – SDGs)**. Ο σημαντικότερος από αυτούς είναι ο **Δείκτης Κάλυψης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1)**, ο οποίος αξιολογεί την πρόσβαση του πληθυσμού σε ένα σύνολο βασικών υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και φροντίδας. Ο δείκτης περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η μητρική και παιδική φροντίδα, ο εμβολιασμός, η αντιμετώπιση λοιμωδών και χρόνιων νοσημάτων, καθώς και η πρόσβαση σε βασικά φάρμακα (Wagstaff et al., 2018; WHO, 2026).

Συνολικά, η συνδυαστική και πολυεπίπεδη εξέταση του συνόλου των δεικτών που παρουσιάστηκαν (δαπανών, χρηματοδότησης, πόρων, αποτελεσμάτων και κάλυψης) συγκροτεί το απαραίτητο μεθοδολογικό υπόβαθρο για τη συγκριτική αποτίμηση και την ανάδειξη των δομικών χαρακτηριστικών, των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών των συστημάτων υγείας της Ελλάδας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ελβετίας.

2.6 Παγκόσμιες Τάσεις στις Δαπάνες Υγείας και Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης

Οι δαπάνες υγείας παρουσιάζουν διαχρονικά αυξητική τάση παγκοσμίως, αντικατοπτρίζοντας τη διεύρυνση των υγειονομικών αναγκών και την πολυπλοκότητα των σύγχρονων συστημάτων περίθαλψης. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η αύξηση των δαπανών τις τελευταίες δεκαετίες συνδέεται κυρίως με τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, την τεχνολογική πρόοδο και την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης (OECD & European Commission, 2022).

Ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα αύξησης των δαπανών αποτελεί η δημογραφική γήρανση. Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων (άνω των 65 και ειδικά άνω των 80 ετών) οδηγεί σε μεγαλύτερη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες, μακροχρόνια φροντίδα και φαρμακευτική αγωγή, ασκώντας πιέσεις στη βιωσιμότητα των συστημάτων (Dubois et al., 2006). Παράλληλα, η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι νεοπλασίες, μεταβάλλει τη δομή της υγειονομικής δαπάνης, ενισχύοντας την ανάγκη για συνεχή, πολυεπίπεδη και ολοκληρωμένη φροντίδα (Marmot et al., 2020).

Η τεχνολογική πρόοδος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστές του κόστους. Η εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων, βιοτεχνολογικών θεραπειών και προηγμένων διαγνωστικών μεθόδων έχει βελτιώσει τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, αλλά συνοδεύεται από υψηλό οικονομικό βάρος (Busse et al., 2011). Για το λόγο αυτό, πολλές χώρες ενισχύουν τους μηχανισμούς Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (HTA), εστιάζοντας στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (Anderson et al., 2022; Cylus et al., 2016).

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 αποτέλεσε σημείο καμπής, καθώς ανέδειξε τη σημασία της δημοσιονομικής βιωσιμότητας. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες εφαρμόστηκαν πολιτικές λιτότητας και μέτρα συγκράτησης, όπως περιορισμοί στους δημόσιους προϋπολογισμούς, μειώσεις μισθολογικού κόστους, έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης και αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επιβλήθηκαν αυστηρά ανώτατα όρια δημόσιων δαπανών, πάγωμα προσλήψεων και μισθών, καθώς και οριζόντιες περικοπές στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς (Karanikolos et al., 2013; Thomson et al., 2009).

Ωστόσο, οι επιπτώσεις ήταν ασύμμετρες. Χώρες με ισχυρότερα συστήματα κοινωνικής προστασίας, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ελβετία, επέδειξαν μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα και διατήρησαν υψηλά επίπεδα καθολικής πρόσβασης. Αντίθετα, χώρες που επηρεάστηκαν εντονότερα, όπως η Ελλάδα, παρουσίασαν σημαντικές περικοπές στη δημόσια δαπάνη, αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών και διεύρυνση των ανισοτήτων (Karanikolos et al., 2013; Kentikelenis et al., 2014). Στην Ελλάδα, οι δραστικές περικοπές στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς και η αποδυνάμωση της ΠΦΥ οδήγησαν σε σημαντική μετακύλιση του οικονομικού βάρους στους ίδιους τους πολίτες. Το αποτέλεσμα ήταν η κατακόρυφη αύξηση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών και η διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, επιβαρύνοντας δυσανάλογα τις οικονομικά ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Economou et al., 2017; Karanikolos et al., 2013).

Οι εξελίξεις αυτές κατέδειξαν τη στενή σχέση μεταξύ οικονομικής πολιτικής και αποτελεσμάτων υγείας. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η σύγκριση της Ελλάδας με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελβετία επιτρέπει την αξιολόγηση διαφορετικών μοντέλων χρηματοδότησης και στρατηγικών αντιμετώπισης των δημοσιονομικών πιέσεων, συμβάλλοντας στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη σχέση μεταξύ δαπανών, ισότητας και αποτελεσμάτων.

3. Ανασκόπηση Συγκριτικών Μελετών και Μεθοδολογίας

3.1 Εισαγωγή στην Ανασκόπηση

Η διεθνής βιβλιογραφία στο πεδίο της οικονομίας της υγείας εστιάζει διαχρονικά στη σχέση μεταξύ της χρηματοδότησης, της κατανομής πόρων και των υγειονομικών αποτελεσμάτων, εξετάζοντας το βαθμό στον οποίο οι υψηλότερες δαπάνες εξασφαλίζουν καλύτερη υγεία στον πληθυσμό. Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει σημαντικές συγκριτικές εμπειρικές μελέτες των τελευταίων δύο δεκαετιών, εστιάζοντας στις μεθοδολογικές τους προσεγγίσεις, τις βάσεις δεδομένων που αξιοποιούν, στα βασικά τους ευρήματα και τα κενά που η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να καλύψει.

3.2 Ανασκόπηση Συγκριτικών Εμπειρικών Μελετών

Οι **Nixon & Ulmann (2006)** πραγματοποίησαν μια εκτενή μελέτη εξετάζοντας τα 15 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την περίοδο 1980–1995, μέσω οικονομετρικών μοντέλων παλινδρόμησης σταθερών επιδράσεων. Η μεθοδολογία τους βασίστηκε σε δεδομένα πάνελ από τη βάση δεδομένων OECD Health Database και επικεντρώθηκε στη συσχέτιση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας (σε όρους Ισοτιμίας Αγοραστικής Δύναμης – PPP) με βασικούς δείκτες αποτελεσμάτων υγείας, όπως η βρεφική θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής.

Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η αύξηση των υγειονομικών δαπανών συνδέεται με βελτίωση των υγειονομικών δεικτών, ωστόσο η σχέση αυτή δεν είναι γραμμική, υποδηλώνοντας την ύπαρξη φθινουσών αποδόσεων της επένδυσης στον τομέα της υγείας. Παράλληλα, ανέδειξαν τον καθοριστικό ρόλο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, οι οποίοι ασκούν εξίσου σημαντική επίδραση και συχνά ερμηνεύουν το μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

Στη συνέχεια, οι **Papanicolas & Smith (2013)** διεύρυναν τη μεθοδολογική προσέγγιση παρουσιάζοντας το πλαίσιο για τη συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας (Health System Performance Assessment – HSPA). Η μεθοδολογία τους επικεντρώθηκε στη συσχέτιση των εισροών, όπως η διαθεσιμότητα του ιατρικού

προσωπικού και των νοσοκομειακών κλινών, σε σχέση με τις οικονομικές εκροές και τη λειτουργική τους αποδοτικότητα. Παράλληλα, υπογράμμισαν τη σημασία της ποιότητας των δεδομένων, επισημαίνοντας τις διαφορές μεταξύ των συστημάτων τύπου Beveridge και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης Bismarck.

Οι **Karanikolos et al. (2013)** μελέτησαν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στα συστήματα υγείας, με έμφαση στην Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Ισπανία. Η μεθοδολογία τους βασίστηκε σε συγκριτική ανάλυση πριν και μετά την κρίση, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και την Eurostat.

Τα ευρήματά τους ανέδειξαν μια κρίσιμη μετατόπιση του κόστους από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Η απότομη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής και υγειονομικής δαπάνης δεν οδήγησε σε πραγματική εξοικονόμηση πόρων, αλλά σε αύξηση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, επιβαρύνοντας δυσανάλογα τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Η μελέτη εισήγαγε με αυτόν τον τρόπο τη διάσταση της «κοινωνικής ισότητας», πέρα από την καθαρά δημοσιονομική διάσταση της αποδοτικότητας.

Στο επίπεδο των εθνικών μοντέλων, οι **De Pietro et al. (2015)**, στην ανάλυσή τους για το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies), μελέτησαν το ελβετικό σύστημα μέσω περιγραφικής και θεσμικής προσέγγισης, βασισμένη σε δεδομένα της Ελβετικής Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας (FSO). Η μελέτη ανέδειξε ότι η υψηλή δαπάνη σχετίζεται άμεσα με την αποκεντρωμένη διοικητική δομή των καντονίων, την ταχεία ενσωμάτωση καινοτόμων τεχνολογιών και το υψηλό κόστος εργασίας στον τομέα της υγείας.

Αντίστοιχα, οι **Anderson et al. (2022)** επικεντρώθηκαν στην αποδοτικότητα του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο, συγκρίνοντάς το με άλλες 10 χώρες υψηλού εισοδήματος. Η ανάλυση βασίστηκε σε δεδομένα του ΟΟΣΑ (OECD) και της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας του Ηνωμένου Βασιλείου (ONS), εστιάζοντας στην έννοια της σχέσης κόστους-οφέλους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το NHS, παρά τη χαμηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη σε σχέση με την Ελβετία, επιτυγχάνει υψηλή κοινωνική προστασία, υψηλό επίπεδο ισότητας και καθολικής κάλυψης, αλλά αντιμετωπίζει έντονους περιορισμούς όσον αφορά τους χρόνους αναμονής, τις επενδύσεις σε υποδομές και τη λειτουργική του ευελιξία.

3.3 Μεθοδολογικά Εργαλεία και Πηγές Δεδομένων

Η πλειονότητα των συγκριτικών μελετών βασίζεται σε τρεις κύριες διεθνείς βάσεις δεδομένων: OECD Health Statistics, WHO Global Health Expenditure Database και Eurostat. Οι βάσεις αυτές επιτρέπουν τη διαχρονική σύγκριση μακροοικονομικών και υγειονομικών δεικτών, προσφέροντας ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς για την αποτίμηση και αξιολόγηση των εθνικών πολιτικών. Ωστόσο, η αξιοποίησή τους αναδεικνύει σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι σχετίζονται κυρίως με αποκλίσεις στους εθνικούς ορισμούς, στις μεθόδους καταγραφής και στην ποιότητα των πρωτογενών δεδομένων που εισάγει κάθε κράτος-μέλος. Οι αποκλίσεις αυτές καθιστούν αναγκαία την προσεκτική στάθμιση των δεικτών κατά τη συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας.

3.4 Συνεισφορά της Παρούσας Εργασίας στη Βιβλιογραφία

Η παρούσα έρευνα, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες μεθοδολογικές προσεγγίσεις και τα μεθοδολογικά εργαλεία των προγενέστερων μελετών, επιδιώκει να προσφέρει μια πιο σύνθετη οπτική, επεκτείνοντας το αναλυτικό πλαίσιο στους παρακάτω άξονες:

- Ενώ η υπάρχουσα βιβλιογραφία συνήθως συγκρίνει ομοειδή συστήματα (π.χ. Bismarck με Bismarck), η παρούσα εργασία συγκρίνει τρία θεμελιώδη διαφορετικά συστήματα υγείας τριών χωρών: το αμιγώς κρατικό (**Ηνωμένο Βασίλειο**), το ρυθμιζόμενο ανταγωνιστικό ασφαλιστικό (**Ελβετία**) και το υβριδικό σύστημα υπό καθεστώς δημοσιονομικής πίεσης (**Ελλάδα**). Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει τη μελέτη διακριτών θεσμικών παραδειγμάτων, αναδεικνύοντας τις αποκλίσεις μεταξύ ετερογενών και όχι απλώς ομοειδών συστημάτων.
- Σε αντίθεση με τη γενική ανασκόπηση των δαπανών που κυριαρχεί σε κλασικές μελέτες όπως των Nixon και Ulmann (2006), η παρούσα ανάλυση δεν περιορίζεται στα μακροοικονομικά μεγέθη των συνολικών δαπανών, αλλά εμβαθύνει σε επιμέρους τομείς κόστους, όπως η νοσοκομειακή και η φαρμακευτική δαπάνη, αναδεικνύοντας τη διαρθρωτική κατανομή της χρηματοδότησης.
- Η πλειονότητα των διαθέσιμων συγκριτικών ερευνών περιορίζεται χρονικά έως την περίοδο 2015–2018. Η παρούσα εργασία ενσωματώνει πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα έως την περίοδο 2023–2024. Η χρονική αυτή επέκταση επιτρέπει την αξιολόγηση των

συστημάτων όχι μόνο μακροπρόθεσμα μετά την οικονομική κρίση, αλλά και αμέσως μετά τη διαχείριση της πανδημικής κρίσης του COVID-19.

- Εισάγεται η μεθοδολογική διάσταση της ανθεκτικότητας, μέσω της οποίας, αξιολογείται η επιχειρησιακή και χρηματοδοτική ικανότητα των τριών συστημάτων να διατηρήσουν τη λειτουργικότητά τους, την προσβασιμότητα και τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά παρά τις έντονες και ασύμμετρες εξωγενείς πιέσεις που δέχθηκαν.
- Η εργασία ενσωματώνει σύνθετους δείκτες υγείας, όπως τα Έτη Χαμένης Ζωής (PYLL), τα Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs), καθώς και τους δείκτες της αποφεύξιμης θνησιμότητας και της κάλυψης υπηρεσιών υγείας, μετατοπίζοντας την ανάλυση από τη στατική καταγραφή των εισροών σε μια ολοκληρωμένη αποτίμηση των πραγματικών εκροών των συστημάτων υγείας.

3.5 Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι η σχέση μεταξύ χρηματοδότησης και υγειονομικών αποτελεσμάτων είναι πολυπαραγοντική, σύνθετη και μη γραμμική. Ενώ οι κλασικές μελέτες έθεσαν τα θεμέλια της μακροοικονομικής και οικονομετρικής προσέγγισης, οι σύγχρονες μελέτες αναγνωρίζουν πλέον ότι η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας εξαρτάται εξίσου από θεσμικούς, κοινωνικούς και διανεμητικούς παράγοντες.

Η παρούσα εργασία συμβάλλει στη βιβλιογραφία επεκτείνοντας το αναλυτικό πλαίσιο προς την κατεύθυνση της συγκριτικής ανθεκτικότητας, της ανάλυσης των δαπανών και της πολυεπίπεδης αξιολόγησης τριών συστημάτων υγείας, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη αποτίμηση της αποδοτικότητας τους.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. Μεθοδολογία Έρευνας

4.1 Εισαγωγή

Η μεθοδολογία της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας αποσκοπεί στη συστηματική και συγκριτική διερεύνηση της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής δαπάνης στην **Ελλάδα**, το **Ηνωμένο Βασίλειο** και την **Ελβετία**. Στο πλαίσιο αυτό, εξετάζονται οι διαχρονικές τάσεις των δαπανών, οι μεταξύ τους διαφοροποιήσεις, καθώς και η σχέση τους με βασικούς δείκτες αποτελεσματικότητας, όπως το προσδόκιμο ζωής και η αποφεύξιμη θνησιμότητα (Economou, 2010).

Η ερευνητική προσέγγιση είναι ποσοτική, εστιάζοντας στη στατιστική αντιπαραβολή των συστημάτων υγείας (Creswell, 2018). Για την υλοποίηση της ανάλυσης αξιοποιούνται δευτερογενή δεδομένα από αξιόπιστες και διεθνώς αναγνωρισμένες βάσεις, με κύριες πηγές το **Global Health Observatory (GHO)** του **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας** και τον **ΟΟΣΑ (OECD Health Statistics)**. Οι πηγές επιτρέπουν την άντληση ομοιογενών χρονοσειρών για σύνθετους δείκτες αποτελεσματικότητας, διασφαλίζοντας τη διεθνή συγκρισιμότητα των στοιχείων. Συμπληρωματικά, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τους **εθνικούς στατιστικούς φορείς** των υπό εξέταση χωρών, προκειμένου να διασφαλιστεί η μέγιστη δυνατή εγκυρότητα και ανάλυση των δαπανών σε εθνικό επίπεδο (OECD, 2026a; WHO, 2026).

Το κεφάλαιο αυτό οργανώνεται σε επιμέρους ενότητες, στις οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, ο καθορισμός και η επιχειρησιακή οριοθέτηση των μεταβλητών, η δημιουργία και επεξεργασία της βάσης δεδομένων, οι μέθοδοι ανάλυσης που εφαρμόζονται, καθώς και οι βασικοί ερευνητικοί περιορισμοί της μελέτης.

Συνολικά, η μεθοδολογική προσέγγιση έχει σχεδιαστεί με στόχο την εξασφάλιση της επιστημονικής εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων, επιτρέποντας μια τεκμηριωμένη συγκριτική αξιολόγηση των τριών εθνικών μοντέλων υγείας.

4.2 Σχεδιασμός της Έρευνας

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί έναν ποσοτικό, συγκριτικό και διαχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό, με στόχο τη μακροοικονομική αποτίμηση των υγειονομικών δαπανών, της διάρθρωσης της χρηματοδότησης και των βασικών δεικτών αποτελεσματικότητας στην **Ελλάδα**, την **Ελβετία** και το **Ηνωμένο Βασίλειο**. Η ανάλυση βασίζεται στη συνδυαστική μελέτη μακροοικονομικών μεγεθών, τα οποία αφορούν τόσο τους πόρους και τη χρηματοδότηση των συστημάτων, όσο και την κατάσταση υγείας του πληθυσμού (Economou, 2010). Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη εξετάζει τη σχέση **κόστους-αποτελεσματικότητας (Cost-Effectiveness)**, επιχειρώντας να διερευνήσει κατά πόσο οι αυξημένες χρηματοδοτικές εισροές στο σύστημα υγείας συνδέονται με βελτίωση των υγειονομικών δεικτών, προσέγγιση που αποτελεί κεντρικό πυλώνα στην οικονομική αξιολόγηση της υγείας (Drummond et al., 2015).

Για τη συνολική αξιολόγηση της λειτουργίας και της αποδοτικότητας των τριών συστημάτων, η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων στηρίζεται σε τρεις βασικούς άξονες:

- **Οικονομικά δεδομένα.** Εξετάζεται το επίπεδο και η διάρθρωση των δαπανών υγείας, με έμφαση στη συνολική και την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, καθώς και στον επιμερισμό μεταξύ νοσοκομειακής και φαρμακευτικής δαπάνης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών, ως δείκτης της οικονομικής προστασίας του πληθυσμού από το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (OECD, 2025).
- **Αποτελεσματικότητα.** Αναλύονται βασικοί δείκτες υγείας του πληθυσμού, όπως το προσδόκιμο ζωής και οι δείκτες θνησιμότητας. Παράλληλα, αξιολογούνται δείκτες που αποτυπώνουν την επάρκεια των πόρων του συστήματος υγείας, όπως ο αριθμός ιατρών, νοσηλευτών και νοσοκομειακών κλινών ανά πληθυσμό, καθώς και δείκτες που σχετίζονται με τη λειτουργική ικανότητα των συστημάτων υγείας, όπως ο δείκτης κάλυψης καθολικών υπηρεσιών υγείας (UHC Service Coverage Index) και η μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία (OECD, 2026a; WHO & World Bank, 2015).
- **Ποιότητα Ζωής.** Πέραν των παραδοσιακών δεικτών υγείας, ενσωματώνονται δείκτες που αποτυπώνουν τη συνολική επιβάρυνση της νόσου στον πληθυσμό, όπως τα **Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs)** και η **αποφεύξιμη θνησιμότητα**, οι οποίοι αντανακλούν τόσο την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας όσο και την

επίδραση των προληπτικών παρεμβάσεων και των πολιτικών δημόσιας υγείας (GBD 2019 Collaborators, 2020).

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε από έγκυρους εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς, όπως το *Federal Statistical Office (FSO, Switzerland)* (FSO, 2026), το *Office for National Statistics (ONS, UK)* (ONS, 2026), η *Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ)* (ΕΛΣΤΑΤ, 2026), ο *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)* (OECD, 2026a), ο *World Health Organization (WHO)* (WHO, 2026) και το *World Bank Group* (World Bank, 2026), διασφαλίζοντας τη διακρατική συγκρισιμότητα και την αξιοπιστία της στατιστικής τεκμηρίωσης.

Η παρούσα έρευνα καλύπτει εκτενές χρονικό εύρος, εξετάζοντας την εξέλιξη των βασικών δεικτών και επιτρέποντας την ανίχνευση τάσεων και μεταβολών στη χρηματοδότηση και στη λειτουργία της υγειονομικής περίθαλψης. Η οργάνωση και η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση υπολογιστικών φύλλων (Microsoft Excel). Η μεθοδολογία αυτή επέτρεψε την οπτικοποίηση των διαχρονικών τροχιών των τριών συστημάτων υγείας και την εφαρμογή παλινδρομήσεων για την ανάδειξη των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών (Baltagi, 2021).

4.3 Πηγές Δεδομένων και Συλλογή Στοιχείων

Η παρούσα μελέτη στηρίζεται στη συλλογή και επεξεργασία δευτερογενών μακροοικονομικών και υγειονομικών δεδομένων. Για τη διασφάλιση της μεθοδολογικής ομοιογένειας και της διακρατικής συγκρισιμότητας των χρονοσειρών, η συγκέντρωση των στοιχείων βασίστηκε τόσο σε διεθνείς στατιστικές βάσεις, όσο και σε εθνικούς στατιστικούς φορείς και επιστημονική βιβλιογραφία (Economou, 2010; OECD, 2026a; WHO, 2026).

4.3.1 Εθνικοί Στατιστικοί Φορείς

Η άντληση στοιχείων από τους εθνικούς στατιστικούς φορείς, επιτρέπει την ακριβή αποτύπωση των ιδιοτήτων κάθε συστήματος υγείας και τη λεπτομερή καταγραφή των σχετικών δεικτών του (Economou, 2010; De Pietro et al., 2015).

Για την **Ελλάδα**, αξιοποιήθηκαν τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (**ΕΛΣΤΑΤ**), η οποία ακολουθώντας τα ευρωπαϊκά στατιστικά πρότυπα, παρέχει διαχρονικά στοιχεία σχετικά με τις δαπάνες σε Ευρώ (EUR), καθώς και βασικούς δείκτες υποδομών της ελληνικής επικράτειας (Economou et al., 2014).

Για την **Ελβετία**, τα δεδομένα αντλήθηκαν από το Ομοσπονδιακό Στατιστικό Γραφείο (**FSO**) μέσω του ψηφιακού εργαλείου **Swiss Stats Explorer**. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις καταγραφές για το κόστος του υγειονομικού συστήματος (**Kosten des Gesundheitswesens**), τόσο για τη συνολική δαπάνη σε Ελβετικά Φράγκα (CHF), καθώς και για τη νοσοκομειακή (Hospitals) και τη φαρμακευτική περίθαλψη (Medikamente) (De Pietro et al., 2015).

Για το **Ηνωμένο Βασίλειο**, αξιοποιήθηκαν οι πλέον πρόσφατες εκδόσεις των UK Health Accounts από το Office for National Statistics (**ONS**). Τα στοιχεία αυτά ακολουθούν το διεθνές πρότυπο System of Health Accounts (**SHA 2011**), διασφαλίζοντας τη μεθοδολογική ομοιογένεια των δαπανών σε Λίρες Αγγλίας (**GBP**), καθώς και τη διάκριση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης του National Health Service (**NHS**) (ONS, 2026; NHS, 2026; Mossialos & Wenzl, 2016).

4.3.2 Διεθνείς Οργανισμοί και Βάσεις Δεδομένων

Για τη σύγκριση δεδομένων, την ομοιογενοποίηση των στατιστικών στοιχείων και την παροχή τυποποιημένων δεικτών μεταξύ των τριών χωρών, αξιοποιήθηκαν βάσεις δεδομένων διεθνών οργανισμών.

Κύρια πηγή δεδομένων αποτέλεσε η βάση στατιστικών στοιχείων υγείας του ΟΟΣΑ (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD Health Statistics) και η πλατφόρμα OECD Data Explorer, από τα οποία αντλήθηκαν αναλυτικά στοιχεία σχετικά με τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τα αποτελέσματα υγείας, καθώς και δεδομένα για τον αριθμό ιατρών, νοσηλευτών και νοσοκομειακών κλινών ανά 10.000 κατοίκους, όπως και τη μέση διάρκεια νοσηλείας (OECD, 2025).

Στοιχεία συλλέχθηκαν επίσης από τις πλατφόρμες **Global Health Expenditure Database** και **Global Health Observatory (GHO)** του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (World Health Organization - WHO), η οποία περιλαμβάνει διεθνώς συγκρίσιμα δεδομένα

σχετικά με τη δομή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και τη διάκριση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών. Ο ΠΟΥ αποτέλεσε βασική πηγή για τη συλλογή ποιοτικών δεικτών αποτελέσματος και ποιότητας ζωής, όπως τα έτη ζωής προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας (DALYs), την αποφεύξιμη θνησιμότητα, καθώς και το δείκτη κάλυψης βασικών υπηρεσιών υγείας (SDG 3.8.1) (WHO, 2026).

Επιπλέον, αξιοποιήθηκαν δεδομένα από την **World Bank**, κυρίως για μακροοικονομικούς δείκτες όπως το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), οι οποίοι είναι απαραίτητοι για τον υπολογισμό των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, καθώς και οι δείκτες δαπανών εκφρασμένοι σε **Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης (USD PPP)**, διασφαλίζοντας τη νομισματική συγκρισιμότητα των οικονομικών μεγεθών μεταξύ των τριών χωρών (World Bank, 2026).

Συμπληρωματικά, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τη βάση δεδομένων της **Eurostat** για τη διενέργεια μεμονωμένων συγκρίσεων με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους (Eurostat, 2026).

Η αξιοποίηση πολλαπλών πηγών δεδομένων συμβάλλει στην πληρότητα και στην αξιοπιστία της βάσης δεδομένων της έρευνας, ενώ παράλληλα επιτρέπει τη διασταύρωση των στοιχείων όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, ενισχύοντας έτσι την εγκυρότητα της ανάλυσης.

4.3.3 Δευτερογενής Βιβλιογραφία

Για την υποστήριξη της ανάλυσης και του θεωρητικού πλαισίου της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δευτερογενής βιβλιογραφία, η οποία περιλαμβάνει επιστημονικά άρθρα, βιβλία και συστηματικές ανασκοπήσεις. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε έγκυρες διεθνείς επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως **PubMed**, **Scopus**, **Google Scholar** και η **WHO Library** (Cylus et al., 2016).

Οι μελέτες που επιλέχθηκαν εστιάζουν στους εξής άξονες:

- Τη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας της Ελλάδας, της Ελβετίας και του Ηνωμένου Βασιλείου.
- Τη χρηματοδότηση και τις διαχρονικές τάσεις των δαπανών υγείας.

- Τη μεθοδολογία μέτρησης της αποτελεσματικότητας μέσω δεικτών υγείας (π.χ. DALYs, UHC Index).
- Την οικονομική αξιολόγηση και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness) των υγειονομικών παρεμβάσεων.

Η αξιοποίηση της δευτερογενούς βιβλιογραφίας συμβάλλει στην επιστημονική τεκμηρίωση της ανάλυσης και επιτρέπει τη σύνδεση των ποσοτικών δεδομένων με το θεωρητικό και διεθνές πλαίσιο των συστημάτων υγείας.

4.4 Χρονική Περίοδος της Έρευνας

Η μελέτη έχει διαχρονικό χαρακτήρα, καθώς εξετάζει την εξέλιξη των υγειονομικών δαπανών και των δεικτών αποτελεσματικότητας σε βάθος χρόνου. Καλύπτει την περίοδο από το **2000 έως και το 2024**, επιτρέποντας την καταγραφή μακροχρόνιων μεταβολών, την παρακολούθηση των αλλαγών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την οικονομική κρίση, καθώς και τη διερεύνηση των επιδράσεων από μεγάλες μεταρρυθμίσεις στην πολιτική υγείας.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην περίοδο **2009–2015** για την **Ελλάδα**, καθώς οι έντονοι δημοσιονομικοί περιορισμοί και οι δομικές μεταρρυθμίσεις που επιβλήθηκαν, καθιστούν την εξέταση αυτής της περιόδου κρίσιμη για την κατανόηση των επιπτώσεων της δημοσιονομικής προσαρμογής στη χρηματοδότηση και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας (Economou et al., 2014).

Η επιλογή της συγκεκριμένης περιόδου 2000–2024 βασίζεται σε τρεις κεντρικούς άξονες:

I. **Αποτύπωση τάσεων και μεταρρυθμίσεων.** Η περίοδος αυτή επιτρέπει την παρακολούθηση κομβικών γεγονότων, όπως η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωζώνη, η σταδιακή ενίσχυση του ελβετικού ομοσπονδιακού νόμου για την ασφάλιση υγείας και οι διαδοχικές αναδιαρθρώσεις του National Health Service (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο (Economou, 2010; Tsiachristas et al., 2023; De Pietro et al., 2015). Η ανάλυση δύο δεκαετιών επιτρέπει την αξιολόγηση της σταδιακής βελτίωσης ή της στασιμότητας των δεικτών υγείας του πληθυσμού.

II. **Αξιολόγηση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας.** Η εξεταζόμενη περίοδος περιλαμβάνει τρεις κρίσιμες φάσεις: α) την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του 2008-2014, η οποία προκάλεσε σημαντικές περικοπές δαπανών και αναδιανομή πόρων, ιδιαίτερα στην **Ελλάδα**, β) την πανδημία COVID-19 (2020-2022), η οποία δοκίμασε την ικανότητα των συστημάτων να διαχειρίζονται έκτακτους πόρους και να αντιμετωπίζουν την πίεση στις νοσοκομειακές υποδομές, αποκαλύπτοντας την ευελιξία και την επάρκεια των υπηρεσιών υγείας και γ) την μετα-πανδημική περίοδο (2023-2024), όπου εξετάζεται η ταχύτητα ανάκαμψης των δεικτών υγείας και η προσαρμογή των δαπανών στις νέες πληθωριστικές πιέσεις (Karanikolos et al., 2013; OECD & European Commission, 2024).

III. **Διασφάλιση στατιστικής συνέπειας.** Οι μεθοδολογίες καταγραφής των διεθνών οργανισμών (WHO, OECD, Eurostat) και των εθνικών φορέων (FSO, ONS, ΕΛΣΤΑΤ), από το 2000 και μετά, διασφαλίζουν τη διαθεσιμότητα ομοιογενών στοιχείων (WHO, 2026; OECD, 2026a; Eurostat, 2026). Παρά το γεγονός ότι για ορισμένους δείκτες, όπως τα DALYs ή η αποφεύξιμη θνησιμότητα, υπάρχουν περιστασιακά κενά σε συγκεκριμένα έτη, η κάλυψη 24 ετών επιτρέπει τη μελέτη μέσων όρων και διασφαλίζει ότι η ανάλυση παραμένει αξιόπιστη.

4.5 Μεταβλητές της Έρευνας

Η εμπειρική ανάλυση της παρούσας μελέτης στηρίζεται σε ένα σύνολο ποσοτικών μεταβλητών, οι οποίες αποτυπώνουν τόσο το επίπεδο των δαπανών και τη δομή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας όσο και τα αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού. Οι μεταβλητές οργανώνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες: α) **δείκτες δαπανών υγείας**, β) **δείκτες χρηματοδότησης** του συστήματος υγείας και γ) **δείκτες αποτελεσματικότητας** και **πόρων** των συστημάτων υγείας. Η συγκεκριμένη ταξινόμηση επιτρέπει μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ των οικονομικών πόρων, του τρόπου χρηματοδότησης και των υγειονομικών εκροών, συμβάλλοντας στην κατανόηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας.

4.5.1 Δείκτες Δαπανών Υγείας

Για την αποτύπωση του επιπέδου των δαπανών υγείας χρησιμοποιείται ένα σύνολο μεταβλητών (**Πίνακας 2**), ένα εύρος δεικτών που επιτρέπουν την εκτίμηση των οικονομικών πόρων και την κατανόηση των προτεραιοτήτων χρηματοδότησης κάθε χώρας (Economou et al., 2014; OECD, 2026a).

Ειδικότερα, εξετάζεται η Συνολική Δαπάνη Υγείας (Current Health Expenditure – CHE), η οποία μετράται σε εκατομμύρια νομισματικών μονάδων (CHF, EUR και GBP), καθώς και ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), δείκτης που επιτρέπει τη σύγκριση της βαρύτητας των δαπανών σε σχέση με το μέγεθος της οικονομίας (OECD, 2025). Παράλληλα, αναλύεται η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, η οποία επιτρέπει τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ χωρών με διαφορετικό πληθυσμιακό μέγεθος (OECD, 2026a).

Για τη διασφάλιση της διεθνούς συγκρισιμότητας, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (συνολική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική) αναλύεται αρχικά στα εθνικά νομίσματα για την Ελβετία (CHF) και το Ηνωμένο Βασίλειο (GBP), καθώς και σε Δολάρια ΗΠΑ (USD) για την Ελλάδα, βάσει της διαθεσιμότητας των πρωτογενών δεδομένων. Ωστόσο, προκειμένου να επιτευχθεί μια ενιαία και έγκυρη συγκριτική βάση, τα δεδομένα και για τις τρεις χώρες μετασχηματίστηκαν σε Δολάρια ΗΠΑ σε Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης (current USD in PPP). Η χρήση του δείκτη PPP κρίθηκε απαραίτητη, καθώς εξαλείφει τις στρεβλώσεις που προκύπτουν από τις διακυμάνσεις των συναλλαγματικών ισοτιμιών και τις διαφορές στο κόστος ζωής μεταξύ των χωρών.

Οι βασικές μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για τη συνολική δαπάνη είναι:

- **Συνολική Δαπάνη Συστήματος Υγείας (Current Health Expenditure – CHE):**
Εκφρασμένη σε εκατομμύρια εθνικών νομισματικών μονάδων (εκατ. CHF, EUR και GBP).
- **Συνολική Δαπάνη Συστήματος Υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ.**
- **Συνολική Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (health expenditure per capita):**
Εκφρασμένη σε εθνικό νόμισμα για την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο και USD για την Ελλάδα, καθώς και σε Ισοτιμίες Αγοραστικής Δύναμης (USD PPP) για τη διασφάλιση της διεθνούς συγκρισιμότητας.

Πέραν της συνολικής δαπάνης υγείας, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάλυση της **νοσοκομειακής** και της **φαρμακευτικής δαπάνης**, οι οποίες αποτελούν δύο από τους σημαντικότερους τομείς δαπανών των συστημάτων υγείας (OECD, 2025; 2026a).

- **Νοσοκομειακή Δαπάνη:** Συνολική σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος, κατά κεφαλήν σε εθνικό νόμισμα, και ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης υγείας.
- **Φαρμακευτική Δαπάνη:** Συνολική σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος, κατά κεφαλήν σε εθνικό νόμισμα, και ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης υγείας.

Η ανάλυση των δεικτών αυτών επιτρέπει την αξιολόγηση τόσο του επιπέδου των δαπανών όσο και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας των υπό εξέταση χωρών (Economou et al., 2014; OECD, 2026a).

Πίνακας 2. Πίνακας Μεταβλητών Δαπανών Υγείας

Κατηγορία Μεταβλητής	Μεταβλητή	Ορισμός	Μονάδα Μέτρησης	Πηγή Δεδομένων
Δαπάνες Υγείας	Συνολική δαπάνη συστήματος υγείας (CHE)	Το συνολικό ποσό δαπανών για υπηρεσίες και αγαθά υγείας σε μια χώρα σε ετήσια βάση.	CHF, EUR και GBP (Εκατ.)	FSO, ONS, ΕΛΣΤΑΤ
Δαπάνες Υγείας	Συνολική δαπάνη υγείας ως % ΑΕΠ	Η συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος	% ΑΕΠ	FSO, World Bank Group, ONS
Δαπάνες Υγείας	Συνολική δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν	Μέσο επίπεδο δαπανών υγείας ανά κάτοικο	CHF, GBP, USD	FSO, World Bank Group, ONS
Δαπάνες Υγείας	Συνολική Δαπάνη Συστήματος Υγείας κατά κεφαλήν ανά έτος (USD PPP)	Μέσο επίπεδο δαπανών υγείας ανά κάτοικο (ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης - USD PPP)	USD PPP	World Bank Group
Δαπάνες Υγείας	Νοσοκομειακή δαπάνη	Συνολικές δαπάνες για υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης	CHF, EUR και GBP (Εκατ.)	FSO, OECD, ΕΛΣΤΑΤ
Δαπάνες Υγείας	Νοσοκομειακή δαπάνη κατά κεφαλήν	Μέσο επίπεδο νοσοκομειακών δαπανών ανά κάτοικο	CHF, EUR και GBP	FSO, OECD
Δαπάνες Υγείας	Νοσοκομειακή δαπάνη (% συνολικής)	Ποσοστό της νοσοκομειακής δαπάνης επί της συνολικής δαπάνης υγείας	%	Υπολογισμός βάσει δεδομένων
Δαπάνες Υγείας	Φαρμακευτική δαπάνη	Συνολικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα	CHF, EUR και GBP (Εκατ.)	FSO, OECD
Δαπάνες Υγείας	Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν	Μέσο επίπεδο φαρμακευτικών δαπανών ανά κάτοικο	CHF, EUR και GBP	FSO, OECD
Δαπάνες Υγείας	Φαρμακευτική δαπάνη (% συνολικής)	Ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης επί της συνολικής δαπάνης υγείας	%	Υπολογισμός βάσει δεδομένων

4.5.2 Δείκτες Χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας

Για την ανάλυση της δομής χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και την αποτύπωση της προέλευσης των οικονομικών πόρων χρησιμοποιείται ένα σύνολο μεταβλητών, οι

οποίες παρουσιάζονται συνοπτικά στον **Πίνακα 3** και αποτυπώνουν την προέλευση των οικονομικών πόρων (Economou et al., 2014; OECD, 2026a).

Πίνακας 3. Πίνακας Μεταβλητών Χρηματοδότησης Υγείας

Κατηγορία Μεταβλητής	Μεταβλητή	Ορισμός	Μονάδα Μέτρησης	Πηγή Δεδομένων
Χρηματοδότηση Υγείας	Συνολική χρηματοδότηση υγείας	Το σύνολο των οικονομικών πόρων που διατίθενται για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	CHF, EUR και GBP (Εκατ.)	FSO, OECD, ONS
Χρηματοδότηση Υγείας	Δημόσια χρηματοδότηση υγείας	Χρηματοδότηση που προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή υποχρεωτικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης	CHF, EUR και GBP (Εκατ.)	FSO, OECD, ONS
Χρηματοδότηση Υγείας	Δημόσια χρηματοδότηση (% συνολικής)	Ποσοστό της δημόσιας χρηματοδότησης επί της συνολικής χρηματοδότησης υγείας	%	ONS, Υπολογισμός βάσει δεδομένων
Χρηματοδότηση Υγείας	Άμεσες πληρωμές νοικοκυριών (Out-of-Pocket payments – OOP)	Δαπάνες που καταβάλλονται απευθείας από τους πολίτες για υπηρεσίες υγείας	CHF, EUR και GBP (Εκατ.)	FSO, OECD, ONS
Χρηματοδότηση Υγείας	Άμεσες πληρωμές νοικοκυριών (% συνολικής)	Ποσοστό άμεσων πληρωμών των πολιτών επί της συνολικής χρηματοδότησης υγείας	%	ONS, Υπολογισμός βάσει δεδομένων

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη Δημόσια Χρηματοδότηση (Government/Compulsory Schemes), η οποία περιλαμβάνει δαπάνες μέσω κρατικού προϋπολογισμού ή κοινωνικής ασφάλισης (Economou, 2010; OECD, 2026a).

Παράλληλα, αναλύονται οι Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών (Out-of-Pocket payments – OOP), οι οποίες αφορούν δαπάνες που καταβάλλονται απευθείας από τους πολίτες για υγειονομικές υπηρεσίες (WHO & World Bank, 2015). Οι δείκτες αυτοί, εκφρασμένοι σε απόλυτες τιμές και ως ποσοστό (%) της συνολικής χρηματοδότησης, παρέχουν κρίσιμες πληροφορίες για το επίπεδο της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών. Ειδικά για την περίπτωση της **Ελβετίας**, προκειμένου να διασφαλιστεί η συγκρισιμότητα των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε εξειδικευμένη ομαδοποίηση των στοιχείων από το FSO. Η ιδιωτική χρηματοδότηση κατηγοριοποιήθηκε έτσι ώστε να περιλαμβάνει το άθροισμα των υποχρεωτικών ασφαλιστρών (OKP), των προαιρετικών συμπληρωματικών ασφαλίσεων (Privatversicherungen) και των τυπικών άμεσων πληρωμών (Selbstzahlungen). Η προσέγγιση αυτή επελέγη για να αποτυπωθεί η συνολική χρηματοδοτική συμβολή των νοικοκυριών στο ελβετικό σύστημα, δεδομένου ότι η υποχρεωτική ασφάλιση βαρύνει απευθείας τα νοικοκυριά, σε αντίθεση με τα μοντέλα της Ελλάδας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Ως εκ τούτου, για την περίπτωση της Ελβετίας, ο όρος Άμεσες Πληρωμές των

Νοικοκυριών (OOP) χρησιμοποιείται στην παρούσα μελέτη με την ευρύτερη έννοια της συνολικής ιδιωτικής χρηματοδότησης, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις θεσμικές ιδιαιτερότητες του ελβετικού συστήματος υγείας.

Οι βασικές μεταβλητές που χρησιμοποιούνται είναι:

- **Συνολική Χρηματοδότηση Υγείας:** Εκφρασμένη σε εκατομμύρια εθνικών νομισματικών μονάδων (εκατ. CHF, EUR και GBP).
- **Δημόσια Χρηματοδότηση Υγείας:** Εκφρασμένη σε εκατομμύρια εθνικών νομισματικών μονάδων (εκατ. CHF, EUR και GBP) και ως ποσοστό (%) της συνολικής χρηματοδότησης υγείας.
- **Χρηματοδότηση Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών:** Εκφρασμένη σε εκατομμύρια εθνικών νομισματικών μονάδων (εκατ. CHF, EUR και GBP) και ως ποσοστό (%) της συνολικής χρηματοδότησης υγείας.

Η συνδυαστική ανάλυση των ανωτέρω δεικτών επιτρέπει την αξιολόγηση της ισορροπίας μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, αναδεικνύοντας το βαθμό **οικονομικής προστασίας** των πολιτών σε κάθε σύστημα υγείας (Economou et al., 2014; OECD, 2026a).

4.5.3 Δείκτες Αποτελεσματικότητας του Συστήματος Υγείας

Η τρίτη κατηγορία μεταβλητών εστιάζει στα αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού, καθώς και στους διαθέσιμους πόρους των συστημάτων υγείας. Οι δείκτες αυτοί, οι οποίοι παρουσιάζονται συνοπτικά στον **Πίνακα 4**, χρησιμεύουν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δαπανών και υγειονομικών εκροών (OECD, 2023; 2025).

Στο πλαίσιο αυτό εξετάζονται βασικοί δείκτες υγείας του πληθυσμού, όπως το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για το σύνολο του πληθυσμού, καθώς και διακριτά για άνδρες και γυναίκες (OECD, 2026a). Επιπλέον, χρησιμοποιούνται δείκτες θνησιμότητας, όπως η βρεφική θνησιμότητα (ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων) και η θνησιμότητα ενηλίκων, η οποία εκφράζει την πιθανότητα θανάτου μεταξύ των ηλικιών 15 και 60 ετών ανά 1.000 άτομα του συγκεκριμένου ηλικιακού εύρους (Economou, 2010; WHO, 2022).

Οι βασικές μεταβλητές που χρησιμοποιούνται είναι:

- Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (σύνολο πληθυσμού).
- Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για άνδρες και γυναίκες.
- Βρεφική θνησιμότητα (ανά 1.000 γεννήσεις).
- Θνησιμότητα ενηλίκων (πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών ανά 1.000 άτομα).

Πίνακας 4. Πίνακας Μεταβλητών Δεικτών Υγείας

Κατηγορία Μεταβλητής	Μεταβλητή	Ορισμός	Μονάδα Μέτρησης	Πηγή Δεδομένων
Δείκτες Υγείας	Προσδόκιμο ζωής (σύνολο πληθυσμού)	Μέσος αριθμός ετών ζωής που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο κατά τη γέννηση	Έτη	WHO
Δείκτες Υγείας	Προσδόκιμο ζωής (άνδρες/γυναίκες)	Μέσος αριθμός ετών ζωής που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο κατά τη γέννηση ανά φύλο	Έτη	WHO
Δείκτες Υγείας	Βρεφική θνησιμότητα	Αριθμός θανάτων βρεφών κάτω του ενός έτους ανά 1.000 γεννήσεις	Θάνατοι / 1.000 γεννήσεις	FSO, WHO
Δείκτες Υγείας	Θνησιμότητα ενηλίκων	Πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών (ανά 1.000 κατοίκους)	%	WHO
Δείκτες Υγείας	Πιθανά χαμένα έτη ζωής (PYLL)	Συνολικός αριθμός ετών ζωής που χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου	Συνολικά έτη / 100.000 κάτοικους	OECD
Δείκτες Υγείας	Έτη ζωής προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας (DALYs)	Έτη ζωής προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας που αποτυπώνουν τη συνολική επιβάρυνση της νόσου	Έτη / Σύνολο πληθυσμού	WHO
Δείκτες Υγείας	Αποφεύξιμη θνησιμότητα	Αριθμός θανάτων που μπορεί να αποφευχθούν μέσω αποτελεσματικής υγειονομικής παρέμβασης	Αριθμός / 100.000 άτομα	OECD
Δείκτες Υγείας	Νοσοκομειακές κλίνες	Αριθμός διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών ανά πληθυσμό	Αριθμός / 10.000 κάτοικους	OECD
Δείκτες Υγείας	Ιατροί	Αριθμός ιατρών ανά πληθυσμό	Αριθμός / 10.000 κάτοικους	OECD
Δείκτες Υγείας	Νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό	Αριθμός νοσηλευτών και μαιών ανά πληθυσμό	Αριθμός / 10.000 κάτοικους	OECD
Δείκτες Υγείας	Δείκτης κάλυψης υπηρεσιών υγείας (SDG 3.8.1)	Συνολικός δείκτης που αποτυπώνει το επίπεδο κάλυψης βασικών υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό	Δείκτης (0–100)	WHO
Δείκτες Υγείας	Υποδείκτης Κάλυψης Υπηρεσιών UHC	Συνολικός δείκτης σχετικά με τη δυναμικότητα των υπηρεσιών υγείας και την πρόσβαση σε αυτές	Δείκτης (0–100)	WHO
Δείκτες Υγείας	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Μέσος αριθμός ημερών νοσηλείας στα νοσοκομεία	Ημέρες	OECD

Πέραν των παραδοσιακών, η ανάλυση ενσωματώνει και πιο σύνθετους δείκτες υγείας, όπως τα Πιθανά Χαμένα Χρόνια Ζωής (Potential Years of Life Lost – **PYLL**), που εστιάζουν στην πρόωρη θνησιμότητα πριν από ένα καθορισμένο όριο ηλικίας (συνήθως τα 75 έτη) και Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (Disability Adjusted Life Years – **DALYs**). Ο δείκτης DALYs αποτελεί ένα ενιαίο μέτρο που συνδυάζει τα έτη ζωής που χάθηκαν λόγω

πρόωρου θανάτου και τα έτη που βιώθηκαν σε κατάσταση μη πλήρους υγείας, αποτυπώνοντας έτσι τη συνολική επιβάρυνση της νόσου στον πληθυσμό (GBD 2019 Collaborators, 2020; WHO, 2020). Επιπλέον, εξετάζεται η Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (Avoidable Mortality), η οποία διακρίνεται σε θνησιμότητα που προλαμβάνεται μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και σε θνησιμότητα αντιμετωπίσιμη μέσω έγκαιρης και αποτελεσματικής ιατρικής περίθαλψης (OECD, 2025).

Οι σχετικές μεταβλητές είναι:

- *Πιθανά χαμένα χρόνια ζωής (PYLL).*
- *Έτη ζωής προσαρμοσμένα λόγω αναπηρίας (DALYs).*
- *Θνησιμότητα που μπορεί να αποφευχθεί (Avoidable Mortality).*

Παράλληλα, χρησιμοποιούνται δείκτες που αποτυπώνουν τους διαθέσιμους πόρους των συστημάτων υγείας, όπως ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών, των ιατρών και του νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους (Economou, 2010; Sagan et al., 2021). Επιπλέον, για την αποτύπωση της προσβασιμότητας και της επάρκειας των υπηρεσιών, εξετάζεται ο Δείκτης Κάλυψης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1), καθώς και ο Υποδείκτης Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας (UHC Service Coverage Index) (WHO & World Bank, 2015). Η ενότητα ολοκληρώνεται με τη μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία, η οποία αποτελεί σημαντικό δείκτη λειτουργικής αποτελεσματικότητας του νοσοκομειακού τομέα και της αποδοτικότητας στη χρήση των διαθέσιμων πόρων (De Pietro et al., 2015).

Οι βασικές μεταβλητές είναι οι ακόλουθες:

- *Νοσοκομειακές κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους).*
- *Ιατροί (ανά 10.000 κατοίκους).*
- *Νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους).*
- *Δείκτης κάλυψης βασικών υπηρεσιών υγείας (SDG 3.8.1).*
- *Υποδείκτης καθολικής κάλυψης υγείας (UHC Service Coverage Index).*
- *Μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία.*

4.6 Δημιουργία και Επεξεργασία της Βάσης Δεδομένων

Για την επεξεργασία, τη συστηματική οργάνωση των χρονοσειρών και τη διευκόλυνση της συγκριτικής ανάλυσης, δημιουργήθηκε μία οργανωμένη βάση δεδομένων με τη χρήση του λογισμικού **Microsoft Excel**, η οποία επέτρεψε τη συστηματική οργάνωση μεγάλου όγκου πληροφοριών, τη διαχείριση χρονοσειρών και τη διευκόλυνση της συγκριτικής ανάλυσης.

Η αρχική βάση δομήθηκε σε τρία διακριτά φύλλα εργασίας, ανά θεματική ενότητα, διασφαλίζοντας την πληρότητα των στοιχείων για τις τρεις υπό εξέταση χώρες: Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο και Ελβετία:

1. Δαπάνες και χρηματοδότηση συστημάτων υγείας.
2. Δείκτες υγείας και αποτελεσματικότητας.
3. Πηγές δεδομένων και μεταδεδομένα.

