



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ, ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΚΡΑΤΗ
ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ»**

ΠΟΛΙΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Καλαμάτα 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.ΟΡΙΣΜΟΙ	6
1.1 ΥΓΕΙΑ & ΑΣΘΕΝΕΙΑ	6
1.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.3 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	12
2.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	14
2.2 ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
2.3 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	15
2.4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΛΥΨΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ	15
2.4.1 Συσχέτιση υποσυστημάτων	15
2.5 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
2.6 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	17
3. ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	18
3.1 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ)- ΕΛΛΑΔΑ	18
3.1.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ	18
Α. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	18
Β. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	19
3.1.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ	20
3.1.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ...	23
3.2 ΑΓΓΛΟ-ΣΑΞΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΑΓΓΛΙΑ-ΙΡΛΑΝΔΙΑ).....	25
3.2.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	25
3.2.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	28
3.2.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.....	31
3.3 ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΓΕΡΜΑΝΙΑ - ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ).....	33
3.3.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	33
3.3.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ	35
3.3.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.....	38
3.3 ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ - ΔΑΝΙΑ)	41
3.3.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	41
3.3.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ.....	44
3.3.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.....	46
4. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	47
4.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ .	48
4.2 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.	50
4.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΟΥΗΔΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ...	52
5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ	55
5.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	55
5.1.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	55
5.1.2 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ	57
.....	61
5.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	64
5.3 ΚΑΡΚΙΝΟΙ	66
5.3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	66
5.3.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ	67
5.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	68

5.5 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ.....	69
5.6 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΛΛΑΔΑΣ- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ	77
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	81
6.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	87

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο παρόν πόνημα εξετάζεται η υγεία και τα συστήματα, τα οποία τα διάφορα κράτη έχουν αναπτύξει στην προσπάθειά τους να παρέχουν υπηρεσίες υγείας ικανές να καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών. Γίνεται επίσης προσπάθεια εννοιολογικής προσέγγισης της υγείας και της νόσου και παρατίθενται τα συστήματα υγείας διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών καθώς και του ελληνικού. Η δόμηση και αναμόρφωση ενός συστήματος υγείας είναι μια κοινωνική υπόθεση πολύ σημαντική και απαιτεί εκτός από χρόνο και χρήμα, και το ανάλογο ενδιαφέρον. Φαίνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας δεν βρίσκεται στη θέση στην οποία θα αναμενόταν για μια σύγχρονη ευρωπαϊκή χώρα . Μέσα από μια σύγκριση που επιχειρήθηκε μεταξύ του ελληνικού με το βρετανικό, το γερμανικό, το σουηδικό και το ιταλικό σύστημα αναδείχθηκαν τόσο οι αδυναμίες όσο και οι στόχοι οι οποίοι καλό θα ήταν να τεθούν για τη βελτίωση του συστήματος υγείας. Επιχειρήθηκε επίσης η μελέτη βασικών δεικτών υγείας στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Στο τέλος αυτής της έρευνας προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα τα οποία και καταγράφονται και γίνεται μια μικρή προσπάθεια περιγραφής κάποιων προτάσεων οι οποίες θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αναβάθμιση του ελληνικού συστήματος υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Ελλάδας και οι διαβαθμίσεις της Πυραμίδας Υγείας στη χώρα μας, ενώ θα γίνει και αναφορά στα συστήματα υγείας που εφαρμόζονται σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ποιό συγκεκριμένα στην Μ. Βρετανία (Αγγλοσαξονικό Μοντέλο), στην Γερμανία (Γερμανικό Μοντέλο) και στη Σουηδία (Σουηδικό). Θα ακολουθήσει σύγκριση του Ελληνικού συστήματος υγείας με το καθένα από τα προαναφερθέντα Ευρωπαϊκά μοντέλα, ως προς τη δομή, τη στελέχωση, την χρηματοδότηση και κάποιους χαρακτηριστικούς δείκτες υγείας.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να καταδείξει τις διαφορές και ομοιότητες του συστήματος υγείας της Ελλάδας ως προς τις άλλες τρεις Ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και να παρουσιάσει τις συνέπειες των διαφορών στους υπό σύγκριση δείκτες υγείας.

Η **Μεθοδολογία** που θα ακολουθηθεί είναι η ανασκόπηση βιβλιογραφικών πηγών και πηγών μέσω του ηλεκτρονικού διαδικτύου.

Η εργασία είναι δομημένη σε πέντε κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει μία αναφορά στους ορισμούς της υγείας και ασθένειας, των δεικτών υγείας και της πυραμίδας υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει μία παρουσίαση των χαρακτηριστικών των συστημάτων υγείας γενικά.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα παρατεθούν και θα αναλυθούν τα συστήματα υγείας της Μ. Βρετανίας, της Γερμανίας, της Σουηδίας και της Ελλάδος.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα γίνει η σύγκριση των συστημάτων υγείας της κάθε προαναφερθείσας Ευρωπαϊκής χώρας με το Ελληνικό σύστημα υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα γίνει σύγκριση, χαρακτηριστικών ως προς τη σπουδαιότητά τους, δεικτών υγείας ανάμεσα στις τρεις Ευρωπαϊκές χώρες και την Ελλάδα.

Τέλος στο έκτο κεφάλαιο θα γίνει συζήτηση των ευρημάτων της σύγκρισης, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα.

1.ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1 ΥΓΕΙΑ & ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η πιο απλή και συνηθισμένη απάντηση στο φαινομενικά απλοϊκό αυτό ερώτημα είναι η «έλλειψη αναπηρίας ή νόσου». Σίγουρα όμως όχι και η πιο πλήρης. Είναι γεγονός ότι η αρνητική αυτή αντίληψη της έννοιας της Υγείας δεν αποτελούσε πάντοτε κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη. Ο εννοιολογικός ορισμός καθοριζόταν από την εκάστοτε ιστορική περίοδο, τις κοινωνικές συνθήκες και την πολιτική αντίληψη αναφοράς. Στη μεγαλύτερη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας κοινή συνιστώσα και βασική αρχή της Υγείας αποτελούσε η ολιστική αντίληψή της ως εσωτερική αρμονία του ατόμου και δυναμική ισορροπία του με την κοινότητα και το περιβάλλον. Η βασική διαφοροποίηση από την ανωτέρω αρχή προέκυψε ως αποτέλεσμα της αλματώδους ανάπτυξης της επιστημονικής σκέψης κατά τη διάρκεια του 18ου αιώνα, οπότε και η αιτιολογική προσέγγιση των νόσων αποτέλεσε εφεξής τον βασικό πυρήνα της εξέλιξης της ιατρικής. Στα πλαίσια δε των κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων που ακολούθησαν τη βιομηχανική επανάσταση, η οργάνωση των συστημάτων υγείας προσαρμόστηκε και αναπτύχθηκε με βάση αυτό το μοντέλο. Η μηχανιστική αυτή άποψη παρότι συνέβαλε σταδιακά στην επίλυση προβλημάτων, όπως πχ η δραματική μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα, είχε εν τούτοις ως αποτέλεσμα την αντίληψη της υγείας αποκλειστικά ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας και την αντίληψη του ανθρώπινου οργανισμού ως ένα σύνολο συνλειτουργούντων οργάνων.¹

Το νοσοκεντρικό και φαρμακοκεντρικό μοντέλο ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας που προέκυψε, πιστό στους σύγχρονους κανόνες της οικονομικής εξέλιξης, σταδιακά οδηγήθηκε σε κρίση. Παρά την υπεράντληση οικονομικών πόρων, απέτυχε παταγωδώς να δώσει απάντηση στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές και τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονταν ή αδυνατούσαν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους

¹ Τούντας Γ. (1999) «Τι είναι Υγεία. Ορισμός της Π.Ο.Υ», *Νέα Υγεία* Αθήνα

πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό - νοσοκομειακό τομέα χωρίς αντίστοιχα αποτελέσματα στους δείκτες υγείας.

Ο προβληματισμός που αναπτύχθηκε οδήγησε στην αναζήτηση μιας ολιστικής αντίληψης της έννοιας της υγείας. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας σε έναν κοινό ορισμό έγινε από τον Π.Ο.Υ., ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως την κατάσταση «πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας»². Αυτός ο ορισμός δέχτηκε έντονη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, με την αιτιολογία ότι δέχεται την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Κριτική αναμενόμενη από τη στιγμή που η μεταπολεμική, κυρίως, τάση εμπορευματοποίησης και βιομηχανοποίησης της υγείας δεν «επέτρεπε» διαφορετική προσέγγιση και συνεπώς διαφορετικό μοντέλο ανάπτυξης από τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας.

Παρ' όλα αυτά, υπό την πίεση και των κοινωνικών κινημάτων της εποχής, ο ορισμός αυτός συνέχισε να αναθεωρείται και να διορθώνεται στα χρόνια που ακολούθησαν. Στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας "να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον". Η υγεία σ' αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως "ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα".

Συνοπτικά, και με βάση τις επίσημες θεωρητικές τοποθετήσεις, η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες:

- α. τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
- β. την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,

² Π.Ο.Υ. «Ιδρυτική Διακήρυξη» 1946

γ. την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.³

Σύμφωνα με την ιατρική αντίληψη που επικράτησε από τις αρχές του 17ου αιώνα, η ασθένεια προσδιορίζεται ως το βιολογικό φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση των φυσιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού και προκαλείται από την είσοδο σε αυτόν ιών, μικροβίων, βακτηριδίων ή παρασίτων. Η αντίληψη αυτή χαρακτηρίζει την ασθένεια ως διαταραχή της λειτουργικής συνεργασίας των οργάνων.

Προσεγγίζοντας το θέμα από οικονομικής απόψεως, η ασθένεια αποτρέπει το άτομο που νοσεί από το να συμμετάσχει στην παραγωγική διαδικασία, αποτελεί ένα επιπρόσθετο οικονομικό φορτίο και, κατά συνέπεια, πρέπει να αντιμετωπισθεί το συντομότερο δυνατό και με τον αποδοτικότερο δυνατό τρόπο.

Ωστόσο, η ασθένεια διαταράσσει την ισορροπία ενός ατόμου όχι μόνο ως προς τη βιολογική του υπόσταση αλλά και ως προς την κοινωνική και ψυχοσυναισθηματική του λειτουργία. Όταν ένα άτομο νοσεί, αυτομάτως διακόπτεται η φυσιολογική του δραστηριότητα, η εργασία του και οι διαπροσωπικές του σχέσεις.

Επιπροσθέτως, η υγεία φέρει και κοινωνική διάσταση, καθότι εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων εγγενών και επίκτητων. Η ισορροπία μεταξύ υγείας και ασθένειας δεν είναι τίποτε άλλο από το αποτέλεσμα των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία. Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας γίνεται κατανοητή αν αναλογιστεί κανείς ότι το άτομο δεν εξαρτάται μόνον από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γεννιέται, ενηλικιώνεται και κοινωνικοποιείται, αλλά και από την ατομική του δυνατότητα προσαρμογής μέσα στο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και οικολογικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει⁴.

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας προσεγγίζεται και πολιτισμικά. Η πολιτισμική εξέλιξη μιας κοινωνίας στο χώρο και στο χρόνο υπαγορεύει τόσο τα χαρακτηριστικά που πλαισιώνουν τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας όσο και τη στάση της κοινωνίας απέναντι στις έννοιες αυτές. Τέλος, έννοιες τόσο καίριες για την εξέλιξη μιας κοινωνίας όπως είναι αυτές της υγείας και της νόσου, δε θα μπορούσαν να μην περιλαμβάνονται στην πολιτική νομοθεσία. Το κράτος πρόνοιας αναγνωρίζει την υγεία ως ένα κοινωνικό αγαθό, το οποίο κατέχουν όλοι ανεξαιρέτως. Για το λόγο αυτό, παρεμβαίνει στους μηχανισμούς λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας με την

³ Π.Ο.Υ. «Διακήρυξη της Οτάβα» 1986

⁴ Τούντας Γ. (2000) «Κοινωνία και Υγεία», *Νέα Υγεία*, Αθήνα

σκοπό τη διαμόρφωση ενός ενιαίου συστήματος, θεμελιώδης αρχή του οποίου είναι η ισότητα στην υγεία.

1.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αν και η διάγνωση της ασθένειας, με τη βοήθεια της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, είναι σχετικά εύκολη υπόθεση, η διάγνωση της υγείας καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη και περίπλοκη υπόθεση. Η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με έντονη δυναμική, δεν αποτελεί ένα μέγεθος με ποσοτικά χαρακτηριστικά, αφού δύσκολα μπορούν να μετρηθούν οι διαστάσεις της βιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Έτσι, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της ανάγκης για την αξιολόγηση υγειονομικών προγραμμάτων και συστημάτων υγείας, η επιστήμη διερευνά τις δυνατότητες μέτρησης του επιπέδου υγείας με τη δημιουργία ειδικών δεικτών. Ως δείκτες υγείας λοιπόν χαρακτηρίζονται συγκεκριμένοι αριθμοί που απορρέουν από δοκιμασίες, κατάλληλα δομημένες ώστε να μετρούν πραγματικά αυτό που υποτίθεται ότι μετρούν, με ακρίβεια και συνέπεια. Η χρησιμότητα των δεικτών υγείας έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση και εξέλιξη ενός φαινομένου και επομένως συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων.

Οι δείκτες υγείας εκφράζονται με τρεις τρόπους :

- κανονικοί
- αναλογικοί
- αντιστοιχίας

Οι κανονικοί δείκτες υγείας προσδιορίζονται με βάση ένα συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς, δηλαδή εκφράζουν τη σχέση ανάμεσα στον αριθμό των ατόμων που έχουν ένα ειδικό χαρακτηριστικό προς το σύνολο του πληθυσμού.

Οι αναλογικοί δείκτες απεικονίζουν την αναλογία του πληθυσμού των ατόμων που έχουν ένα ειδικό χαρακτηριστικό σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που έχουν ένα ή περισσότερα ομοειδή χαρακτηριστικά.

Οι δείκτες αντιστοιχίας εκφράζουν την αναλογία δυο οντοτήτων που η κάθε μια έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά.

Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι δείκτες προσεγγίζουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και συγγενεύουν με τους δημογραφικούς. Μερικοί απ' αυτούς είναι ο δείκτης γεννητικότητας,

γονιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι αρνητικοί δείκτες που αποτελούν και τους πλέον εύχρηστους είναι ο δείκτης νοσηρότητας, θνησιμότητας, εγκληματικότητας, αναπηρίας, κλπ. Εκφράζουν δηλαδή τη συχνότητα των νοσημάτων και των παθολογικών καταστάσεων του πληθυσμού, αποτελώντας το μέσο σύγκρισης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων χωρών.

Το προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί έναν εύχρηστο δείκτη υγείας που εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο της γέννησής του.

Ο δείκτης νοσηρότητας εκφράζει τον αριθμό των προσβληθέντων από κάποιο νόσημα στο σύνολο του πληθυσμού.

Οι δείκτες θνησιμότητας εκφράζουν τον αριθμό των θανάτων στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους προς το μέσο πληθυσμό του έτους και διακρίνονται στις εξής κατηγορίες :

- αδρός ή γενικός δείκτης θνησιμότητας
- ειδικός κατά αιτία δείκτης θνησιμότητας
- ειδικός κατά φύλο δείκτης θνησιμότητας
- ειδικός κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας
- ειδικός κατά κοινωνικό – επαγγελματική κατηγορία και κατά αιτία δείκτης θνησιμότητας .

Οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας έχουν μια ιδιαίτερη σημασία για το σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, έχοντας άμεση σχέση με τη λειτουργία και αποτελεσματικότητά του. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας αντανακλάται στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας. Διακρίνονται στις εξής κατηγορίες :

- δείκτης θνησιγεννητικότητας
- δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας
- δείκτης νεογνικής θνησιμότητας
- δείκτης όψιμης βρεφικής θνησιμότητας
- δείκτης βρεφικής θνησιμότητας.

Η αντιμετώπιση της βρεφικής θνησιμότητας έχει άμεση σχέση με το σύστημα υγείας και ιδιαίτερα με τη σωστή οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης αλλά κύρια εξαρτάται από το βαθμό ανάπτυξης των γενικότερων κοινωνικό – οικονομικών και πολιτιστικών μεταβλητών μιας περιοχής.

Εκτός των δημογραφικών δεικτών, οι πλέον εύχρηστοι δείκτες μέτρησης του

επιπέδου υγείας κατά τον San Martin (*San Martin 1983*)(1) είναι οι εξής :

Δείκτες των συνθηκών υγιεινής και του περιβάλλοντος

- ποσοστό του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού που διαθέτει υγιεινό πόσιμο νερό.
- κατανάλωση πόσιμου υγιεινού νερού κατά άτομο.
- ποσοστό των αστικών και αγροτικών νοικοκυριών που διαθέτουν ευπρεπή τουαλέτα.
- ποσοστό των νοικοκυριών χωρίς κατοικία.
- ποσοστό των νοικοκυριών που ζουν περισσότερα από δυο άτομα κατά δωμάτιο.
- δείκτης των ατυχημάτων κατά τύπο ατυχήματος και κατά ηλικία.

Δείκτες διατροφής

- ημερήσια κατανάλωση θερμίδων κατά κεφαλή.
- κατανάλωση γάλακτος ειδικά στον παιδικό πληθυσμό.
- ημερήσια κατανάλωση πρωτεϊνών κατά κεφαλή.
- ποσοστό των παιδιών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, των οποίων το βάρος κρίνεται μη ικανοποιητικό.

Δείκτες των διατιθεμένων πόρων και των δραστηριοτήτων για την υγεία

- δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ετησίως.
- αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100000 κατοίκους.
- αριθμός γιατρών και χειρουργών ανά 100000 κατοίκους.
- αριθμός νοσηλευτών και μαιών ανά 100000 κατοίκους.
- δείκτες πληρότητας και χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών κλινών.
- ποσοστό πληθυσμού ανά ηλικία ανοσοποιημένων στα λοιμώδη.
- ποσοστό παιδιών γεννηθέντων στο νοσοκομείων.
- ποσοστό τοκετών που έγιναν παρουσία γιατρού ή μαιάς.
- ποσοστό περιγεννητικής συμβουλευτικής κατ' αναλογία του αριθμού των εγκύων γυναικών.
- ποσοστό θηλαζόντων υπό ιατρική παρακολούθηση .

Δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης

- μέσο διαθέσιμο εισόδημα κατά νοικοκυριό.
- σχέση μεταξύ του επιπέδου μισθών και κόστους ζωής.
- ποσοστό αναλφαβητισμού.
- ποσοστά εγγραφών στο εκπαιδευτικό σύστημα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση).

- ποσοστό του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (ανά ηλικία και φύλο).
- ποσοστό ανέργων στον ενεργό πληθυσμό.

1.3 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο Πυραμίδα Υγείας περιγράφεται όλο εκείνο το σύστημα που αφορά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Η πολυπλοκότητα των συνθηκών ζωής των ανθρώπων, των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών αντικατοπτρίζεται και στη διαφορετικότητα με την οποία αντιμετωπίζεται ο τομέας της υγείας από τα διάφορα κράτη. Ρόλο σημαντικό διαδραματίζει η οικονομική ευρωστία του κάθε κράτους, με τις αναπτυγμένες χώρες να μεριμνούν για τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, τις αναπτυσσόμενες ασχολούνται με την οργάνωση αποτελεσματικών κατά περίπτωση συστημάτων υγείας, ενώ τις οικονομικά ασθενείς χώρες να στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στη φιλανθρωπία.

Η Πυραμίδα Υγείας, σε γενικές γραμμές, στόχο έχει τη διατήρηση της υγείας των ανθρώπων, αντιμετωπίζοντας τα διάφορα προβλήματα. Τα συστήματα υγείας είναι με τέτοιο τρόπο διαρθρωμένα ώστε να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας ιεραρχώντας τη σπουδαιότητά τους. Στην πρώτη γραμμή βρίσκεται η πρωτοβάθμια περίθαλψη και την ακολουθούν η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια.

