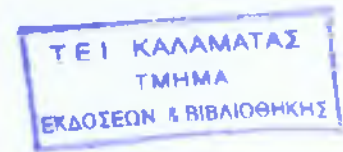


**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ / ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ / ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**



**Διγενόπουλος Στυλιανός**

**Θέμα Εργασίας:**

**«Προτεραιότητες στην Κατανομή των  
Πόρων στο Χώρο της Υγείας»**

**Επόπτρια Καθηγήτρια: Κα Σιουρούνη Ελένη**

**MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας**

**Καθηγήτρια Εφαρμογών**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2008**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 1<sup>ο</sup>

#### ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ & ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

**1.1 Αναγκαιότητα Καθορισμού Προτεραιοτήτων στο  
Χώρο της Υγείας. ....**

*1.1.1 Βασικές Αρχές Κόστους Ευκαιρίας &*

*Οριακής Ανάλυσης .....*

**1.2 Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης & Άλλες Μέθοδοι  
για τον Καθορισμό Προτεραιοτήτων.....**

*1.2.1 Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους. ....*

*1.2.2 Ανάλυση Κόστους-Οφέλους .....*

*1.2.3 Ανάλυση Κόστους-Αποτελεσματικότητας. ....*

*1.2.4 Ανάλυση Κόστους-Χρησιμότητας –*

*Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής .....*

*1.2.5 Προϋπολογισμοί Προγραμμάτων Υγείας &*

*Οριακή Ανάλυση.....*

*1.2.6 Αξιολόγηση Αναγκών .....*

*1.2.7 Ιστορικά βασιζόμενους Κανόνες Αποφάσεων.....*

*1.2.8 Οδηγίες Βέλτιστων Πρακτικών.....*

**1.3 Αναγκαιότητα Διασφάλισης Κοινωνικής Συναίνεσης και Αποδοχής  
κατά τον Καθορισμό Προτεραιοτήτων στο Χώρο της Υγείας.....**

*1.3.1. Ο Ρόλος των Πολιτών στη Διαδικασία Καθορισμού*

*& Εφαρμογής Προτεραιοτήτων.....*

#### **1.4 Διλλήματα Ηθικής και Ατομικού Συμφέροντος**

**κατά τον Καθορισμό Προτεραιοτήτων .....**

##### *1.4.1 Διαφοροποίηση Ατομικού και Κοινωνικού Συμφέροντος*

*μεταξύ Δημοσίων και Ιδιωτικών Συστημάτων Υγείας.....*

##### *1.4.2 Μεροληπτικές Στάσεις έναντι Ατόμων Τρίτης Ηλικίας.....*

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 2<sup>ο</sup>**

## **ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΡΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **2.1 Οικονομική Κρίση Υγειονομικών Συστημάτων**

**Διεθνώς & Αναθεώρηση Προτεραιοτήτων.....**

#### **2.2 Μελλοντικές Προοπτικές Κατανομής Πόρων - ΠΦΥ ως Βασική**

**Προτεραιότητα των Συστημάτων Υγείας Διεθνώς.....**

#### **2.3 Οι Προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον Τομέα της**

**Υγείας Βάσει της Νέας Στρατηγικής .....**

#### **2.4 Υφιστάμενη Ελληνική Πραγματικότητα.....**

##### *2.4.1 Προτεραιότητες στην Κατανομή των Πόρων στο ΕΣΥ.....*

##### *2.4.2 Επίπεδο Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού ως*

*Παράγοντας Διαμόρφωσης Προτεραιοτήτων.....*

*I. Προσδόκιμο Επιβίωσης Ελληνικού Πληθυσμού.....*

*II. Δημογραφική Γήρανση Ελληνικού Πληθυσμού.....*

*III. Θνησιμότητα Ελληνικού Πληθυσμού.....*

*IV. Νοσηρότητα του Ελληνικού Πληθυσμού.....*

#### **2.5 Μελλοντικές Προοπτικές στην Κατανομή Πόρων στο ΕΣΥ.....**

##### *2.5.1 Μελλοντικές Προοπτικές στην Κατανομή Πόρων*

*Βάσει Δημογραφικών και Επιδημιολογικών Δεδομένων .....*

##### *2.5.2 Μελλοντικές Προτεραιότητες Βάσει Εθνικής Στρατηγικής.....*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 3<sup>ο</sup>

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ – Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

<b>3.1 Αναγκαιότητα Διεξαγωγής της Έρευνας</b> .....	
<b>3.2 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας</b> .....	
<b>3.3 Μεθοδολογία Έρευνας</b> .....	
3.3.1 Διαμόρφωση Ερωτηματολογίου .....	
3.3.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας – Μέγεθος Δείγματος.....	
<b>3.4 Συλλογή, Έλεγχος &amp; Επεξεργασία των Δεδομένων</b> .....	
3.4.1 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	
3.4.2 Έλεγχος Ορθότητας & Πληρότητας Δεδομένων .....	
3.4.3 Έλεγχος Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας .....	
3.4.4 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων.....	
<b>3.5 Αποτελέσματα Έρευνας</b> .....	
3.5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος.....	
3.5.2 Διερεύνηση Γνώμης/Αποψης - Ιεράρχηση Προτεραιοτήτων Δείγματος.....	
3.5.3 Συγκεντρωτικά Αποτελέσματα .....	
3.5.4 Αποτελέσματα Συνδυασμού Ερωτήσεων.....	
<b>3.6 Συμπεράσματα Έρευνας</b> .....	

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**.....

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**.....

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**.....

**I. Ελληνική Βιβλιογραφία:**.....

**II. Ξένη Βιβλιογραφία**.....

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτέρως την κ. Σιουρούνη Ελένη για την ανάληψη της επίβλεψης της παρούσας πτυχιακής εργασίας, για το ενδιαφέρον, την υποστήριξη και συνολικά για τη σημαντική συμβολή της, υπό μορφή κατευθυντήριων οδηγιών, στην εκπόνηση της εργασίας.*

*Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα καθώς και όσους πρόκειται να ασκήσουν κρίσεις επί της εργασίας, συμβάλλοντας μ' αυτόν τον τρόπο στη βελτίωσή της.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τη σημερινή εποχή, έχει πλέον καταστεί σαφής η αναγκαιότητα εξορθολογισμού των δαπανών υγείας τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Ως ακρογωνιαίος λίθος δε, σε μία τέτοια προσπάθεια έχει αποδειχθεί ότι είναι ο ορθολογικός καθορισμός προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων στο χώρο της υγείας. (Folland, Goodman, Stano, 2007)

Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της αναγκαιότητας ορθολογικού καθορισμού προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και ο εντοπισμός των υφιστάμενων και μελλοντικών προτεραιοτήτων που τίθεται στο χώρο της υγείας διεθνώς και ειδικότερα στην Ελλάδα. Απώτερος δε, στόχος της εργασίας είναι να προβάλλει τη σπουδαιότητα του ρόλου, που είναι σε θέση να διαδραματίσουν οι πολίτες στον καθορισμό προτεραιοτήτων μέσα από το δημόσιο διάλογο, προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση της αποδοτικότητας των επενδύσεων χρηματοδότησης διαφόρων υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα η ικανοποίηση των πολιτών.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός και ο στόχος της παρούσας εργασίας επιλέχθηκε η χρήση της μεθόδου της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ώστε να επιτευχθεί κριτική και συνεκτική παρουσίαση του θέματος αλλά και η μέθοδος της πρωτογενούς ερευνητικής μελέτης, ώστε να αναδειχθούν σε εμπειρικό επίπεδο ορισμένα χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις προτεραιότητες που θέτουν οι Έλληνες πολίτες.

Η εργασία διαρθρώνεται σε πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η αναγκαιότητα καθορισμού προτεραιοτήτων στο χώρο της υγείας λαμβάνοντας υπόψη τη σπανιότητα των πόρων και τις οικονομικές αρχές, όπως το κόστος ευκαιρίας και η οριακή ανάλυση. Παράλληλα, παρουσιάζονται οι βασικές οικονομικές και ηθικοκοινωνικές μέθοδοι καθορισμού προτεραιοτήτων. Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό εξετάζεται το σημαντικό θέμα αναγκαιότητας διασφάλισης της κοινωνικής συναίνεσης και αποδοχής κατά τον καθορισμό προτεραιοτήτων, αλλά και των παραμέτρων εκείνων που επηρεάζουν τις επιλογές και τις προτιμήσεις των πολιτών καθώς και τα διλλήματα ηθικής που ανακύπτουν από αυτές. Στα πλαίσια αυτά εξετάζονται θέματα όπως η ύπαρξη διαφοροποιήσεων του ατομικού και κοινωνικού συμφέροντος μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών συστημάτων υγείας αλλά και μεροληπτικών στάσεων έναντι των ατόμων τρίτης ηλικίας: Στο δεύτερο κεφάλαιο

παρουσιάζεται η διεθνής εμπειρία στον καθορισμό προτεραιοτήτων στα πλαίσια της κρίσης των υγειονομικών συστημάτων και η αναθεώρηση των προτεραιοτήτων που αυτή επέφερε, δίνοντας έμφαση στον ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό προκειμένου να παρουσιαστεί μια σφαιρικότερη άποψη περί προτεραιοτήτων παρουσιάζεται η νέα στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέσω της οποίας αναδεικνύονται οι βασικές προτεραιότητες που προτείνεται να ακολουθήσουν τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών αυτής, και ως εκ τούτου και η Ελλάδα. Επίσης στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται οι προτεραιότητες του ελληνικού ΕΣΥ, όπως αυτές διαμορφώθηκαν κατά τα παλαιότερα χρόνια, σε συνδυασμό με τη μελέτη των βασικότερων παραμέτρων υγείας του πληθυσμού (όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, δημογραφική γήρανση, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα) οι οποίες επηρεάζουν και θα επηρεάσουν στο μέλλον τις προτεραιότητες του ΕΣΥ. Τέλος, στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η περιγραφή της νέας εθνικής στρατηγικής του ΕΣΥ και κατ' επέκταση οι προτεραιότητες που έχουν ήδη τεθεί για το μέλλον σε κεντρικό επίπεδο. Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο επιχειρείται η διερεύνηση των προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων στο ΕΣΥ που θέτουν οι ίδιοι οι έλληνες πολίτες, προκειμένου να υπάρξει μία βάση αναφοράς επί του θέματος, δεδομένης της απουσίας αντίστοιχων ερευνών στην Ελλάδα.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την εξαγωγή συμπερασμάτων και την διατύπωση προτάσεων, σύμφωνα με το θεωρητικό υπόβαθρο, την διεθνή εμπειρία και τα αποτελέσματα της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 1<sup>ο</sup>

### ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ & ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

#### 1.1 Αναγκαιότητα Καθορισμού Προτεραιοτήτων στο Χώρο της Υγείας.

Η βασική οικονομική αρχή η οποία υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της οριοθέτησης προτεραιοτήτων για την κατανομή των πόρων στο χώρο της υγείας είναι η σπανιότητα των πόρων. Καθώς λοιπόν, οι ανάγκες των πολιτών υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους, θα πρέπει να τεθούν κάποιοι μηχανισμοί προκειμένου να καταστεί δυνατή η επιλογή μεταξύ εναλλακτικών αναγκών. Πιο συγκεκριμένα, οι υπεύθυνοι για την διαμόρφωση πολιτικών υγείας είναι αναγκασμένοι να προβούν σε επιλογές, όσον αφορά στις εναλλακτικές χρήσεις των περιορισμένων οικονομικών μέσων που διαθέτουν για την ικανοποίηση των απεριόριστων αναγκών-απαιτήσεων της κοινωνίας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να δοθούν απαντήσεις που σχετίζονται με το ποιες υπηρεσίες θα λαμβάνουν περισσότερους ή λιγότερους πόρους υγείας. Στα πλαίσια τέτοιου είδους επιλογών ανακύπτουν οι βασικές οικονομικές αρχές του κόστους ευκαιρίας και της οριακής ανάλυσης που εξετάζονται στη συνέχεια. (Fordyce, Mooney, Rusel, 1981, Auld et al., 2002)

#### 1.1.1 Βασικές Αρχές Κόστους Ευκαιρίας & Οριακής Ανάλυσης

Η διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων οριοθετείται στα πλαίσια δύο βασικών οικονομικών αρχών, το κόστος ευκαιρίας και η οριακή ανάλυση. Με δεδομένη τη σπανιότητα των οικονομικών πόρων στο χώρο της υγείας, σκοπός είναι να γίνουν κάποιες επιλογές μεταξύ δύο τουλάχιστον υπηρεσιών. Έτσι, αν δίνοντας πόρους στη μία επιλογή αυτό συνεπάγεται ότι η άλλη λύση δεν θα λάβει πόρους και κατά συνέπεια θα χαθεί κάποιο όφελος. Αυτό το χαμένο όφελος είναι το κόστος ευκαιρίας ή εναλλακτικό κόστος, από το οποίο απορρέει ο βασικός στόχος κατά τον καθορισμό προτεραιοτήτων, που είναι η επίτευξη της μεγιστοποίησης των ωφελειών ή αντιστρόφως, της ελαχιστοποίησης του κόστους ευκαιρίας. (Mooney et al., 1992)

Πιο συγκεκριμένα, η έννοια του κόστους ευκαιρίας ή εναλλακτικού κόστους, αναφέρεται στη θυσία που πρέπει να υποστεί η κοινωνία, δηλαδή τη μείωση των πόρων στην Χ ιατρική υπηρεσία, για να μπορέσει να αυξήσει τους πόρους της στην Υ



ιατρική υπηρεσία. Κατά συνέπεια, η ευκαιρία που χάνει η κοινωνία να λάβει τα οφέλη μιας υπηρεσίας υγείας για να μπορέσει να εξασφαλίσει μία άλλη υπηρεσία, αποτελεί το κόστος ευκαιρίας. (Μπένος, Σαραντίδης, 1998)

Οι υπό εξέταση εναλλακτικές υπηρεσίες υγείας μπορούν να ιεραρχηθούν με βάση το όφελος που παρέχουν στην κοινωνία. Η κατανομή λοιπόν, των περιορισμένων πόρων που διατίθενται συνολικά στην υγεία θα πρέπει να γίνεται με τρόπο ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη, οικονομικά και μη, καθώς και να επιτυγχάνεται ταυτόχρονα η αίσθηση δικαιοσύνης στα μέλη της κοινωνίας. Επομένως, οι αρχές που θα πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε μορφή κατανομής πόρων είναι η ισότητα, η οποία συνίσταται στη διασφάλιση της δικαιοσύνης ως προς την κατανομή των πόρων προκειμένου όλοι να λαμβάνουν ίση ωφέλεια και η αποδοτικότητα, η οποία οριοθετείται στα πλαίσια της δεύτερης οικονομικής αρχής. (Σούλης, 1999)

Η δεύτερη αρχή, της οριακής ανάλυσης συνίσταται στο όφελος που κερδίζεται από τη χρήση της κάθε επιπλέον μονάδας των πόρων που δίδεται σε μία υπηρεσία. Σε ένα σύστημα υγείας κάθε επιπλέον χρηματική μονάδα θα πρέπει, σε ιδανικές συνθήκες, να επενδύεται στην υπηρεσία, η οποία θα αποφέρει το μεγαλύτερο όφελος, συγκριτικά με τη μονάδα που δαπανήθηκε. Αντιστρόφως, αν ο προϋπολογισμός που αφορούσε σε υπηρεσίες υγείας επρόκειτο να περιοριστεί, τότε σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η χρηματική μονάδα θα έπρεπε να αφαιρεθεί από την υπηρεσία από την οποία θα χανόταν το λιγότερο όφελος. (Folland, Goodman, Stano, 2007)

Σύμφωνα λοιπόν με τα ανωτέρω, η αποδοτικότητα κατανομής των πόρων, επιτυγχάνεται αν και μόνο αν, οι λόγοι των οριακών ωφελειών προς τα οριακά κόστη είναι ίσοι μεταξύ των εναλλακτικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω τα συστήματα υγείας θα πρέπει να διέπονται από την αρχή της αποδοτικότητας αλλά και της ισότητας όμως, η ταυτόχρονη επίτευξη των στόχων της αποδοτικότητας και της ισότητας είναι αδύνατη, καθώς οι στόχοι μπορεί να αλληλοσυγκρούονται και η επίτευξη του ενός να απαιτεί κάποια θυσία σε σχέση με την επίτευξη του άλλου. Παρ' όλα αυτά, σε κάθε προσπάθεια καθορισμού προτεραιοτήτων θα πρέπει να ικανοποιούνται κατά το δυνατόν περισσότερο οι δύο προαναφερθείσες βασικές αρχές της ισότητας και της αποδοτικότητας. (Folland, Goodman, Stano, 2007)

## 1.2 Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης & Άλλες Μέθοδοι για τον Καθορισμό Προτεραιοτήτων.

Έχοντας ως απώτερο σκοπό τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, αναπτύχθηκαν διάφορες καθαρά οικονομικές αλλά και συνδυαστικές μέθοδοι ή κανόνες κατανομής των κονδυλίων υγείας με σκοπό την υποβοήθηση των υπευθύνων στην λήψη αποφάσεων κατά την αξιολόγηση επενδυτικών προγραμμάτων στον χώρο της υγείας και τον καθορισμό προτεραιοτήτων. (Singer et al., 2002) Ορισμένες από τις μεθόδους αυτές που απαντώνται πιο συχνά στη βιβλιογραφία είναι οι ακόλουθες:

### 1.2.1 Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους.

Η τεχνική αυτή θεωρείται απλούστερη καθ' όσον συγκρίνει δύο διαφορετικά προγράμματα υγείας τα οποία έχουν τεκμηριωμένα ίση αποτελεσματικότητα και προκρίνει τη θεραπεία με το χαμηλότερο συνολικό κόστος. Παίρνει, δηλαδή, ως δεδομένο ότι η αποτελεσματικότητα της κάθε αγωγής υγείας είναι ίδια και συγκρίνει το άμεσο κόστος που η κάθε μία από αυτές συνεπάγεται, προκρίνοντας εκείνη με το χαμηλότερο κόστος. (Σούλης, 1999)

### 1.2.2 Ανάλυση Κόστους-Οφέλους (Cost-Benefit Analysis).

Κατά τη μέθοδο αυτή, το κόστος όσο και το όφελος της θεραπευτικής παρέμβασης αποτιμάται σε χρηματικές μονάδες και συγκρίνεται το πρόσθετο κόστος με το πρόσθετο αποτέλεσμα και προκύπτει το καθαρό χρηματικό κέρδος ή καθαρή χρηματική ζημία του προγράμματος. Κατά συνέπεια, αν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα έχει θετικό καθαρό όφελος (Καθαρό Όφελος – Καθαρό Κόστος > 0, Καθαρό Όφελος / Καθαρό Κόστος > 1) θεωρείται συμφέρουσα επιλογή. Επίσης, εάν παρουσιάζει υψηλότερο δείκτη κόστους-οφέλους συγκριτικά με άλλες υπό σύγκριση παρεμβάσεις, τότε κρίνεται ως η πλέον αποδοτική. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο, καθίσταται εφικτή η αξιολόγηση δύο τελείως διαφορετικών προγραμμάτων, όμως και αυτή η μέθοδος δεν στερείται μειονεκτημάτων, εφ' όσον παρουσιάζονται σημαντικές δυσκολίες στη μετατροπή των κλινικών αποτελεσμάτων σε χρηματικές μονάδες. Οι δυσκολίες αυτές, έχουν ως συνέπεια την δημοσίευση περιορισμένου αριθμού μελετών που εφαρμόζουν την συγκεκριμένη μέθοδο. (Σούλης, 1999)

### 1.2.3 Ανάλυση Κόστους-Αποτελεσματικότητας.

Η μέθοδος ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας σε αντίθεση με την ανωτέρω επιτρέπει την αξιολόγηση επενδυτικών προγραμμάτων, εκτιμώντας το κόστος σε χρηματικές μονάδες ενώ τα οφέλη σε φυσικούς όρους και έτσι μετρώνται σε φυσικές μονάδες τα αποτελέσματα. Με τον τρόπο αυτό η αποτελεσματικότητα εκφράζεται σε κόστος ανά μονάδα αποτελέσματος. Ο δείκτης κόστους αποτελεσματικότητας (ICER- Incremental Cost-Effectiveness Ratio) μετρά το πρόσθετο κόστος που απαιτείται για μία επιπλέον φυσική μονάδα αποτελέσματος μετά από σύγκριση δύο θεραπευτικών μεθόδων.

$$\text{ICER} = \frac{\text{Κόστος Θεραπείας A} - \text{Κόστος Θεραπείας B}}{\text{Αποτελεσματικότητα Θεραπείας A} - \text{Αποτελεσματικότητα B}}$$

Σε περιπτώσεις που μία θεραπεία υγείας είναι πιο αποτελεσματική σε σχέση με μία άλλη και ταυτόχρονα έχει χαμηλότερο κόστος, δεν απαιτείται συγκριτική ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, καθώς η επένδυση για τη θεραπεία αυτή θεωρείται σαφώς ανώτερη και «κυριαρχεί» (dominates) έναντι της άλλης. (Γείτονα και συν., 2006)

### 1.2.4 Ανάλυση Κόστους-Χρησιμότητας - Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (QUALY's).

Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας, δημιουργήθηκε σε μία προσπάθεια να υπερκαλυφθούν οι περιορισμοί των προαναφερθεισών μεθόδων, ορίζοντας τα αποτελέσματα με όρους που έχουν κλινική σημασία, αλλά και που είναι συγκρίσιμοι μεταξύ νοσημάτων. Στην ανάλυση αυτή, η υγεία θεωρείται κυρίως συνάρτηση δύο συντελεστών: της διάρκειας ζωής και της ποιότητας ζωής. Συνεπώς, τα αποτελέσματα μίας ιατρικής παρέμβασης μπορεί να εκτιμηθούν βάσει αυτών των διαστάσεων. (Nord, 2003)

Συγκεκριμένα, ο δείκτης Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years-QUALY's) σταθμίζει την αύξηση της διάρκειας ζωής σε σχέση με την ποιότητά της. Έτσι, συνδυάζεται η θνησιμότητα με τη νοσηρότητα σε μία μονάδα μέτρησης που εμπεριέχει παραμέτρους τόσο ποσοτικής όσο και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας. Η χρησιμότητα την οποία αποκομίζει ή βιώνει ο ασθενής από τις διαφορετικές παρεμβάσεις στην υγεία του μπορεί να μετρηθεί με τρεις μεθόδους: την κλίμακα κατάταξης, το τυπικό παίγνιο και το χρονικό αντιστάθμισμα. Με τη μέθοδο της κλίμακας κατάταξης (rating scale) ο ασθενής καλείται να κατατάξει την κατάσταση της υγείας του μετά από ένα θεραπευτικό πρόγραμμα πάνω σε μία κλίμακα, που συνίσταται σε μία ευθεία γραμμή μήκους 10 εκατοστών, από το 0 (θάνατος) έως 1 (άριστη υγεία). Στην δεύτερη μέθοδο του τυπικού παιγνίου (standard gamble) ο ασθενής καλείται να επιλέξει μεταξύ βεβαιότητας της παρούσας κατάστασης υγείας (επιλογή Β) και ενός «παιγνίου» με δύο δυνητικά αποτελέσματα, την πλήρη ίαση ή το θάνατο (επιλογή Α). Η πιθανότητα της πλήρους θεραπείας διαφοροποιείται μέχρι το σημείο που κάνει τον ασθενή αδιάφορο ανάμεσα στα σενάρια Α και Β και στο σημείο αυτό η πιθανότητα πλήρους υγείας θεωρείται ίση με τη χρησιμότητα της παρούσας. Ενώ, με την τρίτη μέθοδο του χρονικού αντισταθμίματος (time trade-off), ο ασθενής καλείται να επιλέξει τον σχετικό χρόνο που θα επιθυμούσε να βιώσει μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων υγείας. Όταν ο ερωτώμενος δείχνει αδιάφορος μεταξύ των δύο επιλογών του, δηλαδή να περάσει Χ έτη σε πλήρη υγεία και Υ έτη στην παρούσα κατάσταση υγείας του, τότε το κλάσμα Χ/Υ προσδιορίζει τον αριθμό χρησιμότητας που προσδίδει ο ασθενής στην τρέχουσα κατάσταση υγείας του. (Γείτονα και συν., 2006)

Βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου των Ποιοτικά Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής είναι ότι επιτρέπει τη σύγκριση δεδομένων μεταξύ διαφορετικών ιατρικών παρεμβάσεων σε διαφορετικά κλινικά πεδία, καθώς η μονάδα μέτρησης της χρησιμότητας είναι κοινή για όλες τις ασθένειες και ακόμη την εκτίμηση της συνολικής κοινωνικής αξίας των διαφορετικών αυτών ιατρικών προγραμμάτων. (Σούλης, 1999)

Τα διαφορετικά προγράμματα υγείας κατατάσσονται σε πίνακες με βάση το κόστος εφαρμογής ανά QUALY και επομένως όσο μικρότερο είναι το κόστος αυτό, τόσο πιο υψηλά κατατάσσονται στον πίνακα και κατά συνέπεια είναι πιθανότερο να προκριθούν επενδυτικά και να εφαρμοστούν. (Weinstein, Stason, 1977) Η άποψη ότι

τα QUALY's είναι οι πιο αποτελεσματικοί δείκτες της κοινωνικής αξίας εκφράστηκε μέσα από αυτούς τους πίνακες QUALY's και αποτελεί παραδοχή αρκετών επιστημόνων. (O'Kelly, Westaby, 1990, Smith, 1990, Williams, 1985) Πάντως ακόμα και η μέθοδος αυτή θεωρείται ότι παρουσιάζει μειονεκτήματα όπως ο ισχυρισμός ότι οι μετρήσεις των QUALY's αξιολογούν θεωρητικά τα αποτελέσματα που πραγματοποιούνται από διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις. Συνεπώς, οι χρησιμότητες θα πρέπει να εκτιμώνται εκ των υστέρων και όχι εκ των προτέρων, ενώ τα νούμερα των χρησιμότητων για να μπορούν να επαληθευθούν θα πρέπει να ερμηνεύονται ως αξίες προσαρμοσμένες στα χρόνια ζωής για διαφορετικές καταστάσεις υγείας και όχι ως μετρήσεις της αίσθησης ευεξίας. (Nord, 2003)

#### *1.2.5 Προϋπολογισμοί Προγραμμάτων Υγείας και Οριακή Ανάλυση (Program Budgeting and Marginal Analysis)*

Η καθιέρωση προϋπολογισμών των υπάρχοντων προγραμμάτων αποσκοπεί στη δημιουργία ενός πλαισίου λήψης πληροφοριών σχετικά με τους αντικειμενικούς στόχους, τους πόρους που δαπανώνται και τα αποτελέσματα-εκροές που επιτυγχάνονται. Οι προϋπολογισμοί προγραμμάτων έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό το ότι είναι προσανατολισμένοι στην πλευρά των εκροών και όχι των εισροών. Καταρτίζονται για ευρείας κλίμακας προγράμματα είτε κατά γεωγραφική περιοχή είτε κατά ομάδα ασθενειών (π.χ. προγράμματα φροντίδας μητρότητας) είτε ακόμη κατά ομάδα καταναλωτών (π.χ. ηλικιωμένους) ώστε να επιτυγχάνονται οι προσδοκώμενες συνολικές εκροές, δηλαδή οι αρχικοί στόχοι των προγραμμάτων στα πλαίσια μίας οικονομικής ανάλυσης. Από την άλλη, η οριακή ανάλυση προσπαθεί να εξετάσει το ενδεχόμενο μεταβολών στη χρήση των πόρων μεταξύ προγραμμάτων υγείας με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας. Με άλλα λόγια, η πρώτη διαδικασία μας επιτρέπει να δούμε πώς έχει χωριστεί η «πίτα» των κονδυλίων υγείας, ενώ η δεύτερη τις ενδεχόμενες μεταβολές στο μέγεθος των «κομματιών της πίτας», που θα μας επέτρεπαν την επίτευξη του μεγαλύτερου συνολικού οφέλους. Η οριακή ανάλυση συνίσταται, στην εξέταση του αν και κατά πόσο, μία μετατόπιση οικονομικών πόρων κάποιου συγκεκριμένου ποσού από ένα πρόγραμμα υγείας σε κάποιο άλλο, επιφέρει αύξηση του συνολικού οφέλους δεδομένων των συνολικών διατιθέμενων πόρων. Η άριστη κατανομή των πόρων ενός προϋπολογισμού