Η δομή αυτή επέτρεψε την αρχική καταγραφή και οργάνωση των δεδομένων ανά χώρα, καθώς και τον έλεγχο της πληρότητας και της συνέπειας των στοιχείων. Στη συνέχεια, τα δεδομένα οργανώθηκαν σε ένα ενιαίο σύνολο διαχρονικών δεδομένων. Στο τελικό σύνολο δεδομένων (dataset), τα έτη τοποθετήθηκαν στις γραμμές και οι μεταβλητές στις στήλες, επιτρέποντας την ταυτόχρονη ανάλυση των διαχρονικών μεταβολών και τη σύγκριση μεταξύ των χωρών.

Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε συστηματικός έλεγχος που περιλάμβανε: τον εντοπισμό ελλείπων και τον έλεγχο πιθανών ακραίων τιμών, τη διασταύρωση με τις πρωτογενείς πηγές και τον έλεγχο της στατιστικής συνέπειας μεταξύ των διαφορετικών ετών.

Σε περιπτώσεις ελλείψεων δεδομένων, αξιοποιήθηκαν οι διαθέσιμες τιμές ή προσαρμόστηκε η χρονική περίοδος ανάλυσης για τις συγκεκριμένες μεταβλητές, προκειμένου να διατηρηθεί η συγκρισιμότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Με τον τρόπο αυτό διαμορφώθηκε ένα συνεκτικό διαχρονικό σύνολο δεδομένων, κατάλληλο για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ χρηματοδότησης και αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας.

4.7 Μέθοδοι Ανάλυσης Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων στηρίζεται σε συνδυασμό περιγραφικών, χρονικών και συγκριτικών στατιστικών μεθόδων. Στόχος είναι η εκτίμηση των διαχρονικών τάσεων και η ανάδειξη των διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων χωρών.

4.7.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τον υπολογισμό βασικών στατιστικών δεικτών, όπως η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η τυπική απόκλιση των μεταβλητών. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον υπολογισμό του Μέσου Ετήσιου Ρυθμού Μεταβολής (Compound Annual Growth Rate - **CAGR**), ο οποίος επιτρέπει τη σύγκριση της ταχύτητας ανάπτυξης των δαπανών υγείας μεταξύ χωρών με διαφορετικά οικονομικά μεγέθη. Ο δείκτης υπολογίζεται από τον τύπο:

$$\text{CAGR} = (\text{Τελική Τιμή} / \text{Αρχική Τιμή})^{1/n} - 1$$

όπου n είναι ο συνολικός αριθμός των ετών της εξεταζόμενης χρονικής περιόδου.

4.7.2 Ανάλυση Χρονοσειρών και Συγκριτική Προσέγγιση

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε ανάλυση χρονοσειρών για την αποτύπωση των διαχρονικών τάσεων των βασικών δεικτών υγείας και χρηματοδότησης. Η ανάλυση αυτή επέτρεψε τον εντοπισμό σημείων καμπής που συνδέονται με σημαντικά οικονομικά και θεσμικά γεγονότα, όπως η οικονομική κρίση και η πανδημία COVID-19. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε συγκριτική ανάλυση μεταξύ Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου, αναδεικνύοντας τις αποκλίσεις που προκύπτουν από τα διαφορετικά μοντέλα οργάνωσης των συστημάτων υγείας και τη δομή της χρηματοδότησης.

4.7.3 Ανάλυση Σχέσεων μέσω Παλινδρόμησης

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των οικονομικών εισροών και των υγειονομικών αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκαν γραφικές προσεγγίσεις συσχέτισης με προσαρμογή

καμπυλών (γραμμικής και μη γραμμικής μορφής), προσαρμοσμένες στα διαθέσιμα δεδομένα και στους στόχους της συγκριτικής ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα:

- **Γραμμική Παλινδρόμηση:** Εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των πηγών χρηματοδότησης (π.χ. δημόσια και ιδιωτική δαπάνη), μέσω διαγραμμάτων διασποράς. Η απεικόνιση πραγματοποιήθηκε ανά χώρα, επιτρέποντας την αποτύπωση της κατεύθυνσης και της έντασης της σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών.
- **Τετραγωνική Παλινδρόμηση (Quadratic Regression):** Για τον έλεγχο της μορφής της «συνάρτησης παραγωγής υγείας», εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας και του προσδόκιμου ζωής. Η χρήση μη γραμμικού υποδείγματος επιτρέπει την αποτύπωση πιθανών φθινουσών οριακών αποδόσεων της δαπάνης.

Σε αμφότερες τις περιπτώσεις, η αξιολόγηση της προσαρμογής των υποδειγμάτων πραγματοποιήθηκε μέσω του συντελεστή προσδιορισμού (R^2).

4.7.4 Θεωρητικό Πλαίσιο Ερμηνείας της Σχέσης Δαπανών και Αποτελεσμάτων

Υγείας

Αν και η παρούσα μελέτη εστιάζει κυρίως στη συγκριτική και περιγραφική ανάλυση, η ερμηνεία των ευρημάτων βασίζεται σε καθιερωμένες θεωρητικές προσεγγίσεις της οικονομίας της υγείας. Κεντρικό άξονα της ανάλυσης αποτελεί η συνάρτηση παραγωγής υγείας, όπου οι υγειονομικές δαπάνες προσεγγίζονται ως η βασική εισροή, ενώ το προσδόκιμο ζωής και οι δείκτες υγείας (όπως τα DALYs) αντιμετωπίζονται ως οι εκροές του συστήματος (Kwilinski & Vysochyna, 2024).

Η σχέση αυτή ερμηνεύεται υπό το πρίσμα του νόμου των φθινουσών οριακών αποδόσεων, σύμφωνα με τον οποίο, σε συστήματα με ήδη υψηλά επίπεδα δαπανών, οι επιπλέον πόροι οδηγούν σε μικρότερη αναλογική βελτίωση των υγειονομικών αποτελεσμάτων, σε σύγκριση με χώρες χαμηλότερης έντασης πόρων (Cylus et al., 2016). Για την εμπειρική διερεύνηση της μορφής της σχέσης, η μελέτη χρησιμοποιεί μη-γραμμική τετραγωνική προσαρμογή (Quadratic Regression). Η επιλογή αυτή επιτρέπει τον υπολογισμό του συντελεστή προσδιορισμού (R^2), ο οποίος αναδεικνύει το βαθμό στον οποίο η μεταβλητότητα των αποτελεσμάτων υγείας ερμηνεύεται από τις διακυμάνσεις των

δαπανών, επιβεβαιώνοντας στατιστικά την ύπαρξη ή μη φθινουσών αποδόσεων (Baltagi, 2021).

Παράλληλα, η ανάλυση λαμβάνει υπόψη τρεις κρίσιμες θεωρητικές διαστάσεις που επηρεάζουν τη δυναμική των συστημάτων:

- **Σχέση Δαπάνης - ΑΕΠ:** Εξετάζεται η εισοδηματική ελαστικότητα της υγείας, καθώς οι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης επηρεάζουν άμεσα τον όγκο της χρηματοδότησης. Η ελαστικότητα αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το εισοδηματικό επίπεδο κάθε χώρας και τους διαρθρωτικούς παράγοντες που καθορίζουν τη βιωσιμότητα του συστήματος (Kwilinski & Vysochyna, 2024).
- **Προσδιοριστές Φαρμακευτικής Δαπάνης:** Η δαπάνη για φάρμακα προσεγγίζεται ως μεταβλητή επηρεαζόμενη από θεσμικές πολιτικές ελέγχου. Η προώθηση των γενοσήμων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η επιβολή μηχανισμών clawback και rebates αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη συγκράτηση των δημόσιων ορίων δαπάνης και τη βελτίωση της αποδοτικότητας (Economou et al., 2015).
- **Οργανωτική Δομή:** Οι αποκλίσεις στις υγειονομικές εκροές αναλύονται σε συνάρτηση με το μοντέλο οργάνωσης κάθε κράτους (Bismarck, Beveridge, Μεικτό), αναδεικνύοντας πώς η δομή της χρηματοδότησης επηρεάζει την τελική αποτελεσματικότητα.

Η εμπειρική αυτή προσέγγιση επιτρέπει την ενδεικτική εκτίμηση της κατεύθυνσης και της έντασης της σχέσης μεταξύ δαπανών και αποτελεσμάτων υγείας, ενισχύοντας την ερμηνευτική αξία των ευρημάτων, χωρίς να προϋποθέτει την εφαρμογή πλήρους οικονομετρικού υποδείγματος.

4.8 Περιορισμοί της Έρευνας

Παρά τη χρήση αξιόπιστων διεθνών βάσεων δεδομένων, η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς (WHO, 2026; OECD, 2026a).

4.8.1 Διαθεσιμότητα και Πληρότητα Δεδομένων

Ένας πρώτος περιορισμός αφορά τη μη ομοιόμορφη διαθεσιμότητα ορισμένων μεταβλητών για το σύνολο της περιόδου ανάλυσης (2000-2024). Σε αρκετές περιπτώσεις, συγκεκριμένοι δείκτες δεν είναι διαθέσιμοι για όλα τα έτη ή για όλες τις υπό εξέταση χώρες. Στις περιπτώσεις αυτές, είτε περιορίστηκε η χρονική περίοδος ανάλυσης για τις συγκεκριμένες μεταβλητές, είτε χρησιμοποιήθηκαν τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα, ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα των τελικών συμπερασμάτων (Karanikolos et al., 2013; WHO, 2022).

4.8.2 Μεθοδολογικές Διαφοροποιήσεις

Ένας δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με τις αποκλίσεις στη μεθοδολογία συλλογής και καταγραφής των στοιχείων μεταξύ των εθνικών στατιστικών υπηρεσιών. Παρότι οι διεθνείς οργανισμοί εφαρμόζουν εναρμονισμένα πρότυπα, οι πρακτικές καταγραφής των δαπανών υγείας ενδέχεται να διαφοροποιούνται ελαφρώς ανά χώρα, γεγονός που επηρεάζει την απόλυτη συγκρισιμότητα των δεδομένων (Economou, 2010; WHO, 2022).

Η παρούσα μελέτη αντιμετώπισε προκλήσεις λόγω των διαφορετικών λογιστικών πρακτικών καταγραφής των ασφαλιστικών εισφορών, με κυριότερη την ιδιαιτερότητα της καταγραφής των υποχρεωτικών ασφαλιστρών (ΟΚΡ) στην Ελβετία. Όπως προαναφέρθηκε, για την υπέρβαση αυτού του περιορισμού, η έρευνα υιοθέτησε μια διευρυμένη προσέγγιση της Ιδιωτικής Επιβάρυνσης, ομαδοποιώντας τα ασφάλιστρα με τις άμεσες πληρωμές (OOP).

4.8.3 Νομισματικοί Περιορισμοί και Συγκρισιμότητα

Ιδιαίτερο μεθοδολογικό περιορισμό αποτελεί η διαφοροποίηση στις μονάδες μέτρησης των οικονομικών μεγεθών. Η ανάλυση βασίζεται σε στοιχεία εκφρασμένα σε εθνικό νόμισμα για την Ελβετία (CHF) και το Ηνωμένο Βασίλειο (GBP), ενώ για την Ελλάδα χρησιμοποιούνται δεδομένα σε δολάρια ΗΠΑ (USD), λόγω περιορισμένης διαθεσιμότητας ιστορικών στοιχείων σε εθνικό νόμισμα για το σύνολο της εξεταζόμενης περιόδου.

Η διαφοροποίηση αυτή, σε συνδυασμό με τις διακυμάνσεις των συναλλαγματικών ισοτιμιών, ενδέχεται να επηρεάζει τη συγκρισιμότητα των ονομαστικών μεγεθών. Για την αντιμετώπιση αυτού του περιορισμού, υιοθετήθηκε στη συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη μια διπλή προσέγγιση: τα δεδομένα παρουσιάζονται τόσο σε τρέχουσες τιμές (για την Ελλάδα σε USD) όσο και σε δολάρια ΗΠΑ προσαρμοσμένα ως προς την Αγοραστική Δύναμη (USD PPP), για τη σύγκριση της πραγματικής αγοραστικής δύναμης των συστημάτων υγείας (OECD, 2026a; World Bank, 2026).

5. Δαπάνες Συστημάτων Υγείας

5.1 Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα στατιστικά δεδομένα της συνολικής δαπάνης υγείας στις τρεις χώρες, Ελβετία, Ελλάδα και Ηνωμένο Βασίλειο, τόσο σε απόλυτα μεγέθη όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ κάθε χώρας.

Πίνακας 5. Συνολική Ονομαστική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος και ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, 2000- 2023

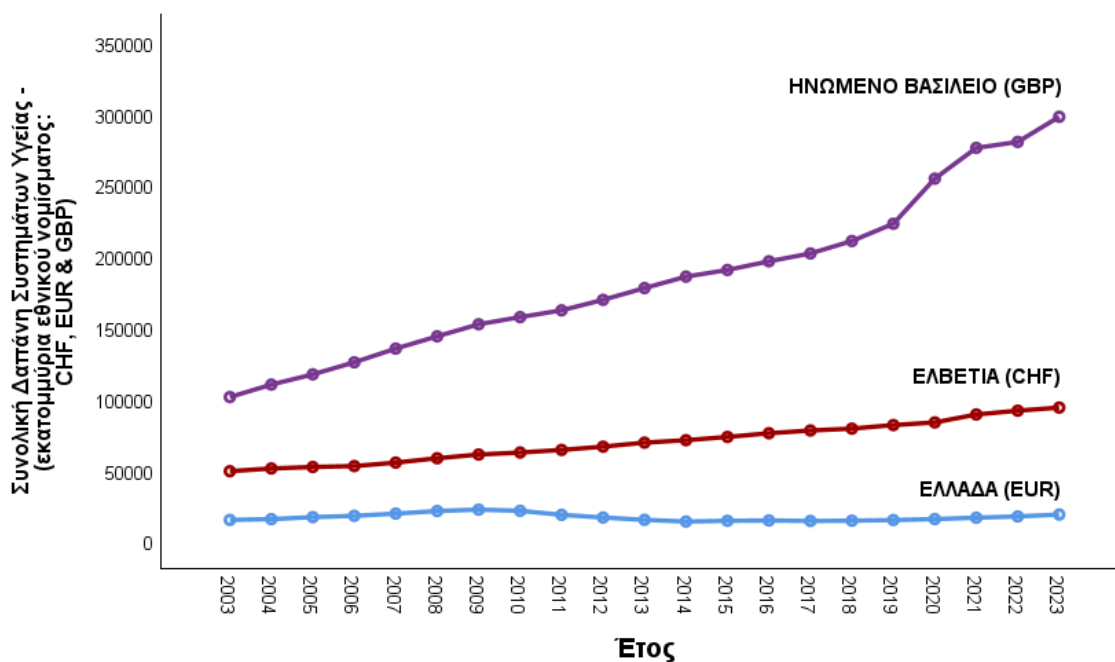
ΕΤΟΣ	Συνολική Δαπάνη Συστήματος Υγείας (εκατ. εθνικού νομίσματος)			Συνολική Δαπάνη Συστήματος Υγείας (% ΑΕΠ)		
	ΕΛΒΕΤΙΑ (εκατ. CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (εκατ. EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (εκατ. GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	42.956	-	78.655	9,10	7,51	7,10
2001	45.631	-	85.190	9,40	8,25	7,40
2002	47.501	-	93.641	9,90	8,47	7,90
2003	49.295	15.115	101.323	10,10	8,68	8,10
2004	51.222	15.679	110.072	10,20	8,30	8,30
2005	52.247	17.064	117.230	10,00	8,76	8,40
2006	52.905	17.992	125.708	9,60	8,40	8,50
2007	55.324	19.541	135.316	9,40	8,52	8,80
2008	58.406	21.362	143.949	9,50	8,95	9,00
2009	60.993	22.344	152.393	10,10	9,54	9,80
2010	62.396	21.508	157.445	10,00	9,62	9,80
2011	64.234	18.690	162.181	10,10	9,19	9,80
2012	66.521	16.811	169.543	10,30	9,04	9,90
2013	69.352	15.178	177.793	10,60	8,52	10,00
2014	71.056	13.986	185.820	10,70	7,94	10,00
2015	73.345	14.497	190.504	11,00	8,27	9,90
2016	75.936	14.742	196.592	11,20	8,45	9,90
2017	77.866	14.391	202.098	11,40	8,11	9,70
2018	79.171	14.580	210.817	11,20	8,07	9,80
2019	81.686	15.031	222.935	11,40	8,12	10,00
2020	83.522	15.716	254.603	12,00	9,38	12,10
2021	89.099	16.670	276.156	12,00	9,03	12,10
2022	91.759	17.562	280.353	11,60	8,45	11,10
2023	93.952	18.902	297.994	11,70	8,39	11,00
2024	97.076	-	317.411	11,80	-	11,10

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από ΕΛΣΤΑΤ, FSO, ONS και World Bank Group

Η συνδυαστική εξέταση των απόλυτων μεγεθών και των σχετικών δεικτών (αναλογία επί του ΑΕΠ και κατά κεφαλήν δαπάνη), επιτρέπει την αποτίμηση της οικονομικής επάρκειας των συστημάτων, της αποτελεσματικότητας της κατανομής πόρων και του επιπέδου πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

5.1.1 Συνολική Δαπάνη

Η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής δαπάνης για την υγεία παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ **Ελβετίας**, **Ελλάδας** και **Ηνωμένου Βασιλείου**, αντανακλώντας τις ιδιαίτερες μακροοικονομικές συνθήκες, τη δομή χρηματοδότησης και τους θεσμικούς μηχανισμούς κάθε συστήματος υγείας. Όπως απεικονίζεται στο **Διάγραμμα 1**, τα διαθέσιμα στοιχεία καλύπτουν την περίοδο **2003–2023**, παρέχοντας μια σαφή εικόνα της εξέλιξης των δαπανών σε βάθος εικοσαετίας.



Διάγραμμα 1. Συνολική Ονομαστική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος, 2003-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από ΕΛΣΤΑΤ, FSO και ONS

Στην **Ελλάδα**, η πορεία των δαπανών εμφανίζει έντονα κυκλικά χαρακτηριστικά. Καταγράφεται ταχεία αύξηση έως το **2009**, οπότε η συνολική δαπάνη ανήλθε στα **22,3** δισ. Ευρώ (EUR), ακολουθούμενη από μια απότομη συρρίκνωση κατά την περίοδο της δημοσιονομικής κρίσης και της εφαρμογής των προγραμμάτων προσαρμογής, με κατώτατο σημείο τα EUR **13,9** δισ. το **2014**. Τα επόμενα έτη μέχρι το **2023** παρατηρείται σταδιακή και συγκρατημένη ανάκαμψη, χωρίς ωστόσο να ανακτώνται άμεσα τα επίπεδα πριν την οικονομική κρίση.

Αντιθέτως, η **Ελβετία** παρουσιάζει μια σταθερή και σχεδόν γραμμική ανοδική τάση καθ' όλη τη διάρκεια της αντίστοιχης περιόδου. Οι δαπάνες αυξήθηκαν από **42,9** δισ. το **2000** σε **97** δισ. Ελβετικά Φράγκα (CHF) το **2024**, γεγονός που συνάδει με τη σταθερότητα και την αναπτυξιακή πορεία της ελβετικής οικονομίας, καθώς και με το σταθερό πλαίσιο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.

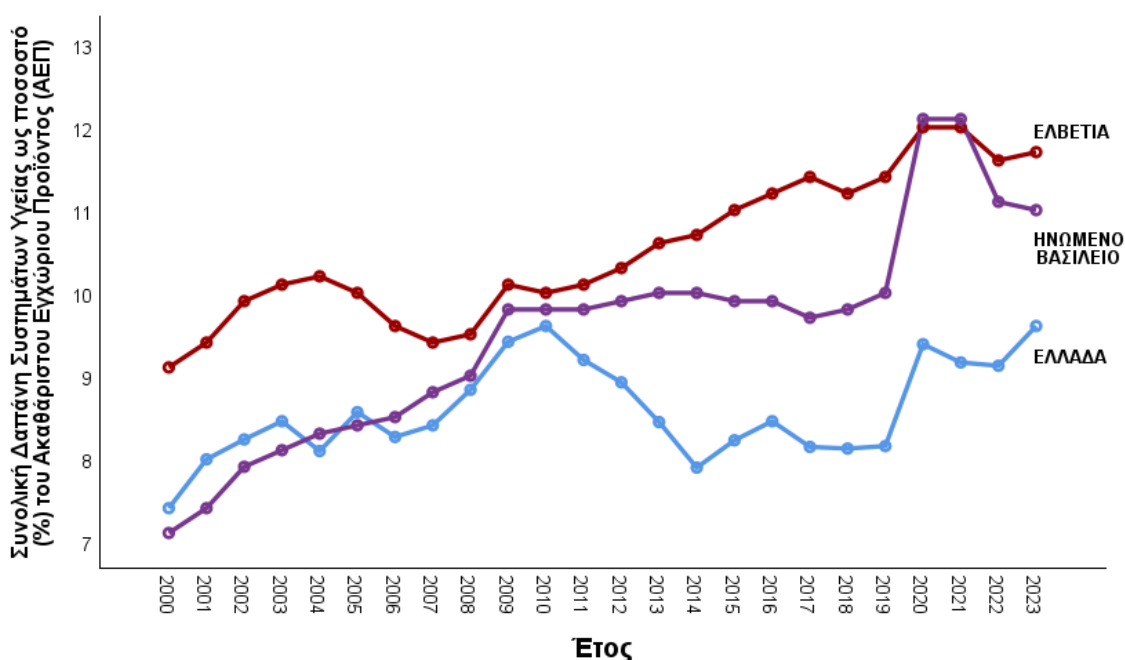
Στο **Ηνωμένο Βασίλειο** παρατηρείται η μεγαλύτερη ονομαστική αύξηση δαπανών, καθώς αυτές σχεδόν τετραπλασιάστηκαν, από **78,6** δισ. σε **317,4** δισ. Λίρες (GBP) κατά την περίοδο μελέτης. Η σημαντική αυτή ενίσχυση συνδέεται με τη διεύρυνση της χρηματοδότησης του NHS, το οποίο, ως κυρίως χρηματοδοτούμενο από τη γενική φορολογία σύστημα υγείας, απαιτεί υψηλούς δημόσιους πόρους προκειμένου να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες δημογραφικές και υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

5.1.2 Συνολική Δαπάνη ως Ποσοστό % του ΑΕΠ

Η ανάλυση της συνολικής δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ επιτρέπει την εκτίμηση της σχετικής βαρύτητας των υγειονομικών δαπανών σε σχέση με το μέγεθος της οικονομίας κάθε χώρας. Ο δείκτης αυτός παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, επισημαίνοντας την ικανότητα του κράτους να το χρηματοδοτεί χωρίς να προκαλεί δημοσιονομικές πιέσεις ή υπερβολική επιβάρυνση των πολιτών.

Μετά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, κατά την οποία οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ συρρικνώθηκαν, η **Ελλάδα** παρουσίασε κατά την περίοδο της πανδημίας (2020–2021) μια συγκρατημένη αύξηση, με το δείκτη να διαμορφώνεται στο **9,38%** το **2020** και στο **9,03%** το **2021**. Την περίοδο **2022–2023**, παρατηρείται αποκλιμάκωση του ποσοστού

στο **8,45%** και **8,39%** αντίστοιχα. Η υποχώρηση αυτή οφείλεται κυρίως στην ταχύτερη ανάπτυξη του ΑΕΠ, γεγονός που μειώνει τη σχετική «ένταση» της δαπάνης, ενώ σε απόλυτους όρους η χρηματοδότηση παραμένει χαμηλή. Συνεπώς, η διατήρηση του ποσοστού κοντά στο 8-9% δεν υποδηλώνει απαραίτητα ενίσχυση του συστήματος, αλλά αντικατοπτρίζει τη δυσκολία της χώρας να ακολουθήσει τον ρυθμό ανάπτυξης της οικονομίας με αντίστοιχες επενδύσεις στην υγεία, γεγονός που διευρύνει το χάσμα των διαθέσιμων πόρων ανά πολίτη σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Έτσι, καθώς η χώρα εξακολουθεί να δαπανά λιγότερα χρήματα σε απόλυτα μεγέθη, η επένδυση στην υγεία εμφανίζεται περιορισμένη σε σχέση με το μέγεθος της οικονομίας (**Διάγραμμα 2**).



Διάγραμμα 2. Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου ως ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), 2000-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από, FSO, ONS και World Bank Group

Στην **Ελβετία**, η συνολική δαπάνη για την υγεία παραμένει υψηλή σε απόλυτα νούμερα, ενώ το ποσοστό της επί του ΑΕΠ αυξάνεται σταδιακά από το **9,1%** στο **11,8%** το **2024**. Η αύξηση αυτή δεν οφείλεται απλώς στην ανάπτυξη της οικονομίας, αλλά αποτελεί αποτέλεσμα στρατηγικής πολιτικής ενίσχυσης της υγείας, με σταθερή και συνεχή επένδυση σε πόρους και υποδομές. Η σταθερή αυτή τάση αναδεικνύει τη δημοσιονομική

ανθεκτικότητα του ελβετικού μοντέλου, το οποίο εμφανίζεται ανεπηρέαστο από τις διακυμάνσεις του οικονομικού κύκλου, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της χρηματοδότησης ανεξαρτήτως μακροοικονομικών πιέσεων.

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, το ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία επί του ΑΕΠ αυξήθηκε από **7,1%** σε **11,1%** το **2024**, φτάνοντας στο υψηλότερο σημείο του, **12,1%**, κατά την περίοδο **2020–2021** λόγω της πανδημίας και της έντονης αύξησης των δαπανών. Κατά την έκτακτη αυτή περίοδο, το NHS αναγκάστηκε να απορροφήσει τεράστιους πόρους για να αντιμετωπίσει την κρίση, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα την έλλειψη "εφεδρειών" στο σύστημα κατά την προ-πανδημική περίοδο. Στη συνέχεια, παρά τα υψηλά απόλυτα επίπεδα δαπανών, παρατηρήθηκε μικρή μείωση του ποσοστού, καθώς το ΑΕΠ ανακάμπτει και οι έκτακτες δαπάνες περιορίστηκαν.

Συνολικά, η σύγκριση των στοιχείων δείχνει ότι η Ελβετία συνδυάζει υψηλές απόλυτες δαπάνες με σταθερή αύξηση του ποσοστού επί του ΑΕΠ, η Ελλάδα εμφανίζει υψηλό ποσοστό επί του ΑΕΠ παρά σχετικά χαμηλές απόλυτες δαπάνες, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο καταγράφει απότομες αυξήσεις λόγω έκτακτων συνθηκών, όπως η πανδημία, με επακόλουθη προσαρμογή στη συνέχεια.

5.1.3 Συνολική Δαπάνη κατά Κεφαλήν

Η ανάλυση της συνολικής δαπάνης υγείας κατά κεφαλήν (healthcare expenditure per capita), όπως παρουσιάζεται στον **Πίνακα 6**, αποτελεί έναν από τους πλέον αξιόπιστους και κρίσιμους δείκτες για την αποτύπωση του επιπέδου των πόρων που διατίθενται ανά πολίτη σε ένα σύστημα υγείας, καθώς και της ατομικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και της συνολικής ευημερίας των πολιτών, για την περίοδο 2000–2024.

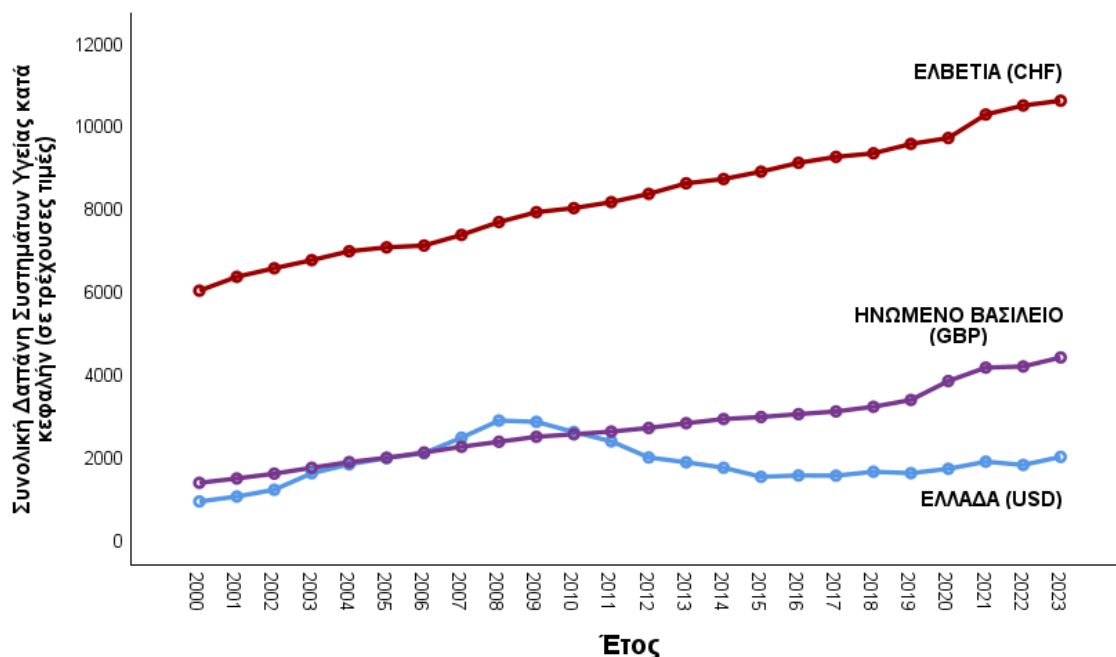
Όπως αναλύθηκε στη μεθοδολογία, τα ονομαστικά στοιχεία βασίζονται σε εθνικό νόμισμα για την Ελβετία (CHF) και το Ηνωμένο Βασίλειο (GBP), ενώ για την Ελλάδα χρησιμοποιούνται δεδομένα σε δολάρια ΗΠΑ (USD). Για τη διασφάλιση της συγκρισιμότητας, η ανάλυση εστιάζει επίσης στα δεδομένα προσαρμοσμένα ως προς την αγοραστική δύναμη (USD PPP).

Πίνακας 6. Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν ανά έτος, σε τρέχουσες τιμές (USD, CHF, GBP) και σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης (USD PPP), 2000-2023

	Συνολική Δαπάνη Συστήματος Υγείας κατά κεφαλήν ανά έτος (σε τρέχουσες τιμές)			Συνολική Δαπάνη Συστήματος Υγείας κατά κεφαλήν ανά έτος (ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης - USD PPP)		
ΕΤΟΣ	ΕΛΒΕΤΙΑ (CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (USD)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	5.979	885	1.336	3.352	1.417	1.895
2001	6.314	1.004	1.441	3.579	1.678	2.075
2002	6.520	1.168	1.557	3.827	1.864	2.286
2003	6.716	1.566	1.699	3.929	2.021	2.441
2004	6.931	1.782	1.836	4.111	2.063	2.669
2005	7.025	1.935	1.940	4.179	2.194	2.742
2006	7.069	2.052	2.067	4.436	2.361	2.967
2007	7.326	2.426	2.207	4.799	2.465	3.112
2008	7.637	2.840	2.328	5.132	2.728	3.318
2009	7.876	2.809	2.448	5.376	2.858	3.446
2010	7.974	2.564	2.509	5.437	2.678	3.571
2011	8.118	2.338	2.574	5.807	2.356	3.645
2012	8.318	1.948	2.661	6.141	2.214	3.793
2013	8.573	1.832	2.776	6.530	2.185	3.993
2014	8.677	1.700	2.877	6.768	2.094	4.118
2015	8.855	1.481	2.926	7.166	2.192	4.225
2016	9.068	1.513	2.995	7.543	2.322	4.348
2017	9.212	1.509	3.060	7.755	2.324	4.470
2018	9.298	1.603	3.173	7.914	2.403	4.614
2019	9.525	1.569	3.338	8.422	2.590	4.983
2020	9.668	1.674	3.795	8.749	2.765	5.808
2021	10.235	1.846	4.120	9.683	2.997	6.135
2022	10.454	1.768	4.147	10.574	3.285	6.496
2023	10.569	1.962	4.365	10.601	3.453	6.364
2024	10.782	-	-	-	-	6.605

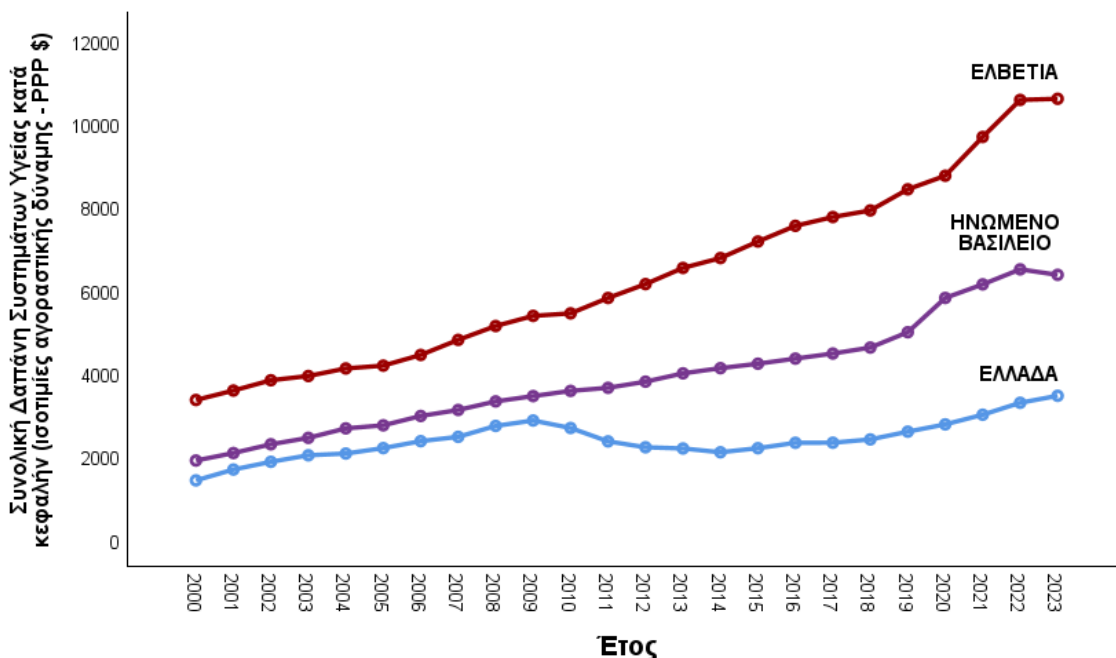
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO, ONS και World Bank Group

Η προσέγγιση αυτή περιορίζει τις επιδράσεις των συναλλαγματικών ισοτιμιών και αναδεικνύει ότι οι διαφορές μεταξύ των χωρών δεν οφείλονται μόνο στις ονομαστικές δαπάνες, αλλά και στο επίπεδο τιμών και την αγοραστική δύναμη (Διάγραμμα 3 & 4).



Διάγραμμα 3. Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε τρέχουσες τιμές (CHF, GBP, USD), 2000-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO, ONS και World Bank Group



Διάγραμμα 4. Συνολική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης (USD PPP), 2000-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από World Bank Group

Η περίπτωση της **Ελβετίας** αναδεικνύει ένα πρότυπο συστήματος υγείας υψηλής επένδυσης και υψηλού κόστους. Σε ονομαστικούς όρους, η κατά κεφαλήν δαπάνη αυξήθηκε από CHF **5.979** το **2000** σε CHF **10.782** το **2024**, ακολουθώντας μια σχεδόν γραμμική ανοδική πορεία. Η εξέλιξη αυτή συνδέεται με τα συνολικά επίπεδα χρηματοδότησης και την αυξητική πορεία της δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ, γεγονός που καταδεικνύει την ικανότητα του συστήματος να προσαρμόζεται αποτελεσματικά στις τεχνολογικές και δημογραφικές πιέσεις. Σε όρους PPP, η δαπάνη αυξήθηκε από USD (PPP) **3.352** το **2000** σε USD (PPP) **10.601** το **2023**, καταγράφοντας σχεδόν τριπλασιασμό, επιβεβαιώνοντας ότι η χώρα διαθέτει από τους υψηλότερους πόρους ανά πολίτη διεθνώς, με αντίστοιχα υψηλές επιδόσεις στην ποιότητα και τα αποτελέσματα υγείας.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζει μια διαφορετική αλλά εξίσου σημαντική δυναμική, στο πλαίσιο ενός ισχυρού δημόσιου συστήματος υγείας. Η κατά κεφαλήν δαπάνη σε ονομαστικές τιμές υπερτριπλασιάστηκε από GBP **1.336** το **2000** σε GBP **4.365** το **2023**. Ιδιαίτερα έντονη είναι η αύξηση κατά την περίοδο **2019–2021**, όπου η δαπάνη ανήλθε από GBP **3.338** σε GBP **4.120**, αντανakλώντας την έκτακτη δημοσιονομική επέκταση λόγω της πανδημίας COVID-19. Σε όρους PPP, η δαπάνη αυξήθηκε από USD (PPP) **1.895** το **2000** σε USD (PPP) **6.605** το **2024**. Παρά τη σημαντική αυτή αύξηση, το επίπεδο παραμένει χαμηλότερο σε σύγκριση με την Ελβετία, στοιχείο που μπορεί να ερμηνευθεί ως ένδειξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας κόστους, χαρακτηριστικό των δημόσιων συστημάτων τύπου Beveridge.

Η **Ελλάδα** παρουσιάζει μια διαφορετική πορεία, καθώς αποτελεί τη μοναδική χώρα από τις εξεταζόμενες που παρουσίασε παρατεταμένη μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης. Σε ονομαστικές τιμές, η δαπάνη κατά κεφαλήν αυξήθηκε από USD **885** το **2000** σε USD **1962** το **2023**, παραμένοντας ωστόσο σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο. Σε όρους PPP, η χώρα ακολούθησε ανοδική πορεία κατά την περίοδο **2000–2009**, με τη δαπάνη να αυξάνεται από USD (PPP) **1.417** σε USD (PPP) **2.858**. Ωστόσο, η δημοσιονομική κρίση της περιόδου **2010–2014** οδήγησε σε σημαντική συρρίκνωση, με τη δαπάνη να υποχωρεί στα USD (PPP) **2.094** το **2014**, περιορίζοντας δραστικά τους πόρους για την πρόληψη και την περίθαλψη. Η μεταγενέστερη περίοδος χαρακτηρίζεται από σταδιακή ανάκαμψη, με τη δαπάνη να ανέρχεται στα USD (PPP) **3.453** το **2023**, αν και

απαιτήθηκε περισσότερο από μία δεκαετία για την ουσιαστική επάνοδο στα προ κρίσης επίπεδα.

Συγκριτικά, τα δεδομένα του **2023** αναδεικνύουν σαφείς διαφοροποιήσεις μεταξύ των τριών χωρών. Η **Ελβετία** δαπανά περίπου τριπλάσια ποσά ανά κάτοικο σε σχέση με την **Ελλάδα**, ενώ το **Ηνωμένο Βασίλειο** σχεδόν διπλάσια. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διεύρυνση του χάσματος μεταξύ Ελλάδας και Ηνωμένου Βασιλείου, καθώς ενώ το **2000** η διαφορά ανερχόταν περίπου στο **33%**, το **2023** ξεπέρασε το **80%**, γεγονός που υποδηλώνει ότι η οικονομική κρίση επέφερε μια διαρθρωτική απόκλιση της Ελλάδας από τα πιο ανεπτυγμένα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

5.2 Νοσοκομειακή Δαπάνη

Ο **Πίνακας 7** παρουσιάζει τα στατιστικά δεδομένα της νοσοκομειακής δαπάνης υγείας για **Ελβετία, Ελλάδα και Ηνωμένο Βασίλειο**, τόσο σε απόλυτα μεγέθη όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ κάθε χώρας, καθώς και σε κατά κεφαλήν δαπάνη.

Η ενσωμάτωση αυτών των δεικτών καθιστά δυνατή τη συγκριτική αξιολόγηση της χρηματοδότησης των νοσοκομειακών συστημάτων και επιτρέπει την ανάλυση της οικονομικής κατανομής πόρων στον τομέα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

5.2.1 Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη

Η συγκριτική ανάλυση των συνολικών μεγεθών της νοσοκομειακής δαπάνης υγείας αναδεικνύει ουσιώδεις διαφοροποιήσεις ως προς τη σταθερότητα της χρηματοδότησης, τη δημοσιονομική ανθεκτικότητα και τη δυναμική κατανομής πόρων στα τρία εξεταζόμενα συστήματα υγείας. Η νοσοκομειακή δαπάνη αποτελεί κρίσιμο δείκτη, καθώς αντανακλά το επίπεδο επένδυσης στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, όπου συγκεντρώνεται σημαντικό μέρος της τεχνολογικά προηγμένης και υψηλού κόστους περίθαλψης.

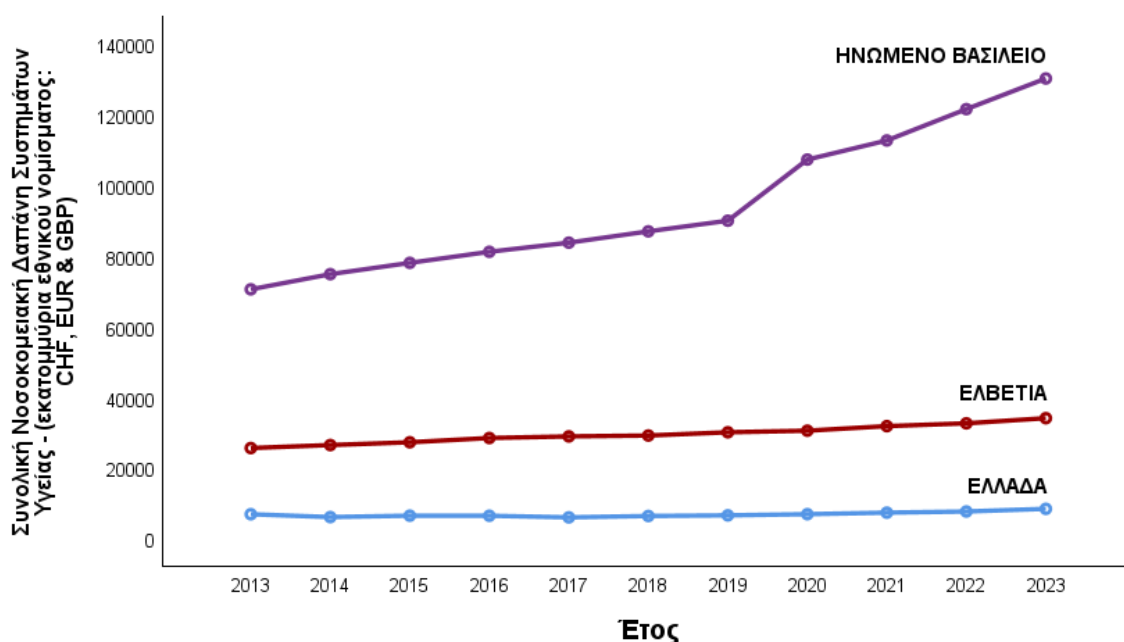
Πίνακας 7. Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου, σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό (%) επί της συνολικής, 2000-2023

ΕΤΟΣ	Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστήματος Υγείας (εκατ. εθνικού νομίσματος)			Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστήματος Υγείας κατά κεφαλήν ανά έτος (σε τρέχουσες τιμές)			Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστήματος Υγείας (% συνολικής)		
	ΕΛΒΕΤΙΑ (εκατ. CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (εκατ. EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (εκατ. GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ (CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	15.040	-	-	2.088	-	-	35,0	-	-
2001	16.282	-	-	2.256	-	-	35,6	-	-
2002	17.141	-	-	2.352	-	-	36,0	-	-
2003	17.884	5.706	-	2.436	526	-	36,2	37,7	-
2004	18.390	5.807	-	2.484	531	-	35,9	37,0	-
2005	18.450	6.584	-	2.484	602	-	35,3	38,5	-
2006	18.686	6.743	-	2.496	620	-	35,3	37,4	-
2007	19.557	7.498	-	2.592	685	-	35,3	38,3	-
2008	20.875	8.336	-	2.724	759	-	35,7	39,0	-
2009	21.904	9.430	-	2.832	856	-	35,9	42,2	-
2010	22.316	9.176	-	2.856	828	-	35,7	42,6	-
2011	23.153	7.241	-	2.928	656	--	36,0	38,7	-
2012	24.487	7.606	-	3.060	689	-	36,8	45,2	-
2013	25.620	6.860	70.607	3.168	626	1.100	36,9	45,2	39,7
2014	26.469	6.056	74.904	3.228	556	1.159	37,2	43,3	40,0
2015	27.256	6.456	78.111	3.288	596	1.200	37,1	44,5	41,0
2016	28.465	6.433	81.246	3.396	597	1.238	37,4	43,6	41,3
2017	28.922	5.972	83.832	3.420	555	1.270	37,1	41,4	41,4
2018	29.169	6.364	87.041	3.420	592	1.313	36,8	43,6	41,2
2019	30.087	6.545	90.056	3.504	610	1.351	36,8	43,5	40,3
2020	30.541	6.876	107.386	3.540	642	1.608	36,5	43,7	42,1
2021	31.833	7.311	112.803	3.660	713	1.684	35,7	43,8	40,8
2022	32.625	7.638	121.682	3.720	762	1.800	35,5	43,4	43,4
2023	34.090	8.392	130.366	3.840	816	1.909	36,2	44,3	43,7
2024	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από ΕΛΣΤΑΤ, FSO και OECD

Στο **Διάγραμμα 5** αποτυπώνεται η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης για την περίοδο **2013–2023**, δεκαετία για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα και συγκρίσιμα δεδομένα και για τις τρεις χώρες. Η συγκεκριμένη χρονική περίοδος είναι

ιδιαίτερα σημαντική, καθώς περιλαμβάνει τόσο την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής της Ελλάδας όσο και τις επιπτώσεις της πανδημίας στα συστήματα υγείας, επιτρέποντας την αξιολόγηση της προσαρμοστικότητας και της ανθεκτικότητας κάθε μοντέλου χρηματοδότησης.



Διάγραμμα 5. Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2013-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από ΕΛΣΤΑΤ, FSO και OECD

Στην **Ελλάδα**, η πορεία των νοσοκομειακών δαπανών επηρεάστηκε καθοριστικά από τη δημοσιονομική κρίση. Ειδικότερα, ενώ το **2009** οι δαπάνες ανέρχονταν σε EUR **9,4** δισ., το **2017** μειώθηκαν στα EUR **5,9** δισ., σημειώνοντας μια πτώση περίπου **36,6%**. Η σημαντική αυτή συρρίκνωση συνδέεται άμεσα με τη δημοσιονομική προσαρμογή της περιόδου της οικονομικής κρίσης. Από το **2018** και μετά παρατηρείται σταδιακή ανάκαμψη, με τις δαπάνες να φτάνουν τα EUR **8,3** δισ. το **2023**, χωρίς ωστόσο να έχουν επανέλθει στα επίπεδα προ κρίσης.

Η **Ελβετία** παρουσιάζει τη σταθερότερη διαχρονική πορεία. Από CHF **15** δισ. περίπου το **2000**, υπερδιπλασίασε τις νοσοκομειακές της δαπάνες, φτάνοντας τα CHF **34** δισ. το **2023**,

καταδεικνύοντας τη συνεχή και συστηματική ενίσχυση των νοσοκομειακών δομών, η οποία υποδηλώνει έναν μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** διαθέτει διαχρονικά το μεγαλύτερο συνολικό ύψος νοσοκομειακών δαπανών. Ιδιαίτερα εντυπωσιακή είναι η αύξηση κατά την περίοδο της πανδημίας, κατά την οποία, οι δαπάνες εκτινάχθηκαν από GBP 90 δισ. το 2019 στα GBP 107,3 δισ. το 2020, σημειώνοντας αύξηση 19,2% μέσα σε ένα μόλις έτος, φανερώνοντας μια ικανότητα ταχείας δημοσιονομικής αναπροσαρμογής σε συνθήκες εκτάκτων υγειονομικών αναγκών.

Συνολικά, η ανάλυση των απόλυτων μεγεθών καταδεικνύει ότι η Ελβετία χαρακτηρίζεται από σταθερή και διαχρονικά αυξανόμενη νοσοκομειακή χρηματοδότηση, η Ελλάδα από έντονες διακυμάνσεις και δημοσιονομικούς περιορισμούς κατά την περίοδο της κρίσης, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο από ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα δαπανών και ικανότητα άμεσης δημοσιονομικής ενίσχυσης σε περιόδους έκτακτης ανάγκης.

5.2.2 Νοσοκομειακή Δαπάνη κατά Κεφαλήν

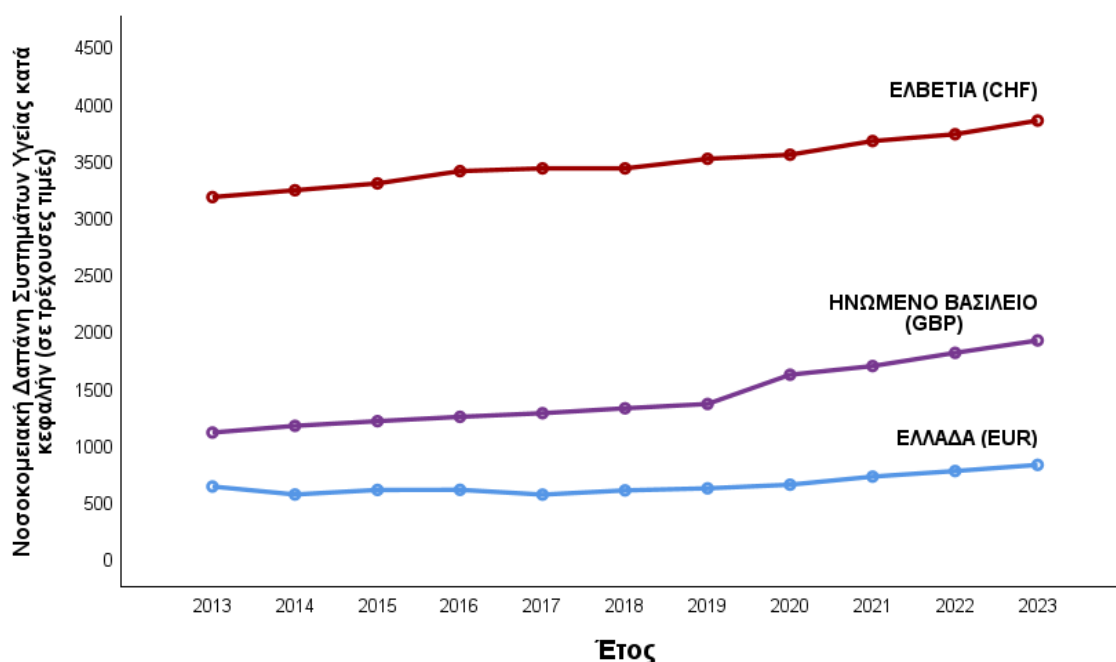
Η ανάλυση της κατά κεφαλήν νοσοκομειακής δαπάνης παρέχει ένα πιο ακριβές και συγκρίσιμο μέτρο αξιολόγησης της χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, καθώς εξουδετερώνει την επίδραση του μεγέθους του πληθυσμού και επιτρέπει την αποτύπωση του επιπέδου επένδυσης ανά πολίτη. Στο **Διάγραμμα 6** παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της κατά κεφαλήν νοσοκομειακής δαπάνης για την περίοδο 2013–2023, επιτρέποντας τη συγκριτική αξιολόγηση της κατανομής των πόρων μεταξύ των τριών χωρών.