Ο ρόλος του κράτους είναι ο πλέον σημαντικός. Το ποσοστό της κρατικής παρέμβασης καθορίζει τόσο την πολιτική βούληση της κεντρικής εξουσίας όσο και το βαθμό συμμετοχής του κάθε πολίτη ξεχωριστά στην οικονομική δαπάνη. Εκτός όμως από την παρουσία του κράτους ο χώρος της υγείας αποτελεί πεδίο δράσης και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ιδιωτικός τομέας να έχει διαμορφώσει τη δική του παρουσία στην Πυραμίδα Υγείας της κάθε χώρας.

Στην Ελλάδα, η Πυραμίδα Υγείας εμφανίζει σημαντική υστέρηση σε αναλογία με των ανεπτυγμένων Ευρωπαϊκών χωρών. Στη συνέχεια του παρόντος θα διασαφηνιστούν τα παραπάνω.

2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έχει ήδη αναφερθεί ότι η υγεία δεν ορίζεται πλέον ως η απουσία νόσου αλλά ως η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Κι επειδή η εξασφάλιση της υγείας προϋποθέτει τη συνεργασία πολλών φορέων, όταν αναφερόμαστε στο σύστημα υγείας εννοούμε, ουσιαστικά, κάτι πολύ ευρύτερο της ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, σήμερα επικρατεί μια λαθεμένη αντίληψη ταύτισης των εννοιών του *συστήματος υγείας* και της *ιατρικής περίθαλψης*. Η ταύτιση αυτή προέρχεται από τη σύγχυση που δημιουργείται από τον αρνητικό ορισμό που επικρατεί στην αντίληψη του κόσμου για την υγεία.

Επομένως, το σύστημα υγείας περιλαμβάνει, πέραν της αμιγούς περίθαλψης, την παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται με πρόληψη, οικογενειακό προγραμματισμό, κατευθύνσεις για σωστή διατροφή στις διάφορες ηλικίες, υπηρεσίες στέγης, ύδρευσης, αποχέτευσης, υγιεινής της κατοικίας και της εργασίας. Έτσι αποδεικνύεται ότι η ιατρική περίθαλψη αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας.

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει.

Ωστόσο, ένας αδρός ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων εκ μέρους της κοινωνίας οι οποίες αποσκοπούν κύρια στην προαγωγή και εφαρμογή συνθηκών που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις ενός υγιούς περιβάλλοντος, καθώς επίσης και η επαναφορά και διατήρηση της υγείας των πολιτών σε περίπτωση απώλειάς της.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια, καθώς επίσης να τους θεραπεύουν σεβόμενοι, πρωτίστως, την αξιοπρέπεια τους⁵.

Πριν όμως αναλύσουμε το σύστημα υγείας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, θα γίνει μια σύντομη αναφορά στις αρχές που διέπουν τα συστήματα υγείας γενικά, καθώς επίσης και στις ιδιότητες που αυτά παρουσιάζουν.

⁵ Γ. Κυριόπουλος & Δ. Νιάκας. (1994) "Δαπάνες Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ". *Θέματα Οικονομικών & Πολιτικής Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, ΕΣΔΥ, Αθήνα

2.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Θα μπορούσαμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων – υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού»⁶. Ένας άλλος ορισμός για το σύστημα υγείας είναι αυτός που το θεωρεί ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας»⁷. Έτσι το ενδιαφέρον μας για τον προσδιορισμό του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται στα στενά πλαίσια της διανομής των υπηρεσιών αλλά επεκτείνεται στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού το οποίο αποτελεί και το βασικό σκοπό του συστήματος. Επομένως το σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσδιοριστεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τα εξής τρία υποσυστήματα⁸:

- το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του,
- η παραγωγή υπηρεσιών υγείας και
- οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

2.2 ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το πρώτο υποσύστημα αφορά την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Αυτό συντίθεται συνεκτιμώντας

- το σύνολο των αιτιολογικών παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο υγείας και το επηρεάζουν,
- την εξέλιξη μεταξύ των διαφόρων επιπέδων υγείας στο χώρο και στο χρόνο καθώς και
- τον προσδιορισμό, με τη χρήση επιδημιολογικών μελετών, των αναγκών υγείας οι οποίες με τη σειρά τους διαμορφώνουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

⁶ Κοντούλη - Γείτονα Μ. (1997), "Πολιτική και Οικονομία της Υγείας", Εξάντας, Αθήνα,

⁷ ΚΕΠΕ, (1976), Πρόγραμμα Ανάπτυξης 1976 – 1980 : Υγεία , Έκθεση Ομάδας Εργασίας , Αθήνα

⁸ Μ . Θεοδώρου , Μ . Σαρρής , Σ . Σούλης (1995) ,«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Έκδοση ΕΕΝΜΥ , Αθήνα

2.3 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το δεύτερο υποσύστημα αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών και επηρεάζεται από τους γενικότερους οικονομικό – τεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Το κλασικό μοντέλο παραγωγής απαρτίζεται από τα εξής συστατικά στοιχεία ⁹:

- εισροές (κτιριακές εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο δυναμικό και οι οικονομικοί πόροι)
- διαδικασία (προσέλευση ασθενούς, έναρξη παραγωγικής διαδικασίας)
- εκροές (διάρκεια νοσηλείας, τις εισαγωγές και τις διάφορες εξετάσεις)
- αποτελέσματα (τα ποσοστά των συντελεστών-δεικτών υγείας, βάσει των οποίων αξιολογείται η βελτίωση και η εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού).

2.4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΛΥΨΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

Το τρίτο υποσύστημα αφορά στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. Η γνώση του τρόπου εξασφάλισης των απαραίτητων πόρων για την κάλυψη των αναγκών στις υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαία επειδή:

- οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς, απειλώντας, συχνά, την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας
- το αγαθό της υγείας θεωρείται κοινωνικό με διπλό χαρακτήρα - καταναλωτικό και επενδυτικό- που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη (συντήρηση ανθρώπινου δυναμικού, διασφάλιση ευημερίας, ευεξίας και ποιότητας ζωής).
- το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που αναπτύχθηκε σημαντικά και μέσω των εισφορών κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, με αρνητικές όμως συνέπειες στην οικονομική ανάπτυξη των χωρών.

⁹ Μ . Θεοδώρου , Μ . Σαρρής , Σ . Σούλης (1995),«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Έκδοση ΕΕΝΜΥ , Αθήνα

2.4.1 Συσχέτιση υποσυστημάτων

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε άμεση και δυναμική αλληλο-συσχέτιση μεταξύ τους¹⁰. Όταν βελτιώνεται το πρώτο, το δεύτερο μειώνει τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Το τρίτο υποσύστημα όταν λειτουργεί σωστά επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο που βελτιώνεται και το πρώτο και τα τρία επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας και τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων.

Το σύστημα υγείας, θεωρείται ανοικτό σύστημα, γιατί υπάρχει μια πληθώρα παραγόντων από το εξωτερικό περιβάλλον που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία. Το περιβάλλον του συστήματος υγείας υποδιαιρείται στα εξής συστήματα: *το πολιτικό, το κοινωνικό, το οικολογικό και το πολιτιστικό.*

Στην ανάλυση συστημάτων, η συστημική προσέγγιση βοηθά τόσο στην κατανόηση των λειτουργιών του συστήματος υγείας όσο και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του σε σχέση με τους σκοπούς και τους στόχους του καθώς και των σχέσεων με το περιβάλλον. Με τη συστημική ανάλυση εντοπίζονται οι παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού & στο επίπεδο περίθαλψής του.

Τέλος, με τη συστημική ανάλυση είναι εφικτή η βέλτιστη ανάπτυξη του συνόλου των λειτουργιών ενός συστήματος υγείας .

2.5 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα κύρια στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας, ανεξαρτήτως της μορφής που έχει λάβει, είναι τα εξής¹¹:

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Συνεχής προσφορά υπηρεσιών υγείας.
- Ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών¹².
- Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος.

¹⁰ οπ. π

¹¹ Karokis A., Sissouras A., (1994)The Greek Health Care System, στο Health Care Systems in Seventeen Countries, OECD, Paris

¹² West P.A (1981) . Theoretical and Practical Equity in the National Health Service in England . Soc . Sci . Med . 15c , 2

2.6 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού της υγείας, τα συστήματα υγείας, σε αντίθεση με άλλα συστήματα της οικονομίας, παρουσιάζουν ορισμένες ιδιαιτερότητες οι οποίες πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη για το σωστό σχεδιασμό και την αρτιότερη οργάνωσή τους. Επιπλέον, τα συστήματα υγείας αποτελούν σήμερα έναν από τους μεγαλύτερους και δυναμικότερους κλάδους της εθνικής οικονομίας. Απόδειξη αποτελεί το γεγονός ότι στις ανεπτυγμένες χώρες τα συστήματα υγείας απασχολούν περίπου το 5% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 10% του ΑΕΠ. Κατά συνέπεια πρέπει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των συστημάτων να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τον προγραμματισμό, την οργάνωση και τη διοίκηση. Οι ιδιαιτερότητες των συστημάτων είναι οι ακόλουθες ¹³ :

- Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση.
- Συστήματα στα οποία δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι νόμοι της αγοράς.
- Συστήματα εντάσεως εργασίας.
- Συστήματα εντάσεων οργάνωσης και διαχείρισης.

¹³ Μ . Θεοδώρου , Μ . Σαρρής , Σ . Σούλης . Συστήματα Υγείας . Εκδόσεις Παπαζήση , 2001 , Αθήνα

3. ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ)- ΕΛΛΑΔΑ

Το ελληνικό σύστημα υγείας ακολούθησε την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Έτσι, αντίθετα με την πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών, η Ελλάδα αδυνατεί να τις ακολουθήσει στην πολιτική ανάπτυξης του τομέα της υγείας. Στην αναπτυξιακή και μεταρρυθμιστική φάση στον τομέα της υγείας η Ελλάδα μπαίνει μετά την πτώση της δικτατορίας, οπότε και καλλιεργείται ουσιαστικά η βούληση για παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας ώστε να αποκτήσει η χώρα ένα σύστημα υγείας ανάλογο των αντιστοίχων των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών. Η ψήφιση του νόμου 1397/83 επί κυβερνήσεως ΠΑΣΟΚ αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας, αφού για πρώτη ορίζονταν τα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, που βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, στην αποκέντρωση, την δικαιότερη κατανομή πόρων και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας¹⁴.

3.1.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ

Το Ε.Σ.Υ είναι οργανωμένο για να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε τρεις βαθμίδες:

- Πρωτοβάθμια Περίθαλψη
- Δευτεροβάθμια Περίθαλψη
- Τριτοβάθμια Περίθαλψη

A. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Με βάση τον Ν 1397/83 η πρωτοβάθμια περίθαλψη τόσο στο κέντρο όσο και στην περιφέρεια, πρέπει να παρέχεται από τα κέντρα υγείας με τα περιφερειακά τους ιατρεία.

Στην περιφέρεια η ανέγερση και ο εξοπλισμός κέντρων υγείας κάλυψε σε ικανοποιητικό βαθμό τις προβλέψεις του νόμου. Αντίθετα, στα αστικά κέντρα οι

¹⁴ Σισσούρας Α . , (1994) , Συμπεράσματα – Προσβλέποντας στην Αναμόρφωση και Σταθεροποίηση του ΕΣΥ . Στο βιβλίο , Μελέτη για το σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας , ΥΥΠΚΑ, Αθήνα

υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης τείνουν να είναι κατακερματισμένες σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας με σημαντικές ανισότητες στο εύρος και στην ποιότητα παροχής φροντίδων υγείας.

Στη σύγχρονη Ελλάδα υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρουν ¹⁵:

1. Το κράτος, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν με βάση τον Ν. 1397/83 για τις αγροτικές περιοχές και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα.
2. Τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μέσω των πολύ-ιατρείων κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και με συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα υπόλοιπα ταμεία. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.
3. Την τοπική αυτοδιοίκηση, που προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από προνοιακού τύπου υποδομή και από πολύ μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων τα οποία χρηματοδοτούνται από μερίδιο των δημοτικών φόρων και από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.
4. Τον ιδιωτικό τομέα, που αποτελεί σημαντικό τμήμα του ευρύτερου τομέα υγείας στη χώρα και χρηματοδοτείται κυρίως από το οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Β. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται στην Ελλάδα σήμερα από τα δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία. Τα περισσότερα από τα δημόσια νοσηλευτήρια είναι του ΕΣΥ, 14 εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, 2 από το Υπουργείο Παιδείας, 2 από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και 5 από το ΙΚΑ. Υπάρχει επίσης και ένας μεγαλύτερος αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων ¹⁶.

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη απασχολείται περισσότερο από το 50% του ιατρικού δυναμικού, το 90% του νοσηλευτικού και το 80% του παραϊατρικού δυναμικού της χώρας. Η αναλογία γιατρών και νοσηλευτών ανά κλίνη είναι καλύτερη

¹⁵ Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., (2002) Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα

¹⁶ Σισσούρας Α., (1994), Συμπεράσματα – Προσβλέποντας στην Αναμόρφωση και Σταθεροποίηση του ΕΣΥ. Στο βιβλίο, Μελέτη για το σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα

στα νοσοκομεία του ΕΣΥ απ' ότι στα ιδιωτικά. Το 55% των συνολικών δαπανών για την υγεία στη χώρα δαπανάται για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το μεγαλύτερο μέρος των οποίων κατευθύνεται στη μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού.

Η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά ένα μικρότερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία πληρώνουν για τις υπηρεσίες που τα νοσοκομεία πληρώνουν στους ασφαλισμένους τους. Τα ταμεία υγείας αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με βάση το ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο είναι κατά πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό ημερήσιο κόστος. Έτσι οι πληρωμές των ταμείων υγείας αποτελούν σήμερα μόνο το 13% των προϋπολογισμών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ενώ η πολιτεία δίνει επιχορηγήσεις που φθάνουν στο 74% των συνολικών εσόδων τους .

3.1.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ

Η στελέχωση του υγειονομικού τομέα σε ανθρώπινου δυναμικό περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα επαγγελμάτων, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό, οικονομολόγους, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων και προγραμματιστές ηλεκτρονικών υπολογιστών. Η πολυπλοκότητα λοιπόν του συστήματος απαιτεί ο μεγάλος αυτός αριθμός στελεχών να είναι άρτια εκπαιδευμένος και ορθά κατανεμημένος στις κατάλληλες θέσεις εργασίας.

Η ορθολογική κατανομή αποτελεί μέγιστη προτεραιότητα κυρίως για το ιατρικό δυναμικό του συστήματος υγείας. Στην Ελλάδα, δυστυχώς, ελλείψεις οργανωτικής φύσεως απέτρεψαν κάτι τέτοιο. Το Υπουργείο Παιδείας που είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας λειτουργεί ανεξάρτητα από το Υπουργείο Υγείας. Το τελευταίο είναι υπεύθυνο για τον υγειονομικό τομέα και οφείλει να γνωρίζει τις πραγματικές ανάγκες του χώρου σε ιατρικό προσωπικό. Αυτό οδηγεί αναπόφευκτα σε έναν τεράστιο αριθμό γιατρών που κατανέμονται άνισα τόσο γεωγραφικά όσο και όσον αφορά τις ειδικότητες. Την ίδια πορεία ακολούθησαν και τα επαγγέλματα των οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και νοσηλευτών. Είναι γεγονός ότι η πλειοψηφία του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού έχει κάποιας μορφής εργασιακή σχέση με το δημόσιο σύστημα υγείας. Η συντριπτική πλειοψηφία των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών, όμως, είναι ελεύθεροι επαγγελματίες .

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει λοιπόν συγκεκριμένα προβλήματα που σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό του ¹⁷. Ο αριθμός γιατρών, οδοντόπατρων και φαρμακοποιών είναι πολύ μεγάλος, η πολιτεία δεν ελέγχει την ένταξη νέων επιστημόνων στην αγορά εργασίας, ενώ οι ήδη υπάρχοντες είναι άνισα κατανομημένοι ανάμεσα σε κέντρο και περιφέρεια. Η κατανομή των γιατρών ανά ειδικότητα δε γίνεται ισορροπημένα, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε βασικές ειδικότητες όπως η γενική ιατρική, η κοινωνική ιατρική και η ιατρική της εργασίας. Επιπλέον, απουσιάζουν και τα κίνητρα που θα μπορούσαν να ωθήσουν τους νέους ανειδίκευτους γιατρούς στην επιλογή των παραπάνω ειδικοτήτων. Αυτό οδηγεί στον κορεσμό συγκεκριμένων ειδικοτήτων που, παραδοσιακά, φέρουν κάποιο βαθμό ευρύτερης αναγνώρισης και οικονομικής στήριξης από την ελληνική κοινωνία. Πολύ μεγάλες είναι οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και σε παραϊατρικές ειδικότητες, όπως για παράδειγμα οι κλινικοί και επιχειρησιακοί μηχανικοί. Τέλος, η εκπαίδευση και η επιμόρφωση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού εμφανίζει ελλείψεις και κενά με αποτέλεσμα να παρατηρούνται ανεπάρκειες στη διαχείριση της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.

Στη συνέχεια παρατίθεται πίνακας ο οποίος εμφανίζει την αναλογία κατά τα αντίστοιχα έτη Ιατρών (2001), Νοσηλευτών (1992) και Νοσοκομειακών Κλινών (2000), για την Ελλάδα και τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά Κράτη.

Πίνακας 1 : Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 100 000 κατοίκους στην Ευρώπη (Ελλάδα)

Ευρώπη	Νοσηλευτές		Ιατροί		Διαθέσιμες Κλίνες	
	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος
Ανδόρα	316.1	2002	304.2	2002	283.2	2002
Αυστρία	587.4	2001	332.8	2002	609.5	2002
Βέλγιο	1075.1	1996	447.8	2002	582.9	2001
Κροατία	501.6	2002	238.3	2002	367.3	2002
Κύπρος	422.5	2001	262.3	2001	406.6	2001
Τσεχία	971.1	2002	350.5	2002	631.3	2002
Δανία	967.1	2002	364.6	2002	340.2	2001
Φιλανδία	2166.3	2002	316.2	2002	229.9	2002
Γαλλία	688.6	2002	333.0	2002	396.7	2001
Γερμανία	973.1	2001	335.6	2002	627.0	2001
Ελλάδα	256.5	1992	453.3	2001	397.1	2000
Ισλανδία	898.2	2002	363.6	2002	368.2	1996
Ιρλανδία	1676.2	2000	238.3	2001	299.5	2002
Ιταλία	296.2	1989	612.1	2001	397.9	2001
Λουξεμβούργο	779.3	2002	259.3	2002	558.7	2002
Μάλτα	551.1	2002	267.2	2002	348.8	2002
Μονακό	1621.4	1995	664.3	1995	1553.6	1995

¹⁷ Υπουργείο Υγείας Πρόνοια, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

Ολλανδία	1328.2	2001	314.9	2002	307.4	2001
Νορβηγία	2055.7	2001	364.5	2002	308.9	2001
Πορτογαλία	384.0	2001	322.9	2001	330.8	1998
Σαν Μαρίνο	507.7	1990	251.7	1990	–	–
Σλοβενία	717.9	2002	224.2	2002	414.3	2002
Ισπανία	367.2	2000	324.3	2000	296.4	1997
Σουηδία	975.1	2000	304.1	2000	228.3	2002
Ελβετία	830.0	2000	361.6	2002	398.3	2002
Ην. Βασίλειο	497.2	1989	210.0	2002	390.0	2002
Ευρώπη Μ.Ο	819.8	2001	354.1	2002	409.6	2001

Πηγή : WHO Regional Office for Europe (2004c) and OECD (2004)

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το μέσο ποσοστό απασχολουμένων στον ευρύτερο τομέα υγείας στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ ανήλθε από 2,1% του εργατικού δυναμικού το 1960 σε 5,3 το 1990. Αντίστοιχα στη χώρα μας παρατηρήθηκε αύξηση από 1,4% το 1970 σε 3,5% το 2004. Αναλυτικότερα, οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα υπολογίζονται το 2006 σε 157.388 με την ανά ειδικότητα και επί τοις εκατό κατανομή που φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 2: Κατανομή επαγγελματιών Υγείας ανά Ειδικότητα (2006)



Πηγή: Υπουργείο Υγείας Πρόνοια, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

Από τα στοιχεία που ήδη παρατέθηκαν διαπιστώνεται ότι η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις όσον αφορά την αναλογία ιατρών ανά 100.000 κατοίκους, ενώ

υστερεί σημαντικά στην αναλογία νοσηλευτών¹⁸. Ταυτόχρονα, παρατηρείται δυσαναλογία στον αριθμό ιατρών - νοσηλευτών κατά απόλυτους αριθμούς, με λιγότερους τους νοσηλευτές. Η εικόνα αυτή -πληθωρισμός ιατρών και ανεπάρκεια νοσηλευτών- δημιουργεί στο ελληνικό σύστημα υγείας σοβαρά λειτουργικά προβλήματα.