επιτυγχάνεται, αν και μόνο αν ο λόγος οριακού κόστους προς οριακό όφελος είναι ίσως σε όλα τα προγράμματα υγείας. (Mooney et al., 1992)

### *1.2.6 Αξιολόγηση Αναγκών (Needs Assessment).*

Η αξιολόγηση ή αποτίμηση των αναγκών αποτελεί μία προσπάθεια αποτύπωσης της συνολικής ανάγκης για υπηρεσίες υγείας του συνολικού πληθυσμού ή μίας συγκεκριμένης ομάδας (π.χ. καρκινοπαθών, παιδιών κλπ.) Οι μελέτες εστιάζονται στην εκτίμηση του μεγέθους των προβλημάτων υγείας και στις διαφορές μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων. Πρόκειται δηλαδή για επιδημιολογικές μελέτες ποσοτικοποίησης των ανισοτήτων υγείας σε σχέση με χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το εισόδημα ή ο τόπος διαμονής. Το επίπεδο υγείας των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων μετράται με την θνησιμότητα, τη νοσηρότητα ή το προσδόκιμο επιβίωσης. Η προσέγγιση αυτή έχει δεχθεί πολλές επικρίσεις. (Mooney, Russel, Weir, 1986) Η δριμύτητα αυτής της κριτικής ποικίλει ανάλογα με το πώς ορίζεται η «ανάγκη» αυτή:

Ένας τρόπος είναι να οριστεί η ανάγκη σε σχέση με την ασθένεια. Επομένως, όσο μεγαλύτερη είναι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα ενός πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερη θα πρέπει να είναι και η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας. Η κριτική εδώ εστιάζεται καταρχήν, στο γεγονός ότι δεν λαμβάνεται υπόψη η διαφορετική ικανότητα του πληθυσμού να ωφεληθεί από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ως παράδειγμα, αναφέρεται η περίπτωση κατά την οποία δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για μία συγκεκριμένη νόσο, δεδομένης της υπάρχουσας ιατρικής γνώσης και τεχνολογίας. Ενδέχεται λοιπόν, το μέγεθος του προβλήματος ανάγκη να είναι μεγάλο αλλά να μη μπορεί να επιλυθεί με τη χορήγηση επιπρόσθετων κονδυλίων. Επιπλέον, η κριτική αυτή δεν λαμβάνει υπόψη της το κόστος. Ως παράδειγμα, μπορεί να αναφερθεί η περίπτωση κατά τη οποία για μία εκτιμημένη μικρότερη συνολική ανάγκη του πληθυσμού ενδέχεται να υπάρχει μία χαμηλού κόστους πολύ αποτελεσματική θεραπεία, ενώ για μία άλλη μικτότερη συνολική ανάγκη να μην υπάρχουν παρά μικρότερης αποτελεσματικότητας υψηλού κόστους θεραπευτικές αγωγές. Επομένως, μία δεδομένη ποσότητα επιπρόσθετων οικονομικών πόρων που θα κατευθυνόταν στην αντιμετώπιση της ασθένειας με τη μικρότερη συνολική ανάγκη θα παρείχε συγκριτικά μεγαλύτερο όφελος. Παρά το γεγονός ότι η μέθοδος

αυτή δε θεωρείται ότι συμβάλει στο στόχο της αποδοτικότητας της κατανομής, διαδραματίζει κάποιο καθοριστικό ρόλο σχετικά με την ισότητα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. (Mitton, 2002)

Ένας δεύτερος εναλλακτικός ορισμός συσχετίζει την ανάγκη με την ικανότητα να ωφεληθεί μία πληθυσμιακή ομάδα. Δεδομένου ότι όλες οι ασθένειες δεν είναι ιάσιμες, η ανάγκη ενός πληθυσμού μπορεί να μετρηθεί ως προς τα οφέλη υγείας που θα προκύψουν αν η ασθένεια αντιμετωπιστεί όσο το δυνατόν πληρέστερα. Πάντως, και εδώ η κριτική εστιάζεται στο γεγονός ότι δεν λαμβάνεται υπόψη το κόστος ευκαιρίας. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η περίπτωση κατά την οποία μία τεχνολογική ανακάλυψη, που επιτρέπει να πραγματοποιούνται οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς στο ένα δέκατο του σημερινού κόστους, δεν προκρίνεται κατά τη διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων, γιατί η ανάλυση των αναγκών αφορά στην εκτίμηση συνολικών μεγεθών. (Mooney et al., 1992)

#### *1.2.7 Ιστορικά βασιζόμενους Κανόνες Αποφάσεων (Historic Based Decision Rules)*

Με τη μέθοδο αυτή το ύψος της χρηματοδότησης κάθε προγράμματος υγείας βασίζεται κυρίως στην κατανομή των πόρων όπως αυτή είχε καθοριστεί σε προγενέστερο έτος. Ενδέχεται βεβαίως να γίνει κάποια προσαρμογή, η οποία να εκφράζει τις πιέσεις των διαφόρων ομάδων συμφερόντων ή να αντικατοπτρίζει τις διαχρονικές μεταβολές του κόστους ή του πληθυσμού. Πάντως το σημαντικό μειονέκτημα αυτής της μεθόδου συνίσταται στο ότι δεν περιέχει κάποιον συγκεκριμένο κανόνα λήψης αποφάσεων, με αποτέλεσμα να αποθαρρύνει την ορθολογικότερη ανακατανομή των σπάνιων οικονομικών πόρων μεταξύ των προγραμμάτων. (Birch, Chambers, 1993, Cochrane et al., 1991, Segal, Richardson, 1994)

#### *1.2.8 Οδηγίες Βέλτιστων Πρακτικών (best practice guidelines)*

Οι οδηγίες βέλτιστων πρακτικών έχουν στόχο την ανάδειξη και ευρύτερη υιοθέτηση χρησιμοποιούμενων μεθόδων, οι οποίες θα είναι κλινικώς βέλτιστες. Στηρίζονται σε εμπειρικά ευρήματα που αφορούν στην κλινική αποτελεσματικότητα εναλλακτικών τρόπων ιατρικής φροντίδας. Αναμφισβήτητα, ασκούν μία μεγάλη επίδραση στις θεραπευτικές αγωγές και επομένως στον καθορισμό κονδυλίων μεταξύ

εναλλακτικών χρήσεων. Η ιατρική αυτή προσέγγιση στρέφεται μόνο στην πλευρά του αποτελέσματος των ιατρικών πράξεων, αγνοώντας τελείως την έννοια του κόστους ευκαιρίας. Συνεπώς, επηρεάζει και ευθύνεται για την επίτευξη ή μη της αποδοτικότητας κατανομής. (Maynard, Bloor, 1998)

Όλες οι προαναφερθείσες μέθοδοι καθορισμού προτεραιοτήτων έχουν υποστεί σκληρή κριτική ως προς την αποτελεσματικότητα και λειτουργικότητά τους καθώς όλες όπως φαίνεται από την προαναφερθείσα συνοπτική παρουσίαση εμφανίζουν πλεονεκτήματα αλλά και σημαντικά μειονεκτήματα. (Binch, Chambers, 1993, Maynard, Bloor, 1998, Mitton, 2002, Mooney et al., 1992, Wordsworth et al., 1996) Σύμφωνα άλλωστε, με τα αποτελέσματα σχετικής έρευνας, η οποία διεξήχθη στον Καναδά, οι φορείς λήψης αποφάσεων παραδέχονται ότι δεν έχουν εντοπίσει ακόμη τον βέλτιστο εκείνο τρόπο οριοθέτησης προτεραιοτήτων και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας κάθε μεθόδου με βάση τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες εξακολουθεί να παραμένει το κυριότερο ίσως ζητούμενο. Πάντως όλοι οι ερωτώμενοι συμφώνησαν ότι ο ρόλος των πολιτών και λοιπών ενδιαφερομένων στα πλαίσια της αποδοχής των προτεραιοτήτων αποτελεί μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για τον ορθολογικό καθορισμό προτεραιοτήτων. (Madden, 2004)



### **1.3 Αναγκαιότητα Διασφάλισης Κοινωνικής Συναίνεσης και Αποδοχής κατά τον Καθορισμό Προτεραιοτήτων στο Χώρο της Υγείας.**

Οι στρατηγικές για τον προσδιορισμό των αναγκών για υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση ο καθορισμός προτεραιοτήτων δεν μπορούν να εφαρμοστούν χωρίς την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας. Η συμμετοχή της κοινότητας τόσο στον προσδιορισμό των αναγκών υγείας όσο και στην αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή τους. (Σαρρής, 2001) Η ενσωμάτωση των απόψεων των πολιτών μπορεί να αφορά σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων και διασφαλίζει τη διαφάνεια και νομιμότητα των διαδικασιών και των αποφάσεων αυτών, ενώ αποτελεί τη βάση για μια ισότιμη και αποτελεσματική κατανομή των σπάνιων πόρων στον τομέα της υγείας. (Madden 2004, Burazeri et al, 2005, Κολοβός, Σουρτζή, 2007)

#### **1.3.1. Ο Ρόλος των Πολιτών στη Διαδικασία Καθορισμού & Εφαρμογής Προτεραιοτήτων.**

Συχνά, οι αποφάσεις που αφορούν πολιτικές δημόσιας υγείας προκαλούν έντονες αντιδράσεις από τις κοινωνικές εκείνες ομάδες που θεωρούν ότι δεν επωφελούνται από αυτές ή από το σύνολο της κοινωνίας γενικά. Για τον λόγο αυτό οι υπεύθυνοι για την λήψη αποφάσεων βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις έντονων συζητήσεων και αντιπαραθέσεων. Από την μία πλευρά, η επαγγελματική τους κρίση βάσει κοινωνικο-οικονομικών μεθόδων αξιολόγησης επενδύσεων, τους υποδεικνύει ότι μία απόφαση κρίνεται επιβεβλημένη γιατί θα προσφέρει οικονομικά και κοινωνικά οφέλη, ενώ από την άλλη κατανοούν ότι ενδεχομένως αυτή η απόφαση να μην είναι αποδεκτή ή δημοφιλής από το σύνολο της κοινωνίας και τελικά να πυροδοτήσει ποικίλες αντιδράσεις από διάφορους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην απόρριψή της.

Στο σημείο αυτό, επιδιώκοντας ταυτόχρονα την ανάδειξη της σπουδαιότητας της κοινωνικής συναίνεσης αλλά και τις τακτικές που κρίνεται σκόπιμο να εφαρμοστούν προκειμένου να επιτευχθεί αυτή, θα επιχειρηθεί μία σύντομη αναφορά σε εμπειρίες χωρών όπως η Αυστρία και η Ολλανδία, όπου οι προτεραιότητες υγείας όπως αυτές καθορίστηκαν από κρατικούς φορείς αξιολογήθηκαν ως μη δημοφιλείς και έγειραν ποικίλες αντιδράσεις. Βεβαίως, υπό το πρίσμα αυτών των εμπειριών μπορούν να

εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα σχετικά με τις τακτικές που πρέπει να υιοθετούνται για την ομαλή εφαρμογή μη δημοφιλών αποφάσεων.

Ως παραδείγματα μη δημοφιλών αποφάσεων επελέγη η παρουσίαση της προτεραιότητας που έλαβαν η Αυστρία και η Ολλανδία για τη μείωση των νοσοκομειακών δομών και την έμφαση σε εξωνοσοκομειακές δομές, για τον απλό λόγο ότι αποτελεί πράγματι μία πρόκληση για πολλά συστήματα υγείας, όπως και το Ελληνικό, όπου ο νοσοκομειακός τομέας έχει διογκωθεί σε μεγάλο βαθμό χωρίς να συνεισφέρει τα αντίστοιχα οφέλη στην κοινωνία. (Σούλης, 1999)

Συγκριμένα, στην Αυστρία μεταξύ των ετών 1994 και 2003 έκλεισαν 10 νοσοκομεία και ο συνολικός αριθμός κλινών μειώθηκε κατά 6.000. Οι δύο βασικές τακτικές που εφάρμοσαν ήταν είτε η συγχώνευση μικρών νοσοκομείων σε ένα μεγάλο είτε το κλείσιμο κάποιων εξ αυτών και η αντικατάστασή τους με εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Οι κυριότεροι λόγοι αυτών των αποφάσεων ήταν η εξασφάλιση ποιότητας φροντίδων υγείας διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την οικονομική αποδοτικότητα τους. Μία σημαντική προσπάθεια που έγινε ήταν η αντικατάσταση ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών που παρέχονταν σε ηλικιωμένους με αντίστοιχες εξωνοσοκομειακές. Η δημογραφική κατάσταση του διαρκώς γηράσκοντος πληθυσμού ήταν βασική παράμετρος η οποία ώθησε τους φορείς λήψης αποφάσεων να μεταφέρουν τις υπηρεσίες γεωγραφικά κοντά σε αυτούς. Για τον λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμη η αντικατάσταση των ενδονοσοκομειακών παροχών με κινητές εξωνοσοκομειακές μονάδες. Η απόφαση δικαιολογήθηκε από τα πλεονεκτήματα της αυξημένης προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας από τα ηλικιωμένα άτομα και φυσικά από την επιθυμία να χρησιμοποιηθούν οι πόροι πιο αποδοτικά. (WHO, 2004)

Αντίστοιχη ήταν και προσπάθεια της Ολλανδίας, όπου από το 1974, η νομοθεσία επέτρεπε το κλείσιμο των νοσοκομείων βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων, όμως αυτό δεν εφαρμόστηκε στην πράξη παρά μόνον αρκετά χρόνια μετά την υιοθέτηση του νόμου. Η στρατηγική που κυρίως, εφαρμοζόταν ήταν η συγχώνευση νοσοκομείων σε μεγαλύτερες μονάδες. Αυτή η πρακτική βεβαίως, αντιμετωπίστηκε αρνητικά από την κοινωνία με την εκδήλωση κάποιων αντιδράσεων οι οποίες ήταν σαφώς λιγότερες από ότι θα συνέβαινε από την πλήρη κατάργηση της λειτουργίας κάποιων νοσοκομείων. Στην Ολλανδία η αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής δομής επήλθε ως αποτέλεσμα της ύπαρξης νοσοκομείων με μειωμένη αποτελεσματικότητα, χαμηλή παραγωγικότητα, ελλείψεις προσωπικού και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών που

παρατηρούνταν σε κάποια από τα νοσοκομεία. Όμως, ένας ακόμα λόγος για το κλείσιμο νοσοκομείων εστιαζόταν σε καθαρά γενικές αποφάσεις σχεδιασμού των υπηρεσιών και σε αυτές τις περιπτώσεις υπήρχε συνήθως μία χρονοβόρα διαδικασία προετοιμασίας της κοινωνίας.

Τόσο στην περίπτωση της Αυστρίας όσο και της Ολλανδίας οι έντονες αντιστάσεις που παρουσιάστηκαν από την κοινωνία συνίσταντο κύρια: α) στην ανάπτυξη αισθήματος ανασφάλειας από τους χρήστες των νοσοκομείων, οι οποίοι απαιτούσαν κάποια εγγύηση ότι το νέο σύστημα θα λειτουργούσε σωστά, β) στην ανάπτυξη αισθήματος ανασφάλειας από τους εργαζομένους στο χώρο των νοσοκομείων, οι οποίοι φοβόντουσαν ότι θα χάσουν τη δουλειά τους ή/και θα χρειαστεί να ειδικευθούν εκ νέου, γ) στην απροθυμία των τοπικών αρχών, οι οποίες θεωρούσαν ότι σε κάθε περίπτωση τα νοσοκομεία ήταν ένας βασικός οικονομικός πόρος για την ανάπτυξη της κάθε περιοχής, δ) στην έλλειψη ενημέρωσης των πολιτών για τα οφέλη της απόφασης, οι οποίοι ενημερώθηκαν κατά τη φάση της εφαρμογής της αλλά και ε) στον φόβο αύξησης των κοινωνικών διακρίσεων από την διατήρηση νοσοκομείων μόνο σε ανεπτυγμένες περιοχές. (WHO, 2004)

Η εμπειρία που αποκομίστηκε τόσο από το παράδειγμα της Αυστρίας όσο και της Ολλανδίας όμως ήταν σημαντική διότι ανέδειξε: (WHO, 2004)

- Την αναγκαιότητα να ακολουθείται μία ολοκληρωμένη διαδικασία κατά τη λήψη αποφάσεων, δηλαδή να εντοπίζεται η ύπαρξη πιθανού προβλήματος, να αναλύεται αυτό εστιάζοντας στην ποιότητα των υπηρεσιών της υπάρχουσας νοσοκομειακής δομής, εν συνεχεία να προτείνεται η πορεία που θα πρέπει να ακολουθηθεί στο μέλλον και μόνο κατόπιν αυτού να εισάγεται η εφαρμογή μίας νέας δομής.
- Την σπουδαιότητα της σωστής προετοιμασίας διάδοσης του μηνύματος-απόφασης στην κοινωνία, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους εμπλεκόμενους όπως ασθενείς, προσωπικό, τοπικές αρχές και φυσικά τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- Τον καθοριστικό ρόλο της ποιότητας του μηνύματος, το οποίο θα πρέπει να είναι κατανοητό και ουσιαστικό, καθώς είναι το βασικό στοιχείο που θα επηρεάσει τους πολίτες να αποδεχθούν μη δημοφιλείς αποφάσεις. Επιπλέον, ο τρόπος διατύπωσης αυτού θα πρέπει να μην είναι αρνητικός δηλαδή στην προκειμένη

περίπτωση θα πρέπει οριστεί η απόφαση ως «αναμόρφωση της νοσοκομειακής δομής» και όχι «κλείσιμο» των νοσοκομείων.

- Τέλος, την αναγκαιότητα ύπαρξης δέσμευσης από τους φορείς λήψης της απόφασης, οι οποίοι θα πρέπει να δείξουν ότι αποβλέπουν όχι μόνο σε ένα πρόσκαιρο όφελος αλλά ότι θα αποτιμούν την αποτελεσματικότητα των αποφάσεών τους διαρκώς, ελέγχοντας την αποτελεσματικότητα λειτουργίας της νέας απόφασης και προσαρμόζοντάς την αναλόγως προς όφελος της κοινωνίας.

#### 1.4 Διλήματα Ηθικής και Ατομικού Συμφέροντος κατά τον Καθορισμό Προτεραιοτήτων

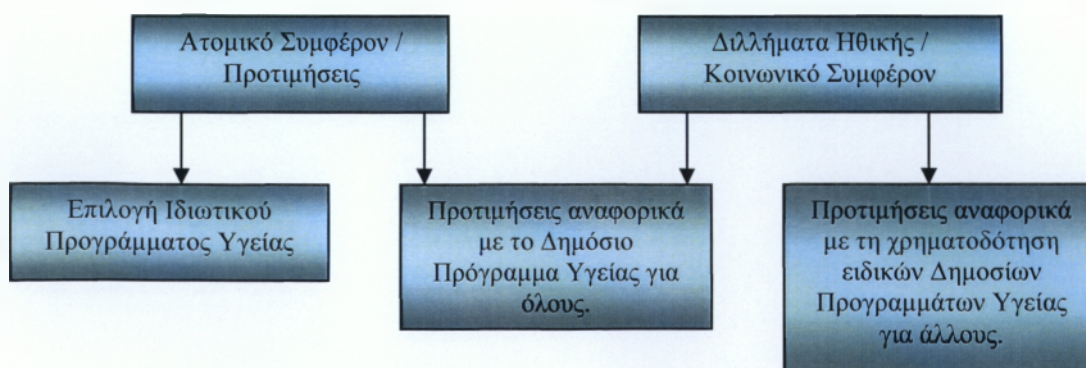
Κατά τη διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων στον ευαίσθητο χώρο της υγείας είναι καθοριστικής σημασίας η ύπαρξη κοινωνικής συναίνεσης για τον λόγο αυτό θα εξεταστούν στη συνέχεια οι παράμετροι εκείνες που επηρεάζουν τις επιλογές και τις προτιμήσεις των πολιτών αλλά και τα διλήματα ηθικής που ανακύπτουν από αυτές.

##### 1.4.1 Διαφοροποίηση Ατομικού και Κοινωνικού Συμφέροντος μεταξύ Δημοσίων και Ιδιωτικών Συστημάτων Υγείας

Σε διαφορετικά πλαίσια αποφάσεων όπως μεταξύ Δημοσίων και Ιδιωτικών συστημάτων υγείας οι πολίτες δύνανται να διαφοροποιήσουν τις προτεραιότητες τους με γνώμονα το κοινωνικό ή το ατομικό τους συμφέρον, όπως παρουσιάζεται στο σχήμα 1.1.

ΣΧΗΜΑ 1.1:

*Διλήματα Ηθικής και Ατομικού Συμφέροντος σε Διαφορετικά Πλαίσια Αποφάσεων*



Πηγή: Nord E.(2003), "Ανάλυση Κόστους-Αξίας στη Φροντίδα Υγείας. Η Κατανόηση των QUALY", εκδ. Mediforce, Αθήνα, σελ.34

Στην περίπτωση κατά την οποία τα διοικητικά στελέχη ενός συστήματος υγείας αποφασίζουν να διεξάγουν έρευνα για να διαπιστώσουν τις προτιμήσεις των πολιτών σχετικά με τον τρόπο κατανομής των πόρων μεταξύ συγκεκριμένων προγραμμάτων θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους δύο διαφορετικές περιπτώσεις. Η πρώτη αφορά την περίπτωση καθορισμού προτεραιοτήτων σε ένα δημόσιο εθνικό σύστημα υγείας ενώ η δεύτερη σε ένα ιδιωτικό σύστημα στο οποίο κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση.

Στην πρώτη περίπτωση αν θεωρήσουμε ότι για τη βοήθεια φορέων λήψης απόφασης ερωτηθεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού για το πώς θα πρέπει να κατανεμηθεί ο δημόσιος προϋπολογισμός και τα περισσότερα άτομα του δείγματος ενδεχομένως να μην παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, θεωρείται ότι μπορεί να προβούν σε αντικειμενικές κρίσεις αφού δεν θα ωφεληθούν άμεσα από τις δαπάνες, οποιαδήποτε και αν είναι η απόφαση κατανομής των κονδυλίων. Συνεπώς θα απαντήσουν με γνώμονα αυτό που νομίζουν ότι είναι επαρκής και ταυτόχρονα δίκαιος τρόπος κατανομής των πόρων σε υπηρεσίες που πιστεύουν ότι οι συνάνθρωποί τους έχουν ανάγκη. Εδώ λοιπόν οι αποφάσεις των ατόμων γίνονται περισσότερο με γνώμονά το κοινωνικό όφελος υπό την προοπτική του ενδιαφέροντος προς τρίτους, υπολογίζοντας ελάχιστα έως καθόλου το κόστος που απαιτείται. Αυτό συμβαίνει, διότι αυτές οι δαπάνες δεν μετακυλίσονται στους ίδιους άμεσα και εξ' ολοκλήρου, με αποτέλεσμα να μην γίνεται εν τέλει κατανοητό από τους περισσότερους πότε μια υπηρεσία υγείας είναι ασύμφορη και πότε όχι. (Murray, Frenk 2000).

Αντίθετα, στην περίπτωση ενός ιδιωτικού συστήματος όπου τα άτομα που ερωτώνται για τις προτιμήσεις τους θεωρείται ότι θα αξιολογήσουν πιο εκτεταμένα τις επιλογές τους ιδιαίτεως αν νοσούν ή γνωρίζουν ότι είναι πολύ πιθανό να νοσήσουν (π.χ. λόγω κληρονομικότητας ή λόγω ηλικίας). Έτσι, θεωρείται ότι αν κλιθούν να αποφασίσουν μεταξύ εναλλακτικών υπηρεσιών υγείας για το ποιες να προκριθούν και ποιες να αποκλειστούν τα αποτελέσματα πιθανόν να διαφοροποιούνται σημαντικά και τα άτομα θα απαντήσουν με γνώμονα το ατομικό τους βραχυπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο συμφέρον. Το προσωπικό αυτό συμφέρον μπορεί να έχει δύο πτυχές. Κάποια μέλη είναι σε θέση να γνωρίζουν όπως είπαμε τα ατομικά τους προβλήματα και ως εκ τούτου να εκφράσουν έντονη προτίμηση για την πρόκριση υπηρεσιών που αφορούν αυτά. Ωστόσο, τα περισσότερα άτομα έχουν περιορισμένη γνώση σχετικά με τις προσωπικές μελλοντικές ανάγκες υγείας τους. Ευρισκόμενο λοιπόν το άτομο «πίσω από το πέπλο της άγνοιας» όταν ερωτάται αν θα

πρέπει να προηγηθεί η υπηρεσία Χ έναντι της υπηρεσίας Ψ στην κατανομή των πόρων υγείας, θα πρέπει να αναλογιστεί ποια θεωρεί ποιο σημαντική σε περίπτωση που τη χρειαστεί έναντι της άλλης. Κατά αυτή την έννοια είναι δυνατόν να οριστεί η προοπτική του ατομικού συμφέροντος. (Nord, 2003)

Η προοπτική του ατομικού συμφέροντος παρότι κάνει έντονη την εμφάνιση της σε ιδιωτικά συστήματα υγείας δεν σημαίνει ότι απουσιάζει τελείως από τα συστήματα δημοσίου χαρακτήρα. Ένα δημόσιο σύστημα λαμβάνει αποφάσεις που καθορίζουν τη μακροπρόθεσμη προσφορά διαφορετικών υπηρεσιών που θεωρούνται χαμηλότερου οφέλους αναφορικά με το κόστος τους. Παρόμοιες αποφάσεις μπορεί να αφορούν τον καθ' ένα κάποια στιγμή της ζωής του. Η προοπτική του ατομικού συμφέροντος πίσω από το πέπλο της άγνοιας παράλληλα με την προοπτική του ενδιαφέροντος προς τρίτους σχετίζεται με την τεκμηρίωση αυτών των αποφάσεων. Κατά συνέπεια οι εκτιμήσεις πίσω από το πέπλο της άγνοιας, περικλείουν εκτιμήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τη δικαιοσύνη κατανομής των πόρων δηλαδή του ενδιαφέροντος προς τρίτους. Επιπλέον όταν λαμβάνονται αποφάσεις στην καθημερινή ζωή κανείς δεν βρίσκεται πίσω από το πέπλο της άγνοιας γιατί τα άτομα επηρεάζονται από συναισθήματα που προέρχονται από τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των επιλογών που παρουσιάζονται ως προς την κατανομή (π.χ. η εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου). Έτσι, δεν θα πρέπει να αναμένουμε αυτές οι προτιμήσεις που επηρεάζονται από τέτοιου είδους συναισθήματα να συμπίπτουν εξ ολοκλήρου με εκείνες τις αποφάσεις που λαμβάνονται πίσω από το πέπλο της άγνοιας χωρίς άγχος και πέσεις. (Menzel, 1990)

Δεν είναι λοιπόν λίγοι εκείνοι που πιστεύουν ότι αυτά τα συναισθήματα είναι παράγοντες αλλοίωσης των προτιμήσεων των πολιτών και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ελαχιστοποιούνται. Για να επιτευχθεί αυτό ένας τρόπος είναι η εκ των προτέρων δέσμευση των μελών δηλαδή συγκατάβαση των ατόμων για αυστηρή εμμονή στις αξίες που καθορίστηκαν πίσω από το πέπλο της άγνοιας και με αυτό τον τρόπο θεωρητικά αναμένεται ότι τα άτομα θα είναι πιο προετοιμασμένα για τον έλεγχο των συναισθημάτων τους. Όμως αυτό, είναι ένα θεωρητικό επιχείρημα και σε πραγματικές καταστάσεις υπάρχει μικρή πιθανότητα για την εκ των προτέρων δέσμευση των ατόμων, να αποδεχθούν αποφάσεις σχετικά με την κατανομή των πόρων οι οποίες, κατά τη λήψη της απόφασης θεωρούνται άδικες από συναισθηματικής απόψεως. (Jonson, 1986)

Τα δημόσια προγράμματα υγείας πρέπει και μπορούν να λαμβάνουν υπόψη τους όχι μόνο την αξία που εμφανίζεται μέσα από την μακροπρόθεσμη προοπτική του ατομικού συμφέροντος, «πίσω από το πέπλο της άγνοιας» αλλά και του μελήματος της δικαιοσύνης όπως αυτό εκφράζεται στην προοπτική του ενδιαφέροντος προς τρίτους «μπροστά από το πέπλο της άγνοιας». Επιπλέον, σύμφωνα με τα ανωτέρω μπορούμε να εξάγουμε το συμπέρασμα ότι σε περιπτώσεις δημοσίων συστημάτων η άποψη του κοινού επειδή επηρεάζεται λιγότερο από το ατομικό συμφέρον μπορούν να ταυτίζονται με τις αποφάσεις που λαμβάνονται σε κρατικό επίπεδο βάσει οικονομικής αξιολόγησης, η οποία όπως έχει ήδη προαναφερθεί αποσκοπεί στην διασφάλιση της κοινωνικής ευημερίας. (Nord, 2003)

#### *1.4.2 Μεροληπτικές Στάσεις έναντι Ατόμων Τρίτης Ηλικίας*

Η ηλικία των ατόμων για τα οποία προορίζονται οι υπηρεσίες υγείας έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα βασικό κριτήριο, μεταξύ άλλων, το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά των καθορισμό προτεραιοτήτων στο χώρο της υγείας.