Η **Ελλάδα** εμφανίζει τη χαμηλότερη κατά κεφαλήν νοσοκομειακή δαπάνη. Το 2022, η δαπάνη ανά κάτοικο διαμορφώθηκε σε EUR 762, επίπεδο ουσιαστικά αντίστοιχο με εκείνο του 2008 (EUR 759). Η παρατεταμένη αυτή στασιμότητα υποδηλώνει ότι η πραγματική επένδυση ανά πολίτη δεν ανέκτησε τη δυναμική της προ κρίσης περιόδου, παρά την αύξηση της συνολικής δαπάνης σε μεταγενέστερα έτη.

Στην **Ελβετία**, το 2023 η δαπάνη ανά κάτοικο ανέρχεται σε CHF 3.840, ποσό σχεδόν πενταπλάσιο της αντίστοιχης δαπάνης στην Ελλάδα (EUR 816) και περίπου διπλάσιο εκείνης του Ηνωμένου Βασιλείου (GBP 1.909). Το υψηλό αυτό επίπεδο επιβεβαιώνει τη συστηματική και διαχρονικά ισχυρή επένδυση της χώρας στον τομέα της νοσοκομειακής

περίθαλψης και συνάδει με τη στρατηγική σταθερής και αυξημένης χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζει σημαντική ενίσχυση κατά την τελευταία δεκαετία. Από το **2013**, όταν η κατά κεφαλήν δαπάνη ανερχόταν σε **GBP 1.100**, σχεδόν διπλασιάστηκε σε **GBP 1.909** το **2023**. Η εξέλιξη αυτή αντανακλά τη διαχρονική ενίσχυση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ιδίως κατά την περίοδο της πανδημίας.



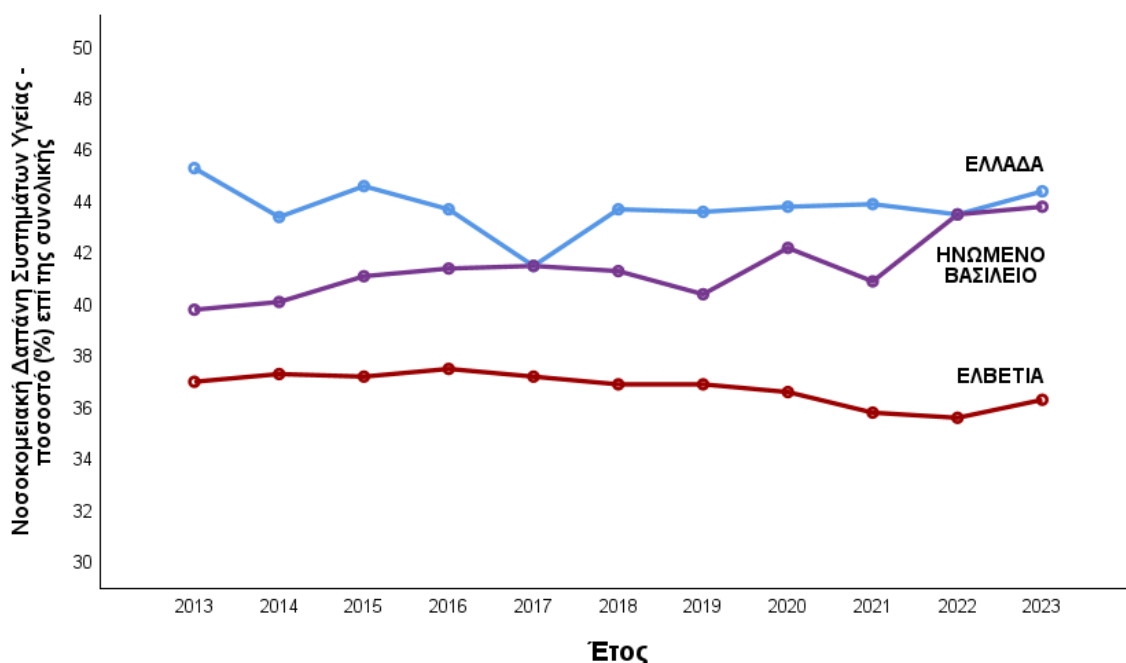
Διάγραμμα 6. Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε τρέχουσες τιμές (CHF, EUR, GBP), 2013-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO και OECD

Συνολικά, η συγκριτική ανάλυση καταδεικνύει το ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο επένδυσης ανά πολίτη στην Ελβετία και τη σημαντική πρόοδο του Ηνωμένου Βασιλείου, σε αντιδιαστολή με την ελληνική περίπτωση, όπου η περιορισμένη ανάκαμψη της κατά κεφαλήν δαπάνης αναδεικνύει τη διάκριση μεταξύ της ονομαστικής αύξησης των συνολικών μεγεθών και της πραγματικής, ουσιαστικής ενίσχυσης της χρηματοδότησης ανά κάτοικο.

5.2.3 Νοσοκομειακή Δαπάνη ως Ποσοστό % επί της Συνολικής

Ο δείκτης της νοσοκομειακής δαπάνης ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας συνιστά βασικό εργαλείο αξιολόγησης της λειτουργικής και χρηματοδοτικής δομής κάθε συστήματος υγείας, καθώς αποτυπώνει τη σχετική κατανομή των διαθέσιμων πόρων μεταξύ της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και των λοιπών τομέων παροχής υπηρεσιών, όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα, οι δράσεις πρόληψης και δημόσιας υγείας, η φαρμακευτική δαπάνη και οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (**Διάγραμμα 7**).



Διάγραμμα 7. Νοσοκομειακή Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Δαπάνης, 2013 - 2023

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από ΕΛΣΤΑΤ, FSO, OECD, ONS και World Bank Group

Η **Ελλάδα** διατηρεί διαχρονικά το υψηλότερο ποσοστό νοσοκομειακής δαπάνης επί της συνολικής δαπάνης υγείας, το οποίο υπερβαίνει το **40%** μετά το **2009** και κορυφώνεται στο **45,2%** κατά την περίοδο **2012–2013**. Η αυξημένη αυτή αναλογία υποδηλώνει έντονα νοσοκομειοκεντρική διάρθρωση του συστήματος υγείας, όπου η παροχή υπηρεσιών βασίζεται κυρίως στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, περιορίζοντας αναλογικά τη χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της πρόληψης, με πιθανές επιπτώσεις στη συνολική αποδοτικότητα του συστήματος.

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, το αντίστοιχο ποσοστό αυξάνεται σταδιακά από **39,7%** το **2013** σε **43,7%** το **2023**, προσεγγίζοντας τα επίπεδα της Ελλάδας. Η τάση αυτή αντανακλά την ενίσχυση του ρόλου των νοσοκομείων κατά την τελευταία δεκαετία, μια δυναμική που εντάθηκε ιδιαίτερα κατά την περίοδο της πανδημίας λόγω των αυξημένων πιέσεων για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Αντιθέτως, η **Ελβετία** εμφανίζει περισσότερο ισορροπημένη κατανομή πόρων, με το ποσοστό της νοσοκομειακής δαπάνης να διατηρείται σταθερά σε χαμηλότερα επίπεδα, περίπου μεταξύ **35%** και **37%**. Η δομή αυτή συνεπάγεται ότι το μεγαλύτερο μέρος των πόρων (**63–65%**) κατευθύνεται σε εναλλακτικές υπηρεσίες υγείας, όπως η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η πρόληψη και η φαρμακευτική κάλυψη, υποδηλώνοντας ένα πιο αποκεντρωμένο και πολυεπίπεδο μοντέλο υγείας.

Συνολικά, η συγκριτική ανάλυση του δείκτη αναδεικνύει τρεις διαφορετικές δομικές προσεγγίσεις: έντονα νοσοκομειοκεντρική στην Ελλάδα, σταδιακά ενισχυόμενη νοσοκομειακή έμφαση στο Ηνωμένο Βασίλειο και περισσότερο διαφοροποιημένη και ισορροπημένη κατανομή πόρων στην Ελβετία.

5.3 Φαρμακευτική Δαπάνη

Με βάση τα στοιχεία του **Πίνακα 8**, η φαρμακευτική δαπάνη στις τρεις χώρες, **Ελβετία**, **Ελλάδα** και **Ηνωμένο Βασίλειο**, παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο ως προς το ύψος της χρηματοδότησης όσο και ως προς τη διαχρονική της εξέλιξη.

Η συγκεκριμένη κατηγορία δαπανών αποτελεί κρίσιμο συντελεστή του συνολικού κόστους υγείας, καθώς συνδέεται άμεσα με την πρόσβαση των ασθενών σε θεραπείες, τη διαχείριση νοσημάτων και τον βαθμό ρύθμισης της αγοράς φαρμάκου. Η ανάλυση της συμβάλλει στην κατανόηση των χρηματοδοτικών προτεραιοτήτων κάθε χώρας και επιτρέπει την αξιολόγηση της βιωσιμότητας και της αποδοτικότητας των αντίστοιχων πολιτικών υγείας κατά την εξεταζόμενη περίοδο.

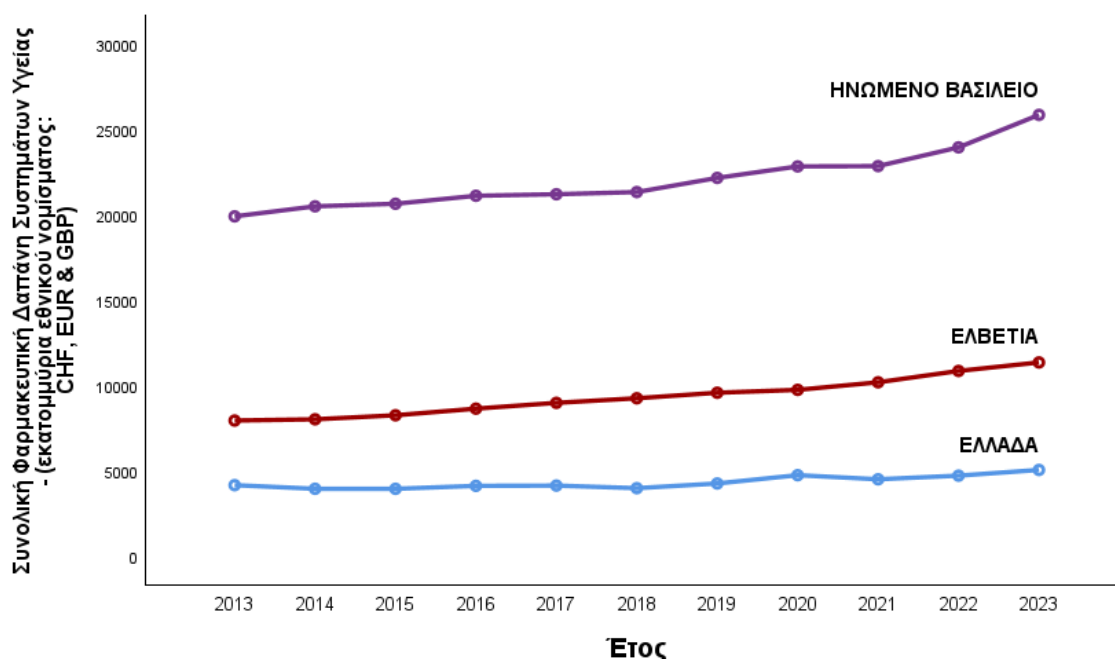
Πίνακας 8. Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου, σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό (%) επί της συνολικής, 2000-2023

	Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Συστήματος Υγείας (εκατ. εθνικού νομίσματος)			Φαρμακευτική Δαπάνη Συστήματος Υγείας κατά κεφαλήν ανά έτος (σε τρέχουσες τιμές)			Φαρμακευτική Δαπάνη Συστήματος Υγείας (% συνολικής)		
ΕΤΟΣ	ΕΛΒΕΤΙΑ (εκατ. CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (εκατ. EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (εκατ. GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ (CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	-	2.033	-	-	188	-	-	-	-
2001	-	2.319	-	-	213	-	-	-	-
2002	-	2.685	-	-	246	-	-	-	-
2003	-	3.714	-	-	340	-	-	24,5	-
2004	-	3.875	-	-	353	-	-	24,7	-
2005	-	4.256	-	-	387	-	-	24,9	-
2006	-	4.805	-	-	436	-	-	26,7	-
2007	-	5.246	-	-	474	-	-	26,8	-
2008	-	5.888	-	-	531	-	-	27,5	-
2009	-	6.111	-	-	550	-	-	27,3	-
2010	7.621	6.187	-	973	556	-	12,2	28,7	-
2011	7.656	5.790	-	967	521	-	11,9	30,9	-
2012	7.777	4.875	-	976	441	-	11,6	29,0	-
2013	7.950	4.162	19.919	982	379	310	11,4	27,4	11,2
2014	8.023	3.950	20.507	979	362	317	11,5	28,2	11,0
2015	8.258	3.948	20.657	997	365	317	11,2	27,2	10,8
2016	8.647	4.121	21.125	1.032	382	321	11,3	27,9	10,7
2017	8.987	4.137	21.215	1.063	384	321	11,5	28,7	10,4
2018	9.256	3.986	21.343	1.087	371	322	11,6	27,3	10,1
2019	9.580	4.261	22.173	1.117	397	332	11,7	28,3	9,9
2020	9.748	4.747	22.846	1.128	443	342	11,6	30,2	8,9
2021	10.192	4.507	22.865	1.170	426	341	11,4	27,0	8,1
2022	10.857	4.720	23.963	1.236	452	353	11,8	26,8	8,5
2023	11.356	5.055	25.867	1.277	485	379	12,0	26,7	8,6
2024	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO και OECD

5.3.1 Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη

Η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης για την περίοδο **2010–2023**, και ιδίως κατά τη δεκαετία **2013–2023**, κατά την οποία διατίθενται πλήρως συγκρίσιμα δεδομένα και για τις τρεις χώρες, αποτυπώνει διαφοροποιημένες στρατηγικές διαχείρισης του κόστους και χρηματοδότησης της φαρμακευτικής περίθαλψης, όπως παρουσιάζεται στο **Διάγραμμα 8**.



Διάγραμμα 8. Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2013-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO και OECD

Η περίοδος της έντονης δημοσιονομικής προσαρμογής της ελληνικής οικονομίας αλλά και η υγειονομική κρίση της πανδημίας, επέδρασαν σημαντικά στη φαρμακευτική κατανάλωση και στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Παράλληλα, η είσοδος καινοτόμων και υψηλού κόστους θεραπειών, η διεύρυνση της πρόσβασης σε βιολογικούς παράγοντες και οι μηχανισμοί ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης διαμόρφωσαν τη χρηματοδότηση κάθε χώρας.

Η **Ελλάδα** καταγράφει την εντονότερη διακύμανση στη φαρμακευτική δαπάνη, αντανakλώντας τις επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης και των πολιτικών συγκράτησης του κόστους. Από το **2000**, όταν η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ανερχόταν λίγο πάνω από EUR 2 δισ., σημείωσε ραγδαία αύξηση και υπερτριπλασιάστηκε μέσα σε μία δεκαετία, φθάνοντας σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα την περίοδο **2009–2010**, αγγίζοντας τα EUR 6 δισ. Στη συνέχεια, ακολούθησε σημαντική συρρίκνωση λόγω δημοσιονομικών προσαρμογών, με τη δαπάνη να περιορίζεται στα EUR 3,6 δισ. το **2015**. Έκτοτε, παρατηρείται σταδιακή ανάκαμψη, με τη φαρμακευτική δαπάνη να διαμορφώνεται σε EUR 5 δισ. το **2023**, χωρίς ωστόσο να έχει επανέλθει στα προ της κρίσης επίπεδα.

Η **Ελβετία** εμφανίζει σταθερή και ελεγχόμενη αναπτυξιακή πορεία στη φαρμακευτική δαπάνη. Από CHF 7,6 δισ. το **2010**, η δαπάνη αυξήθηκε σε CHF 11,3 δισ. το **2023**, καταγράφοντας αύξηση περίπου **49%** σε διάστημα 13 ετών. Η μεταβολή αυτή χαρακτηρίζεται από ομαλή και γραμμική εξέλιξη, χωρίς έντονες διακυμάνσεις, γεγονός που υποδηλώνει ένα σύστημα με υψηλή αγοραστική ισχύ και σταθερό χρηματοδοτικό πλαίσιο.

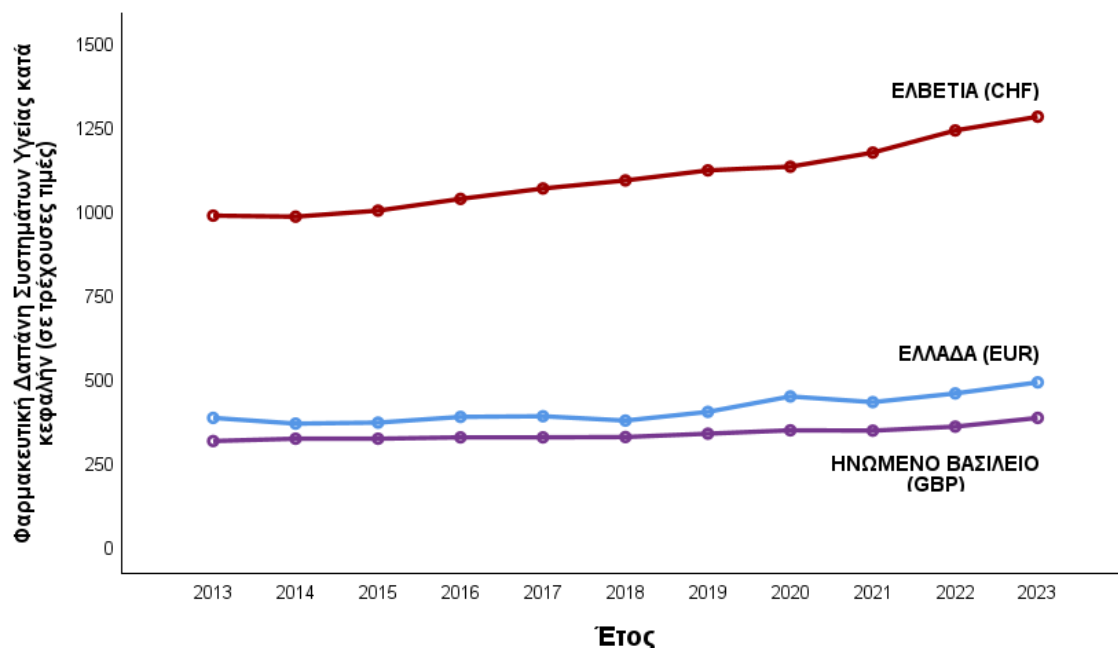
Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζει συγκριτικά πιο συγκρατημένη αύξηση, διατηρώντας ωστόσο τα υψηλότερα απόλυτα μεγέθη, γεγονός που συνδέεται με το μέγεθος του πληθυσμού και την κλίμακα του συστήματος υγείας. Από GBP 19,9 δισ. το **2013**, η δαπάνη ανήλθε στα GBP 25,8 δισ. το **2023**, καταγράφοντας σταδιακή ανοδική πορεία, με εντονότερη ενίσχυση κατά την περίοδο της πανδημίας.

Συνολικά, η συγκριτική ανάλυση αναδεικνύει τρεις διακριτές τάσεις: την έντονη δημοσιονομική προσαρμογή και τη μερική μεταγενέστερη ανάκαμψη στην Ελλάδα, μια σταθερή και προβλέψιμη αύξηση στην Ελβετία και την ελεγχόμενη ανοδική πορεία στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι διαφοροποιήσεις αυτές αντανακλούν τις επιμέρους πολιτικές διαχείρισης της φαρμακευτικής δαπάνης και το ευρύτερο θεσμικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο κάθε χώρας.

5.3.2 Φαρμακευτική Δαπάνη κατά Κεφαλήν

Η ανάλυση της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης παρέχει ακριβέστερη αποτύπωση της πραγματικής επένδυσης σε φαρμακευτικά προϊόντα ανά πολίτη, ανεξαρτήτως του συνολικού μεγέθους ή της κλίμακας του συστήματος υγείας. Ο συγκεκριμένος δείκτης

επιτρέπει την ουσιαστικότερη σύγκριση μεταξύ των τριών χωρών, καθώς εξουδετερώνει την επίδραση του πληθυσμιακού παράγοντα και αναδεικνύει το επίπεδο χρηματοδοτικής επιβάρυνσης ή στήριξης ανά άτομο, όπως αποτυπώνεται στο **Διάγραμμα 9**.



Διάγραμμα 9. Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας κατά κεφαλήν για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο σε τρέχουσες τιμές (CHF, EUR, GBP), 2013-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO και OECD

Στην **Ελβετία**, η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ανέρχεται σε CHF **1.277** το **2023**, έναντι CHF **973** του **2010**, καταγράφοντας σημαντική αύξηση σε βάθος δεκαετίας. Το διαχρονικά υψηλό επίπεδο δαπάνης ανά πολίτη αντανακλά την αυξημένη αγοραστική δύναμη, την εκτεταμένη πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες και τα σχετικά υψηλά επίπεδα τιμολόγησης φαρμάκων που χαρακτηρίζουν το ελβετικό σύστημα υγείας.

Στην **Ελλάδα**, η κατά κεφαλήν δαπάνη παρουσίασε έντονες διακυμάνσεις, αντανακλώντας τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών συγκράτησης της δαπάνης. Από EUR **556** το **2010**, έχοντας σχεδόν τριπλασιαστεί σε σχέση με το **2000** (EUR **118**), η δαπάνη μειώθηκε σε EUR **362** το **2014**. Στη συνέχεια, κατέγραψε μερική ανάκαμψη, καθώς διαμορφώθηκε σε EUR **485** το **2023**. Παρά την βελτίωση αυτή, η δαπάνη παραμένει χαμηλότερη από τα προ κρίσης επίπεδα και σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με την

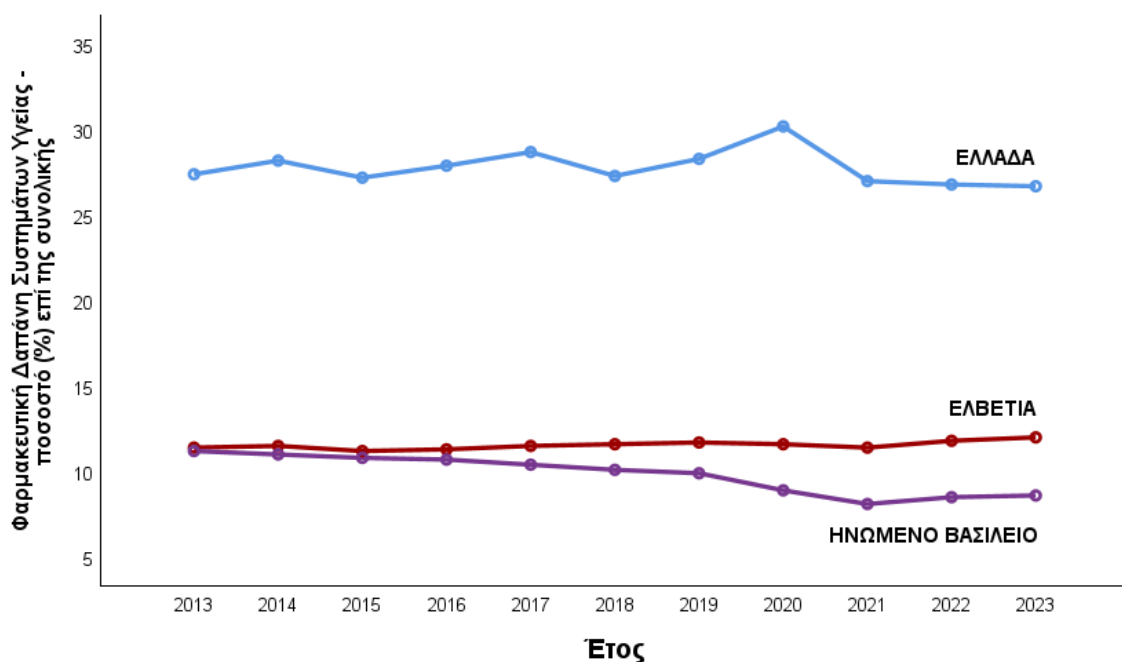
Ελβετία, αν και εξακολουθεί να υπερβαίνει την αντίστοιχη κατά κεφαλήν δαπάνη του Ηνωμένου Βασιλείου. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η Ελλάδα διαθέτει σχετικά αναλογικά αυξημένους πόρους ανά πολίτη για φαρμακευτική περίθαλψη σε σχέση με το συνολικό μέγεθος και τη χρηματοδοτική βάση του συστήματος υγείας, χωρίς όμως να επιτυγχάνει υψηλό απόλυτο επίπεδο επένδυσης.

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται σταδιακά από **GBP 310 το 2013 σε GBP 379 το 2023**, καταδεικνύοντας ήπια αλλά σταθερή ανοδική τάση. Παρά το υψηλό συνολικό επίπεδο δαπανών του βρετανικού συστήματος υγείας, η φαρμακευτική δαπάνη ανά πολίτη παραμένει χαμηλότερη τόσο από την ελληνική όσο και, σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, από την ελβετική. Η εξέλιξη αυτή συνδέεται με τους μηχανισμούς διαπραγμάτευσης τιμών, τις διαδικασίες αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας (NICE) και τον ελεγχόμενο ρυθμό ένταξης και αποζημίωσης καινοτόμων θεραπειών.

Συνολικά, η συγκριτική αποτίμηση αναδεικνύει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ένταση της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής επένδυσης. Η Ελβετία διατηρεί υπερδιπλάσιο επίπεδο δαπάνης σε σχέση με την Ελλάδα και σημαντικά υψηλότερο από το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ η Ελλάδα υπερβαίνει τη βρετανική δαπάνη ανά πολίτη, παρά το μικρότερο μέγεθος και τη χαμηλότερη συνολική χρηματοδοτική ικανότητα του συστήματός της. Οι διαφορές αυτές αντανακλούν αποκλίσεις στην οικονομική ισχύ, στην πολιτική τιμολόγησης, στη διείσδυση καινοτόμων φαρμάκων και στα πρότυπα φαρμακευτικής κατανάλωσης κάθε χώρας.

5.3.3 Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό % επί της Συνολικής

Η διαχρονική εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας αποτελεί κρίσιμο δείκτη για την κατανόηση της εσωτερικής διάρθρωσης και των χρηματοδοτικών προτεραιοτήτων κάθε συστήματος υγείας. Ο συγκεκριμένος δείκτης δεν αποτυπώνει απλώς το ύψος των δαπανών, αλλά αναδεικνύει τη σχετική βαρύτητα της φαρμακευτικής περίθαλψης στο συνολικό σύστημα υγείας. Η συγκριτική ανάλυση των τριών χωρών, **Διάγραμμα 10**, επιτρέπει την αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο κάθε σύστημα υγείας βασίζεται στη φαρμακευτική παρέμβαση ως κεντρικό άξονα θεραπευτικής στρατηγικής και κατανομής πόρων.



Διάγραμμα 10. Φαρμακευτική Δαπάνη Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Δαπάνης, 2013 - 2023

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από FSO και OECD

Η **Ελλάδα** καταγράφει διαχρονικά το υψηλότερο ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης επί της συνολικής, με τιμές που κυμαίνονται κυρίως μεταξύ **24%** και **30%**, ενώ σε ορισμένα έτη υπερβαίνουν το **30%**. Το **2023** το ποσοστό διαμορφώνεται στο **26,7%**. Το γεγονός ότι περισσότερο από το ένα τέταρτο των συνολικών δαπανών υγείας κατευθύνεται στη φαρμακευτική περίθαλψη υποδηλώνει αυξημένη σχετική βαρύτητα του φαρμάκου στη διάρθρωση του συστήματος. Η υψηλή αυτή αναλογία μπορεί να ερμηνευθεί είτε ως ένδειξη αυξημένης φαρμακευτικής κατανάλωσης είτε — σε μεγαλύτερο βαθμό — ως απόρροια της συγκριτικά περιορισμένης χρηματοδότησης άλλων τομέων του συστήματος υγείας, όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα και οι υπηρεσίες πρόληψης, γεγονός που επηρεάζει τη συνολική κατανομή των πόρων.

Η **Ελβετία** διατηρεί διαχρονικά χαμηλότερα και αξιοσημείωτα σταθερά ποσοστά φαρμακευτικής δαπάνης επί της συνολικής δαπάνης υγείας, τα οποία κυμαίνονται περίπου μεταξύ **11%** και **12%**, όπως και το **2023**. Η σχετική σταθερότητα του δείκτη υποδηλώνει ισορροπημένη κατανομή πόρων, όπου η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται παράλληλα με

τη συνολική δαπάνη υγείας, χωρίς ουσιώδη μεταβολή της αναλογικής της συμμετοχής στο σύστημα.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** καταγράφει τα χαμηλότερα ποσοστά φαρμακευτικής δαπάνης, τα οποία κυμαίνονται περίπου μεταξύ **8%** και **11%**, με την τιμή να διαμορφώνεται στο **8,6%** το **2023**. Η περιορισμένη αναλογική συμμετοχή

του φαρμάκου στο σύνολο των υγειονομικών πόρων υποδηλώνει την εφαρμογή αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου και συγκράτησης του κόστους, καθώς και τη συστηματική εφαρμογή διαδικασιών αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας.

Συνολικά, η συγκριτική ανάλυση καταδεικνύει τρία διαφορετικά διαρθρωτικά πρότυπα:

- Στην Ελλάδα, η φαρμακευτική δαπάνη καταλαμβάνει ιδιαίτερα υψηλό μερίδιο του συνολικού προϋπολογισμού υγείας, γεγονός που υποδηλώνει αυξημένη σχετική βαρύτητα της φαρμακευτικής περίθαλψης στο σύστημα.
- Στην Ελβετία, η αναλογία παραμένει σταθερή και ισορροπημένη.
- Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η φαρμακευτική δαπάνη διατηρείται σε σχετικά χαμηλό επίπεδο ως ποσοστό του συνόλου.

Η απόκλιση μεταξύ του **26,7%** της Ελλάδας και του **8,6%** του Ηνωμένου Βασιλείου το **2023** αναδεικνύει σαφώς τις διαφοροποιήσεις στη φιλοσοφία κατανομής των πόρων και στον βαθμό διαρθρωτικής εξάρτησης των συστημάτων υγείας από τη φαρμακευτική παρέμβαση.

6. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας

Στους Πίνακες 9 & 10 παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν τη συνολική χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, το τμήμα αυτής που προέρχεται από τον δημόσιο τομέα, καθώς και το μέρος που καλύπτεται από άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών.

Πίνακας 9. Συνολική Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας και Δημόσια Χρηματοδότηση σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος και ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023

ΕΤΟΣ	Συνολική Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας (εκατ. εθνικού νομίσματος)			Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας από το Δημόσιο Τομέα (εκατ. εθνικού νομίσματος)			Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας από το Δημόσιο Τομέα (% συνολικής)		
	ΕΛΒΕΤΙΑ (εκατ. CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (εκατ. EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (εκατ. GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ (εκατ. CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (εκατ. EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (εκατ. GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	43.453	10.231	78.655	6.016	6.305	59.304	13,8	61,6	75,4
2001	46.143	12.157	85.190	7.100	7.684	64.301	15,3	63,2	75,5
2002	48.002	13.459	93.641	7.951	8.137	71.529	16,5	60,4	76,4
2003	49.807	15.116	101.323	8.250	9.049	78.902	16,5	59,8	77,9
2004	51.748	15.679	110.072	8.125	9.191	87.754	15,7	58,6	79,7
2005	52.823	17.064	117.230	8.239	10.381	94.758	15,5	60,8	80,8
2006	53.501	17.992	125.708	8.165	11.084	102.994	15,2	61,6	81,9
2007	55.957	19.541	135.316	8.566	12.337	108.281	15,3	63,1	80,0
2008	59.052	21.362	143.949	10.283	13.957	116.387	17,4	65,3	80,9
2009	61.655	22.344	152.393	11.186	15.265	125.480	18,1	68,3	82,3
2010	63.062	21.508	157.445	12.196	14.820	128.481	19,3	68,9	81,6
2011	65.974	18.690	162.881	12.935	12.280	132.449	19,6	65,7	81,3
2012	70.585	16.811	169.543	14.317	11.113	136.467	20,2	66,1	80,5
2013	72.120	15.178	177.973	14.441	9.423	140.434	20,0	62,0	78,9
2014	72.967	13.986	185.820	14.772	8.050	146.819	20,2	57,5	79,0
2015	74.680	14.497	190.504	15.128	8.470	150.363	20,2	58,4	78,9
2016	77.382	14.742	196.592	15.718	9.050	156.171	20,3	61,3	79,4
2017	80.066	14.391	202.098	16.251	8.715	159.453	20,2	60,5	78,9
2018	82.690	14.580	210.817	16.239	8.634	165.931	19,6	59,2	78,7
2019	83.899	15.031	222.935	16.650	9.246	176.196	19,8	61,5	79,0
2020	86.138	15.716	254.603	18.803	9.716	212.607	21,8	61,8	83,5
2021	90.624	16.670	276.156	20.206	10.358	229.762	22,2	62,1	83,2
2022	93.148	17.562	280.353	20.518	10.881	228.541	22,0	61,9	81,5
2023	94.928	18.902	297.994	18.827	11.505	242.035	19,8	60,8	81,2
2024	-	19.272	317.411	-	11.504	258.060	-	59,6	81,3

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO, OECD και ONS

Πίνακας 10. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών σε εκατομμύρια εθνικού νομίσματος και ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023

ΕΤΟΣ	Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών (εκατ. εθνικού νομίσματος)			Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών (% συνολικής)		
	ΕΛΒΕΤΙΑ (εκατ. CHF)	ΕΛΛΑΔΑ (εκατ. EUR)	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ (εκατ. GBP)	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	30.957	-	14.329	71,2	-	18,2
2001	32.303	-	15.374	70,0	-	18,0
2002	33.142	-	16.283	69,0	-	17,4
2003	34.469	5.729	16.366	69,2	37,9	16,1
2004	36.008	6.108	16.178	69,5	38,9	14,6
2005	37.388	6.292	15.744	70,7	36,8	13,4
2006	37.935	6.485	15.525	70,9	36,0	12,4
2007	39.817	6.687	19.520	71,1	34,2	14,4
2008	41.248	6.880	19.410	69,8	32,2	13,5
2009	42.705	6.592	18.890	69,2	29,5	12,4
2010	43.091	6.078	20.741	68,3	28,2	13,2
2011	44.902	5.823	21.736	68,0	31,1	13,3
2012	47.774	5.118	24.016	67,6	30,4	14,2
2013	48.672	5.121	28.048	67,4	33,7	15,8
2014	48.822	5.202	29.255	66,9	37,2	15,7
2015	49.993	5.224	30.224	66,9	36,0	15,9
2016	51.682	5.057	30.825	66,7	34,3	15,7
2017	53.949	5.036	31.989	67,3	34,9	15,8
2018	55.864	5.260	34.107	67,4	36,0	16,2
2019	56.845	5.057	35.752	67,7	33,6	16,0
2020	56.914	5.256	31.596	66,0	33,4	12,4
2021	59.393	5.554	35.963	65,5	33,3	13,0
2022	61.611	5.890	40.318	66,1	33,5	14,4
2023	64.514	6.484	43.595	68,0	34,3	14,6
2024	-	-	46.200	-	-	14,6

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO, OECD και ONS

Η διπλή αυτή αποτύπωση, σε απόλυτους αριθμούς και σε ποσοστιαία αναλογία, παρέχει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί το συνολικό ύψος των διαθέσιμων πόρων σε κάθε χώρα, αλλά και να αναλυθεί η εσωτερική διάρθρωση της χρηματοδότησης. Ειδικότερα, αναδεικνύεται ο βαθμός συμμετοχής του κράτους, των υποχρεωτικών ή ιδιωτικών ασφαλιστικών μηχανισμών και των ίδιων των πολιτών στη διαμόρφωση της συνολικής υγειονομικής δαπάνης.

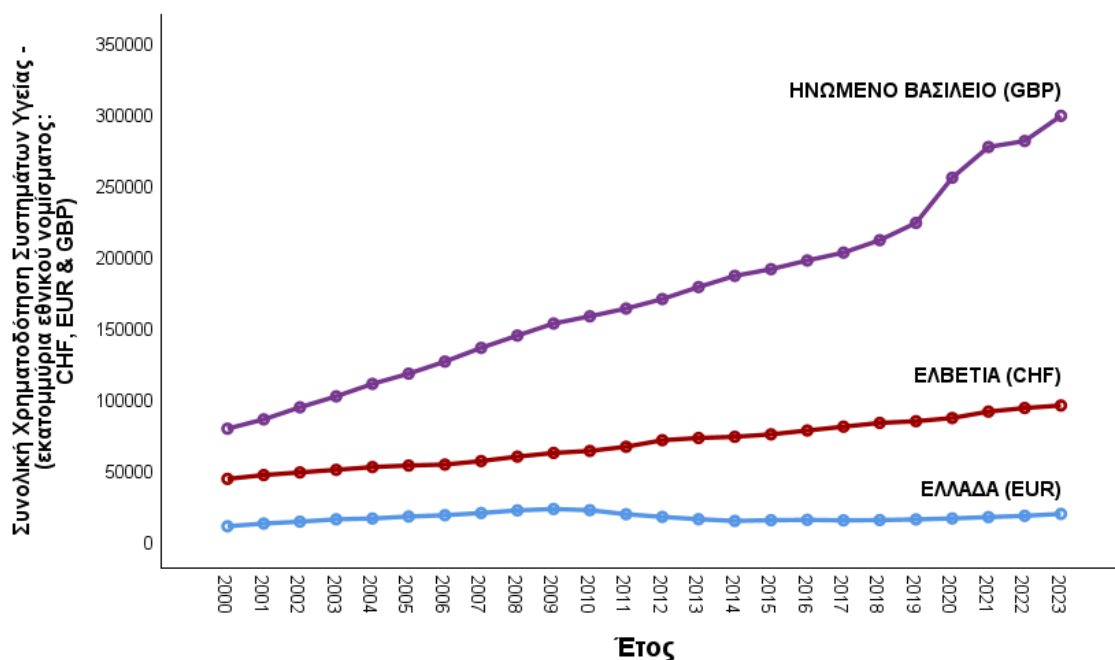
Η προσέγγιση αυτή καθιστά εφικτή τη σύγκριση της βιωσιμότητας, του επιπέδου κοινωνικής προστασίας και της λειτουργίας κάθε συστήματος υγείας. Παράλληλα, επιτρέπει την αξιολόγηση του βαθμού οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών και την εκτίμηση πιθανών κινδύνων ανισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

6.1 Συνολική Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας

Η εξέλιξη της συνολικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας συνιστά σημαντικό δείκτη της δημοσιονομικής ικανότητας και της στρατηγικής της υγείας στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής. Η συγκριτική ανάλυση των τριών χωρών, όπως αποτυπώνεται στο **Διάγραμμα 11**, αναδεικνύει διαφοροποιημένα πρότυπα χρηματοδοτικής εξέλιξης, αναπτυξιακής δυναμικής και θεσμικής ανθεκτικότητας, τα οποία σχετίζονται με το μοντέλο οργάνωσης του συστήματος υγείας, τη δημοσιονομική ευελιξία, τις επιπτώσεις εξωγενών παραγόντων (οικονομικών ή υγειονομικών κρίσεων) και τη δομή των μηχανισμών κατανομής πόρων.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο**, το οποίο λειτουργεί βάσει του μοντέλου Beveridge μέσω του NHS, παρουσιάζει συνεχή και σημαντική αύξηση της χρηματοδότησης για το σύστημα υγείας κατά την περίοδο 2000–2024. Η συνολική χρηματοδότηση αυξήθηκε από GBP **78,6** δισ. το **2000** σε GBP **157,4** δισ. το **2010**, εν συνεχεία σε GBP **222,9** δισ. το **2019** και διαμορφώθηκε σε GBP **317,4** δισ. το **2024**, καταγράφοντας σχεδόν τετραπλασιασμό σε διάστημα 24 ετών. Η διαχρονική αυτή εξέλιξη χαρακτηρίζεται από σταθερή ανοδική τάση, με απότομη επιτάχυνση σε περιόδους κρίσεων, όπως κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όταν η χρηματοδότηση αυξήθηκε από περίπου GBP **176** δισ. το **2019** σε GBP **212** δισ. το **2020**, καταγράφοντας ετήσια αύξηση της τάξης του **20%**.

Η **Ελβετία** παρουσιάζει διαχρονικά μια ιδιαίτερα σταθερή αύξηση της χρηματοδότησης για το σύστημα υγείας κατά την περίοδο **2000–2023**. Συγκεκριμένα, η συνολική χρηματοδότηση αυξήθηκε από CHF **43,5** δισ. το **2000** σε CHF **63,1** δισ. το **2010**, σε CHF **83,9** δισ. το **2019** και σε CHF **94,9** δισ. το **2023**. Η πορεία αυτή χαρακτηρίζεται από συνεχή ανάπτυξη, χωρίς έντονες διακυμάνσεις ή απότομες προσαρμογές, ακόμη και σε περιόδους διεθνών οικονομικών αναταράξεων.



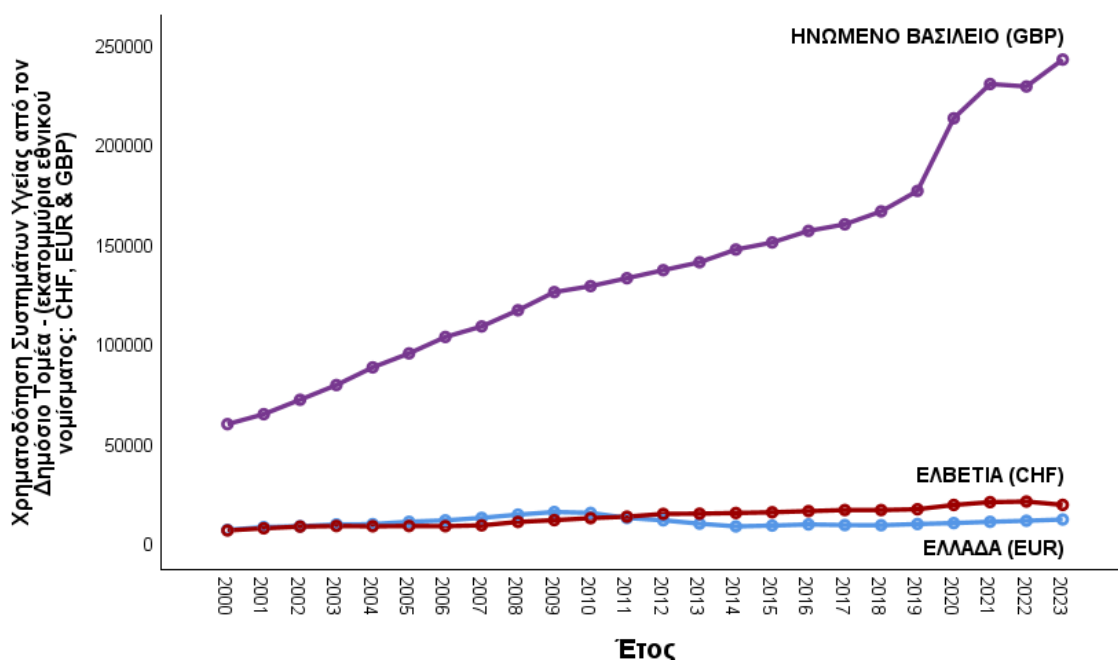
Διάγραμμα 11. Συνολική Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2000-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO, ONS και OECD

Η **Ελλάδα** παρουσιάζει έντονα μη γραμμική πορεία στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας κατά την περίοδο 2000–2024, η οποία συνδέεται άμεσα με τις επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης της προηγούμενης δεκαετίας. Η συνολική χρηματοδότηση αυξήθηκε από EUR 10,2 δισ. το 2000, για να φτάσει σε κορύφωση EUR 22,3 δισ. το 2009. Αμέσως μετά, ακολούθησε σημαντική συρρίκνωση λόγω δημοσιονομικής προσαρμογής, με το κατώτατο σημείο να καταγράφεται το 2014 στα EUR 14 δισ. Η μεταγενέστερη ανάκαμψη οδήγησε τη χρηματοδότηση στα EUR 19,3 δισ. το 2024, χωρίς ωστόσο να έχει επιτευχθεί πλήρης επαναφορά στα επίπεδα προ κρίσης. Συνολικά, η χρηματοδοτική πορεία της Ελλάδας κατά την περίοδο 2000–2024 μπορεί να αποτυπωθεί σε τρεις διακριτές φάσεις: α) περίοδο ανόδου 2000–2009, β) περίοδο δημοσιονομικής προσαρμογής 2010–2014, η οποία οδήγησε σε μείωση της χρηματοδότησης κατά περίπου 37% σε σχέση με την κορύφωση και γ) περίοδο μερικής ανάκαμψης και σταθεροποίησης μετά το 2017, χωρίς όμως πλήρη αποκατάσταση των επιπέδων του 2009.

6.1.1 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα

Η ανάλυση της χρηματοδότησης από τον δημόσιο τομέα, σε απόλυτα μεγέθη, παρέχει μια σαφή εικόνα της πραγματικής δημοσιονομικής δέσμευσης κάθε κράτους προς τη διασφάλιση της λειτουργίας και της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας. Τα διαθέσιμα δεδομένα, όπως παρουσιάζονται στο **Διάγραμμα 12**, αναδεικνύουν διαφοροποιημένα πρότυπα εξέλιξης της δημόσιας χρηματοδότησης στις τρεις χώρες, τα οποία αντανακλούν τόσο τη θεσμική δομή των συστημάτων υγείας όσο και τον βαθμό οικονομικής ανθεκτικότητας.



Διάγραμμα 12. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από τον Δημόσιο Τομέα σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2000-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO, ONS και OECD

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζει διαχρονικά μια πολιτική συνεχούς ενίσχυσης της δημόσιας χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Το **2000**, η δημόσια δαπάνη ανερχόταν σε **GBP 59,3** δισ., ενώ έως το **2019** είχε αυξηθεί στα **GBP 176,2** δισ., ακολουθώντας σταθερή ανοδική πορεία. Κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης (2020–2024), καταγράφηκε περαιτέρω σημαντική αύξηση, με τη δαπάνη να ανέρχεται σε **GBP 212,6** δισ. το **2020**, και να φθάνει περίπου τα **GBP 258** δισ. το **2024**. Συνολικά, παρατηρείται

υπερτετραπλασιασμός των δημόσιων πόρων σε χρονικό ορίζοντα 24 ετών, γεγονός που επιβεβαιώνει τον ρόλο του κράτους ως κεντρικού και κυρίαρχου χρηματοδότη του συστήματος υγείας.

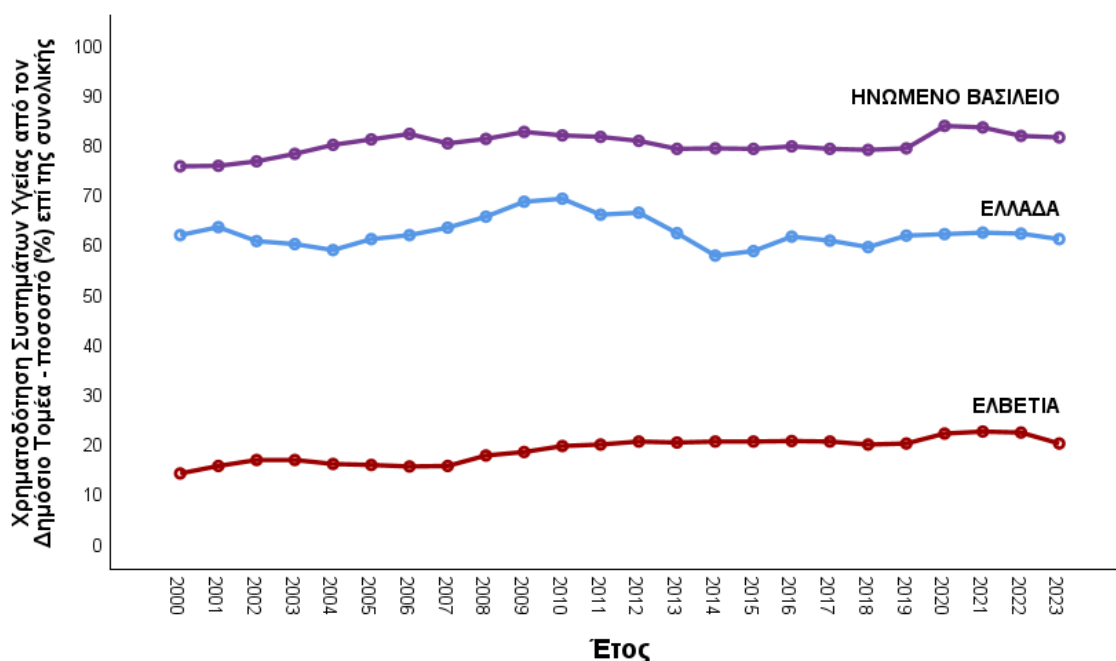
Η **Ελλάδα** εμφανίζει έντονα κυκλική και ασταθή πορεία στη δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Κατά την πρώτη περίοδο (**2000–2009**), η δημόσια χρηματοδότηση αυξήθηκε σημαντικά από EUR **6,3** δισ. σε EUR **15,2** δισ. Ωστόσο, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (2010–2014), σημειώθηκε δραματική συρρίκνωση, με τη χρηματοδότηση να περιορίζεται στα EUR **8** δισ., δηλαδή απώλεια σχεδόν **50%** μέσα σε μια πενταετία. Παρά τη σταδιακή ανάκαμψη της, η οποία έφθασε τα EUR **11,5** δισ. έως το **2024**, τα επίπεδα αυτά παραμένουν χαμηλότερα από εκείνα του **2008** (EUR **13,9** δισ.). Η εξέλιξη αυτή υποδηλώνει τη διατήρηση ενός μόνιμου χρηματοδοτικού κενού και περιορισμένη ικανότητα δημοσιονομικής ανταπόκρισης σε περιόδους οικονομικής αστάθειας.