3.1.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και εξωνοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των 39 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Αυτή, ωστόσο, αποτελεί μια σχηματική περιγραφή, η οποία δεν απεικονίζει πλήρως την πραγματική κατάσταση.

Από την πλευρά της προσφοράς, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει ολοένα και αυξανόμενο μέρος των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Παρότι ακριβή στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα, σύμφωνα με πολλές εκτιμήσεις η συμμετοχή του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα και της ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας ανέρχονται σε 30% και 50%, αντίστοιχα. Από την πλευρά της ζήτησης, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας οι δημόσιες και οι ιδιωτικές πηγές συμμετέχουν με περίπου ίσα ποσοστά.

Η συνολική δαπάνη υγείας παρουσιάζει σταθερά ανοδική πορεία κατά τη διάρκεια της τελευταίας 15ετίας, από 7,4% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) το 1990 σε σχεδόν 10% το 2004.¹¹ Ιδιαίτερα τη δεκαετία 1990–2000, στην Ελλάδα καταγράφηκε μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη. Όμως, η αύξηση της κρατικής δαπάνης την τελευταία 15ετία κατευθύνθηκε κυρίως στην (ελάχιστη αναγκαία) αύξηση της απασχόλησης και των αμοιβών και λιγότερο στην αναβάθμιση υποδομών και υπηρεσιών. Έτσι, η ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα είναι χαμηλή και η ιδιωτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας αυξάνεται συνεχώς, φθάνοντας το 2004 το 47% (ως αποκλειστική δαπάνη του χρήστη, εξαιρουμένων των

¹⁸ WHO Regional Office for Europe (2004c) and OECD (2004)

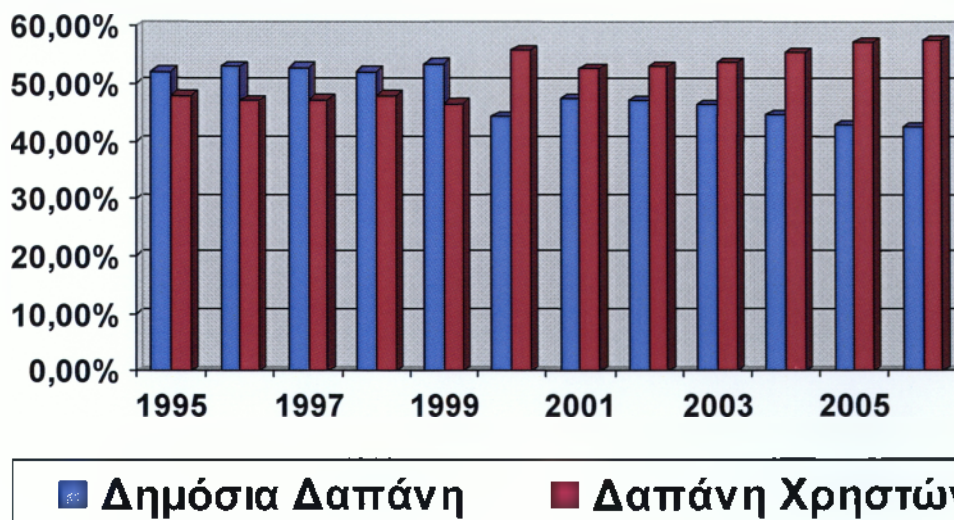
εξόδων ασφαλιστικών εταιριών), ποσοστό που είναι το υψηλότερο από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ ¹⁹

Πίνακας 3. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα (εκατομμύρια € και % συνολικής δαπάνης υγείας), 1990–2004.

	1990		2000		2001		2002		2003		2004	
Φορολογία					3.807	27,7%	3.812	26,1%	4.493	28%	3.887	23,2%
Κοινωνική ασφάλιση					3.807	27,7%	4.130	28,3%	4.148	25,9%	4.946	29,5%
Συνολική δημόσια	1.554	54%	6.353	52,6%	7.614	55,5%	7.942	54,4%	8.641	53,9%	8.833	52,7%
Ιδιώτικη ασφάλιση			303	2,5%	296	2,2%	332	2,3%	338	2,1%	344	2,1%
Παροχές από εταιρίες			2.081	16,9%	1.811	13,2%	2.159	14,7%	2.097	12%	1.566	9,2%
Παροχές από κράτος	2.081	68%	2.769	43,9%	3.511	45,9%	4.462	48,3%	7.067	46,1%	3.897	21,2%

Πηγές: Βάση υγείας ΟΟΣΑ, 2006

Πίνακας 4 : Σύγκριση Δημόσιας Δαπάνης και Δαπάνης Χρηστών για την περίοδο 1999-2004



Πηγή: WHOSIS / Greece indicators / ανάκτηση Μάιος 2009

¹⁹ Ο. Σίσκου κ.α, (2008) Δαπάνη υγείας στην Ελλάδα -Το ελληνικό παράδοξο, Archives of Hellenic Medicine 25(5):663–672

3.2 ΑΓΓΛΟ-ΣΑΞΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΑΓΓΛΙΑ-ΙΡΛΑΝΔΙΑ)

Το Σύστημα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία (Beneridge) στηρίζεται σχεδόν εξολοκλήρου τόσο στην οργάνωση όσο και στη οικονομική διαχείρισή του στην κεντρική κυβέρνηση. Χαρακτηριστικό αποτελεί το ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό ιατρικής φροντίδας καλύπτεται από φορείς εκτός των κρατικών. Η λειτουργία του συστήματος υγείας στην Αγγλία ξεκίνησε μετά τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου επί κυβερνήσεως του εργατικού κόμματος.

3.2.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το Αγγλικό Σύστημα Υγείας²⁰ χαρακτηρίζεται από το διαχωρισμό μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Βάση του συστήματος αποτελεί ο γενικός γιατρός ο οποίος είναι ο ουσιαστικά υπεύθυνος για το επίπεδο υγείας των Άγγλων πολιτών. Ο γενικός γιατρός, στον οποίο έχουν δικαίωμα πρόσβασης όλοι οι πολίτες, κρίνει κάθε φορά το βαθμό σοβαρότητας κάθε περιστατικού και αναλόγως το κατευθύνει.

Κέντρο του συστήματος είναι ο άνθρωπος και η προαγωγή της υγείας ανεξάρτητα από οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές ή όποιες άλλες διακρίσεις. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στόχος είναι να παρέχονται δωρεάν. Η περίοδος που προηγήθηκε του Εθνικού Συστήματος Υγείας χαρακτηρίστηκε από υπηρεσίες υγείας που παρέχονταν από ιδιώτες γιατρούς και από τους γιατρούς των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων. Τα νοσοκομεία ανήκαν είτε σε φιλανθρωπικά ιδρύματα είτε στην τοπική αυτοδιοίκηση. Βέβαια και τότε η φιλοσοφία του συστήματος δεν διέφερε και πολύ από τη σημερινή, καθώς οι άνθρωποι χωρίς οικονομικούς πόρους αλλά και όσοι δεν ήταν ασφαλισμένοι στα διάφορα ταμεία έχαιραν δωρεάν ιατρικής φροντίδας.

Το 1980 ο πληθυσμός του Ηνωμένου Βασιλείου ανερχόταν στα 46.500.000 κατοίκους. Τα τελευταία είκοσι χρόνια η αύξηση του πληθυσμού έγινε με αργούς ρυθμούς, οι οποίοι δεν αναμένεται να διαφοροποιηθούν στο μέλλον. Η χώρα χαρακτηρίζεται πυκνοκατοικημένη με αρκετές μεγαλουπόλεις. Σχεδόν όλους ο αγγλικός πληθυσμός έχει γεννηθεί και κατοικεί στη χώρα αυτή και έτσι χαρακτηρίζεται συμπαγής και ομοιογενής. Περίπου το 1/6 του πληθυσμού βρίσκεται πάνω από το όριο της συνταξιοδότησης, ενώ η πιο συχνή αιτία θανάτου αποτελούν τα καρδιακά και αγγειακά προβλήματα.

²⁰ Sutton R. (1994) , The British National Health Service , Pace , Vol . 17 , pp . 1178 – 1181 .

Η βάση της πυραμίδας υγείας στη Μεγάλη Βρετανία είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι σκοποί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνοψίζονται στην προαγωγή τόσο της καλής φυσικής όσο και της πνευματικής υγείας των πολιτών, στην παροχή υπηρεσιών αλλά και συμβουλών για ιατρικά θέματα, στην παροχή από τους ειδικούς υπηρεσιών εξέτασης, διάγνωσης αλλά και θεραπείας τόσο κατά τη διάρκεια παρουσίας νόσου αλλά και για την πρόληψή της, και τέλος στην υποστήριξη των ασθενών μετά τη νοσηλεία τους στα διάφορα νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το βρετανικό σύστημα υγείας²¹ περιλαμβάνει τη γενική ιατρική φροντίδα, την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, την οδοντιατρική και φαρμακευτική κάλυψη, και τέλος οφθαλμιατρική και ορθοπαιδική φροντίδα.

Ο γενικός γιατρός είναι το καθοριστικό γράναζι που κινεί, συντονίζει και προωθεί τη λειτουργία του όλου συστήματος. Ο ρόλος του είναι αυτός του οικογενειακού γιατρού ο οποίος λειτουργεί ανεξάρτητα αλλά στα πλαίσια του συστήματος υγείας, ομαδικά με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους με σκοπό την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να διαλέξει το γιατρό στον οποίο θα απευθυνθεί, αλλά και ο γιατρός έχει το δικαίωμα να δειχθεί ή όχι τον ασθενή!

Το δίκτυο των οικογενειακών γιατρών αποτελεί την πύλη εισόδου των Άγγλων στα νοσοκομεία και επομένως τη χρήση των υπηρεσιών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Φυσικά στο επίπεδο αυτό ξεκινούν παράπονα εκ μέρους των πολιτών αλλά και εντοπίζονται δυσλειτουργίες του συστήματος που παρόλα αυτά χαρακτηρίζεται ως ένα από τα πιο άρτια της Ευρώπης.

Ο τρόπος πληρωμής των οικογενειακών γιατρών²² γίνεται αφενός με ένα καθορισμένο ποσό το οποίο ορίζεται για να καλύψει μέρος των εξόδων των ιδιωτικών ιατρείων τους, καθώς και με ένα κυμαινόμενο ποσό το οποίο εξαρτάται από το μέγεθος της λίστας των ασθενών τους. Οι οικογενειακοί γιατροί ουσιαστικά δεν αποτελούν υπαλλήλους του εθνικού συστήματος υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Έχουν την ελευθερία επιλογής των μεθόδων και συνθηκών της εργασίας τους, φέρουν βέβαια την ευθύνη των ασθενών τους απέναντι στο σύστημα.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους ιατρικούς επισκέπτες και το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Τα τμήματα αυτά του συστήματος υγείας έχουν ρόλο βοηθητικό και υποστηρικτικό στη δράση των γενικών γιατρών. Η

²¹ Sutton R . (1994) , The British National Health Service , Pace , Vol . 17

²² Ματσαγγάνης Μ . (1992) , Η Μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βρετανία : Η περίπτωση των προϋπολογισμών των οικογενειακών γιατρών . Κοινωνία , Οικονομία και Υγεία

παροχή υπηρεσιών υγείας είναι το αποτέλεσμα της συλλογικής προσπάθειας τόσο του ιατρικού όσο και του παραϊατρικού προσωπικού²³.

Η Οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται από γενικούς οδοντιάτρους οι οποίοι σε αντιστοιχία με τους οικογενειακούς γιατρούς εργάζονται υπό καθεστώς ουσιαστικά αυτονομίας. Η αμοιβή τους καθορίζεται για κάθε οδοντιατρική πράξη ξεχωριστά.

Η φαρμακευτική κάλυψη είναι και αυτή κάτω από την εποπτεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ειδική μέριμνα υπάρχει για συγκεκριμένες ομάδες πολιτών όπως οι γηραιότεροι, οι νέοι, οι φτωχοί και οι έγκυες γυναίκες.

Ο φορέας που διοικεί, διευθύνει και καθορίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας στην Αγγλία είναι η κυβέρνηση μέσω του υπουργείου υγείας και του εκάστοτε υπουργού²⁴. Το Υπουργείο είναι υπεύθυνο για ότι αφορά στην υγεία. Οι μισθοί των εργαζομένων στην υγεία, η κατανομή των κονδυλίων και το ύψος τους, η έγκριση επενδύσεων, και κυρίως η χάραξη και η εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία συνολικά είναι υπό την ευθύνη του Υπουργού Υγείας. Η χώρα είναι διαιρεμένη διοικητικά σε οκτώ υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες αντιπροσωπεύουν την κεντρική πολιτική ηγεσία στην περιφέρεια. Βάση της διαίρεσης είναι η Υγειονομική Επαρχία η οποία αποτελεί το μονομερές κομμάτι του όλου οικοδομήματος. Ο αριθμός των υγειονομικών επαρχιών ανέρχεται στις 112 με ευθύνη φροντίδας 350000 ατόμων για όλο το φάσμα των αναγκαίων ιατρικών υπηρεσιών. Στο επίπεδο της υγειονομικής επαρχίας λειτουργούν οι Διευθύνσεις Οικογενειακής Ιατρικής στις οποίες ανήκουν οι οικογενειακοί γιατροί.

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη της πυραμίδας υγείας στη Μεγάλη Βρετανία περιγράφεται ουσιαστικά από την ύπαρξη και λειτουργία των νοσοκομείων και των διάφορων γενικών και ειδικών κλινικών. Αν και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες καλύπτουν μόνο το 10% περίπου των ιατρικών αναγκών από οικονομικής άποψης δαπανάται το 70% περίπου του προϋπολογισμού για την υγεία. Αυτό σημαίνει ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη κοστίζει αρκετά χρήματα για το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτει μια μεγάλη ποικιλία ιατρικών περιστατικών όπως γυναικολογικών, χειρουργικών, ψυχιατρικών, παιδιατρικών, κλπ. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του κάθε περιστατικού η φροντίδα υγείας παρέχεται είτε με πολυήμερη νοσηλεία, είτε με μονοήμερη νοσηλεία ή και χωρίς καθόλου νοσηλεία. Στην τελευταία περίπτωση ο ασθενής χρησιμοποιεί τη νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς να υπάρχει ανάγκη ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

²³ Department of Health , (1989) , Working for Patients . HMSO , London

²⁴ Sutton R . (1994) , The British National Health Service , Pace , Vol . 17

Η νοσοκομειακή φροντίδα εκτός από την ιατρική περίθαλψη απαιτεί και υπηρεσίες φιλοξενίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα διάφοροι επαγγελματίες όπως μάγειροι, καθαριστές, φροντιστές και πολλές και διαφορετικές ειδικότητες, όχι μόνο τεχνικές, να αποτελούν τμήματα για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων.

Το 1980 στο Ηνωμένο Βασίλειο υπήρχαν περίπου 2000 νοσοκομεία με περίπου 360000 κλίνες διαθέσιμες για νοσηλεία²⁵. Εκτός από αυτή τη δυναμική θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τη συγκεκριμένη εποχή τα Βρετανικά Νοσοκομεία κάλυπταν περίπου 130000 επιπλέον ασθενείς ως εξωτερικούς, ως επείγοντα περιστατικά αλλά και τραυματίες από διάφορα ατυχήματα.

Οι λίστες αναμονής, αν και αποτελούν σε κάποιο βαθμό, ένα μέσο ελέγχου του κορεσμού των νοσοκομειακών κλινών από περιστατικά, πάντα αποτελούν σημεία πολιτικής τριβής αλλά και δυσμενών σχολίων από τον τύπο. Η ουσία είναι ότι όποιος είναι πραγματικά ασθενής και έχει ανάγκη ιατρικής, νοσοκομειακής φροντίδας, το σύστημα είναι αποτελεσματικό και άμεσο. Δυσλειτουργία μπορεί να παρατηρηθεί σε περιστατικά τα οποία δε χαρακτηρίζονται ως επείγοντα, για τα οποία οι λίστες αναμονής είναι μεγαλύτερες. Το πρόβλημα είναι ακόμα μεγαλύτερο για το κομμάτι των περιστατικών αυτών που προορίζονται για τα χειρουργεία, αλλά και κατά τις περιόδους των διακοπών, των εορτών και των απεργιών.

Σε γενικές γραμμές οι Άγγλοι εμπιστεύονται και επικροτούν το σύστημα υγείας τους. Βέβαια παράπονα πάντα υπάρχουν με δυο να είναι τα πιο χαρακτηριστικά. Έτσι, αφενός μεν δεν παρέχονται στους ασθενείς επαρκείς πληροφορίες για το είδος των εφαρμοζόμενων θεραπειών και αφετέρου πολλές φορές οι ασθενείς γίνονται απρόσωπα όντα στις συζητήσεις μεταξύ των γιατρών οι οποίοι ενδιαφέρονται περισσότερο για τις ασθένειες και λιγότερο για τους ίδιους τους ασθενείς. Βέβαια τα παράπονα αυτά αν και εκφράζονται από μεγάλη μερίδα των Βρετανών δεν είναι δυνατό να επισκιάσουν την αρτιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αμεσότητα ενός συστήματος υγείας²⁶.

3.2.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Για τη λειτουργία του Βρετανικού Συστήματος Υγείας ένα μεγάλος αριθμός ανθρώπων εργάζεται, από διάφορες ειδικότητες και σε διάφορους τομείς. Ο βασικός πυλώνας κάθε συστήματος υγείας είναι οι γιατροί. Στην Αγγλία το 1980

²⁵ Fry J . , (1993) , General Practice : The facts , Radcliffe , Medical Press , London

²⁶ Fry J . , (1993) , General Practice : The facts , Radcliffe , Medical Press , London

αναλογούσαν περίπου 55 γενικοί γιατροί για κάθε 100000 ανθρώπους ²⁷. Η αναλογία των νοσοκομειακών γιατρών είναι υψηλότερη και σε αυτούς περιλαμβάνονται όλες οι ειδικότητες με κυριότερους τους παιδίατρους, τους γυναικολόγους, τους ψυχιάτρους, κλπ.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η αναλογία Ιατρών, Νοσηλευτικού Προσωπικού και Νοσοκομειακών Κλινών κατά τα έτη 2001 και 2002.