Συχνά, έρευνες κοινής γνώμης ως προς τον καθορισμό προτεραιοτήτων, δείχνουν ότι αν τα άτομα κληθούν να ιεραρχήσουν προτεραιότητες σε αυστηρά πλαίσια, η πλειοψηφία αυτών δίνει προτεραιότητα στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε νέους ανθρώπους έναντι των γηραιότερων. Επιπλέον, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι συναφείς είναι και οι αποφάσεις των φορέων λήψης αποφάσεων κατά την αξιολόγηση επενδυτικών προγραμμάτων. Αυτή η διαπίστωση δεν σημαίνει βεβαίως, ότι δεν υπάρχει πρόβλεψη για παροχή υπηρεσιών σε άτομα της τρίτης ηλικίας, αλλά σε περίπτωση κατανομής περιορισμένων πόρων μεταξύ άλλων εναλλακτικών αναγκών και κατ' επέκταση υπηρεσιών, λαμβάνει μία από τις χαμηλότερες θέσεις. Παράλληλα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι και στις περιπτώσεις γηραιότερων ανθρώπων, οι οποίοι κλήθηκαν να καθορίσουν προτεραιότητες, διαπιστώνεται ότι οι απόψεις συμπίπτουν. Δηλαδή, ακόμη και τα άτομα τρίτης ηλικίας δίνουν προτεραιότητα σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε νεότερους παρά σε αυτούς τους ίδιους. (Bowling, 1996, Centre of Research and Ethics, 2004)

Σύμφωνα με τα ανωτέρω παρατηρείται, γενικότερα, μία μεροληπτική στάση απέναντι σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα τρίτης ηλικίας και ως εκ του είναι

σκόπιμο να εξετασθούν οι λόγοι που διαμορφώνουν και ίσως δικαιολογούν μία τέτοια στάση.

Από μία καθαρά ιατρική σκοπιά, καθώς οι άνθρωποι περνούν στην αποκαλούμενη τρίτη ηλικία οι δυνατότητες ανάρρωσης μειώνονται. Έτσι βιώνουν δυσάρεστες συνθήκες χρόνιων αθεράπευτων ασθενειών. Κάποιες από αυτές είναι απλά μία «ασήμαντη» ενόχληση και προσπαθούν να προσαρμοστούν όσο το δυνατόν περισσότερο ακόμη και αν αυτή η προσαρμογή σημαίνει ανεκτικότητα. Άλλες, είναι πιο σοβαρές περιλαμβάνοντας σοβαρή ανικανότητα και διαρκή πόνο και μπορεί τελικά να αποβούν απειλητικές για τη ζωή τους. Επιπλέον, κινδυνεύουν από απροσδόκητες καταστάσεις όπως γρίπη ή πνευμονία που είναι πιο σοβαρές απειλές για τους γηραιότερους παρά για τους νεότερους ανθρώπους. Επιπλέον, έχουν μεγαλύτερη δυσκολία ανάρρωσης από τραύματα (όπως από απλές πτώσεις) ή επεμβάσεις ακόμη και ρουτίνας. Αν σε όλα τα προαναφερθέντα προστεθεί και το γεγονός ότι η αυξημένη πιθανότητα για ασθένειες επιφέρει στα άτομα τρίτης ηλικίας αναστάτωση αλλά και την ανάγκη για αποκατάσταση και κοινωνική υποστήριξη από ότι θα χρειάζονταν νεότεροι άνθρωποι, τότε γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί οι δαπάνες υγείας ανά άτομα αυξάνονται ραγδαία περίπου μετά τα 65 έτη. (Centre of Research and Ethics, Report from symposium on "Just Health Care", 2004)

Τη σημερινή εποχή, όπου οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, τα άτομα άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού συγκριτικά με το παρελθόν. Από τη σκοπιά ενός συστήματος υγείας που βιώνει αυτή την πραγματικότητα, δεν θα υπήρχε πρόβλημα αν τα πρόσθετα χρόνια ζωής ήταν γενικά υγιή χρόνια και δεν αυξάνονταν οι καταστάσεις ανικανότητας, πόνου ή εξάρτησης από άλλους. Βεβαίως, υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων που παραμένουν «υγιείς» και ανεξάρτητοι μέχρι την ηλικία των ογδόντα ετών ή και περισσότερο, ενώ άλλοι από τα την ηλικία των εξήντα ετών και μετά βιώνουν όλες τις παθολογικές εκείνες καταστάσεις όπως καρδιακές παθήσεις, αρθρίτιδες και άλλες ασθένειες που συνάδουν με το προχωρημένο της ηλικίας τους. Δεν είναι ξεκάθαρο, αν η κατάσταση της υγείας των ατόμων χειροτερεύει χρόνο με το χρόνο ή αν η ποιότητα ζωής αυξάνεται και μειώνονται οι δυσλειτουργίες που θεωρούνται αναπόφευκτες καθώς οι άνθρωποι γερνούν. Αυτό όμως, δε σημαίνει ότι επειδή οι καταστάσεις αυτές δεν είναι πλήρους ίασης δεν μπορούν να μειωθούν οι αρνητικές τους επιπτώσεις, με την κατάλληλη



θεραπευτική αγωγή. Επομένως, κάπου εδώ, προκύπτει το θέμα αποτίμησης των ωφελειών που είναι σε θέση να αποκομίσουν οι γηραιότεροι άνθρωποι συγκριτικά με τους νεότερους.

Θεωρώντας ότι ένα δημόσιο σύστημα υγείας έχει ως σκοπό τη βελτίωση, όσο το δυνατόν περισσότερο, της υγείας των πολιτών του κράτους στα πλαίσια των περιορισμένων πόρων, κατά συνέπεια οι υπηρεσίες στις οποίες θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα, είναι οι υπηρεσίες υγείας που επιφέρουν τα μεγαλύτερα οφέλη συγκριτικά με το κόστος δηλαδή με τους πόρους που διατίθενται. Σε κάποιες περιπτώσεις οι γηραιότεροι είναι δυνατόν να ωφεληθούν περισσότερο από ότι οι νεότεροι, αλλά για θεραπείες οι οποίες επιφέρουν οφέλη που διαρκούν για ολόκληρη τη διάρκεια ζωής των ατόμων, οι νεότεροι θα ωφεληθούν περισσότερο, γιατί το προσδόκιμο ζωής ενός νέου ατόμου, που θα υποβληθεί σε μία θεραπεία είναι γενικά υψηλότερο από ότι ενός γηραιότερου. Ακόμη και για τους γηραιότερους το προσδόκιμο επιβίωσης ατόμων 70 ετών έχει αποδειχθεί ότι είναι συνήθως υψηλότερο από αυτό των ατόμων που είναι 80 ετών. Κατά συνέπεια, ο στόχος της βελτίωσης της υγείας των πολιτών ενός κράτους είναι πολύ πιθανό, σε κάποιες περιπτώσεις, να κρατήσει μία μεροληπτική στάση έναντι των γηραιότερων ατόμων. Εδώ όμως, θα πρέπει να αναρωτηθούμε αν είναι ηθικά αποδεκτή μία τέτοια στάση για ένα κράτος ίσων δικαιωμάτων. (Williams, 1997)

Αν θεωρηθεί ηθικά άδικη η μεροληψία εις βάρος των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς την κατανομή των πόρων για υπηρεσίες που τους αφορούν, θα πρέπει σε όρους κοινωνικής δικαιοσύνης να θεωρηθεί ακόμη πιο άδικη η αντίθετη εκδοχή. Δηλαδή, αν οι νεότεροι στερούνταν υπηρεσίες από τις οποίες θα απολάμβαναν περισσότερα οφέλη προκειμένου οι γηραιότεροι να αποκομίσουν μικρότερα οφέλη, η θυσία αυτή μπορεί να θεωρηθεί, τόσο από κοινωνικής όσο και από οικονομικής απόψεως, πρακτικά ασύμφορη. Μία άποψη που θα μπορούσε να αντικρούσει αυτή την αντίληψη είναι ότι οι γηραιότεροι άνθρωποι πλήρωναν σε όλη τη ζωή τους φόρους και εισφορές για να τους προσφερθούν υπηρεσίες υγείας και τη στιγμή της ζωής τους που τις έχουν περισσότερο ανάγκη τις στερούνται. Στον αντίλογο μπορεί να προστεθεί και η άποψη ότι όσο τα χρόνια ζωής μειώνονται, το κάθε ένα από αυτά αποκτά μεγαλύτερη αξία για τα ηλικιωμένα άτομα. Ως συνέπεια αυτής της αντίληψης θεωρείται ότι τα γηραιότερα άτομα αξιολογούν τις μικρές βελτιώσεις της υγείας τους περισσότερο από ότι οι νεότεροι άνθρωποι αξιολογούν τις συγκριτικά

μεγαλύτερες βελτιώσεις από την παροχή αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τον σημαντικό προβληματισμό ως προς το ποιών ομάδων τα οφέλη πρέπει να αξιολογηθούν περισσότερο, όμως στα πλαίσια μίας κοινωνίας τα οφέλη μίας συγκεκριμένης ομάδας δεν μπορούν να υπερισχύσουν των συνολικών ωφελειών της κοινωνίας. (Williams, 1997)

Συμπερασματικά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ηλικία των ατόμων στα οποία απευθύνονται οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζει τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων από δύο πλευρές. Πρώτον, επηρεάζει την ικανότητα των ατόμων να ωφεληθούν και επομένως τους θέτει γενικά μειονεκτική θέση αν ο στόχος είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους στην υγεία. Δεύτερον, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ατόμων τόσο πιο πιθανό είναι να θεωρηθεί ότι έχουν λάβει αυτό που ονομάζεται «δικαιοσύνη κατά τη διάρκεια του βίου» (fair innings) και αυτό θα θέσει τα γηραιότερα άτομα σε μειονεκτική θέση αν ο σκοπός είναι η ελαχιστοποίηση των διαφορών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Πράγματι, αν προχωρήσουμε λίγο περισσότερο θα διαπιστώσουμε ότι είναι ίσης ωφέλειας για την κοινωνία η παροχή μικρών ωφελειών σε ένα νέο άτομο ακόμη και αν αυτό μεταφράζεται στην μείωση των παροχών για ένα άτομο προχωρημένης ηλικίας που θα απολάμβανε μεγαλύτερη ωφέλεια, δεδομένου ότι το νεότερο άτομο στην παρούσα φάση της ζωής του δεν θα του δοθεί ποτέ η δυνατότητα να επιτευχθεί «δικαιοσύνη κατά τη διάρκεια του βίου». Η διαπίστωση αυτή δεν σημαίνει σε κάθε περίπτωση ότι τα οφέλη για τους νέους ανθρώπους λαμβάνουν την απόλυτη προτεραιότητα σε σχέση με τα οφέλη των γηραιότερων αλλά ότι γενικά δίνεται περισσότερο βάρος στους πρώτους παρά στους δεύτερους. Η εναλλακτική, ίσως, να μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μη συμφέρουσα αν περιμέναμε από τους νέους ανθρώπους να θυσιάσουν περισσότερα οφέλη για να απολαμβάνουν οι γηραιότεροι συγκριτικά μικρότερα. (Williams, 1997)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 2<sup>ο</sup>

### ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΡΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Οικονομική Κρίση Υγειονομικών Συστημάτων Διεθνώς & Αναθεώρηση Προτεραιοτήτων

Τα τελευταία τριάντα χρόνια, όλες οι χώρες του δυτικού κόσμου οι οποίες επιχείρησαν την ανάπτυξη και διεύρυνση των συστημάτων υγείας τους, ήρθαν προοδευτικά αντιμέτωπες με μία ραγδαία αύξηση στις συνολικές δαπάνες υγείας. Σύμφωνα δε, με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ όλες σχεδόν οι χώρες (ιδίως η Αυστραλία, η Αυστρία, το Βέλγιο, ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ) σχεδόν διπλασίασαν τις συνολικές δαπάνες υγείας από 1960 στο 2003, αν λάβουμε υπόψη ότι ο μέσος όρος του ποσοστού δαπανών υγείας που δαπανούσαν οι χώρες το 1960 ήταν περί το 3,9% ενώ το 2003 ο μέσος όρος του ποσοστού αυτό έφτασε το 8,8% (βλ. Πίνακα 2.1). Έτσι, αν ταυτόχρονα συνυπολογιστεί και το γεγονός ότι η αύξηση αυτή, τη περίοδο 1960-80, ήταν περίπου τριπλάσια σε σχέση με εκείνη του ΑΕΠ, γίνεται αντιληπτή η δοκιμασία που υπέστησαν και εξακολουθούν να υφίστανται οι οικονομίες των ανεπτυγμένων κυρίως χωρών. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1:

*Οι Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ σε Επιλεγμένες Χώρες του ΟΟΣΑ*

Οι Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ σε Επιλεγμένες Χώρες του ΟΟΣΑ						
ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2003*
Αυστραλία	4,1	4,6	7	7,8	9	9,3
Αυστρία	4,3	5,1	7,4	7	7,6	7,6
Βέλγιο	3,4	4	6,4	7,4	8,7	9,6
Καναδάς	5,4	7	7,1	9	8,9	9,9
Δανία	3,6	8	9,1	8,5	8,4	9
Φιλανδία	3,8	5,6	6,4	7,8	6,7	7,4
Γαλλία	3,8	5,4	7,1	8,6	9,3	10,1
Γερμανία	4,8	6,2	8,7	8,5	10,6	11,1
Ελλάδα		6,1	6,6	7,4	9,9	9,9
Ουγγαρία				7,1	7,1	7,8
Ισλανδία	3	4,7	6,2	8	9,3	10,5

Ιρλανδία	3,7	5,1	8,4	6,1	6,3	7,3
Ιταλία				7,9	8,1	8,4
Ιαπωνία	3	4,5	6,5	5,9	7,6	7,9
Κορέα			4,2	4,5	4,7	5,6
Λουξεμβούργο		3,6	5,9	6,1	5,5	6,1
Μεξικό				4,8	5,6	6,2
Ολλανδία		6,9	7,5	8	8,3	9,8
Νέα Ζηλανδία	4,3	5,1	5,9	6,9	7,8	8,1
Νορβηγία	2,9	4,4	7	7,7	7,7	10,3
Πολωνία				4,9	5,7	6
Πορτογαλία		2,6	5,6	6,2	9,2	9,6
Ισπανία	1,5	3,6	5,4	6,7	7,4	7,7
Σουηδία	4,7	6,9	9,1	8,4	8,4	9,2
Ελβετία	4,9	5,5	7,4	8,3	10,4	11,5
Τουρκία		2,4	3,3	3,6	6,6	6,6
Ηνωμένο Βασίλειο	3,9	4,5	5,6	6	7,3	7,7
ΗΠΑ	5	6,9	8,7	11,9	13,1	15
Μ.Ο.	3,9	5,2	6,8	7,2	8,0	8,8

2003\*: Το έτος 2003 ή το πρόσφατο έτος

Πηγή: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

Health Data, Copywriter OECD, 2005

Οι κυριότεροι λόγοι που θεωρούνται ότι συνέβαλαν στην ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες συνίστανται: (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997)

α) στις δημογραφικές εξελίξεις με κύριο χαρακτηριστικό τη γήρανση του πληθυσμού. Αποτελεί πλέον κοινή παραδοχή ότι η υγεία ενός πληθυσμού επηρεάζεται άμεσα από ένα πλήθος παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος, το οποίο ενεργεί με διάφορους τρόπους και διαμορφώνει το υπόδειγμα της νοσηρότητας και θνησιμότητάς του. Είναι χαρακτηριστικό άλλωστε, ότι σύμφωνα με τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (Human Development Index) ως προς το μέγεθος του πληθυσμού, οι χώρες υψηλής ανθρώπινης ανάπτυξης παρουσιάζουν μικρή ποσοστιαία αύξηση του πληθυσμού τους από το 1975 στο 2002 της τάξεως του 23,72% και ακόμη μικρότερη από το 2002 στο 2015 κατά 6,83 %. Ενώ ως προς τον ρυθμό ετήσιας αύξησης του πληθυσμού, οι χώρες υψηλής ανθρώπινης ανάπτυξης παρουσιάζουν κατά Μ.Ο.1,12 για την περίοδο 1975-2002, ενώ για την περίοδο 2002-

2015 αναμένεται πτώση στο 0,50. Αναφορικά με τον πληθυσμό ατόμων κάτω των 15 ετών, ως ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού οι χώρες υψηλής ανθρώπινης ανάπτυξης παρουσιάζουν ένα ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό που αντιστοιχεί κατά Μ.Ο. σε 20,52 % για το έτος 2002, ενώ για το έτος 2015 αναμένεται περαιτέρω μείωση φτάνοντας το 17,41 % (ποσοστιαία μείωση 15,15 %). Σύμφωνα τώρα, με τον δείκτη συνολικής γονιμότητας, οι χώρες υψηλής ανθρώπινης ανάπτυξης παρουσιάζουν από τους χαμηλότερους δείκτες με Μ.Ο. 2,97 για την περίοδο 1970-1975, ενώ για την περίοδο 2000-2015 αναμένεται ακόμη μεγαλύτερη μείωση του δείκτη στο 1,76. (UNDP, Human Development Report, 2004)

β) σε επιδημιολογικούς παράγοντες με τις καρδιοπάθειες, τα νεοπλάσματα, τις ψυχικές νόσους, τα ατυχήματα, τις αναπηρίες και το AIDS να υπερισχύουν,

γ) σε οικονομικούς παράγοντες, δεδομένου ότι αυξήθηκε το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών και διευρύνθηκε η κοινωνική ασφάλιση,

δ) σε ψυχο-κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες, με βασικότερο την ιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων,

ε) στην αύξηση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και

στ) στις ιδιομορφίες τις αγορές υπηρεσιών υγείας με χαρακτηριστικό την προκλητή ζήτηση. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997)

Αυτές οι διαπιστώσεις οδήγησαν τις περισσότερες χώρες, τις τελευταίες δύο δεκαετίες, να εντείνουν τις προσπάθειες για την ανεύρεση οικονομικά και κοινωνικά αποδεκτών τρόπων συγκράτησης του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας. Στα πλαίσια λοιπόν, ενός «κυκλώνα» μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων οι χώρες, διεθνώς, έχουν στραφεί στην εφαρμογή μέτρων που απευθύνονται τόσο στη ζήτηση δηλαδή τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας όσο και την προσφορά δηλαδή τους προμηθευτές, ενώ γίνονται διαρθρωτικές αλλαγές για την καλύτερη κατανομή και αξιοποίηση των πόρων υγείας. Σήμερα, πολλές δυτικοευρωπαϊκές χώρες συνεχίζουν να αναθεωρούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψής τους, αναζητώντας εναλλακτικές στρατηγικές, ώστε να μπορούν να χρηματοδοτούν και να παρέχουν πιο

αποτελεσματικές και πιο δίκαιες υπηρεσίες υγείας. Εδώ λοιπόν, αναδεικνύεται η σπουδαιότητα του θέματος ανακατανομής προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων στον χώρο της υγείας. Ως βασική προτεραιότητα αναγνωρίζεται η στροφή από τη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή φροντίδα, που επί δεκαετίες αποτελούσε την βασική προτεραιότητα των συστημάτων διεθνώς, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία αναγνωρίζεται ως το πιο κατάλληλο μέσο για την αντιμετώπιση αυτής της «υγειονομικής κρίσης». (Πολλάλης, 2007)

## **2.2 Μελλοντικές Προοπτικές Κατανομής Πόρων - Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως Βασική Προτεραιότητα των Συστημάτων Υγείας Διεθνώς**

Η βασική αναθεώρηση ως προς τον καθορισμό προτεραιοτήτων, όπως προαναφέρθηκε, ήταν η στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έναντι της δευτεροβάθμιας νοσοκομειακής. Οι κυριότεροι λόγοι που έγειραν αυτή την έντονη αμφισβήτηση της νοσοκομειοκεντρικής ιατρικής ήταν οι ακόλουθοι δύο.

Ο πρώτος λόγος, αναφέρεται στο γεγονός ότι παρά τη διαρκή αύξηση των δαπανών υγείας, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού δε βελτιωνόταν με ανάλογο ρυθμό. Με άλλα λόγια αναγνωρίστηκε ότι η αποτελεσματικότητα της κλινικής ιατρικής έχει πεπερασμένα όρια και αναγνωρίστηκε ο καθοριστικός ρόλος εξωιατρικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας όπως η επίδραση του φυσικού περιβάλλοντος, της διατροφής, του τρόπου ζωής γενικότερα καθώς και των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών. Επιπλέον, αναφορικά με το κόστος της περίθαλψης και πέραν των όσων έχουν ήδη αναφερθεί, θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι η σημαντική γήρανση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο, θεωρήθηκε γεγονός το οποίο αυξάνει τη ζήτηση για ιατρική και κοινωνική φροντίδα, επηρεάζοντας σημαντικά και το νοσολογικό φάσμα. Παράλληλα, οι σύγχρονες και επανεμφανιζόμενες επιδημικές απειλές ξαναφέρνουν στο προσκήνιο τον παραμελημένο τομέα της πρόληψης. Από την άλλη πλευρά, η σύγχρονη εποχή χαρακτηρίζεται από ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, κυρίως στον τομέα της γενετικής αλλά και της διάγνωσης και της θεραπείας, οι οποίες από τη μία συμβάλουν στην αντιμετώπιση της θνησιμότητας και στη μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας, από την άλλη όμως, επηρεάζουν κι αυτές το κόστος της περίθαλψης. (Κωνσταντοπούλου, 2004)

Ο δεύτερος λόγος έγκειται στο γεγονός ότι η νοσοκομειοκεντρική ιατρική αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της αρρώστιας σε καθαρά ατομικό επίπεδο επιδιορθώνοντας της βλάβες του ανθρώπινου οργανισμού αφού αυτές έχουν κάνει την εμφάνισή τους. Η μηχανιστική αυτή αντίληψη θεωρήθηκε ότι απορρίπτει κάθε προβληματισμό προαγωγής υγείας του πληθυσμού. Έτσι, κατέστη σαφές ότι στα πλαίσια του σύγχρονου τρόπου ζωής, η υγεία μίας κοινωνίας δεν μπορεί να προασπισθεί, να διατηρηθεί και να προαχθεί επαρκώς μέσα στα στενά όρια της νοσοκομειακής φροντίδας. Έτσι, η συνειδητοποίηση των ορίων του νοσοκομείου, καθώς και της περιορισμένης αποτελεσματικότητάς του σε πολλές περιπτώσεις, οδηγεί στην παραδοχή ότι, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί και πρέπει να αποτελέσει τον άξονα γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση του ατόμου. (Cochrane, 1971, Freidson, 1970, Lolonde, 1974, McKeown, 1976)

Στα πλαίσια αυτά η απάντηση του ΠΟΥ, την οποία υιοθετούν και τα κράτη που ανήκουν σ' αυτόν, ήταν η στροφή των προτεραιοτήτων προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία φτάνει μέχρι και τις μέρες μας, προκειμένου τα συστήματα υγείας να ανταποκριθούν στα προβλήματα και τις δυνατότητες που συνεπάγεται η νέα πραγματικότητα στο χώρο της υγείας (WHO, 1978, WHO, 1994a, WHO, 1994b, WHO, 1995)

### **2.3 Οι Προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον Τομέα της Υγείας Βάσει της Νέας Στρατηγικής**

Παρά το γεγονός ότι ο τομέας της υγείας αποτελεί κατά κύριο λόγο ευθύνη των κρατών-μελών. Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) συνίσταται στην ανάληψη δράσεων συμπληρωματικών στο έργο των κρατών-μελών, οι οποίες συμβάλουν σημαντικά στον συντονισμό των δράσεων για την εξάλειψη μειζόνων απειλών για την υγεία και προβλημάτων που έχουν διασυνοριακές ή παγκόσμιες επιπτώσεις. (Μούσης, 2000) Στα πλαίσια αυτά κρίνεται σκόπιμη μία σύντομη αναφορά στη νέα στρατηγική της ΕΕ «Μαζί για την Υγεία»<sup>1</sup>, την οποία θα πρέπει να λάβει υπόψη της και η Ελλάδα ως κράτος-μέλος.

---

<sup>1</sup> Το υποκεφάλαιο «Στρατηγική της ΕΕ στον Τομέα της Υγείας» στηρίζεται στην Λευκή Βίβλο της Επιτροπής της 23ης Οκτωβρίου 2007 «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013» (EUROPA, 2008)

Η νέα στρατηγική της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013 έχει ως στόχο την αντιμετώπιση των σύγχρονων προβλημάτων, όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού, οι διασυνοριακές απειλές για την υγεία ή ασθένειες που συνδέονται με τον σύγχρονο ανθυγιεινό τρόπο ζωής. Η στρατηγική αυτή στοχεύει, ως εκ τούτου, μέσω κοινού στρατηγικού πλαισίου, στην ενίσχυση της κοινοτικής συνεργασίας στους τομείς όπου τα κράτη μέλη δεν μπορούν να δράσουν μόνο τους, στην επίτευξη καλύτερης κατανόησης των θεμάτων υγείας σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο και στη διασφάλιση υψηλότερης προτεραιότητας για την υγεία μεταξύ του συνόλου των πολιτικών. Για το σκοπό αυτό, η Λευκή Βίβλος προτείνει τέσσερις αρχές και τρεις στρατηγικούς στόχους για τα επόμενα χρόνια. Οι τέσσερις αρχές τις στρατηγικής αυτής είναι οι ακόλουθες: (EUROPA, 2008)

1<sup>η</sup> Αρχή: Στρατηγική με βάση κοινές αξίες για την υγεία, η οποία αφορά, στη δημιουργία μίας βάσης κοινών αξιών για τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών και οι οποίες αφορούν στις θεμελιώδεις αξίες της καθολικότητας, της πρόσβασης σε ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, της ισοτιμίας και της αλληλεγγύης.