Αντιθέτως, η **Ελβετία** παρουσιάζει σταθερή και προγραμματισμένη αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Από CHF **6** δισ. το **2000**, η χρηματοδότηση αυξήθηκε διαχρονικά, φθάνοντας τα CHF **20,5** δισ. το **2022**. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τόσο η Ελβετία όσο και η Ελλάδα εκκινούν από παρόμοια επίπεδα δημόσιας δαπάνης το **2000** (περίπου **6 δισ.** σε τοπικό νόμισμα). Ωστόσο η ελβετική χρηματοδότηση χαρακτηρίζεται από συνεχή και σχεδόν τριπλασιασμό των πόρων, χωρίς απότομες διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια των ετών, γεγονός που υποδηλώνει υψηλότερο βαθμό δημοσιονομικής σταθερότητας και μακροχρόνιου σχεδιασμού.

Συμπερασματικά, το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζει έντονα αυξητική πορεία της δημόσιας δαπάνης υγείας, επιβεβαιώνοντας το ρόλο του κράτους ως βασικού εγγυητή της χρηματοδότησης και μηχανισμού σταθεροποίησης μέσω της διαρκούς ενίσχυσης του NHS, ιδίως σε περιόδους κρίσεων. Αντίθετα, η Ελλάδα εμφανίζεται ευάλωτη στις οικονομικές διακυμάνσεις, γεγονός που οδήγησε σε ουσιαστική μείωση της χρηματοδότησης κατά την περίοδο της δημοσιονομικής κρίσης και σε ανάκαμψη η οποία δεν έχει ακόμη αποκαταστήσει τα προ κρίσης επίπεδα. Τέλος, η Ελβετία ακολουθεί σταθερή και προβλέψιμη πορεία ενίσχυσης της δημόσιας χρηματοδότησης, στοιχείο που συνάδει με συνεκτικό δημοσιονομικό σχεδιασμό και υψηλό βαθμό χρηματοδοτικής σταθερότητας.

6.1.2 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από τον Δημόσιο Τομέα ως Ποσοστό % επί της Συνολικής

Η ανάλυση της ποσοστιαίας συμμετοχής του δημόσιου τομέα στη συνολική χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αποκαλύπτει διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης σε κάθε χώρα. Ο συγκεκριμένος δείκτης παρέχει πληροφορίες όχι μόνο για το απόλυτο ύψος των δημόσιων δαπανών, αλλά και για τη σχετική βαρύτητα που αποδίδεται στην κρατική χρηματοδότηση σε σχέση με τις ιδιωτικές συνεισφορές, αποκαλύπτοντας το βαθμό κοινωνικής προστασίας, τη θεσμική σταθερότητα και την κατεύθυνση των χρηματοδοτικών επιλογών. Όπως αποτυπώνεται στο **Διάγραμμα 13**, οι αποκλίσεις στην αναλογία δημόσιας χρηματοδότησης αντανακλούν την ένταση της οικονομικής συμμετοχής του κράτους, τον προσανατολισμό στη συλλογική κάλυψη υγειονομικών αναγκών και το βαθμό στον οποίο το σύστημα προστατεύει τα νοικοκυριά από άμεσες δαπάνες υγείας.



Διάγραμμα 13. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από τον Δημόσιο Τομέα ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης, 2000-2023

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από FSO, ONS και OECD

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, η ποσοστιαία συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας διατηρήθηκε σε υψηλά και σταθερά επίπεδα καθ' όλη την περίοδο **2000–2024**. Από **75,4%** το **2000**, η δημόσια συμμετοχή σταθεροποιήθηκε πάνω από το **80%** μετά το **2005**, αγγίζοντας το **83,5%** το **2020** κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν το ρόλο του κράτους ως κύριου εγγυητή της χρηματοδότησης, διασφαλίζοντας την ελάχιστη έκθεση των νοικοκυριών σε άμεσες πληρωμές και προσφέροντας ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας.

Η **Ελβετία** ξεκίνησε από χαμηλή δημόσια συμμετοχή **13,8%** το **2000** και κατάφερε να ενισχύσει σταδιακά το ρόλο του κράτους, με σταθεροποίηση περίπου στο **20%** μετά το **2012**, καταγράφοντας το μέγιστο ποσοστό **22,2%** το **2021**. Παρά την αύξηση αυτή, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης εξακολουθεί να προέρχεται από μη δημόσιες πηγές, καθιστώντας το σύστημα κυρίως ιδιωτικό με περιορισμένη εξάρτηση από τη δημόσια ενίσχυση.

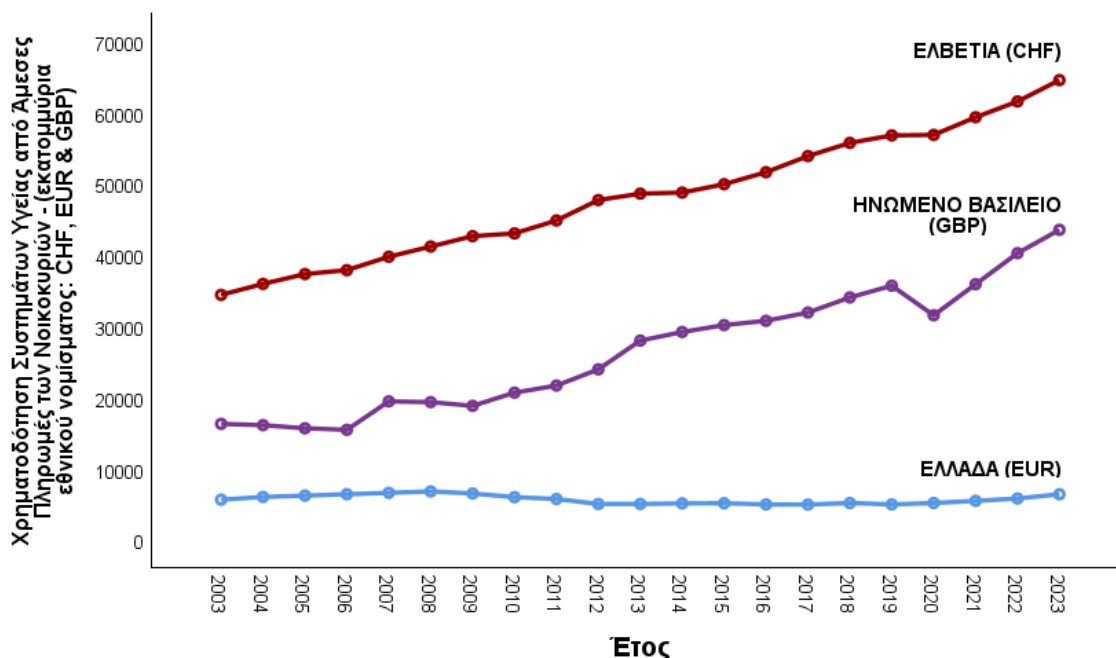
Σε αντίθεση με τη σταθερότητα των δύο άλλων χωρών, η χρηματοδότηση στην **Ελλάδα** από τον δημόσιο τομέα παρουσίασε σταδιακή αύξηση, από το **61,6%** το **2000** έως το μέγιστο **68,9%** το **2010**, και στη συνέχεια ακολούθησε μια έντονα φθίνουσα πορεία, φτάνοντας στο **59,6%** το **2024**, το χαμηλότερο επίπεδο της τελευταίας 20ετίας. Η υποχώρηση αυτή αποτυπώνει μια μετατόπιση της χρηματοδότησης προς ιδιωτικές πηγές, ενισχύοντας τις κοινωνικές ανισότητες και καθιστώντας το ελληνικό σύστημα έντονα μεικτό και ευάλωτο.

Συμπερασματικά, παρατηρείται ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, σταδιακή αύξηση της δημόσιας συμμετοχής από χαμηλή βάση στην **Ελβετία**, ενώ η **Ελλάδα** εμφανίζει συνεχή πτώση την τελευταία 15ετία. Η διατήρηση ποσοστού άνω του **80%** στο **Ηνωμένο Βασίλειο** υποδηλώνει μέγιστη προστασία από οικονομική επιβάρυνση λόγω ασθένειας, σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου η πτώση της κάτω από το **60%** δημιουργεί ανησυχίες για την καθολικότητα της πρόσβασης και την κοινωνική δικαιοσύνη. Η **Ελβετία**, τέλος, εμφανίζει την πιο σταθερή ποσοστιαία εξέλιξη, με περιορισμένες διακυμάνσεις στο χρόνο.

6.1.3 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών

Η χρηματοδότηση της υγείας μέσω άμεσων πληρωμών των νοικοκυριών αποτελεί βασικό δείκτη της οικονομικής επιβάρυνσης που επωμίζονται οι πολίτες για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο βαθμός εξάρτησης ενός συστήματος από τις άμεσες πληρωμές αντικατοπτρίζει τη θέση των νοικοκυριών στο χρηματοδοτικό μείγμα και τις ανισότητες που ανακύπτουν στην προσβασιμότητα. Ένα υψηλό ποσοστό άμεσων πληρωμών μπορεί να οδηγήσει σε αναβολή ή αποφυγή απαραίτητων παρεμβάσεων, υποβαθμίζοντας την αποτελεσματικότητα του συστήματος και αυξάνοντας τον κίνδυνο καταστροφικών υγειονομικών δαπανών για τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος. Αντίθετα, η περιορισμένη συμμετοχή των ιδιωτών υποδηλώνει υψηλότερο βαθμό κοινωνικής προστασίας και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Όπως αποτυπώνεται στο **Διάγραμμα 14**, η διαχρονική εξέλιξη των άμεσων πληρωμών στα συστήματα της **Ελλάδας**, της **Ελβετίας** και του **Ηνωμένου Βασιλείου** αναδεικνύει διαφορετικά προφίλ χρηματοδότησης, αντικατοπτρίζοντας τις εθνικές πολιτικές, τα θεσμικά μοντέλα και τις μακροοικονομικές συνθήκες κάθε χώρας.



Διάγραμμα 14. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών σε τρέχουσες τιμές εθνικού νομίσματος (εκατ. CHF, EUR, GBP), 2000-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO, OECD και ONS

Η **Ελβετία** εμφανίζει την υψηλότερη και πιο σταθερή αύξηση των άμεσων πληρωμών σε απόλυτα μεγέθη. Οι πληρωμές αυξήθηκαν από CHF **31** δισ. το **2000**, στο υψηλότερο επίπεδο των CHF **64,6** δισ. το **2023**, καταγράφοντας σχεδόν γραμμική άνοδο παρά το υψηλό επίπεδο ευημερίας της χώρας. Η συνεχής αυτή αυξητική τάση υποδηλώνει μεταφορά μέρους της αύξησης του κόστους της υγείας προς τα νοικοκυριά, ανεξαρτήτως των μεταβολών του οικονομικού περιβάλλοντος κατά τη διάρκεια των ετών.

Οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, από GBP **14,3** δισ. το **2000** αυξήθηκαν στα GBP **46,2** δισ. το **2024**, με μια ενδιάμεση πτώση το **2019**. Κατά την περίοδο **2004–2006**, οι πληρωμές παρέμειναν σχετικά σταθερές, κυμαινόμενες μεταξύ GBP **15–16** δισ., ακολουθούμενες από σταδιακή αύξηση μετά το **2012**. Η εξέλιξη αυτή ακολουθεί αναλογικά την αύξηση τόσο της συνολικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, όσο και της χρηματοδότησης από τον δημόσιο τομέα.

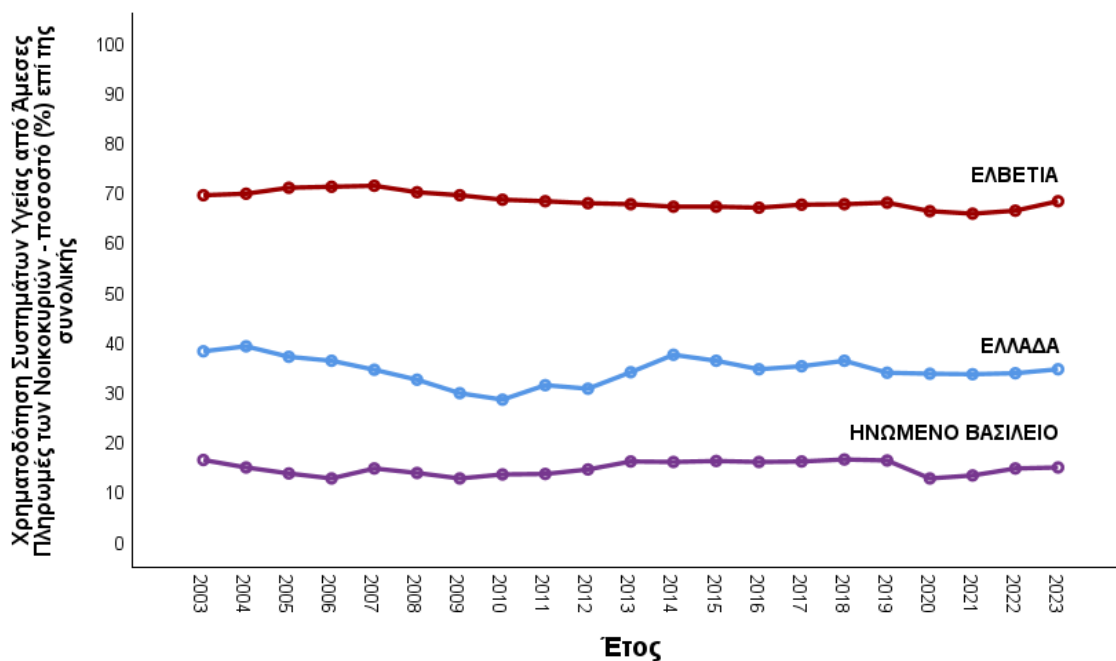
Στην **Ελλάδα**, τα διαθέσιμα δεδομένα αρχίζουν από το **2003** με EUR **5,7** δισ., αυξάνονται έως στα EUR **6,9** δισ. το **2008** και στη συνέχεια μειώνονται σημαντικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, φτάνοντας στα EUR **5** δισ. το **2017**. Η μείωση αυτή δεν υποδηλώνει απαραίτητα ελάφρυνση των νοικοκυριών, αλλά ενδέχεται να αντανακλά στην αδυναμία πληρωμής ή τη στροφή σε φθηνότερες εναλλακτικές λύσεις. Από το **2020** παρατηρείται σταδιακή αύξηση, φτάνοντας τα EUR **6,5** δισ. το **2023**.

Η σύγκριση των απόλυτων μεγεθών αποκαλύπτει σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών χωρών. Παρά τη συγκρίσιμη έκταση και τον πληθυσμό, οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών στην **Ελβετία** είναι σχεδόν δεκαπλάσιες από αυτές της **Ελλάδας** το **2023**, ανερχόμενες σε CHF **64,6** δισ. έναντι EUR **6,5** δισ., γεγονός που αντανακλά τόσο το υψηλό κόστος διαβίωσης όσο και το κόστος παροχής υπηρεσιών στη χώρα. Το **Ηνωμένο Βασίλειο**, αν και μεγαλύτερη οικονομία από την **Ελβετία**, διατηρεί τις άμεσες πληρωμές σε χαμηλότερα επίπεδα, επιβεβαιώνοντας τη ικανότητα του **NHS** να προστατεύει τα νοικοκυριά από υπερβολικές δαπάνες υγείας. Η **Ελλάδα** παρουσιάζει μοναδική μεταβολή, με μείωση των άμεσων πληρωμών κατά τη δεκαετία **2009–2019**, η οποία συνδέεται άμεσα με την οικονομική ύφεση και τον περιορισμό της καταναλωτικής δύναμης των νοικοκυριών.

6.1.4 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών ως Ποσοστό % επί της Συνολικής

Η ανάλυση της συμμετοχής των νοικοκυριών στη χρηματοδότηση της υγείας μέσω άμεσων πληρωμών ως ποσοστό επί της συνολικής χρηματοδότησης παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το βαθμό οικονομικής προστασίας που προσφέρει κάθε σύστημα υγείας. Ο δείκτης αυτός επιτρέπει την εκτίμηση του πραγματικού βάρους που επωμίζονται οι πολίτες κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και αναδεικνύει τις δομικές διαφορές μεταξύ συστημάτων με υψηλή ή χαμηλή ιδιωτική συμμετοχή.

Οι διαφορετικές τιμές του δείκτη στις τρεις χώρες, **Διάγραμμα 15**, αντανακλούν τη στρατηγική κατεύθυνση της υγειονομικής πολιτικής. Η υψηλή συμμετοχή των νοικοκυριών υποδηλώνει μεγαλύτερη εξάρτηση από ιδιωτικές πληρωμές και αυξημένο οικονομικό ρίσκο για τον πληθυσμό, ενώ η χαμηλή συμμετοχή αντικατοπτρίζει υψηλό βαθμό κοινωνικής προστασίας και περιορισμένη επιβάρυνση κατά τη χρήση των υπηρεσιών.



Διάγραμμα 15. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας Ελλάδας, Ελβετίας και Ηνωμένου Βασιλείου από Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών ως ποσοστό (%) επί της Συνολικής Χρηματοδότησης, 2000-2023

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από FSO, OECD και ONS

Η **Ελβετία**, ακολουθώντας το μοντέλο της κυρίαρχης ιδιωτικής συμμετοχής, παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό άμεσων πληρωμών, το οποίο διατηρείται σταθερά πάνω από το **65%** καθ' όλη την περίοδο **2000–2023**. Αν και σημειώνεται μια ήπια πτωτική τάση από **71,2%** το **2000** σε **68,0%** το **2023**, η μεταβολή αυτή δεν αλλοιώνει τον έντονα ιδιωτικό χαρακτήρα της χρηματοδότησης του συστήματος.

Επισημαίνεται ότι για την ερμηνεία του συγκεκριμένου δείκτη στην Ελβετία, ο όρος Άμεσες Πληρωμές των Νοικοκυριών (OOP) χρησιμοποιείται με την ευρύτερη έννοια της συνολικής ιδιωτικής χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό ενσωματώνει το άθροισμα των υποχρεωτικών ασφαλιστρών (OKP), των προαιρετικών συμπληρωματικών ασφαλίσεων (Privatversicherungen) και των άμεσων πληρωμών (Selbstzahlungen) των οικογενειών.

Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει τα νοικοκυριά ως τον κύριο χρηματοδοτικό πυλώνα του ελβετικού συστήματος, γεγονός που συνδέεται με τα υψηλά διαθέσιμα εισοδήματα και την αγοραστική δύναμη των πολιτών, σε αντίθεση με τα μοντέλα της Ελλάδας και του Ηνωμένου Βασιλείου όπου η υποχρεωτική ασφάλιση λογίζεται ως δημόσια δαπάνη. Ως εκ τούτου, η Ελβετία εμφανίζει μια δομική σταθερότητα στη χρηματοδότηση, η οποία εξαρτάται άμεσα από τις εισφορές των ιδιωτών και όχι από τις διακυμάνσεις του κρατικού προϋπολογισμού.

Στην **Ελλάδα**, το ποσοστό άμεσων πληρωμών ανέρχεται στο **37,9%** το **2003** και παρουσιάζει διακυμάνσεις που αντικατοπτρίζουν την οικονομική πορεία της χώρας. Υποχώρησε στο **28,2%** το **2010** λόγω αύξησης της δημόσιας δαπάνης προ κρίσης, ενώ αυξήθηκε ξανά στο **37,2%** το **2014** ως αποτέλεσμα των δημοσιονομικών περικοπών. Το **2023** διαμορφώθηκε στο **34,3%**, παραμένοντας εξαιρετικά υψηλό για τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Οι πολίτες αναγκάζονται να καλύπτουν πάνω από το ένα τρίτο των αναγκών υγείας από το εισόδημά τους, γεγονός που δημιουργεί σοβαρές ανισότητες στην πρόσβαση και αυξάνει τον κίνδυνο οικονομικής επιβάρυνσης των ευάλωτων εισοδηματικών στρωμάτων.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** διατηρεί σταθερά το χαμηλότερο ποσοστό άμεσης επιβάρυνσης, κυμαινόμενο μεταξύ **12%** και **18%**. Το **2024** το ποσοστό διαμορφώθηκε στο **14,6%**, επιβεβαιώνοντας ότι η συντριπτική πλειονότητα των δαπανών καλύπτεται από το κράτος, με το NHS να επιτυγχάνει τη μείωση της άμεσης οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά, στο **Ηνωμένο Βασίλειο** επιβαρύνεται ο πολίτης περίπου **2,5** φορές λιγότερο από τον Έλληνα και **4,5** φορές λιγότερο από τον Ελβετό. Η **Ελβετία** και το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζουν μεγαλύτερη σταθερότητα στα ποσοστά τους, ενώ η Ελλάδα εμφανίζει έντονη μεταβλητότητα, υποδεικνύοντας υψηλή έκθεση των πολιτών στις μακροοικονομικές αλλαγές. Στην **Ελλάδα**, η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού των άμεσων πληρωμών, αυξάνοντας τον κίνδυνο «καταστροφικών δαπανών» για τα χαμηλά εισοδήματα.

7. Δείκτες Συστημάτων Υγείας

7.1 Προσδόκιμο Ζωής

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αποτελεί βασικό δείκτη της συνολικής υγείας του πληθυσμού και αντανακλά την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών και συμπεριφορικών παραγόντων, καθώς και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας (OECD, 2023).

Πίνακας 11. Προσδόκιμο Ζωής κατά τη Γέννηση (συνολικό, ανδρών και γυναικών) σε έτη για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021

ΕΤΟΣ	Προσδόκιμο Ζωής κατά τη Γέννηση (έτη) - Συνολικό (Δύο φύλα)			Προσδόκιμο Ζωής κατά τη Γέννηση (έτη) (έτη) - Άνδρες			Προσδόκιμο Ζωής κατά τη Γέννηση (έτη) (έτη) - Γυναίκες		
	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	79,7	78,4	77,9	76,9	76,0	75,5	82,3	81,0	80,1
2001	80,1	78,8	78,0	77,3	76,4	75,6	82,7	81,0	80,2
2002	80,4	79,0	78,1	77,8	76,6	75,8	82,8	81,3	80,3
2003	80,4	79,1	78,1	77,9	76,8	76,0	82,8	81,5	80,2
2004	80,9	79,2	78,7	78,4	76,8	76,5	83,3	81,7	80,7
2005	81,1	79,4	78,9	78,6	77,0	76,8	83,5	81,9	80,9
2006	81,4	79,7	79,2	79,0	77,4	77,1	83,6	82,2	81,2
2007	81,6	79,5	79,4	79,2	77,0	77,4	83,8	82,0	81,4
2008	81,9	79,9	79,5	79,6	77,5	77,6	84,0	82,4	81,5
2009	81,9	80,0	80,0	79,6	77,5	78,0	84,0	82,6	82,0
2010	82,2	80,2	80,3	80,0	77,9	78,3	84,2	82,6	82,1
2011	82,4	80,4	80,6	80,2	78,0	78,8	84,4	82,8	82,5
2012	82,4	80,2	80,6	80,4	77,9	78,9	84,3	82,6	82,3
2013	82,5	80,8	80,7	80,4	78,5	78,9	84,4	83,1	82,4
2014	82,8	80,8	80,9	80,8	78,6	79,2	84,7	83,1	82,6
2015	82,6	80,4	80,7	80,6	78,2	78,9	84,5	82,7	82,3
2016	83,2	80,7	80,8	81,4	78,5	79,1	84,8	82,9	82,5
2017	83,1	80,7	80,9	81,2	78,5	79,2	84,9	82,9	82,6
2018	83,3	81,1	80,6	81,5	78,9	78,9	85,0	83,2	82,3
2019	83,5	80,9	81,2	81,8	78,8	79,5	85,1	83,0	82,9
2020	82,7	80,6	80,1	80,8	78,5	78,3	84,6	82,8	82,0
2021	83,3	79,6	80,1	81,5	77,3	78,3	85,1	82,0	81,9
2022	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2023	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2024	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO – The Global Health Observatory

Οι διαχρονικές τάσεις του δείκτη επιτρέπουν την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών υγείας, καθώς και της ανθεκτικότητας των κοινωνιών και των κρατών απέναντι σε οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις (OECD & European Commission, 2024).

Η περίοδος **2000–2021** χαρακτηρίζεται, αφενός, από μια γενικευμένη βελτίωση των δεικτών υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες και, αφετέρου, από δύο μείζονα διεθνή γεγονότα: την παγκόσμια οικονομική κρίση μετά το 2008 και την πανδημία COVID-19. Η ανάλυση των δεδομένων του **Πίνακα 11** εστιάζει στην εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση, και για τα δύο φύλα, στις τρεις χώρες - την **Ελβετία**, την **Ελλάδα** και το **Ηνωμένο Βασίλειο** - κατά την περίοδο **2000–2021**.

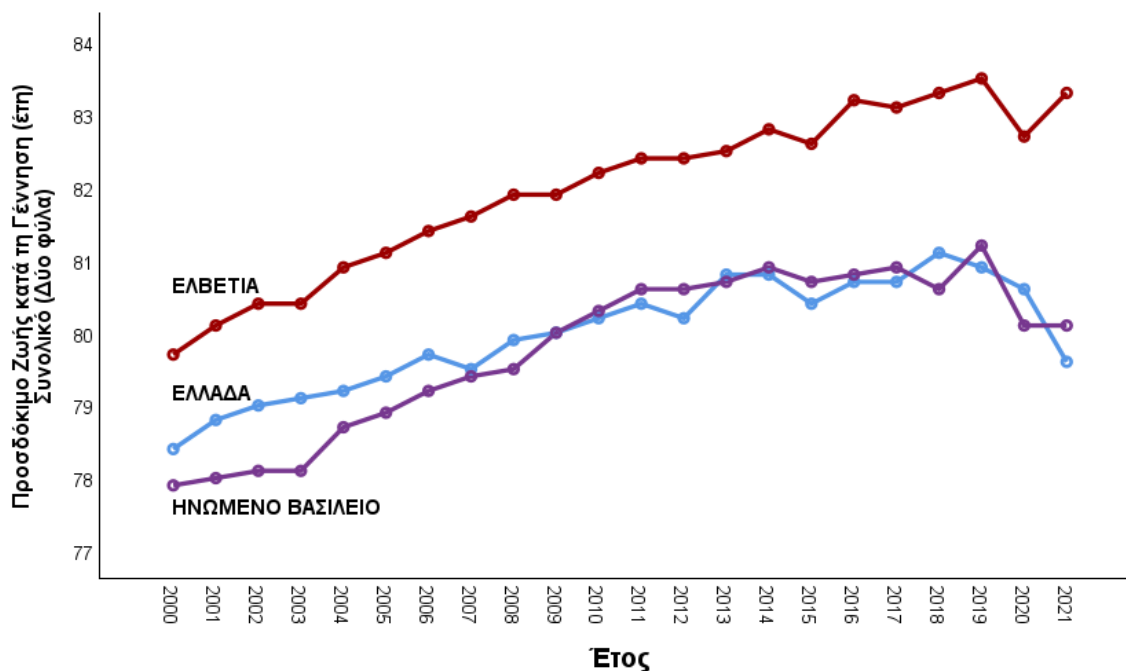
7.1.1 Γενικές Τάσεις και Συγκριτική Ανάλυση

Κατά την εικοσαετία **2000–2019**, και στις τρεις χώρες καταγράφεται μια γενική αυξητική τάση στο προσδόκιμο ζωής (**Διάγραμμα 16**), στοιχείο που αντανακλά τη συνολική πρόοδο στην ιατρική τεχνολογία, την φαρμακευτική καινοτομία, την πρόληψη και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Η **Ελβετία** διατηρεί διαχρονικά την υψηλότερη επίδοση και στις τρεις κατηγορίες (συνολικό προσδόκιμο ζωής, άνδρες, γυναίκες). Το συνολικό προσδόκιμο ζωής αυξάνεται από **79,7** έτη το **2000** σε **83,3** το **2021**, έχοντας αγγίξει την ανώτερη τιμή του το **2019**, **83,5** έτη, πριν την έναρξη της πανδημίας COVID-19. Το **2020** καταγράφεται αισθητή μείωση στα **82,7** έτη, ενώ το **2021** ο δείκτης επανέρχεται σχεδόν στα προ της πανδημίας επίπεδα. Η διαχρονική σταθερότητα αντανακλά, αφενός, την αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα του ελβετικού συστήματος υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, και, αφετέρου, το υψηλό βιοτικό επίπεδο και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της χώρας.

Στην **Ελλάδα**, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ξεκινά το **2000** από σχετικά υψηλό επίπεδο, **78,4** έτη, υπερβαίνοντας την αντίστοιχη επίδοση του **Ηνωμένου Βασιλείου**, **77,9** έτη. Ωστόσο, μετά το **2010** παρατηρείται επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης και μια τάση στασιμότητας, η οποία συμπίπτει χρονικά με την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής και των σημαντικών περικοπών στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Η εξέλιξη αυτή αναδεικνύει τη στενή διασύνδεση μεταξύ οικονομικής πολιτικής και υγειονομικών

αποτελεσμάτων. Ο δείκτης φθάνει στο ανώτατο επίπεδό του το **2018, 81,1** έτη, και στη συνέχεια παρουσιάζει αισθητή μείωση το **2021**, αποτυπώνοντας την έντονη υγειονομική επιβάρυνση της πανδημικής περιόδου.



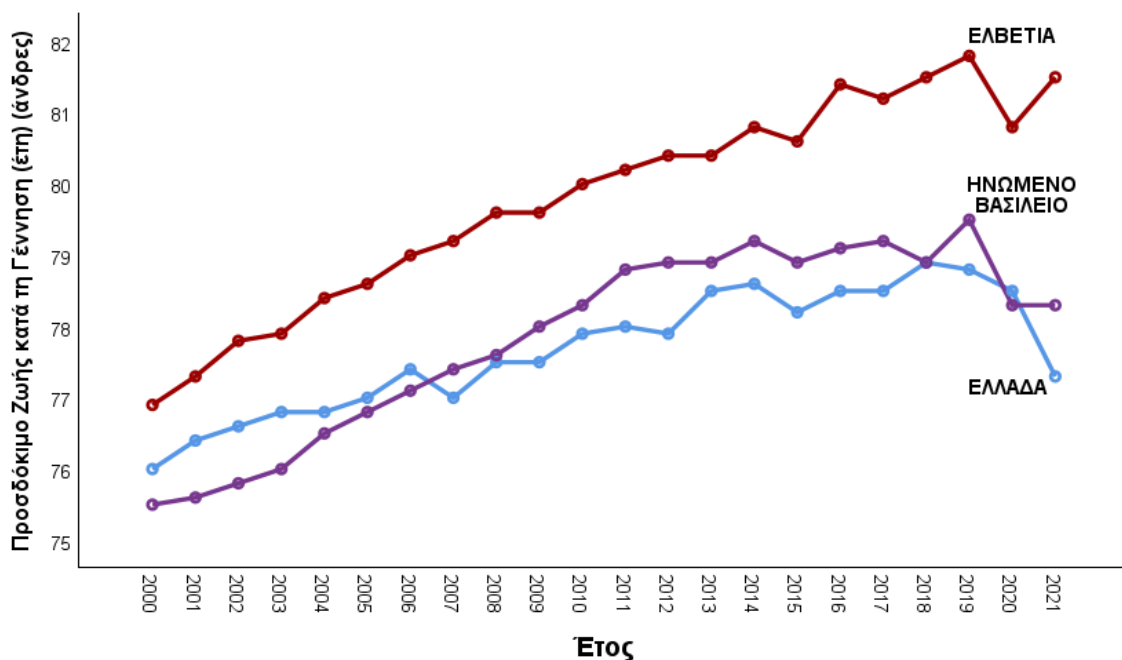
Διάγραμμα 16. Απεικόνιση συνολικού προσδόκιμου ζωής και για τα δύο φύλα σε έτη, για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσίασε σταθερή, αλλά βραδύτερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά την πρώτη δεκαετία, φτάνοντας τα **77,9** έτη, το **2000**, χαμηλότερα από τις άλλες δύο χώρες. Το **2012** σημειώθηκε μια πρόσκαιρη στασιμότητα, την οποία ακολούθησαν μικρές διακυμάνσεις και σταδιακή αύξηση, φτάνοντας στο μέγιστο των **81,2** ετών το **2019**. Με την έναρξη της πανδημίας καταγράφηκε απότομη μείωση κατά **1,1** έτος, περιορίζοντας το δείκτη στα **80,1**.

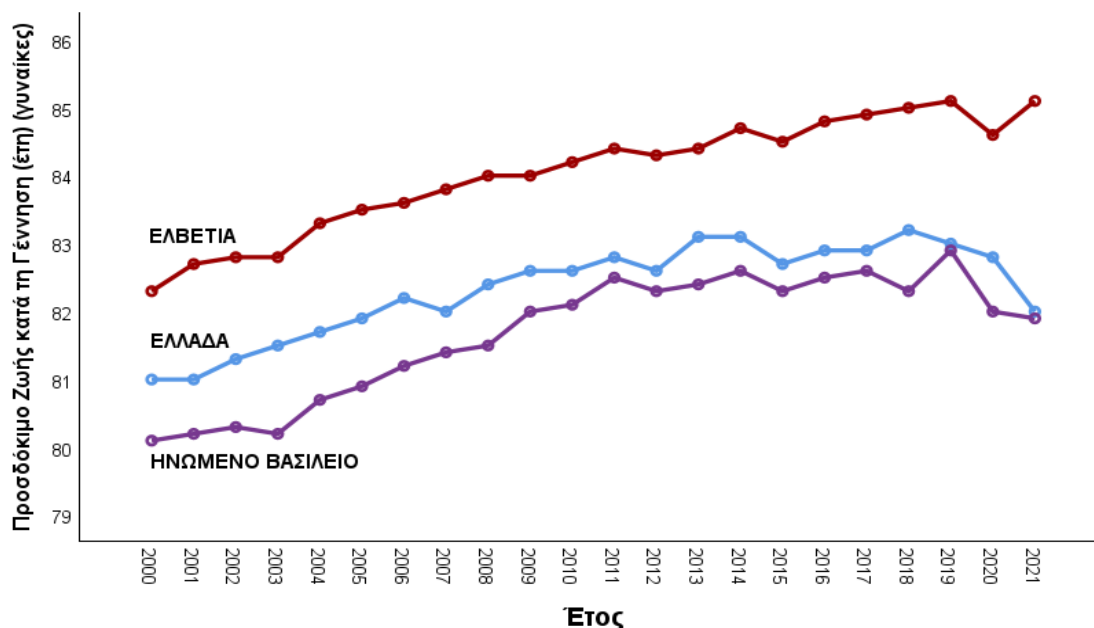
7.1.2 Διαφορές των Δύο Φύλων

Σε όλο το εύρος των δεδομένων της μελέτης, **2000–2021**, οι γυναίκες εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τους άνδρες (**Διαγράμματα 17 & 18**). Η διαφορά αυτή επιβεβαιώνει τη διαφοροποίηση των δυο φύλων ως προς τη θνησιμότητα, η οποία αποδίδεται σε συνδυασμό βιολογικών παραγόντων (ορμόνες, γενετική) και κοινωνικών/συμπεριφορικών παραγόντων (κάπνισμα, επαγγελματική δραστηριότητα κ.ά.).



Διάγραμμα 17. Απεικόνιση προσδόκιμου ζωής για τους άνδρες σε έτη, για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO



Διάγραμμα 18: Απεικόνιση προσδόκιμου ζωής για τις γυναίκες σε έτη, για Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Στην **Ελλάδα**, το χάσμα του προσδόκιμου ζωής μεταξύ των δύο φύλων παραμένει σχετικά σταθερό, περίπου στα **4–5 έτη**, από **5 έτη το 2000** σε **4,7 έτη το 2021**. Η σταθερότητα αυτή υποδηλώνει ότι οι κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν αναλογικά και τα δύο φύλα. Ο **Πίνακας 12**, αποτυπώνει τη διαμόρφωση της διαφοράς του προσδόκιμου ζωής μεταξύ γυναικών και ανδρών για το τελευταίο έτος αναφοράς, το **2021**.

Πίνακας 12. Συγκριτική απεικόνιση προσδόκιμου ζωής ανδρών και γυναικών και η μεταξύ τους διαφορά (σε έτη) για το έτος 2021

Χώρα	Προσδόκιμο Ανδρών	Προσδόκιμο Γυναικών	Διαφορά (Έτη)
Ελβετία	81,5	85,1	3,6
Ηνωμένο Βασίλειο	78,3	81,9	3,6
Ελλάδα	77,3	82,0	4,7

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

7.1.3 Η Επίδραση της Πανδημίας

Η περίοδος **2019–2021** αποτελεί ορόσημο στη διαχρονική τάση αύξησης του προσδόκιμου ζωής παγκοσμίως. Τα διαθέσιμα στοιχεία καταδεικνύουν σαφή υποχώρηση του δείκτη εξαιτίας της πανδημίας. Στην **Ελβετία** καταγράφηκε η μικρότερη απώλεια, με το δείκτη να υποχωρεί κατά μόλις **0,2** έτη, τη στιγμή που στο **Ηνωμένο Βασίλειο** η μείωση άγγιξε τα **1,1** έτη. Στην **Ελλάδα** καταγράφηκε η μεγαλύτερη υποχώρηση κατά **1,3** έτη. Ειδικότερα, οι άνδρες απώλεσαν **1,5** έτος, από **78,8** σε **77,3** έτη, το **2021**, ενώ οι γυναίκες **1** έτος, από **83** σε **82** έτη.

Η περιορισμένη απώλεια στην **Ελβετία** υποδηλώνει υψηλό επίπεδο υγειονομικής ανθεκτικότητας και αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης. Αντιθέτως, η μεγαλύτερη μείωση στην Ελλάδα αναδεικνύει τις διαρθρωτικές αδυναμίες και την ευαλωτότητα του εθνικού συστήματος υγείας, μετά από παρατεταμένη περίοδο δημοσιονομικής στενότητας και υποχρηματοδότησης. Ως αποτέλεσμα, το συνολικό προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα υποχώρησε το **2021** κάτω από τα **80** έτη, για πρώτη φορά μετά το **2009**.

7.2 Δείκτες Θνησιμότητας

Η **θνησιμότητα**, τόσο στη **βρεφική** όσο και στην **ενήλικη** ζωή, αποτελεί θεμελιώδη δείκτη αξιολόγησης της κατάστασης της δημόσιας υγείας και της αποδοτικότητας των δομών υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας (WHO, 2026). Ειδικότερα, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας λειτουργεί ως ένας ευαίσθητος δείκτης της ποιότητας των μαιευτικών και νεογνολογικών υπηρεσιών, της πρόσβασης σε προγεννητική φροντίδα και των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών. Αντίστοιχα, η θνησιμότητα ενηλίκων (15–60 ετών) αποτυπώνει την επίδραση παραγόντων κινδύνου, όπως οι συμπεριφορές υγείας, τα ατυχήματα, η χρόνια νοσηρότητα, σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (OECD, 2023).

Η εξεταζόμενη περίοδος (**2000–2023**) αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς τα δύο προαναφερθέντα μακροοικονομικά και υγειονομικά σοκ —η δημοσιονομική κρίση και η πανδημία COVID-19— επέδρασαν καταλυτικά στους επιμέρους δείκτες, δοκιμάζοντας τα όρια και τα αντανakλαστικά των εθνικών συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η συγκριτική ανάλυση της βρεφικής και της ενήλικης θνησιμότητας μεταξύ **Ελβετίας**,

Ελλάδας και Ηνωμένου Βασιλείου (Πίνακας 13), επιτρέπει την αποτύπωση διαφοροποιήσεων ως προς την αποτελεσματικότητα, την κοινωνική προστασία και την ικανότητα διαχείρισης κρίσεων των αντίστοιχων συστημάτων πρόνοιας και περίθαλψης.

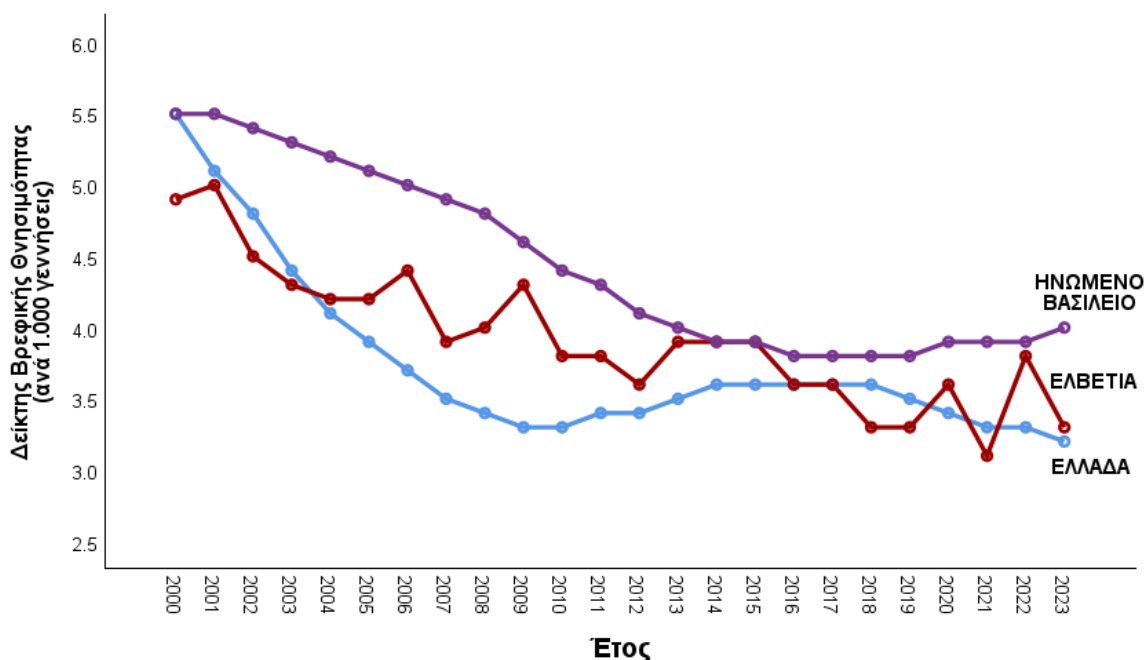
Πίνακας 13. Δείκτες Βρεφικής Θνησιμότητας (ανά 1.000 γεννήσεις) (2000-2024) και Θνησιμότητας Ενηλίκων (ανά 1.000 κατοίκους) (2000-2021), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο

ΕΤΟΣ	Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας (ανά 1.000 γεννήσεις)			Δείκτης Θνησιμότητας Ενηλίκων (πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών ανά 1.000 κατοίκους)		
	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	4,9	5,5	5,5	76	82	86
2001	5,0	5,1	5,5	73	80	87
2002	4,5	4,8	5,4	72	78	86
2003	4,3	4,4	5,3	70	79	85
2004	4,2	4,1	5,2	67	80	82
2005	4,2	3,9	5,1	65	80	81
2006	4,4	3,7	5,0	64	77	80
2007	3,9	3,5	4,9	62	80	79
2008	4,0	3,4	4,8	59	77	79
2009	4,3	3,3	4,6	59	78	77
2010	3,8	3,3	4,4	57	76	75
2011	3,8	3,4	4,3	54	76	72
2012	3,6	3,4	4,1	54	76	69
2013	3,9	3,5	4,0	53	72	69
2014	3,9	3,6	3,9	50	71	68
2015	3,9	3,6	3,9	49	72	69
2016	3,6	3,6	3,8	47	71	70
2017	3,6	3,6	3,8	47	69	68
2018	3,3	3,6	3,8	46	68	72
2019	3,3	3,5	3,8	43	68	69
2020	3,6	3,4	3,9	45	69	75
2021	3,1	3,3	3,9	45	79	78
2022	3,8	3,3	3,9	-	-	-
2023	3,3	3,2	4,0	-	-	-
2024	3,3	-	-	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO και WHO – The Global Health Observatory

7.2.1 Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας

Η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί ευαίσθητο δείκτη της ποιότητας της προγεννητικής φροντίδας, των μαιευτικών υπηρεσιών και της νεογνολογικής υποστήριξης (**Διάγραμμα 19**).



Διάγραμμα 19. Απεικόνιση Δείκτη Βρεφικής Θνησιμότητας (θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από FSO και WHO

Η **Ελλάδα** κατέγραψε σημαντική μείωση του δείκτη από **5,5** θανάτους ανά **1.000** ζώντες γεννήσεις το **2000** σε **3,2** το **2023**. Από το **2004** και έπειτα, η χώρα εμφανίζει σταθερά χαμηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με την **Ελβετία** και το **Ηνωμένο Βασίλειο**, γεγονός που υποδηλώνει το υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης στις νεογνολογικές υπηρεσίες, καθώς και την αποτελεσματική εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και περιγεννητικής φροντίδας.

Στην **Ελβετία**, ο δείκτης διατηρήθηκε σε χαμηλά επίπεδα καθ' όλη την εξεταζόμενη περίοδο, παρουσιάζοντας ελάχιστες διακυμάνσεις. Από **4,9** το **2000** μειώθηκε στο ελάχιστο του **3,1** το **2021**, προτού καταγράψει μια οριακή αύξηση στο **3,3** το **2023**. Η διαχρονική αυτή σταθερότητα επιβεβαιώνει την υψηλή αξιοπιστία των ελβετικών μαιευτικών δομών και τη συστηματική μεταγεννητική παρακολούθηση των νεογνών.

Αντίθετα, το **Ηνωμένο Βασίλειο** ακολούθησε λιγότερο ευνοϊκή πορεία από τις τρεις χώρες. Αν και το **2000** κατέγραψε αντίστοιχο επίπεδο με την **Ελλάδα**, **5,5** θανάτους ανά **1.000** ζώντες γεννήσεις, διατήρησε συγκριτικά τις υψηλότερες τιμές σε όλη τη διάρκεια της περιόδου αναφοράς. Ο δείκτης παρέμεινε στα σχετικά υψηλά επίπεδα του **5,0**, έως το **2006**, ενώ το **2023** διαμορφώθηκε στο **4,0**, υπερβαίνοντας αισθητά τις επιδόσεις των άλλων δύο χωρών.

Η διαχρονική ανάλυση της βρεφικής θνησιμότητας για την περίοδο **2000–2023** καταδεικνύει συνολική βελτίωση, με την **Ελλάδα** να επιτυγχάνει, από τα μέσα της δεκαετίας του **2000** και έπειτα χαμηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τις άλλες δύο χώρες.

7.2.2 Δείκτης Θνησιμότητας Ενηλίκων

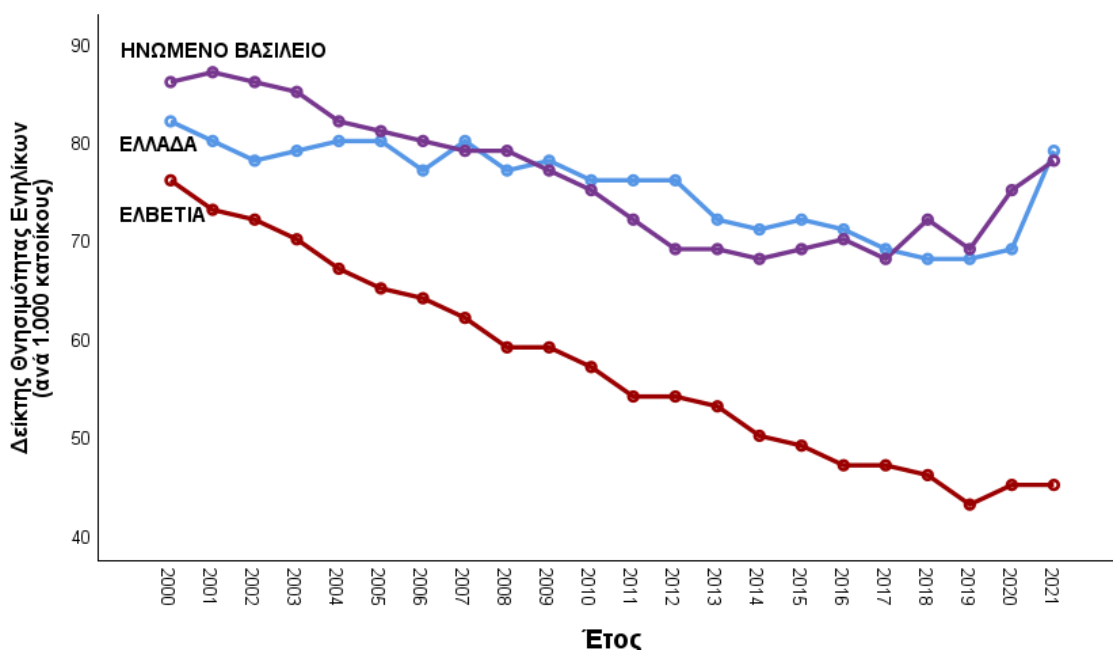
Ο σύνθετος δείκτης της **θνησιμότητας των ενηλίκων**, με πιθανότητα θανάτου μεταξύ **15** και **60** ετών ανά **1.000** κατοίκους, αποτυπώνει την επίδραση των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου, των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, της πρόληψης και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας (OECD, 2023).

Στην **Ελβετία**, κατά την περίοδο **2000–2021** καταγράφηκε σταθερή και συνεχή μείωση του δείκτη, ο οποίος υποχώρησε από το **76** το **2000**, το χαμηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με την **Ελλάδα** και το **Ηνωμένο Βασίλειο**, στο **45** το **2021**. Η βέλτιστη επίδοση, **43**, καταγράφηκε το **2019**, το έτος δηλαδή πριν από την έναρξη της πανδημίας.

Στην **Ελλάδα** καταγράφηκε σταδιακή μείωση της θνησιμότητας ενηλίκων, από **82** το **2000** σε **68** το **2018**. Ωστόσο, το **2021** καταγράφηκε απότομη αύξηση του δείκτη στο **79**, επαναφέροντας τη θνησιμότητα σε επίπεδα ανάλογα με εκείνα των αρχών της δεκαετίας του 2000, αποτυπώνοντας την ακραία πίεση που δέχθηκε το εθνικό σύστημα υγείας κατά την κορύφωση της πανδημίας.

Το **2000**, ο υψηλότερος δείκτης θνησιμότητας ενηλίκων καταγράφηκε στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, με το δείκτη να αγγίζει το **86**. Στη συνέχεια, παρουσίασε αξιοσημείωτη κάμψη έως το **2014**, οπότε και διαμορφώθηκε στα **68**, εμφανίζοντας έπειτα μικρές διακυμάνσεις φτάνοντας τα **69** το **2019**. Ωστόσο, το **2021** η πανδημική κρίση αύξησε τη θνησιμότητα κατακόρυφα στο **78**, αναστρέφοντας την προηγούμενη καθοδική πορεία.

Η διαχρονική πορεία της θνησιμότητας ενηλίκων κατά την περίοδο **2000–2021** (Διάγραμμα 20), ερμηνεύει πλήρως τα ευρήματα που αναλύθηκαν προηγουμένως σχετικά με το προσδόκιμο ζωής. Η γενικευμένη πτωτική τάση της πρώτης εικοσαετίας ανακόπηκε με έντονη επιδείνωση του δείκτη το **2021**. Ενώ η Ελβετία επέδειξε ισχυρά αντανakλαστικά, προστατεύοντας τον ενεργό πληθυσμό της, η Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο εμφάνισαν σχεδόν ταυτόσημη τροχιά οπισθοδρόμησης.