Πίνακας 5 : Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 100 000 κατοίκους στην Ευρώπη (Ην. Βασίλειο)

Ευρώπη	Νοσηλευτές		Ιατροί		Διαθέσιμες Κλίνες	
	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος
Ανδόρα	316.1	2002	304.2	2002	283.2	2002
Αυστρία	587.4	2001	332.8	2002	609.5	2002
Βέλγιο	1075.1	1996	447.8	2002	582.9	2001
Κροατία	501.6	2002	238.3	2002	367.3	2002
Κύπρος	422.5	2001	262.3	2001	406.6	2001
Τσεχία	971.1	2002	350.5	2002	631.3	2002
Δανία	967.1	2002	364.6	2002	340.2	2001
Φιλανδία	2166.3	2002	316.2	2002	229.9	2002
Γαλλία	688.6	2002	333.0	2002	396.7	2001
Γερμανία	973.1	2001	335.6	2002	627.0	2001
Ελλάδα	256.5	1992	453.3	2001	397.1	2000
Ισλανδία	898.2	2002	363.6	2002	368.2	1996
Ιρλανδία	1676.2	2000	238.3	2001	299.5	2002
Ιταλία	296.2	1989	612.1	2001	397.9	2001
Λουξεμβούργο	779.3	2002	259.3	2002	558.7	2002
Μάλτα	551.1	2002	267.2	2002	348.8	2002
Μονακό	1621.4	1995	664.3	1995	1553.6	1995
Ολλανδία	1328.2	2001	314.9	2002	307.4	2001
Νορβηγία	2055.7	2001	364.5	2002	308.9	2001
Πορτογαλία	384.0	2001	322.9	2001	330.8	1998
Σαν Μαρίνο	507.7	1990	251.7	1990	—	—
Σλοβενία	717.9	2002	224.2	2002	414.3	2002
Ισπανία	367.2	2000	324.3	2000	296.4	1997
Σουηδία	975.1	2000	304.1	2000	228.3	2002
Ελβετία	830.0	2000	361.6	2002	398.3	2002
Ην. Βασίλειο	497.2	1989	210.0	2002	390.0	2002
Ευρώπη Μ.Ο	819.8	2001	354.1	2002	409.6	2001

Πηγή : WHO Regional Office for Europe (2004c) and OECD (2004).

Η συνταξιοδότηση των γιατρών γίνεται περίπου στα 65 ηλικιακά έτη αν και μπορούν να εργάζονται και σε μεγαλύτερη ηλικία ²⁸.

Εκτός από το ιατρικό προσωπικό, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία εμπλουτίζεται με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους ιατρικούς επισκέπτες, το επιστημονικό και τεχνικό προσωπικό, το διοικητικό προσωπικό, το

²⁷ Fry J. , (1993) , General Practice : The facts , Radcliffe , Medical Press , London

²⁸ Sutton R . (1994) , The British National Health Service

προσωπικό των νοσοκομειακών οχημάτων, και ένα σύνολο αρχιτεκτόνων, μηχανικών και διαφόρων ειδικοτήτων για την κατασκευή και επισκευή των ιατρικών δομών²⁹.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ο αριθμός του προσωπικού που στελεχώνει το Βρετανικό σύστημα υγείας, για την περίοδο 2000-2008 και στο παρακάτω γράφημα η αναλογία του προσωπικού Υγείας ανά ειδικότητα και ανά 10000 κατοίκους.

Πίνακας 6: Στελέχωση Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας για την περίοδο 2000-2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ιατρικό προσωπικό	97.436	100.319	104460	109.964	117.806	122.987	126.251	128.210	133.662
Νοσηλευτικό προσωπικό	335.952	350.381	367.520	386.359	397.515	404.161	398.335	399.597	408.160
Επιστημονικό Προσωπικο-Τεχνικό Προσωπικό	105.910	110.241	116.598	122.066	128.883	134.534	134.498	136.976	142.558
Προσωπικό υποστήριξης Κλινικών	307.225	325.890	344.524	360.666	368.285	376.219	357.877	346.596	355.010
Προσωπικο ασθενοφόρων	14.755	14.855	15.609	15.957	17.272	18.117	16.176	17.028	17.451
Προσωπικό Υποστήριξης Υποδομών	173.733	179.783	189.274	199.808	211.489	220.387	209.387	207.778	219.064

Πηγή: www.ic.nhs.uk 2008- ανάκτηση 20 Μαΐου 2009

²⁹ www.ic.nhs.uk 2008- ανάκτηση 20 Μαΐου 2009

Γράφημα: Αναλογία προσωπικού Υγείας ανά ειδικότητα και ανά 10000 κατοίκους.
(στοιχεία έτους 1997)



Πηγή: WHOSIS / UK indicators / ανάκτηση Μάιος 2009

3.2.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

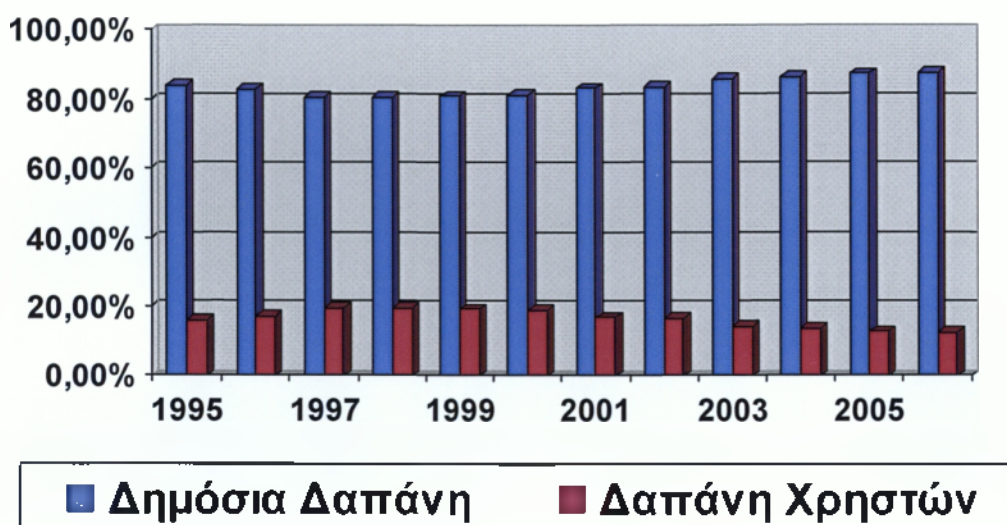
Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας³⁰ καλύπτεται κατά 89% περίπου από την κρατική φορολόγηση. Το υπόλοιπο ποσοστό προέρχεται βασικά από τα έσοδα που προκύπτουν από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων. Τα έσοδα αυτά κατανέμονται βασικά για την κάλυψη των νοσοκομειακών αναγκών, ένα σημαντικό ποσοστό για την κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών και την πληρωμή των οικογενειακών γιατρών και μικρά σχετικά ποσά για την οδοντιατρική περίθαλψη, για υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας και τέλος για την κάλυψη διοικητικών και άλλων αναγκών.

Η κατανομή των πόρων γίνεται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες και τις Υγειονομικές Επαρχίες. Σε πρώτο επίπεδο η κυβέρνηση εκχωρεί τη δαπάνη για την Υγεία. Το Υπουργείο κατανέμει τη δαπάνη αυτή αναλογικά στις Υγειονομικές Περιφέρειες. Κατόπιν, οι Υγειονομικές Επαρχίες παραλαμβάνουν το μερίδιο που του αναλογεί και φέρουν την ευθύνη να το προσφέρουν στα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς γιατρούς με βάση τις ανάγκες του καθενός, ώστε το σύστημα να εξακολουθήσει την ομαλή του λειτουργία.

³⁰ Weiner J. , Ferris P. , (1990) , GP budget – holding in the UK : Lessons from America . Research Report 7 , King ' s Fund Institute , London

Εκτός όμως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, χώρο καταλαμβάνει και η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολύ μικρό ποσοστό όμως. Οι μορφές που παίρνει η ιδιωτική πρωτοβουλία στον τομέα της υγείας στην Αγγλία είναι μέσω ιδιωτικών κλινών στα δημόσια νοσοκομεία, μέσω ιδιωτικών νοσοκομείων και τέλος μέσω νοσοκόμων οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κατ' οίκον. Αν και ο βαθμός ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι πολύ μικρός ωστόσο ανταποκρίνεται με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πολιτών. Παρόλα αυτά η δημόσια υγεία στην Αγγλία είναι ένα αγαθό το οποίο προσφέρεται ουσιαστικά δωρεάν από το κράτος.³¹

Πίνακας 7 : Σύγκριση Δημόσιας Δαπάνης και Δαπάνης Χρηστών (ατομικές) για την περίοδο 1995-2006



Πηγή: WHOSIS / U.K indicators / ανάκτηση 20 Μαΐου 2009

Ένας βασικός στόχος στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών υγείας είναι η ισότιμη προσφορά τους σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από τις κοινωνικές οικονομικές πνευματικές, θρησκευτικές ή όποιες άλλες ιδιαιτερότητές τους. Στο παρελθόν το ποσοστό συνταξιοδότησης εργατών ανασφάλιστων, χαμηλού κοινωνικού, οικονομικού και πνευματικού επιπέδου ήταν αρκετά μικρότερο από όσους είχαν την τύχη να εργάζονται σε συνθήκες εργασίας με μικρότερο ρίσκο και λιγότερους κινδύνους. Επίσης και τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας ήταν αρκετά υψηλότερα στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας έπρεπε να ανατρέψει αυτές τις αναλογίες θέτοντας τον ανθρώπινη ζωή στο επίκεντρο.

³¹ WHOSIS / U.K indicators / ανάκτηση 20 Μαΐου 2009

Στη σημερινή εποχή η προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας δεν καθορίζονται από κριτήρια που δεν έχουν να κάνουν με την ασθένεια και τον κίνδυνο για την ανθρώπινη ζωή. Κάθε Βρετανός πολίτης έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας στο βαθμό που θα προφυλάξει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη ζωή του. Έτσι οι κοινωνικές, οικονομικές, πνευματικές και θρησκευτικές διαφοροποιήσεις οι οποίες μπορεί και να είναι έντονες στην Αγγλία δεν καθορίζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Πρόβλημα στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες δημιουργεί η ανάγκη κατάρτισης ενός σωστού σχεδιασμού για την οργάνωση των υπηρεσιών και την κατανομή των πόρων³². Και πάντα, σε τομείς τόσο πολύπλοκούς όσο είναι αυτός της υγείας ο σχεδιασμός πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω η Μεγάλη Βρετανία είναι διαιρεμένη σε Υγειονομικές Επαρχίες. Ο ρόλος αυτών δεν εξαντλείται μόνο στην κατανομή των πόρων, αλλά επεκτείνεται και στη συλλογή πληροφοριών οι οποίες θα είναι χρήσιμες για την ανανέωση και τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Έχουν οργανωθεί ειδικές υπηρεσίες που σκοπό έχουν να καταγράφουν και να μελετούν τα προβλήματα που προκύπτουν από τη λειτουργία του Συστήματος Υγείας με σκοπό την αναζήτηση των απαιτούμενων λύσεων.

3.3 ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΓΕΡΜΑΝΙΑ - ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ)

3.3.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το μοντέλο πάνω στο οποίο έχει δομηθεί η πυραμίδα υγείας στη Γερμανία (Bismark) στηρίζεται έχει τέσσερις βάσεις³³. Την ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη, την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και την υποστήριξη της υγείας από το σύνολο της κοινωνίας. Τα ταμεία υγείας μπορούμε να τα χαρακτηρίσουμε ως το βασικό μέτοχο του συστήματος, τα οποία καθιστούν την κοινωνική ασφάλιση ως τον κύριο χορηγό. Ο ρόλος των ταμείων είναι να ελέγχουν τις δαπάνες για την υγεία, οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες καταβάλλουν σε αυτά τις

³² Weiner J. , Ferris P. , (1990) , GP budget – holding in the UK : Lessons from America . Research Report 7 , King ' s Fund Institute , London

³³ Iglehart K . J . , (1991) , Germany ' s Health Care System (δυο μέρη) . The N . Engl . J . Med . , Vol . 324 , No . 7 , pp . 503 – 508 (πρώτο μέρος) και Vol . 324 , No . 24 , pp . 1750 – 1756 (δεύτερο μέρος)

προκαθορισμένες εισφορές και το κράτος διατηρεί την ευθύνη της ομαλής λειτουργίας των διαφόρων δομών. Οι γιατροί που αποτελούν πάντα τον κεντρικό, αλλά όχι τον μοναδικό κρίκο κάθε συστήματος υγείας, στη Γερμανία εργάζονται σε ένα καθεστώς αυτονομίας. Το σύστημα αυτό αν και είναι δομημένο ώστε να στηρίζεται σε λεπτές ισορροπίες μεταξύ των μελών του, παρόλα αυτά λειτουργεί με αξιοσημείωτη αρμονία.

Το Γερμανικό κράτος είναι ομόσπονδο. Αυτό σημαίνει ότι σε μεγάλο βαθμό υπάρχει αποκέντρωση ευθυνών σε διάφορα επίπεδα και τομείς, όπως και στην υγεία. Έτσι, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι υπεύθυνη να χαράσσει την πολιτική για την υγεία νομοθετώντας και αναζητώντας λύσεις, ενώ οι ομοσπονδιακές κυβερνήσεις είναι επιφορτισμένες με την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής. Βέβαια ο ρόλος τους δεν περιορίζεται στο επίπεδο αυτό αλλά έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις για θέματα τοπικής εμβέλειας.

Οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα επιλογής τόσο του γιατρού όσο και του νοσοκομειακού ιδρύματος με μεγάλη ελευθερία. Από την άλλη μεριά και οι γιατροί απολαμβάνουν ιδιαίτερης ελευθερίας στην άσκηση του επαγγέλματός τους. Τα ταμεία υγείας αγοράζουν υπηρεσίες υγείας τις οποίες καλύπτουν από τις εισφορές προς αυτά. Οι διαμεσολαβητές μεταξύ των ταμείων και των όσων παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας, με κέντρο του γιατρούς, είναι ο κρίκος που κινεί το όλο σύστημα

34

Το γερμανικό κράτος χαρακτηρίζεται από την ευημερία και τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. Η υγεία ακολούθησε την ανοδική πορεία της οικονομικής προόδου του κράτους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το γερμανικό σύστημα υγείας να συγκαταλέγεται στα καλύτερα στη σημερινή εποχή.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο τομέας που καλύπτει προβλήματα υγείας τα οποία δεν απαιτούν για την αντιμετώπισή τους εξειδικευμένο γιατρό ή νοσηλεία σε νοσοκομείο. Και στη Γερμανία πυλώνας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ο γενικός ή οικογενειακός γιατρός. Υπάρχει όμως στην περίπτωση της Γερμανίας η ιδιαιτερότητα, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης να παρέχονται και από εξειδικευμένους γιατρούς. Αυτό συμβαίνει γιατί οι πολίτες έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Οι ειδικοί με τη μεγαλύτερη συμβολή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι οι παιδίατροι, οι γυναικολόγοι, οι χειρουργοί και οι νευρολόγοι.

³⁴ Institute for Health System Research, (1994), Health Care in Germany : The Health Care System in the Federal Republic of Germany . The Ministry of Health , Bonn

Αντίθετη πορεία από την τάση της αποκέντρωσης εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό στον τομέα των διαγνωστικών μεθόδων. Αυτό είναι αποτέλεσμα την εξέλιξης της ιατρικής τεχνολογίας, τα υψηλά κόστη των νέων ιατρικών μηχανημάτων αλλά και η ανάγκη εξειδικευμένου προσωπικού για τη χρήση των μηχανημάτων. Η ανάπτυξη αυτή έχει ως αποτέλεσμα ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού να έχει χάσει την πρωταρχική σημασία που είχε στο παρελθόν χωρίς βέβαια να χάνει τη σπουδαιότητα και την αξία του. Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί πάντα το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και του συστήματος υγείας³⁵. Είναι αυτός που θα εκτιμήσει την αναγκαιότητα ο ασθενής να χρειαστεί επιπλέον ιατρική φροντίδα ή όχι. Άρα, και στο γερμανικό σύστημα υγείας ο οικογενειακός γιατρός λειτουργεί ως φίλτρο για την παροχή πιο εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών.

Ο οικογενειακός γιατρός εργάζεται σε ένα καθεστώς αυξημένης ανεξαρτησίας τον οποίο ο ασθενής μπορεί κατά βούληση να προσεγγίσει. Ο γιατρός είναι υπεύθυνος να προσφέρει θεραπευτική αγωγή στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ανάγκη ειδικότερης αντιμετώπισης. Όταν παρουσιαστούν περιστατικά μεγαλύτερης σοβαρότητας ο οικογενειακός γιατρός είναι αυτός που θα κατευθύνει τον ασθενή στα εξειδικευμένα εξεταστικά κέντρα ή στα νοσοκομεία. Αφού ο ασθενής δεχθεί την εξειδικευμένη θεραπευτική αγωγή η ευθύνη επιστρέφει στον οικογενειακό γιατρό. Το σύστημα αυτό, το οποίο στη βάση του φαίνεται τελικά απλό και λειτουργικό προσφέρει υψηλού βαθμού πρωτοβάθμια φροντίδα, εξασφαλίζει αποτελεσματικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο, προωθεί την αρμονική λειτουργία των τοπικών αλλά και των κεντρικότερων φορέων και ουσιαστικά προσφέρει στο γερμανό πολίτη ασφάλεια και προστασία του επιπέδου υγείας του³⁶.

3.3.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

Το μεγαλύτερο μέρος των νοσοκομείων έχουν δυναμική 200 με 300 κλινών. Τα μισά περίπου από τα νοσοκομεία είναι γενικά νοσοκομεία στα οποία λειτουργούν διάφορες ιατρικές κλινικές. Το υπόλοιπο μισό των νοσοκομείων είναι εξειδικευμένα, όπως χειρουργικά, παιδιατρικά, κλπ. Στα πλαίσια του Εθνικού συστήματος υγείας

³⁵ Iglehart K. J. , (1991) , Germany ' s Health Care System (δυο μέρη) . The N . Egl . J . Med . , Vol . 324 , No . 7 , pp . 503 – 508 (πρώτο μέρος) και Vol . 324 , No . 24 , pp . 1750 – 1756 (δεύτερο μέρος)

³⁶ Iglehart K. J. , (1991) , Germany ' s Health Care System (δυο μέρη) . The N . Egl . J . Med . , Vol . 324 , No . 7 , pp . 503 – 508 (πρώτο μέρος) και Vol . 324 , No . 24 , pp . 1750 – 1756 (δεύτερο μέρος)

λειτουργούν και τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, στα οποία παρέχεται εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα σε συνδυασμό με την ιατρική εκπαίδευση³⁷. Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η αναλογία Ιατρών, Νοσηλευτικού Προσωπικού και Νοσοκομειακών Κλινών κατά τα έτη 2001 και 2002.

**Πίνακας 8 : Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 100 000 κατοίκους στην Ευρώπη
(τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία)**

Ευρώπη	Νοσηλευτές		Ιατροί		Διαθέσιμες Κλίνες	
	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος
Ανδόρα	316.1	2002	304.2	2002	283.2	2002
Αυστρία	587.4	2001	332.8	2002	609.5	2002
Βέλγιο	1075.1	1996	447.8	2002	582.9	2001
Κροατία	501.6	2002	238.3	2002	367.3	2002
Κύπρος	422.5	2001	262.3	2001	406.6	2001
Τσεχία	971.1	2002	350.5	2002	631.3	2002
Δανία	967.1	2002	364.6	2002	340.2	2001
Φιλανδία	2166.3	2002	316.2	2002	229.9	2002
Γαλλία	688.6	2002	333.0	2002	396.7	2001
Γερμανία	973.1	2001	335.6	2002	627.0	2001
Ελλάδα	256.5	1992	453.3	2001	397.1	2000
Ισλανδία	898.2	2002	363.6	2002	368.2	1996
Ιρλανδία	1676.2	2000	238.3	2001	299.5	2002
Ιταλία	296.2	1989	612.1	2001	397.9	2001
Λουξεμβούργο	779.3	2002	259.3	2002	558.7	2002
Μάλτα	551.1	2002	267.2	2002	348.8	2002
Μονακό	1621.4	1995	664.3	1995	1553.6	1995
Ολλανδία	1328.2	2001	314.9	2002	307.4	2001
Νορβηγία	2055.7	2001	364.5	2002	308.9	2001
Πορτογαλία	384.0	2001	322.9	2001	330.8	1998
Σαν Μαρίνο	507.7	1990	251.7	1990	–	–
Σλοβενία	717.9	2002	224.2	2002	414.3	2002
Ισπανία	367.2	2000	324.3	2000	296.4	1997
Σουηδία	975.1	2000	304.1	2000	228.3	2002
Ελβετία	830.0	2000	361.6	2002	398.3	2002
Ην. Βασίλειο	497.2	1989	210.0	2002	390.0	2002
Ευρώπη Μ.Ο	819.8	2001	354.1	2002	409.6	2001

Πηγή : WHO Regional Office for Europe (2004c) and OECD (2004)

Από τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα στο Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας,³⁸ Διαπιστώνεται ότι ο ένας στους τρεις απασχολούμενους στον τομέα υγείας, στη Γερμανία, εργάζεται σε Νοσοκομείο.