2<sup>η</sup> Αρχή: Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό, η οποία έχει σκοπό να τονίσει το γεγονός ότι η παραγωγικότητα και η οικονομική ευημερία εξαρτώνται άμεσα από την υγεία του πληθυσμού. Αντίθετα, οι δαπάνες που συνδέονται με τα προβλήματα υγείας αποτελούν σημαντική επιβάρυνση για την κοινωνία για τον λόγο αυτό οι δαπάνες υγείας πρέπει συνεπώς να έχουν αρχικά τη μορφή επενδύσεων που θα προσανατολίζονται στην πρόληψη.

3<sup>η</sup> Αρχή: Η υγεία σε όλες τις πολιτικές, η αρχή αυτή τονίζει το γεγονός ότι η πολιτική υγείας, όπως αυτή καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας, δεν είναι η μόνη πολιτική καθοριστικής σημασίας για την υγεία κατά συνέπεια και άλλες πολιτικές (όπως η πολιτική για το περιβάλλον, την έρευνα, η περιφερειακή πολιτική, οι κανονιστικές ρυθμίσεις που διέπουν τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα τρόφιμα, ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης καθώς και η φορολογία στα προϊόντα καπνού) αναγνωρίζονται ως απαραίτητες. Κατά συνέπεια, θεωρείται καθοριστικής σημασίας η διασφάλιση συνεργιών μεταξύ όλων των τομέων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού.



4<sup>η</sup> Αρχή: Ενδυνάμωση της φωνής της ΕΕ όσον αφορά την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. η αρχή αυτή αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο που πρέπει να διαδραματίσει η ΕΕ, αποκτώντας μεγαλύτερη συμμετοχή στα θέματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Δεδομένου δε ότι οι κοινοτικές δράσεις δεν πρέπει να είναι αποκομμένες από τη διεθνή πολιτική, κρίνεται αναγκαία η ενίσχυση του ρόλου της ΕΕ στους κόλπους των διεθνών οργανισμών καθώς και της συνεργασίας με τους εταίρους. Τέλος, πρέπει να διασφαλιστεί η κατάλληλη ενσωμάτωση της υγείας στους μηχανισμούς παροχής εξωτερικής βοήθειας της ΕΕ ενώ πρέπει να εφαρμόζονται οι σχετικές διεθνείς συμφωνίες, κυρίως ο διεθνής υγειονομικός κανονισμός.

Εκτός από τις προαναφερόμενες αρχές, τρεις στρατηγικοί στόχοι καθορίζουν την κοινοτική δράση για την υγεία κατά τα επόμενα χρόνια και οι οποίοι έχουν ιδιαίτερη σημασία, για το αντικείμενο που πραγματεύεται η παρούσα εργασία, διότι έμμεσα θέτουν και τις προτεραιότητες που θα πρέπει να καθορισθούν σε εθνικό επίπεδο. (EUROPA, 2008)

**1<sup>ος</sup> Στόχος: Προαγωγή της καλής υγείας σε μια Ευρώπη που γηράσκει.** Αξιολογώντας τα υπάρχοντα δημογραφικά στοιχεία η διαπίστωση ότι ο ευρωπαϊκός πληθυσμός διαρκώς γηράσκει διοικώντας τη ζήτηση και κατ' επέκταση τα κόστη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, η αύξηση αυτή των δαπανών υγείας θεωρείται ότι μπορεί να μειωθεί κατά το ήμισυ εάν ο πληθυσμός παραμένει υγιής καθώς γηράσκει. Η Επιτροπή θεωρεί σκόπιμο, για τον λόγο αυτό, να προωθήσει τα κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων, του ενεργού πληθυσμού και των παιδιών προκειμένου να ενισχύσει την παραγωγικότητα του πληθυσμού και την υγεία του καθώς γηράσκει. Ενώ καθοριστικής σημασίας αναγνωρίζεται και η λήψη επιπρόσθετων μέτρων που αφορούν στην κατανάλωση καπνού, τη διατροφή, το αλκοόλ και την ψυχική υγεία, ενώ παράλληλα πρόκειται να συνταχθεί οδηγός για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου.

**2<sup>ος</sup> Στόχος: Προστασία των πολιτών από τους κινδύνους για την υγεία.** Η προστασία της υγείας συνιστά υποχρέωση στην ΕΕ. Σε κοινοτικό επίπεδο, η προστασία αυτή προϋποθέτει την επιστημονική αξιολόγηση των κινδύνων, την ετοιμότητα και την ανταπόκριση στις επιδημίες και στη βιοτρομοκρατία, τη βελτίωση της ασφάλειας των εργαζομένων και τη δράση για τη μείωση των ατυχημάτων. Παρ' όλα αυτά όμως, μεταξύ των κρατών μελών και των διεθνών φορέων απαιτείται

κοινοτική συνεργασία και συντονισμός για την καταπολέμηση των πανδημιών, των βιολογικών ατυχημάτων και της βιοτρομοκρατίας. Απαιτείται επίσης εκτίμηση του αντίκτυπου που έχουν οι νέες απειλές, όπως οι κλιματικές αλλαγές στη δημόσια υγεία, καθώς και ενίσχυση των μηχανισμών επιτήρησης και ανταπόκρισης στους κινδύνους για την υγεία.

**3<sup>ος</sup> Στόχος: Προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών.** Οι νέες τεχνολογίες έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την πρόληψη των ασθενειών και να ενισχύσουν την ασφάλεια των ασθενών. Απαιτείται, λοιπόν, ένα κοινοτικό πλαίσιο για ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας καθώς και η ανάπτυξη μέτρων για την υποστήριξη των κρατών μελών και των περιφερειών στη διαχείριση της καινοτομίας στα συστήματα υγείας.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι προκειμένου να υλοποιηθεί η νέα αυτή στρατηγική της ΕΕ θεωρείται καθοριστικής σημασίας η στενή συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και για τον λόγο αυτό η Επιτροπή προτείνει έναν μηχανισμό δομημένης συνεργασίας για την υλοποίηση της στρατηγικής προκειμένου να ενθαρρύνει τη συγκεκριμένη συνεργασία. Όσον αφορά δε, τη χρηματοδότηση για την υλοποίηση της στρατηγικής αυτής, προβλέπεται ότι θα ξεκινήσει από τα μέσα του τρέχοντος δημοσιονομικού πλαισίου, που εκπνέει το 2013. (EUROPA, 2008)

#### **2.4 Υφιστάμενη Ελληνική Πραγματικότητα.**

Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρηθεί η περιγραφή της κατάστασης που επικρατεί στο Ελλάδα ως προς τις προτεραιότητες στην κατανομή των πόρων και διαμόρφωσαν το Ελληνικό ΕΣΥ μέχρι σήμερα. Επίσης, θα παρουσιαστούν και ορισμένες βασικές παράμετροι που επηρεάζουν ή θα επηρεάσουν στο μέλλον τη διαμόρφωση προτεραιοτήτων στο ΕΣΥ, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, η γήρανση του πληθυσμού, οι λόγοι θνησιμότητας αλλά και νοσηρότητας.

##### **2.4.1 Προτεραιότητες στην Κατανομή των Πόρων στο ΕΣΥ**

Όπως προκύπτει από τον στοιχεία του ΟΟΣΑ (βλ. πίνακα 2.1), η Ελλάδα στην περίοδο 1970-1990 φαίνεται να αυξάνει σημαντικά τις δαπάνες για την υγεία, κάτι το οποίο παρατηρείται και σε όλες τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες. Το 2003 οι δαπάνες για την υγεία στη χώρα μας ξεπερνούν το 9,9% του ΑΕΠ, όμως η

κατανομή των πόρων στο σύστημα υγείας θεωρείται ότι ακολούθησε μία μονοσήμαντη πορεία με την πλειοψηφία των δημοσίων δαπανών υγείας να κατευθύνονται προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. (OECD, 2005, Μπέσης, 1993).

Ο τρόπος καθορισμού δε, των προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων αξιολογείται ως ανεπαρκής δεδομένου ότι στηρίζεται σε ιστορικά βασιζόμενους κανόνες αποφάσεων και κατευθύνεται κύρια από τη ζήτηση δηλαδή από την κάλυψη των πιεστικών χρηματοδοτικών αναγκών των μονάδων υγείας, χωρίς να δίνεται έμφαση στο στρατηγικό σχεδιασμό και προγραμματισμό κατανομής των πόρων. (Sissouras, Karokis, Mossialos, 1999)

Η κατανομή λοιπόν των πόρων στο σύστημα υγείας όπως αυτή διαμορφώθηκε στα πλαίσια της απουσίας κριτηρίων χρηματοδότησης, θεωρείται ότι έστρεψε την πλειοψηφία των δημοσίων δαπανών υγείας προς τη νοσοκομειακή φροντίδα, η οποία απορροφούσε περί το 64%, ενώ η πρωτοβάθμια περίθαλψη μόλις το 14% και το υπόλοιπο 22% η φαρμακευτική περίθαλψη. (Μπέσης, 1993) Ως αποτέλεσμα αυτών των επιλογών που έγιναν, είναι το 75% της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να βρίσκεται εκτός ΕΣΥ από ιδιωτικούς φορείς με επακόλουθο οι 4 στους 10 πολίτες πληρώνουν ιδιωτικά για την λήψη αυτών των υπηρεσιών. (Λιαρόπουλος, 2006) Έτσι, διαφαίνεται ότι οι προτεραιότητες του συστήματος υγείας αδυνατούν να καλύψουν απόλυτα στις ανάγκες των ελλήνων πολιτών, αν λάβουμε επιπροσθέτως υπόψη ότι σύμφωνα με την ετήσια έρευνα για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EHCI) για το 2007, η έλλειψη αποτελεσματικότητας και ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, αλλά και γενικότερα από το σύστημα Υγείας, η χώρα μας κατατάσσεται στην 22<sup>η</sup> θέση, μεταξύ 29 χωρών, ως προς την φιλικότητα του συστήματος προς τον καταναλωτή. Σημειώνεται ότι, σε προηγούμενες αντίστοιχες μετρήσεις, η Ελλάδα κατείχε την 17<sup>η</sup> θέση. (Health Consumer Powerhouse, 2007)

Τα κυριότερα προβλήματα που φαίνεται ότι οδήγησαν στην διαμόρφωση της κατάστασης αυτής που αδυνατεί να καλύψει της ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και που θα πρέπει να επιλυθούν αν σκοπός του ΕΣΥ είναι η ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών αλλά και η συνοδοιπορία αυτού με τις κατευθύνσεις των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων που δίνουν προτεραιότητα σε αυτή τη μορφή φροντίδας, μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

1. Υψηλός βαθμός πολυκερματισμού φορέων, με διαφορετικά οργανωτικά και διοικητικά σχήματα, που προσφέρουν υπηρεσίες, χωρίς καμία οργανωτική και κυρίως λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους, με πολλές επικαλύψεις, ενώ παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες τόσο στο σκέλος των εισφορών, όσο και στο σκέλος των παροχών, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα.
2. Σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και αδυναμία ανταπόκρισης στις σύγχρονες απαιτήσεις παροχής της ιατρικής φροντίδας, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών να περιορίζεται σε στοιχειώδεις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και απευθύνονται οι πολίτες σε ιδιωτικούς φορείς. (Σούλης, 1999)
3. Μεγάλες ελλείψεις στη στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων του ΙΚΑ σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. την ύπαρξη πλεονάζοντος ιατρικού δυναμικού αλλά και από την δυσανάλογη κατανομή του ανά ειδικότητα, εμφανίζοντας υπερβολικό κορεσμό σε ειδικότητες όπως χειρουργικής, παθολογίας, γυναικολογίας κ.ά. με σημαντικές όμως ελλείψεις σε ειδικότητες, όπως γενικής ιατρικής, κοινωνικής ιατρικής, γηριατρικής, αποκατάστασης κ.ά.. (Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000) Η ανεπάρκεια των προαναφερθέντων ειδικοτήτων διαφαίνεται έντονα από το γεγονός ότι οι Έλληνες γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής αγγίζουν μόλις το 1,5 % στο σύνολο των γιατρών, όταν σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας οι γενικοί γιατροί φτάνουν το 40-50 % στο σύνολο των γιατρών. Η κατάσταση αυτή έχει ως επακόλουθο την εμφάνιση προβλημάτων που αναφέρονται αφ' ενός μεν στην πρόκληση υπερβάλλουσας ζήτησης, για τις ειδικότητες που παρουσιάζουν κορεσμό σε ιατρικό δυναμικό και αφ' ετέρου στην έλλειψη υποβάθρου για την ανάπτυξη μίας αποτελεσματικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (Λαμπίρης, 1998, Σιγάλας, Πετράκη, 1999)
4. Απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού καθώς και καθιέρωσης ορθολογικού μηχανισμού παραπομπών. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται την αδυναμία του ασθενή να έχει ένα σταθερό σημείο αναφοράς, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η συνέχεια στη φροντίδα και ο ασθενής να οδηγείται σε άσκοπη περιπλάνηση εντός του συστήματος. Με αυτό τον τρόπο προκαλείται πληθωρισμός άσκοπων επισκέψεων και οδηγείται το όλο σύστημα σε αναποτελεσματικότητα. (Θεωδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997)

5. Ανυπαρξία συστήματος αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογραφίας και ιδιαίτερα των παραπομπών, σε ιδιωτικά κυρίως διαγνωστικά κέντρα, κυρίως για εξετάσεις υψηλού κόστους, οδηγεί τα ασφαλιστικά ταμεία σε αδικαιολόγητη επιβάρυνση με μεγάλα ποσά για εξετάσεις και φάρμακα, η σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα των οποίων αρκετά συχνά αμφισβητείται.
6. Χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν και «δεύτερη γνώμη» είτε προσφεύγοντας σε άλλο γιατρό του συστήματος, ή σε ιδιώτες γιατρούς, γεγονός που δημιουργεί πρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος στη πρώτη περίπτωση ή ακυρώνει εν μέρει τον δωρεάν χαρακτήρα της περίθαλψης στη δεύτερη. (Θεωδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997)
7. Σημαντικές ανισότητες και διαφοροποίηση της παρεχόμενης περίθαλψης τόσο στην έκταση όσο και στην ποιότητα των παροχών, ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι διαφοροποιήσεις έχουν δώσει, όπως ήδη αναφέρθηκε, σε ορισμένα ταμεία τα οποία διακρίνονται για την σχετική πληρότητα των παροχών προς τους δικαιούχους (ΔΕΗ, ΟΤΕ, Δημόσιο, Τράπεζες, κλπ.) το χαρακτηρισμό «ευγενή», σε αντίθεση με τα άλλα «φτωχά» ταμεία (ΟΓΑ, ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, κλπ.). Έτσι, και δεδομένου ότι η συμπίεση του κόστους έγινε σε βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών και της κάλυψης των αναγκών, το αποτέλεσμα ήταν μόνο το 10% περίπου του πληθυσμού να καλύπτεται από ταμεία που παρέχουν σχετικά ικανοποιητική περίθαλψη, ενώ το υπόλοιπο 90%, που το αποτελούν οι ασθενέστερες οικονομικά κοινωνικές ομάδες, να δέχεται υποβαθμισμένες παροχές. (Μωραϊτης, 2006)

#### *2.4.2 Επίπεδο Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού ως Παράγοντας Διαμόρφωσης Προτεραιοτήτων*

Η κατανομή των πόρων και ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας οφείλει, όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, να λαμβάνει υπόψη του τον τελικό αποδέκτη (χρήστη - καταναλωτή) των υπηρεσιών και τις ανάγκες οι οποίες τον οδηγούν στη ζήτηση και χρησιμοποίησή τους. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού αναφοράς, η γνώση της υπάρχουσας υποδομής και ο τρόπος χρησιμοποίησής της από τους πολίτες, οι προβλέψεις (προοπτικές) των μελλοντικών

εξελιξέων του νοσολογικού φάσματος και των δυνατοτήτων της ιατρικής επιστήμης και ιδιαίτερα της βιοϊατρικής τεχνολογίας αποτελούν βασικά στοιχεία του καθορισμού προτεραιοτήτων στις υπηρεσίες υγείας.

Ειδικότερα, δεδομένου ότι το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού προσδιορίζει τις ανάγκες, θέτει τις προτεραιότητες και καθορίζει το πλαίσιο σχεδιασμού και προγραμματισμού του υγειονομικού τομέα, αποτελεί ένα μέτρο της αποδοτικότητας των υγειονομικών πόρων, ενώ παράλληλα αποτελεί δείκτη της κοινωνικής ευημερίας και στοιχείο που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κατά τη διαδικασία του σχεδιασμού και της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας.

Με βάση λοιπόν, την αξιολόγηση κλασσικών δεικτών υγείας (βρεφική θνησιμότητα, γενική και ειδική θνησιμότητα, προσδόκιμο επιβίωσης κλπ.) το επίπεδο υγείας του Ελληνικού πληθυσμού, είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικό και κατέχει πολύ καλή σειρά μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών αλλά και διεθνώς. Η Ελλάδα όμως, ακολουθώντας τους ρυθμούς των περισσότερων βιομηχανικών χωρών, εμφανίζει συμπτώματα δημογραφικής γήρανσης και ανήκει στις περισσότερο γερασμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ταυτόχρονα, η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση συνεχίζει σταθερά ν' αυξάνεται, και λόγω της προόδου της ιατρικής, αλλά κυρίως λόγω της πολιτιστικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης. Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα αυτές οι τάσεις.(Σούλης, 1999)

### I. Προσδόκιμο Επιβίωσης Ελληνικού Πληθυσμού

Το προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζει μια μέση εκτίμηση των χρόνων αναμενόμενης ζωής των ατόμων μιας ηλικιακής ομάδας, και υπολογίζεται από τους ειδικούς ανά ηλικία και φύλο, δείκτες θνησιμότητας που συνέβησαν σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Οι δείκτες της προσδόκιμου επιβίωσης αναφέρονται σε διαφορετικές ηλικίες, η πλέον συνηθέστερη όμως στις διεθνείς συγκρίσεις είναι η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση.(Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997)

Η Ελλάδα έχει υπερβεί, ήδη από το 1973, τον επιθυμητό δείκτη επιβίωσης (75 χρόνια) που έχει προσδιορίσει για το έτος 2.000 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, και κατατάσσεται, μετά την Ισλανδία, στην υψηλότερη θέση μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Τα άτομα που το 1988 ήταν ηλικίας 60 ετών και άνω υπολογίζεται ότι θα ζήσουν κατά μέσο όρο 20 επιπλέον χρόνια (μέχρι τα 78 οι άνδρες και μέχρι τα 82,5 οι γυναίκες). Μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης η

Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση για τους άνδρες (74,2 χρόνια το 1990) και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (πίνακας 1.5.) και μία από τις υψηλότερες θέσεις μεταξύ των άλλων χωρών διεθνώς, ενώ οι γυναίκες βρίσκονται στην 5η θέση μεταξύ των ευρωπαίων. Στη διάρκεια της περιόδου 1928 έως 1990, η διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση αυξήθηκε από 44,97 σε 74,6 έτη στους άνδρες και από 47,46 σε 79,8 έτη στις γυναίκες. Τα κέρδη ζωής των Ελλήνων (26,65 έτη στους άνδρες και 32,34 έτη στις γυναίκες) είναι τα υψηλότερα μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Η μεγάλη αυτή αύξηση αποδίδεται κυρίως στη σημαντική πτώση της βρεφικής θνησιμότητας ιδιαίτερα μετά το 1960, στον τρόπο ζωής και τη διατροφή των Ελλήνων. Η σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού δείχνει ότι η διάρκεια ζωής στις αγροτικές περιοχές ακολουθεί αυτή των αστικών κέντρων με καθυστέρηση 2 έως 3 ετών, με εντονότερες τις διαφορές στις νεότερες ηλικιακά ομάδες. ( OECD, WHO, UNFPA, 1999)

## II. Δημογραφική Γήρανση Ελληνικού Πληθυσμού

Σύμφωνα με στοιχεία της Απογραφής του 2001, ο πληθυσμός της Ελλάδας, ήταν 10.964.020 (σημειώνοντας αύξηση της τάξεως του 6,86 % από το 1991), εκ των οποίων τα άτομα ηλικίας 0-14 ετών ως ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού αντιπροσώπευαν μόνο το 15,2 % (μείωση κατά 20,83 % από το 1991), τα άτομα ηλικίας 15-64 ετών το 67,7 % (αύξηση κατά 0,6 % από το 1991) και τα άτομα άνω των 65 ετών το 17,1 % (αύξηση 24,81 % από το 1991). Βάσει των δεδομένων αυτών ο δείκτης γήρανσης διαμορφώθηκε στο 112,4 %, σημειώνοντας σημαντική αύξηση από το 1991 που ήταν 71,1 %, ενώ ο δείκτης εξάρτησης στο 47,7 %, εμφανίζοντας μικρή μείωση από το 1991 που ήταν 49,1 %. (ΕΣΥΕ, 2001)

Η μεταβολή στους προαναφερθέντες δείκτες είναι απόρροια της αύξησης του προσδόκιμου ζωής,<sup>2</sup> της υπογεννητικότητας αλλά και της ευρείας εισόδου μεταναστών που λειτούργησε ως επιβραδυντικός παράγοντας της αύξησης του δείκτη εξάρτησης ενώ ταυτόχρονα συντέλεσε στην αύξηση του πληθυσμού, δεδομένου ότι τα στοιχεία σχετικά, με την αναπαραγωγή του ελληνικού πληθυσμού, είναι ιδιαίτερα απογοητευτικά. Το γεγονός αυτό, διαφαίνεται εναργώς καταρχήν, από την εξέλιξη του Ποσοστού Γονιμότητας το οποίο από το 1980 και μετά, είναι μικρότερο της αναπαραγωγής των γενεών (2,1 παιδιά ανά γυναίκα) και ακολουθεί μια διαρκή

<sup>2</sup> Το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση για τους άνδρες από 72,2 έτη το 1980 έφτασε στα 75,4 το 2002 και στις γυναίκες από τα 76,8 στα 80,7.<sup>4</sup>

πτωτική πορεία μέχρι το 2001 που έφτασε το 1,29. Επιπλέον, το Αδρό Ποσοστό Γεννητικότητας διαμορφώνεται το 2001 στην αναλογία 9,5 γεννήσεων ζώντων παιδιών σε 1000 κατοίκους (το οποίο σημειωτέον αποτελεί το κατώτερο σημείο από το 1965). (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 2005)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2:  
*Η Εξέλιξη ορισμένων βασικών Δεικτών  
 Αναπαραγωγής του Ελληνικού Πληθυσμού*

Έτος	Αδρό % Γεννητικότητας	% Γονιμότητας
1965	17,7	2,3
1970	16,5	2,39
1975	15,7	2,32
1980	15,4	2,21
1985	11,7	1,67
1990	10,1	1,39
1995	9,7	1,32
2000*	9,6	1,29
2001*	9,5	1,29

\*Εκτίμηση Eurostat "European Social Statistics Demography" 2002  
 και επεξεργασία των στοιχείων της βάσης δεδομένων NewCronos  
 Πηγή: Eurostat "European Social Statistics Demography" 2002  
 και επεξεργασία των στοιχείων της βάσης δεδομένων NewCronos

### III. Θνησιμότητα Ελληνικού Πληθυσμού

Στην Ελλάδα δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού το ποσοστό θνησιμότητας ανέρχεται σε 9,7 / 1000 κατοίκους το 2001 από (7,9 από το 1965). Το γεγονός αυτό πέραν της δημογραφικής γήρανσης συντελέστηκε εξαιτίας της μεταβολής του καταναλωτικού προτύπου του πληθυσμού και ιδιαίτερα στην αλλαγή των διατροφικών τάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες έχουν ταυτιστεί με το κλασσικό δυτικό πρότυπο της περασμένης εικοσαετίας. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 2005, Τριχόπουλος, Καλαποθάκη, Πετρίδου, 2000)

Αντίθετα, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας σημειώνει σημαντική πτώση από 34,3 το 1965 σε 5,1 το 2001 και συνάδει με την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.



## ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3

### *Η θνησιμότητα του Ελληνικού Πληθυσμού*

Έτος	Άδρ % θνησιμότητας	% Βρεφικής θνησιμότητας
1965	7,9	34,3
1970	8,4	29,6
1975	8,9	24
1980	9,1	17,9
1985	9,4	14,1
1990	9,3	9,7
1995	9,6	8,1
2000*	9,8	5,9
2001*	9,7	5,1

\*Εκτίμηση Eurostat "European Social Statistics Demography" 2002 και επεξεργασία των στοιχείων της βάσης δεδομένων NewCronos  
 Πηγή: Eurostat "European Social Statistics Demography" 2002 και επεξεργασία των στοιχείων της βάσης δεδομένων NewCronos

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε ότι οι κύριες αιτίες θανάτου στις ευρωπαϊκές χώρες είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, τα ατυχήματα και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Παρόμοια είναι η κατάσταση και στην Ελλάδα με τη διαφορά ότι οι ειδικοί δείκτες θνησιμότητας για αυτά τα νοσήματα, με εξαίρεση τα τροχαία ατυχήματα, είναι χαμηλότεροι. Ως προς τους κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας, σε σχέση με τους δείκτες των άλλων ευρωπαϊκών κρατών, η θνησιμότητα στον ανήλικο πληθυσμό είναι αυξημένη σε αντίθεση με τη θνησιμότητα στον ενήλικο πληθυσμό, που είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου στο σύνολο των αιτίων θανάτων για το 1997, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατέχουν την πρώτη θέση (31,9%) και ακολουθούν τα νεοπλασμάτα (22,7%) τα αγγειακά επεισόδια (18,4%) τα αναπνευστικά νοσήματα (5,6%) και τα ατυχήματα (3,9%). (ΕΣΥΕ, 1999)

Τα ατυχήματα και οι συνέπειές τους, ιδιαίτερα των τροχαίων, αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα για την Ελλάδα. Ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων, παρότι ιδιαίτερα υψηλός, δείχνει μια τάση στασιμότητας τα τελευταία χρόνια. Αντίθετα οι θάνατοι και τραυματισμοί, οι οφειλόμενοι σε τροχαία ατυχήματα παρουσιάζουν

σταθερή ανοδική τάση. Αντίστοιχα παρατηρείται σταδιακή υποχώρηση τόσο του αριθμού όσο και των θανάτων των εργατικών ατυχημάτων. (ΕΣΥΕ, 1999)

#### IV. Νοσηρότητα του Ελληνικού Πληθυσμού.

Η ακριβής αποτύπωση της νοσηρότητας του ελληνικού πληθυσμού είναι δύσκολο να επιτευχθεί εξαιτίας της έλλειψης αξιόπιστων στοιχείων και του περιορισμένου (τοπικά ή χρονικά) χαρακτήρα και του αντικειμένου διαφόρων ερευνών που μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί, γι' αυτό και ως κύρια πηγή για την άντληση πληροφοριών θα χρησιμοποιηθούν τα στατιστικά στοιχεία που συλλέγονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ) σε σχέση με τους νοσηλευθέντες ασθενείς ανά κατηγορία νόσου.