Διάγραμμα 20. Απεικόνιση Δείκτη Θνησιμότητας Ενηλίκων (πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών ανά 1.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

7.2.3 Συμπεράσματα

Συγκρίνοντας τα δεδομένα συνολικά, αναδεικνύεται ένα ενδιαφέρον παράδοξο στην περίπτωση της Ελλάδας, η οποία ενώ εμφανίζει εξαιρετικά αποτελέσματα στη βρεφική θνησιμότητα, γεγονός που υποδηλώνει υψηλό επίπεδο μαιευτικής και νεογνολογικής φροντίδας, ταυτόχρονα υστερεί στην προστασία του ενεργού ενήλικου πληθυσμού τα τελευταία έτη. Η απότομη αύξηση της θνησιμότητας ενηλίκων το **2021** ενισχύει αυτήν την αντίφαση και αποτελεί ανησυχητικό δείκτη για τη δημόσια υγεία.

Όπως αποτυπώνεται στον **Πίνακα 14**, η υγειονομική κρίση δοκίμασε με διαφορετική ένταση τις αντοχές των τριών κρατών. Η **Ελλάδα** κατέγραψε τη δυσμενέστερη επιδείνωση με άνοδο του δείκτη κατά **11** μονάδες, ακολουθούμενη στενά από το **Ηνωμένο Βασίλειο** με αύξηση **9** μονάδων σε σχέση με το **2019**. Αντίθετα, η **Ελβετία** περιόρισε τις απώλειες σε μια οριακή μεταβολή μόλις **2** μονάδων, επιβεβαιώνοντας την υψηλή ανθεκτικότητα του συστήματός της σε εξωτερικούς υγειονομικούς και κοινωνικοοικονομικούς κραδασμούς.

Πίνακας 14. Συγκριτική διαφορά στη θνησιμότητα ενηλίκων προ και μετά την πανδημία COVID-19, 2019-2021

Χώρα / Έτος	2019	2020	2021	Διαφορά (Δείκτης 2019-2021)
Ελβετία	43	45	45	2
Ηνωμένο Βασίλειο	69	75	78	9
Ελλάδα	68	69	79	11

7.3 Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής (PYLL)

Ο δείκτης των **Πιθανών Ετών Χαμένης Ζωής** (Potential Years of Life Lost – **PYLL**) ανά **100.000** κατοίκους αποτελεί έναν από τους πλέον αξιόπιστους δείκτες πρόωρης θνησιμότητας. Μετρά τα έτη που στερείται ένας πληθυσμός όταν ένας θάνατος συμβαίνει πριν από μια καθορισμένη ηλικία αναφοράς, συνήθως τα 70 ή 75 έτη (WHO, 2026).

Ο δείκτης PYLL συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και την γενικότερη ποιότητα ζωής ενός πληθυσμού. Χαμηλότερες τιμές PYLL υποδηλώνουν καλύτερη πρόληψη, αποτελεσματική διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και ορθότερη οργάνωση υπηρεσιών υγείας, ενώ υψηλότερες τιμές φανερώνουν κενά στην πρωτοβάθμια φροντίδα και ύπαρξη ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων (OECD, 2023).

Ο **Πίνακας 15** αποτυπώνει τις διακυμάνσεις του δείκτη για την Ελβετία, την Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο κατά την περίοδο 2000–2023, αποτιμώντας τις επιπτώσεις κομβικών

γεγονότων, όπως η ελληνική δημοσιονομική κρίση, οι μεταρρυθμίσεις στο βρετανικό σύστημα υγείας και η πανδημία COVID-19.

Πίνακας 15. Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής (PYLL) (ανά 100.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2023

	Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής (συνολικά έτη ανά 100.000 κατοίκους) - Potential Years of Life Lost (PYLL)		
ΕΤΟΣ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	4.826	5.278	-
2001	4.634	5.118	5.619
2002	4.482	4.940	5.524
2003	4.353	4.820	5.465
2004	4.212	4.874	5.260
2005	4.089	4.810	5.152
2006	3.988	4.565	5.097
2007	3.864	4.753	4.997
2008	3.733	4.465	4.946
2009	3.722	4.541	4.755
2010	3.524	4.414	4.611
2011	3.444	4.321	4.435
2012	3.353	4.373	4.264
2013	3.328	4.210	4.243
2014	3.180	4.194	4.198
2015	3.227	4.371	4.230
2016	3.036	4.306	4.266
2017	3.021	4.105	4.158
2018	2.999	4.035	4.353
2019	2.837	4.049	4.148
2020	2.970	4.071	4.473
2021	2.913	4.663	4.629
2022	2.910	4.292	-
2023	2.723	-	-
2024	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από OECD

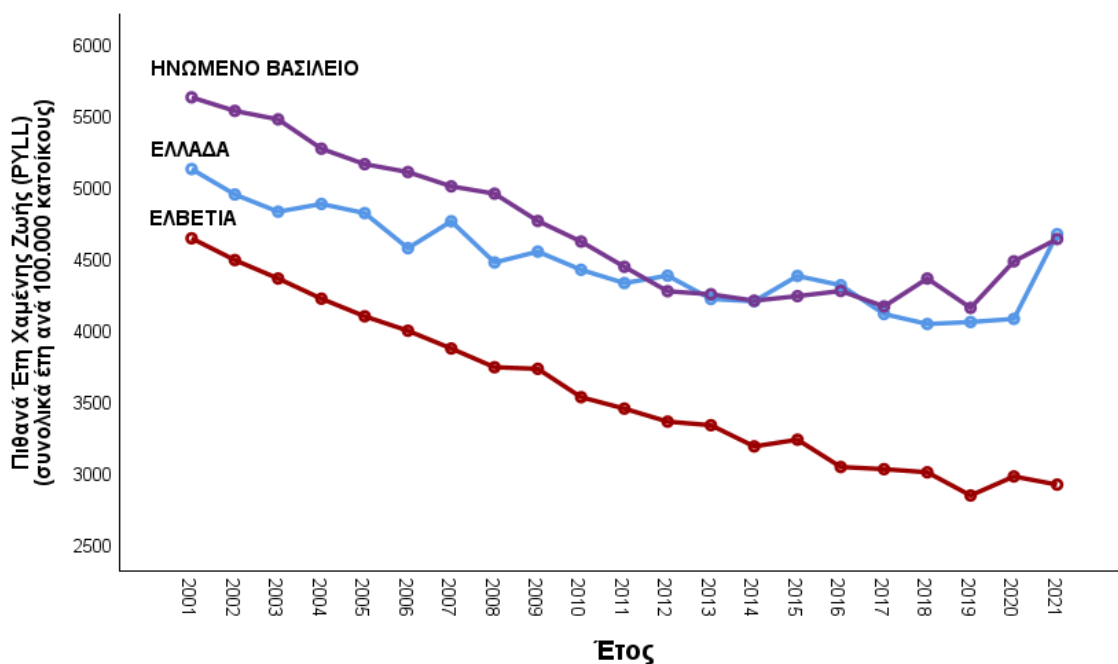
2020, υποδηλώνοντας ότι η πανδημία ή οι καθυστερήσεις στη φροντίδα άλλων νοσημάτων, επηρέασαν την Ελλάδα εντονότερα σε σύγκριση με την Ελβετία.

Η Ελβετία παρουσιάζει σταθερά χαμηλές τιμές PYLL και συνεχή βελτίωση καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου. Ο δείκτης μειώθηκε από **4.826 έτη το 2000** σε **2.723 το 2023**, σημειώνοντας συνολική μείωση **43,6%**. Η χώρα επέδειξε αξιοσημείωτη ανθεκτικότητα κατά την πανδημία, καθώς κατέγραψε μόλις μια ελάχιστη αύξηση το **2020** και επέστρεψε άμεσα στην πτωτική της πορεία. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την υψηλή αποτελεσματικότητα των ελβετικών δομών στην πρόληψη και τη διαχείριση κρίσεων.

Η Ελλάδα ξεκίνησε το **2001** από πλεονεκτικότερη θέση, **5.118 έτη**, σε σχέση με το **Ηνωμένο Βασίλειο 5.619 έτη**, ωστόσο η μετέπειτα εξέλιξη του δείκτη ήταν λιγότερο ομαλή. Κατά τη διάρκεια της περιόδου **2009–2015** παρατηρήθηκαν διακυμάνσεις του ρυθμού βελτίωσης, αντανακλώντας τις οριζόντιες περικοπές των δαπανών υγείας λόγω των μνημονίων. Από το **2016** έως το **2019**, μετά από μια φάση σταδιακής ανάκαμψης, η μετα-COVID περίοδος επέφερε απότομη αύξηση το **2021, 4.663** από **4.071 έτη το**

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσίασε από το πρώτο έτος καταγραφής σταθερά υψηλότερους δείκτες PYLL σε σχέση με τις άλλες χώρες, με **5.619** το **2001**. Έως το **2014** σημειώθηκε μια πρόσκαιρη σύγκλιση με τις επιδόσεις της Ελλάδας (**4.198** έναντι **4.194** έτη), ενώ μετά το **2018** ωστόσο, η τάση επιδεινώθηκε, φτάνοντας στα **4.629** έτη το **2021**, προσεγγίζοντας εκ νέου το δείκτη της Ελλάδας και αναδεικνύοντας την περιορισμένη ανθεκτικότητα του δημόσιου συστήματος υγείας NHS και τη μειωμένη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη πρόωρων θανάτων.

Η εξέλιξη του δείκτη PYLL (**Διάγραμμα 21**) ευθυγραμμίζεται πλήρως με τα προηγούμενα ευρήματα της θνησιμότητας ενηλίκων και του προσδοκίμου ζωής. Ενώ το **2000** η Ελβετία παρουσίαζε δείκτη **PYLL** χαμηλότερο κατά περίπου **450 έτη** σε σχέση με την Ελλάδα, η διαφορά αυτή εκτοξεύθηκε στα **1.382** έτη μέχρι το **2022**. Κατά την περίοδο **2020–2021**, όλες οι χώρες κατέγραψαν αύξηση του δείκτη, ωστόσο τόσο η **Ελλάδα** όσο και το **Ηνωμένο Βασίλειο** υπέστησαν σημαντικά μεγαλύτερο πλήγμα στην πρόωρη θνησιμότητα συγκριτικά με την **Ελβετία**.



Διάγραμμα 21. Διαχρονική εξέλιξη Πιθανών Ετών Χαμένης Ζωής (ανά 100.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2001-2021

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από OECD

7.4 Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs)

Ένας από τους καθιερωμένους σύνθετους δείκτες μέτρησης της επιβάρυνσης της υγείας είναι τα **Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας** (Disability-Adjusted Life Years – **DALYs**). Ένα **DALY** αντιστοιχεί σε ένα χαμένο έτος υγιούς ζωής και αποτυπώνει το συνολικό φορτίο νόσου σε έναν πληθυσμό.

$$1 \text{ DALY} = 1 \text{ Χαμένο Έτος Υγιούς Ζωής}$$

Ο δείκτης επιτρέπει διαχρονικές και διακρατικές συγκρίσεις και χρησιμοποιείται εκτενώς από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την αξιολόγηση πολιτικών δημόσιας υγείας (WHO, 2026).

Η παρούσα ενότητα εξετάζει τη διαχρονική εξέλιξη των συνολικών **DALYs** για την **Ελλάδα**, την **Ελβετία** και το **Ηνωμένο Βασίλειο** κατά την περίοδο **2000–2021**, με βάση τις έξι διαθέσιμες καταγραφές, όπως παρουσιάζονται στον **Πίνακα 16**, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση της πανδημίας COVID-19. Επισημαίνεται ότι, τα δεδομένα αφορούν το σύνολο του πληθυσμού κάθε χώρας, συνεπώς οι απόλυτες τιμές επηρεάζονται άμεσα από το μέγεθος του πληθυσμού κάθε χώρας.

Η **Ελλάδα** παρουσιάζει διαχρονική αύξηση του απόλυτου αριθμού των **DALYs**, από **3.463.500** το **2000** σε **3.992.500** το **2021**, καταγράφοντας τη μεγαλύτερη ποσοστιαία μεταβολή μεταξύ των εξεταζόμενων χωρών, με συνολική αύξηση **15,2%** για την περίοδο **2000–2021**. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτη είναι η άνοδος κατά **10,4%** που παρατηρείται μεταξύ **2019** και **2021**, εξέλιξη που συνδέεται με την άμεση επίδραση της πανδημίας COVID-19 στη θνησιμότητα, καθώς και με την επιβάρυνση της λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Η **Ελβετία** διατηρεί χαμηλότερα συνολικά **DALYs** παρά την πληθυσμιακή της αύξηση κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Καταγράφεται η χαμηλότερη ποσοστιαία αύξηση τόσο για το διάστημα **2000–2021 (11,2%)**, όσο και για την περίοδο **2019–2021 (+4,7%)**. Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί η μείωση των **DALYs** από το **2020 (2.416.000)** στο **2021 (2.394.500)**, γεγονός που υποδηλώνει ταχύτερη ανάκαμψη μετά το πρώτο κύμα της πανδημίας και ενδεχομένως αποτελεσματικότερη διαχείριση των επιπτώσεών της.

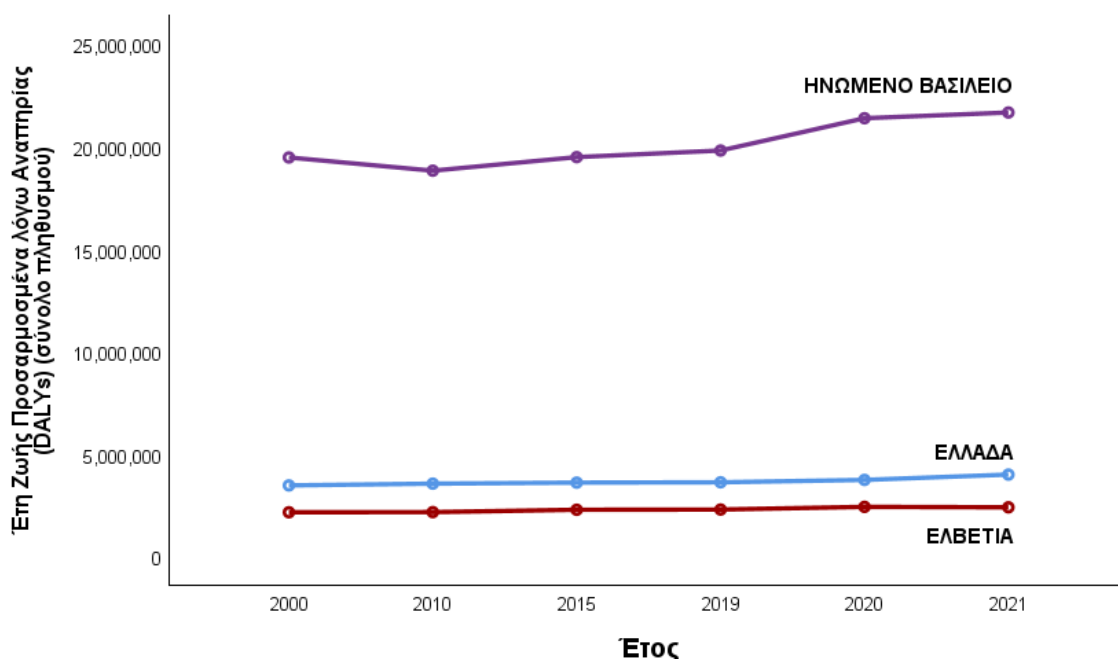
Πίνακας 16. Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs) (συνολικοί αριθμοί ετών) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000-2021

	Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (σύνολο πληθυσμού) - Disability-Adjusted Life Years (DALYs)		
ΕΤΟΣ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	2.152.100	3.463.500	19.477.100
2010	2.159.500	3.549.700	18.831.800
2015	2.274.300	3.599.400	19.495.000
2019	2.285.200	3.616.100	19.816.900
2020	2.416.000	3.732.000	21.394.200
2021	2.394.500	3.992.500	21.673.000
Διαχρονική μεταβολή 2000-2021	+11,2%	+15,2%	+11,3%
Διαχρονική μεταβολή 2019-2021	+4,7%	+10,4%	+9,3%

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Οι υψηλότερες απόλυτες τιμές, λόγω του μεγαλύτερου μεγέθους πληθυσμού, καταγράφονται στο **Ηνωμένο Βασίλειο**. Η συνολική ποσοστιαία μεταβολή για την περίοδο **2000–2021** ανέρχεται σε **11,3%**, επίπεδο παρόμοιο με εκείνο της Ελβετίας. Ωστόσο, κατά την περίοδο πριν και μετά την πανδημία (**2019–2021**), παρατηρείται υπερδιπλάσια ποσοστιαία αύξηση σε σύγκριση με την **Ελβετία**, φτάνοντας το **9,3%**, γεγονός που υποδηλώνει εντονότερη επιβάρυνση του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Η γενική αυξητική τάση που παρατηρείται και στις τρεις χώρες δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη αποτυχία των συστημάτων υγείας. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού και την πληθυσμιακή μεταβολή, οδηγεί σε συσσώρευση περισσότερων ετών ζωής με χρόνια νοσήματα, γεγονός που επιδρά ανοδικά στα συνολικά **DALYs**. Τα δεδομένα καταδεικνύουν ότι η πανδημία COVID-19 αύξησε τα **DALYs** και στις τρεις χώρες, ωστόσο, μόνο η **Ελβετία** κατάφερε να μειώσει τον συνολικό αριθμό τους μετά την πανδημία (**Διάγραμμα 22**).



Διάγραμμα 22. Συνολικά Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2021

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

7.5 Αποφεύξιμη Θνησιμότητα

Η **Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (Avoidable Mortality)** αποτελεί κεντρικό δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των συστημάτων υγείας. Ο δείκτης καταγράφει τους **θανάτους** (ανά 100.000 κατοίκους) που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί είτε μέσω έγκαιρων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρόληψης, είτε μέσω κατάλληλης ιατρικής φροντίδας και θεραπείας. Η αποφεύξιμη θνησιμότητα διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες:

- α) **Προλήψιμη Θνησιμότητα (Preventable Mortality):** Συνδέεται με τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου και τις πολιτικές δημόσιας υγείας (π.χ. κάπνισμα, παχυσαρκία, κατανάλωση αλκοόλ, εμβολιασμοί).
- β) **Θεραπεύσιμη Θνησιμότητα (Treatable/Amenable Mortality):** Σχετίζεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων, την ποιότητα της περίθαλψης και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 17. Αποφεύξιμη Θνησιμότητα
(θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους) σε Ελλάδα,
Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023

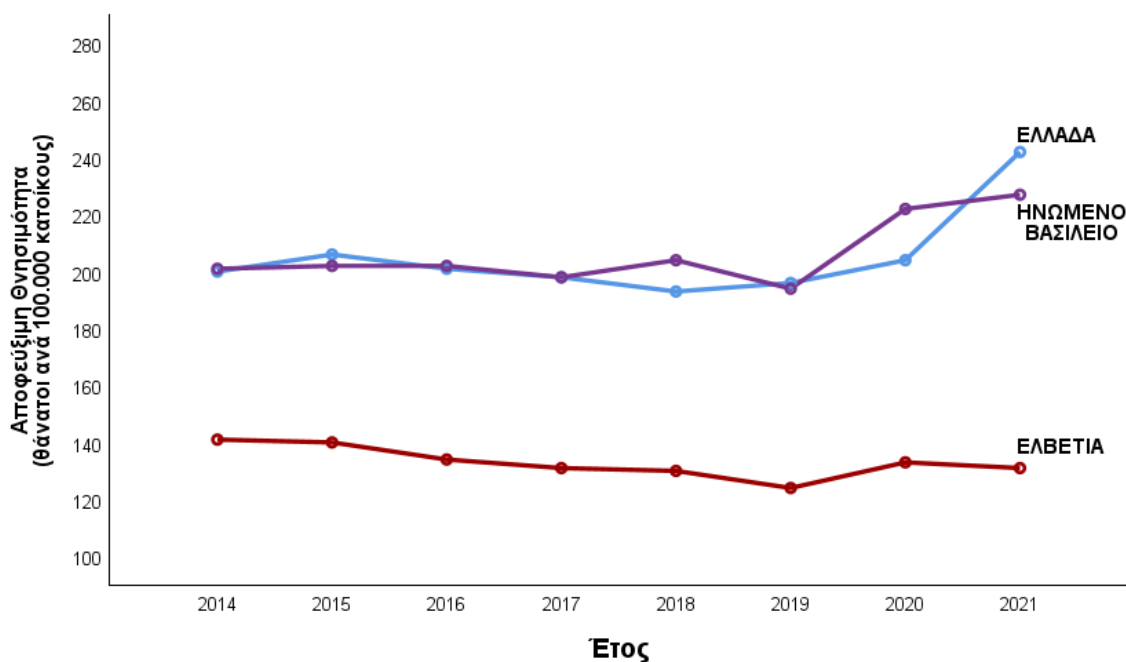
ΕΤΟΣ	Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους) (Σύνολο πληθυσμού) – Avoidable mortality		
	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	217	-	-
2001	204	-	293
2002	196	-	285
2003	192	-	278
2004	182	-	265
2005	182	-	257
2006	174	-	250
2007	174	-	243
2008	169	-	239
2009	166	-	227
2010	158	-	221
2011	152	-	213
2012	149	-	205
2013	147	-	203
2014	141	200	201
2015	140	206	202
2016	134	201	202
2017	131	198	198
2018	130	193	204
2019	124	196	194
2020	133	204	222
2021	131	242	227
2022	124	213	-
2023	114	-	-
2024	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από OECD

του δείκτη συνδέεται άρρηκτα με την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, την ισχυρή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την ευρεία εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου (Διάγραμμα 23).

Η συστηματική παρακολούθηση του δείκτη επιτρέπει τη διαχρονική αξιολόγηση των εθνικών συστημάτων υγείας και τη διενέργεια συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ των χωρών, αναδεικνύοντας τα περιθώρια βελτίωσης στην παροχή φροντίδας και την πρόληψη (Nolte & McKee, 2004). Στο πλαίσιο αυτό, ο Πίνακας 17 αποτυπώνει την εξέλιξη της αποφεύξιμης θνησιμότητας στην Ελβετία, την Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Η Ελβετία παρουσιάζει διαχρονικά τις χαμηλότερες τιμές αποφεύξιμης θνησιμότητας μεταξύ των τριών χωρών. Από 217 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το 2000, ο δείκτης μειώθηκε σε 114 το 2023, σημειώνοντας συνολική μείωση της τάξης του 47,5% και καταγράφοντας σταθερή πτωτική πορεία. Κατά την περίοδο της πανδημίας (2020–2021), σημειώθηκε περιορισμένη άνοδος από τους 124 στους 133 θανάτους, με ταχεία επαναφορά σε καθοδική τροχιά ήδη από το επόμενο έτος. Η σημαντική αυτή βελτίωση



Διάγραμμα 23. Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2014-2021

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από OECD

Για την **Ελλάδα**, τα διαθέσιμα συγκριτικά στοιχεία από το **2014**, καταγράφουν **200** θανάτους ανά 100.000, με οριακή διακύμανση έως το **2019 (196)** και σημαντική επιδείνωση κατά την περίοδο της πανδημίας. Η κορύφωση του δείκτη παρατηρείται το **2021**, όταν ανήλθε σε **242** θανάτους, την ίδια στιγμή που το **Ηνωμένο Βασίλειο** κατέγραφε **227** και η **Ελβετία 131** θανάτους. Η πτώση που σημειώθηκε το **2022 (213** θάνατοι) υποδηλώνει τάση επαναφοράς, ωστόσο ο δείκτης παραμένει σε υψηλά επίπεδα συγκριτικά με την προ-COVID εποχή, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι επιπτώσεις της πανδημίας δεν έχουν ακόμη πλήρως αντισταθμιστεί.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο**, ξεκινώντας από υψηλά επίπεδα το **2001** με **293** θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, παρουσίασε σταθερή βελτίωση έως το **2014 (201)**. Ωστόσο, από το 2015 και έπειτα παρατηρούνται διακυμάνσεις, με τάσεις στασιμότητας ή ήπιας επιδείνωσης. Η κατάσταση κορυφώθηκε το **2021**, έτος κατά το οποίο καταγράφηκαν **227** θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί.

Η διατήρηση της **Ελλάδας** σε υψηλά επίπεδα θανάτων από αποτρέψιμα αίτια, παρά τη μερική υποχώρηση του 2022, αναδεικνύει την επιτακτική ανάγκη περαιτέρω ενίσχυσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της πρόληψης και των μηχανισμών διαχείρισης κρίσεων. Σε σύγκριση με την **Ελβετία**, η οποία επιτυγχάνει συστηματική μείωση της αποφεύξιμης θνησιμότητας, επιβεβαιώνοντας ένα υψηλό επίπεδο οργάνωσης και ποιότητας των υπηρεσιών της, αποδεικνύεται ότι υφίστανται σημαντικά περιθώρια για την περαιτέρω μείωση των αποτρέψιμων θανάτων μέσω στοχευμένων πολιτικών υγείας. Αντιθέτως, η μακροχρόνια τάση στασιμότητας που εμφανίζει το **Ηνωμένο Βασίλειο** στις πρόσφατες καταγραφές, υποδηλώνει την ανάγκη αναπροσαρμογής των στρατηγικών δημόσιας υγείας και ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

7.6 Νοσοκομειακές Κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους) και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (σε ημέρες)

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγείας απαιτεί τη συνδυαστική ανάλυση δεικτών που αποτυπώνουν τόσο την υγειονομική υποδομή όσο και τη λειτουργική αποδοτικότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Μεταξύ των σημαντικότερων δεικτών συγκαταλέγονται η διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών ανά πληθυσμιακή μονάδα και η μέση διάρκεια νοσηλείας, οι οποίοι αντικατοπτρίζουν τη δυναμικότητα και τη διαχειριστική επάρκεια των νοσοκομειακών μονάδων (Nolte & McKee, 2004; WHO, 2022).

Τα διαχρονικά δεδομένα για τις εξεταζόμενες χώρες παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον **Πίνακα 18**.

Πίνακας 18. Νοσοκομειακές Κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους) και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ημέρες) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023

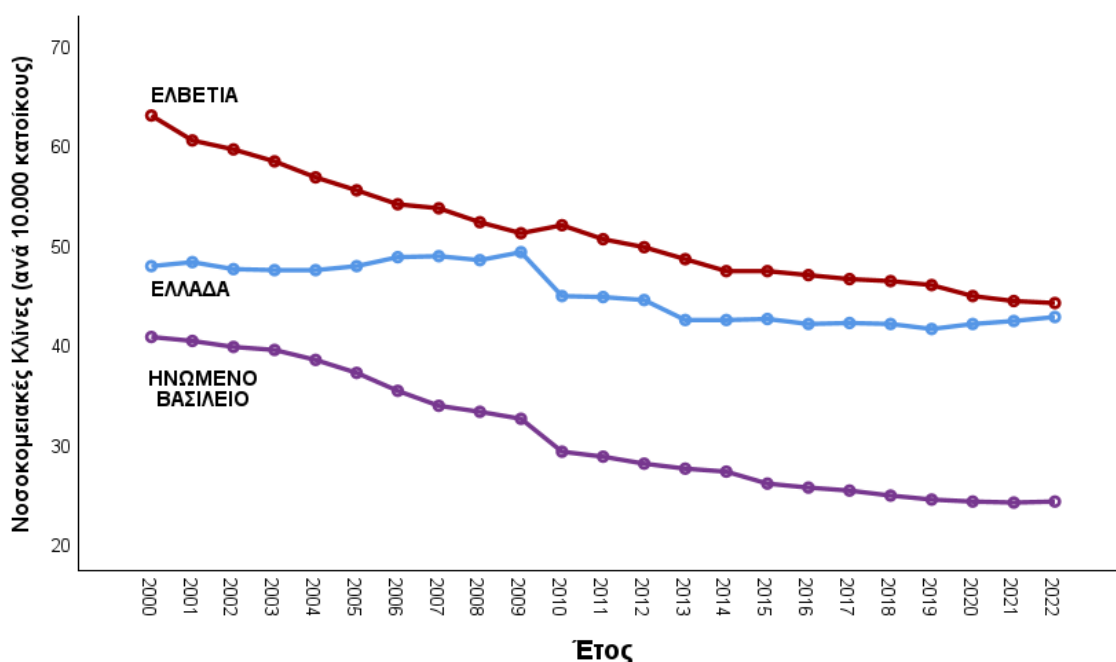
ΕΤΟΣ	Νοσοκομειακές κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους)			Μέση διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο (ημέρες) (ανεξαρτήτως αιτίας)		
	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	62,9	47,8	40,7	-	8	9,5
2001	60,4	48,2	40,3	-	8	9,4
2002	59,5	47,5	39,7	11,4	8	9,3
2003	58,3	47,4	39,4	11,3	9	9,3
2004	56,7	47,4	38,4	10,8	8	8,7
2005	55,4	47,8	37,1	10,6	8	8,5
2006	54,0	48,7	35,3	10,2	7	8,2
2007	53,6	48,8	33,8	9,7	6,9	7,7
2008	52,2	48,4	33,2	9,5	6,6	7,5
2009	51,1	49,2	32,5	9,2	6,7	7,5
2010	51,9	44,8	29,2	9,2	6,6	7,4
2011	50,5	44,7	28,7	9	6,8	7,1
2012	49,7	44,4	28,0	8,9	7	7
2013	48,5	42,4	27,5	8,8	8	7
2014	47,3	42,4	27,2	8,7	7	6,9
2015	47,3	42,5	26,0	8,6	7	6,8
2016	46,9	42,0	25,6	8,5	7,1	6,8
2017	46,5	42,1	25,3	8,4	6,6	-
2018	46,3	42,0	24,8	8,4	-	6,6
2019	45,9	41,5	24,4	8,4	-	6,7
2020	44,8	42,0	24,2	8,5	-	6,7
2021	44,3	42,3	24,1	8,3	-	6,9
2022	44,1	42,7	24,2	8,3	-	7,7
2023	43,8	-	-	8,4	5,8	7,3
2024	-	-	-	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από OECD και WHO

7.6.1 Νοσοκομειακές Κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους)

Ο δείκτης των νοσοκομειακών κλινών ανά πληθυσμιακή μονάδα χρησιμοποιείται ευρέως για την αποτίμηση της διαθεσιμότητας και της κατανομής των υγειονομικών πόρων και της επιχειρησιακής δυναμικότητας των συστημάτων υγείας (OECD, 2023).

Η συγκριτική αξιολόγηση των δεδομένων δείχνει ότι η **Ελβετία**, στην αρχή της εξεταζόμενης περιόδου, εμφάνιζε την υψηλότερη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών, με **62,9** ανά **10.000** κατοίκους το **2000**. Έκτοτε, ωστόσο, παρατηρείται μια προοδευτική συρρίκνωση των υποδομών αυτών, με το δείκτη να υποχωρεί στις **43,8** κλίνες το **2023**. Η εξέλιξη αυτή αντανακλά μια στρατηγική αναδιοργάνωσης της νοσοκομειακής φροντίδας, με μετατόπιση προς τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και την ενίσχυση ολοκληρωμένων δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας (**Διάγραμμα 24**).



Διάγραμμα 24. Διαχρονική εξέλιξη νοσοκομειακών κλινών (ανά 10.000 κατοίκους), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2022

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Η **Ελλάδα** παρουσιάζει σχετικά σταθερότητα στον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών κατά την περίοδο **2000–2022**, με τις τιμές να κυμαίνονται σε ένα στενό εύρος μεταξύ **42** και **49** κλινών ανά **10.000** κατοίκους. Από την αρχική καταγραφή των **47,8** το **2000** σημειώθηκε οριακή μείωση στις **42,7** κλίνες το **2022**. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει ότι, παρά το καθεστώς δημοσιονομικής στενότητας και τις έντονες πιέσεις που επέφερε η οικονομική κρίση στην υγεία, η βασική νοσοκομειακή υποδομή προστατεύθηκε και δεν υπέστη σημαντική συρρίκνωση.

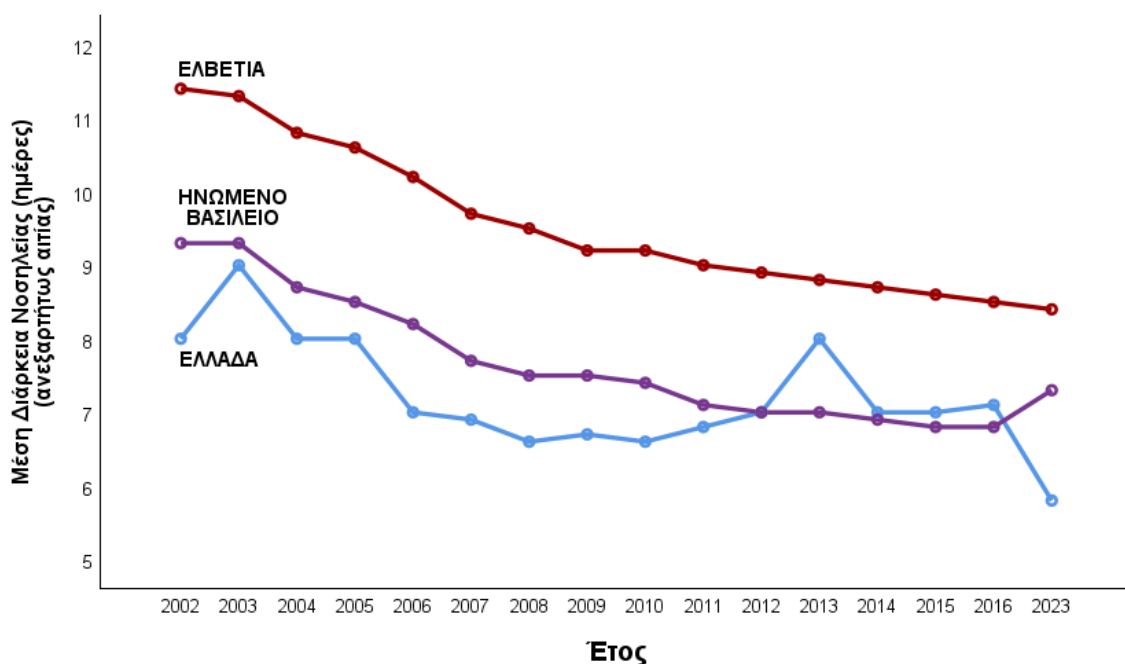
Αντίθετα, το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφανίζει τη χαμηλότερη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών ανάμεσα στα τρία εξεταζόμενα κράτη. Ο δείκτης μειώθηκε σημαντικά, σχεδόν 50%, καθώς η σχετική τιμή υποχώρησε από τις **40,7** κλίνες το **2000** σε **24,2** το **2022**. Η τάση αυτή αντανakλά μια στρατηγική περιορισμού της νοσοκομειακής δυναμικότητας, δίνοντας σαφή προτεραιότητα στην ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του συστήματος NHS.

7.6.2 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (σε ημέρες)

Η μέση διάρκεια νοσηλείας αποτελεί σημαντικό δείκτη αποδοτικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς αντανakλά τόσο την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης όσο και το βαθμό ορθολογικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων. Μικρότερη διάρκεια νοσηλείας συνδέεται συχνά με βελτιωμένες θεραπευτικές πρακτικές και αποτελεσματικότερη διαχείριση των υγειονομικών πόρων, υπό την προϋπόθεση ότι δεν επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (**Διάγραμμα 25**) (WHO, 2022).

Στην **Ελβετία**, καταγράφεται σημαντική μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, από **11,4** ημέρες το **2002** σε **8,4** ημέρες το **2023**. Η εξέλιξη αυτή υποδηλώνει βελτίωση της αποδοτικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και συνδέεται με αποτελεσματικότερη θεραπευτική διαχείριση των περιστατικών, ταχύτερη αποκατάσταση των ασθενών και συντομότερη έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Η **Ελλάδα** εμφανίζει διαχρονικά τις χαμηλότερες τιμές διάρκειας νοσηλείας σε σύγκριση με τις άλλες δύο χώρες. Η μέση διάρκεια κυμάνθηκε περίπου μεταξύ **7** και **8** ημερών για το μεγαλύτερο μέρος της εξεταζόμενης περιόδου, υποχωρώντας στις **5,8** ημέρες το **2023**, καταγράφοντας σημαντική μείωση σε σχέση με το **2000**, όταν ανερχόταν περίπου στις **8** ημέρες. Αν και η πορεία αυτή μπορεί να ερμηνευτεί ως δείκτης αυξημένης αποδοτικότητας, ενδέχεται παράλληλα να συνδέεται με πιέσεις στο σύστημα υγείας που οδηγούν σε ταχύτερα εξιτήρια και πιθανό αυξημένο κίνδυνο επανεισαγωγών, όταν δεν συνοδεύεται από επαρκή μετανοσοκομειακή και κοινοτική φροντίδα.



Διάγραμμα 25. Διαχρονική εξέλιξη της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ημέρες), σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2002–2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από OECD

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε σταδιακά, από **9,5** ημέρες το **2000** στις **6,7** ημέρες το **2019**. Ωστόσο, μετά την πανδημία COVID-19 παρατηρείται εκ νέου άνοδος, με το δείκτη να ανέρχεται στις **7,3** ημέρες το **2023**. Η επιδείνωση αυτή συνδέεται πιθανώς με την αυξημένη πίεση που δέχθηκε το σύστημα υγείας, την επιβάρυνση των νοσοκομείων από τη συσσώρευση περιστατικών και τις καθυστερήσεις στη φροντίδα και αποκατάσταση των ασθενών κατά την μεταπανδημική περίοδο.

7.6.3 Συνδυαστική Αξιολόγηση και Συμπεράσματα

Η **Ελβετία** διατηρεί σχετικά υψηλό αριθμό νοσοκομειακών κλινών, ενώ παράλληλα παρουσιάζει σταδιακή μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Ο συνδυασμός αυτός υποδηλώνει ένα υψηλό βαθμό λειτουργικής αποδοτικότητας. Η διαθεσιμότητα κλινών, σε συνδυασμό με τη συντομότερη διάρκεια παραμονής των ασθενών, διασφαλίζει αυξημένη ευελιξία και επάρκεια κατά τη διαχείριση της ζήτησης δευτεροβάθμιας φροντίδας.

Στην **Ελλάδα**, αν και ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών παραμένει ποσοτικά συγκρίσιμος με τον αντίστοιχο ελβετικό, η μέση διάρκεια νοσηλείας εμφανίζεται σημαντικά χαμηλότερη. Το δεδομένο αυτό ενδέχεται να υποδηλώνει ταχύτερη διακίνηση των ασθενών εντός του νοσοκομειακού συστήματος, ενώ παράλληλα, μπορεί να συνδέεται είτε με οργανωτικές πιέσεις στο σύστημα υγείας είτε με περιορισμούς στους διαθέσιμους ανθρώπινους πόρους και στις δυνατότητες παροχής μακροχρόνιας νοσηλείας.

Αντίθετα, το **Ηνωμένο Βασίλειο** χαρακτηρίζεται από σημαντικά μικρότερο αριθμό κλινών ανά πληθυσμιακή μονάδα. Σε συνδυασμό με τη σχετική σταθερότητα που εμφανίζει η μέση διάρκεια νοσηλείας, το σύστημα υγείας φαίνεται να βασίζεται σε ιδιαίτερα περιορισμένους πόρους υποδομής. Η κατάσταση αυτή ενδέχεται να περιορίζει την ικανότητα εξυπηρέτησης της αυξημένης ζήτησης για περίθαλψη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε συμφόρηση των νοσοκομείων, ιδιαίτερα σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων ή αυξημένων πιέσεων.

7.7 Ιατροί - Νοσηλευτικό και Μαιευτικό Προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους)

Η διαθεσιμότητα και η ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη λειτουργία και την αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας. Η επάρκεια επαγγελματιών υγείας, και ιδιαίτερα ιατρών και νοσηλευτικού-μαιευτικού προσωπικού, επηρεάζει άμεσα την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και τα συνολικά αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού.

Για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας ενός συστήματος, κρίνεται απαραίτητη η συνδυαστική εξέταση δεικτών που αφορούν τόσο τις υγειονομικές υποδομές όσο και το ανθρώπινο δυναμικό. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται σε δείκτες που αποτυπώνουν τον αριθμό των **ιατρών** και του **νοσηλευτικού-μαιευτικού** προσωπικού ανά πληθυσμό (**Πίνακας 19**), και οι οποίοι παρουσιάζουν άμεση συσχέτιση με άλλες μεταβλητές, όπως τη θνησιμότητα, τα DALYs και τη μέση διάρκεια νοσηλείας (Dubois et al., 2006).

Πίνακας 19. Ιατροί και Νοσηλευτικό - Μαιευτικό προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023

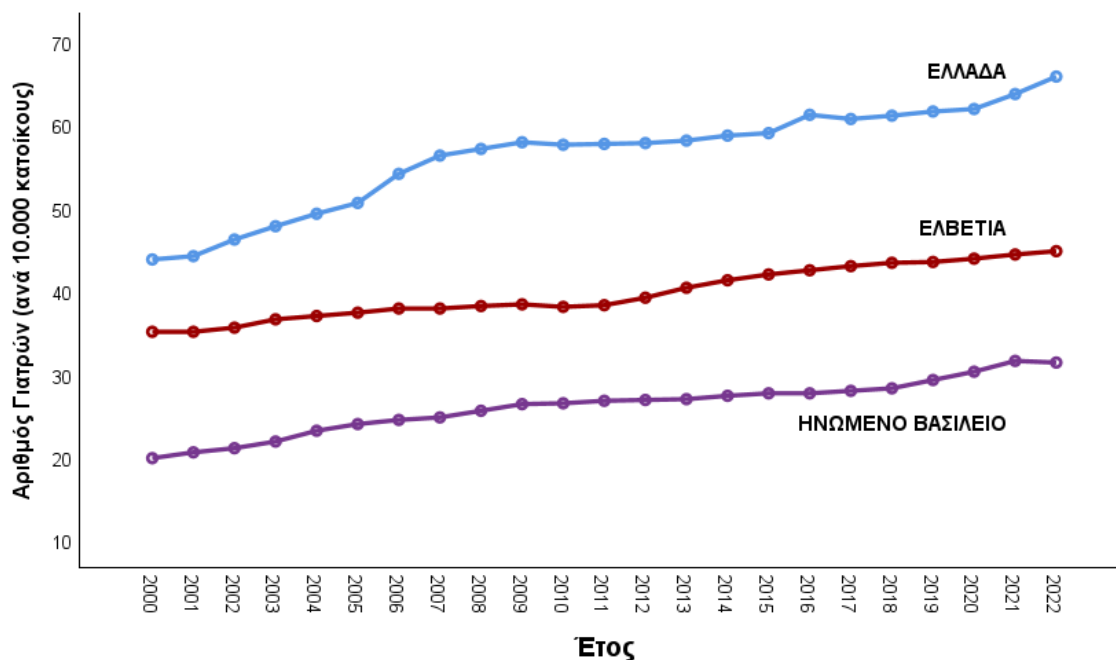
	Ιατροί (ανά 10.000 κατοίκους)			Νοσηλευτικό και Μαιευτικό προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους)		
ΕΤΟΣ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	35,1	43,8	19,9	118,7	29,7	85,8
2001	35,1	44,2	20,6	119,1	31,8	87,9
2002	35,6	46,2	21,1	123,2	35,3	90,9
2003	36,6	47,8	21,9	128,5	35,5	93,3
2004	37,0	49,3	23,2	127,3	35,3	94,8
2005	37,4	50,6	24,0	129,3	35,7	96,0
2006	37,9	54,1	24,5	133,5	34,8	94,4
2007	37,9	56,3	24,8	136,1	34,6	91,1
2008	38,2	57,1	25,6	138,9	35,0	91,2
2009	38,4	57,9	26,4	141,7	36,0	89,6
2010	38,1	57,6	26,5	149,3	36,8	88,6
2011	38,3	57,7	26,8	154,6	37,1	86,5
2012	39,2	57,8	26,9	158,8	35,8	84,0
2013	40,4	58,1	27,0	162,1	35,4	84,0
2014	41,3	58,7	27,4	164,5	34,7	83,9
2015	42,0	59,0	27,7	168,9	34,5	83,6
2016	42,5	61,2	27,7	173,4	35,0	83,3
2017	43,0	60,7	28,0	175,4	35,7	82,7
2018	43,4	61,1	28,3	179,2	36,3	85,0
2019	43,5	61,6	29,3	182,9	36,5	86,5
2020	43,9	61,9	30,3	187,1	39,3	89,2
2021	44,4	63,7	31,6	187,3	40,3	91,2
2022	44,8	65,8	31,4	187,6	41,1	90,6
2023	-	-	33,0	-	-	95,5
2024	-	-	-	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

7.7.1 Ιατροί (ανά 10.000 κατοίκους)

Η αναλογία ιατρών ανά πληθυσμό αποτελεί βασικό δείκτη της δυνατότητας ενός συστήματος υγείας να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας (**Διάγραμμα 26**).

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, η **Ελλάδα** παρουσιάζει τη μεγαλύτερη πυκνότητα ιατρών ανά 10.000 κατοίκους. Συγκεκριμένα, η αναλογία αυξήθηκε από **43,8** ιατρούς το **2000** σε **65,8** το **2022**, γεγονός που την κατατάσσει μεταξύ των χωρών με τη μεγαλύτερη διαθεσιμότητα ιατρικού προσωπικού διεθνώς. Ο υψηλός αυτός δείκτης υποδηλώνει σημαντική διαθεσιμότητα εξειδικευμένου ιατρικού δυναμικού (OECD, 2023).



Διάγραμμα 26. Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των ιατρών (ανά 10.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2022

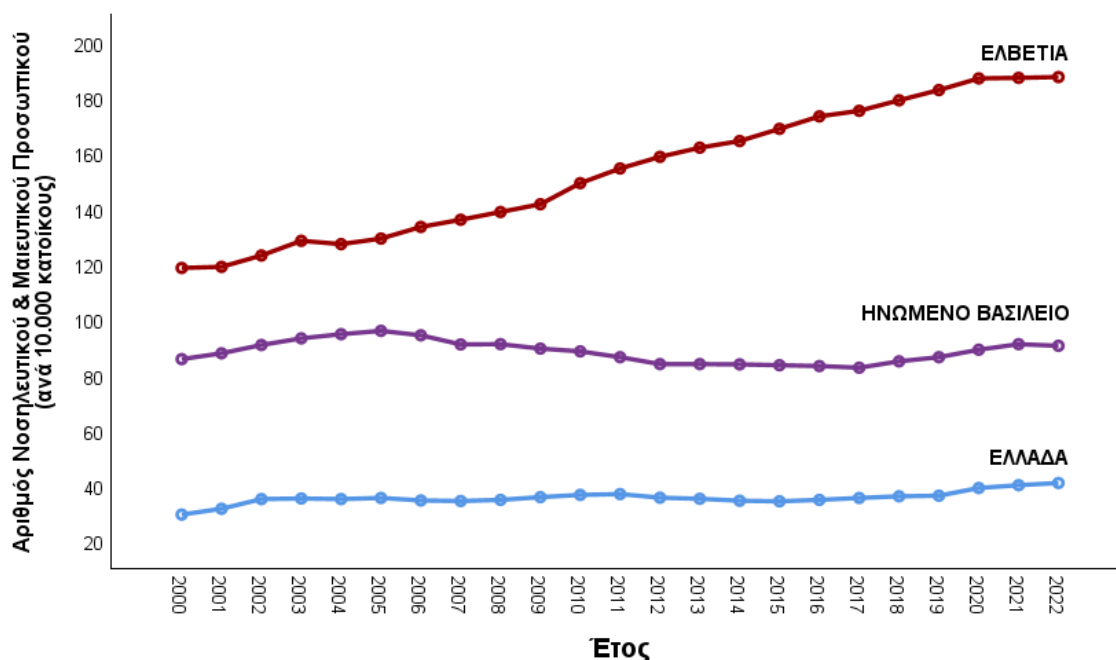
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Η **Ελβετία** παρουσιάζει επίσης αυξητική τάση, με την αναλογία να διαμορφώνεται από **35,1** ιατρούς ανά 10.000 κατοίκους το **2000** σε **44,8** το **2022**. Η σταθερή αυτή αύξηση αντανακλά τη σταδιακή ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναδυόμενων αναγκών του πληθυσμού.

Αντίθετα, το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφανίζει τη χαμηλότερη αναλογία ιατρών ανά πληθυσμό μεταξύ των τριών χωρών. Παρότι ο σχετικός δείκτης σημείωσε αξιοσημείωτη αύξηση, σχεδόν διπλασιάστηκε, από **19,9** το **2000** σε **33** ιατρούς το **2023**, εξακολουθεί να υπολείπεται σημαντικά σε σχέση με τις άλλες δύο χώρες. Η διαφοροποίηση αυτή συνδέεται εν μέρει με τη διαφορετική οργανωτική δομή του βρετανικού συστήματος υγείας και το ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο πλαίσιο του NHS.

7.7.2 Νοσηλευτικό και Μαιευτικό Προσωπικό (ανά 10.000 κατοίκους)

Η ανάλυση των δεδομένων όσον αφορά το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό αποκαλύπτει ακόμη μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των εξεταζόμενων χωρών (Διάγραμμα 27). Η **Ελβετία** παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλή αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία ανήλθε σε **187,6** ανά 10.000 κατοίκους το **2022**, έναντι **118,7** το **2000**, καταγράφοντας μια τιμή υπερτετραπλάσια της αντίστοιχης ελληνικής. Η σημαντική αυτή αύξηση αντανακλά τη στρατηγική επένδυση της χώρας στο νοσηλευτικό και μαιευτικό δυναμικό. Παράλληλα, η αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς αυξήθηκε από το περίπου **3:1** το **2000** σε **4:1** το **2022**.



Διάγραμμα 27. Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού του Νοσηλευτικού και Μαιευτικού Προσωπικού (ανά 10.000 κατοίκους) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2022

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο** παρατηρείται επίσης ισχυρή παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού, με την αναλογία να διαμορφώνεται σε **95,5** επαγγελματίες ανά 10.000 κατοίκους το **2023**, έναντι **85,8** το **2000**. Η πορεία του δείκτη χαρακτηρίζεται από ορισμένες διακυμάνσεις, με τη χαμηλότερη τιμή να καταγράφεται το **2017 (82,7)**. Σε αντίθεση με την Ελβετία, η

αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς στο Ηνωμένο Βασίλειο υποχώρησε, από περίπου **4:1** το **2000** σε περίπου **3:1** το **2023**.

Αντίθετα, η **Ελλάδα** εμφανίζει τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των τριών χωρών. Παρά τη μικρή αύξηση του δείκτη από **29,7** το **2000** σε **41,1** το **2022**, ο αριθμός παραμένει σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα, γεγονός που υποδηλώνει περιορισμένη διαθεσιμότητα νοσηλευτικής υποστήριξης στο σύστημα υγείας. Η έντονη δυσαναλογία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παραμένει σχεδόν σταθερή διαχρονικά, καθώς αντιστοιχούν περίπου **1,5** ιατροί για κάθε νοσηλευτή ή μαία.