Παρακάτω παρατίθεται πίνακας και συγκριτικό γράφημα με τους συνολικούς αριθμούς των απασχολούμενων στη υγεία και των εργαζομένων σε νοσοκομεία για την περίοδο 1997-2006 καθώς και γράφημα με την αναλογία προσωπικού Υγείας ανά ειδικότητα και ανά 10000 κατοίκους.

³⁷ Institute for Health System Research , (1994) , Health Care in Germany : The Health Care System in the Federal Republic of Germany . The Ministry of Health , Bonn

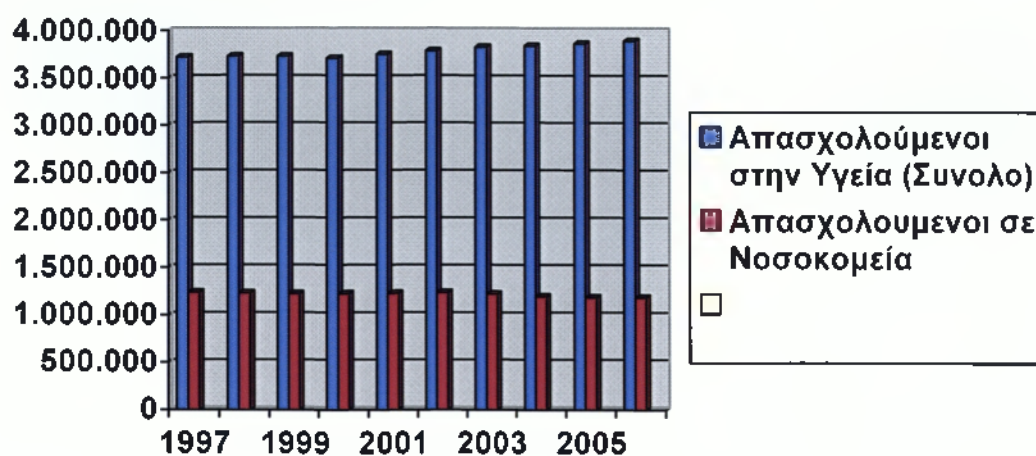
³⁸ WHO Health Data

Πίνακας 9: Απασχολούμενο προσωπικό στον Τομέα Υγείας στην Γερμανία

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
1997	3,720,000	1,240,116
1998	3,729,000	1,232,661
1999	3,730,000	1,226,287
2000	3,709,000	1,225,478
2001	3,750,000	1,229,129
2002	3,788,000	1,240,257
2003	3,827,000	1,221,062
2004	3,842,000	1,194,103
2005	3,865,000	1,184,091
2006	3,892,000	1,185,908

Πηγή: WHO Health Data

Γράφημα: Σύγκριση συνολικά απασχολούμενων στη Υγεία και εργαζομένων σε Νοσοκομεία



Πηγή: WHO Health Data

Γράφημα: Αναλογία προσωπικού Υγείας ανά ειδικότητα και ανά 10000 κατοίκους.
(στοιχεία έτους 2006)



Πηγή: WHOSIS / Sweden indicators / ανάκτηση Μάιος 2009

Κάτι που χαρακτηρίζει τη νοσοκομειακή περίθαλψη στη Γερμανία είναι η σχετικά μεγάλη διάρκειά της. Αυτό μπορεί να αποτελεί συνέπεια του τρόπου που γίνεται η χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

3.3.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Πριν περάσουμε στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας θα ασχοληθούμε με τη χρηματοδότηση και την οργάνωση του συστήματος πιο αναλυτικά.

Βασική πηγή χρηματοδότησης είναι το Γερμανικό δημόσιο μέσω των ταμείων υγείας με τις καταβαλλόμενες από εργοδότες και εργαζόμενους εισφορές³⁹. Λόγο στον τομέα τις υγείας έχουν και διάφοροι φορείς και οργανώσεις όπως ο Ερυθρός Σταυρός, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Από την πλευρά της πολιτείας το Υπουργείο Υγείας είναι επιφορτισμένο με την ευθύνη για την υγεία. Εκτός από το υπουργείο αυτό συμμετέχουν και τα υπουργεία Περιβάλλοντος, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και το υπουργείο Έρευνας και Τεχνολογίας. Σε τοπικό επίπεδο το σύστημα υγείας βρίσκεται υπό την εποπτεία της κυβέρνησης και του Υπουργού

³⁹ Hurst W . J . , (1991) , Reform Of Health Care in Germany . Health Care Financing Review , Spring 1991 , vol . 12 , No 3 , pp . 73 – 86

Υγείας του κάθε κρατιδίου . Λειτουργούν επίσης και οι διάφορες Διευθύνσεις Υγείας με λειτουργούς υπεύθυνους για τη δημόσια υγείας.

Τα ταμεία Υγείας είναι οργανισμοί μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Ρόλος τους είναι να ασφαλίζουν άτομα τα οποία είτε εργάζονται στο ίδιο επάγγελμα, είτε εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις, είτε ζουν στη ίδια γεωγραφική περιοχή. Η ασφάλιση για τους εργαζομένους κρίνεται απαραίτητη έως ένα επίπεδο μηνιαίου εισοδήματος, πάνω από το οποίο είναι εντελώς προαιρετική. Στη διοίκηση των ταμείων συμμετέχουν και η εργαζόμενοι ενώ η δράση τους γίνεται σε ένα πλαίσιο αυτονομίας τόσο από την ομοσπονδιακή όσο και από τις τοπικές κυβερνήσεις των διαφόρων κρατιδίων. Ο αριθμός τους ανέρχεται στα 1200.

Τα Ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται σε συνεχή διαπραγμάτευση με τις ενώσεις των εξω-νοσοκομειακών γιατρών. Με τον τρόπο αυτό καθορίζονται τα ποσοτικά αλλά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του συστήματος, όπως η κατανομή των πόρων και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Τα ταμεία εκπονούν σφαιρικούς προϋπολογισμούς για τις Περιφερειακές ενώσεις των εξω-νοσοκομειακών γιατρών από τους οποίους πληρώνονται οι γιατροί με το σύστημα της κατά πράξη αμοιβής.

Οι εισφορές που καταβάλλονται σε κάθε ταμεία είναι κυμαινόμενες, από περιοχή σε περιοχή. Ένας βασικός παράγοντας που τις διαμορφώνει είναι ο αριθμός των συνταξιούχων, ενώ στην περίπτωση όπου ο αριθμός τους είναι μεγάλος το Εθνικό Ταμείο συνεισφέρει με ειδική εισφορά. Το ποσό που οι εργαζόμενοι καλούνται να καταβάλλουν υπολογίζεται στη βάση του ακαθάριστου μισθού και καλύπτεται εξίσου από εργοδότες και εργαζόμενους. Μέριμνα υπάρχει και για τους ανέργους οι οποίοι εξακολουθούν να ανήκουν στα ταμεία όπου ανήκαν πριν χάσουν τη δουλειά τους και τα οποία συνεχίζουν να καλύπτουν τις ανάγκες τους.

Τα ταμεία Υγείας χρηματοδοτούν τα νοσοκομεία απευθείας χωρίς την παρέμβαση του κράτους . Αυτό γίνεται κατά ημέρα νοσηλείας. Οι γιατροί αμείβονται με μισθό ο οποίος καθορίζεται από την προϋπηρεσία τους και την ειδικότητά τους. Η χρηματοδότηση των εξω-νοσοκομειακών γιατρών γίνεται από τα ταμεία μέσω των περιφερειακών ενώσεων. Η αμοιβή των γιατρών στην αυτή γίνεται κατά πράξη. Η κάλυψη τόσο των νοσοκομειακών αναγκών όσο και των γιατρών της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης βρίσκεται υπό συνεχείς διαπραγματεύσεις. Κάθε φορέας προσπαθεί να πετύχει καλύτερες συνθήκες ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι η παροχή αρτιότερων υπηρεσιών υγείας για τον πολίτη⁴⁰.

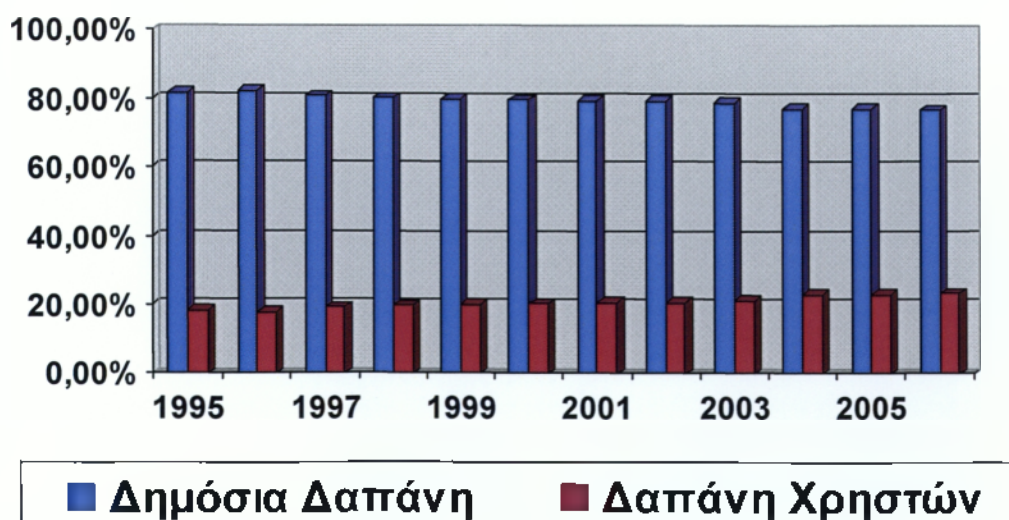
⁴⁰ Hurst W . J . , (1991) , Reform Of Health Care in Germany . Health Care Financing Review , Spring 1991 , vol . 12 , No 3 , pp . 73 – 86

Συνοψίζοντας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που παρέχεται στο γερμανικό κράτος έχουμε να πούμε ότι αυτή στηρίζεται ουσιαστικά στις υπηρεσίες του οικογενειακού γιατρού. Οι ασθενείς έχουν την ελευθερία επιλογής του γιατρού που θέλουν. Ένα ειδικό κουπόνι με τρίμηνη ισχύει χορηγείται από τους γενικούς γιατρούς στους ασθενείς πάνω στο οποίο αναγράφονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Με επίδειξη των υπηρεσιών τους στις περιφερειακές ενώσεις τους οι γενικοί γιατροί αμείβονται γι ' αυτές.

Νοσοκομειακή περίθαλψη: όπως η πρωτοβάθμια έτσι και η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στη Γερμανία μπορεί να χαρακτηριστεί υψηλού επιπέδου. Τα νοσοκομεία είναι εξοπλισμένα και σύγχρονα. Η διαθεσιμότητα των κλινών ποικίλλει μεταξύ των κρατιδίων, σε γενικές γραμμές όμως οι ανισότητες δεν είναι μεγάλες. Το μισό περίπου των κλινών ανήκει στα δημόσια νοσοκομεία. Από το υπόλοιπο μισό το μεγαλύτερο μέρος ανήκει σε μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδρύματα και ένα μικρό μέρος στις ιδιωτικές κλινικές. Οι τελευταίες για να λειτουργήσουν χρειάζονται ειδικές άδειες οι οποίες παρέχονται από την κυβέρνηση.

Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν την ευθύνη να εξασφαλίσουν τον απαιτούμενο αριθμό κλινών για να καλύψουν επαρκώς τις ανάγκες των ασφαλισμένων τους. Σε τοπικό επίπεδο τα κρεβάτια των δημοσίων νοσοκομείων και των μη κερδοσκοπικών κλινικών βρίσκονται υπό τη διαχείριση των τοπικών αρχών. Το κράτος λειτουργεί μόνο υποστηρικτικά στις ανάγκες των νοσοκομείων ή των τοπικών αρχών και συντονίζει όπου χρειάζεται τις πρωτοβουλίες.

Πίνακας 10: Σύγκριση Δημόσιας Δαπάνης και Δαπάνης Χρηστών (ατομικές) για την περίοδο 1995-2006



Πηγή: WHOSIS / German indicators / ανάκτηση Μάιος 2009

3.3 ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ - ΣΟΥΗΔΙΑ)

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας⁴¹ περιγράφει ένα χαρακτηριστικό καθεστώς το οποίο ξεχωρίζει τις χώρες της Σκανδιναβίας από τις χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης, αλλά και του κόσμου γενικότερα. Η Σουηδία αποτελεί μια χώρα στην οποία κάθε πολίτης έχει την τύχη να επωφελείται από ένα κρατικό μηχανισμό ο οποίος λειτουργεί με σκοπό τη διευκόλυνση της καθημερινότητάς του. Και στον τομέα της υγείας αλλά και της κοινωνικής πρόνοιας γενικότερα, το Σουηδικό Κράτος βρίσκεται κοντά στον πολίτη και τις ανάγκες του, ανεξάρτητα από κοινωνικές, οικονομικές και πνευματικές διακρίσεις. Οι ανάγκες υγείας καλύπτονται ισότιμα και δωρεάν, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, και όχι άδικα η χώρα αυτή χαρακτηρίζεται για τη δομή του κράτους πρόνοιάς της.

3.3.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Βάση του Σουηδικού Συστήματος Υγείας είναι η περιφερειακή οργάνωση της χώρας και η χρηματοδότηση⁴², η οποία στο μεγαλύτερο ποσοστό της γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας και της κοινωνικής ασφάλισης και σε ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου κατά 10%, από τις ιδιωτικές πληρωμές. Η ιδιωτική ασφάλιση στη Σουηδία είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και έτσι η συμβολή της στην κάλυψη των αναγκών υγείας, αναλογικά ελάχιστη. Στην κάλυψη των ιατρικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής περίθαλψης αλλά και των φαρμακευτικών αναγκών, συμμετέχει και ο ασθενής.

Στις χώρες της Σκανδιναβίας ο ρόλος της περιφέρειας, της τοπικής νομαρχιακής και δημοτικής αρχής είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Οι εξουσίες είναι σε υψηλό βαθμό αποκεντρωμένες και αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στον τομέα της υγείας. Το στοιχείο αυτό διαφοροποιεί σε υψηλό βαθμό το χαρακτήρα και τη δομή του Σουηδικού Συστήματος Υγείας από τα υπόλοιπα της Ευρώπης. Η μεταβίβαση αυτή των εξουσιών στην τοπική κοινωνία έχει ως αποτέλεσμα την αποδοτικότερη

⁴¹ Ministry of Health and Social Affairs, (1994), Three Models for Health Care Reform in Sweden . A Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care , (HSU 2000) .

⁴² οπ. π

κατανομή των πόρων αλλά και τελικά τον περιορισμό των δαπανών και της άσκοπης σπατάλης.

Σε μια σύντομη περιγραφή του Σουηδικού Συστήματος Υγείας θα έπρεπε να αναφέρουμε ότι είναι ένα από τα συστήματα με τον πλέον δημόσιο χαρακτήρα, του οποίου η διοίκηση, η λειτουργία, η οργάνωση και η εξέλιξη είναι αποκλειστική ευθύνη της τοπικής κοινωνίας μέσω των εκλεγμένων νομαρχιακών συμβουλίων. Τα τελευταία καθορίζουν τους επιβαλλόμενους φόρους, οι οποίοι αποτελούν το αποκλειστικό σχεδόν έσοδο για τη χρηματοδότηση του συστήματος. Το κράτος κεντρικά στηρίζει το σύστημα υγείας μέσω του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης.

Με τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η δημιουργία ενός αποτελεσματικού και λειτουργικού συστήματος υγείας αποτέλεσε ένα από τα ζητούμενα του Σουηδικού κράτους. Οι προσπάθειες βελτίωσης του συστήματος, παρά το υψηλό το επίπεδο, είναι συνεχείς τα τελευταία χρόνια. Χαρακτηριστικά, μπορούμε να αναφέρουμε το 1963 όπου τα νομαρχιακά συμβούλια αναλαμβάνουν την περιφερειακή διεύθυνση υγείας, το 1983 οπότε και τα νομαρχιακά συμβούλια θα αναλάβουν την πλήρη ευθύνη του σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας και το 1991 οπότε και γίνεται η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την ανάληψη της πλήρους ευθύνης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους δήμους.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας⁴³: στη Σουηδία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους γενικούς γιατρούς και τα κέντρα υγείας, τα οποία στελεχώνονται με ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και μαίες, και αναλαμβάνουν την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών σε πληθυσμό μέχρι 50000 περίπου κατοίκους. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέγει το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό γιατρό αλλά και το νοσοκομείο της προτίμησής του, καθώς δεν λειτουργεί σύστημα το οποίο να ελέγχει τη χρήση των υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, παρατηρείται περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς μεγάλο ποσοστό των Σουηδών επισκέπτεται τα ιατρεία των νοσοκομείων.

Το ιατρικό προσωπικό που παρέχει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει την ειδικότητα του γενικού γιατρού και εργάζεται κατά βάση στα κέντρα υγείας. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί στη χώρα αυτή μείωση του αριθμού των γιατρών γεγονός που προκαλεί προβλήματα ανεπάρκειας και άρα λίστες αναμονής.

⁴³ Saltman R . B . , von Otter C . , (1987) , Re – vitalizing Public Health Care Systems : A proposal for Public Competition in Sweden . Health Policy , 7

Μικρό ποσοστό των γιατρών είναι ιδιώτες με συμβάσεις με τον ιδιωτικό ή το δημόσιο τομέα.

Σε περιφερειακό επίπεδο⁴⁴, ο συνδετικός κρίκος με την Κυβέρνηση είναι η Ομοσπονδία των Νομαρχιακών Συμβουλίων, η οποία έρχεται σε επαφή τόσο με την Κυβέρνηση για τη διευθέτηση ζητημάτων που αφορούν στην περιφέρεια, αλλά και με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας τοπικά, για τον καθορισμό θεμάτων που αφορούν στις συνθήκες εργασίας και τις αμοιβές. Ο αριθμός των Νομαρχιακών Συμβουλίων είναι 23, και αντιστοιχούν στον αριθμό των νομών. Κάθε νομαρχιακού συμβουλίου ηγείται ο νομάρχης, ο οποίος διορίζεται από την κυβέρνηση και έχει εξαιρετική θητεία. Τα μέλη του συμβουλίου εκλέγονται απευθείας από το λαό και η θητεία τους είναι τριετής. Οι νομοί αποτελούνται από 268 Δήμους, 3 από τους οποίους είναι οι μεγαλύτεροι και θεωρούνται νομοί.

Το Υπουργείο Υγείας⁴⁵ είναι το όργανο το οποίο καθορίζει την πολιτική στο χώρο της υγείας, θεσπίζοντας νόμους και ορίζοντας τους στόχους και τις προτεραιότητες. Επικουρική στο ρόλο του Υπουργείου είναι η δράση της Εθνικής Επιτροπής Υγείας και Πρόνοιας, η οποία αποτελείται από ένα σύνολο επιστημόνων με ευθύνη να αναλύουν και να μελετούν τα δεδομένα στο χώρο της υγείας. Στόχος είναι να παρέχουν τη γνώση εκείνη που θα βοηθήσει στη βελτίωση του συστήματος και των παρεχομένων υπηρεσιών. Στον τομέα της Υγείας δραστηριοποιείται επίσης το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και Προγραμματισμού, τόσο κεντρικά όσο και περιφερικά, και το Συμβούλιο Ελέγχου της Ποιότητας της Ιατρικής Τεχνολογίας, το οποίο καθορίζει τις επενδύσεις που γίνονται στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας.

Νοσοκομειακή Περίθαλψη⁴⁶: στη Σουηδία λειτουργούν 9 νομαρχιακά - ακαδημαϊκά νοσοκομεία και 84 τοπικά. Το 2000 αντιστοιχούσαν 3,6 κλίνες ανά 1000 κατοίκους. Η μέση διάρκεια νοσηλείας για τα οξέα περιστατικά κυμαίνεται γύρω στις 5 ημέρες. Η ευθύνη των νοσοκομείων είναι ανατιθεμένη στα νομαρχιακά συμβούλια, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η διοίκηση έχει παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς.