Η αξιολόγηση των δεικτών νοσηλευτικής κίνησης του ελληνικού πληθυσμού τη περίοδο 1981-1987, δείχνει ότι οι κυριότερες αιτίες νοσηλείας είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, του πεπτικού συστήματος, οι κακώσεις - δηλητηριάσεις και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Σύμφωνα δε, με τα στοιχεία του έτους 2001, ως κυριότερη αιτία νοσηλείας παραμένουν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, με μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα προηγούμενα έτη (14,77%). Τη δεύτερη θέση καταλαμβάνουν τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος με ποσοστό 10,64%, ενώ την τρίτη θέση κατέχουν τα νεοπλάσματα. Ακολουθούν οι κακώσεις και οι δηλητηριάσεις με ποσοστό 9,25% τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος και τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων. (ΕΣΥΕ, 2001)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4:

##### *Εξεληθόντες Έλληνες Ασθενείς ανά Κατηγορία Νόσου*

<b>Κατηγορία Νόσου</b>	<b>No</b>	<b>%**</b>
Λοιμώδη και Παρασιτικά Νοσήματα	51.823	2,87
Νεοπλάσματα	172.111	9,54
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα - Διαταραχές της Θρέψεως & Ανοσολογικές Διαταραχές	37.969	2,11
Νοσήματα του αίματος και αιμοποιητικών οργάνων	26.655	1,48
Ψυχικές Διαταραχές	35.278	1,96
Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	138.398	7,67

Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	266.300	14,77
Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	143.996	7,99
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	191.940	10,64
Νοσήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος	149.465	8,29
Επιπλοκές Κνήσεως, τοκετού & λοχίας	145.009	8,04
Νοσήματα δέρματος και του υποδόριου ιστού	34.922	1,94
Νοσήματα του μυοσκελετικού και συνδετικού ιστού	72.596	4,03
Συγγενείς Ανωμαλίες	12.148	0,67
Καταστάσεις σχετιζόμενες με την περιγεννητική περίοδο	24.476	1,36
Συμπτώματα, Σημεία & Ασαφής καθορισμένες καταστάσεις	133.405	7,40
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις	166.839	9,25
Σύνολο*	1.803.330	100
* Στο σύνολο περιλαμβάνονται 39.964 θάνατοι		

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2001, \*\*Ίδιοι υπολογισμοί

## 2.5 Μελλοντικές Προοπτικές στην Κατανομή Πόρων στο ΕΣΥ

Βάσει της προηγηθείσας παρουσίασης τόσο για την μέχρι σήμερα κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας η οποία εκφράζει τις προτεραιότητες που δόθηκαν αλλά και των δημογραφικών και επιδημιολογικών δεικτών, μπορούμε να προβούμε σε μία αδρή εκτίμηση των μελλοντικών αναγκών των Ελλήνων πολιτών και κατ' επέκταση των προτεραιοτήτων που θα πρέπει να δοθούν στην κατανομή των πόρων στο χώρο της υγείας τα επόμενα χρόνια. Επιπλέον, στο υποκεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστεί η εθνική στρατηγική μέσα από την οποία θα καταστούν σαφείς οι μελλοντικές προτεραιότητες του ΕΣΥ. Η Ελλάδα ακολουθώντας την πορεία των αναπτυγμένων χωρών προσπαθεί να προάγει την υγεία μέσω της θεραπευτικής κυρίως ιατρικής. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της πρόληψης περιλαμβάνονται στις εξαγγελίες και όχι στην εφαρμογή των νομοσχεδίων για την υγεία. Ένα σύστημα υγείας που προάγει την πρόληψη πρέπει να αξιολογεί τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, να λαμβάνει υπόψη την διεθνή εμπειρία και τα διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα, να αποκαταστήσει την ισορροπία μεταξύ θεραπευτικής και προληπτικής ιατρικής, να διαχειρίζεται και να κατανέμει περιφερειακά τους πόρους, και να διασφαλίζει την

ισότιμη και καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα την τελευταία εικοσαετία βρίσκεται σε διαρκή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται καλά οργανωμένο και αποδοτικό. Η πολιτεία, τόσο στην αρχική οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας όσο και στις ακόλουθες προσπάθειες «μεταρρύθμισης» του συνεχώς επαναλαμβάνει και αναιρεί τις προσπάθειες για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης περιοριζόμενη κατά κόρον στην εξαγγελία νομοσχεδίων και μέτρων και όχι στην εφαρμογή τους. (Karokis, Sissouras, 1994).

### *2.5.1 Μελλοντικές Προοπτικές στην Κατανομή Πόρων Βάσει Δημογραφικών και Επιδημιολογικών Δεδομένων*

Σύμφωνα με τα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν και ταυτόχρονα λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της χώρας (ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης, οργάνωση και δομή του συστήματος υγείας κ.α.) εκτιμάται ότι η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι δημογραφικές μεταβολές (γήρανση του πληθυσμού) θα προκαλέσουν σημαντικές μεταβολές στα πρότυπα νοσηρότητας, με υπεροχή των χρόνιων (εκφυλιστικού χαρακτήρα) νοσημάτων. Γεγονός το οποίο συνεπάγεται ότι τα επόμενα χρόνια η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι εκφυλιστικές αρθροπάθειες και άλλα χρόνια μη θανατηφόρα νοσήματα, θα κυριαρχούν στο νοσολογικό φάσμα, συμβάλλοντας στη δημιουργία μείζονων προβλημάτων υγείας, τα οποία και θα προκαλέσουν σημαντική αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα για εξωνοσοκομειακή, όσο και για νοσοκομειακή φροντίδα με έμφαση στα καρδιολογικά, ογκολογικά και ορθοπαιδικά περιστατικά, καθώς και για υπηρεσίες αποκατάστασης. (Τριχόπουλος, Τριχοπούλου, 1986)

### *2.5.2 Μελλοντικές Προτεραιότητες Βάσει Εθνικής Στρατηγικής*

Στα πλαίσια αυτής της νέας εθνικής στρατηγικής διαφαίνονται οι μελλοντικές προτεραιότητες που τίθενται για τη λειτουργία του ΕΣΥ, για τον λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμη η αναφορά στους βασικούς άξονες αυτής.

Η νέα εθνική στρατηγική για την υγεία, όπως αυτή έχει εξαγγελθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εστιάζεται σε δέκα άξονες-μεταρρυθμιστικούς τομείς που προσδοκάται ότι θα συμβάλουν στην καλύτερη

κατανομή των πόρων και στην αποτελεσματικότητα του συστήματος είναι οι ακόλουθοι: (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007)

1<sup>ος</sup> Άξονας: Οικονομική εξυγίανση του ΕΣΥ και εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του

2<sup>ος</sup> Άξονας: Θεμελίωση σύγχρονου δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

3<sup>ος</sup> Άξονας: Δυναμική προώθηση της Προληπτικής Ιατρικής

4<sup>ος</sup> Άξονας: Εισαγωγή της Πληροφορικής και των νέων τεχνολογιών σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης

5<sup>ος</sup> Άξονας: Νέα πολιτική για το ανθρώπινο δυναμικό

6<sup>ος</sup> Άξονας: Μεταρρύθμιση της Ψυχικής και της Δημόσιας Υγείας

7<sup>ος</sup> Άξονας: Ανάπτυξη και Προαγωγή του εθελοντισμού και της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης

8<sup>ος</sup> Άξονας: Προώθηση της εκπαίδευσης της έρευνας και της καινοτομίας

9<sup>ος</sup> Άξονας: Πολιτική Συμπράξεων με τον ιδιωτικό τομέα

10<sup>ος</sup> Άξονας: Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά και την κοινωνία της υγείας.

Στα πλαίσια του αντικειμένου της παρούσας εργασίας θα εξετασθούν αναλυτικότερα ο 1<sup>ος</sup>, ο 2<sup>ος</sup>, ο 3<sup>ος</sup>, ο 4<sup>ος</sup> και ο 6<sup>ος</sup> άξονας που σχετίζονται άμεσα με θέματα προσδιορισμού προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων στο ΕΣΥ. Ο 1<sup>ος</sup> άξονας που αφορά στην οικονομική εξυγίανση και εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του ΕΣΥ, μεταξύ άλλων τονίζει την αναγκαιότητα εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα προλαμβάνει τη νόσο. Ο 2<sup>ος</sup> άξονας που αφορά στην θεμελίωση σύγχρονου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποία θα καλύπτει τις ανάγκες όλων των πολιτών βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις αγροτικές περιοχές και αναπτύσσοντας νέες στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Ενώ, στα πλαίσια αυτά τονίζονται ως μακροπρόθεσμοι στόχοι η ανάπτυξη δικτύου αστικών κέντρων υγείας, η σταδιακή απορρόφηση των υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και ουσιαστική εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού. Για την υλοποίηση του άξονα αυτού, έχει ήδη παρουσιαστεί το ένα νέο σχέδιο νόμου για την οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

Ο 3<sup>ος</sup> άξονας που αφορά στη δυναμική προώθηση της προληπτικής ιατρικής, η οποία θα επιτευχθεί μέσα από μία εκτεταμένη και στοχευμένη επικοινωνιακή εκστρατεία για την προαγωγή της δημόσιας υγείας και την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών. (Αβραμόπουλος, 2007)

Ο 4<sup>ος</sup> άξονας που αφορά στην εισαγωγή της πληροφορικής και των νέων τεχνολογιών σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης προωθεί εφαρμογή ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας (e-health), οι οποίες εκτός των άλλων αναμένεται να γίνουν προσπάθειες προώθησης e-υπηρεσιών που θα προσφέρουν νέες προοπτικές στην κατ' οίκον νοσηλεία των υπερηλικών και χρόνιων πασχόντων. Επίσης, προωθείται στα πλαίσια του άξονα αυτού και τα προγράμματα τηλε-διάγνωσης , μέσω των κινητών μονάδων και της τηλεματικής. Τέλος ο 6<sup>ος</sup> άξονας που αφορά στη μεταρρύθμιση της ψυχικής και της δημόσιας υγείας, εστιάζεται στην προώθηση της προτεραιότητας της «κοινοτικής ψυχιατρικής», σύμφωνα με τις αρχές της οποίας η ψυχιατρική φροντίδα παρέχεται σε όποιον τη χρειάζεται χωρίς να απομακρύνεται από τον φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον και μάλιστα με την ενεργή συμμετοχή του περιβάλλοντος του. Στο κομμάτι δε που αφορά στη δημόσια υγεία δίνεται έμφαση σε δράσεις για την αντιμετώπιση ασθενειών όπως το AIDS και τα ναρκωτικά, ενισχύοντας τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας κέντρων όπως το ΚΕΛΠΙΝΟ και ο ΟΚΑΝΑ αλλά και τις ερευνητικές υποδομές της δημόσιας υγείας αποκτώντας έτσι έγκυρα και επικαιροποιημένα στατιστικά στοιχεία. (Αβραμόπουλος, 2007)

Ως συμπέρασμα από την προηγηθείσα παρουσίαση της εθνικής μας στρατηγικής, προκύπτει η ύπαρξη μίας σαφούς τάσης σύγκλισης των μελλοντικών προτεραιοτήτων υγείας της Ελλάδας με τις αντίστοιχες που προωθούνται ή επικρατούν σε όλες τις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου άλλα και με τη νέα ευρωπαϊκή στρατηγική για τη υγείας που έχουμε ήδη περιγράψει σε προηγούμενο κεφάλαιο και οι οποίες στηρίζονται στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας αλλά και της ευρύτερης δημόσιας υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 3<sup>ο</sup>

# ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ – Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

### 3.1 Αναγκαιότητα Διεξαγωγής της Έρευνας

Σύμφωνα με την παραδοχή ότι η οριοθέτηση προτεραιοτήτων στο χώρο της υγείας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την επιλογή της καταλληλότερης πολιτικής υγείας που θα ακολουθήσει κάθε σύστημα υγείας και της σπουδαιότητας του ρόλου των πολιτών σε κάθε τέτοια προσπάθεια αλλά και δεδομένης της απουσίας δημοσιευμένων αντίστοιχων ερευνών στην Ελλάδα προέκυψε κατ' ουσίαν η αναγκαιότητα διεξαγωγής της έρευνας που ακολουθεί.

### 3.2 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της σειράς προτεραιότητας που δίνουν οι πολίτες σε συγκεκριμένες κατηγορίες υπηρεσιών υγείας για την χρηματοδότησή τους στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της έρευνας εστιάζονται στα ακόλουθα:

- ⇒ Στη διερεύνηση του βαθμού σημαντικότητας για κάθε προτεινόμενη υπηρεσία υγείας από την συγκεκριμένη δειγματοληπτική ομάδα (οπού έμμεσα δηλώνεται και η συχνότητα χρήσης αυτής)
- ⇒ Στον εντοπισμό των υπηρεσιών που θα πρέπει να εστιαστούν οι πόροι στο χώρο της υγείας από μία κοινωνική σκοπιά.
- ⇒ Στην διερεύνηση των αντιλήψεων των πολιτών για την προτεραιότητα που πρέπει να δοθεί σε συγκεκριμένες μορφές υπηρεσιών, σχετικά με το αν εμφανίζουν δείγματα «μεροληπτικής» στάσης ως προς τις υπηρεσίες που αφορούν άτομα τρίτης ηλικίας ή αν παρατηρείται στροφή των αντιλήψεων τους ως προς την σπουδαιότητα της πρόληψης.
- ⇒ Τέλος, στην αποτύπωση των διορθωτικών ενεργειών που ενδεχομένως να πρέπει να δρομολογηθούν συγκρίνοντας τις προτιμήσεις των πολιτών-χρηστών των υπηρεσιών με την υφιστάμενες κατάσταση.

### 3.3 Μεθοδολογία Έρευνας

#### 3.3.1 Διαμόρφωση Ερωτηματολογίου

Η διερεύνηση των προτεραιοτήτων στην κατανομή (διανομή) των πόρων στο χώρο της υγείας έγινε με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου το οποίο έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε προγενέστερη έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο. (Bowling, 1996) Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε συνολικά 12 κατηγορίες υπηρεσιών υγείας, τις οποίες οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να ιεραρχήσουν (από το 1-12) καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας για τη χρηματοδότησή τους σε ένα σύστημα υγείας, ξεκινώντας από εκείνη με την υψηλότερη προτεραιότητα. Οι 12 κατηγορίες αφορούν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Νοσοκομειακής Φροντίδας, οι οποίες απευθύνονται σε επιμέρους ηλικιακές ομάδες αλλά και επιμέρους κατηγορίες ασθενών-χρηστών και είναι ακόλουθες:

1. Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο.
2. Χειρουργικές επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, μεταμόσχευση οργάνων και ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών.
3. Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον.
4. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 g, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης.
5. Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους.
6. Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί.
7. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.
8. Υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν.
9. Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως π.χ. αντικατάστασης ισχίου, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους.
10. Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.
11. Θεραπευτικές αγωγές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
12. Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.



Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει και την κατηγορία των «Δημογραφικών Στοιχείων» για την καταγραφή από τους ερωτώμενους του φύλου, της ηλικίας τους και του εισοδήματός τους, προκειμένου να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση των απόψεών τους συγκριτικά με τα βασικά αυτά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

### 3.3.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας – Μέγεθος Δείγματος

Η επιλογή του δείγματος της έρευνας στηρίχθηκε περισσότερο στην δυνατότητα πρόσβασης και την γεωγραφική εγγύτητα και για τον λόγο αυτό η δειγματοληψία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως περιστασιακή ή δειγματοληψία ευκολίας (accidental or convenience sampling). (Σαχίνη – Καρδάση, 1997) Ως εκ τούτου, θα πρέπει να σημειωθεί ότι το δείγμα που επελέγη στα πλαίσια της έρευνας δεν είναι αντιπροσωπευτικό.

Ο πληθυσμός του δείγματος της έρευνας ορίστηκε στους 200 πολίτες και αφορά αποκλειστικά σε ενήλικες. Ο αποκλεισμός από την έρευνα ανήλικων ατόμων θεωρήθηκε σκόπιμος γιατί ενδεχομένως οι ανήλικοι να μην έχουν μία ξεκάθαρα διαμορφωμένη άποψη περί υπηρεσιών υγείας και ενδεχομένως να προέκυπταν ασάφειες και ανακρίβειες.

Ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε η συμμετοχή των πολιτών ως πληθυσμός αναφοράς έγκειται στο γεγονός ότι η γνώμη των πολιτών αποτελεί σημαντικό εργαλείο στη χάραξη μιας αποτελεσματικής και αποδοτικής στρατηγικής στον τομέα της Υγείας ενώ παράλληλα, γίνεται κατανοητό σε ποιες υπηρεσίες υγείας θα προτιμούσαν να δίνεται προτεραιότητα χρηματοδότησης, από το κράτος. Για θέματα κοινωνικής πολιτικής, όπως η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στα πλαίσια ενός κράτους πρόνοιας, απαιτείται διάλογος μεταξύ των φορέων Υγείας και των πολιτών, για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων.

Επιπρόσθετα, η συμμετοχή των πολιτών, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ορθολογική κατανομή των πόρων, διότι θα γνωστοποιήσουν επακριβώς τις ανάγκες τους για τις υπηρεσίες υγείας. Οι πολίτες ιεραρχώντας υπηρεσίες υγείας έμμεσα βοηθούν στον εντοπισμό των υπηρεσιών υγείας που χρησιμοποιούν συχνότερα. Κατά συνέπεια, με τέτοιου είδους έρευνες, που απευθύνονται στους απλούς πολίτες-χρήστες των υπηρεσιών δίνεται η ευκαιρία στους αρμόδιους φορείς, να ενισχύσουν τις υπηρεσίες υγείας αυξημένης ζήτησης, με υλικοτεχνικές υποδομές και με

ανθρώπινο κεφάλαιο, με απώτερο σκοπό, την μείωση των ιδιωτικών δαπανών, προς όφελος πάντα της κοινωνίας. (Madden, 2004)

### **3.4 Συλλογή, Έλεγχος & Επεξεργασία των Δεδομένων**

#### *3.4.1 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων*

Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε με τη μέθοδο της «αυτοσυμπλήρωσης» από τους ίδιους του ερωτώμενους.

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας έγινε μέσω 200 ερωτηματολογίων, η συμπλήρωση των οποίων έγινε το μήνα Μάιο το έτους 2008, με τη μέθοδο της «αυτοσυμπλήρωσης» από τους ίδιους του ερωτώμενους.

Πριν διανεμηθούν προς συμπλήρωση τα 200 ερωτηματολόγια έγινε μια πιλοτική δοκιμή μέσω 10 πιλοτικών ερωτηματολογίων, που αντιστοιχεί περίπου στο 5% του τελικού δείγματος. Σκοπός της πιλοτικής εφαρμογής του ερωτηματολογίου ήταν η διερεύνηση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας του ερωτηματολογίου όπως αυτό είχε εφαρμοστεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, προκειμένου να εξετασθούν πιθανά προβλήματα κατανόηση των ερωτήσεων. Επιπλέον, οι κατηγορίες υπηρεσιών υγείας που κλήθηκαν να ιεραρχήσουν οι ερωτώμενοι στο 10 πιλοτικά ερωτηματολόγια είχαν εσκεμμένα τοποθετηθεί με διαφορετική σειρά προκειμένου να εντοπιστούν στοιχεία διαφορετικών απαντήσεων λόγω της θέσης που κατείχαν στο έντυπο, κάτι το οποίο τελικά δεν συνέβη. Τέλος, στα 10 πιλοτικά ερωτηματολόγια οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπισαν προβλήματα κατανόησης των ερωτήσεων και ο χρόνος συμπλήρωσης κάθε ερωτηματολογίου υπολογίστηκε κατά μέσο όρο στα 10 λεπτά.

Το ερωτηματολόγιο ήταν διαμορφωμένο κατά τρόπον τέτοιο ώστε ο χρόνος συμπλήρωσής του να είναι όσο το δυνατόν πιο σύντομος. Το σύνολο των ερωτήσεων ήταν κλειστού τύπου, γεγονός που παρέχει ευκολία στη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση αυτών αλλά και ταχύτερη συμπλήρωση των ερωτήσεων από τους ερωτώμενους. Τα είδη των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών στη συμπλήρωση των δημογραφικών στοιχείων, ενώ στην ενότητα διερεύνησης γνώμης/άποψης οι προτάσεις είχαν τη μορφή ερώτησης «κατάταξης» (rank order).

Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου «Δημογραφικά Στοιχεία» επειδή κάποιες από τις ερωτήσεις, όπως η ηλικία και το εισόδημα ενδεχομένως να έφερναν σε δύσκολη θέση τους ερωτώμενους εάν ζητούσαμε την ακριβή δήλωση τέτοιων προσωπικών δεδομένων, έγινε ομαδοποίηση σε κλάσεις. Ενώ, στη δεύτερη ενότητα «Διερεύνηση Γνώμης/Αποψης» περιλαμβάνονται 12 προτάσεις τις οποίες κλήθηκαν οι ερωτώμενοι να ιεραρχήσουν.

#### *3.4.2 Έλεγχος Ορθότητας & Πληρότητας Δεδομένων*

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τα 200 ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν όσον αφορά την ορθότητα και την πληρότητάς τους και διαπιστώθηκε 100% ορθότητα αλλά και πληρότητα. Η πληρότητα ήταν 100%, διότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν πλήρης χωρίς ελλείψεις, δηλ. είχαν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις. Ενώ η ορθότητα ήταν 100% διότι δεν εντοπίστηκαν λάθη ηθελημένα ή μη στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ερωτώμενους.

#### *3.4.3 Έλεγχος Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας*

Η αξιοπιστία νοείται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης ή ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς τη μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού. Όταν συλλέγονται ερευνητικά δεδομένα ενδιαφέρουν κυρίως τρία χαρακτηριστικά του οργάνου μέτρησης, τα οποία είναι η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή και η ισοδυναμία. Ο έλεγχος αξιοπιστίας της παρούσας έρευνας εστιάστηκε στην εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου και όχι στα άλλα δύο χαρακτηριστικά αξιοπιστίας για τους λόγους που φανερώνονται στη συνέχεια.

Η σταθερότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο λαμβάνονται οι ίδιες βαθμολογίες όταν το όργανο χρησιμοποιείται στα ίδια υποκείμενα πολλές φορές. Οι εκτιμήσεις της σταθερότητας ενός οργάνου μέτρησης επιβεβαιώνεται μέσω διαδικασιών που αναφέρονται ως αξιοπιστία δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας. Περιλαμβάνει συσχέτιση συνήθως με συντελεστή  $r$  του Pearson, των βαθμών δύο μετρήσεων με το όργανο του ίδιου δείγματος. Το μεσοδιάστημα μέτρησης πρέπει να είναι αρκετά μεγάλο (από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες) για να αποφεύγονται τα αποτελέσματα εκ μεταφοράς, αλλά και αρκετά μικρό για να αποφεύγονται

πραγματικές αλλαγές στη μεταβλητή που μετριέται. Ο τύπος αυτός αξιοπιστίας πρέπει να επιβεβαιώνεται αν αυτό που ενδιαφέρει τον ερευνητή είναι η σταθερότητα ή η αλλαγή μίας μεταβλητής με το χρόνο όπως για παράδειγμα στα πειραματικά σχέδια προ- και μετά-δοκιμασίας. Ωστόσο δεν θεωρείται ο καλύτερος τύπος αξιοπιστίας.(Σαχίνη-Καρδάση, 2003) Στα πλαίσια δε, της παρούσας εργασίας δεν ήταν εφικτή χρονικά η διενέργεια επαναδοκιμασίας.

Επίσης, το χαρακτηριστικό της ισοδυναμίας ή συμφωνίας προκειμένου να αξιολογηθεί η αξιοπιστία ενός οργάνου χρησιμοποιείται κυρίως όταν πολλοί παρατηρητές ή βαθμολογητές χρησιμοποιούν ένα όργανο για να μετρούν την ίδια μεταβλητή. Ο σκοπός αυτής της προσέγγισης είναι να εκτιμήσει την συμφωνία των αποτελεσμάτων από τις μετρήσεις με το όργανο της ίδιας μεταβλητής στα ίδια υποκείμενα. Όσον αφορά στην εκτίμηση του χαρακτηριστικού της ισοδυναμίας ή συμφωνίας δεν ήταν δυνατόν να υπολογιστεί δεδομένου ότι η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας έγινε για πρώτη φορά στα ελληνικά δεδομένα και από έναν και μόνον ερευνητή. (Σαχίνη-Καρδάση, 2003)

Το χαρακτηριστικό της εσωτερικής συνοχής ή ομοιογένειας της κλίμακας της αξιοπιστίας, το οποίο εκτιμήθηκε στην παρούσα έρευνα, αναφέρεται στο βαθμό που όλες οι καταγραφές σε μία κλίμακα μετρούν την ίδια μεταβλητή. Δηλαδή αν έχουν συνοχή η μία με την άλλη. Η αξιοπιστία αυτή στηρίζεται στη μέση συσχέτιση ανάμεσα στις καταγραφές ενός οργάνου καθώς και στον αριθμό των καταγραφών. Ο βασικός τύπος για την εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής μιας κλίμακας είναι ο συντελεστής  $\alpha$  του δείκτη Cronbach. Ο συντελεστής  $\alpha$  που υπολογίζεται από τα δεδομένα της παρούσας ερευνητικής μελέτης εκτιμήθηκε, προκειμένου να αποδειχθεί πόσο καλά απέδωσε το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στο ως άνω ερευνητικό πλαίσιο. Ο συντελεστής του δείκτη Cronbach υπολογίστηκε με τη βοήθεια του SPSS και έλαβε την τιμή 0,72.

$$\alpha = \frac{N \cdot \bar{r}}{1 + (N - 1) \cdot \bar{r}}$$

N: είναι ίσο με τον αριθμό των μεταβλητών (δηλ. των ερωτήσεων)

$\bar{r}$ : είναι ίσο με τον μέσο όρο ενδο-μεταβλητής συσχέτισης

Τέλος όσον αφορά στην εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, η οποία αναφέρεται στη σχετικότητα του ερωτηματολογίου, εξετάστηκε αν το όργανο μετρά πραγματικά αυτό που διατείνεται ότι μετρά. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, στα πλαίσια της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι διακατέχεται από εγκυρότητα περιεχομένου ή όψεως. (Bowling, 1996)

#### *3.4.4 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων*

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου S.P.S.S.- Statistical Package of Social Sciences No 12. Το στατιστικό αυτό πακέτο χρησιμοποιήθηκε λόγω των δυνατοτήτων επεξεργασίας των δεδομένων που παρέχει.

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας αξιοποιήθηκαν κάποιες από τις δυνατότητες επεξεργασίας όπως η δυνατότητα να παρουσιάζονται τα δεδομένα σε πίνακες συχνότητας με τα αντίστοιχα ποσοστά τους, με ταυτόχρονη παρουσίαση διαγραμμάτων όπως ραβδογράμματα, διαγράμματα πίττας κ.ά. Επίσης αξιοποιήθηκε η δυνατότητα πινακοποίησης των δεδομένων είτε ως μονοσήμαντη (one way tabulation) είτε ως σταυροειδής (cross tabulation). Η μονοσήμαντη πινακοποίηση χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση της κάθε μεταβλητής της έρευνας ξεχωριστά. Ενώ η σταυροειδής πινακοποίηση αξιοποιήθηκε για τη μελέτη των σχέσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών. Στην σταυροειδή πινακοποίηση το δείγμα υποδιαιρέθηκε σε μικρότερες ομάδες (υποομάδες) και εξετάστηκε πώς η εξαρτημένη μεταβλητή διαφέρει από υποομάδα σε υποομάδα. Για παράδειγμα στην έρευνά μας υποδιαιρέσαμε το δείγμα ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι ερωτώμενοι για να εξεταστούν πιθανές διαφορές ως προς τις προτεραιότητες που έθεταν ως πρώτες και ως τελευταίες.