7.7.3 Συνδυαστική Αξιολόγηση Δεικτών

Στην **Ελβετία** παρατηρείται ιδιαίτερα υψηλή αναλογία νοσηλευτικού-μαιευτικού προσωπικού προς ιατρούς, περίπου **4,2** νοσηλευτές να αντιστοιχούν σε κάθε ιατρό. Το μοντέλο αυτό ενισχύει τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών και την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας, γεγονός που συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα σε βασικούς δείκτες υγείας.

Αντίθετα, στην **Ελλάδα** παρατηρείται μια σημαντική δομική ανισορροπία, καθώς ο αριθμός των ιατρών υπερβαίνει αισθητά τον αντίστοιχο των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη περίπου **1,6** ιατρών για κάθε νοσηλευτή αντιστρέφει την κοινή πρακτική που εφαρμόζεται στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα, υποδηλώνοντας ένα έντονα ιατροκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών περίθαλψης.

Τέλος, το **Ηνωμένο Βασίλειο** ακολουθεί μια ενδιάμεση προσέγγιση στη συγκρότηση των υγειονομικών ομάδων. Η ισχυρή παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού λειτουργεί ως αντιστάθμισμα στον σχετικά χαμηλότερο αριθμό ιατρών αλλά και νοσοκομειακών κλινών, ενισχύοντας το ρόλο της διεπιστημονικής συνεργασίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

7.8 Δείκτες Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας

Η έννοια της **Καθολικής Κάλυψης Υγείας** (Universal Health Coverage – **UHC**) αποτελεί θεμελιώδη στόχο της διεθνούς πολιτικής υγείας και περιλαμβάνεται στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (SDG 3.8). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο

Οργανισμό Υγείας, η καθολική κάλυψη υγείας επιτυγχάνεται όταν όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας χωρίς να αντιμετωπίζουν οικονομικά εμπόδια ή δυσανάλογη οικονομική επιβάρυνση (WHO, 2023).

Για την αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης της κάλυψης αυτής χρησιμοποιούνται δύο βασικοί δείκτες: ο Δείκτης Κάλυψης Υπηρεσιών (SDG 3.8.1) και ο Υποδείκτης Δυναμικότητας και Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας UHC (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Δείκτης Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1) και Υποδείκτης Δυναμικότητας και Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023

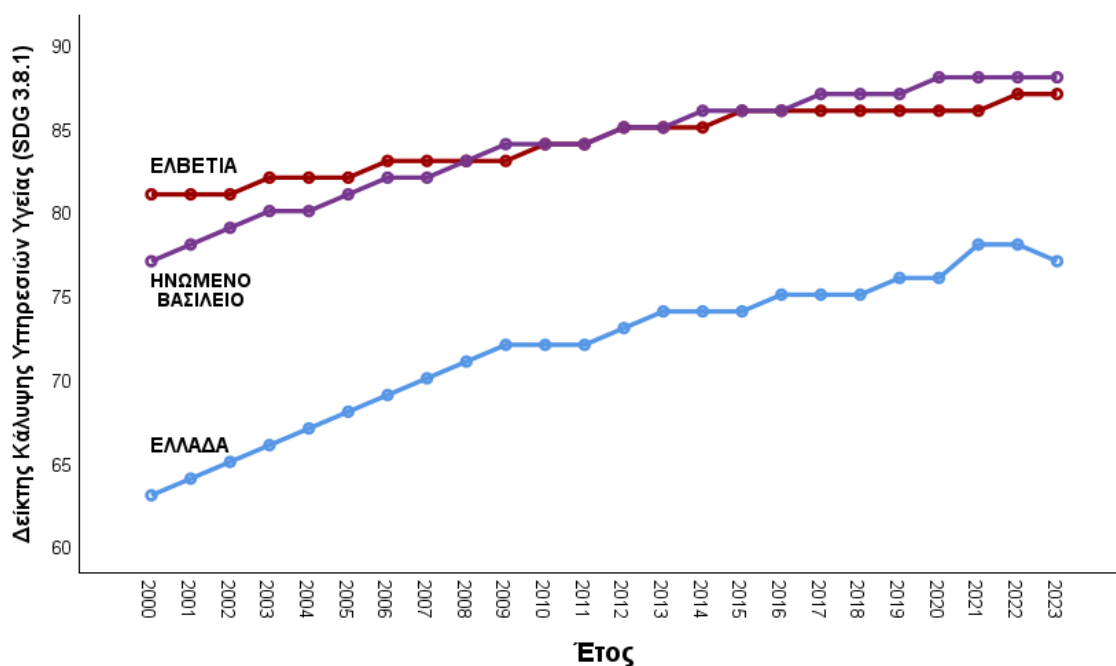
ΕΤΟΣ	Δείκτης Κάλυψης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1)			Υποδείκτης UHC Κάλυψης Υπηρεσιών: Δυναμικότητα και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας		
	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
2000	81	63	77	92	91	96
2001	81	64	78	92	91	96
2002	81	65	79	92	91	96
2003	82	66	80	92	91	96
2004	82	67	80	92	91	96
2005	82	68	81	92	91	96
2006	83	69	82	92	91	96
2007	83	70	82	92	91	96
2008	83	71	83	92	91	96
2009	83	72	84	92	91	96
2010	84	72	84	92	91	96
2011	84	72	84	95	90	96
2012	85	73	85	95	90	96
2013	85	74	85	96	89	96
2014	85	74	86	97	88	96
2015	86	74	86	97	87	96
2016	86	75	86	97	86	96
2017	86	75	87	97	85	96
2018	86	75	87	98	84	98
2019	86	76	87	98	83	98
2020	86	76	88	98	84	98
2021	86	78	88	97	89	98
2022	87	78	88	97	88	98
2023	87	77	88	97	84	98
2024	-	-	-	-	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Οι συγκεκριμένες παράμετροι αποτυπώνουν την ικανότητα ενός συστήματος υγείας να παρέχει βασικές παροχές στον πληθυσμό, διασφαλίζοντας παράλληλα την αποτελεσματική και ισότιμη προσέλευση των πολιτών σε αυτές.

7.8.1 Δείκτης Κάλυψης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1)

Ο δείκτης **SDG 3.8.1** αξιολογεί την κάλυψη βασικών υπηρεσιών υγείας σε έναν πληθυσμό, περιλαμβάνοντας παροχές πρόληψης, αναπαραγωγικής υγείας, αντιμετώπισης λοιμωδών νοσημάτων και διαχείρισης μη μεταδιδόμενων ασθενειών. Ο συγκεκριμένος δείκτης χρησιμοποιείται διεθνώς ως βασικό μέτρο της προόδου προς την καθολική κάλυψη υγείας (**Διάγραμμα 28**) (WHO & World Bank, 2023).



Διάγραμμα 28. Διαχρονική εξέλιξη του Δείκτη Κάλυψης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας (SDG 3.8.1) σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

Η **Ελβετία** παρουσιάζει σταθερά υψηλές επιδόσεις στον συγκεκριμένο τομέα. Ειδικότερα, η βαθμολογία της αυξήθηκε σταδιακά από **81** το **2000** σε **87** το **2023**, αντανακλώντας τόσο την υψηλή ποιότητα όσο και την ευρεία διαθεσιμότητα βασικών παροχών φροντίδας στο ελβετικό μοντέλο.

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** καταγράφει εξίσου υψηλά επίπεδα, με το δείκτη να αυξάνεται από **77** το **2000** σε **88** το **2023**, γεγονός που συνδέεται με τον καθολικό χαρακτήρα του βρετανικού συστήματος, το οποίο βασίζεται στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS).

Αντίθετα, η **Ελλάδα** εκκίνησε από χαμηλότερη βάση, με βαθμολογία **63** το **2000**. Ωστόσο, καταγράφηκε σημαντική πρόοδος τις επόμενες δεκαετίες, με το δείκτη να φτάνει το **78** την περίοδο **2021–2022**, ενώ το **2023** παρατηρείται μια μικρή υποχώρηση στο **77**, πιθανώς ως συνέπεια των μακροχρόνιων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε συνδυασμό με τις πιέσεις και τα δομικά κενά που ανέδειξε η πανδημία COVID-19 (WHO & World Bank, 2023).

7.8.2 Υποδείκτης Κάλυψης Υπηρεσιών UHC σχετικά με τη Δυναμικότητα και την Πρόσβαση στις Υπηρεσίες

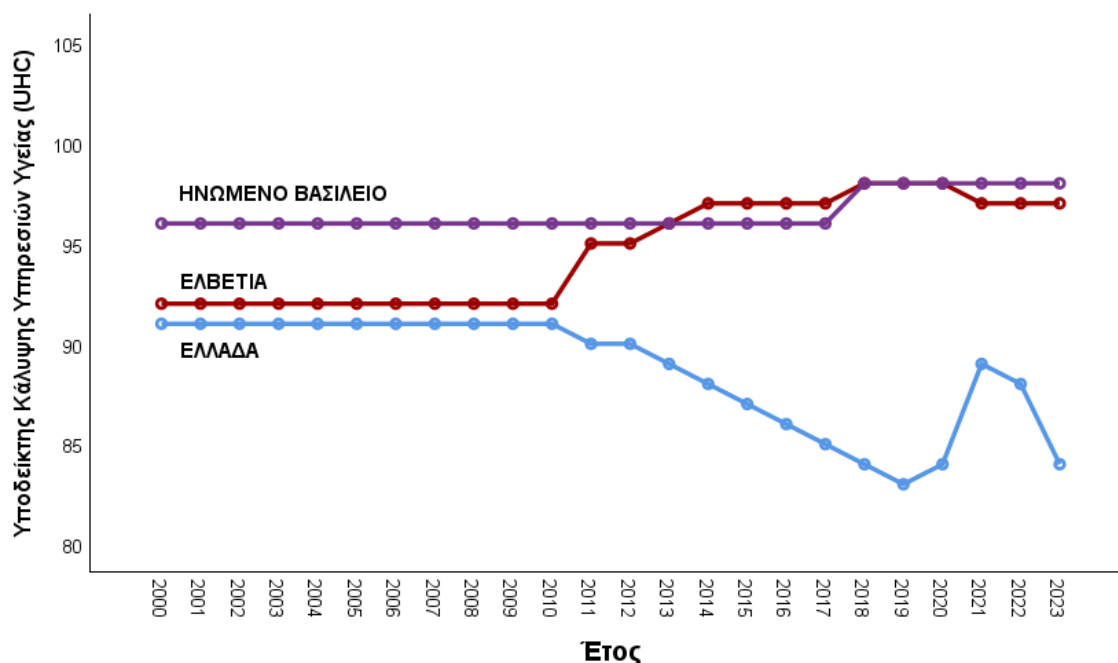
Ο υποδείκτης δυναμικότητας και πρόσβασης αξιολογεί την επάρκεια των υποδομών, του ανθρώπινου δυναμικού και των οργανωτικών δομών που επιτρέπουν στους πολίτες να έχουν εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η συγκεκριμένη παράμετρος αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας κάθε συστήματος (**Διάγραμμα 29**) (WHO & World Bank, 2023).

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλές επιδόσεις στο συγκεκριμένο πεδίο, με τιμές που κυμαίνονται σταθερά μεταξύ **96** και **98** κατά την περίοδο **2000–2023**, υποδηλώνοντας μια δομή σχεδιασμένη με γνώμονα τη διασφάλιση της μέγιστης δυνατής προσβασιμότητας για το σύνολο του πληθυσμού.

Η **Ελβετία** εμφανίζει επίσης υψηλό επίπεδο δυναμικότητας και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, με το δείκτη να αυξάνεται από **92** το **2000** σε **97** το **2023**, αντανakλώντας τις συστηματικές επενδύσεις της χώρας σε υγειονομικές υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό.

Αντίθετα, η **Ελλάδα** παρουσιάζει διαφορετική πορεία. Παρότι το **2000** ο υποδείκτης βρισκόταν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα (**91**), ακολούθησε προοδευτική κάμψη κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, υποχωρώντας στο **83** το **2019**. Στη συνέχεια παρατηρείται μια μερική ανάκαμψη, με την τιμή να διαμορφώνεται στο **84** το **2023**, αναδεικνύοντας

βελτιώσεις, αλλά ταυτόχρονα και την ανάγκη περαιτέρω ενίσχυσης των υποδομών και της οργανωτικής ικανότητας του συστήματος υγείας (WHO & World Bank, 2023).



Διάγραμμα 29. Διαχρονική εξέλιξη του Υποδείκτη Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας (UHC) σχετικά με τη δυναμικότητα των υπηρεσιών υγείας και την πρόσβαση σε αυτές, σε Ελλάδα, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο, 2000–2023

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από WHO

7.8.3 Συνδυαστική Αξιολόγηση και Συμπεράσματα

Η ταυτόχρονη εξέταση των δύο παραμέτρων προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τη στρατηγική κατεύθυνση και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας στις τρεις χώρες. Το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλές επιδόσεις και στους δύο άξονες: το **2023**, η κάλυψη υπηρεσιών ανήλθε σε **88** και η πρόσβαση σε **98**, γεγονός που υποδηλώνει την αποτελεσματικότητα του βρετανικού συστήματος υγείας στην παροχή βασικών υπηρεσιών σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

Η **Ελβετία** εμφανίζει επίσης υψηλή και ισορροπημένη επίδοση στους δύο δείκτες, με τιμές **87** για την κάλυψη υπηρεσιών και **97** για την προσβασιμότητα το **2023**. Η σύγκλιση των

δύο μεγεθών σε υψηλά επίπεδα καταδεικνύει μια ιδιαίτερα εύρυθμη δομή, ικανή να συνδυάζει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών με ευρεία και ισότιμη πρόσβαση στον πληθυσμό.

Αντίθετα, στην **Ελλάδα** παρατηρείται μια αξιοσημείωτη απόκλιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Παρότι η κάλυψη βασικών υπηρεσιών υγείας βελτιώθηκε σημαντικά από το **2000** έως το **2023**, ανεβαίνοντας από **63** σε **77**, η πραγματική δυναμικότητα και η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας παρουσίασαν μείωση, υποχωρώντας από **91** σε **84**. Η διαφοροποίηση αυτή υποδηλώνει ότι η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών δεν συνοδεύτηκε από αντίστοιχη ενίσχυση της υγειονομικής υποδομής, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω ανάπτυξη της οργανωτικής και λειτουργικής ικανότητας του συστήματος υγείας.

8. Συζήτηση

8.1 Διαχρονικές Τάσεις και Διάρθρωση των Δαπανών Υγείας

Η συγκριτική ανάλυση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας (CHE), σε συνδυασμό με τον Μέσο Ετήσιο Ρυθμό Αύξησης (CAGR), τη Συνολική Δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ καθώς και τη διαχρονική μεταβολή τους κατά κεφαλήν, αναδεικνύει ουσιώδεις διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ελβετίας, της Ελλάδας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Οι αποκλίσεις αυτές δεν αντανακλούν μόνο τις μακροοικονομικές εξελίξεις της περιόδου 2000–2024, αλλά και τις θεσμικές ιδιαιτερότητες των συστημάτων χρηματοδότησης (Dubois et al., 2006).

8.1.1 Συνολική Δαπάνη (CHE) και Μακροοικονομικό Πλαίσιο

Συνολικά, παρατηρείται ανοδική τάση των δαπανών και στις τρεις χώρες, ωστόσο με σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την ένταση, τη σταθερότητα και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της αύξησης αυτής. Η διεθνής βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η εξέλιξη των υγειονομικών δαπανών επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων, όπως η οικονομική ανάπτυξη, οι δημογραφικές μεταβολές - ιδίως η γήρανση του πληθυσμού -, καθώς και η οργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας (OECD, 2023; WHO, 2023).

Η **Ελβετία** αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα σταθερής και προβλέψιμης αύξησης, με Ετήσιο Ρυθμό Αύξησης της συνολικής δαπάνης **3,45%** (Πίνακας 21). Οι πόροι αυτοί ως ποσοστό του ΑΕΠ σημείωσαν συνεχή άνοδο, από **9,1%** το **2000** σε **11,8%** για το **2024**. Η εξέλιξη αυτή κατατάσσει την Ελβετία μεταξύ των πλέον δαπανηρών συστημάτων παγκοσμίως, γεγονός που συνδέεται με τη διαχρονική επένδυση σε βιοϊατρική καινοτομία και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Το ελβετικό μοντέλο, βασισμένο στην υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση υπό κρατική ρύθμιση, εξασφαλίζει υψηλά επίπεδα πρόσβασης αν και επιβαρύνει σημαντικά τους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών μέσω των υψηλών άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket payments) (De Pietro et al., 2015).

Αντίθετα, το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσίασε τη μεγαλύτερη δυναμική αύξηση της συνολικής δαπάνης, με CAGR **5,98%**, σημειώνοντας σημαντική ενίσχυση τόσο σε απόλυτα μεγέθη όσο και σε κατά κεφαλήν. Η πορεία αυτή συνδέεται με τη διαχρονική

χρηματοδότηση του NHS, αλλά κυρίως με την κατακόρυφη αύξηση των δημόσιων δαπανών κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, όταν το ποσοστό επί του ΑΕΠ κορυφώθηκε στο **12,1%**. Η βιβλιογραφία χαρακτηρίζει αυτή την τακτική ως μορφή «αντιδραστικής χρηματοδότησης» (**reactive funding**), δηλαδή ως αποτέλεσμα έκτακτων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση κρίσεων παρά ως προϊόν μακροχρόνιου στρατηγικού σχεδιασμού (OECD, 2023; WHO, 2022).

Πίνακας 21. Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης (CAGR) Συνολικής Δαπάνης Υγείας

Δείκτης	Ελβετία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο
Συνολική Δαπάνη Υγείας	3,45%	0,93%	5,98%
Συνολική Δαπάνη Υγείας (% ΑΕΠ)	1,08%	0,46%	1,87%
Συνολική Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (USD - PPP)	4,9%	3,58%	5,34%

Ωστόσο, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει ότι η αύξηση των υγειονομικών πόρων δεν συνεπάγεται αυτομάτως και βελτίωση της αποδοτικότητας. Συγκεκριμένα, αναλύσεις του ΟΟΣΑ (OECD, 2020) σε αναπτυγμένες οικονομίες δείχνουν ότι οι μεταβολές στους χρόνους αναμονής δεν σχετίζονται συστηματικά με το επίπεδο των δαπανών, αναδεικνύοντας την ύπαρξη βαθύτερων διαρθρωτικών και οργανωτικών περιορισμών. Στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, παρά τις εκτεταμένες επενδύσεις για την αποσυμφόρηση του συστήματος και την αντιμετώπιση των λιστών αναμονής, οι στόχοι αποκατάστασης δεν επιτεύχθηκαν. Η παραγωγικότητα του NHS παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα και οι λίστες αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπεία συνέχισαν να διογκώνονται, υποδηλώνοντας ότι το πρόβλημα είναι δομικό και λειτουργικό, και όχι αποκλειστικά χρηματοδοτικό (UK Parliament, 2022).

Η **Ελλάδα** παρουσιάζει ένα σαφώς διαφοροποιημένο πρότυπο εξέλιξης, το οποίο χαρακτηρίζεται από έντονη κυκλικότητα και περιορισμένη δυναμική, όπως αποτυπώνεται και στον ιδιαίτερα χαμηλό μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής της συνολικής δαπάνης (**CAGR 0,93%**). Η σημαντική συρρίκνωση των δαπανών κατά την περίοδο της δημοσιονομικής

κρίσης (απώλεια άνω του 25% του ΑΕΠ) και η αργή ανάκαμψη που ακολούθησε, καταδεικνύουν τη χαμηλή ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας σε εξωτερικές μακροοικονομικές πιέσεις, καθώς η χρηματοδότηση παραμένει στενά συνδεδεμένη με τη δημοσιονομική στενότητα του κράτους (Chletsos & Economou, 2025; OECD, 2023).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση της δαπάνης υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, η οποία ενώ το **2010** είχε αγγίξει το **9,62%**, το **2023** ανήλθε στο **8,39%**. Παρότι η τιμή αυτή θα μπορούσε να εκληφθεί ως ένδειξη ενίσχυσης του συστήματος, η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι στην ελληνική περίπτωση, η αύξηση αυτή είναι σε σημαντικό βαθμό «τεχνική» ή «λογιστική», και οφείλεται κυρίως στις διακυμάνσεις του ΑΕΠ κατά την πανδημία και λιγότερο σε μια ουσιαστική, μόνιμη ενίσχυση των διαθέσιμων πόρων για την υγεία (Economou et al., 2017; WHO, 2023).

8.1.2 Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δαπάνης (USD PPP)

Η ανάλυση των δεδομένων κατά κεφαλήν δαπάνης σε όρους **Ισοτιμίας Αγοραστικής Δύναμης (USD - PPP)** καταδεικνύει τη διαχρονική διεύρυνση των αποκλίσεων μεταξύ των τριών υγειονομικών συστημάτων. Η χρήση του δείκτη αυτού κρίνεται απαραίτητη για τη σύγκριση της πραγματικής αξίας των διαθέσιμων πόρων, καθώς εξαλείφει τις αποκλίσεις που προκαλούν οι διαφορές στα επίπεδα τιμών και στο κόστος ζωής (Economou et al., 2017; OECD, 2023).

Η **Ελβετία** διατηρεί σταθερά την υψηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη στην Ευρώπη, με το σχετικό μέγεθος να αυξάνεται από USD (PPP) **3.352** το **2000** σε **6.530** το **2013**, φτάνοντας τα USD (PPP) **10.601** το **2024**. Η συνεχής αυτή αυξητική τάση επιβεβαιώνει τη σταθερή επενδυτική στρατηγική της χώρας και την υψηλή χρηματοδοτική ικανότητα του συστήματος. Αξιοσημείωτο είναι ότι, παρά το γεγονός ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες στην Ελβετία είναι κατά **52% ακριβότερες** από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, το σύστημα επιτυγχάνει τη διατήρηση κορυφαίων επιπέδων ποιότητας και αποτελεσματικότητας (De Pietro et al., 2015; OECD, 2023).

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζει επίσης σημαντική άνοδο, με την κατά κεφαλήν δαπάνη να διαμορφώνεται στα USD (PPP) **4.225** το **2015** και να αυξάνεται στα USD (PPP) **6.605** το **2024**. Η πορεία αυτή ενισχύθηκε ιδιαίτερα μετά την πανδημία COVID-19, καθώς οι

δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν ραγδαία για την ενίσχυση του NHS. Ωστόσο, το επίπεδο των πόρων ανά πολίτη παραμένει αισθητά χαμηλότερο από το ελβετικό, γεγονός που συχνά ερμηνεύεται ως ένδειξη υψηλότερης τεχνικής αποδοτικότητας του δημόσιου συστήματος, παρά τις έντονες πιέσεις που δέχεται (Appleby et al., 2022; OECD, 2023).

Αντίθετα, η **Ελλάδα** εμφανίζει σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα, με την κατά κεφαλήν δαπάνη να ξεκινά από τα USD (PPP) **1.417** το **2000**, να κορυφώνεται στα USD (PPP) **2.678** το **2010**, και μετά από μια μακρά περίοδο δημοσιονομικής συρρίκνωσης, να εκτιμάται στα USD (PPP) **3.453** το **2024**. Η εξέλιξη αυτή χαρακτηρίζεται από έντονη αστάθεια, καθώς οι περικοπές της οικονομικής κρίσης (που άγγιξαν τα EUR **7,5** δισ. μεταξύ 2010-2014) δεν αντισταθμίστηκαν πλήρως, αποτυπώνοντας τις δομικές δυσλειτουργίες του ελληνικού συστήματος (Chletsos & Economou, 2025; Economou et al., 2017).

8.1.3 Λειτουργική Κατανομή: Νοσοκομειακή και Φαρμακευτική Περίθαλψη

Η εμβάθυνση στη δομή των δαπανών αναδεικνύει ουσιώδεις διαφοροποιήσεις στην κατανομή των πόρων μεταξύ των τριών χωρών, αποκαλύπτοντας τις στρατηγικές προτεραιότητες κάθε συστήματος.

Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Η **Ελβετία** εμφανίζει ένα πρότυπο υψηλής αλλά ισορροπημένης νοσοκομειακής δαπάνης. Παρόλο που διαθέτει έναν τεχνολογικά προηγμένο νοσοκομειακό τομέα, η συμμετοχή του στο σύνολο της δαπάνης παραμένει αναλογικά ελεγχόμενη. Αυτό αποδίδεται στη διαχρονική επένδυση στην εξωνοσοκομειακή και στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία αποτρέπει την υπερβολική συγκέντρωση πόρων αποκλειστικά στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (De Pietro et al., 2015; OECD 2023).

Αντίθετα, η **Ελλάδα** χαρακτηρίζεται από μια έντονα **νοσοκομειοκεντρική δομή**. Το **2023**, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη απορρόφησε το **44,3%** των τρεχουσών δαπανών υγείας, ποσοστό που αποτελεί το υψηλότερο στην ΕΕ και σημαντικά μεγαλύτερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο του **28%** (OECD & European Observatory, 2025a). Η υπερεξάρτηση αυτή αντανakλά την υποχρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και της πρόληψης, η οποία περιορίστηκε μόλις στο **3%** της συνολικής χρηματοδότησης το **2023**, ποσοστό μεν υπερδιπλάσιο σε σχέση με το **2019 (1%)**, αλλά και χαμηλότερο από τον

αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο (**4%**). Η δομική αυτή αδυναμία προκαλεί ασφυκτικές πιέσεις στα δημόσια νοσοκομεία, με την πληρότητα να αγγίζει συχνά το **90-100%**, οδηγώντας σε εκτεταμένους χρόνους αναμονής (OECD & European Commission, 2024; OECD & European Observatory, 2025a).

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφανίζει ένα δυναμικό μοντέλο, όπου οι νοσοκομειακές δαπάνες ενισχύθηκαν στοχευμένα κατά την περίοδο της πανδημίας για την οικοδόμηση πρόσθετης χωρητικότητας και την άμεση αντιμετώπιση των περιστατικών. Παρά την πίεση, το Ηνωμένο Βασίλειο διατηρεί συγκριτικά χαμηλότερη νοσοκομειακή επιβάρυνση ως ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με την Ελλάδα, εστιάζοντας στην τεχνική αποδοτικότητα μέσω του κεντρικού ελέγχου των προϋπολογισμών και του στρατηγικού σχεδιασμού ανά τριετία (Mossialos & Wenzl, 2016).

Φαρμακευτική Περίθαλψη

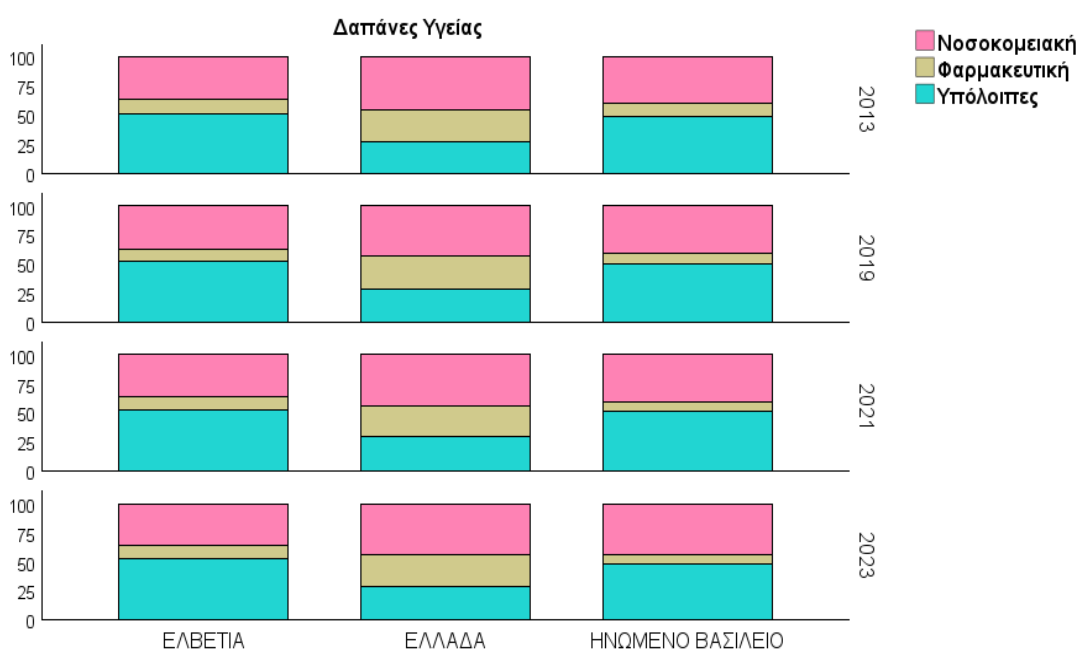
Η ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης αποκαλύπτει τις πλέον δραματικές αποκλίσεις. Η **Ελλάδα** διέθεσε το **2023** περίπου το **27%** της συνολικής δαπάνης υγείας για φάρμακα, ποσοστό υπερδιπλάσιο του μέσου όρου της ΕΕ (**13%**). Η απόκλιση αυτή δεν οφείλεται μόνο στον όγκο της κατανάλωσης, αλλά και στη χαμηλή διείσδυση των γενοσήμων, τα οποία αποτελούν μόλις το **34%** των αποζημιούμενων φαρμάκων, παρά τις πολιτικές συγκράτησης του κόστους (Chletsos & Economou, 2025; OECD & European Observatory, 2025a).

Στην **Ελβετία**, η φαρμακευτική δαπάνη είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη σε απόλυτους όρους. Ωστόσο, το σύστημα εφαρμόζει αυστηρό εξωτερικό έλεγχο τιμών, βάσει εννέα αναφορικών χωρών, διασφαλίζοντας ότι οι εγχώριες τιμές δεν υπερβαίνουν το διεθνή μέσο όρο. Παρά την αύξηση της χρήσης γενοσήμων από **6,1%** το **2000** σε **23,9%** το **2013**, το μερίδιό τους παραμένει χαμηλότερο από τον διεθνή μέσο όρο, αναδεικνύοντας περιθώρια περαιτέρω εξορθολογισμού (De Pietro et al., 2015).

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** επιδεικνύει την υψηλότερη αποδοτικότητα στον τομέα αυτό, με τη φαρμακευτική δαπάνη να περιορίζεται κάτω από **9%** της συνολικής δαπάνης το **2023**. Η επίδοση αυτή έρχεται σε σαφή αντίθεση με τη σταδιακή άνοδο που παρατηρείται στην Ελβετία (**12%**), αλλά κυρίως με το δυσανάλογα υψηλό ποσοστό της Ελλάδας (**26,7%**) για το αντίστοιχο έτος. Η επιτυχία αυτή αποδίδεται στον κομβικό ρόλο του NICE (National

Institute for Health and Care Excellence), το οποίο μέσω της Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (HTA), διασφαλίζει τη βέλτιστη κατανομή των πόρων. Χρησιμοποιώντας αυστηρά κριτήρια και δείκτες, όπως το κόστος ανά Ποιοτικά Προσαρμοσμένο Έτος Ζωής (QALYs), το Ινστιτούτο ιεραρχεί τη χρηματοδότηση των φαρμάκων με γνώμονα τη μέγιστη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και το πραγματικό κλινικό όφελος για τον πληθυσμό (Cylus et al., 2016; Dubois et al., 2006).

Η διαφοροποίηση στη δομή της δαπάνης υγείας δεν είναι συγκυριακή, αλλά διαχρονική, όπως αποτυπώνεται στο **Σχήμα 1**. Παρά τις μεταβολές λόγω της πανδημίας, η **Ελλάδα** διατηρεί σταθερά υψηλότερο μερίδιο φαρμακευτικής δαπάνης σε σύγκριση με την **Ελβετία** και το **Ηνωμένο Βασίλειο**, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων κατανομής της χρηματοδότησης προς την κατεύθυνση της ΠΦΥ.



Σχήμα 4. Διαχρονική εξέλιξη της λειτουργικής διάρθρωσης των δαπανών υγείας (% CHE) στην Ελλάδα, την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο, 2013-2023

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από ΕΛΣΤΑΤ, FSO και OECD

8.1.4 Τρία Διακριτά Πρότυπα Εξέλιξης

Συμπερασματικά, η συγκριτική ανάλυση αναδεικνύει τρία διακριτά πρότυπα εξέλιξης της συνολικής δαπάνης, τα οποία αντικατοπτρίζουν διαφορετικές οικονομικές πραγματικότητες και στρατηγικές προτεραιότητες:

❖ Η **Ελβετία** χαρακτηρίζεται από υψηλή και προβλέψιμη ροή πόρων, με έμφαση στην ποιότητα και την τεχνολογική καινοτομία. Παρά το γεγονός ότι επιβαρύνει σημαντικά τους πολίτες μέσω των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, διατηρεί τη δεύτερη υψηλότερη αγοραστική ισχύ ανά κάτοικο παγκοσμίως, διασφαλίζοντας την ανθεκτικότητα του συστήματος (OECD, 2023).

❖ Το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφανίζει μια ισχυρή δημόσια χρηματοδότηση που αντιδρά αποτελεσματικά στις κρίσεις, όπως η πανδημία, άλλα προσκρούει σε σοβαρές προκλήσεις αποδοτικότητας. Η εκτίναξη των λιστών αναμονής στο ιστορικό υψηλό των **6,07** εκατομμυρίων ασθενών στις αρχές του 2022, υπογραμμίζει ότι η αύξηση των πόρων, χωρίς διαρθρωτικές αλλαγές, δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε άμεση βελτίωση της προσβασιμότητας (Anderson et al., 2022).

❖ Η **Ελλάδα** αντανακλά μια πορεία έντονης κυκλικότητας και ευαλωτότητας στις μακροοικονομικές μεταβολές. Με το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό κρατικής κάλυψης στην ΕΕ (**61%**) και επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας έξι φορές υψηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, η ελληνική περίπτωση αναδεικνύει την ανάγκη για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις (Chletsos & Economou, 2025; OECD & European Observatory, 2025a).

8.2 Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας και Κατανομή Πόρων

Η συγκριτική ανάλυση της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας στην Ελβετία, την Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο αναδεικνύει τρία διακριτά πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας. Αυτά συνδέονται άμεσα με τα θεσμικά χαρακτηριστικά των συστημάτων (Beveridge, Bismarck/Μοντέλο υποχρεωτικής ασφάλισης και Μεικτό σύστημα), καθώς και με τις μακροοικονομικές συνθήκες κάθε χώρας. Η διαφοροποίηση αυτή αφορά κυρίως τη δομή της χρηματοδότησης, τον ρόλο του κράτους και το βαθμό οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών (De Pietro et al., 2015; OECD, 2023; OECD, 2025).

8.2.1 Ηνωμένο Βασίλειο: Κρατική Χρηματοδότηση και Πρόσβαση

Η περίπτωση του **Ηνωμένου Βασιλείου** επιβεβαιώνει τα χαρακτηριστικά των συστημάτων τύπου Beveridge, όπου το κράτος λειτουργεί ως κύριος χρηματοδότης. Η σταθερή αύξηση της συνολικής χρηματοδότησης, σε συνδυασμό με τη διατήρηση υψηλού ποσοστού δημόσιας συμμετοχής μέσω της γενικής φορολογίας, υποδηλώνει ισχυρή δημοσιονομική δέσμευση. Το ποσοστό της κρατικής κάλυψης υπερβαίνει σταθερά το **80%**, ενώ το **2020**, έτος έναρξης της πανδημίας, άγγιξε το υψηλότερο ποσοστό **83,5%** (Kwilinski & Vysochyna, 2024; Mossialos & Wenzl, 2016). Παράλληλα, η περιορισμένη συμμετοχή των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, οι οποίες υποχώρησαν στο χαμηλότερο επίπεδό τους το **2020** αγγίζοντας το **12,4%**, επιβεβαιώνει ότι το σύστημα προστατεύει αποτελεσματικά τα νοικοκυριά από καταστροφικές δαπάνες. Εντούτοις, εξακολουθεί να πιέζεται έντονα από αυξημένους χρόνους αναμονής (Mossialos & Wenzl, 2016; OECD, 2020).

8.2.2 Ελβετία: Ιδιωτική Ασφάλιση και Κρατικός Έλεγχος

Η **Ελβετία** παρουσιάζει ένα μοναδικό μοντέλο χρηματοδότησης που βασίζεται στην υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση, το οποίο επιτυγχάνει καθολική κάλυψη μέσω ενός συστήματος «ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού» (De Pietro et al., 2015). Στην παρούσα ανάλυση, η χαμηλή άμεση δημόσια συμμετοχή (περίπου **20%**) αντανακλά τη δαπάνη που προέρχεται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό (κυρίως των καντονιών), καθώς το ισχυρό σύστημα της υποχρεωτικής ασφάλισης ταξινομείται στην ευρύτερη κατηγορία της ιδιωτικής χρηματοδότησης (De Pietro et al., 2015; Mossialos & Wenzl, 2016; OECD & European Commission, 2022).

Η γραμμική και προβλέψιμη άνοδος της χρηματοδότησης, με τη συνολική δαπάνη υγείας να εκτιμάται στο **11,8%** του ΑΕΠ το **2024**, υποδηλώνει ένα σύστημα που παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεπηρέαστο από τους δημοσιονομικούς περιορισμούς του κράτους. Όπως επισημαίνουν οι De Pietro et al. (2015), η ελβετική ιδιαιτερότητα έγκειται στο γεγονός ότι η υποχρεωτική ασφάλιση (Obligatorische Krankenversicherung - OKP) καταβάλλεται απευθείας από τα νοικοκυριά προς ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Αυτή η δομική διαφορά εξηγεί το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό στην παρούσα μελέτη της συνολικής ιδιωτικής επιβάρυνσης (συμπεριλαμβανομένων των Privatversicherungen και των

Selbstzahlungen). Στην Ελβετία, οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών (OOP), όπως αυτές ορίζονται αυστηρά από τον ΟΟΣΑ και τον ΠΟΥ, ως πληρωμές κατά τη στιγμή της χρήσης της υπηρεσίας, ανέρχονται στο **26%** της συνολικής δαπάνης (αποτελώντας ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη), ενώ τα υποχρεωτικά ασφάλιστρα προσθέτουν άλλο ένα περίπου **31%** (Mossialos & Wenzl, 2016). Σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου η δημόσια συμμετοχή αγγίζει το **61%**, και το Ηνωμένο Βασίλειο όπου το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο **81,5%**, με τις ασφαλιστικές εισφορές να αποτελούν μέρος της δημόσιας δαπάνης μέσω της κοινωνικής ασφάλισης ή της γενικής φορολογίας, το ελβετικό μοντέλο μεταθέτει την ευθύνη της χρηματοδότησης στον ίδιο τον πολίτη.

Ωστόσο, το σύστημα παραμένει έντονα αντιστρόφως προοδευτικό για τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, καθώς αυτά καλούνται να δαπανήσουν δυσανάλογα μεγαλύτερο μερίδιο του εισοδήματός τους για την κάλυψη των αναγκών υγείας τους (De Pietro et al., 2015). Η κοινωνική ισορροπία διασφαλίζεται μέσω των κρατικών επιδοτήσεων ασφαλιστρών, οι οποίες παρέχουν οικονομική ανακούφιση σε περίπου **28-29%** του πληθυσμού (De Pietro et al., 2015; Mossialos & Wenzl, 2016).

8.2.3 Ελλάδα: Δημόσια Δαπάνη και Ιδιωτική Επιβάρυνση

Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα μεικτό και λιγότερο σταθερό χρηματοδοτικό πρότυπο, το οποίο επηρεάστηκε δραματικά από τη δημοσιονομική κρίση, κατά την οποία η χώρα έχασε περισσότερο από το **25%** του ΑΕΠ της (Kaitelidou et al., 2016). Η έντονα κυκλική πορεία της συνολικής χρηματοδότησης και η σημαντική μείωση της κρατικής χρηματοδότησης κατά την περίοδο **2010–2014** (με περικοπές που άγγιζαν τα 7,5 δισ. ευρώ) οδήγησαν σε μετατόπιση του βάρους προς τα νοικοκυριά (Chletsos & Economou, 2025).

Το ποσοστό των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (**OOP**) παραμένει σταθερά ένα από τα υψηλότερα στην ΕΕ, αντιπροσωπεύοντας το **34%** των συνολικών δαπανών υγείας το **2023**, ποσοστό υπερδιπλάσιο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (16%). Σε αντίθεση με την Ελβετία, όπου η υψηλή ιδιωτική συμμετοχή είναι θεσμοθετημένη και συνοδεύεται από ισχυρούς προστατευτικούς μηχανισμούς, στην Ελλάδα οι εισφορές αυτές αφορούν κυρίως δαπάνες στο σημείο παροχής, καθώς και τη θεσμοθετημένη φαρμακευτική συμμετοχή, στερούμενες ανάλογης κοινωνικής αντιστάθμισης (OECD & European Observatory, 2025a).

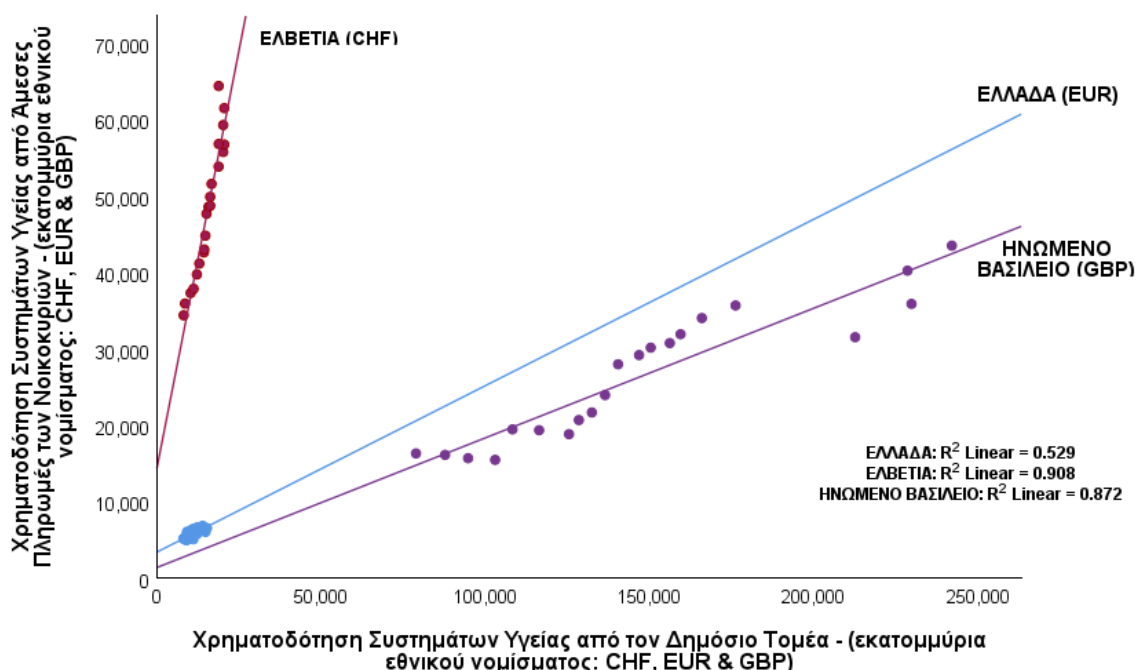
Αυτό το επίπεδο ιδιωτικής συμμετοχής υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο οικονομικής εξουθένωσης και έντονων ανισοτήτων στην πρόσβαση. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία, σχεδόν ένα στα δέκα ελληνικά νοικοκυριά (9,5%) αντιμετώπισε καταστροφικές δαπάνες υγείας το 2023, με το φαινόμενο να είναι εντονότερο στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα του πληθυσμού. Επιπλέον, η δημόσια συμμετοχή στη χρηματοδότηση ανέρχεται περίπου στο **60%**, ποσοστό που αποτελεί το δεύτερο χαμηλότερο στην ΕΕ, επιβεβαιώνοντας την αποδυνάμωση του κοινωνικού χαρακτήρα του συστήματος και την παρατεταμένη υποχρηματοδότηση του (Chletsos & Economou, 2025; OECD & European Observatory, 2025a).

8.2.4 Συγκριτική Ανάλυση

Η συγκριτική εξέταση των τριών χωρών αναδεικνύει σαφείς αποκλίσεις ως προς τη βιωσιμότητα και την ανθεκτικότητα των συστημάτων τους:

- Το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφανίζει υψηλό βαθμό θεσμικής ανθεκτικότητας, καθώς η δημόσια χρηματοδότηση (η οποία υπερβαίνει το 80%) λειτούργησε ως κεντρικός μηχανισμός σταθεροποίησης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Παρά την οικονομική προστασία που παρέχει το σύστημα, η ανθεκτικότητά του δοκιμάζεται από χρόνιες ελλείψεις προσωπικού και τις μεγαλύτερες λίστες αναμονής στην ιστορία του National Health Service (NHS), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι πόροι συχνά δεν επαρκούν για να καλύψουν την επιταχυνόμενη ζήτηση (Anderson et al., 2022).
- Η **Ελβετία** χαρακτηρίζεται από οικονομική σταθερότητα και προβλεψιμότητα, η οποία πηγάζει από ένα ισχυρό σύστημα υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης που αποσυνδέει τη χρηματοδότηση της υγείας από τις διακυμάνσεις του κρατικού προϋπολογισμού. Ωστόσο, η δομή αυτή συνεπάγεται υψηλό ιδιωτικό κόστος για τους πολίτες και μια αντιστρόφως προοδευτική επιβάρυνση, καθώς τα ασφάλιστρα αυξάνονται ταχύτερα από τα εισοδήματα, πλήττοντας δυσανάλογα τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα (De Pietro et al., 2015; Crivelli & Salari, 2014).
- Αντίθετα, η **Ελλάδα** επιδεικνύει υψηλή ευαισθησία στις μακροοικονομικές διακυμάνσεις, κάτι που αντανακλάται στη διαχρονικά χαμηλή προτεραιότητα που δίνεται στην υγεία κατά την κατανομή των κρατικών δαπανών (Economou et al., 2015). Το **2022**,

η δημόσια δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα αντιστοιχούσε μόλις στο **9%** των συνολικών κυβερνητικών δαπανών, το χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ (μέσος όρος **15%**), γεγονός που περιορίσε δραματικά την ανθεκτικότητα του συστήματος απέναντι στην οικονομική κρίση και την πανδημία (Chletsos & Economou, 2025). Η δομική αυτή ανομοιογένεια αποτυπώνεται ανάγλυφα στη στατιστική συσχέτιση μεταξύ δημόσιας χρηματοδότησης και ιδιωτικών πληρωμών (OOP) (Σχήμα 2).



Σχήμα 2. Διάγραμμα Διασποράς και Ανάλυση Γραμμικής Παλινδρόμησης μεταξύ Δημόσιας Δαπάνης και Ιδιωτικών Πληρωμών, 2003-2023

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από FSO, ONS και OECD

Η ανάλυση της συσχέτισης αποκαλύπτει το βαθμό στον οποίο οι δύο μεταβλητές αλληλεπιδρούν. Η ισχύς της σχέσης, όπως αποτυπώνεται μέσω του συντελεστή προσδιορισμού (R^2), αναδεικνύει την ποιοτική διαφορά μεταξύ των τριών μοντέλων:

- **Ελβετία ($R^2=0,908$):** Παρουσιάζει την ισχυρότερη **θετική γραμμική συσχέτιση**, γεγονός που υποδηλώνει μια σχεδόν απόλυτη εξάρτηση των ιδιωτικών πληρωμών από τη συνολική δαπάνη. Κάθε αύξηση στη δαπάνη μεταφράζεται άμεσα σε αύξηση της επιβάρυνσης των νοικοκυριών. Η στατιστική προβλεψιμότητα είναι μέγιστη, αλλά η

κοινωνική προστασία παραμένει περιορισμένη λόγω της δομικής σύνδεσης των ιδιωτικών πληρωμών με το κόστος λειτουργίας του συστήματος.

- **Ηνωμένο Βασίλειο ($R^2=0,872$):** Η συσχέτιση είναι επίσης ισχυρή, υποδεικνύοντας ένα σύστημα σε ισορροπία. Παρά τις αυξήσεις στις δαπάνες, η σχέση δημόσιου-ιδιωτικού τομέα παραμένει σταθερή. Το εύρημα αυτό καταδεικνύει ότι, ενώ οι δύο δαπάνες αυξάνονται παράλληλα, η δημόσια χρηματοδότηση λειτουργεί ως "ασπίδα", συγκρατώντας την ιδιωτική συμμετοχή σε πολύ χαμηλά επίπεδα.
- **Ελλάδα ($R^2=0,529$):** Εδώ η συσχέτιση είναι μέτρια προς ασθενής. Οι τιμές εμφανίζονται συγκεντρωμένες στο κατώτερο αριστερό άκρο του διαγράμματος, αντικατοπτρίζοντας το περιορισμένο δημοσιονομικό μέγεθος της χώρας, σε σύγκριση με τα άλλα δύο κράτη. Ωστόσο, η χαμηλή τιμή του R^2 υποδηλώνει ότι, ακόμη και σε αυτά τα χαμηλά επίπεδα δαπανών, η συσχέτιση στερείται γραμμικής σταθερότητας. Η "συγκέντρωση" αυτή, σε συνδυασμό με τη στατιστική διασπορά, μαρτυρά ένα σύστημα που λειτουργεί υπό καθεστώς χρόνιας υποχρηματοδότησης. Οι ιδιωτικές πληρωμές δεν ακολουθούν μια προβλέψιμη πορεία βάσει των δημόσιων επενδύσεων, αλλά καθορίζονται από την αδυναμία του κράτους να καλύψει βασικές ανάγκες, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της κρίσης, και όχι με κάποιο προβλέψιμο σχεδιασμό.

Στην Ελλάδα, η περίοδος μετά το 2009 χαρακτηρίστηκε από μια δραματική μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, ως αποτέλεσμα των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής που της επιβλήθηκαν (Economou et al., 2015). Η βίαιη αυτή αποσύνδεση της υγειονομικής δαπάνης από το ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης, με τις δημόσιες δαπάνες να μειώνονται κατά **25,2%** (EUR 4 δις.) μεταξύ 2009 και 2012, τεκμηριώνει τη μεθοδολογική παραδοχή για τη μεταβλητή εισοδηματική ελαστικότητα (Kaitelidou et al., 2016). Ενώ σε σταθερές οικονομίες η υγεία θεωρείται συχνά «ανελαστική» δαπάνη (απαραίτητο αγαθό), στην Ελλάδα λειτούργησε ως «ελαστική» δαπάνη, επηρεασμένη από εξωγενείς δημοσιονομικούς περιορισμούς (Economou et al., 2015; Kentikelenis et al., 2014). Αντίθετα, στην Ελβετία, η δαπάνη παρέμεινε στενά συνδεδεμένη με την οικονομική ανάπτυξη, ακολουθώντας μια προβλέψιμη και σταθερή πορεία (Maresso et al., 2015; De Pietro et al., 2015).