⁴⁴ Ministry of Health and Social Affairs , (1994) , Three Models for Health Care Reform in Sweden . A Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care , (HSU 2000) .

⁴⁵ Ministry of Health and Social Affairs , (1994) , Three Models for Health Care Reform in Sweden . A Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care , (HSU 2000) .

⁴⁶ *ο.π. π.*

Σε κάθε νομό λειτουργεί τουλάχιστον ένα νοσοκομείο ενώ σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν τα κέντρα υγείας. Στο νοσοκομείο κατευθύνονται οι ασθενείς των οποίων η κατάσταση κρίνεται σοβαρή ή έχουν ανάγκη να υποβληθούν σε εξειδικευμένες εξετάσεις. Τα νομαρχιακά νοσοκομεία μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες . Στην πρώτη κατατάσσονται κείνα τα οποία διαθέτουν τις περισσότερες ειδικότητες και σε εκείνα που διαθέτουν τις πιο αναγκαίες ειδικότητες όπως η παθολογική, η χειρουργική, η ακτινολογική και η αναισθησιολογία. Εκτός από αυτά, λειτουργούν και ειδικά νοσοκομεία με βασικότερα τις ψυχιατρικές κλινικές.

Διαπιστώνουμε ότι αποκέντρωση χαρακτηρίζει και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην πυραμίδα υγείας της Σουηδίας. Αυτό συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στον περιορισμό των δαπανών αλλά και στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας. Παράλληλα η ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας διατηρείται σε υψηλό επίπεδο, με υψηλό βαθμό τόσο αποδοτικότητας όσο και προσπελασιμότητας για τους ασθενείς.

3.3.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το 1999 υπήρχαν 2,9 γιατροί και 10,2 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους. Τα τελευταία χρόνια, η μείωση των γιατρών προκαλεί προβλήματα ανεπάρκειας, με αποτέλεσμα τις λίστες αναμονής. Μόνο το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί με συμβάσεις με το δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Οι υπόλοιποι γιατροί είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι (κυρίως οι νοσοκομειακοί) ή αμείβονται κατά κεφαλή (κυρίως οι γενικοί γιατροί).

Οι γιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να έχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Το 1997 υπήρχαν 5000 γενικοί γιατροί, από τους οποίους το 86% εργάζονταν σε δημόσια κέντρα υγείας⁴⁷.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η αναλογία Ιατρών, Νοσηλευτικού Προσωπικού και Νοσοκομειακών Κλινών κατά τα έτη 2000 και 2002.

Πίνακας 11 : Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 100 000 κατοίκους στην Ευρώπη (Σουηδία) (τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία)

Ευρώπη	Νοσηλευτές		Ιατροί		Διαθέσιμες Κλίνες	
	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος	πλήθος	έτος
Ανδόρα	316.1	2002	304.2	2002	283.2	2002
Αυστρία	587.4	2001	332.8	2002	609.5	2002
Βέλγιο	1075.1	1996	447.8	2002	582.9	2001
Κροατία	501.6	2002	238.3	2002	367.3	2002
Κύπρος	422.5	2001	262.3	2001	406.6	2001
Τσεχία	971.1	2002	350.5	2002	631.3	2002

⁴⁷ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. ,(2001)Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* ,79:215–217

Δανία	967.1	2002	364.6	2002	340.2	2001
Φιλανδία	2166.3	2002	316.2	2002	229.9	2002
Γαλλία	688.6	2002	333.0	2002	396.7	2001
Γερμανία	973.1	2001	335.6	2002	627.0	2001
Ελλάδα	256.5	1992	453.3	2001	397.1	2000
Ισλανδία	898.2	2002	363.6	2002	368.2	1996
Ιρλανδία	1676.2	2000	238.3	2001	299.5	2002
Ιταλία	296.2	1989	612.1	2001	397.9	2001
Λουξεμβούργο	779.3	2002	259.3	2002	558.7	2002
Μάλτα	551.1	2002	267.2	2002	348.8	2002
Μονακό	1621.4	1995	664.3	1995	1553.6	1995
Ολλανδία	1328.2	2001	314.9	2002	307.4	2001
Νορβηγία	2055.7	2001	364.5	2002	308.9	2001
Πορτογαλία	384.0	2001	322.9	2001	330.8	1998
Σαν Μαρίνο	507.7	1990	251.7	1990	–	–
Σλοβενία	717.9	2002	224.2	2002	414.3	2002
Ισπανία	367.2	2000	324.3	2000	296.4	1997
Σουηδία	975.1	2000	304.1	2000	228.3	2002
Ελβετία	830.0	2000	361.6	2002	398.3	2002
Ην. Βασίλειο	497.2	1989	210.0	2002	390.0	2002
Ευρώπη Μ.Ο	819.8	2001	354.1	2002	409.6	2001

Πηγή : WHO Regional Office for Europe (2004c) and OECD (2004)

Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται η αναλογία προσωπικού υγείας ανά ειδικότητα και ανά 10.000 κατοίκους:

Γράφημα: Αναλογία προσωπικού Υγείας ανά ειδικότητα και ανά 10000 κατοίκους.



Πηγή: WHOSIS / Sweden indicators / ανάκτηση Μάιος 2009

3.3.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Ένα ζητούμενο για το Σουηδικό Σύστημα Υγείας είναι τα οικονομικά του μεγέθη⁴⁸. Αποτελεί ένα από τα πλέον δαπανηρά δημόσια συστήματα, το οποίο απορροφά σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ. Με συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης παρατηρείται μια τάση περιορισμού των δαπανών με την εφαρμογή κυρίως μέτρων για τον έλεγχο του κόστους.

Η χρηματοδότηση του συστήματος⁴⁹ γίνεται μέσω των τοπικών και δημοτικών φόρων. Ενίσχυση της χρηματοδότησης αυτής γίνεται και ως ένα βαθμό με παρέμβαση του κράτους. Σκοπός της παρέμβασης αυτής είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων που μπορεί να προκύψουν μεταξύ των διαφόρων περιοχών. Τα κονδύλια για την υγεία, η κυβέρνηση τα εξασφαλίζει από την εθνική ασφάλιση υγείας, η οποία είναι υποχρεωτική, καλύπτει κάποιες από τις υπηρεσίες υγείας, όπως τις οδοντιατρικές, ενώ προβλέπει επιδόματα για λόγους ασθένειας και αναπηρίας.

Στη διασταυρούμενη αυτή χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, κάθε φορέας διατηρεί την αυτονομία του. Έτσι, η κυβέρνηση στηριζόμενη σε μελέτες των αρμοδίων υπηρεσιών κατανέμει στις νομαρχίες τους ετήσιους προϋπολογισμούς της. Από την άλλη μεριά, οι τοπικοί φορείς ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες καθορίζουν τους προϋπολογισμούς που θα διαθέσουν τόσο στους φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όσο και στα νοσοκομεία. Η εισροή της χρηματοδότησης προς τα νοσοκομεία γίνεται σε ετήσιο ρυθμό και προβλέπει την κάλυψη της μισθοδοσίας του προσωπικού, των φαρμάκων, του εξοπλισμού και των αναλώσιμων. Το νοσοκομειακό προσωπικό αμείβεται με μηνιαίο μισθό ενώ οι ιδιώτες γιατροί αμείβονται μέσω σύμβασης με τα νομαρχιακά συμβούλια κατά πράξη.

Από την πλευρά των ασθενών τώρα, δωρεάν παρέχονται οι ιατρικές υπηρεσίες στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης. Όσον αφορά στην εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ασθενείς καλούνται να συμμετέχουν σε ποσοστό που καθορίζεται από τα νομαρχιακά συμβούλια. Έτσι, ο ασθενής έχει την υποχρέωση να πληρώσει τις επισκέψεις του στους γιατρούς των κέντρων υγείας, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, κλπ, και με τον τρόπο αυτό περιορίζονται σε κάποιο βαθμό οι άσκοπες επισκέψεις. Δωρεάν παρέχονται υπηρεσίες προληπτικού χαρακτήρα, όπως ο προγεννητικός έλεγχος. Η φαρμακευτική περίθαλψη, στο μεγαλύτερο ποσοστό

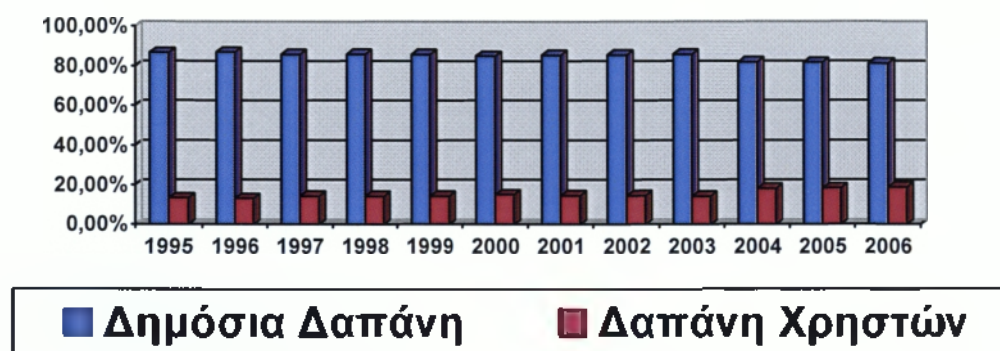
⁴⁸ Saltman R . B . , von Otter C . , (1987) , Re – vitalizing Public Health Care Systems : A proposal for Public Competition in Sweden . Health Policy , 7

⁴⁹ OECD , (1994) , The Reform of Health Care Systems: A review of seventeen OECD Countries . OECD , Paris

παρέχεται από το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης ενώ το υπόλοιπο από τον ασθενή.

Η παραπάνω ανάλυση των οικονομικών του Σουηδικού Συστήματος Υγείας⁵⁰ φανερώνει ότι σχεδόν παντού υπάρχει συμμετοχή του ασθενούς. Το γεγονός αυτό δεν είναι ικανό να χαρακτηρίσει το σύστημα ως μη κοινωνικό. Το αντίθετο μάλιστα. Με τη συμμετοχή του ασθενούς αποτρέπεται η αλόγιστη δαπάνη τόσο χρημάτων όσο και ανθρώπινου δυναμικού. Η εξοικονόμηση αυτή των πόρων και η λελογισμένη χρήση υπηρεσιών βοηθά στην ομαλή λειτουργία, τη βιωσιμότητα και την ευημερία του συστήματος, οφέλη τα οποία τελικά επιστρέφουν στον πολίτη.

Πίνακας 12: Σύγκριση Δημόσιας Δαπάνης και Δαπάνης Χρηστών (ατομικές) για την περίοδο 1995-2006



Πηγή: WHOSIS / Sweden indicators / ανάκτηση Μάιος 2009

⁵⁰ Ministry of Health and Social Affairs , (1994) , Three Models for Health Care Reform in Sweden . A Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care , (HSU 2000

4. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στις χώρες της Ευρώπης έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα υγείας, με το καθένα να υπηρετεί τις αρχές πάνω στις οποίες βασίστηκε. Εκτός από αυτό, τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας που περιγράφηκαν αποδεικνύουν τόσο τις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας όσο και την ιεράρχηση που υπήρχε στην πολιτική πρωτοβουλία για τη δημιουργία κρατών ευνομίας και ευζωίας.

Η Ελλάδα αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση ανάμεσα στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Ένας συνδυασμός οικονομικών προβλημάτων ανέδειξε αλλά και συντήρησε μια πολιτική ατομία στο χώρο της υγείας. Η έξοδος από την Τουρκική κατοχή βρίσκει το νεοσύστατο Ελληνικό κράτος να αγωνίζεται να συγκροτηθεί. Η υγεία την περίοδο αυτή, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, έχει περισσότερο το χαρακτήρα της φιλανθρωπίας. Με την είσοδο στον εικοστό αιώνα η Ελλάδα εκτός από τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο και τους Βαλκανικούς Πολέμους, έχει να αντιμετωπίσει και τη Μικρασιατική Καταστροφή, η οποία μεταφράζεται σε ενάμιση εκατομμύριο πρόσφυγες.

Με τη λήξη του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου, οι Ευρωπαϊκές Χώρες στα πλαίσια της ανασυγκρότησής τους στοχεύουν στη δημιουργία συστημάτων υγείας ικανών να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών. Σε αντίθεση, η Ελλάδα αργεί και μόνο το 1983 με το νόμο 1397 γίνεται το πρώτο ουσιαστικό και σοβαρότερο βήμα στον τομέα της υγείας.

Η σύντομη αυτή επανάληψη της ροής της ιστορίας προετοιμάζει μια σύγκριση μεταξύ των Συστημάτων Υγείας διαφόρων Ευρωπαϊκών Χωρών με το Ελληνικό, η οποία σαφώς δεν θα είναι υπέρ του τελευταίου. Η Ελλάδα χρειάζεται αρκετή προσπάθεια για να κατακτήσει ένα αντάξιο των Ευρωπαϊκών Σύστημα Υγείας. Η σύγκριση που ενίοτε γίνεται καλό θα είναι να λειτουργεί ως εφελτήριο βελτίωσης και όχι ως τροχοπέδη.

4.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και της Ελλάδας διαφέρουν στα περισσότερα από τα σημεία τους⁵¹. Με μια γρήγορη ματιά θα μπορούσαμε να σημειώσουμε τη σπουδαιότητα του ρόλου του οικογενειακού γιατρού. Αυτός

⁵¹ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης. Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, 2001, Αθήνα

αποτελεί τη βάση της Πυραμίδας Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία. Σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου έχει διασαφηνιστεί η αναγκαιότητα ανάδειξης του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, χωρίς όμως να υπάρχει σε καμιά από τις βαθμίδες της Πυραμίδας Υγείας της χώρας μας.

Η διάρθρωση του Συστήματος Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία βρίσκεται στην πρώτη τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας, ο οποίος ως επικεφαλής του Υπουργείου Υγείας, είναι επιφορτισμένος με την εφαρμοζόμενη πολιτική στον τομέα της υγείας. Ο ρόλος του είναι στρατηγικός και καθορίζει τόσο τη χρηματοδότηση όσο και τη σύνδεση όλου του κοινοβουλίου με ότι αφορά στον τομέα της υγείας. Η χώρα είναι διαιρεμένη σε οκτώ μεγάλες Υγειονομικές Περιφέρειες οι οποίες σχεδιάζουν και κατανέμουν τους πόρους στις Υγειονομικές Επαρχίες. Οι τελευταίες είναι εκατόν δώδεκα και εξυπηρετούν περίπου τριακόσιες πενήντα χιλιάδες άτομα. Βάση σε όλο αυτό το οικοδόμημα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι ο οικογενειακός γιατρός.

Η διαμόρφωση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει κάποιες ομοιότητες με την Αγγλία. Και στη χώρα μας υπεύθυνος για την εφαρμοζόμενη πολιτική είναι ο εκάστοτε Υπουργός Υγείας, όμως εξαρτάται απόλυτα από τον Υπουργό Οικονομικών για την έγκριση και διάθεση των οικονομικών κονδυλίων. Η χώρα είναι χωρισμένη σε Υγειονομικές περιφέρειες, με τη συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις μέσω της σύστασης και λειτουργίας των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Βάση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων. Ακολουθούν τα Ιατρεία και Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και των υπολοίπων ασφαλιστικών οργανισμών, η Τοπική Αυτοδιοίκηση με τις υπηρεσίες πρόνοιας και τα Δημοτικά Ιατρεία. Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας, με τους ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία, άλλοι που δεν είναι συμβεβλημένοι με κανένα ταμείο και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια.

Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία γίνεται από το κράτος, με τη σχεδόν πλήρη απουσία των ασφαλιστικών ταμείων. Στην Ελλάδα το υγειονομικό σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση σχεδόν εξίσου και σε μικρότερο βαθμό από τις ιδιωτικές πληρωμές.

Με τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, στην Αγγλία οργανώθηκε και λειτούργησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, με καθολική και δωρεάν κάλυψη των αναγκών. Το 1991 εφαρμόστηκε η ριζοσπαστικότερη μεταρρύθμιση με στόχο τη

βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων μέσω αλλαγών τόσο οργανωτικών όσο και διαχειριστικών. Τα νοσοκομεία και οι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί αποτέλεσαν τους «προμηθευτές» των υπηρεσιών υγείας και οι υγειονομικές επαρχίες τους «αγοραστές». Εκχωρήθηκαν επίσης προϋπολογισμοί στους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς και ένα μέρος των νοσοκομειακών αναγκών και ολόκληρη τη φαρμακευτική φροντίδα των ασθενών τους.

Στην Ελλάδα, η δραστικότερη απόφαση για την Υγεία λήφθηκε το 1983, με την οποία άρχισε ουσιαστικά να δημιουργείται το σύστημα το Σύστημα Υγείας . Μισό αιώνα δηλαδή αργότερα από τη Μεγάλη Βρετανία. Αυτό και μόνο το στοιχείο κάνει τη σύγκριση άνιση. Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Εμφανίζει χαμηλό κόστος, καλή οργάνωση, αποτελεσματικότητα και έχει την εμπιστοσύνη του μεγαλύτερου μέρους του βρετανικού λαού. Παρόλα αυτά χαρακτηρίζεται και αυτό από τις μεγάλες λίστες αναμονής για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, για εισαγωγές στα νοσοκομεία και για χειρουργικές επεμβάσεις.

4.2 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αρκετές διαφορές θα προκύψουν και από τη σύγκριση των Συστημάτων Υγείας της Ελλάδας με αυτό της Γερμανίας. Στην περίπτωση της Γερμανίας, η διαφορά ξεκινά από τη δομή της χώρας αυτής, η οποία αποτελεί ένωση ομοσπονδιακών κρατιδίων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι υπηρεσίες υγείας να είναι σε μεγάλο βαθμό αποκεντρωμένες, γεγονός που στην Ελλάδα αποτελεί το ζητούμενο. Υπεύθυνοι για τις Υπηρεσίες Υγείας στη Γερμανία είναι σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και σε τοπικό επίπεδο οι ομοσπονδιακές κυβερνήσεις. Στην Ελλάδα υπεύθυνος της εφαρμογής της πολιτικής για την Υγεία είναι η Κυβέρνηση. Λειτουργούν επίσης και τα Περιφερειακά Νομαρχιακά Συμβούλια, τα οποία προΐστανται των Υγειονομικών Περιφερειών, η νομοθέτηση όμως γίνεται από την Κυβέρνηση. Στη Γερμανία η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση σχεδιάζει την πολιτική στον τομέα της Υγείας ενώ οι τοπικές ομοσπονδιακές κυβερνήσεις εφαρμόζουν την εθνική πολιτική και νομοθετούν για θέματα υγείας τοπικής εμβέλειας.

Στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση μέσω των ταμείων υγείας⁵². Σε αρμονική συνύπαρξη βρίσκονται ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας, όπως θα εξετάσουμε και παρακάτω. Στην Ελλάδα η κατάσταση αυτή θα μπορούσε να αποτελεί το στόχο που το ελληνικό σύστημα υγείας χρειάζεται να κατακτήσει. Ουσιαστικά στη Γερμανία, η υγεία παρέχεται μέσω του Ιδιωτικού Τομέα, ο οποίος απαρτίζεται από γιατρούς και νοσοκομεία, από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την κοινωνική ασφάλιση που λειτουργεί περιφερειακά.

Διαφορές εντοπίζονται και στον τομέα της χρηματοδότησης. Όπως έχει ήδη περιγραφεί, στην Ελλάδα το υγειονομικό σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση σχεδόν εξίσου και σε μικρότερο βαθμό από τις ιδιωτικές πληρωμές. Στη Γερμανία, εργοδότες και εργαζόμενοι καταβάλουν εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία αγοράζουν υπηρεσίες υγείας. Μικρό μέρος καλύπτεται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση.