### **3.5 Αποτελέσματα Έρευνας**

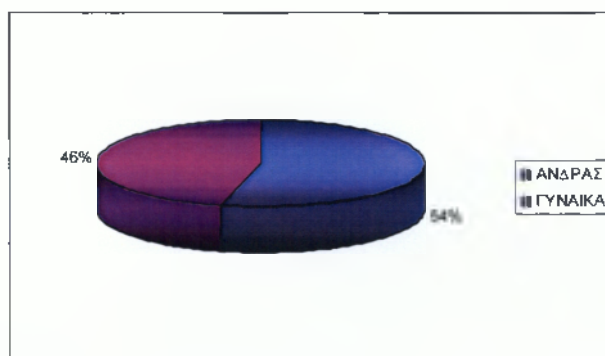
Από την διερεύνηση των προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων που θέτουν οι 200 Έλληνες πολίτες που ερωτήθηκαν, εξήχθησαν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται αναλυτικά στο υποκεφάλαιο αυτό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αρχικά κατά τη θεματική ενότητα όπως αυτή παρουσιάζεται στο ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συνδυασμού ορισμένων εκ των ερωτήσεων που συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο της έρευνας.

### 3.5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Το 54% των ερωτώμενων του δείγματος ήταν άνδρες ενώ το 46% ήταν γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 :  
Φύλο Ερωτηθέντων

	ΦΥΛΟ	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	108	54,0	54,0	54,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	92	46,0	46,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

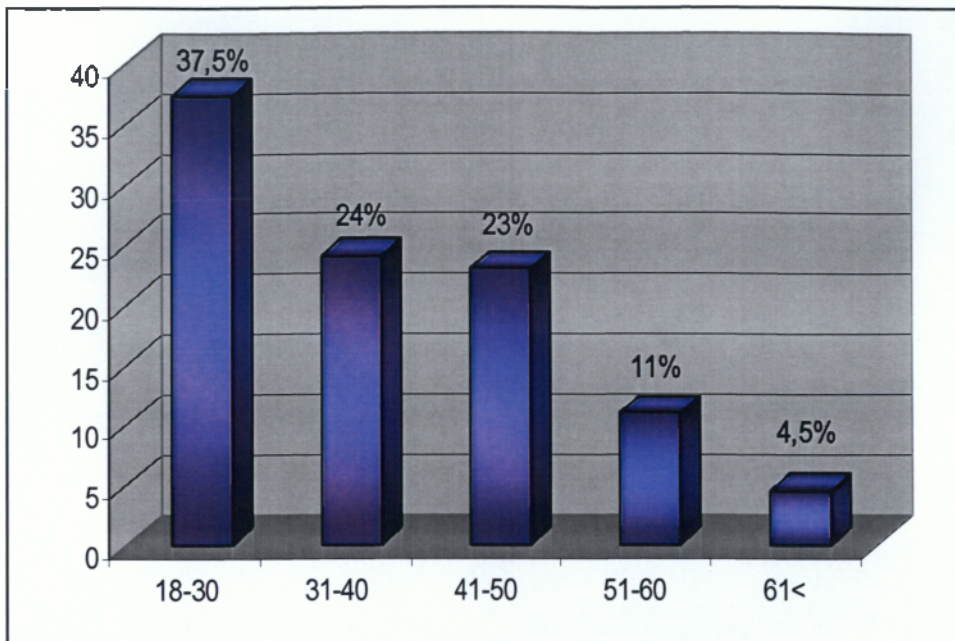


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1:  
Φύλο Ερωτηθέντων

Η αποτύπωση της ηλικίας των ερωτώμενων έγινε με τη δημιουργία πέντε ηλικιακών κλάσεων. Το ποσοστό των ερωτώμενων που εντασσόταν στην πρώτη κλάση 18-30 ετών ήταν 37,5%, στη δεύτερη κλάση 31-40 ετών ήταν 24%, στην τρίτη κλάση 41-50 ετών ήταν 23%, στην τέταρτη κλάση 51-60 ετών ήταν 11% και στην πέμπτη κλάση 61 ετών και άνω ήταν 4,5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2 :  
Ηλικία Ερωτηθέντων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-30	75	37,5	37,5	37,5
	31-40	48	24,0	24,0	61,5
	41-50	46	23,0	23,0	84,5
	51-60	22	11,0	11,0	95,5
	61<	9	4,5	4,5	100,0
Total		200	100,0	100,0	

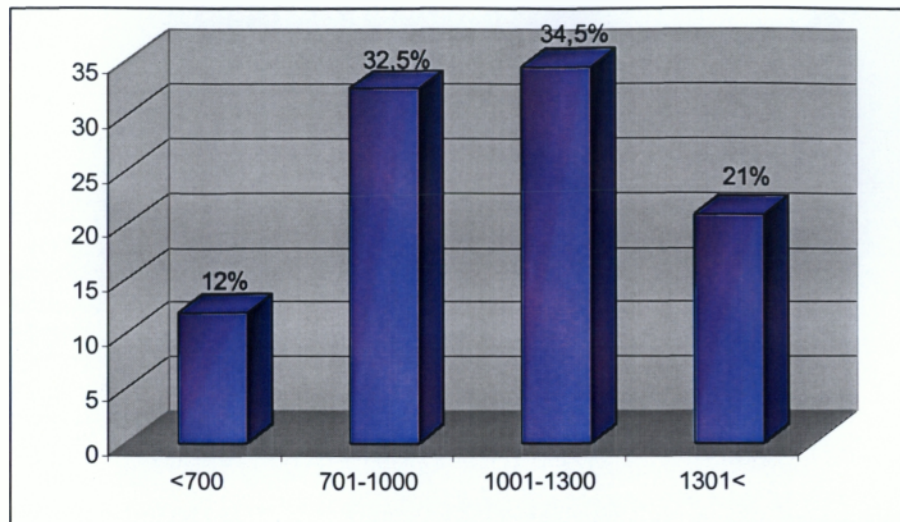


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2 :  
*Ηλικία Ερωτηθέντων*

Η αποτύπωση του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος έγινε με τη δημιουργία 4 κλάσεων. Στην πρώτη κλάση με μηνιαίο μισθό κάτω των 700€ το ποσοστό των ερωτώμενων ήταν 12%, στη δεύτερη κλάση 701-1000€ το ποσοστό 32,5%, στην τρίτη κλάση 1001-1300€ το ποσοστό ήταν 34% και στην τέταρτη κλάση 1301€ και άνω το ποσοστό ήταν 21%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3 :  
*Ατομικό Μηνιαίο Εισόδημα*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <700	24	12,0	12,0	12,0
701-1000	65	32,5	32,5	44,5
1001-1300	69	34,5	34,5	79,0
1301<	42	21,0	21,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3 :**  
*Ατομικό Μηνιαίο Εισόδημα*

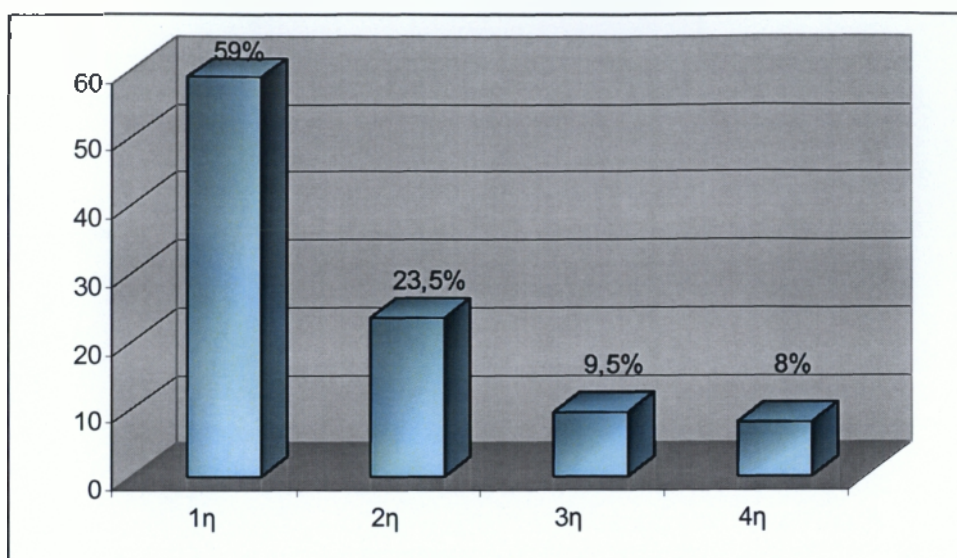
### 3.5.2 Διερεύνηση Γνώμης/Αποψης - Ιεράρχηση Προτεραιοτήτων Δείγματος

Η κατηγορία «Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο» κατατάχθηκε πρώτη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 59%, δεύτερη με ποσοστό 23,5%, τρίτη με ποσοστό 9,5% και τέταρτη με ποσοστό 8%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4 :**  
*Ιεράρχηση των Υπηρεσιών προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο.*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1η	118	59,0	59,0	59,0
	2η	47	23,5	23,5	82,5
	3η	19	9,5	9,5	92,0
	4η	16	8,0	8,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	





**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4 :**

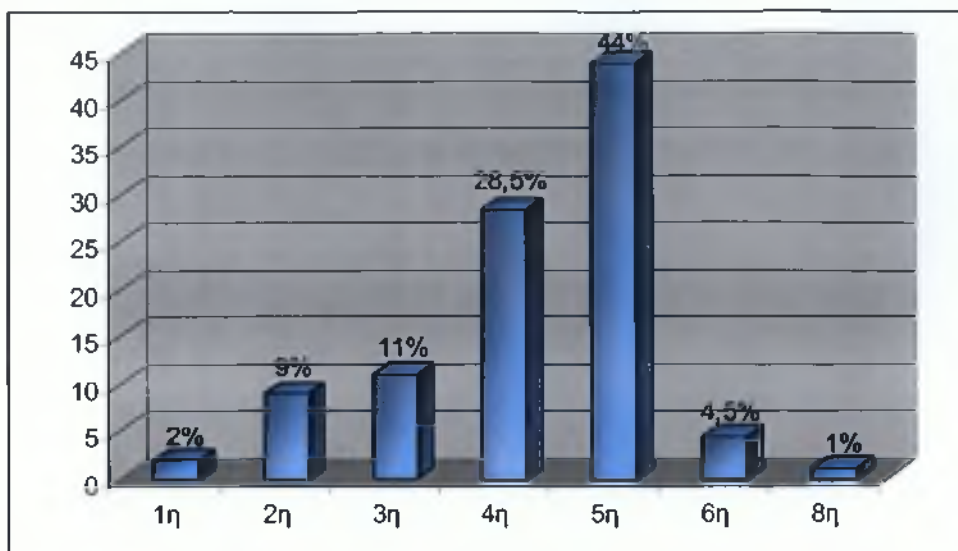
*Ιεράρχηση των Υπηρεσιών προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο.*

Η κατηγορία «Χειρουργικές επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, μεταμόσχευση οργάνων και ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών» κατατάχθηκε πέμπτη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 44%, τέταρτη με ποσοστό 28,5%, τρίτη με ποσοστό 11%, δεύτερη με ποσοστό 9%, έκτη με ποσοστό 4,5%, πρώτη με ποσοστό 2% και όγδοη με ποσοστό 1%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5 :**

*Ιεράρχηση των Χειρουργικών επεμβάσεων Υψηλής Τεχνολογίας, Μεταμόσχευση Οργάνων και Ιατρικές Παρεμβάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών.*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1η	4	2,0	2,0	2,0
	2η	18	9,0	9,0	11,0
	3η	22	11,0	11,0	22,0
	4η	57	28,5	28,5	50,5
	5η	88	44,0	44,0	94,5
	6η	9	4,5	4,5	99,0
	8η	2	1,0	1,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5 :

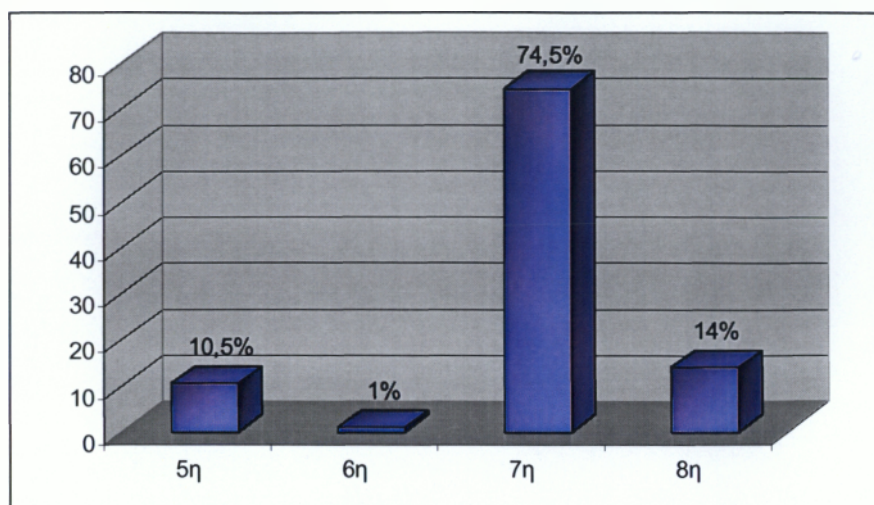
*Ιεράρχηση των Χειρουργικών Επεμβάσεων Υψηλής Τεχνολογίας, Μεταμόσχευση Οργάνων και Ιατρικές Παρεμβάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών.*

Η κατηγορία «Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον» κατατάχθηκε έβδομη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 74,5%, όγδοη με ποσοστό 14%, πέμπτη με ποσοστό 10,5 και έκτη με ποσοστό 1%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6 :

*Ιεράρχηση των Υπηρεσιών Φροντίδας Κατ' οίκον*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5η	21	10,5	10,5	10,5
	6η	2	1,0	1,0	11,5
	7η	149	74,5	74,5	86,0
	8η	28	14,0	14,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

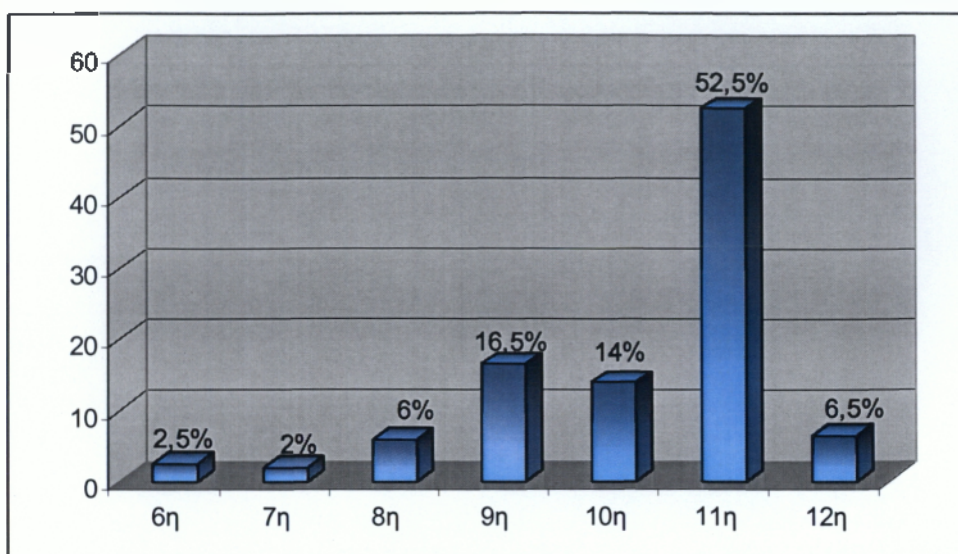


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6 :  
*Ιεράρχηση των Υπηρεσιών Φροντίδας Κατ' οίκον*

Η κατηγορία «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 g, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης» κατατάχθηκε ενδεκάτη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 52,5%, ένατη με ποσοστό 16,5%, δέκατη με ποσοστό 14%, δωδέκατη με ποσοστό 6,5%, όγδοη με ποσοστό 6%, έκτη με ποσοστό 2,5% και έβδομη με ποσοστό 2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7 :  
*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 g, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης»*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6η	5	2,5	2,5	2,5
	7η	4	2,0	2,0	4,5
	8η	12	6,0	6,0	10,5
	9η	33	16,5	16,5	27,0
	10η	28	14,0	14,0	41,0
	11η	105	52,5	52,5	93,5
	12η	13	6,5	6,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.7 :

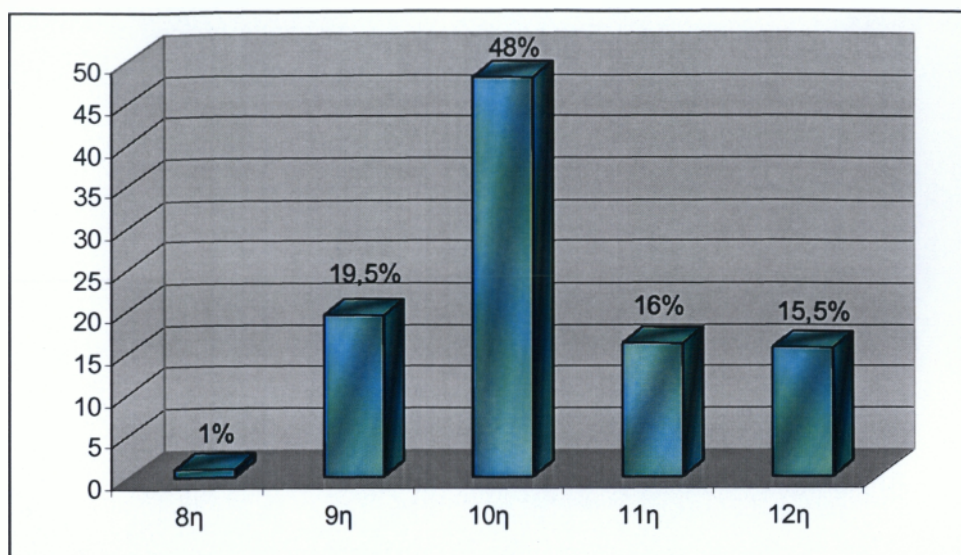
*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 γ. με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης»*

Η κατηγορία «Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους» κατατάχθηκε δέκατη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 48%, ένατη με ποσοστό 19,5%, ενδέκατη με ποσοστό 16%, δωδέκατη με ποσοστό 15,5% και όγδοη με ποσοστό 1%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.8 :

*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους»*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8η	2	1,0	1,0	1,0
	9η	39	19,5	19,5	20,5
	10η	96	48,0	48,0	68,5
	11η	32	16,0	16,0	84,5
	12η	31	15,5	15,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.8 :

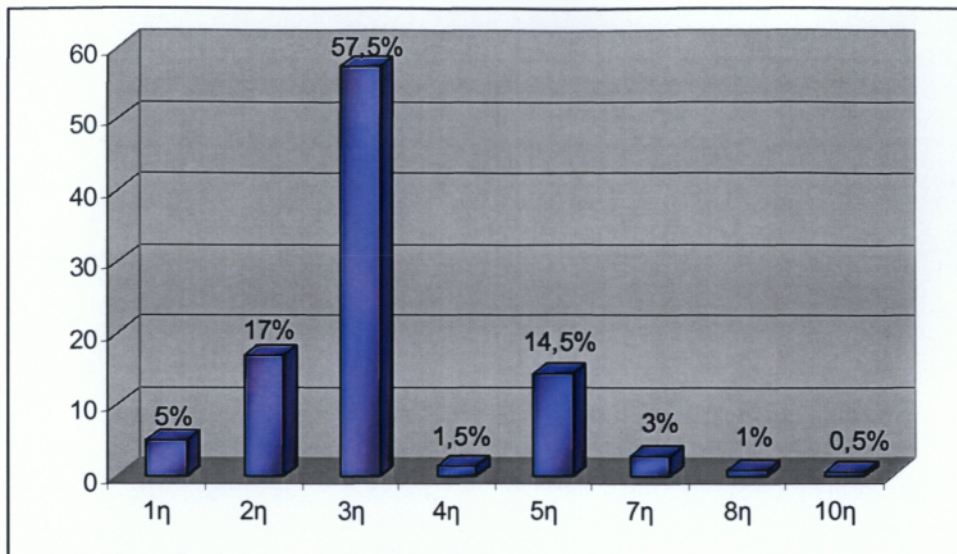
*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους»*

Η κατηγορία «Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί.» κατατάχθηκε τρίτη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 57,5%, δεύτερη με ποσοστό 17%, πέμπτη με ποσοστό 14,5%, πρώτη με ποσοστό 5%, έβδομη με ποσοστό 3%, τέταρτη με ποσοστό 1,5%, όγδοη με ποσοστό 1% και δέκατη με ποσοστό 0,5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9 :

*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί»*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1η	10	5,0	5,0	5,0
2η	34	17,0	17,0	22,0
3η	115	57,5	57,5	79,5
4η	3	1,5	1,5	81,0
5η	29	14,5	14,5	95,5
7η	6	3,0	3,0	98,5
8η	2	1,0	1,0	99,5
10η	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.9 :**

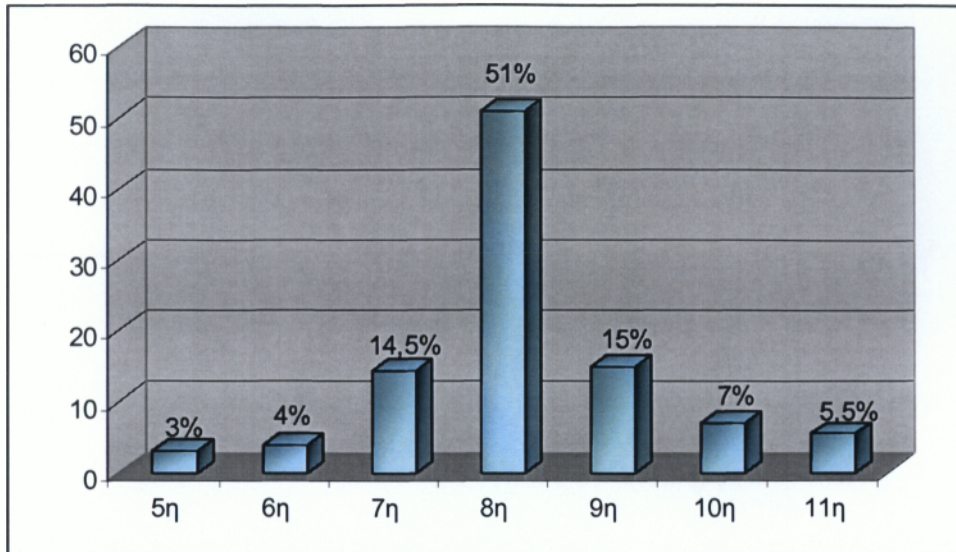
*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί»*

Η κατηγορία «Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα» κατατάχθηκε όγδοη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 51%, ένατη με ποσοστό 15%, έβδομη με ποσοστό 14,5%, δέκατη με ποσοστό 7%, ενδέκατη με ποσοστό 5,5%, έκτη με ποσοστό 4% και πέμπτη με ποσοστό 3%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.10 :**

*Ιεράρχηση των Ψυχιατρικών υπηρεσιών για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5η	6	3,0	3,0	3,0
	6η	8	4,0	4,0	7,0
	7η	29	14,5	14,5	21,5
	8η	102	51,0	51,0	72,5
	9η	30	15,0	15,0	87,5
	10η	14	7,0	7,0	94,5
	11η	11	5,5	5,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.10 :

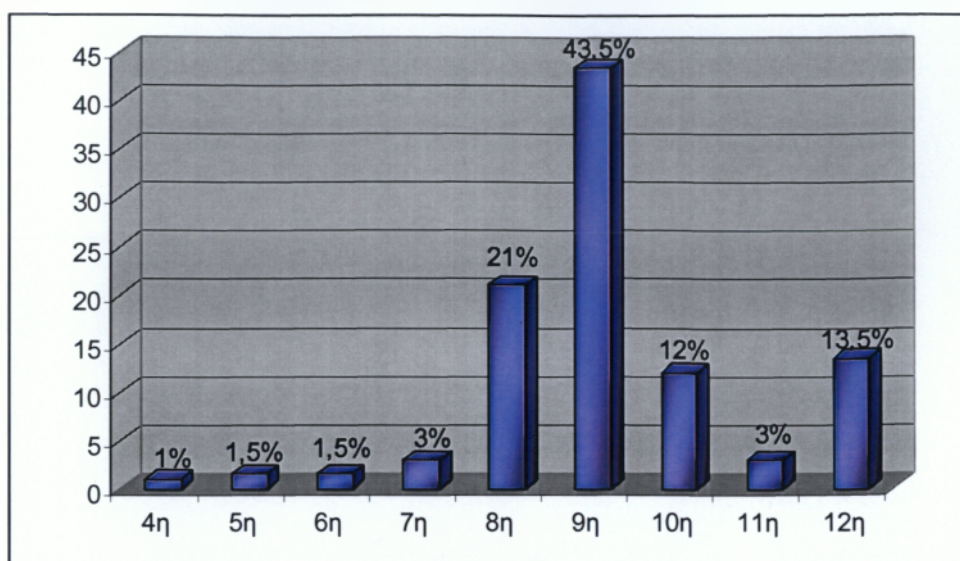
*Ιεράρχηση των Ψυχιατρικών υπηρεσιών για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.*

Η κατηγορία «Υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν» κατατάχθηκε ένατη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 43,5%, όγδοη με ποσοστό 21%, δωδέκατη με ποσοστό 13,5%, έβδομη και ενδέκατη με ποσοστό 3% αντίστοιχα, Πέμπτη και έκτη με ποσοστό 1,5% αντίστοιχα και τέταρτη με ποσοστό 1%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.11 :

*Ιεράρχηση των Υπηρεσιών ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4η	2	1,0	1,0	1,0
5η	3	1,5	1,5	2,5
6η	3	1,5	1,5	4,0
7η	6	3,0	3,0	7,0
8η	42	21,0	21,0	28,0
9η	87	43,5	43,5	71,5
10η	24	12,0	12,0	83,5
11η	6	3,0	3,0	86,5
12η	27	13,5	13,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.11 :

*Ιεράρχηση των Υπηρεσιών ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν.*

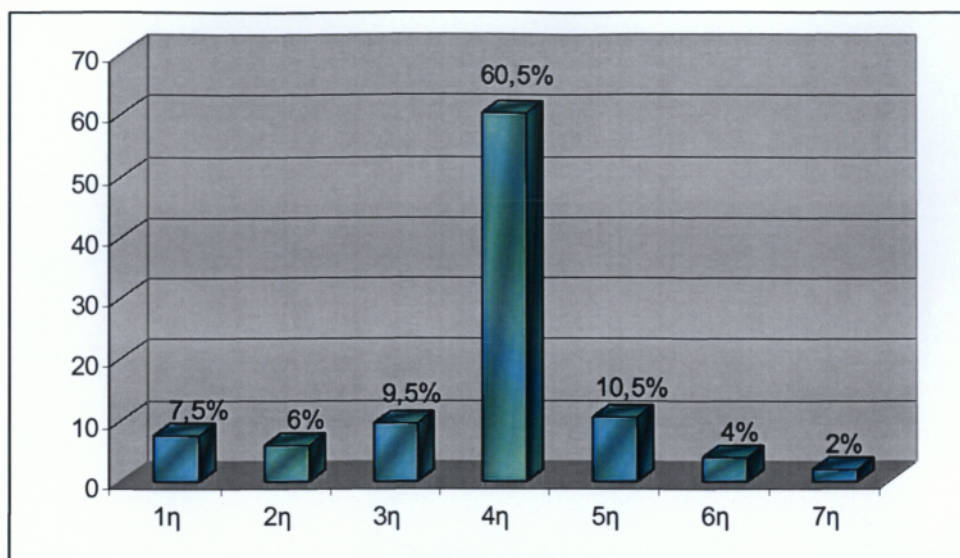
Η κατηγορία «Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως π.χ. αντικατάστασης ισχίου, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους» κατατάχθηκε τέταρτη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 60,5%, πέμπτη με ποσοστό 10,5%, τρίτη με ποσοστό 9,5%, πρώτη με ποσοστό 7,5%, δεύτερη με ποσοστό 6%, έκτη με ποσοστό 4% και έβδομη με ποσοστό 2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.12 :