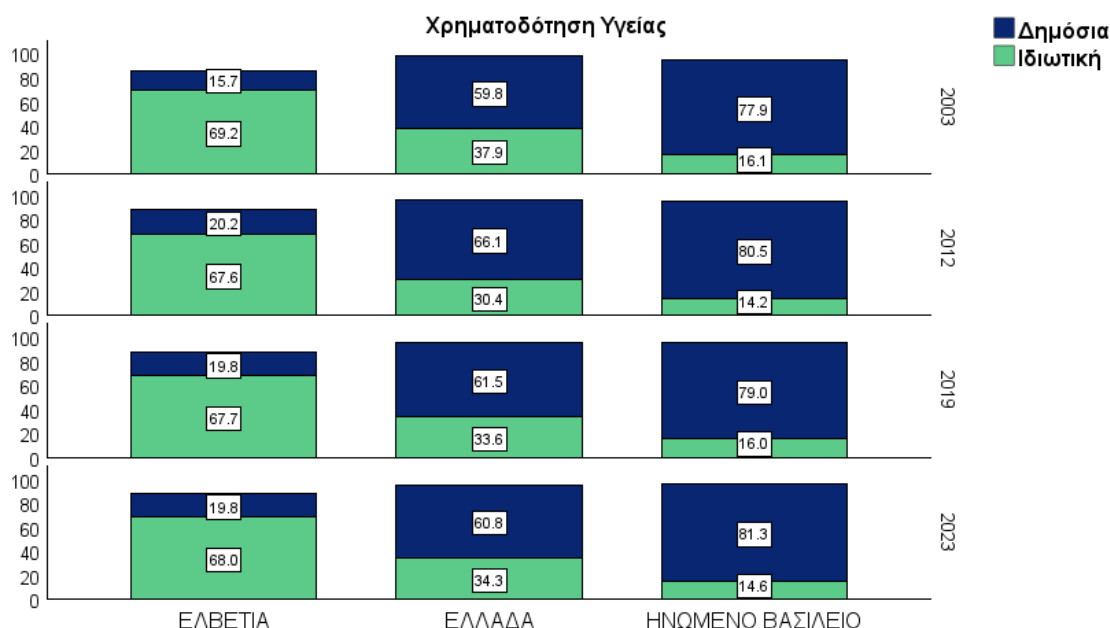
Συνολικά, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η σύνθεση της χρηματοδότησης είναι εξίσου καθοριστική για την απόδοση του συστήματος με το συνολικό ύψος των δαπανών (Mbau

et al., 2023). Τα συστήματα που βασίζονται σε υψηλά επίπεδα δημόσιας χρηματοδότησης επιτυγχάνουν ανώτερη προστασία των πολιτών και μεγαλύτερη ισότητα στην πρόσβαση (OECD & European Commission, 2024). Η ελληνική πραγματικότητα υπογραμμίζει ότι η αύξηση των δαπανών κατά την πανδημία δεν αποτέλεσε εγγύηση για την κοινωνική προστασία, καθώς η χώρα καταγράφει τα υψηλότερα ποσοστά ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών στην ΕΕ (**21,9% το 2024**), ποσοστό έξι φορές μεγαλύτερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Επιπλέον, σχεδόν ένα στα δέκα ελληνικά νοικοκυριά (**9,5%**) αντιμετωπίζει πλέον καταστροφικές δαπάνες υγείας, κυρίως λόγω των υψηλών άμεσων πληρωμών για φάρμακα (OECD & European Observatory, 2025a).

Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από το επίπεδο των δαπανών, αλλά από τη λειτουργική δομή τους. Η υπέρμετρη εξάρτηση της Ελλάδας από τη νοσοκομειακή περίθαλψη (**43%** των δαπανών έναντι **28%** στην ΕΕ) εις βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της πρόληψης (μόλις **3%**) υπονομεύει τη μακροχρόνια βιωσιμότητα και την ικανότητα αντιμετώπισης μελλοντικών υγειονομικών κρίσεων (Kaitelidou et al., 2016; OECD & European Observatory, 2025a).

Στο **Σχήμα 3** αποτυπώνονται τέσσερις έτη-σταθμοί της μελέτης, αναδεικνύοντας τις αποκλίσεις στη χρηματοδοτική ανθεκτικότητα των τριών συστημάτων. Παρατηρείται ότι το **2012**, στην κορύφωση της δημοσιονομικής κρίσης στην **Ελλάδα**, η δημόσια χρηματοδότηση κατέλαβε το **66,1%** του συνόλου, ενώ η ιδιωτική συμμετοχή περιορίστηκε στο **30,4%**, γεγονός που αντανάκλα τη γενικευμένη αδυναμία των νοικοκυρών για ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης. Η τάση αυτή αντιστράφηκε μετά το **2019**, με την ιδιωτική επιβάρυνση να αυξάνεται εκ νέου και να αγγίζει το **34,3%** το **2023**.

Αντίθετα, το **Ηνωμένο Βασίλειο** ενίσχυσε διαχρονικά το δημόσιο χαρακτήρα του (από **77,9%** το **2003** σε **81,3%** το **2023**), επιβεβαιώνοντας τη σταθερότητα του συστήματος NHS. Τέλος, η **Ελβετία** διατήρησε ουσιαστικά αμετάβλητο το μοντέλο της, με την ιδιωτική και ασφαλιστική χρηματοδότηση (συμπεριλαμβανομένης της υποχρεωτικής ασφάλισης ΟΚΡ) να παραμένει σταθερά περίπου στο **68%**, διασφαλίζοντας την προβλεψιμότητα των πόρων του συστήματος μέσω του ασφαλιστικού μηχανισμού.



Σχήμα 3. Διαχρονική Σύγκριση Διάρθρωσης Πηγών Χρηματοδότησης Υγείας (ποσοστό %, 2003-2023)

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από FSO, ONS και OECD

8.3 Αξιολόγηση Υγειονομικών Αποτελεσμάτων και Αποδοτικότητας

Η ανάλυση των χρηματοδοτικών ροών και της διάρθρωσης των δαπανών, όπως παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα αποκτά ουσιαστικό νόημα μόνο όταν συσχετιστεί με τα παραγόμενα υγειονομικά αποτελέσματα (Anderson et al., 2022). Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας δεν κρίνεται αποκλειστικά από το ύψος των οικονομικών πόρων που κινητοποιεί, αλλά από την ικανότητά του να μετατρέπει αυτούς τους πόρους σε βελτίωση του επιπέδου υγείας, της ποιότητας ζωής και της επιβίωσης του πληθυσμού (Cylus et al., 2016).

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα ενότητα αξιολογεί την αποδοτικότητα των τριών μοντέλων (Ελβετίας, Ηνωμένου Βασιλείου και Ελλάδας) μέσα από ένα ευρύ φάσμα δεικτών. Η ανάλυση εκτείνεται από τους δείκτες αποτελέσματος, όπως το προσδόκιμο ζωής, η θνησιμότητα και η επιβάρυνση από νόσους (DALYs, PYLLs), έως τους δείκτες λειτουργικής επάρκειας, όπως η νοσοκομειακή υποδομή (κλίνες, μέση διάρκεια νοσηλείας) και η στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό (ιατροί και νοσηλευτές). Η σύγκριση αυτή

αναδεικνύει τις δομικές διαφορές μεταξύ των συστημάτων, καθώς χώρες με αποκλίνοντα επίπεδα δαπανών συχνά επιτυγχάνουν παραπλήσια αποτελέσματα, ή και το αντίστροφο, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ορθής κατανομής, της καθολικής κάλυψης και της θεσμικής ανθεκτικότητας (Kwilinski & Vysochyna, 2024; OECD, 2023).

8.3.1 Προσδόκιμο Ζωής: Το Αποτέλεσμα των Συστημάτων Υγείας

Η ανάλυση του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση στις τρεις χώρες – Ελβετία, Ελλάδα και Ηνωμένο Βασίλειο – αναδεικνύει τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ χρηματοδοτικής δομής, θεσμικής οργάνωσης και ευρύτερων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (Kwilinski & Vysochyna, 2024; Mbau et al., 2023). Ο δείκτης αυτός, αποτελεί ένα συνοπτικό μέτρο της δημόσιας υγείας, το οποίο επιβεβαιώνει ότι το αποτέλεσμα υγείας δεν εξαρτάται γραμμικά μόνο από το ύψος των δαπανών, αλλά κυρίως από την αποδοτικότητα της κατανομής των πόρων και τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης (Cylus et al., 2016; OECD, 2025).

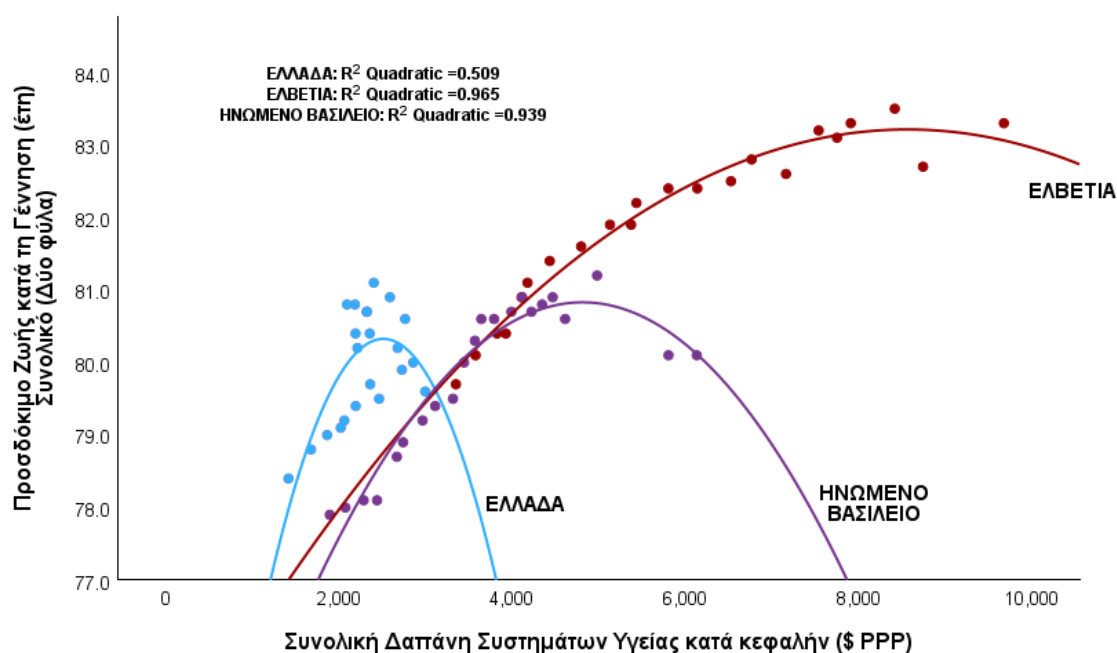
Κατά την περίοδο 2000–2019, η γενικευμένη αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στις τρεις χώρες συνάδει με τις διεθνείς τάσεις, όπου η πρόοδος στην ιατρική τεχνολογία, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας και η ενίσχυση της πρόληψης περιόρισαν τη θνησιμότητα από μεταδοτικά και καρδιαγγειακά νοσήματα (Economou et al., 2017). Ωστόσο, οι δομικές αποκλίσεις στις επενδύσεις υποδομών και στην ετοιμότητα των συστημάτων δημιούργησαν διαφορετικά επίπεδα ανθεκτικότητας απέναντι σε υγειονομικές κρίσεις, όπως η πανδημία COVID-19 (Kwilinski & Vysochyna, 2024).

- **Το Ελβετικό Πρότυπο.** Η **Ελβετία** διατήρησε την πρωτοκαθεδρία, με το προσδόκιμο ζωής να διαμορφώνεται στα **83,3** έτη το **2021**, παρουσιάζοντας τη μικρότερη απόκλιση από την προ-πανδημική τάση. Το εύρημα αυτό συνδέεται με το υψηλό επίπεδο δαπανών και το μοντέλο της υποχρεωτικής ασφάλισης, το οποίο εξασφαλίζει άμεση πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα φροντίδας και σε καινοτόμες θεραπείες. Σε αντίθεση με τα κρατικά συστήματα, η Ελβετία επιτυγχάνει ουσιαστικά μηδενικούς χρόνους αναμονής (De Pietro et al., 2015). Η αξιοσημείωτη σταθερότητα του δείκτη κατά την πανδημία επιβεβαιώνει ότι η αφθονία πόρων και η επιχειρησιακή ετοιμότητα θωρακίζουν αποτελεσματικά την υγεία του πληθυσμού (OECD & European Commission 2024).

- **Η Στασιμότητα του Ηνωμένου Βασιλείου.** Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, το προσδόκιμο ζωής υποχώρησε στα **80,1** έτη το **2021**, παραμένοντας χαμηλότερο από το ελβετικό, παρά τη σταθερά υψηλή δημόσια χρηματοδότηση (άνω του 80%). Παρόλο που το NHS διασφαλίζει υψηλή οριζόντια ισότητα, η στασιμότητα του δείκτη μετά το 2012 υποδηλώνει ότι η αποκλειστική εξάρτηση από τον κρατικό προϋπολογισμό καθιστά το σύστημα ευάλωτο σε περιόδους δημοσιονομικής στενότητας (Anderson et al., 2022). Η επιβράδυνση αυτή αποδίδεται σε έναν συνδυασμό παραγόντων: την υποχρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών, την αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας και διαβήτη, τη γήρανση του πληθυσμού καθώς και τις έντονες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες που επηρεάζουν τη θνησιμότητα (Marmot et al., 2020; OECD, 2023).
- **Το Ελληνικό Παράδοξο.** Η **Ελλάδα** αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση «παραδόξου της υγείας». Το προσδόκιμο ζωής παρέμενε υψηλό (**81,1** έτη το **2018**) παρά τις χρόνιες δυσλειτουργίες, όπως οι υψηλές ιδιωτικές πληρωμές, η κακή κατανομή των πόρων και οι ανισότητες στην πρόσβαση (Polyzos et al., 2008). Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται παραδοσιακά σε εξωγενείς προστατευτικούς παράγοντες, όπως η μεσογειακή διατροφή και η κοινωνική συνοχή (Chletsos & Economou, 2025). Ωστόσο, η υγειονομική κρίση αποκάλυψε τα όρια αυτού του παραδόξου: το προσδόκιμο υποχώρησε στα **80,2** έτη το **2021**, ενώ η Ελλάδα κατέγραψε μία από τις υψηλότερες αυξήσεις της συνολικής θνησιμότητας στον ΟΟΣΑ το **2022**, αναδεικνύοντας τη διαρθρωτική ευαλωτότητα ενός συστήματος που λειτουργεί με οριακούς πόρους (OECD, 2023). Παρά την ανάκαμψη στα **81,6** έτη το **2023**, η εκτόξευση των ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών στο **21,9%**, λόγω κόστους και λιστών αναμονής, υπονομεύει τη μελλοντική βιωσιμότητα των κερδών στην υγεία (OECD & European Commission, 2024).

Η σύνθετη αυτή σχέση μεταξύ επένδυσης πόρων και αποτελέσματος δημόσιας υγείας αποτυπώνεται στο **Σχήμα 4**, το οποίο συσχετίζει την κατά κεφαλήν δαπάνη με το προσδόκιμο ζωής. Η συγκεκριμένη ανάλυση αναδεικνύει το κρίσιμο ζήτημα της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Παρά το χαμηλότερο επίπεδο δαπανών, η **Ελλάδα** επιτυγχάνει αναλογικά υψηλό προσδόκιμο ζωής, η καμπύλη της ($R^2=0,509$) εμφανίζει αρχικά απότομη κλίση, γεγονός που υποδηλώνει υψηλή τεχνική αποδοτικότητα των πόρων. Ωστόσο, η **Ελβετία** ($R^2=0,965$), αν και δαπανά τα μέγιστα, φαίνεται να έχει φτάσει σε ένα επίπεδο "κορεσμού" όπου η καμπύλη οριζοντιώνεται. Η παρατηρούμενη αυτή επιβράδυνση

επιβεβαιώνει πλήρως τις μεθοδολογικές παραδοχές σχετικά με τη συνάρτηση παραγωγής υγείας και το νόμο των φθινουσών οριακών αποδόσεων (Cylus et al., 2016; Kwilinski & Vysochyna, 2024). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι πέρα από ένα ορισμένο επίπεδο επένδυσης, η περαιτέρω βελτίωση των δεικτών υγείας εξαρτάται περισσότερο από την ποιότητα της φροντίδας και τους κοινωνικούς προσδιοριστές, παρά από την περαιτέρω αύξηση της χρηματοδότησης (Cylus et al., 2016).



Σχήμα 4. Συσχέτιση Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας (USD PPP) και Προσδόκιμου Ζωής στην Ελλάδα, την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο (2000-2021) με εφαρμογή τετραγωνικής παλινδρόμησης

Πηγή: Υπολογισμός βάσει των δεδομένων από World Bank Group και WHO

- **Ανισότητες Φύλου.** Η ανάλυση των έμφυλων ανισοτήτων στην υγεία επιβεβαιώνει τη σύνθετη σχέση μεταξύ συμπεριφορικών παραγόντων και αποτελεσματικότητας των συστημάτων πρόληψης, με σαφείς διαφοροποιήσεις μεταξύ των τριών χωρών. Σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, οι γυναίκες καταγράφουν υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης από τους άνδρες. Στην ΕΕ, το προσδόκιμο ζωής των γυναικών το 2023 ήταν 84,2 έτη, έναντι 78,9 ετών για τους άνδρες (OECD & European Commission, 2024). Ενώ η υπεροχή των γυναικών παραμένει καθολική, σε **Ελβετία** και **Ηνωμένο Βασίλειο** παρατηρείται μια

σταδιακή σύγκλιση των φύλων, καθώς το προσδόκιμο ζωής των ανδρών αυξάνεται ταχύτερα από εκείνο των γυναικών. Η εξέλιξη αυτή αποδίδεται στη σημαντική μείωση της θνησιμότητας των ανδρών από καρδιαγγειακά νοσήματα και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου στον ανδρικό πληθυσμό (OECD, 2025). Αντίθετα, στην **Ελλάδα**, η διαφορά στη μακροζωία μεταξύ των δύο φύλων (υπέρ των γυναικών) ήταν **5,2** έτη το **2024**, παραμένοντας σχετικά σταθερή τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ο ανδρικός πληθυσμός παραμένει περισσότερο εκτεθειμένος σε ανθυγιεινές συμπεριφορές, ενώ το σύστημα υγείας παρουσιάζει δομικές αδυναμίες, υστερώντας στην υλοποίηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων προληπτικής ιατρικής και προαγωγής υγείας (Economou et al., 2017).

- Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι το προσδόκιμο ζωής λειτουργεί ως «καθρέφτης» της χρηματοδοτικής και λειτουργικής βιωσιμότητας των συστημάτων. Η βελτίωση των αποτελεσμάτων απαιτεί μια δίκαιη ισορροπία μεταξύ δημόσιας προστασίας και αποδοτικής διαχείρισης, καθώς οι κοινωνικοί παράγοντες δεν μπορούν να υποκαταστήσουν μακροχρόνια την ανάγκη για επαρκείς οργανικούς πόρους και υποδομές (Chletsos & Economou, 2025; Cylus et al., 2016).

Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής αποτελεί έναν ποσοτικό δείκτη επιβίωσης που δεν αποτυπώνει πλήρως την ποιότητα της διαβίωσης ή την αποτελεσματικότητα των επιμέρους νοσοκομειακών δομών. Για την πληρέστερη κατανόηση της αποδοτικότητας, είναι απαραίτητη η εξέταση των δεικτών νοσηρότητας (DALYs) και των λειτουργικών πόρων του συστήματος που ακολουθούν.

8.3.2 Συγκριτική Ανάλυση Δεικτών Θνησιμότητας

Η εξέταση των δεικτών θνησιμότητας αποτελεί τον πλέον αντικειμενικό «κριτή» της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας. Ενώ το προσδόκιμο ζωής αποτυπώνει τη γενική εικόνα, η ανάλυση της βρεφικής και της ενήλικης θνησιμότητας αποκαλύπτει την ικανότητα των συστημάτων να προστατεύουν τις πιο ευάλωτες ομάδες και να αντιστέκονται σε εξωγενείς κρίσεις (Anderson et al., 2022; Mbau et al., 2023).

Α. Βρεφική Θνησιμότητα. Η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά και στις τρεις χώρες, επιβεβαιώνοντας τη διαχρονική βελτίωση των υπηρεσιών μητρικής και νεογνικής φροντίδας (Economou et al., 2017).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της **Ελλάδας**, η οποία επιτυγχάνει εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας (**3,2** θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις το **2023**), παρά τους αυστηρούς δημοσιονομικούς περιορισμούς. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι το σύστημα υγείας διατηρεί υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης σε στοχευμένες υπηρεσίες, όπως η νεογνολογική εντατική φροντίδα, επιδεικνύοντας υψηλή τεχνική αποτελεσματικότητα παρά τις συνολικές διαρθρωτικές αδυναμίες (Economou et al., 2015; 2017).

Η **Ελβετία** διατηρεί σταθερά χαμηλά επίπεδα (**3,1** θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις το **2021**), επιβεβαιώνοντας τη συνολική ποιότητα και την επάρκεια πόρων του συστήματος (De Pietro et al., 2015). Αντίθετα, το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφανίζει συγκριτικά υψηλότερα ποσοστά, (**3,9** θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις κατά την τριετία **2020-2022**). Το γεγονός αυτό συσχετίζεται με τις οξυμένες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και τις αποκλίσεις στην πρόσβαση για τις χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες, αναδεικνύοντας κενά στην κοινωνική προστασία (Anderson et al., 2022).

Β. Θνησιμότητα Ενηλίκων. Η θνησιμότητα ενηλίκων ακολούθησε καθοδική πορεία έως το **2019** και στις τρεις χώρες, αντανακλώντας τη βελτίωση της πρόληψης και της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων. Ωστόσο, η υγειονομική κρίση της περιόδου **2020-2021** λειτούργησε ανασταλτικά και ως τεστ για τη θεσμική αντοχή των συστημάτων, ανατρέποντας προσωρινά αυτές τις θετικές τάσεις (OECD, 2023).

Η **Ελβετία** παρουσίασε την πιο σταθερή πορεία, καταγράφοντας τη μικρότερη δυνατή απόκλιση από την προ-πανδημική τάση. Η υψηλή χρηματοδότηση (**11,8%** του ΑΕΠ το **2024**), η σταθερή ροή πόρων μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης και το πλεόνασμα νοσοκομειακών υποδομών θωράκισαν το σύστημα. Η διαθεσιμότητα αυτή παρήγαγε τη μέγιστη δυνατή συστημική ανθεκτικότητα, επιτρέποντας στο μηχανισμό υγείας να απορροφήσει τους κραδασμούς της υγειονομικής κρίσης χωρίς να καταρρεύσει (De Pietro et al., 2015; OECD & European Commission, 2024; OECD, 2025).

Αντίθετα, η **Ελλάδα** και το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφάνισαν έντονη άνοδο της θνησιμότητας. Ειδικότερα, η χώρα μας κατέγραψε μία από τις υψηλότερες επιβαρύνσεις στον ΟΟΣΑ το 2022, φτάνοντας το **12,2%**, προσαρμοσμένη στον πληθυσμό. Το εύρημα αυτό ενισχύει την επιστημονική θέση ότι η μακροχρόνια υποχρηματοδότηση και οι διαρθρωτικές αδυναμίες περιορίσαν τα αποθέματα ανθεκτικότητας του ΕΣΥ, καθιστώντας το ευάλωτο σε απότομες πιέσεις της ζήτησης (Kentikelenis et al., 2014; OECD, 2023; 2025).

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, η θνησιμότητα επηρεάστηκε σημαντικά, παρά την υψηλή τεχνική αποδοτικότητα του NHS, αναδεικνύοντας ότι η αποκλειστική εξάρτηση από τον κρατικό προϋπολογισμό σε περιόδους λιτότητας στερεί από το σύστημα την απαραίτητη «ευελιξία» για την ταχεία ανταπόκριση σε κρίσεις μεγάλης κλίμακας (Anderson et al., 2022).

Η απόκλιση αυτή μεταξύ των τριών χωρών καταδεικνύει ότι η πραγματική αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας δεν πρέπει να ταυτίζεται μόνο με τη χαμηλή δαπάνη σε περιόδους σταθερότητας, αλλά κυρίως με την ικανότητα του να διατηρεί τα υγειονομικά αποτελέσματα σε περιόδους κρίσης (OECD, 2025).

8.3.3 Ανάλυση Δεικτών Επιβάρυνσης Υγείας: PYLL και DALYs

Η συνδυαστική ανάλυση των δεικτών Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής (PYLL) και Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs) προσφέρει μια ολιστική προσέγγιση στην αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων των συστημάτων υγείας. Ενώ οι παραδοσιακοί δείκτες θνησιμότητας εστιάζουν αποκλειστικά στο γεγονός του θανάτου, οι PYLL και DALYs αποκαλύπτουν το «κοινωνικοοικονομικό κόστος» της πρόωρης απώλειας ζωής και της διαβίωσης με νόσο, επιτρέποντας τη συσχέτιση των επιδόσεων του συστήματος με τη χρηματοδότηση και τη δομική ανθεκτικότητα (WHO, 2026; OECD, 2023).

Ι. Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής (PYLL)

Η **Ελβετία** επιδεικνύει τη μέγιστη συστημική ανθεκτικότητα, επιτυγχάνοντας μείωση των PYLL κατά **43,6%** την περίοδο **2000–2023** (OECD & European Commission, 2024). Η ικανότητα του συστήματος να απορροφήσει τις επιπτώσεις της πανδημίας και να επιστρέψει άμεσα στην πτωτική του τάση υπογραμμίζει την διαχρονική επάρκεια των πόρων που

χαρακτηρίζει το ελβετικό μοντέλο (De Pietro et al., 2015), καθώς και την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών διαχείρισης κρίσεων (OECD, 2025).

Η πορεία των PYLL στην **Ελλάδα** αντικατοπτρίζει τις δομικές πιέσεις της πρόσφατης οικονομικής αστάθειας. Η σταθερή βελτίωση ανακόπηκε κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής κρίσης (Economou et al., 2017). Στη συνέχεια, η πανδημία προκάλεσε οξεία επιδείνωση, με το δείκτη να εκτινάσσεται στα **4.663** έτη το **2021** (OECD, 2026b). Η διαχρονική διεύρυνση της διαφοράς PYLL μεταξύ Ελβετίας και Ελλάδας, από **452** έτη το **2000** αυξήθηκε σε **1.382** έτη το **2022**, αναδεικνύει ένα βαθύ χάσμα στην προστασία του ενεργού, παραγωγικού πληθυσμού (OECD, 2023).

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, παρά την ιστορική ισχύ του συστήματος, η στασιμότητα του προσδόκιμου ζωής μετά το **2012** και η επιδείνωση των PYLL μετά το **2019** υποδηλώνουν ότι οι παρατεταμένες πιέσεις στη χρηματοδότηση και οι κοινωνικές ανισότητες υπονομεύουν την ικανότητα του NHS να αναχαιτίζει αποτελεσματικά την πρόωρη θνησιμότητα (Anderson et al., 2022).

II. Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα λόγω Αναπηρίας (DALYs)

Ο δείκτης DALYs αποτελεί την πλέον σύνθετη μονάδα μέτρησης της δημόσιας υγείας, καθώς γεφυρώνει το κενό μεταξύ της πρόωρης θνησιμότητας (Years of Life Lost - YLL) και της διαβίωσης με αναπηρία ή κακή υγεία (Years Lived with Disability - YLD). Η εξέλιξη των DALYs κατά την περίοδο 2000–2021 αναδεικνύει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα σύγχρονα συστήματα υγείας λόγω της δημογραφικής γήρανσης και της μεταβολής του επιδημιολογικού προφίλ των πληθυσμών τους (WHO, 2020).

Η γενική αυξητική τάση των DALYs και στις τρεις υπό εξέταση χώρες δεν αποτελεί μονοσήμαντη ένδειξη συστημικής αποτυχίας, αλλά αντανάκλα σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία στην επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής (GBD 2019 Collaborators, 2020; WHO, 2022). Ωστόσο, η ικανότητα διαχείρισης αυτής της επιβάρυνσης υπό συνθήκες υγειονομικής κρίσης ανέδειξε σημαντικές συστημικές διαφοροποιήσεις (Sagan et al., 2021).

Κατά την περίοδο **2019–2021**, η **Ελλάδα** και το **Ηνωμένο Βασίλειο** εμφάνισαν σημαντική επιδείνωση, καταγράφοντας υπερδιπλάσια ποσοστιαία αύξηση DALYs (**10,4%** και **9,3%** αντίστοιχα) σε σχέση με την **Ελβετία**, αναδεικνύοντας τα περιορισμένα αποθέματα ανθεκτικότητας των συγκεκριμένων συστημάτων (OECD, 2026b; Sagan et al., 2021). Η

ανάλυση των δεδομένων από τη μελέτη Global Burden of Disease επιβεβαιώνει ότι η αύξηση των DALYs στις χώρες αυτές πυροδοτήθηκε από την αδυναμία αποτελεσματικής διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων παράλληλα με την οξεία φάση της πανδημίας (GBD 2019 Collaborators, 2020).

Η **Ελλάδα** παρουσιάζει μια εσωτερική αντίφαση, καθώς ενώ επιτυγχάνονται κορυφαίες επιδόσεις σε εξειδικευμένους δείκτες (π.χ. βρεφική θνησιμότητα), η μακροχρόνια συσσώρευση PYLL και DALYs αποκαλύπτει έναν ευάλωτο ενήλικο πληθυσμό. Η υποχρηματοδότηση της προηγούμενης δεκαετίας περιόρισε την ικανότητα του ΕΣΥ να λειτουργήσει ως δίκτυ ασφαλείας κατά την πανδημική κρίση, επιτείνοντας το συνολικό φορτίο νόσου (Kentikelenis et al., 2014; Economou et al., 2017).

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, η σταθερά υψηλή επιβάρυνση DALYs και η κάμψη της ανθεκτικότητας του NHS τεκμηριώνουν ότι η συστημική αποδοτικότητα έφτασε στα όριά της. Η χρόνια υποχρηματοδότηση και οι περικοπές λιτότητας μετά το 2010 άφησαν το NHS χωρίς «εφεδρείες» σε νοσοκομειακές κλίνες, εξειδικευμένο προσωπικό και τεχνολογικό εξοπλισμό, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να ακολουθήσει τις αυξανόμενες ανάγκες ενός γηράσκοντος πληθυσμού και τις έκτακτες πιέσεις της πανδημικής κρίσης (Anderson et al., 2022).

Αντιθέτως, η σταθερότητα του δείκτη στην **Ελβετία**, ακόμη και υπό το βάρος της πανδημίας, επιβεβαιώνει ότι η υψηλή χρηματοδότηση και η επάρκεια υποδομών λειτουργούν ως καταλύτες για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Η επάρκεια αυτή ελαχιστοποιεί τα έτη που χάνονται λόγω αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου, με την Ελβετία να καταγράφει τα υψηλότερα επίπεδα Υγιών Ετών Ζωής (HLY) στην Ευρώπη ήδη από το **2012, 67,6** για τις γυναίκες και **68,6** για τους άνδρες (De Pietro et al., 2015).

Συμπερασματικά, η ανάλυση των PYLL και DALYs υπογραμμίζει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη σταθερότητα των οικονομικών εισροών, αλλά και την ανάγκη για μια ριζική αναθεώρηση του μοντέλου παροχής υπηρεσιών. Η αποδοτικότητα δεν συναρτάται γραμμικά μόνο με το ύψος της δαπάνης, αλλά κυρίως με τη στρατηγική κατανομή των πόρων, την επένδυση στην πρόληψη και την ικανότητα του συστήματος να προστατεύει το ανθρώπινο κεφάλαιο σε περιόδους ακραίας πίεσης. Η συνεχιζόμενη αύξηση του φορτίου νόσου επιβάλλει τη μετάβαση από το παραδοσιακό νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και πολιτικών πρόληψης (OECD & European Commission, 2024; WHO, 2026).

8.3.4 Αποφεύξιμη Θνησιμότητα

Η Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (Avoidable Mortality) αποτελεί έναν από τους πλέον ευαίσθητους δείκτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, καθώς αντικατοπτρίζει την ικανότητα ενός κράτους να προστατεύει την υγεία του πληθυσμού του μέσω έγκαιρων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Nolte & McKee, 2004).

Η **Ελβετία** επιβεβαιώνει τη θέση της ως διεθνές πρότυπο, επιτυγχάνοντας τη χαμηλότερη αποφεύξιμη θνησιμότητα στον ΟΟΣΑ με **114** θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το **2023** (OECD, 2025). Η εντυπωσιακή διαχρονική μείωση, η οποία άγγιξε το **47,5%** από το **2000**, σε συνδυασμό με την αξιοσημείωτη σταθερότητα του δείκτη κατά την πανδημική κρίση υποδηλώνουν ένα σύστημα με υψηλά αποθέματα ανθεκτικότητας και ελάχιστες διαταραχές στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας. Η επιτυχία αυτή αποδίδεται στη βέλτιστη χρηματοδότηση, η οποία υποστηρίζει ένα ισχυρό δίκτυο ΠΦΥ και αποτελεσματικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, εξασφαλίζοντας ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας για ιατρική εξέταση ή θεραπεία διατηρούνται σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα (**1,3%** το **2023**) (De Pietro et al., 2015; OECD, 2025).

Στην **Ελλάδα**, η πορεία της αποφεύξιμης θνησιμότητας αναδεικνύει τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης και της συστηματικής αποεπένδυσης στην υγεία. Η σημαντική επιδείνωση κατά την περίοδο **2019–2021**, όπου η προλαμβανόμενη θνησιμότητα αυξήθηκε κατά **42%**, (**242** θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους) αποκαλύπτει μια «διαρθρωτική ευαλωτότητα» του συστήματος (Kentikelenis et al., 2014; OECD & European Observatory, 2025a). Η υποχρηματοδότηση των προηγούμενων ετών (Maresso et al., 2015; Economou et al., 2017), περιόρισε τη δυνατότητα του ΕΣΥ να απορροφήσει την πίεση της πανδημίας, οδηγώντας σε σοβαρές καθυστερήσεις στη διάγνωση και θεραπεία μη-COVID περιστατικών, ιδιαίτερα στον καρκίνο και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (OECD & European Observatory, 2023). Παρά την τάση βελτίωσης το 2022 (**213** θάνατοι), η απόσταση από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και το υψηλό ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών (**21,9%**)

υπογραμμίζουν την επιτακτική ανάγκη για επενδύσεις στην πρόληψη και την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, ώστε να μειωθεί η απεξάρτηση από το νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο (Chletsos & Economou, 2025; OECD, 2025).

Το **Ηνωμένο Βασίλειο**, αν και πέτυχε δραστική μείωση της αποφεύξιμης θνησιμότητας έως το **2014**, παρουσιάζει έκτοτε μια ανησυχητική στασιμότητα. Η κορύφωση του δείκτη στους **227** θανάτους ανά 100.000 κατοίκους κατά την πανδημική περίοδο υποδηλώνει ότι το NHS λειτουργεί πλέον στα όρια των δυνατοτήτων του. Η παρατεταμένη δημοσιονομική στενότητα και οι οξυμένες κοινωνικές ανισότητες υπονομεύουν την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών δημόσιας υγείας, μειώνοντας τη συστημική ανθεκτικότητα, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης (Anderson et al., 2022; OECD, 2023).

Συμπερασματικά, η μείωση της αποφεύξιμης θνησιμότητας απαιτεί μια στρατηγική που εξισορροπεί την επένδυση στην πρόληψη με την εξασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτική θεραπεία, διασφαλίζοντας τη συστημική ανθεκτικότητα απέναντι σε μελλοντικές κρίσεις (Nolte & McKee, 2004; Sagan et al., 2021).

8.3.5 Συγκριτική Αξιολόγηση Πόρων, Αποδοτικότητας και Συστημικής

Ανθεκτικότητα

Η συγκριτική ανάλυση των δεικτών νοσοκομειακής υποδομής και ανθρώπινου δυναμικού για την Ελλάδα, την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναδεικνύει τρεις διακριτές στρατηγικές οργάνωσης. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του αριθμού των κλινών, της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ALOS) και της σύνθεσης του υγειονομικού προσωπικού προσφέρει μια διεισδυτική εικόνα της λειτουργικής αποδοτικότητας, καθώς και της ικανότητας των συστημάτων να απορροφούν εξωγενείς κλυδωνισμούς (OECD & European Commission, 2022; OECD & European Observatory 2025b).

❖ Η **Ελβετία** αναδεικνύεται ως το πρότυπο ενός συνεκτικού και ισορροπημένου μοντέλου, επιτυγχάνοντας υψηλή λειτουργική αποδοτικότητα με ποσοστό πληρότητας κλινών που άγγιξε το **89,1%** το **2010**, σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (**75,9%** το **2011**). Η σταδιακή μείωση των νοσοκομειακών κλινών, σε συνδυασμό με τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας από **11,4** το **2002** σε **8,4** το **2023**, τεκμηριώνει μια επιτυχημένη βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας (De Pietro et al., 2015; OECD &

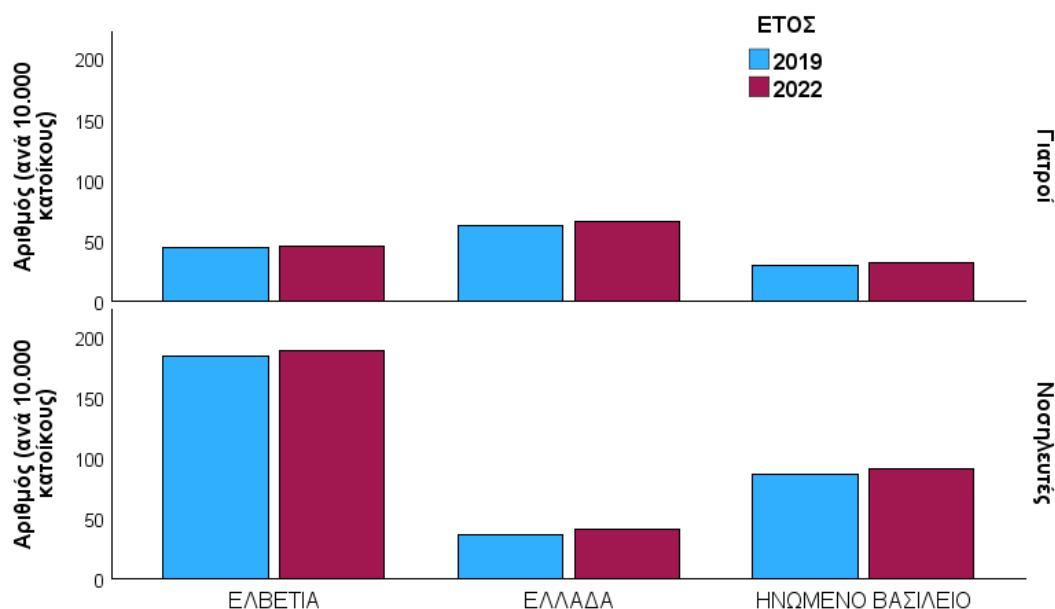
European Commission, 2024). Στο πλαίσιο αυτό, η υψηλή κατά κεφαλήν δαπάνη της Ελβετίας, δεν αποτελεί ένδειξη αναποτελεσματικότητας, αλλά αντανακλά την υψηλή ένταση κεφαλαίου και την επάρκεια νοσοκομειακών υποδομών. Η απόκλιση αυτή οφείλεται κυρίως στην ενίσχυση των νοσοκομειακών δομών και όχι στη φαρμακευτική δαπάνη, γεγονός που θωράκισε το σύστημα κατά την πανδημία (OECD, 2023; OECD & European Observatory, 2024).

Η στρατηγική αυτή υποστηρίζεται από ένα ισχυρό δίκτυο ΠΦΥ και επαρκείς ανθρώπινους πόρους, με την **Ελβετία** να καταγράφει μία από τις υψηλότερες πυκνότητες νοσηλευτών διεθνώς, με **188** νοσηλευτές ανά 10.000 κατοίκους το **2023** (Kwilinski & Vysochyna, 2024; OECD & European Commission, 2024). Η επάρκεια αυτή, σε συνδυασμό με την ευνοϊκή αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς ιατρούς -καθώς οι τελευταίοι ανέρχονται σε **45** ιατρούς ανά **10.000** κατοίκους το **2022**- ενισχύει τη συνέχεια της φροντίδας και τη λειτουργική ευελιξία, στοιχεία που αποδείχθηκαν καταλυτικά για τη διατήρηση της χαμηλής αποφεύξιμης θνησιμότητας κατά την πανδημία (OECD & European Commission, 2022; 2024).

❖ Στην **Ελλάδα**, η εικόνα παραμένει αντιφατική. Ενώ η χώρα διαθέτει περίπου **42** νοσοκομειακές κλίνες ανά 10.000 κατοίκους το **2022**, αριθμός που παραμένει σχετικά σταθερός, υποδηλώνοντας μια υλικοτεχνική ανθεκτικότητα, η απότομη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (**5,8** ημέρες το **2023**) ενδέχεται να μην αποτελεί δείκτη βελτίωσης της αποδοτικότητας, αλλά ένδειξη λειτουργικής πίεσης και έλλειψης υποδομών μετανοσοκομειακής φροντίδας (Economou et al., 2017; OECD, 2025). Η απουσία ενός ολοκληρωμένου δικτύου μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας αυξάνει τον κίνδυνο «πρώρων εξιτηρίων», μεταφέροντας το βάρος στην οικογένεια και αυξάνοντας τις πιθανότητες επακόλουθων επανεισαγωγών (Economou et al., 2017; Chletsos & Economou, 2025).

Η σημαντικότερη δομική παθογένεια εστιάζεται στο ανθρώπινο δυναμικό. Η **Ελλάδα** εμφανίζει έντονη ανισορροπία, με την υψηλότερη αναλογία ιατρών στην ΕΕ **-66** ανά 10.000 κατοίκους το **2022**- αλλά παράλληλα αντιμετωπίζει κρίσιμη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο περιορίζεται σε μόλις **41** ανά 10.000 κατοίκους. Όπως αποτυπώνεται στο **Σχήμα 5**, το έντονα ιατροκεντρικό μοντέλο αποκλίνει από τα διεθνή πρότυπα οργάνωσης, ιδιαίτερα από το ελβετικό. Η συγκεκριμένη ανισορροπία δυσχεραίνει τη

διεπιστημονική διαχείριση χρόνιων παθήσεων, αυξάνοντας το συνολικό φορτίο νόσου (DALYs) και μειώνοντας την ανθεκτικότητα του συστήματος σε περιόδους κρίσης (Kentikelenis et al., 2014; OECD, 2025).



Σχήμα 5. Συγκριτική απεικόνιση αναλογίας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους, προ (2019) και μετά (2022) την πανδημική κρίση

Πηγή: Ιδία επεξεργασία βάσει δεδομένων από OECD Health Statistics, (2026)

Πέρα από τα ζητήματα στελέχωσης, η ευρύτερη οικονομική παθογένεια του συστήματος αντικατοπτρίζεται στη συγκράτηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία επιτεύχθηκε κυρίως μέσω οριζόντιων εισπρακτικών μηχανισμών, όπως το clawback και τα rebates. Ωστόσο, οι πολιτικές αυτές, παρότι περιόρισαν τη δημόσια δαπάνη, δεν συνοδεύτηκαν από ανάλογη ελάφρυνση των νοικοκυριών. Αντιθέτως, η απουσία κινήτρων για τη χρήση γενοσήμων, η χαμηλή διείσδυση τους και οι αυξημένες συμμετοχές των ασθενών οδήγησαν σε μετατόπιση του οικονομικού βάρους στις ιδιωτικές πληρωμές, οι οποίες παραμένουν από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, υπονομεύοντας την αποδοτικότητα της δημόσιας χρηματοδότησης (Chletsos & Economou, 2025).

Στο πλαίσιο της διερεύνησης των προσδιοριστών της φαρμακευτικής δαπάνης, η περίπτωση της Ελλάδας αναδεικνύει μια δομική αναποτελεσματικότητα. Παρά την επιβολή

μηχανισμών ελέγχου (clawback), η δαπάνη παραμένει υψηλή, γεγονός που υποδηλώνει αδυναμία στον έλεγχο της κατανάλωσης και στην ορθολογική συνταγογράφηση, καθώς η προκλητή ζήτηση και η χαμηλή χρήση γενοσήμων (μόλις **34%** του όγκου έναντι **51%** στην ΕΕ) επιβαρύνουν το σύστημα (Economou et al., 2015; 2017). Η πορεία αυτή έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το ελβετικό μοντέλο, το οποίο επιτυγχάνει καλύτερα αποτελέσματα με χαμηλότερο ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης επί της συνολικής δαπάνης υγείας (CHE), βασιζόμενο σε αυστηρά θεραπευτικά πρωτόκολλα και αποτελεσματικότερη διαχείριση της καινοτομίας (Economou et al., 2015; OECD, 2025).

❖ Το **Ηνωμένο Βασίλειο** ακολουθεί μια στρατηγική αυστηρού περιορισμού της νοσοκομειακής υποδομής, με **24** κλίνες ανά 10.000 κατοίκους. Αν και η προσέγγιση αυτή στοχεύει στην ενίσχυση του NHS μέσω της ΠΦΥ, η πανδημία αποκάλυψε ότι το σύστημα λειτουργεί χωρίς επαρκείς εφεδρείες (Anderson et al., 2022). Η μέση διάρκεια νοσηλείας αυξήθηκε μετά το **2019**, γεγονός που αποτελεί σύμπτωμα συστημικής συμφόρησης, λόγω καθυστερήσεων στην έξοδο των ασθενών προς την κοινωνική φροντίδα, και έλλειψης διαθέσιμων κλινών. Η πρόσφατη κάμψη στην αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς προμηνύει περαιτέρω υπονόμευση της ανθεκτικότητας του NHS (Anderson et al., 2022; OECD & European Commission, 2024).

Η συγκριτική αξιολόγηση καταδεικνύει ότι η **Ελβετία** επιτυγχάνει τη βέλτιστη σχέση πόρων-αποτελέσματος μέσω ενός μοντέλου υψηλής θωράκισης. Η **Ελλάδα** παραμένει εγκλωβισμένη σε δομικές ανισορροπίες, καθώς ενώ εκπαιδεύει μεγάλο αριθμό νοσηλευτών (**100,6** ανά 100.000 κατοίκους), αποτυγχάνει να τους απορροφήσει στο δημόσιο σύστημα, γεγονός που αποτελεί κλασικό παράδειγμα τεχνικής και οικονομικής αναποδοτικότητας (OECD & European Observatory, 2025a). Το **Ηνωμένο Βασίλειο** αντιμετωπίζει τα όρια μιας στρατηγικής τεχνικής αποδοτικότητας, που στερείται ανθεκτικότητας σε περιόδους ακραίας πίεσης (Anderson et al., 2022).

Σε ένα κοινωνικό σύνολο αυξανόμενων υγειονομικών κινδύνων, η μετάβαση από το νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο σε ολοκληρωμένα πλαίσια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και η αποκατάσταση της ισορροπίας στο ανθρώπινο δυναμικό αποτελούν μονόδρομο για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία (Anderson et al., 2022; Sagan et al., 2021).

8.3.6 Ανάλυση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας και των Προσδιοριστών Πρόσβασης

Η ανάλυση των δεικτών Καθολικής Κάλυψης Υγείας (UHC) αναδεικνύει ουσιαστικές διαφοροποιήσεις ως προς τη δομή, τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας στην Ελβετία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελλάδα. Η ταυτόχρονη εξέταση του δείκτη κάλυψης βασικών υπηρεσιών (SDG 3.8.1) και του υποδείκτη δυναμικότητας και πρόσβασης επιτρέπει μια πολυδιάστατη αποτίμηση, καθώς αποτυπώνει όχι μόνο τη θεωρητική διαθεσιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και την πραγματική, επιχειρησιακή δυνατότητα αξιοποίησής τους από τον πληθυσμό (WHO & World Bank, 2023; WHO, 2023).

i. Η **Ελβετία** παρουσιάζει ένα ιδιαίτερα ισορροπημένο και αποδοτικό μοντέλο, όπου η υψηλή κάλυψη υπηρεσιών συνοδεύεται από ένα αντίστοιχα κορυφαίο επίπεδο προσβασιμότητας, επιτυγχάνοντας ελάχιστο ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών (**1,3%**) και καθολική κάλυψη μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης, με υψηλό βαθμό ικανοποίησης των πολιτών (**89%**) (OECD 2023; 2025a). Η σύγκλιση των δύο δεικτών σε υψηλές τιμές υποδηλώνει ότι η στρατηγική επένδυση σε υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό μεταφράζεται σε ουσιαστική πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες. Η ελβετική περίπτωση επιβεβαιώνει ότι η επάρκεια των πόρων, όταν συνδυάζεται με ένα αποκεντρωμένο αλλά αυστηρά ρυθμιζόμενο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ελαχιστοποιεί τα εμπόδια πρόσβασης. Η υψηλή επίδοση στη δυναμικότητα, με υψηλά επίπεδα πόρων και υψηλό ποσοστό πληρότητας κλινών, λειτουργεί ως «μαξιλάρι» ασφαλείας, διασφαλίζοντας ότι η προσφορά υπηρεσιών παραμένει ανθεκτική ακόμη και σε περιόδους αυξημένης πίεσης (De Pietro et al., 2015; OECD & European Commission, 2024; 2025a).

ii. Το **Ηνωμένο Βασίλειο** επιτυγχάνει εξαιρετικά υψηλές επιδόσεις, ιδιαίτερα στο δείκτη πρόσβασης, γεγονός που αντανακλά τον καθολικό και δωρεάν χαρακτήρα του NHS, καθώς οι πολίτες απολαμβάνουν πρόσβαση με γνώμονα την κλινική ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής για πάνω από 70 χρόνια (Anderson et al., 2022). Η σχεδόν πλήρης κάλυψη ως προς τη δυναμικότητα καταδεικνύει έναν σχεδιασμό με γνώμονα την κοινωνική ισότητα. Ωστόσο, η ελαφρά απόκλιση του δείκτη κάλυψης υπηρεσιών έναντι της πρόσβασης υποδηλώνει μια λανθάνουσα πίεση. Παρά τη διευρυμένη προσβασιμότητα, οι χρόνιες ελλείψεις σε συγκεκριμένους πόρους, όπως το εξειδικευμένο προσωπικό, και οι

αυξανόμενες λίστες αναμονής ενδέχεται να περιορίζουν το πραγματικό εύρος και την ποιότητα της φροντίδας (Anderson et al., 2022; OECD, 2023).

iii. Σε αντίθεση, η **Ελλάδα** παρουσιάζει μια χαρακτηριστική ασυμμετρία. Παρότι καταγράφεται πρόοδος στην κάλυψη βασικών υπηρεσιών (SDG 3.8.1), η ταυτόχρονη κάμψη του δείκτη δυναμικότητας και πρόσβασης αποκαλύπτει βαθιές δομικές αδυναμίες. Η απόκλιση αυτή υποδηλώνει ότι η θεωρητική βελτίωση της δέσμης παροχών δεν συνοδεύτηκε από την απαραίτητη ενίσχυση των υποδομών και της οργανωτικής ικανότητας του ΕΣΥ, διατηρώντας μια νοσοκομειοκεντρική και γραφειοκρατική οργάνωση του συστήματος, εμποδίζοντας την αποτελεσματική πρόσβαση παρά την τυπική παροχή υπηρεσιών (Economou et al., 2017; OECD & European Observatory, 2025a).

Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και η συνεπακόλουθη υποχρηματοδότηση φαίνεται να έχουν πλήξει τη λειτουργική διάσταση του συστήματος, περιορίζοντας την ικανότητα απορρόφησης της ζήτησης. Το υψηλό επίπεδο των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας στην **Ελλάδα**, σε σύγκριση με την **Ελβετία** και το **Ηνωμένο Βασίλειο**, αποτελεί την έμπρακτη απόδειξη αυτής της ασυμμετρίας. Η πραγματική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υπονομεύεται από οικονομικά και γεωγραφικά εμπόδια (κόστος, απόσταση και έλλειψη συγκοινωνιακών υποδομών), καθώς και από την ανισορροπία κατανομής και την αποδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού (Chletsos & Economou, 2025; Kentikelenis et al., 2014).

iv. Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η επίτευξη της Καθολικής Κάλυψης Υγείας είναι μια πολυπαραγοντική εξίσωση. Δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την αύξηση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών, αλλά απαιτεί την παράλληλη και ισορροπημένη ενίσχυση της προσβασιμότητας και της συστημικής δυναμικότητας (WHO & World Bank, 2023; OECD & European Observatory, 2025a).

Η αποτελεσματική σύζευξη αυτών των διαστάσεων αποτελεί τον κρίσιμο παράγοντα για τη διασφάλιση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας. Όπως καταδεικνύει η σύγκριση, η **Ελβετία** λειτουργεί ως σημείο αναφοράς για την ισορροπία αυτή, το **Ηνωμένο Βασίλειο** αναδεικνύει την ανάγκη διατήρησης της ποιότητας εν μέσω καθολικότητας, καθώς οι λίστες αναμονής υπονομεύουν την έγκαιρη πρόσβαση, ενώ η **Ελλάδα** υπογραμμίζει την ανάγκη για επείγουσες διαρθρωτικές επενδύσεις που θα γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ παροχής και

πραγματικής πρόσβασης (OECD & European Observatory, 2023; OECD & European Observatory, 2025b; Sagan et al., 2021).

Η διατήρηση της υψηλής δημόσιας χρηματοδότησης στο **Ηνωμένο Βασίλειο** (περίπου 80% επί του συνόλου) διασφαλίζει τον καθολικό χαρακτήρα του συστήματος (Anderson et al., 2022), σε αντίθεση με το μοντέλο της **Ελβετίας**, όπου η χρηματοδότηση βασίζεται στην υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση (Mossialos & Wenzl, 2016). Ωστόσο, ο "δυναμισμός" της δαπάνης στην Ελβετία, ο οποίος αποτυπώνεται στο εξαιρετικά υψηλό κατά κεφαλήν κόστος, δεν αποτελεί ένδειξη σπατάλης, αλλά στρατηγική επιλογή επένδυσης στην ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας και στην πυκνότητα του εξειδικευμένου προσωπικού, στοιχεία που εξασφαλίζουν τη συστημική υπεροχή της χώρας στους δείκτες υγείας (OECD & European Commission, 2024).

8.4 Ανάλυση Χρηματοδότησης και Κοινωνικής Ισότητας

Η ανάλυση της χρηματοδοτικής δομής αναδεικνύει την αντίστροφη σχέση μεταξύ της δημόσιας χρηματοδότησης και των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (Out-of-Pocket Payments – OOP). Οι OOP αποτελούν το βασικό δείκτη κοινωνικής ανισότητας, καθώς επιβαρύνουν δυσανάλογα τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα.

Η οικονομική κρίση της περιόδου **2009-2015** επηρέασε καταλυτικά την **Ελλάδα**, προκαλώντας βίαιη μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης. Χρησιμοποιώντας το **Ηνωμένο Βασίλειο** και την **Ελβετία** ως ομάδες σύγκρισης, απομονώνεται με σαφήνεια η καθαρή επίδραση της κρίσης. Ενώ στις δύο χώρες η δημόσια χρηματοδότηση λειτούργησε ως σταθεροποιητής, στην **Ελλάδα** η υποχώρηση του κράτους οδήγησε σε αναγκαστική αύξηση των OOP (που προσέγγισαν το 35-40%), μετατρέποντας την υγειονομική φροντίδα από δημόσιο αγαθό σε ατομικό οικονομικό βάρος για τα νοικοκυριά.

Η υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης στην Ελλάδα δεν είχε μόνο οικονομικές, αλλά και βαθύτατα κοινωνικές επιπτώσεις. Συγκεκριμένα, η αύξηση των άμεσων πληρωμών (OOP) κατά την περίοδο **2009-2015** συνέπεσε με μια ανησυχητική στασιμότητα στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας. Αυτό υποδηλώνει ότι οι οικονομικοί φραγμοί περιόρισαν την πρόσβαση σε βασικές προγεννητικές και παιδιατρικές υπηρεσίες, επιβεβαιώνοντας ότι η ιδιωτική επιβάρυνση πλήττει άμεσα τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η τάση αυτή

έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το **Ηνωμένο Βασίλειο** και την **Ελβετία**, όπου η διατήρηση ισχυρών μηχανισμών δημόσιας ή επιδοτούμενης κάλυψης επέτρεψε τη συνεχή βελτίωση των δεικτών αυτών, ανεξάρτητα από τις οικονομικές διακυμάνσεις.

Συνθέτοντας τα ευρήματα, η ανάλυση της χρονοσειράς των δαπανών αποκαλύπτει μια κρίσιμη ποιοτική διαφορά στη χρηματοδοτική φιλοσοφία των τριών χωρών. Ενώ στην **Ελβετία** και το **Ηνωμένο Βασίλειο** η αύξηση της δαπάνης κατά την πανδημία διοχετεύθηκε μέσω δημόσιων ή κοινωνικών ασφαλιστικών πόρων, στην **Ελλάδα** η συγκρατημένη δημόσια απόκριση άφησε ένα "χρηματοδοτικό κενό" που καλύφθηκε αναγκαστικά από την περαιτέρω αύξηση της ιδιωτικής συμμετοχής των νοικοκυριών.

Αυτή η μετατόπιση του βάρους, σε συνδυασμό με την "αντιδραστική" φύση (reactive funding) των έκτακτων δημόσιων δαπανών στο Ηνωμένο Βασίλειο, καταδεικνύει ότι η υψηλή τεχνική αποδοτικότητα σε περιόδους ηρεμίας, μπορεί να μετατραπεί σε συστημική ευαλωτότητα σε περιόδους κρίσης. Τελικά, η "ένταση" της δαπάνης δεν κρίνεται μόνο από το ύψος του ποσοστού επί του ΑΕΠ, αλλά από την ικανότητα του συστήματος να λειτουργεί ως δίκτυο ασφαλείας, διασφαλίζοντας την κοινωνική ισότητα στην πρόσβαση και προστατεύοντας τον πληθυσμό από καταστροφικές υγειονομικές δαπάνες (Anderson et al., 2022; OECD & European Observatory, 2025b).

Η μετατόπιση αυτή του βάρους στην **Ελλάδα** υπονομεύει την κοινωνική δικαιοσύνη. Η σημασία της δημόσιας χρηματοδότησης ως εργαλείο ισότητας αναδεικνύεται περαιτέρω από τη σύγκριση του έμφυλου χάσματος στο προσδόκιμο ζωής. Το χάσμα μεταξύ ανδρών και γυναικών τείνει να είναι μικρότερο σε συστήματα με υψηλή δημόσια χρηματοδότηση, όπως το **Ηνωμένο Βασίλειο**. Η καθολική πρόσβαση και η δωρεάν παροχή υπηρεσιών μειώνουν τους κοινωνικοοικονομικούς φραγμούς που συχνά επηρεάζουν δυσανάλογα τον ανδρικό πληθυσμό (π.χ. καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας λόγω κόστους). Αντίθετα, στην Ελλάδα, η οικονομική επιβάρυνση λειτουργεί αποτρεπτικά για την έγκαιρη προσέλευση σε δομές πρόληψης, διευρύνοντας τις ανισότητες.

9. Συμπεράσματα

9.1 Γενική Αξιολόγηση και Συγκριτική Θεώρηση

Η παρούσα συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας της **Ελλάδας**, της **Ελβετίας** και του **Ηνωμένου Βασιλείου** για την περίοδο **2000–2024** ανέδειξε ότι η αποτελεσματικότητα τους δεν αποτελεί απλή συνάρτηση του επιπέδου των δαπανών. Αντιθέτως, διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση θεσμικών, οργανωτικών και χρηματοδοτικών παραγόντων, όπως το μοντέλο χρηματοδότησης, η κατανομή των πόρων και οι εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας (Kwilinski & Vysochyna, 2024). Η ανάλυση πολλαπλών δεικτών (θνησιμότητας, PYLL, DALYs, αποφεύξιμη θνησιμότητας, κάλυψης υπηρεσιών, υποδομών και ανθρώπινου δυναμικού) επιτρέπει μια ολιστική αξιολόγηση της απόδοσης των τριών συστημάτων, αναδεικνύοντας τη σημασία της τεχνικής αποδοτικότητας στη μετατροπή των εισροών σε υγειονομικά αποτελέσματα (Cylus et al., 2016). Η σύνθεση των ευρημάτων αναδεικνύει τρία διακριτά πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας, τα οποία οδηγούν σε διαφορετικά επίπεδα ανθεκτικότητας και κοινωνικής προστασίας (Sagan et al., 2021).

Η **Ελβετία** αποτελεί το σημείο αναφοράς για τη συστημική ανθεκτικότητα, παρουσιάζοντας το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στην Ευρώπη, σταθερά χαμηλά επίπεδα θνησιμότητας, περιορισμένες διακυμάνσεις στα PYLL και DALYs, καθώς και ταχεία ανάκαμψη μετά την πανδημία COVID-19. Η επίδοσή της συνδέεται με την επάρκεια πόρων, τη διαχρονική επένδυση στην ποιότητα, την πρόληψη και τη συνεχιζόμενη φροντίδα, καθώς και με την ισορροπημένη αναλογία ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού (De Pietro et al., 2015; OECD & European Commission, 2022). Παρά το υψηλό επίπεδο δαπανών, το ελβετικό σύστημα επιβεβαιώνει τη θεωρία των «φθινουσών αποδόσεων», καθώς η περαιτέρω αύξηση της δαπάνης δεν οδηγεί σε ανάλογη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής. Ωστόσο, η υψηλή ένταση κεφαλαίου συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη μείωση της πρόωρης και αποφεύξιμη θνησιμότητας (Cylus et al., 2016; De Pietro et al., 2015). Υπό αυτό το πρίσμα, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν απόλυτα την αρχική βιβλιογραφική παραδοχή των Crivelli & Salari (2014), καθώς αποδεικνύεται ότι η υψηλή κατά κεφαλήν δαπάνη της Ελβετίας, παρά τους περιορισμούς των οριακών αποδόσεων ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης, εξασφαλίζει ανώτερα ποιοτικά χαρακτηριστικά και σταθερότητα στους υγειονομικούς δείκτες. Συνολικά, η ικανότητα

διατήρησης της συνέχειας της φροντίδας ακόμη και σε περιόδους κρίσης, όπως κατά την πανδημία, υπογραμμίζει τη σημασία της χρηματοδοτικής σταθερότητας και της αποτελεσματικής θεσμικής οργάνωσης, ως βασικών πυλώνων της υψηλής απόδοσης του συστήματος υγείας (OECD & European Commission, 2022).

Το **Ηνωμένο Βασίλειο** παρουσιάζει ένα σύστημα υγείας (NHS) υψηλού βαθμού κοινωνικής ισότητας, το οποίο διασφαλίζει καθολική κάλυψη και προστασία από καταστροφικές δαπάνες υγείας (Anderson et al., 2022). Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του **2010**, το σύστημα κατέγραψε σημαντικές βελτιώσεις σε βασικούς δείκτες υγείας, όμως η πανδημία ανέδειξε σαφή επιδείνωση στους δείκτες θνησιμότητας και PYLL. Η εξέλιξη αυτή υποδηλώνει περιορισμένη ικανότητα απορρόφησης εξωγενών πιέσεων και αποκαλύπτει ότι η αποδοτικότητα σε συνθήκες κανονικότητας δεν συνεπάγεται απαραίτητα και ανθεκτικότητα σε συνθήκες κρίσης (Anderson et al., 2022; Sagan et al., 2021). Παρά τα πλεονεκτήματα του καθολικού χαρακτήρα του συστήματος, η μακροχρόνια πολιτική περιορισμού των δαπανών και υποεπένδυσης σε υποδομές έχει επηρεάσει αρνητικά την επιχειρησιακή του ετοιμότητα. Η σημαντική μείωση των νοσοκομειακών κλινών, σε συνδυασμό με την αύξηση των λιστών αναμονής, υποδηλώνει ότι η ισότητα στην πρόσβαση δε συνοδεύεται από αντίστοιχα υψηλή λειτουργική αποδοτικότητα. Υπό αυτό το πρίσμα, τα ευρήματα της μελέτης εξειδικεύουν και διαφοροποιούν εν μέρει την παραδοσιακή βιβλιογραφική εικόνα του NHS. Ενώ επιβεβαιώνεται η υψηλή κοινωνική ισότητα και καθολικότητα του συστήματος, αναδεικνύεται παράλληλα ότι η μακροχρόνια υποεπένδυση έχει περιορίσει την επιχειρησιακή του εφεδρεία και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε περιόδους αυξημένης πίεσης. Η εμπειρία της πανδημίας ανέδειξε τα διαρθρωτικά όρια του μοντέλου, υπογραμμίζοντας την ανάγκη ενίσχυσης της χρηματοδότησης και της ενδυνάμωσης των υγειονομικών υποδομών, με σκοπό τη μελλοντική θωράκιση του συστήματος (Anderson et al., 2022).

Η **Ελλάδα** παρουσιάζει ένα ιδιαίτερα σύνθετο και αντιφατικό προφίλ, το οποίο χαρακτηρίζεται από ένα διαρθρωτικό παράδοξο: εμφανίζει υψηλή τεχνική αποδοτικότητα με περιορισμένους πόρους, αλλά ταυτόχρονα αντιμετωπίζει σημαντικές διαρθρωτικές αδυναμίες που υπονομεύουν τη μακροχρόνια βιωσιμότητα και ανθεκτικότητα του συστήματος (Cylus et al., 2016; Kaitelidou et al., 2016). Παρά τις θετικές επιδόσεις σε επιμέρους δείκτες, όπως η βρεφική θνησιμότητα και η σχετικά χαμηλή μέση διάρκεια

νοσηλείας, το σύστημα υγείας υστερεί στην πρόληψη και στη διαχείριση της υγείας των ενηλίκων (Economou et al., 2017). Η ανάλυση των δεικτών καθολικής κάλυψης (UHC) αποκαλύπτει ότι στην **Ελλάδα** υπάρχει απόκλιση μεταξύ θεωρητικής κάλυψης και πραγματικής πρόσβασης, σε αντίθεση με τα υψηλά επίπεδα συνοχής που επιτυγχάνουν οι άλλες δύο χώρες (Chletsos & Economou, 2025). Η έντονη υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα, σε συνδυασμό με τη μετακύλιση του κόστους στα νοικοκυριά, έχει οδηγήσει σε αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών και σε διεύρυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση (OECD & European Observatory, 2025a; 2025b). Η κυριαρχία ενός ιατροκεντρικού μοντέλου, με την υψηλότερη πυκνότητα ιατρών στην ΕΕ, σε συνδυασμό με τη σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και την ανεπαρκή ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δημιούργησε ανισορροπίες, οι οποίες εντάθηκαν κατά την πανδημία. Το εύρημα αυτό συνάδει με τις υφιστάμενες βιβλιογραφικές παραδοχές (Economou et al., 2017; Kaitelidou et al., 2016) σχετικά με το δομικό παράδοξο της ελληνικής περίπτωσης. Παράλληλα, η παρούσα ανάλυση υποδεικνύει ότι η φαινομενική αποδοτικότητα του συστήματος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «πλασματική», καθώς σημαντικό μέρος του κόστους μετακυλιέται στις ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών. Τέλος, στον τομέα της φαρμακευτικής πολιτικής, αναδεικνύεται ότι οι οριζόντιοι μηχανισμοί (clawback) δεν επαρκούν από μόνοι τους για τη μακροχρόνια βελτίωση της αποδοτικότητας. Απαιτούνται διαρθρωτικά μέτρα, όπως η αύξηση της χρήσης γενοσήμων και η συστηματική αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας, με στόχο την προώθηση της καινοτομίας σε συνθήκες οικονομικής βιωσιμότητας (Chletsos & Economou, 2025; OECD & European Observatory, 2025b).

Κεντρικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί ο καθοριστικός ρόλος της χρηματοδοτικής δομής στην κοινωνική δικαιοσύνη και στην αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας. Ενώ το **Ηνωμένο Βασίλειο** διατηρεί υψηλό επίπεδο ισότητας μέσω της εκτεταμένης δημόσιας χρηματοδότησης και η **Ελβετία** επιτυγχάνει υψηλό βαθμό σταθερότητας μέσω ενός μεικτού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης, ενισχυμένου από κρατικές επιδοτήσεις (Anderson et al., 2022; De Pietro et al., 2015), η **Ελλάδα** έχει μετακινηθεί προς ένα μοντέλο αυξημένων άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός που συνδέεται με εντονότερες κοινωνικές ανισότητες και αυξημένες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (Chletsos & Economou, 2025). Παράλληλα, αναδείχθηκε ότι η αποδοτικότητα δεν εξαρτάται μόνο από το ύψος των δαπανών, αλλά και από τη στοχευμένη

και ορθολογική αξιοποίησή τους (OECD & European Observatory, 2025a). Η εμπειρία του **Ηνωμένου Βασιλείου** στον τομέα της αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας, μέσω του NICE, καθώς και της **Ελβετίας** στη χρήση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, αναδεικνύει τη σημασία των θεσμικών μηχανισμών αξιολόγησης και ελέγχου (Anderson et al., 2022; De Pietro et al., 2015).

9.2 Πολιτικές Αποφάσεις και Διαχείριση Κρίσεων

Η ανάλυση της παρούσας μελέτης υπογραμμίζει ότι οι διακυμάνσεις στους δείκτες υγείας συνδέονται άμεσα με τις πολιτικές επιλογές διαχείρισης κρίσεων (Karanikolos et al., 2013). Οι προτάσεις πολιτικής διαμορφώνονται με στόχο την ενίσχυση της ανθεκτικότητας, δηλαδή της ικανότητας του συστήματος να απορροφά, να προσαρμόζεται και να μετασχηματίζεται σε περιόδους κρίσης, καθώς και της ισότητας και της λειτουργικής αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως ένα ουσιαστικό «stress test», αποκαλύπτοντας κρίσιμες διαφοροποιήσεις ως προς την ανθεκτικότητα και την επιχειρησιακή ετοιμότητα των χωρών (Sagan et al., 2021).

- **Χρηματοδοτική Σταθερότητα.** Η σταθερότητα των πόρων αναδεικνύεται ως καθοριστικός παράγοντας ανθεκτικότητας. Η **Ελβετία**, μέσω του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας σε συνδυασμό με στοχευμένες κρατικές επιδοτήσεις, διατήρησε τη χρηματοδοτική ροή του συστήματος ανεπηρέαστη (De Pietro et al., 2015). Αυτό εξασφάλισε τη συνέχεια της παροχής υπηρεσιών ακόμη και σε συνθήκες έντονης πίεσης, όπως κατά την πανδημία, όπου κατέγραψε «μικρή ή καθόλου διαταραχή» στην παροχή ουσιαστικών υπηρεσιών υγείας (Sagan et al., 2021). Αντίθετα, στην **Ελλάδα**, η σημαντική εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές συνέβαλε στη διεύρυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση, ιδίως κατά την περίοδο της κρίσης (Chletsos & Economou, 2025).

- **Πολιτικές Λιτότητας και Δυναμικότητα.** Η περίπτωση του **Ηνωμένου Βασιλείου** αναδεικνύει τις μακροχρόνιες συνέπειες των πολιτικών λιτότητας. Οι περιορισμοί στην αύξηση των δαπανών υγείας κατά τη δεκαετία του **2010** επηρέασαν τη διαθεσιμότητα πόρων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη νοσοκομειακή δυναμικότητα και το ανθρώπινο δυναμικό, περιορίζοντας την επιχειρησιακή ετοιμότητα του NHS. Η περιορισμένη διαθέσιμη

δυναμικότητα σε κλίνες και προσωπικό μείωσε την ικανότητα του συστήματος να ανταποκριθεί σε αιφνίδιες αυξήσεις της ζήτησης, συμβάλλοντας στην εμφάνιση σημαντικών καθυστερήσεων και στη διεύρυνση των λιστών αναμονής (Anderson et al., 2022).

• **Μεταρρυθμίσεις και Εργαλεία Ελέγχου.** Η ελληνική εμπειρία καταδεικνύει ότι οι οριζόντιες δημοσιονομικές παρεμβάσεις (clawback, rebate) λειτούργησαν κυρίως ως βραχυπρόθεσμα εργαλεία λογιστικού ελέγχου για τη συγκράτηση της δημόσιας δαπάνης, μεταφέροντας όμως το κόστος στους πολίτες (Chletsos & Economou, 2025; Maresso et al., 2015). Οι πολιτικές αυτές απέτυχαν να αντιμετωπίσουν τις δομικές αιτίες, όπως την προκλητή ζήτηση, την υπερκατανάλωση υπηρεσιών ή την περιορισμένη διείσδυση γενοσήμων (OECD & European Observatory, 2025a). Αντίθετα, η χρήση της Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας από το NICE στο **Ηνωμένο Βασίλειο** και η εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων στην **Ελβετία** προσέφεραν μια ορθολογική και βιώσιμη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, διασφαλίζοντας την ποιότητα παράλληλα με τον έλεγχο του κόστους (Anderson et al., 2022; Cylus et al., 2016).

9.3 Πολιτικές Προτάσεις

9.3.1 Ελλάδα: Διαρθρωτική Μεταρρύθμιση και Κοινωνική Δικαιοσύνη

Για την **Ελλάδα**, η σύγκλιση με τα ευρωπαϊκά πρότυπα προϋποθέτει ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις στη λειτουργία και στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

➤ **Ενίσχυση της ΠΦΥ και της Πρόληψης.** Η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και των πολιτικών πρόληψης, με την ανάπτυξη ενός ισχυρού δικτύου καθίσταται επιτακτική, με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης. Η μετάβαση από ένα θεραπευτικοκεντρικό σε ένα προληπτικό μοντέλο φροντίδας, μέσω της πλήρους εφαρμογής του συστήματος του «προσωπικού ιατρού» και των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY), αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας (OECD & European Observatory, 2025b; WHO, 2022).

- **Αύξηση Δημόσιας Χρηματοδότησης.** Είναι αναγκαία η σταδιακή αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης, ώστε να μειωθεί η εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές. Η μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών είναι κρίσιμη, καθώς οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν βασική πηγή ανισοτήτων και τον κύριο φραγμό στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Chletsos & Economou, 2025; OECD & European Observatory, 2025a).
- **Αναδιάρθρωση Ανθρώπινου Δυναμικού.** Ιδιαίτερη έμφαση και προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην αναδιάρθρωση του ανθρώπινου δυναμικού, μέσω της ενίσχυσης του νοσηλευτικού προσωπικού και της ανάπτυξης διεπιστημονικών ομάδων υγείας, ώστε να αντιμετωπιστεί η υφιστάμενη ανισορροπία του ιατροκεντρικού μοντέλου. Η παροχή κινήτρων για τη διατήρηση των νέων ιατρών στο δημόσιο σύστημα θεωρείται κρίσιμη πολιτική για τη λειτουργική αποδοτικότητα (Economou et al., 2015).
- **Ορθολογική Φαρμακευτική Πολιτική.** Στον τομέα της φαρμακευτικής πολιτικής, απαιτείται μετάβαση από τους οριζόντιους μηχανισμούς επιστροφής σε διαρθρωτικές παρεμβάσεις, όπως η ενίσχυση της χρήσης γενοσήμων και η εφαρμογή ψηφιακά υποστηριζόμενων θεραπευτικών πρωτοκόλλων (Economou et al., 2017). Η πλήρης λειτουργία ενός συστήματος Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας θα διασφαλίσει την πρόσβαση στην καινοτομία με όρους οικονομικής βιωσιμότητας (OECD & European Observatory, 2025b).

9.3.2 Ηνωμένο Βασίλειο: Ενίσχυση Υποδομών και Ανθεκτικότητας

Για το **Ηνωμένο Βασίλειο**, η στρατηγική πρόκληση επικεντρώνεται στην ενίσχυση της επιχειρησιακής ετοιμότητας του NHS, ώστε η κοινωνική ισότητα στην πρόσβαση να υποστηρίζεται από επαρκή νοσοκομειακή δυναμικότητα και διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό.

- **Επενδύσεις Κεφαλαίων.** Για το **Ηνωμένο Βασίλειο**, βασική προτεραιότητα αποτελεί η ενίσχυση της κεφαλαιακής δαπάνης και των υποδομών του συστήματος υγείας. Η διατήρηση του υψηλού επιπέδου ισότητας στην πρόσβαση θα πρέπει να συνοδεύεται από επαρκή νοσοκομειακή δυναμικότητα, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι πιέσεις που προκύπτουν από την περιορισμένη διαθεσιμότητα κλινών και τις αυξανόμενες λίστες

αναμονής, ενισχύοντας παράλληλα την επιχειρησιακή ετοιμότητα και την ανθεκτικότητα έναντι μελλοντικών κρίσεων (Anderson et al., 2022).

▪ **Ψηφιακή Υγεία και Ροή Ασθενών.** Η αξιοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της διαχείρισης των ροών των ασθενών. Παράλληλα, η αναβάθμιση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας είναι απαραίτητη για την αποσυμφόρηση του συστήματος και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας του NHS, μέσω της έγκαιρης μεταφοράς των ασθενών σε κατάλληλες δομές φροντίδας και της μείωσης των περιττών επανεισαγωγών (Anderson et al., 2022; Tsiachristas et al., 2023).

9.3.3 Ελβετία: Συγκράτηση Κόστους και Βιωσιμότητα

Για την Ελβετία, οι προτάσεις επικεντρώνονται στη διατήρηση των κορυφαίων ποιοτικών δεικτών.

▪ **Συγκράτηση Κόστους.** Για την Ελβετία, η κύρια πρόκληση αφορά τον έλεγχο της συνεχούς αύξησης του κόστους υγείας, χωρίς να υποβαθμιστεί η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η αυστηρότερη αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των νέων τεχνολογιών υγείας, καθώς και ο εξορθολογισμός της έντασης των παρεχόμενων υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Kwilinski & Vysochyna, 2024; OECD & European Commission, 2024).

▪ **Ολοκληρωμένη Φροντίδα.** Η περαιτέρω ανάπτυξη μοντέλων ολοκληρωμένης φροντίδας δύναται να περιορίσει τη μη αναγκαία χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών και να ενισχύσει το συντονισμό μεταξύ των επιμέρους επιπέδων φροντίδας, ιδιαίτερα για ασθενείς με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις (Tsiachristas et al., 2023; OECD & European Commission, 2024).

9.4 Περιορισμοί της μελέτης

Παρά την πολυπαραγοντική προσέγγιση και τη χρήση διεθνώς αναγνωρισμένων δεικτών, η παρούσα μελέτη υπόκειται σε περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων:

- **Διαθεσιμότητα και Συγκρισιμότητα Δεδομένων.** Παρά τη χρήση αξιόπιστων διεθνών βάσεων δεδομένων, (ΟΟΣΑ, ΠΟΥ, World Bank), παρατηρούνται κενά σε ορισμένους δείκτες για το έτος 2024, καθώς η οριστικοποίηση των εθνικών λογαριασμών υγείας συνοδεύεται συχνά από χρονική υστέρηση ενός έως δύο ετών (WHO & World Bank, 2023). Επιπλέον, οι διαφοροποιήσεις στις μεθοδολογίες καταγραφής μεταξύ των χωρών, όπως στην ταξινόμηση των δαπανών ή στην καταγραφή των αιτιών θανάτου, ενδέχεται να περιορίζουν τη διακρατική συγκρισιμότητα ορισμένων δεικτών, όπως η αποφεύξιμη θνησιμότητα (Cylus et al., 2016; OECD & European Commission, 2024).
- **Ποιοτικές Παράμετροι.** Η ανάλυση επικεντρώθηκε κυρίως σε ποσοτικούς και μακροοικονομικούς δείκτες, όπως η θνησιμότητα, οι δαπάνες υγείας και τα Πιθανά Έτη Χαμένης Ζωής – PYLL. Ωστόσο, παράμετροι που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την εμπειρία των ασθενών αποτελούν πεδία όπου η συλλογή συγκρίσιμων δεδομένων σε βάθος χρόνου (2000–2024) είναι ιδιαίτερα δύσκολη (Mbau et al., 2023; OECD & European Commission, 2024). Η αποτίμηση της «υγείας» πέρα από την επιβίωση παραμένει μια σύνθετη πρόκληση, καθώς βασίζεται συχνά σε υποκειμενικές εκτιμήσεις, οι οποίες επηρεάζονται από πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες, και περιορίζουν τη δυνατότητα πλήρως αντικειμενικών διακρατικών συγκρίσεων (OECD, 2023).
- **Εξωγενείς Μεταβλητές.** Η μελέτη επικεντρώνεται στις επιδόσεις των συστημάτων υγείας, χωρίς να ενσωματώνει συστηματικά ευρύτερους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως το μορφωτικό επίπεδο, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής (Mbau et al., 2023). Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν σημαντικά τους δείκτες υγείας, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει την πληρότητα της αιτιώδους ερμηνείας των διαφορών στην αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας (Cylus et al., 2016).
- **Πολιτική Αστάθεια και Θεσμικές Μεταβολές.** Αν και η μελέτη λαμβάνει υπόψη βασικές πολιτικές αποφάσεις, η συχνή εναλλαγή πολιτικών προτεραιοτήτων και η περιορισμένη πολιτική συναίνεση, ιδίως στην Ελλάδα, δυσχεραίνουν την απομόνωση των μακροχρόνιων επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων (Economou, 2010; Polyzos et al., 2008). Οι ευρύτερες πολιτικές εξελίξεις και η πρακτική της θέσπισης νόμων που δεν εφαρμόζονται πλήρως ή τροποποιούνται σε σύντομο χρονικό διάστημα δημιουργούν ένα «χάσμα

εφαρμογής», το οποίο περιορίζει τη δυνατότητα ασφαλούς αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των σχετικών παρεμβάσεων (Polyzos et al., 2008).

9.5 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα εργασία δημιουργεί τη βάση για περαιτέρω έρευνα σε πεδία που παρουσιάζουν ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον και σχετίζονται με τη βιωσιμότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας.

- **Ψηφιακός Μετασχηματισμός και Αποδοτικότητα.** Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο η ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης (AI), της τηλεϊατρικής και του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας επηρεάζει το κόστος, την αποδοτικότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (OECD, 2023; 2024). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συγκριτική ανάλυση της υψηλής τεχνολογικής ωριμότητας της **Ελβετίας** σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες ψηφιακές υποδομές της **Ελλάδας**, όπου η πλήρης εφαρμογή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου τον Μάιο του 2025 αποτελεί κρίσιμο ορόσημο (OECD & European Observatory, 2025a; 2025b).

- **Μακροχρόνια Φροντίδα και Δημογραφική Γήρανση.** Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού και στις τρεις χώρες, ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η συγκριτική μελέτη των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας και της διασύνδεσής τους με τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να επικεντρωθεί στη μετάβαση από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην ολοκληρωμένη φροντίδα στο σπίτι, ξετάζοντας παράλληλα τις διαφοροποιήσεις στα χρηματοδοτικά μοντέλα και στους μηχανισμούς παροχής υπηρεσιών μεταξύ του **Ηνωμένου Βασιλείου** και της **Ελβετίας** (Anderson et al., 2022; Cylus et al., 2016).

- **Μικροοικονομική Ανάλυση Νοσοκομειακής Αποδοτικότητας.** Μια άλλη ερευνητική κατεύθυνση θα μπορούσε να εστιάσει στην αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων σε μικροεπίπεδο, αξιοποιώντας δείκτες και εργαλεία όπως τα Diagnosis Related Groups (DRGs) (Economou et al, 2017; Kaitelidou et al, 2016). Η αξιοποίηση των DRGs επιτρέπει τη σύγκριση του κόστους παρόμοιων τύπων φροντίδας και τον εντοπισμό βέλτιστων κλινικών πρακτικών, οι οποίες συμβάλλουν στη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και στη βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας, ιδιαίτερα σε συστήματα όπως το ελληνικό, τα

οποία αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις ως προς την αποδοτική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Cylus et al., 2016; Kaitelidou et al., 2016).

- **Επιπτώσεις της Κλιματικής Κρίσης στην Υγεία.** Η διερεύνηση των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής στη δημόσια υγεία, όπως η αύξηση της θνησιμότητας λόγω αυξανόμενης συχνότητας και έντασης των καυσώνων, καθώς και της ικανότητας των συστημάτων υγείας να ανταποκρίνονται σε νέες επιδημιολογικές προκλήσεις, αποτελεί ένα αναδυόμενο και ιδιαίτερα κρίσιμο πεδίο μελλοντικής έρευνας (OECD & European Commission, 2024). Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αξιολογήσει την ανθεκτικότητα των υγειονομικών υποδομών και υπηρεσιών απέναντι σε ακραία καιρικά φαινόμενα, καθώς και την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τις επιπτώσεις μελλοντικών κλιματικών και επιδημιολογικών απειλών (OECD & European Observatory, 2025b).

9.6 Επίλογος

Σε επίπεδο θεωρητικής τεκμηρίωσης, η παρούσα διπλωματική εργασία συνδέει το θεωρητικό πλαίσιο, τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα εμπειρικά ευρήματα της διαχρονικής ανάλυσης. Οι αρχικές παραδοχές σχετικά με τα τρία μοντέλα υγείας δεν αντιμετωπίστηκαν ως δεδομένες, αλλά εξετάστηκαν μέσω της διαχρονικής ανάλυσης των επιλεγμένων δεικτών για την περίοδο 2000–2024. Τα ευρήματα συνάδουν σε σημαντικό βαθμό με υφιστάμενες βιβλιογραφικές διαπιστώσεις για την Ελβετία και την Ελλάδα, ενώ στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου αναδεικνύονται πρόσθετες παράμετροι που αφορούν τη διαθεσιμότητα πόρων, τη λειτουργική δυναμικότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος σε περιόδους αυξημένης πίεσης. Συνολικά, η μελέτη υποδεικνύει ότι η επίδοση και η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από το ύψος της χρηματοδότησης, αλλά συνδέονται και με τον τρόπο κατανομής και αξιοποίησης των πόρων, το στρατηγικό σχεδιασμό, τη θεσμική οργάνωση και την επάρκεια των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας. Οι πολιτικές επιλογές των τριών χωρών συνδέονται με διαφορετικές επιδόσεις ως προς τις δαπάνες υγείας, τους δείκτες θνησιμότητας και την ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Για την Ελλάδα, η μετάβαση σε ένα ολοκληρωμένο και κοινωνικά δίκαιο σύστημα υγείας αναδεικνύεται ως σημαντική πρόκληση, ιδίως ως προς τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ

της τυπικής καθολικής κάλυψης και της πραγματικής πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, η περαιτέρω ανάπτυξη και αξιοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών, καθώς και η διασφάλιση επαρκούς και σταθερής δημόσιας χρηματοδότησης αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της προσβασιμότητας και της μακροχρόνιας βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

Σε τελική ανάλυση, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από το ύψος των δαπανών, αλλά συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με τη θεσμική ικανότητα σχεδιασμού και υλοποίησης πολιτικών, την ανθεκτικότητα του συστήματος και την αποτελεσματική κοινωνική στόχευση των παρεμβάσεων υγείας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Anderson M., Pitchforth E., Edwards N., Alderwick H., McGuire A. & Mossialos E., (2022). 'United Kingdom: health system review', *Health Systems in Transition*, vol. 24, no. 1, pp. 1–194.
- Appleby J.A., King, N., Saunders, K.E., Bast A., Rivera D., Byun J., Cunningham S., Khera C. & Duffy A. C., (2022). 'Impact of the COVID-19 pandemic on the experience and mental health of university students studying in Canada and the UK: a cross-sectional study', *BMJ Open*, vol. 12, e050187, [doi:10.1136/bmjopen-2021-050187](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050187)
- Baltagi B., (2021). Springer Texts in Business and Economics, *Econometric analysis of panel data*, 6th Edition, Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-53953-5>
- Blank R. H., Burau V. & Kuhlmann E., (2017). *Comparative health policy*, 5th edn, Palgrave Macmillan, London.
- Boes S., Weisstanner D. & Durvy B., (2025). *Health systems in action (HSiA) insights: Switzerland, 2024*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7d189cca-1094-46c0-8000-116ed4d2928e/content>
- Boyle S., (2011). *United Kingdom (England): health system review*, Health Systems in Transition, vol. 13, no. 1, pp. 1–486, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Busato A., Matter P. & Künzi B., (2009). 'Factors related to treatment intensity in Swiss primary care', *BMC Health Services Research*, vol. 9, article number 49, available at: [DOI: 10.1186/1472-6963-9-49](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-49)
- Busse R., Geissler A., Quentin W. & Wiley M., (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, Maidenhead.
- Chletsos M. & Economou C., (2025). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Greece*, World Health Organization, European

Region, WHO Barcelona Office, available at:
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40ab85e1-7444-4850-9d51-56d414c9f231/content>

Colombo F. & Tapay N., (2004). *Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems*, Organisation for Economic Co-operation and Development Health Working Papers, no. 15, OECD Publishing, Paris, available at: [doi: 10.1787/527211067757](https://doi.org/10.1787/527211067757)

Creswell, J.W. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 3rd Edition, University of Nebraska-Lincoln. SAGE Publications.

Crivelli L. & Salari P., (2014). ‘The inequity of the Swiss health care system financing from a federal state perspective’, *International Journal for Equity in Health*, vol. 13, p. 17, DOI: [10.1186/1475-9276-13-17](https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-17)

Cylus J., Papanicolas I., & Smith P. C., (2016). *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2794c497-bcca-4a89-8161-b65f1b5cb998/content>

De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., Crivelli L., Edwards-Garavoglia S., Spranger A., Wittenbecher F. & Quentin W. (2015). ‘Switzerland: Health system review’, *Health Systems in Transition*, vol. 17, no. 4, pp. 1–288, European Observatory on Health Systems and Policies.

Drummond M.F., Sculpher M., Claxton K., Stoddart E. & Torrance G., (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 4th Edition, Oxford University Press.

Dubois C-A., McKee M. & Nolte E., (2006). *Human resources for health in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.

Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M. & Maresso A., (2017). Greece: health system review, *Health Systems in Transition*, Vol. 19, No. 5, pp. 1–192.

Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Maresso A. & Sissouras A., (2015). ‘The impact of the crisis on the health system and health in Greece’, in Maresso, A. et al.

(eds.), *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*,
Observatory Studies Series no. 41, European Observatory on Health Systems and
Policies, Copenhagen.

Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A. & Maresso A. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C. (2010). *Greece: health system review*, *Health Systems in Transition*, vol. 12, no. 7, 2010. European Observatory on Health Systems and Policies.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, (2020). ‘Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019’. *The Lancet*, vol. 396, no. 10258, pp. 1204–1222. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Kaitelidou D., Katharaki M., Kalogeropoulou M., Economou C., Siskou O., Souliotis K., Tsavalias K. & Liaropoulos L., (2016). ‘The impact of economic crisis on the hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals’, *European Journal of Business and Social Sciences*, vol. 4, no. 10, pp. 111–125.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J. P. & McKee M. (2013). ‘Financial crisis, austerity, and health in Europe’, *The Lancet*, vol. 381, no. 9874, pp. 1323–1331. DOI: [10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2014). ‘Greece’s health crisis: from austerity to denialism’, *The Lancet*, vol. 383, no. 9918, pp. 748–753, available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62291-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62291-6)

Kutzin J., Ibraimova A., Jakab M. and O’Dougherty S., (2009). ‘Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan’, *Bulletin of the World Health Organization*, 2009;87:549–554, available at: doi: [10.2471/BLT.07.049544](https://doi.org/10.2471/BLT.07.049544).

Kwilinski A. & Vysochyna A., (2024). ‘Efficiency of healthcare financing: case of European countries’, *International Journal of Financial Studies*, 12(3), 87, <https://doi.org/10.3390/ijfs12030087>

- Liaropoulos L. & Goranitis I., (2015). 'Health care financing and the sustainability of health systems', *International Journal for Equity in Health*, 14:80, available at: DOI: [10.1186/s12939-015-0208-5](https://doi.org/10.1186/s12939-015-0208-5)
- Lionis C., Papadakis S., Tatsi C., Bertsiias A., Duijker G., Mekouris P.-B., Boerma W. & Schäfer, W., (2017). 'Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study)', *BMC Health Services Research*, vol. 17, p. 255, available at: doi: [10.1186/s12913-017-2189-0](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0)
- Maresso A., Mladovsky P., Thomson S., Sagan A., Karanikolos M., Richardson E., Cylus J., Evetovits T., Jowett M., Figueras J. & Kluge H., (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*, Observatory Studies Series no. 41, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447858/>
- Marmot M., Allen J., Boyce T., Goldblatt P. & Morrison J., (2020). *Health equity in England: the Marmot review 10 years on*. London: Institute of Health Equity, available at: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-full-report.pdf>
- Mbau R., Musiega A., Nyawira L., Tsofa B., Mulwa A., Molyneux S., Maina I., Jemutai J., Normand C., Hanson K. & Barasa E., (2023). *Analysing the efficiency of health systems: A systematic review of the literature*. Applied Health Economics and Health Policy, Vol. 21, pp. 205–224.
- Mohajer-Bastami A., Moin S., Sweetman B., Ahmed A. R., Head M., Gelber E., Ahmad S. J. S. and Exadaktylos A. K., (2025). 'A comparison of the United Kingdom's and Switzerland's healthcare financing systems for achieving equity and efficiency goals', *Swiss Medical Weekly*, 2025;155:4101, available at: <https://doi.org/10.57187/s.4101>
- Mossialos E. & Wenzl M., (2016). *2015 International profiles of health care systems*, The Commonwealth Fund, London School of Economics and Political Science, available at: <https://da7648.approby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>
- Mossialos E., Djordjevic A., Osborn R. & Sarnak D., (2016). *International profiles of health care systems*, The Commonwealth Fund, New York.

- Murray C. J. L. & Frenk J., (2000). 'A framework for assessing the performance of health systems', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 6, pp. 717–731.
- Musgrove P., (2000). 'Health insurance: the influence of the Beveridge Report', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 6, pp. 845–846.
- Nolte E. & McKee M., (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*, The Nuffield Trust, London, available at:
<https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/15535/1/does-healthcare-save-lives-mar04.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Commission, (2022). *Health at a glance: Europe 2022: state of health in the EU cycle*, OECD Publishing, available at:
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/12/health-at-a-glance-europe-2022_b73a1698/507433b0-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Commission, (2024). *Health at a glance: Europe 2024: state of health in the EU cycle*, OECD Publishing, available at:
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies, (2023). *State of Health in the EU: Greece Country Health Profile 2023*, OECD Publishing, Paris, available at:
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/greece-country-health-profile-2023_0d70aae7/dd530c3e-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies (2025a). *State of Health in the EU: Ελλάδα – Προφίλ Υγείας 2025*, OECD Publishing, available at:
https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/2025_translations/soheu-2025-greece-native-language-final-web.pdf?sfvrsn=e9eff72f_1

- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies (2025b). *State of Health in the EU: Synthesis Report 2025 Health Policy Reform Trends in the EU*, OECD Publishing, available at: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/synthesis-report-2025-health-policy-reform-trends-in-the-eu_f661ffc5/1f6a8e9a-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development, (2020). *Waiting Times for Health Services: Next in Line*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, available at: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/05/waiting-times-for-health-services_9d746179/242e3c8c-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development, (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*, OECD Publishing, available at: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development, (2025). *Health at a glance 2025: OECD indicators*, OECD Publishing, available at: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat and World Health Organization, (2017). *A system of health accounts 2011: revised edition*, OECD Publishing, Paris, available at: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- Nixon J. & Ulmann P., (2006). ‘The relationship between health care expenditure and health outcomes’, *The European Journal of Health Economics*, 2006, vol. 7, pp. 7–18, available at: DOI: [10.1007/s10198-005-0336-8](https://doi.org/10.1007/s10198-005-0336-8)
- Papanicolas I. & Smith P. C., (2013). *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*, Open University Press, Maidenhead.
- Papanicolas I., Mossialos E., Gundersen A., Woskie L. & Jha A. K., (2019). ‘Performance of UK National Health Service compared with other high-income countries: observational study’, *BMJ*, vol. 367, 16326, available at: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.16326>

- Polyzos N., Economou, C. and Zilidis C., (2008), 'National health policy in Greece: regulations or reforms? The Sisyphus myth', *European Research Studies*, vol. XI, no. 3, pp. 91-118.
- Reinhardt U. E., Hussey P. S. & Anderson G. F., (2004). 'U.S. health care spending in an international context', *Health Affairs*, vol. 23, no. 3, pp. 10–25, available at: [doi: 10.1377/hlthaff.23.3.10](https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.10)
- Sagan A. & Thomson S., (2016). *Voluntary health insurance in Europe: Country experience*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d4445995-5e05-4f33-b6bf-518d9b056ff5/content>
- Sagan, A., Webb, E., Azzopardi-Muscat, N., de la Mata, I., McKee, M. & Figueras, J., (2021). *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*, 56th Health Policy Series, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5c61b7cc-2dd6-4de8-82cc-85aa3d9b6955/content>
- Saltman R. B., Busse R. & Figueras J., (2004). *Social health insurance systems in Western Europe*, Open University Press, Maidenhead.
- Smith P. C., Mossialos E. & Papanicolas I., (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Street A., Kobel C., Renaud T. & Thuilliez, J., (2012). 'How well do diagnosis-related groups explain variations in costs or length of stay among patients and across hospitals? Methods for analysing routine patient data', *Health Economics*, vol. 21, suppl. 2, pp. 6–18, available at: DOI: [10.1002/hec.2837](https://doi.org/10.1002/hec.2837)
- Surender R., Matsuoka K. Y. & Ovseiko P. V., (2015). 'Health system of United Kingdom', *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edn, Elsevier, available at: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.02976-7>

- Thomson S., Foubister T. & Mossialos E., (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f4af6810-47ab-4d07-b41b-a9529236009f/content>
- Tsiachristas A., Vrangbæk K., Gongora-Salazar P. & Kristensen S.R., (2023). ‘Integrated care in a Beveridge system: experiences from England and Denmark’, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 18, no. 4 (Special Issue), pp. 345–361, DOI: <https://doi.org/10.1017/S1744133123000166>
- UK Parliament, House of Commons Committee of Public Accounts, (2022). *NHS backlogs and waiting times in England: Forty-Fourth Report of Session 2021–22. Report, together with formal minutes relating to the report*. Published on 16 March 2022, available at: <https://committees.parliament.uk/publications/9266/documents/160332/default/>
- Wagstaff A., Flores G., Hsu J., Smitz M.-F., Chepynoga K., Buisman L. R., van Wilgenburg K. & Eozenou P., (2018). ‘Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study’, *The Lancet Global Health*, vol. 6, no. 2, pp. e169–e179, doi: [10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- Wendt C., Frisina L. & Rothgang H., (2009) ‘Healthcare system types: a conceptual framework for comparison’, *Social Policy & Administration*, vol. 43, no. 1, pp. 70–90, available at: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>
- World Health Organization & World Bank (2015). *Tracking universal health coverage: first global monitoring report*, World Health Organization, available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/393b9769-096a-4f2b-a54d-7717a73f66df/content>
- World Health Organization & World Bank, (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*, World Health Organization, Geneva, available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099652109152323107/pdf/IDU051ce03f40370f045f30bf7e04bcd3eb96c9b.pdf>
- World Health Organization, (2010). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*, World Health Organization, Geneva, available at:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/18e28fe3-d767-417f-811a-fd5f639a9ee4/content>

World Health Organization, (2020). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2019: Global Health Estimates Technical Paper WHO/DDI/DNA/GHE/202*, World Health Organization, Department of Data and Analytics, Division of Data, Analytics and Delivery for Impact, Geneva, available at: https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?utm_source=chatgpt.com

World Health Organization, (2022). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs (Sustainable Development Goals)*, World Health Organization, available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/worldhealthstatistics_2022.pdf

World Health Organization, (2023). *Global spending on health: coping with the pandemic*, World Health Organization, Geneva, available at: <https://p4h.world/app/uploads/2023/12/Global-spending-on-health-2023.x69485.pdf>

Ιστοσελίδες

Eurostat, 2026. Health statistics [online]. Luxembourg: European Commission. Available at: [Data - Eurostat](#) [Accessed 20 March 2026].

Federal Statistical Office (FSO), (2026). Health Statistics [online]. Neuchâtel: FSO. Available at: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/health.html> [Accessed 20 March 2026].

National Health Service (NHS), (2026). Statistics [online]. London: NHS. Available at: <https://www.england.nhs.uk/statistics/> [Accessed 20 March 2026].

Office for National Statistics (ONS), (2026). Health and social care statistics [online]. Available at:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare>

[Accessed 20 March 2026].

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), (2026a). OECD Health Statistics [online]. Paris: OECD. Available at: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html> [Accessed 20 March 2026].

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), (2026b). *OECD Data Explorer 2025*. Available at: <https://stats.oecd.org/> [Accessed 20 March 2026].

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), (2026c). *OECD Data, Trusted statistics supporting evidence-based policy, Indicators*, available at: [Indicators | OECD](#) [Accessed 04 April 2026].

World Bank, (2026). Databank / World Development Indicators [online]. World Bank. Available at: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> [Accessed 20 March 2026].

World Health Organization (WHO), (2026). *The Global Health Observatory, Explore a world of health data*. Available at: <https://www.who.int/data/gho> [Accessed 20 March 2026].

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2026). Στατιστικά υγείας [online]. Athens: ΕΛΣΤΑΤ. Available at: <https://www.statistics.gr/health> [Accessed 20 March 2026].

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.