Η κεντρική ευθύνη της υγείας στη Γερμανία είναι ανατεθειμένη στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο συνεπικουρείται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, το Υπουργείο Περιβάλλοντος και το Υπουργείο Έρευνας και Τεχνολογίας. Τη λειτουργία του Υπουργείου Υγείας στηρίζει επίσης το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο Υγείας. Σε τοπικό επίπεδο ευθύνη για τη δημόσια υγεία έχουν η τοπική κυβέρνηση, το τοπικό υπουργείο υγείας, τα ινστιτούτα και οι διευθύνσεις δημόσιας υγείας. Τους πυλώνες του γερμανικού συστήματος υγείας αποτελούν αφενός τα ασφαλιστικά ταμεία και αφετέρου οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης. Στην Ελλάδα γίνεται φανερό ότι η κατάσταση διαφέρει. Με τη συγκρότηση του εθνικού συστήματος υγείας, το μεγαλύτερο μέρος της δημόσιας υγείας καλύπτεται από αυτό. Ρόλο επίσης έχουν τα διάφορα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και η ιδιωτική περίθαλψη. Είναι πολύ δύσκολη η σύγκριση των δυο συστημάτων καθώς το γερμανικό βρίσκεται σε πολύ αξιολογότερο επίπεδο από το ελληνικό.

Οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών στη Γερμανία είναι δεκαοκτώ και διαπραγματεύονται τις τιμές με τα ταμεία από τα οποία και χρηματοδοτούνται. Τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούν και τα νοσοκομεία χωρίς να παρεμβαίνει το κράτος. Η εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτεται από τα ταμεία υγείας στις

⁵² Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης. Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, 2001, Αθήνα

περιφερειακές ενώσεις των γιατρών ύστερα από διαπραγματεύσεις. Οι περιφερειακές ενώσεις πληρώνουν τους γιατρούς κατά πράξη.

Κάποιες ομοιότητες μπορούμε να εντοπίσουμε στη δράση των εξω-νοσοκομειακών γιατρών. Οι τελευταίοι εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία και οι ασθενείς έχουν την ελευθερία επιλογής μεταξύ όσων είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία τους. Οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη με βάση προσυμφωνημένες τιμές.

Όπως φάνηκε παραπάνω, το Γερμανικό Σύστημα Υγείας παρέχει υψηλό επίπεδο φροντίδα υγείας στους πολίτες, υψηλότερη από την αντίστοιχη στην Ελλάδα. Και στη Γερμανία όμως το κόστος είναι αυξημένο ενώ είναι χαρακτηριστικός ο μεγάλος αριθμός γιατρών και ο μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού.

4.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΟΥΗΔΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αρκετές διαφορές θα προκύψουν και σε αυτή τη σύγκριση , μεταξύ δηλαδή του συστήματος υγείας της Σουηδίας με αυτό της Ελλάδας⁵³.

Η φιλοσοφία του Σουηδικού Συστήματος Υγείας στηρίζεται στο δικαίωμα ισότιμης και δωρεάν κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών στη χώρα αυτή. Σε αυτό το πρώτο σημείο διαφορές δεν υπάρχουν. Στην αρχή αυτή στηρίχθηκε η δημιουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας με το νόμο σταθμό το 1983.

Στην περίπτωση της Σουηδίας, όπως και στις υπόλοιπες χώρες που αναφέρθηκαν παραπάνω, οι υπηρεσίες υγείας είναι αποκεντρωμένες. Την πλήρη ευθύνη φέρει φυσικά το κράτος και οι κατά τόπους εκλεγμένες νομαρχιακές και δημοτικές αρχές. Η νομαρχιακή και δημοτική αυτοδιοίκηση εμφανίζουν αυξημένες εξουσίες σε θέματα οργάνωσης, παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν οι φόροι που επιβάλλονται από τα νομαρχιακά συμβούλια. Στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση είναι εντελώς διαφορετική, αρκεί να θυμηθούμε ότι στηρίζεται σχεδόν εξίσου στον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και σε μικρότερο βαθμό στις ιδιωτικές πληρωμές.

Κεντρικά το Σύστημα Υγείας στη Σουηδία στηρίζεται στο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιφερειακά σε ένα δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Και στη Σουηδία όπως και στην Ελλάδα το Υπουργείο Υγείας και

⁵³ Μ . Θεοδώρου , Μ . Σαρρής , Σ . Σούλης . Συστήματα Υγείας . Εκδόσεις Παπαζήση , 2001 , Αθήνα

Κοινωνικών Υποθέσεων καθορίζει την πολιτική στην υγεία και τη θέσπιση νόμων. Στη Σουηδία λειτουργεί επιπλέον ένα σώμα ειδικών που επιβλέπουν, παρακολουθούν και αξιολογούν τα γεγονότα στην υγεία. Στόχος της ομάδας αυτής είναι η προαγωγή της υγείας και της πρόνοιας. Λειτουργούν επίσης το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και Προγραμματισμού των Υπηρεσιών Υγείας και το Συμβούλιο Ελέγχου της Ποιότητας της Ιατρικής Τεχνολογίας. Διακρίνουμε λοιπόν την υπεροχή και αυτής της χώρας έναντι της Ελλάδας στον τομέα της οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας του τομέα της υγείας.

Στα πλαίσια της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας, στόχος που μένει να κατακτηθεί στην Ελλάδα, λειτουργούν τα Ομοσπονδιακά Νομαρχιακά Συμβούλια. Τα συμβούλια αυτά διαπραγματεύονται με την κυβέρνηση θέματα σχετικά μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, καθώς και με τις επαγγελματικές ενώσεις των εργαζομένων στο χώρο της υγείας για θέματα μισθών και συνθηκών εργασίας. Ο νομάρχης αντιπροσωπεύει το κράτος καθώς διορίζεται από την κυβέρνηση και έχει εξαιτηθτεία. Αντίθετα, το νομαρχιακό συμβούλιο εκλέγεται από το λαό, έχει τριετή θητεία και είναι επιφορτισμένο με τις περισσότερες αρμοδιότητες. Τα νομαρχιακά συμβούλια ασχολούνται με το επίπεδο της νοσοκομειακής, εξω-νοσοκομειακής, οδοντιατρικής και ψυχιατρικής περίθαλψης. Στους 286 δήμους λειτουργούν υπηρεσίες πρόνοιας για τους χρονίως πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Η διάρθρωση λοιπόν των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία διακρίνεται στο επίπεδο της περιφέρειας και στο επίπεδο του νομού. Σε κάθε περιφέρεια, η οποία αποτελείται από περισσότερους νομούς, λειτουργεί πάντοτε ένα περιφερειακό νοσοκομείο για σοβαρά περιστατικά. Στο επίπεδο του νομού λειτουργεί το νομαρχιακό νοσοκομείο και τοπικά τα κέντρα υγείας και άλλες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Στα κέντρα υγείας υπάρχουν γενικοί γιατροί, γυναικολόγοι, παιδίατροι, ορθοπαιδικοί, ψυχίατροι, νοσηλευτές, μαιές και φυσιοθεραπευτές. Επειδή δεν υπάρχει σύστημα παραπομπών η πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν λειτουργεί ως φίλτρο του συστήματος. Οι ασθενείς μπορούν με μεγαλύτερη ευκολία να επισκεφθούν τον πλησιέστερο στον τόπο του γιατρό, ο οποίος θα τον οδηγήσει στο νομαρχιακό ή στο περιφερειακό νοσοκομείο και από εκεί στο κεντρικό νομαρχιακό νοσοκομείο.

Στην Ελλάδα αντίστοιχα η χώρα είναι διαιρεμένη σε Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες συμμετέχει η κοινότητα μέσω της σύστασης και λειτουργίας των Περιφερειακών Συμβουλίων και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών

αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Βάση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούν τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στην Ελλάδα ρόλο έχουν και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και κυρίως τα ιατρεία και πολύ-ιατρεία του ΙΚΑ στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών σε μικρότερο βαθμό. Επίσης, η τοπική αυτοδιοίκηση με τις υπηρεσίες πρόνοιας και τα δημοτικά ιατρεία. Τέλος, στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με τους ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία, άλλοι που δεν είναι συμβεβλημένοι με κανένα ταμείο και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια.

Συμπερασματικά, το σύστημα υγείας της Σουηδίας είναι πλήρως αποκεντρωμένο, σε αντίθεση με το ελληνικό και χρηματοδοτείται κυρίως από τους τοπικούς φόρους. Η αναζήτηση και η μελέτη για την καλύτερη οργάνωσή του δε σταματά ποτέ.

5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

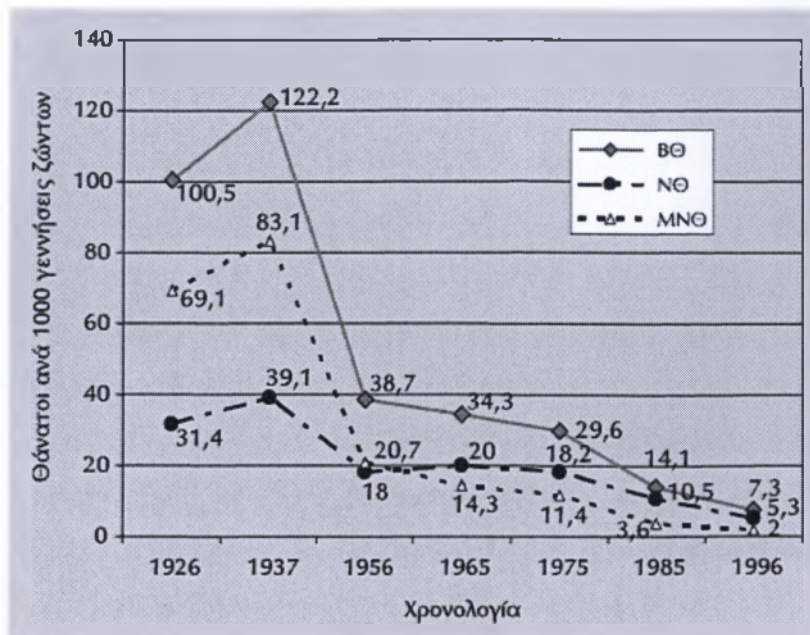
5.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Το επίπεδο της νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας αντανακλά εντονότατα την ανάπτυξη μίας χώρας. Η κατά ηλικία θνησιμότητα από τη γέννηση μέχρι την ηλικία περίπου 10 εμφανίζει μία φθίνουσα εκθετική εξέλιξη με πολύ έντονο ρυθμό μείωσης (διαγράμματα 14-19). Η θνησιμότητα της ηλικίας μηδέν είναι πολύ υψηλή (αντιστοιχεί σε επίπεδα θνησιμότητας ηλικίας περίπου 60 στους σύγχρονους πληθυσμούς των αναπτυγμένων χωρών, ενώ σε πληθυσμούς των υπό ανάπτυξη χωρών μπορεί να ξεπερνά τη θνησιμότητα της ηλικίας 80). Το πολύ υψηλό επίπεδο θνησιμότητας της ηλικίας μηδέν οφείλεται κατά κύριο λόγο στην περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι περίπου το 70% των θανάτων του πρώτου έτους ζωής (ηλικίας μηδέν) συμβαίνουν στις τρεις πρώτες βδομάδες ζωής. Γύρω στην ηλικία 10, το επίπεδο θνησιμότητας αγγίζει την ελάχιστη τιμή του.

5.1.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ⁵⁴, κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα η ΒΘ στην Ελλάδα ήταν πολύ υψηλή, 100,5‰ και 122‰ το 1926 και 1937, αντίστοιχα, ποσοστό που αναλύεται σε ΝΘ ίση με 31‰ και 39‰, αντίστοιχα, και ΜΝΘ ίση με 69‰ και 83‰, αντίστοιχα (Πίνακας. 13).

⁵⁴ ΕΣΥΕ 2002



Πίνακας. 13: Μεταβολές δεικτών ΒΘ, ΝΘ, ΜΝΘ στην Ελλάδα από το 1926 ως το 1996 (Πηγή: ΕΣΥΕ 2002)

Κατά τις δεκαετίες που ακολούθησαν και μέχρι το 1985 η ΒΘ στην Ελλάδα μειώθηκε στο 14%, σημειώνοντας πτώση κατά 88,5%. Μεγαλύτερο μερίδιο στην πτώση αυτή είχε η ΜΝΘ, η οποία μειώθηκε κατά 96%, ενώ η μείωση της ΝΘ ήταν μικρότερη (κατά 73%). Κατά τη δεκαετία 1985–1996, τελευταία δεκαετία για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα επίσημα στοιχεία της ΕΣΥΕ για τη φυσική κίνηση του πληθυσμού, παρατηρείται περίπου παράλληλη μείωση της ΒΘ, ΜΝΘ και ΝΘ, κατά 48%, 44% και 50%, αντίστοιχα (Πίνακας 13). Η επίτευξη του στόχου «μείωση της ΜΝΘ» μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες, όπως είναι η πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων με τους εμβολιασμούς, η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, η εκπαίδευση των πολιτών και η δυνατότητα όλων για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στην Ελλάδα, στις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα η Νεογνική Θνησιμότητα αποτελούσε το 31% της ΒΘ, ενώ σήμερα αποτελεί το 72%, ποσοστό παρόμοιο με εκείνο των υπόλοιπων αναπτυγμένων χωρών. Στην Ελλάδα, η ΝΘ είναι υψηλότερη από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά η διαφορά έχει μειωθεί σημαντικά σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια⁵⁵.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ για το 1996, η Περιγεννητική Θνησιμότητα στις αναπτυγμένες χώρες ήταν 9‰, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ήταν 63‰. Πιο αναλυτικά, στην Ευρώπη η ΠΓΘ κυμαινόταν από 7‰ (Δυτική Ευρώπη) μέχρι 17‰ (Ανατολική Ευρώπη), στη Βόρεια Αμερική ήταν 7‰, ενώ στη Νότια Αμερική ήταν

⁵⁵ http://www.aspe.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=401&Itemid=2

41%. Ιδιαίτερα υψηλή ήταν η ΠΓΘ στις χώρες της Αφρικής (85%), σε ορισμένες από τις οποίες έφθανε μέχρι 99% (Ανατολική Αφρική), καθώς και στις χώρες της Ασίας (57%). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, η ΠΓΘ από 27,9% το 1971 μειώθηκε στο 10,3% το 1999^{56 57}.

Η ανεπάρκεια των στοιχείων που αφορούν στην ΠΓΘ στον Ελλαδικό χώρο, επέβαλε τη διενέργεια των δύο πανελλήνιων περιγεννητικών ερευνών, που έγιναν από την ομάδα της κυρίας Χρύσας Τζουμάκα-Μπακούλα (1983 και 1998)⁵⁸ και περιέλαβαν το 8% και 15% των τοκετών των αντίστοιχων ετών. Η σύγκριση των ευρημάτων έδειξε ότι στο διάστημα των 15 ετών που μεσολάβησε μεταξύ των δύο μελετών η ΠΓΘ μειώθηκε σε ποσοστό >50% και, συγκεκριμένα, από 24% σε 10,5%.

5.1.2 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ

Μετά τη δεκαετία του '40, οι εξελίξεις στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των λοιμώξεων, που μαστίζαν μέχρι τότε τον παιδικό πληθυσμό, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ΒΘ, η οποία, σε παγκόσμιο επίπεδο, μειώθηκε στο 87% κατά την περίοδο 1975–1980 και στο 57% το 1996. Από τα πλέον πρόσφατα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης φαίνεται μεγάλη μείωση της ΒΘ σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες (ΗΠΑ και Ιαπωνία) κατά την εικοσαετία 1980–2001⁵⁹ (Πίνακας 14). Το 2001, η ΒΘ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν <6% και στις ΗΠΑ ανερχόταν σε 6,8% (Πίνακας 14).

⁵⁶ <http://www.mednet.gr/archives/2000-1/89.html>

⁵⁷ <http://osha.europa.eu/el/press/press-releases>

⁵⁸ http://www.pepba.gr/documents/Synedrio_Jul05

⁵⁹ <http://www.mednet.gr/archives/2000-1/89.html>

Πίνακας 14: Θάνατοι βρεφών μέχρι ενός έτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων στις χώρες-μέλη της Ε.Ε. τα έτη 1998- 2001

	1980*	1997*	2001*
Ευρωπαϊκή Ένωση	12,4	5,3	4,6
Ευρωζώνη	12,5	5,2	4,5
ΗΠΑ	12,6	6,6	6,8
Ιαπωνία	7,5	4,1	3,9
Αναπτυσσόμενες χώρες		69,4	64,1
Αυστρία	14,3	4,7	4,8
Βέλγιο	12,1	5,6	5,0
Γαλλία	10,0	4,8	4,6
Γερμανία	12,4	4,7	4,5
Δανία	8,4	5,3	4,9
Ελλάδα	17,9	6,4	5,9
Ηνωμένο Βασίλειο	12,1	5,9	5,5
Ιταλία	14,6	5,5	4,3
Ιρλανδία	11,1	6,2	5,8
Ισπανία	12,3	5,6	3,9
Λουξεμβούργο	11,5	4,2	5,9
Ολλανδία	8,6	5,0	5,3
Πορτογαλία	24,3	6,4	5,0
Σουηδία	6,9	3,6	3,2
Φινλανδία	7,6	3,9	3,2
Κύπρος	12,0	8,0	4,9
Ελβετία	9,1	4,8	5,0
Αλβανία	51,9	22,2	12,2
Βουλγαρία	20,2	17,5	14,4
Ρουμανία	29,3	22,0	18,4
Λιθουανία	14,5	10,3	7,9
Ουγγαρία	23,2	9,9	8,2
Τσεκία	16,9	5,7	4,0
Τουρκία	95,4	39,5	38,7
Ινδία	116,4	65,5	63,2

*Ανα 1.000 γεννήσεις ζώντων

Πηγή EUROSTAT 1999 και 2002

Μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2001 η μικρότερη ΒΘ παρατηρήθηκε στη Φινλανδία και τη Σουηδία και η υψηλότερη στο Λουξεμβούργο και την Ελλάδα (5,9%). Ωστόσο, ο ρυθμός μείωσης της ΒΘ στην Ελλάδα ήταν υψηλότερος από τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, καθώς από το 17,9% το 1980 μειώθηκε στο 5,9% το 2001. Η μείωση της ΒΘ στις αναπτυσσόμενες χώρες στην εικοσαετία 1980–2001 αποδίδεται κυρίως στη μείωση της ΝΘ, καθώς η μείωση της ΜΝΘ σε χαμηλά επίπεδα συνέβη νωρίτερα, πριν ακόμη από τη δεκαετία του '60. Επομένως, η μείωση της ΒΘ κατά την τελευταία 20ετία αντανακλά τις βελτιώσεις που επήλθαν στη φροντίδα της εγκύου και του νεογέννητου. Από τις χώρες-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, η Τουρκία είχε το 2001 υψηλή ΒΘ (38,7%), η οποία

όμως, σε σύγκριση με τη ΒΘ του 1980 (95%), παρουσίασε μεγάλη μείωση. Στις υπόλοιπες αναπτυσσόμενες χώρες, η ΒΘ παραμένει ακόμη πολύ υψηλή (μέχρι 64%) και μοιράζεται εξίσου μεταξύ νεογνικής και μετανεογνικής θνησιμότητας.

Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι οι προτεραιότητες στις αναπτυγμένες χώρες είναι διαφορετικές από ότι στις αναπτυσσόμενες, καθώς στις πρώτες πρέπει να χαραχθεί στρατηγική που να στοχεύει στη μείωση κυρίως της ΝΘ, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες εξίσου σημαντικό στόχο αποτελεί και η μείωση της ΜΝΘ.