*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως π.χ. αντικατάστασης ισχίου, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους»*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1η	15	7,5	7,5	7,5
2η	12	6,0	6,0	13,5
3η	19	9,5	9,5	23,0
4η	121	60,5	60,5	83,5
5η	21	10,5	10,5	94,0
6η	8	4,0	4,0	98,0
7η	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	





**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.12 :**

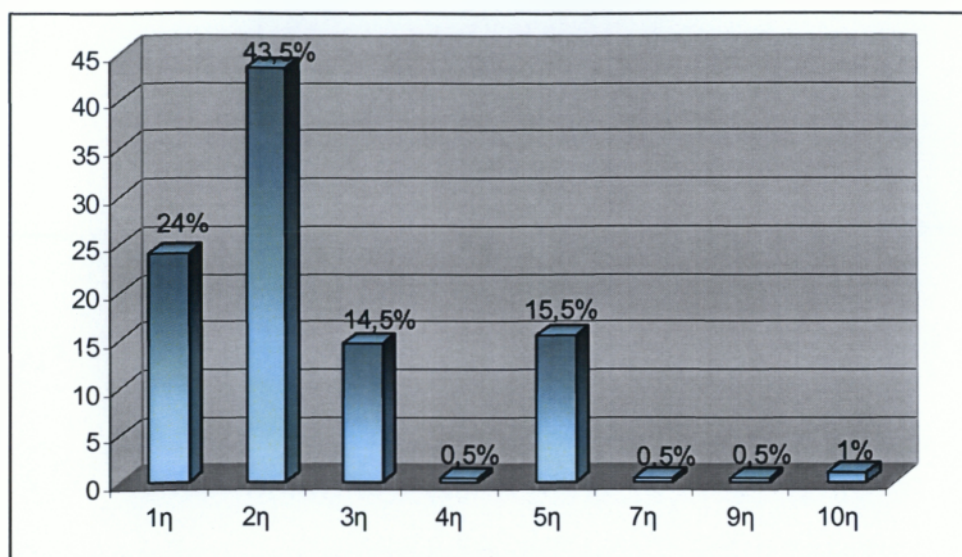
*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως π.χ. αντικατάσταση ισχίου, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους»*

Η κατηγορία «Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους» κατατάχθηκε δεύτερη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 43,5%, πρώτη με ποσοστό 24%, Πέμπτη με ποσοστό 15,5%, τρίτη με ποσοστό 14,5%, δέκατη με ποσοστό 1% και τέταρτη, έβδομη και ένατη με ποσοστό 0.5%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.13 :**

*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους»*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1η	48	24,0	24,0	24,0
	2η	87	43,5	43,5	67,5
	3η	29	14,5	14,5	82,0
	4η	1	,5	,5	82,5
	5η	31	15,5	15,5	98,0
	7η	1	,5	,5	98,5
	9η	1	,5	,5	99,0
	10η	2	1,0	1,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.13 :

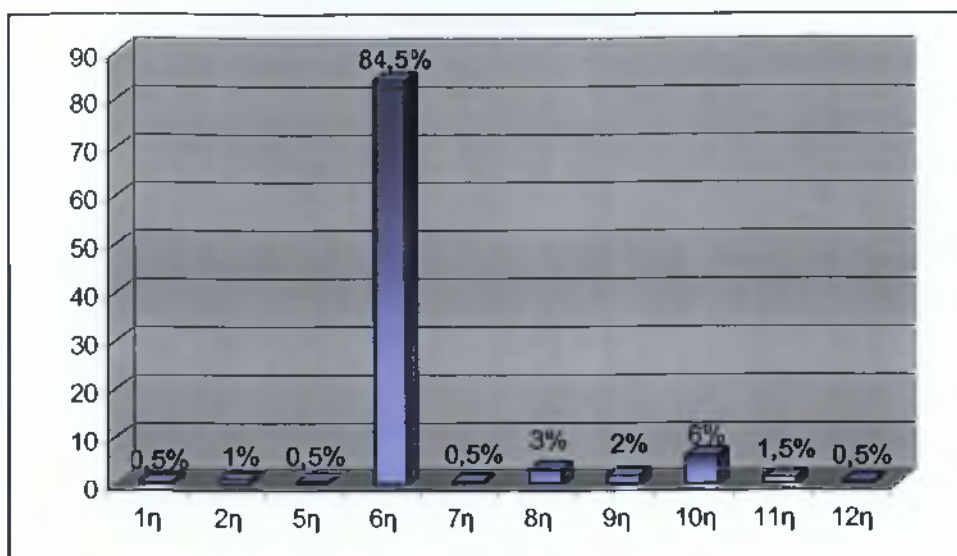
*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους»*

Η κατηγορία «Θεραπευτικές αγωγές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής» κατατάχθηκε έκτη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 84,5%, δέκατη με ποσοστό 6%, όγδοη με ποσοστό 3%, ένατη με ποσοστό 2%, ενδέκατη με ποσοστό 1,5%, δεύτερη με ποσοστό 1% και πρώτη, πέμπτη και δωδέκατη με ποσοστό 0,5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.14 :

*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Θεραπευτικές αγωγές υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής»*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1η	1	,5	,5	,5
2η	2	1,0	1,0	1,5
5η	1	,5	,5	2,0
6η	169	84,5	84,5	86,5
7η	1	,5	,5	87,0
8η	6	3,0	3,0	90,0
9η	4	2,0	2,0	92,0
10η	12	6,0	6,0	98,0
11η	3	1,5	1,5	99,5
12η	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.14 :**

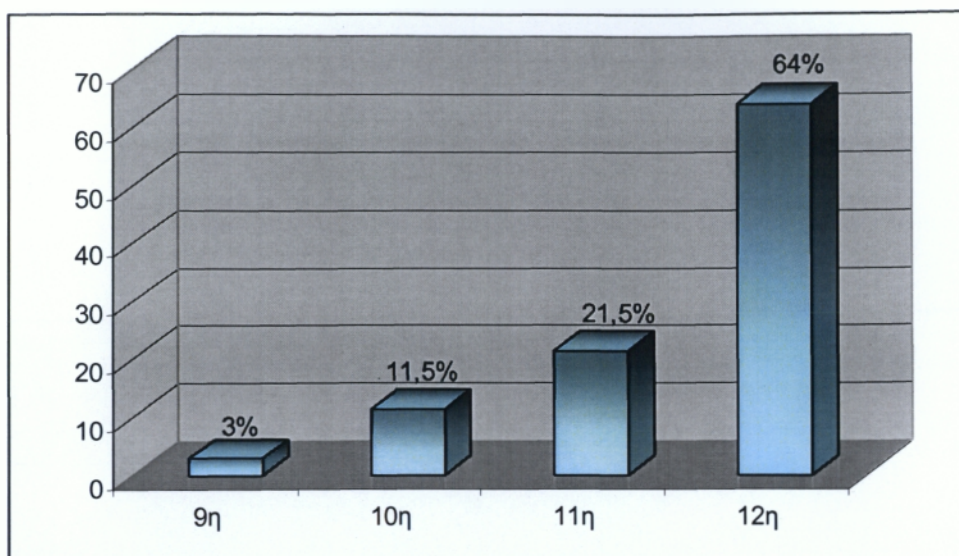
*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Θεραπευτικές αγωγές υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής»*

Η κατηγορία «Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους» κατατάχθηκε δωδέκατη από την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 64%, ενδέκατη με ποσοστό 21,5%, δέκατη με ποσοστό 11,5% και ένατη με ποσοστό 3%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.15 :**

*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους»*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9η	6	3,0	3,0	3,0
	10η	23	11,5	11,5	14,5
	11η	43	21,5	21,5	36,0
	12η	128	64,0	64,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.15 :

*Ιεράρχηση της Υπηρεσίας «Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους»*

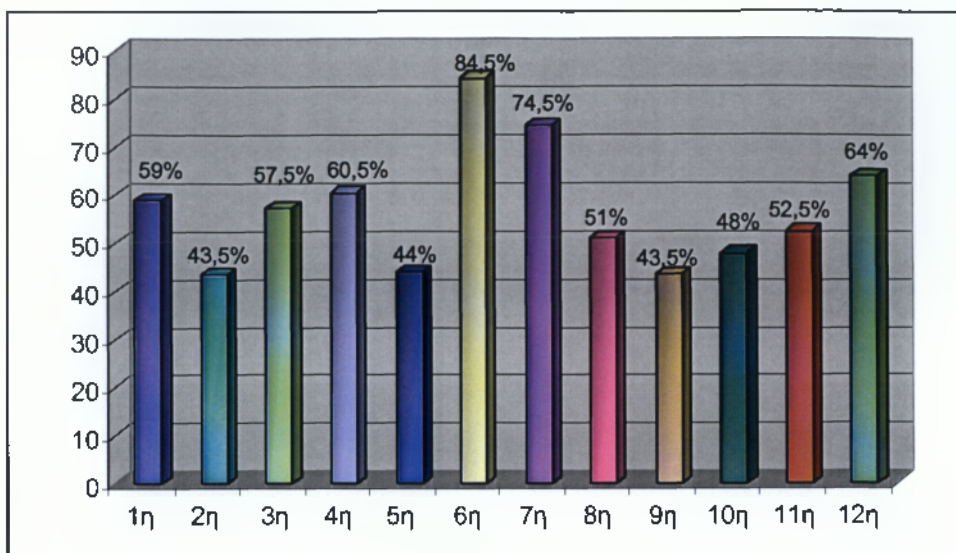
### 3.6 Συγκεντρωτικά Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα όπως αυτά παρουσιάστηκαν αναλυτικά ανωτέρω οδηγούν στην ακόλουθη ιεράρχη προτεραιοτήτων, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα 3.16.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.16 :

*Συγκεντρωτική Ιεράρχηση Προτεραιοτήτων Δείγματος*

No	ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	%
1η	Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο.	59
2η	Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους	43,5
3η	Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί.	57,5
4η	Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως π.χ. αντικατάσταση ισχίου, οι οποίες έχουν ως στόχο την υλοποίηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους.	60,5
5η	Χειρουργικές επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, μεταμόσχευση οργάνων και ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών.	44
6η	Θεραπευτικές αγωγές υλοβοηθούμενης αναπαραγωγής.	84,5
7η	Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον	74,5
8η	Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.	51
9η	Υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν.	43,5
10η	Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους.	48
11η	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 g, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης.	52,5
12η	Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.	64



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.16 :  
Συγκεντρωτική Ιεράρχηση Προτεραιοτήτων Δείγματος

#### 3.5.4 Αποτελέσματα Συνδυασμού Ερωτήσεων

Στο υποκεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από το συνδυασμό μεταξύ ορισμένων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της έρευνας, προκειμένου να εξετασθούν οι σχέσεις μεταξύ των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν. Συγκεκριμένα θα εξετασθούν αρχικά τα αποτελέσματα συνδυασμού μεταξύ ηλικίας και των τριών υπηρεσιών που ιεραρχούνται υψηλότερα από το δείγμα και εν συνεχεία τα αποτελέσματα συνδυασμού μεταξύ ηλικίας και της υπηρεσίας που ιεραρχήθηκε ως τελευταία (δωδέκατη) προτεραιότητα.

Από τον συνδυασμό των ερωτήσεων μεταξύ ηλικίας και της κατηγορίας «Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο». Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 18-30 ετών, σε ποσοστό 32,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρώτη προτεραιότητα, μόλις το 3% θεωρεί ότι αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 1,5% τρίτη και το 0,5% τέταρτη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 31-40 ετών, σε ποσοστό 16% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρώτη προτεραιότητα, το 4% θεωρεί ότι αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 3,5% τρίτη και το 0,5% τέταρτη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 41-50 ετών, σε ποσοστό 12% (ως

προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 6,5% θεωρεί ότι αποτελεί πρώτη προτεραιότητα και το 4,5% τέταρτη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 51-60 ετών, σε ποσοστό 3,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρώτη προτεραιότητα, το 2,5% θεωρεί ότι αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 2,5% τρίτη και το 2,5% τέταρτη. Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 61 ετών και άνω, σε ποσοστό 2% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 2% θεωρεί ότι αποτελεί τρίτη, ενώ μόνο το 0,5 θεωρεί ότι αποτελεί πρώτη προτεραιότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.17 :

*Συσχετισμού Ηλικίας Δείγματος και της προτεραιότητας «Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο»*

		1				Total	
		1η ΠΡΟΤΕΡΑ ΙΟΤΗΤΑ	2η ΠΡΟΤΕΡΑ ΙΟΤΗΤΑ	3η ΠΡΟΤΕΡΑ ΙΟΤΗΤΑ	4η ΠΡΟΤΕΡΑ ΙΟΤΗΤΑ		
ΗΛΙΚΙΑ	18-30	Count	65	6	3	1	75
		% of Total	32,5%	3,0%	1,5%	,5%	37,5%
	31-40	Count	32	8	7	1	48
		% of Total	16,0%	4,0%	3,5%	,5%	24,0%
	41-50	Count	13	24	0	9	46
		% of Total	6,5%	12,0%	,0%	4,5%	23,0%
	51-60	Count	7	5	5	5	22
		% of Total	3,5%	2,5%	2,5%	2,5%	11,0%
	61<	Count	1	4	4	0	9
		% of Total	,5%	2,0%	2,0%	,0%	4,5%
Total		Count	118	47	19	16	200
		% of Total	59,0%	23,5%	9,5%	8,0%	100,0%

Από τον συνδυασμό των ερωτήσεων μεταξύ ηλικίας και της κατηγορίας «Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους». Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 18-30 ετών, σε ποσοστό 25% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 5,5% θεωρεί ότι αποτελεί τρίτη προτεραιότητα, το 5% πέμπτη, το 1,5% πρώτη και το 0,5%. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 31-40 ετών, σε ποσοστό 10,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία

αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 7,5% θεωρεί ότι αποτελεί πρώτη προτεραιότητα, το 2,5% τρίτη, το 2,5% πέμπτη και το 1% δέκατη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 41-50 ετών, σε ποσοστό 9% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρώτη προτεραιότητα, το 6,5% θεωρεί ότι αποτελεί πέμπτη προτεραιότητα, το 5% δεύτερη, το 2,5% τρίτη και το 0,5% τέταρτη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 51-60 ετών, σε ποσοστό 3,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρώτη προτεραιότητα, το 4% θεωρεί ότι αποτελεί τρίτη προτεραιότητα, το 3% δεύτερη, το 2% πρώτη, το 1,5% πέμπτη και το 0,5 έβδομη. Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 61 ετών και άνω, σε ποσοστό 4% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρώτη προτεραιότητα και το 0,5% τρίτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.18 :

*Συσχετισμού Ηλικίας Δείγματος και της προτεραιότητας «Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους»*

		10								Total	
		1	2	3	4	5	7	9	10		
ΗΛΙΚΙΑ	18-30	Count	3	50	11	0	10	0	1	0	75
		% of Total	1,5%	25,0%	5,5%	,0%	5,0%	,0%	,5%	,0%	37,5%
	31-40	Count	15	21	5	0	5	0	0	2	48
		% of Total	7,5%	10,5%	2,5%	,0%	2,5%	,0%	,0%	1,0%	24,0%
	41-50	Count	18	10	4	1	13	0	0	0	46
		% of Total	9,0%	5,0%	2,0%	,5%	6,5%	,0%	,0%	,0%	23,0%
	51-60	Count	4	6	8	0	3	1	0	0	22
		% of Total	2,0%	3,0%	4,0%	,0%	1,5%	,5%	,0%	,0%	11,0%
	61<	Count	8	0	1	0	0	0	0	0	9
		% of Total	4,0%	,0%	,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	4,5%
Total		Count	48	87	29	1	31	1	1	2	200
		% of Total	24,0%	43,5%	14,5%	,5%	15,5%	,5%	,5%	1,0%	100,0%

Από τον συνδυασμό των ερωτήσεων μεταξύ ηλικίας και της κατηγορίας «Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί». Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 18-30 ετών, σε ποσοστό 24% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί τρίτη προτεραιότητα, το 11% πέμπτη, το

1,5% δεύτερη και το 1% πρώτη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 31-40 ετών, σε ποσοστό 12,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί τρίτη προτεραιότητα, το 7,5% θεωρεί ότι αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 1% τέταρτη, το 0,5% πρώτη και το 0,5% δέκατη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 41-50 ετών, σε ποσοστό 16% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί τρίτη προτεραιότητα, το 4,5% θεωρεί ότι αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 1,5% πέμπτη και το 1% πρώτη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 51-60 ετών, σε ποσοστό 3,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, το 3% θεωρεί ότι αποτελεί τρίτη προτεραιότητα, το 2,5% πρώτη, το 1% όγδοη, το 0,5% τέταρτη και το 0,5 έβδομη. Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 61 ετών και άνω, σε ποσοστό 2,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί έβδομη προτεραιότητα και το 2% τρίτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.19 :

*Συσχετισμού Ηλικίας Δείγματος και της προτεραιότητας «Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους»*

			6							Total	
			1	2	3	4	5	7	8	10	
ΗΛΙΚΙΑ	18-30	Count	2	3	48	0	22	0	0	0	75
		% of Total	1,0%	1,5%	24,0%	,0%	11,0%	,0%	,0%	,0%	37,5%
	31-40	Count	1	15	25	2	4	0	0	1	48
		% of Total	,5%	7,5%	12,5%	1,0%	2,0%	,0%	,0%	,5%	24,0%
	41-50	Count	2	9	32	0	3	0	0	0	46
		% of Total	1,0%	4,5%	16,0%	,0%	1,5%	,0%	,0%	,0%	23,0%
	51-60	Count	5	7	6	1	0	1	2	0	22
		% of Total	2,5%	3,5%	3,0%	,5%	,0%	,5%	1,0%	,0%	11,0%
	61<	Count	0	0	4	0	0	5	0	0	9
		% of Total	,0%	,0%	2,0%	,0%	,0%	2,5%	,0%	,0%	4,5%
Total		Count	10	34	115	3	29	6	2	1	200
		% of Total	5,0%	17,0%	57,5%	1,5%	14,5%	3,0%	1,0%	,5%	100,0%

Από τον συνδυασμό των ερωτήσεων μεταξύ ηλικίας και της κατηγορίας «Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους». Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας



μεταξύ 18-30 ετών, σε ποσοστό 20,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δωδέκατη προτεραιότητα, το 10,5% θεωρεί ότι αποτελεί ενδέκατη προτεραιότητα και το 6,5% δέκατη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 31-40 ετών, σε ποσοστό 17,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δωδέκατη προτεραιότητα, το 2,5% δέκατη, το 2,5% ενδέκατη και το 1,5% ένατη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 41-50 ετών, σε ποσοστό 17,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δωδέκατη προτεραιότητα, το 3,5% ενδέκατη, 1,5% ένατη και το 0,5% δέκατη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 51-60 ετών, σε ποσοστό 7% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δωδέκατη προτεραιότητα, το 2,5% ενδέκατη και το 1,5% δέκατη. Τέλος, ακόμη και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας μεταξύ 61 ετών και άνω, σε ποσοστό 2,5% (ως προς το σύνολο) θεωρούν ότι η κατηγορία αυτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί δωδέκατη προτεραιότητα, το 2,5% ενδέκατη, ενώ μόνο το 0,5 δέκατη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.20 :

*Συσχετισμού Ηλικίας Δείγματος και της προτεραιότητας «Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους»*

						Total	
		9	10	11	12		
ΗΛΙΚΙΑ	18-30	Count	0	13	21	41	75
		% of Total	,0%	6,5%	10,5%	20,5%	37,5%
	31-40	Count	3	5	5	35	48
		% of Total	1,5%	2,5%	2,5%	17,5%	24,0%
	41-50	Count	3	1	7	35	46
		% of Total	1,5%	,5%	3,5%	17,5%	23,0%
	51-60	Count	0	3	5	14	22
		% of Total	,0%	1,5%	2,5%	7,0%	11,0%
	61<	Count	0	1	5	3	9
		% of Total	,0%	,5%	2,5%	1,5%	4,5%
Total		Count	6	23	43	128	200
		% of Total	3,0%	11,5%	21,5%	64,0%	100,0%

### 3.6 Συμπεράσματα Έρευνας

Η παρούσα έρευνα, η οποία αξιοποίησε τη γνώμη/άποψη 200 πολιτών, αναδεικνύει μία ευρεία θετική στάση των πολιτών, ως προς την προτεραιότητα χρηματοδότησης υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έναντι των υπηρεσιών της Δευτεροβάθμιας. Παράλληλα, διαπιστώνεται εναργώς μία σαφής προτεραιότητα σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε νεαρές ηλικίες έναντι εκείνων που απευθύνονται κυρίως σε άτομα τρίτης ηλικίας. Αναλυτικότερα, από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα.

- Οι πολίτες του δείγματος της έρευνας αναγνωρίζουν στην πλειοψηφία τους την σπουδαιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κατατάσσοντας την κατηγορία «Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας/αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο» ως πρώτη και την κατηγορία «Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί» ως Τρίτη προτεραιότητα. Ο συνδυασμός δε, της ηλικίας και των υπηρεσιών αυτών, έδειξε ότι παρατηρείται μία σχετική ομοφωνία των πολιτών ως προς την προτεραιότητα αυτών των υπηρεσιών καθώς δεν παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές ως προς την ηλικία και τις επιλογές τους, πέραν ορισμένων διαφορών από τα άτομα ηλικίας άνω των 61 ετών. Κατά συνέπεια, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι πολίτες και ιδιαιτέρως οι νεότεροι έχουν αντιληφθεί τη σπουδαιότητα και τα οφέλη της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης και τάσσονται υπέρ σε μία στροφή του ΕΣΥ προς τις υπηρεσίες που εντάσσονται στον ευρύτερο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Οι πολίτες δίνουν προτεραιότητα στη χρηματοδότηση υπηρεσιών που απευθύνονται σε νεαρές ηλικίες έναντι των υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα τρίτης ηλικίας. Το συμπέρασμα αυτό, προκύπτει από το γεγονός ότι η κατηγορία «Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους» επιλέχθηκε από την πλειοψηφία του δείγματος ως δεύτερη εν αντιθέσει με τις κατηγορίες «Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους» και «Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους» κατατάχθηκαν ως τελευταίες προτεραιότητες στη δωδέκατη και δέκατη θέση, αντίστοιχα. Ο συνδυασμός δε, της ηλικίας και των υπηρεσιών αυτών έδειξε ότι και εδώ δεν

παρατηρούν αξιοσημείωτες διαφορές ως προς την ηλικία και τις επιλογές του δείγματος.

- Οι πολίτες αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα κατεύθυνσης των πόρων σε υπηρεσίες που είναι δυνατόν να ωφελήσουν αναλογικά περισσότερο την κοινωνία σαν σύνολο, δηλαδή δίνουν προτεραιότητα σε εκείνες τις υπηρεσίες που ενδέχεται να έχουν υψηλότερο κοινωνικό όφελος. Συμπέρασμα το οποίο, ανακύπτει από το γεγονός ότι οι κατηγορίες υπηρεσιών όπως «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 g, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης» και «Υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν» κατατάχθηκαν ως ενδέκατη και ένατη προτεραιότητα, αντίστοιχα. Αντίθετα, κατατάσσονται υψηλότερα και συγκεκριμένα ως τέταρτη και πέμπτη προτεραιότητα, αντίστοιχα, οι κατηγορίες «Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως π.χ. αντικατάστασης ισχίου, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους» και «Χειρουργικές επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, μεταμόσχευση οργάνων και ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών». Όσον αφορά αυτές τις προτεραιότητες καθώς επίσης και την κατηγορία «Θεραπευτικές αγωγές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής» που έλαβε την έκτη θέση στη χρηματοδότηση, διαφαίνεται η ανάγκη του δειγματοληπτικού πληθυσμού να εξασφαλίσει την ασφάλεια και τη σιγουριά που του παρέχει η υψηλή τεχνολογία και οι σύγχρονες επεμβατικές μέθοδοι σε μια ενδεχόμενη νοσηλεία του.
- Τέλος, οι πολίτες θεωρούν ως μέτριας προτεραιότητας τις κατηγορίες υπηρεσιών υγείας όπως «Υπηρεσίες κατ' οίκον» και «Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα» δίνοντάς τους την έβδομη και όγδοη θέση, αντίστοιχα.

Συγκρίνοντας δε, τα αποτελέσματα της ως άνω έρευνας με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών που διενεργηθήκαν στο εξωτερικό, δεδομένης της έλλειψης αντίστοιχων ερευνών στην Ελλάδα, μπορούμε να εξάγουμε δύο γενικά, μόνο, συμπεράσματα λόγω των σημαντικών δειγματοληπτικών διαφορών:

- Τόσο οι Έλληνες όσο και οι Αμερικάνοι δίνουν προτεραιότητα στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. (Blendon et al, 2006)

- Τόσο Έλληνες όσο και οι Αμερικάνοι δίνουν σημαντική προτεραιότητα στην διασφάλιση παροχής υπηρεσιών υψηλής τεχνολογίας. (Blendon et al, 2006, Bowling, 1994)
- Τέλος, τόσο οι Έλληνες όσο και οι Βρετανοί, οι Ολλανδοί και οι Αμερικάνοι κατατάσσουν τις υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα σε χαμηλότερη προτεραιότητα συγκριτικά με την προτεραιότητα που δίνουν σε υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται σε νεώτερα άτομα. (Blendon et al, 2006, Bowling, 1994, Centre of Research and Ethics, 2004, Richardson, Charny, Hammer-Lloyd, 1992, Ham, 1995, Heginbotham, 1993)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στα πλαίσια των διαρκώς διογκούμενων δαπανών υγείας, ο καθορισμός προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων στο χώρο της υγείας αποτελεί μία διαδικασία βαρύνουσας σημασίας, μέσω της οποίας έχει αποδειχθεί ότι επιτυγχάνεται η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία κάθε σύγχρονου συστήματος υγείας. Για το λόγο αυτό, πολλές χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου δίνουν έμφαση στη διαδικασία αυτή και προσπαθούν να εντοπίσουν και να χρησιμοποιήσουν την καταλληλότερη μέθοδο καθορισμού προτεραιοτήτων. Παρόλα αυτά, κοινό συμπέρασμα πολλών ερευνητών είναι ότι δεν έχει εντοπιστεί ακόμη η καταλληλότερη εκείνη μέθοδος που θα εξασφαλίσει τον πλέον ορθό τρόπο καθορισμού προτεραιοτήτων, καθώς όλες παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Παράλληλα όμως, αποτελεί κοινή πλέον παραδοχή ότι ανεξαρτήτως της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί, ο ρόλος της διερεύνησης της άποψης των πολιτών είναι καθοριστικής σημασίας, τόσο για τον εντοπισμό των αναγκών και προσδοκιών τους όσο και για τη διασφάλιση της κοινωνικής συναίνεσης και αποδοχής. Οι παράμετροι που μπορούν να επηρεάσουν τη διασφάλιση της επιθυμητής κοινωνικής συναίνεσης είναι πολλές και διάφορες μελέτες δείχνουν ότι διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες προσεγγίζουν διαφορετικά το θέμα των προτεραιοτήτων.

Ανεξαρτήτως πάντως, των όποιων διαφοροποιήσεων μεταξύ προτεραιοτήτων, παρατηρείται μία σύγκλιση καθώς, τόσο η μελλοντική στρατηγική του ΠΟΥ ως και της ΕΕ για την υγεία, ως κοινή προτεραιότητα αναγνωρίζουν την προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των δράσεων της δημόσιας υγείας. Η προτεραιότητα αυτή στοιχειοθετείται τόσο από οικονομικής όσο και από κοινωνικής απόψεως, αν ληφθεί υπόψη αφ' ενός το γεγονός ότι ο επί χρόνια προσανατολισμός των δαπανών υγείας στην δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη δεν επέφερε τα αντίστοιχα οφέλη βελτίωσης της υγείας και αφ' εταίρου από τις επιδημιολογικές εξελίξεις που εστιάζονται στην εμφάνιση των χρόνιων εκφυλιστικών πολυαιτιολογικών νοσημάτων, για την αντιμετώπιση των οποίων ως το πλέον αποδοτικότερο μέσο αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα καθιέρωσης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας. (Τριχοπούλου, Τριχόπουλος, 1986)

Στα πλαίσια αυτά, κινείται και η εθνική μας στρατηγική, όπως αυτή εξαγγέλθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ παράλληλα, σημαντικό εύρημα αποτελεί η διαπίστωση που προέκυψε από τα αποτελέσματα της έρευνας της παρούσας εργασίας, τα οποία δείχνουν ότι οι Έλληνες πολίτες θα είναι σε θέση να αποδεχθούν τις προτεραιότητες της στρατηγικής αυτής. Άλλωστε, όπως προκύπτει από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας σχετικά με τις προτεραιότητες κατανομής των πόρων, προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

▼ Οι πολίτες, και ιδιαιτέρως οι νεότεροι, έχουν αντιληφθεί τη σπουδαιότητα και τα οφέλη της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης και τάσσονται υπέρ σε μία στροφή του ΕΣΥ προς τις υπηρεσίες που εντάσσονται στον ευρύτερο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το γεγονός αυτό, συνάδει και με τα συμπεράσματα ερευνών ικανοποίησης των πολιτών, οι οποίοι πλέον εμφανίζονται ιδιαιτέρως δυσαρεστημένοι από τον υφιστάμενο τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ. Αυτό, έχει ως συνέπεια την αναζήτηση των ως άνω υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα υγείας και ως εκ τούτου την διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, οι οποίες απορρέουν άμεσα από τα νοικοκυριά.

▼ Οι πολίτες δίνουν φανερό προβάδισμα στη χρηματοδότηση υπηρεσιών που απευθύνονται σε νεαρές ηλικίες, έναντι των υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα τρίτης ηλικίας. Αξιολογώντας περαιτέρω το εύρημα αυτό, σε συνδυασμό με τη διεθνή βιβλιογραφία θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η τάση αυτή εκφράζεται και από τους πολίτες άλλων χωρών και θεωρείται δικαιολογημένο, αν ληφθούν υπόψη τα συνολικά οφέλη υγείας που είναι σε θέση να αποκομίσουν τα νεότερα άτομα (fair innings). Παράλληλα, οι υπηρεσίες που απευθύνονται κατά βάση σε άτομα παραγωγικής ηλικίας είναι σημαντικές από οικονομικής απόψεως, δεδομένου ότι είναι αναγκαίο να αναρρώσουν γρήγορα, ώστε να γυρίσουν στην παραγωγή, συμβάλλοντας έτσι τόσο στην οικονομική ανάπτυξη του κράτους όσο και στην οικονομική σταθερότητα της οικογένειάς τους. Εδώ όμως, ανακύπτει το εξής ερώτημα: «Είναι εφικτή η απομάκρυνση πόρων σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα τρίτης ηλικίας και η κατεύθυνση τους σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε νεότερους όταν το ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που περνά στην τρίτη ηλικία αυξάνεται διαρκώς;» Είναι σαφές ότι, το θέμα της απορρόφησης πόρων προς υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα, αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σπουδαιότητα, δεδομένης της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών που έχει κάνει

την εμφάνιση της και στην Ελλάδα. Η Commission (2000) προσδιόρισε τις προκλήσεις της πολιτικής υγείας σε σχέση με τη γήρανση και συγκεκριμένα την αύξηση της ζήτησης: «...το 2020, θα υπάρχουν πάνω από 40% περισσότεροι άνθρωποι άνω των 75 ετών σε σχέση με το 1990. Το γεγονός αυτό θα αυξήσει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και απαιτεί αλλαγή στη δομή και τον οργανισμό τους». Το φαινόμενο αυτό αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση του κόστους, δεδομένου ότι οι δαπάνες υγειονομικής φροντίδας για ηλικιωμένους είναι μεγαλύτερες από εκείνες που αφορούν ηλικίες εργαζομένων. Ως εκ τούτου, το ζήτημα χωλαίνει ακόμα περισσότερο διότι το σύνολο του εξαρτώμενου πληθυσμού θα αυξηθεί σημαντικά. Κατ' ουσίαν, λοιπόν, η πολιτική υγείας θα πρέπει να έρθει αντιμέτωπη με μία πρόκληση που η ίδια δημιούργησε και η οποία αναμένεται να επηρεάσει σημαντικά τις προτεραιότητες υγείας στο μέλλον. (Καλδεριμιτζιάν, 2006) Η λύση, ίσως, να βρίσκεται στην ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών με την κατάλληλη στελέχωση, που θα ανταποκριθούν αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα στην σημαντική αυτή μερίδα του πληθυσμού. Ενδεικτικά, στην κατηγορία αυτή των εξειδικευμένων δομών θα μπορούσε να δοθεί περισσότερη έμφαση σε γηριατρικά νοσοκομεία, κέντρα Αλτσχάιμερ, προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας ή ακόμη και ο μαζικός προληπτικός εμβολιασμός κατά της γρίπης.

➔ Οι πολίτες ανεξάρτητα από την ηλικία των χρηστών που απευθύνονται οι υπηρεσίες υγείας, αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα κατεύθυνσης των πόρων σε υπηρεσίες που είναι δυνατόν να ωφελήσουν αναλογικά περισσότερο την κοινωνία σαν σύνολο, δηλαδή δίνουν προτεραιότητα σε εκείνες τις υπηρεσίες που ενδέχεται να έχουν υψηλότερο κοινωνικό όφελος. Συμπέρασμα, το οποίο ανακύπτει από το γεγονός ότι οι κατηγορίες υπηρεσιών όπως «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 g, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης» και «Υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν» κατατάχθηκαν ως ενδέκατη και ένατη προτεραιότητα, αντίστοιχα. Το συμπέρασμα αυτό, σε συνθήκες περιορισμένων πόρων εμφανίζεται δικαιολογημένο κυρίως από οικονομικής απόψεως αλλά δεν παύει να εγείρει και ορισμένα ηθικά διλήμματα.

➔ Οι πολίτες επιθυμούν από το ΕΣΥ να τους εξασφαλίζει υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας και σύγχρονες επεμβατικές μεθόδους σε μια ενδεχόμενη νοσηλεία τους. Γεγονός το οποίο αντικατοπτρίζει ότι ο σύγχρονος Έλληνας εξασφαλίζοντας

ένα αυξημένο βιοτικό επίπεδο και έχοντας ένα υψηλό μορφωτικό υπόβαθρο αλλά και με τη βοήθεια των μέσων που διαθέτει π.χ. διαδίκτυο, μπορεί να αντιληφθεί αμέσως τι τον ωφελεί, και να απαιτεί από την εκάστοτε κυβέρνηση, θεραπευτικές αγωγές υψηλού επιπέδου.

▼ Τέλος, οι πολίτες θεωρούν ως μέτριας προτεραιότητας τις κατηγορίες υπηρεσιών υγείας όπως «Υπηρεσίες κατ' οίκον» και «Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα». Αξιολογώντας το εύρημα αυτό ιδίως, ως προς τις «Υπηρεσίες κατ' οίκον» θα μπορούσε καταρχήν να θεωρηθεί δικαιολογημένο εξαιτίας της παραδοσιακής μορφής της ελληνικής οικογένειας, η οποία επιφορτίζεται το σημαντικό βάρος φροντίδας των ηλικιωμένων ή ασθενών ατόμων της οικογένειας. Παρατηρείται λοιπόν, ότι παρά το γεγονός ότι στις μέρες μας γίνεται ολοένα και περισσότερος λόγος για κρίση των οικογενειακών δεσμών, η οικογένεια μπορεί να αναλάβει τη φροντίδα του οικείου που έχει πρόβλημα, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες του δυτικού κόσμου. Πιθανότατα αυτός ήταν και ο λόγος, μάλλον που μέχρι πρότινος δεν είχε δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάπτυξη τέτοιου τύπου υπηρεσιών. (Κικιλίας 2005, Συμεωνίδου 2005) Η έμφαση όμως στις «Υπηρεσίες κατ' οίκον» φαίνεται ότι θα κάνει έντονη την εμφάνισή της, όχι μόνο από την αύξηση της αδυναμίας των σύγχρονων οικογενειών να φροντίσουν τα ασθενή ή γηραιότερα μέλη της οικογένειας αλλά και για καθαρά οικονομικούς λόγους βιωσιμότητας του ΕΣΥ, αφού οι υπηρεσίες κατ' οίκον συντελούν στην αποσυμφόρηση των δημοσίων νοσοκομείων από ασθενείς των οποίων οι ανάγκες υγείας τους θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν οικονομικότερα και αποτελεσματικότερα στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους. (Κωνσταντινίδης, Τζαγκαράκη, 1998)

Διαπιστώνοντας λοιπόν, μία σαφής σύγκλιση των απόψεων, όπως αυτές εκφράζονται και από τα αποτελέσματα της έρευνας, ως προς την προτεραιότητα κατανομής των πόρων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί μία σταδιακή μετάβαση προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει:

▼ Να μειωθεί ο βαθμός πολυκερματισμού φορέων, με διαφορετικά οργανωτικά και διοικητικά σχήματα, που μέχρι σήμερα προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



- Να εστιαστούν οι προσπάθειες στην οργανωτική συγκρότηση και την μείωση των ανισοτήτων ανά περιφέρεια παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Να δοθεί έμφαση στην επαρκή (ποσοτικά και ποιοτικά) στελέχωση των υπηρεσιών και να δοθούν κίνητρα (γεγονός που προβλέπεται και νομοθετικά<sup>3</sup>) για την αύξηση του αριθμού ιατρικών ειδικοτήτων όπως γενικής ιατρικής, κοινωνικής ιατρικής, γηριατρικής και αποκατάστασης που αποτελούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Να ξεπεραστούν οι ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή που οδηγούν στην αδυναμία ανταπόκρισης στις σύγχρονες απαιτήσεις παροχής της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ώστε να μετριαστεί η προσφυγή των πολιτών σε ιδιωτικούς φορείς που φαίνεται να επιβαρύνουν τα εισοδήματά τους.
- Να εφαρμοστεί στην πράξη ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και του ορθολογικού καθορισμού παραπομπών, ώστε ο χρήστης να έχει πλέον ένα σταθερό σημείο αναφοράς και να αποφευχθεί η άσκοπη περιπλάνησή του εντός του συστήματος υγείας και κυρίως η περιττή πολλές φορές προσφυγή του σε νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Προκειμένου δε, να εξοικονομηθούν πόροι για την ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα πρέπει:

- Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων ανά περιφέρεια και να γίνουν οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες που ενδεχομένως να αφορούν στη συγχώνευση ή και το κλείσιμο κάποιων εξ αυτών, αν λάβουμε υπόψη ότι σε ορισμένες περιοχές όπως στο νομό της Αττικής έχουν συγκεντρωθεί πάνω από τις μισές νοσοκομειακές μονάδες σε σχέση με το σύνολο της Ελλάδας. (Data Base ICUP, 2000)
- Να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών δομών όπως οι «υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας» ή «κινητές μονάδες παροχής υπηρεσιών ανά περιφέρεια» και άλλες αντίστοιχες δράσεις όπως έγινε με επιτυχία σε χώρες του εξωτερικού και συνέβαλαν δραστικά στην εξοικονόμηση πόρων.

<sup>3</sup> Ο Νόμος 2889/2001 στο άρθρο 11 προβλέπει την χορήγηση ειδικών οικονομικών και επιστημονικών κινήτρων για τις εν ανεπαρκεία ειδικότητες όπως γενικής ιατρικής, ιατρικής της εργασίας κ.ά. με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Τέλος, παρ' ότι οι πολίτες μπορεί να παρουσιάζονται σαφώς θετικά προσκείμενοι προς την προτεραιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αν οι λύσεις για την εξοικονόμηση πόρων ήταν οι ανωτέρω και ιδίως η μείωση των νοσοκομείων σε κάποιες περιοχές, ενδέχεται πραγματικά να εγείρονταν σημαντικές αντιδράσεις όπως συνέβη σε χώρες του εξωτερικού. Για τον λόγο αυτό, σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία θα πρέπει να ακολουθηθούν κάποιες τακτικές προκειμένου να διασφαλιστεί η κοινωνική αποδοχή, με βασικότερες: (WHO, 2004)

- την αναγκαιότητα να ακολουθηθεί μία ολοκληρωμένη διαδικασία κατά τη λήψη αποφάσεων,
- τη σωστή προετοιμασία διάδοσης του μηνύματος-απόφασης στην κοινωνία, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους εμπλεκόμενους (ασθενείς, προσωπικό, τοπικές αρχές και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης) καθώς και
- την αναγκαιότητα ύπαρξης δέσμευσης από τους φορείς λήψης αποφάσεων, οι οποίοι θα πρέπει να δείξουν ότι αποβλέπουν όχι μόνο σε ένα πρόσκαιρο όφελος αλλά ότι θα αποτιμούν την αποτελεσματικότητα των αποφάσεών τους διαρκώς, ελέγχοντας την αποτελεσματικότητα λειτουργίας της νέας απόφασης προσαρμόζοντάς την αναλόγως προς όφελος της κοινωνίας.

Συμπερασματικά, η αναμφισβήτητη σήμερα ανάγκη για την αύξηση της βιωσιμότητας και αποτελεσματικότητας των σύγχρονων συστημάτων υγείας δεν μπορεί να ικανοποιηθεί παρά μόνο μέσω του ορθολογικού καθορισμού προτεραιοτήτων. Προκειμένου όμως, να επιτευχθεί κάτι τέτοιο κρίνεται αναγκαίως, ειδικότερα για τα ελληνικά δεδομένα, ο καθορισμός τους όχι με βάση ιστορικά δεδομένα, όπως ίσχυε μέχρι σήμερα, αλλά με οικονομικές και συνδυαστικές μεθόδους. Ενώ, πρόκληση για τα ελληνικά δεδομένα αποτελεί η εξεύρεση και υιοθέτηση του καταλληλότερου τρόπου ενσωμάτωσης των απόψεων των πολιτών στον υγειονομικό σχεδιασμό, όπως έχει εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες του κόσμου. Έτσι θα επιτευχτεί η διασφάλιση της διαφάνειας και νομιμότητας των αποφάσεων, που αποτελεί τη βάση για μια ισότιμη και αποτελεσματική κατανομή των σπάνιων πόρων στον χώρο της υγείας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### I. Ελληνική Βιβλιογραφία:

1. Αβραμόπουλος (2007) «*Η Νέα Εθνική Στρατηγική για την Υγεία*», Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος-Ιανουάριος, Αθήνα
2. Γείτονα Μ., Παπανικολάου Σ., Βανδώρου Χ., Κυριόπουλος Ι. (2006) «*Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας και η Ευρωπαϊκή της Διάσταση*», Ελληνική Επιστημονική Εταιρία Φαρμακοοικονομίας, Αθήνα, σελ.: 9-24
3. Γεωργακόπουλου Θ., Λιανού Θ., Μπένου Θ., Τσεκούρα Γ., Χατζηπροκοπίου Μ., Χρήστου Γ. (1998), «*Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία*», Έκδοση Ε' Ευγ. Μπένου, Αθήνα, σελ.: 25-33
4. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, (2005) «*Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδος 2003-2004*», Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής Αθήνα, σελ.: 36-46, 67-85
5. ΕΣΥΕ (2001) «*Στοιχεία Απογραφής Πληθυσμού 2001*» – [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)
6. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1997) «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*», Γ' έκδοση, Αθήνα σελ.: 228-230.
7. Καλδεριμιτζιάν Ν.(2006), «*Η Πληθυσμιακή Γήρανση ως Κοινή Πρόκληση της Κοινωνικής Πολιτικής και της Πολιτικής Υγείας – Επιδράσεις Δημογραφικών Μεταβολών. Τάσεις και Προτάσεις*», Επιθεώρηση Υγείας, 17 (103), σελ.: 29-32
8. Κικίλιας Η. (2005), «*Όψεις του κοινωνικού ζητήματος στη σύγχρονη Ελλάδα: Οικονομικός εκσυγχρονισμός και κοινωνικοί μετασχηματισμοί*»-Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας 2003-2004, Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών-Ινστιτούτο κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα, σελ. 17-33
9. Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγκαράκη Ε. (1998) «*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*», 10 (1), σελ.: 23-31 Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης
10. Κωνσταντοπούλου Αι. (2004) «*Η Πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα*», [www.archive.gr](http://www.archive.gr)
11. Λαμπίρης Η. (1998) «*Οι Δύο Μάστιγες του ΕΣΥ*», Το Βήμα, [www.tovima.gr](http://www.tovima.gr)

12. Λιαρόπουλος Λ. (2006) «*Η Παραοικονομία στην Υγεία*»  
www.chesme.nurs.uoa.gr
13. Μούσης, Ν. (2000) «*Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής*», εκδ.: Παπαζήση, Αθήνα
14. Μπένος Θ., Σαραντίδης Σ. (1998), «*Αρχές Οικονομικής Επιστήμης*», Έκδοση Β΄  
Ευγ. Μπένου, Αθήνα, σελ: 96-101
15. Μωραΐτης Ε. (2004), «*Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας*»,  
Διδακτικές Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος “Διοίκηση της Υγείας”,  
Πειραιάς, σελ.: 13
16. Μωραΐτης Ε. (2006), «*Οι Σύγχρονες Τάσεις Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και η  
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*», Διδακτικές Σημειώσεις Μεταπτυχιακού  
Προγράμματος “Διοίκηση της Υγείας”, Πειραιάς, σελ: 4-12
17. Μπέσης Ν. (1993) «*Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*», εκδ. ΙΟΒΕ, Αθήνα
18. Νόμος 2889/2001 «*Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας  
και άλλες διατάξεις*»
19. Πολλάλης (2007) «*Διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης  
και ολοκληρωμένα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας*», Ενημερωτικό Δελτίο,  
Κοινωνοφελές Ιδρυμα Αλέξανδρος Ωνάσης, 36, www.onassis.gr/  
enim\_deltio/36\_07/article\_1.php
20. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000) «*Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού  
στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*»,  
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6): 627-639
21. Σαρής Μ. (2001) «*Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*», εκδ.  
Παπαζήση, Αθήνα, σελ.:152
22. Σαχίνη – Καρδάση Α. (1997) «*Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογή στον χώρο της  
Υγείας*» Γ΄ Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα σελ 119-120
23. Σιγάλας Ι., Πετράκη Α. (1999) «*Το Ανθρώπινο Δυναμικό του τομέα της Υγείας και  
οι προσδοκίες για τα Διοικητικά Στελέχη των Επόμενων δεκαετιών*», Επιθεώρηση  
υγείας, 10(60), σελ: 55-60
24. Σούλης Σ. (1999) «*Οικονομική της Υγείας*», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ: 329-  
337
25. Συμεωνίδου Χ. (2005), «*Σύσταση και διάλυση των οικογενειακών σχέσεων στην  
Ελλάδα*»-Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας 2003-2004, Εθνικό κέντρο  
κοινωνικών ερευνών- Ινστιτούτο κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα, σελ. 59-60

26. Τούντας Γ. (2002), «*Προαγωγή υγείας*», Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, [www.asclepieion.mpl.uoa.gr](http://www.asclepieion.mpl.uoa.gr)
27. Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β., Πετρίδου Ε.(2000) «*Προληπτική ιατρική και Δημόσια Υγεία*», Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα, σελ: 5
28. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ. (1986) «*Προληπτική Ιατρική – Αγωγή Υγείας Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή*», Επιστημινικές Εκδόσεις-Γραφικές Τέχνες, σελ: 35-37

## II. Ξένη Βιβλιογραφία

1. Adany R. et al (2005), “*A preliminary evaluation of a health monitoring program in Hungary*” European Journal of Public Health, European Public Health Association, Vol. 15, No. 1
2. Auld C., Donaldson C., Milton C., Shackley P. (2002) “*Economic Evaluation. In Detels R., Holland W., McEwan J. and Omen G., Oxford Textbook of Public Health*” 4<sup>th</sup> Edition Oxford University Press
3. Bambra C., Fox D., Scott-Samuel A. (2003) “*Towards new politics of health*”, Politics of health group, Discussion paper no 1, p. 17-33
4. Birch S., Chambers S. (1993) “*A Community-Based Approach to Allocating Health Care Resources*”. Canadian Medical Association Journal, 149, p:607-612
5. Blendon R.J., Hunt K., Benson J. M., Fleischfressen C., Buhr T. (2006) “*Understanding The American Public’s Health Priorities: A 2006 Perspective*”, Health Affairs, 20, 6, p: 222-232
6. Bowling A., 1996 “*Health Rationing: The Public Debate*”, British Medical Journal, 312, p: 670-674
7. Burazeri G., Laaser U., Bjegovic V., Georgieva L. (2005), “*Regional collaboration in public health training and research among countries of South Eastern Europe*”, The European Journal of Public Health 2005 15(1) p:26-32
8. Centre of Research and Ethics (2004) “*Setting priorities for the elderly in health care: Ethical, political and social aspects*” Report from symposium on “Just Health Care”, 24-25 May, Sweden, [www.crb.uu.se/research/health-care?professionals](http://www.crb.uu.se/research/health-care?professionals)
9. Cochrane M. H. (1971) “*Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*”, National Provincial Hospitals Trust, London

10. Cochrane M. H., Ham C., Heginbotham C., Smith R. (1991) "*Rationing at the cutting edge*", British Medical Journal, 303, p:1039-1042
11. EUROPA (2008), "Νέα στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την υγεία (2008-2013) «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013», Σύνοψη Νομοθεσίας, <http://europa.eu/scadplus/index.htm>
12. European Public Health Association (2005), "*Investing in Health*", European Journal of Public Health, Vol. 15, No. 1
13. Folland, Goodman, Stano, (2007) "*The Economics of Health and Health Care*", Fifth Edition, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River
14. Fordyce J., Mooney G., Rusel E. (1981) "*Economic Analysis in Health Care: 1 Tools of Evaluation, 2. An Application to Care of the Elderly*", Health Bulletin, 39, p.: 21-38
15. Freidson E. (1970) "*The Profession of Medicine: A Study in Sociology of Applied Knowledge*", Dodd Mead, New York
16. Griffiths U. K., Hutton G., Das Dores Pascoal E. (2005) "*The cost-effectiveness of introducing hepatitis B vaccine into infant immunization services in Mozambique*", The European Journal of Public Health, 15(1) p:3-5
17. Hale J. "What contribution can Health Economics make to Health Promotion?" (2000), Health Promotion International, Oxford University Press, Great Britain 15 (4), p: 341-347
18. Ham C. (1995) "*Health Care Rationing*", British Medical Journal, 310, p:1483-1484
19. Health Consumer Powerhouse (2007) "Η Ελλάδα κατατάσσεται χαμηλά στον Πίνακα Συστημάτων Υγειονομικής Περίθαλψης της ΕΕ", Ανακοινωθέν Τύπου, Βρυξέλλες, [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)
20. Jonson A. (1986) "*Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation*", Law in Medicine and Health, 14, p:172-174
21. Karokis A., Sissouras A., (1994) "*The Greek Health Care System*", in Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris
22. Lalonde M. (1974) "*A New Perspective on Health of Canadians*", Information Canada, Ottawa
23. Madden S. L. (2004), "*Priority Setting: Indicators and Ideas from Decision Makers*", Central East Health Information Partnership, p. 15-20

24. Maynard A., Bloor K. (1998) *"Our Certain Fate: Rationing in Health Care"*  
London: Office of Health Economics
25. McKeown T. (1976) *"The Role of Medicine: Dream, Mirage and Nemesis"*,  
Basil Blackwell, Oxford
26. Mitton C. (2002) *"Priority Setting for Decision-Makers Using Health Economics  
in Practice"* European Journal of Health Economics, 3(4), p: 240-243
27. Mooney G., Russel E., Weir R. (1986) *"Choices for Health Care: A Practical  
Introduction to the Economics of Health Provision"*, Macmillan, London
28. Mooney G., Gerand K., Donaldson C., Farrar S. (1992) *"Priority Setting in  
Purchasing: Some Practical Guidelines"* Scotland, UK, National Association of  
Health Authorities and Trusts, Research Paper No6
29. Murray C., Frenk J. (2000), *"A framework for assessing the performance of  
health systems"*, World Health Organization, 78 (6) Theme Papers, p.720-728
30. Nord E.(2003), *"Ανάλυση Κόστους-Αξίας στη Φροντίδα Υγείας. Η Κατανόηση των  
QUALY"*, εκδ. Mediforce, Αθήνα, σελ.15-43
31. O'Kelly T. J., Westaby S. (1990) *"Trauma Centres and the Efficient use of  
Financial Resources"*, British Journal of Surgery, 77, p:1142-1144
32. Richardson A, Charny M., Hammer-Lloyd S (1992), British Medical Journal,  
304, p:6080-684
33. Segal L., Richardson J. (1994) *"Efficiency in Resource Allocation"* Fairfield,  
National Centre for Health Program Evaluation, Australia
34. Sissouras, A., Karokis, A. and Mossialos, E. (1999) *"Health Care and Cost  
Containment in Greece"*, in E. Mossialos, and J. Le Grand (eds) Health Care and  
Cost in European Union, 341-392
35. Smith G.T. (1990) *"The Economics of hypertension and stock"* American Heart  
Journal, 119, p:725-728
36. UNDP (2004) *"Popular Characteristics"* Human Development Index - Human  
Development Report
37. Weinstein M.C., Stason W. B. (1977), *"Foundations of Cost-Effectiveness  
Analysis for Health Analysis and Medical Practices"*, New England Journal of  
Medicine, 296, p: 716-721
38. WHO (1978) *"Alma-Ata 1978 Primary Health Care. Health for All Series 1"*  
World Health Organization, Geneva



39. WHO (1994a) *"Primary Health Care Concepts and Challenges in Changing World"* Alma-Ata Revisited, World Health Organization, Geneva
40. WHO (1994b) *"The Health Center in District Health Systems"*, World Health Organization, Geneva
41. WHO (1995) *"District Health Systems: Global and Regional Review Based on Experience in Various Countries"* World Health Organization, Geneva
42. WHO (2004) "Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health", World Health Organization, St. Julian's, Malta, November
43. Williams A. (1985) *"Economics of Coronary bypass Grafting"*, British Medical Journal, 291, p:326-329
44. Williams A. (1997) *"The Rationing Debate: Rationing Health Care by Age"*, British Medical Journal, 314:820
45. Wordsworth S., Donaldson C., Scott A. (1996) *"Can we Afford the NHS?"* London, Institute of Public Policy Research