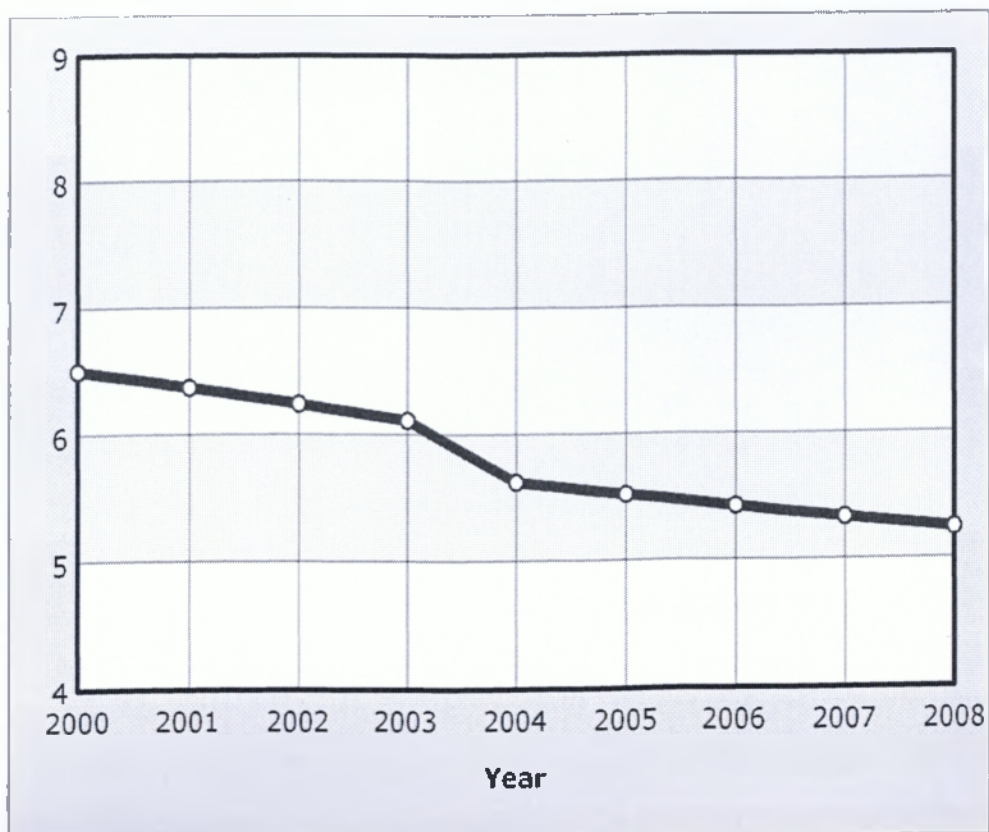
Ωστόσο, τα πιο πρόσφατα στοιχεία που υπάρχουν στο διαδίκτυο και αφορούν τα ποσοστά της βρεφικής και νεογνικής θνησιμότητας σε τέσσερις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο) είναι από τα δεδομένα του Π.Ο.Υ. και παρατίθενται παρακάτω. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι η χαρακτηριστική πτώση του δείκτη βρεφικής και νεογνικής θνησιμότητας και στις τέσσερις αυτές χώρες.

Ακολουθούν συγκριτικοί Πίνακες και Γραφήματα νεογνική και βρεφικής θνησιμότητας για την Ελλάδα, Γερμανία Ην. Βασίλειο και Σουηδία⁶⁰.

ΒΡΕΦΙΚΗ-ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Έτος	Ρυθμός βρεφικής θνησιμότητας(Θάνατοι/1000 γεννήσεις ζώντων)
2000	6,51
2001	6.38
2002	6.25
2003	6.12
2004	5.63
2005	5.53
2006	5.43
2007	5.34
2008	5.25

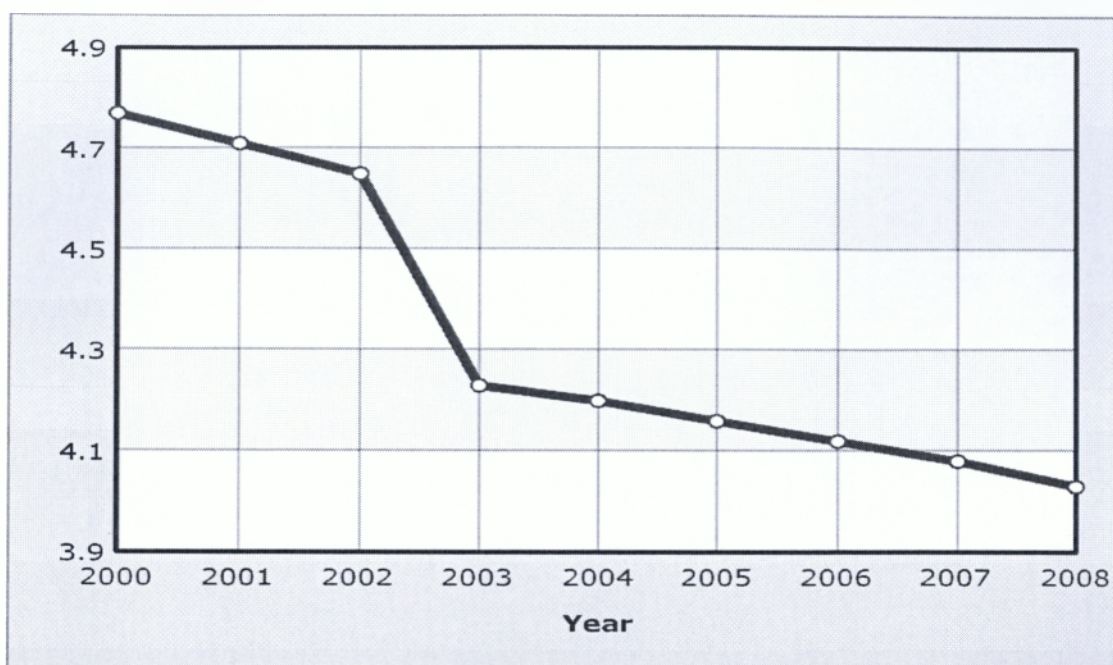
⁶⁰ Πηγή: WHOSIS region / indicators / ανάκτηση Μάιος 2009



Βρεφική-νεογνική θνησιμότητα στην Ελλάδα

ΒΡΕΦΙΚΗ-ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Έτος	Ρυθμός βρεφικής θνησιμότητας(Θάνατοι/1000 γεννήσεις ζώντων)
2000	4,77
2001	4.71
2002	4.65
2003	4.23
2004	4.20
2005	4.16
2006	4.12
2007	4.08
2008	4.03



Βρεφική-νεογνική θνησιμότητα στη Γερμανία

ΒΡΕΦΙΚΗ-ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ

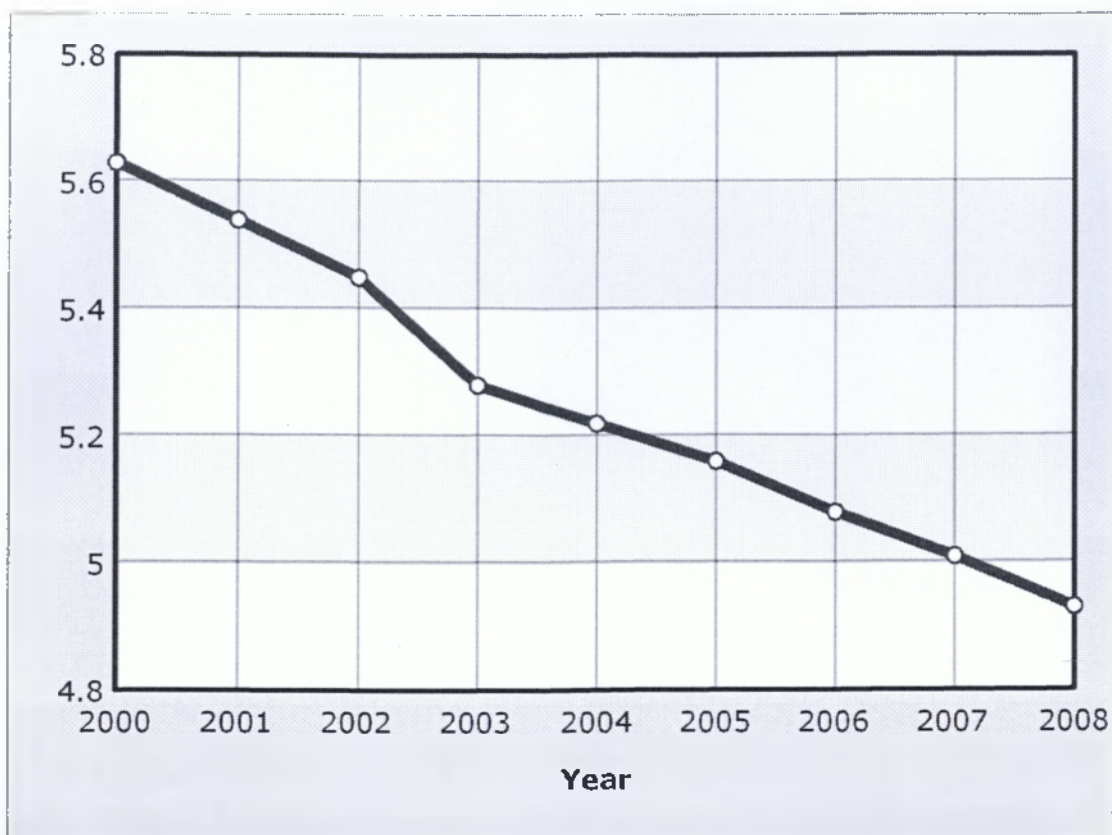
Έτος	Ρυθμός βρεφικής θνησιμότητας(Θάνατοι/1000 γεννήσεις ζώντων)
2000	3,49
2001	3,47
2002	3,44
2003	3,42
2004	2,77
2005	2,77
2006	2,76
2007	2,76
2008	2,75



Βρεφική-νεογνική θνησιμότητα στην Σουηδία

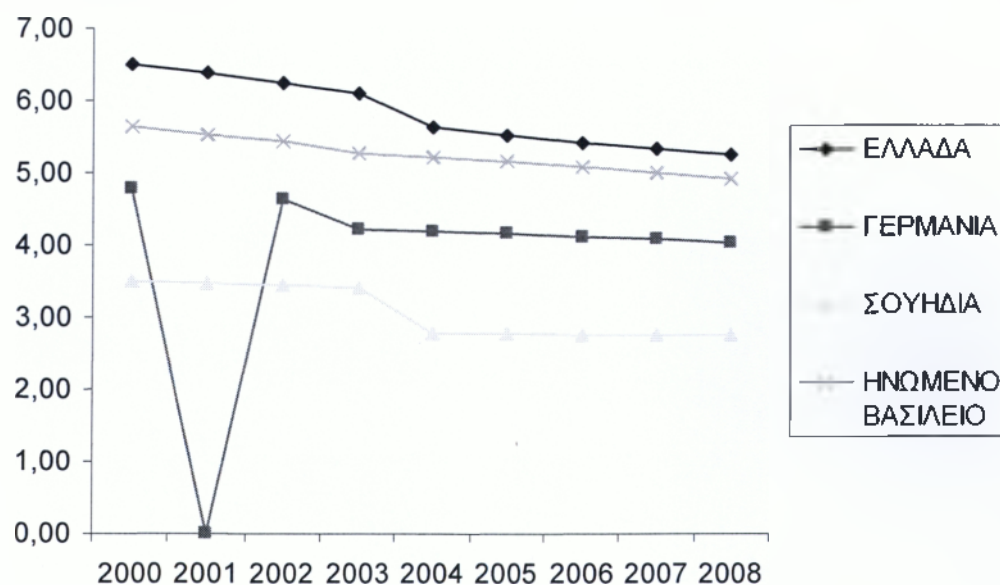
ΒΡΕΦΙΚΗ-ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Έτος	Ρυθμός βρεφικής θνησιμότητας(Θάνατοι/1000 γεννήσεις ζώντων)
2000	5,63
2001	5,54
2002	5,45
2003	5,28
2004	5,22
2005	5,16
2006	5,08
2007	5,01
2008	4,93



Βρεφική-νεογνική θνησιμότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ – ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ – ΓΕΡΜΑΝΙΑ – ΣΟΥΗΔΙΑ – ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2000-2008



Πηγή: WHOSIS / UK indicators / ανάκτηση Μάιος 2009

5.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Στην κυριότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα έχουν εξελιχτεί τα τελευταία χρόνια τα καρδιαγγειακά νοσήματα, που σκοτώνουν κάθε χρόνο 10 εκατομμύρια ανθρώπους, περισσότερους από όλες τις μορφές καρκίνου μαζί. Στη χώρα μας ο σχετικός αριθμός έχει αυξηθεί ραγδαία οδηγώντας την Ελλάδα στην κορυφή της λίστας με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά μεταξύ των 15 «παλιών» κρατών της ΕΕ -περίπου το 50% των θανάτων οφείλεται σε αυτές τις ασθένειες -όσους οφείλονται μόνο στα ισχαιμικά επεισόδια ⁶¹.

Όσο μεγάλο και αν είναι σήμερα το πρόβλημα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ειδικών αναμένεται να διογκωθεί ακόμη περισσότερο στο άμεσο μέλλον. Οι επιστήμονες πιστεύουν πως το 2020 παγκοσμίως οι θάνατοι από καρδιαγγειακές νόσους θα ανέρχονται σε 20 εκατομμύρια ετησίως, ενώ το 2030 υπολογίζεται πως θα αυξηθούν ακόμη περισσότερο και θα ανέρχονται σε 24 εκατομμύρια το χρόνο. Όπως προκύπτει από τα πιο πρόσφατα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η βασικότερη αιτία θανάτου στον πλανήτη από τη στιγμή που προκαλούν σε ετήσια βάση τουλάχιστον 17 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί περίπου στο 30% όλων των θανάτων που καταγράφονται ετησίως⁶². Οι περισσότεροι από αυτούς καταγράφονται στις υπανάπτυκτες χώρες, ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας στους άντρες δε διαφέρουν πλέον πολύ από τα αντίστοιχα των γυναικών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ, από τα 17,5 εκατομμύρια θανάτους που προκαλούν οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα 7,6 εκατομμύρια οφείλονται σε ισχαιμικά επεισόδια (τα οποία είναι η πιο συχνή μεμονωμένη αιτία θανάτου). Να σημειωθεί πως όλες οι μορφές καρκίνου μαζί δεν προκαλούν συνολικά περισσότερους από 7,3 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο, δηλαδή λιγότερους από που θα χάσουν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα των βλαβών που προκαλεί στο κυκλοφορικό σύστημα το κάπνισμα (ο καπνός θεωρείται έτσι και αλλιώς από τον ΠΟΥ ως «ο μεγαλύτερος δολοφόνος»), ειδικά στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, όπου αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των καπνιστών ⁶³.

⁶¹ IARC 1993

⁶² WHO 2004

⁶³ οπ. π

Πίνακας 15: Θνησιμότητα ανά αρρώστια

Member State	Age-standardized mortality rates by cause ^{h,i} (per 100 000 population)			
	Non-communicable	Cardio-vascular	Cancer	Injuries
	2002			
European Region	613	354	144	80
Greece	457	258	132	35
Global	624	315	132	87

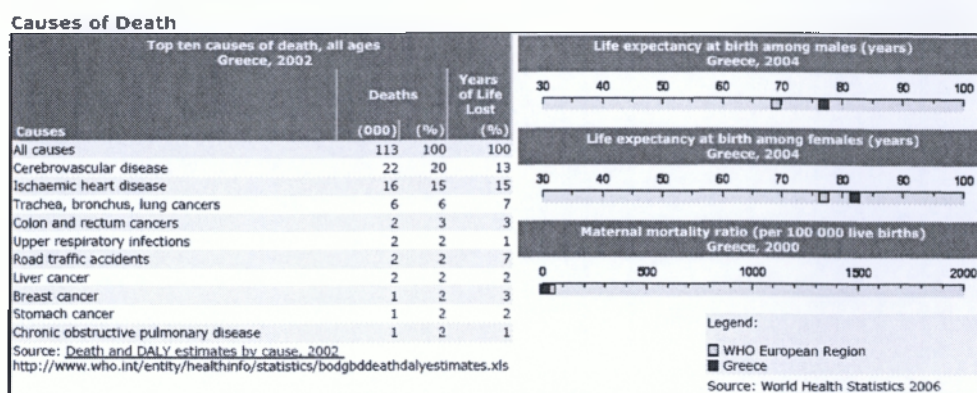
Πηγή : <http://www.who.int/whosis/whostat/1.xls>

Στην Ελλάδα, όπως προκύπτει από τα στοιχεία⁶⁴, πεθαίνουν κάθε χρόνο περίπου 25.800 άτομα από καρδιαγγειακές νόσους, αριθμός που αποτελεί σχεδόν το 25% των κάτι περισσότερο των θανάτων που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας. Ο αριθμός αυτός είναι περίπου 2 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο που προκαλείται από κοινού από όλες τις μορφές καρκίνου - που στη χώρα μας είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου.

Το ποσοστό θνησιμότητας από καρδιαγγειακά στην Ελλάδα πλησιάζει το αντίστοιχο στο σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού. Κάτι ανάλογο ισχύει όμως και για όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, όπου οι θάνατοι από μεταδοτικές ασθένειες ή από παράγοντες που έχουν να κάνουν με την έλλειψη τροφής και συνθηκών υγιεινής είναι σε γενικές γραμμές σπάνιοι, με αποτέλεσμα στη Δύση να «ανεβαίνει» το ποσοστό των θανάτων από καρδιαγγειακά σε σχέση με το σύνολο των θανάτων. Ειδικά στην Ευρώπη το ποσοστό των θανάτων ανά 100.000 άτομα είναι μεγαλύτερο απ' ότι σε παγκόσμιο επίπεδο.

⁶⁴ <http://www.who.int/whosis/whostat/1.xls>

Πίνακας 16 : Κυριότερες Αιτίες Θανάτου για την Ελλάδα το 2002



Πηγή: http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_grc_greece.pdf (46)

Πάντως, στην Ελλάδα και ανεξάρτητα από όσα συμβαίνουν σε άλλες χώρες, φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των θανάτων εξαιτίας των καρδιαγγειακών νόσων αυξάνεται δυσανάλογα σε σχέση με την αύξηση του πληθυσμού και την επακόλουθη φυσιολογική αύξηση του συνόλου των θανάτων.

5.3 ΚΑΡΚΙΝΟΙ

5.3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας. Μεταξύ 27 χωρών η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες με προτυποποιημένο για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας ίσο με 209/100.000 πληθυσμό. Τέλος, βρισκόμαστε στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες με 108/100.000 πληθυσμό⁶⁵. Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική.

Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα σφάλματα ταξινόμησης καθώς και οι δυσκολίες στη διαπίστωση και στην πιστοποίηση της αιτίας του θανάτου, οδηγούν κατά κανόνα σε υποεκτίμησης της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι

⁶⁵ OECD 2007

η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου μέσα από τα αρχεία νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς, όμως στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας.

5.3.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Παρά τις έρευνες σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου τις δύο τελευταίες δεκαετίες, μικρή πρόοδος σημειώθηκε στη μείωση της θνησιμότητας, εκτός από ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, των όρχεων και ορισμένους τύπους λευχαιμιών. Αντίθετα, σε ότι αφορά στον καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα και των ωοθηκών, οι βελτιώσεις είναι οριακές. Οι διαφορές θνησιμότητας μεταξύ ανατολής και δύσης απαντώνται και στη θνησιμότητα από καρκίνο στις ηλικίες 0-64 έτη. Τα προτυπωμένα ποσοστά θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους ήταν 84 στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 112 στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και 109 στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ποσοστά θνησιμότητας εμφανίζονται μειωμένα κατά 9% σε σχέση με τη δεκαετία του 1980. Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, τη δεκαετία του 1990 σημειώθηκε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες, αν και πολλοί θάνατοι από καρκίνο, ιδίως σε ηλικιωμένους σε αγροτικές περιοχές, δεν καταγράφονται. Ένα επιπλέον στοιχείο, που μπορεί να προκαλεί εσφαλμένη εντύπωση για τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο στις χώρες αυτές, είναι το γεγονός ότι μετά το 1990 άλλαξαν οι διαδικασίες ταξινόμησης⁶⁶.

Στόχος των προγραμμάτων πρόληψης της ΠΟΥ είναι να μειωθεί η θνησιμότητα από καρκίνο σε άτομα 0-64 ετών κατά 15% σε σχέση με τα επίπεδα του 1980. Πέντε χώρες στην Ευρώπη έχουν πετύχει το στόχο, 8 χώρες θα τον πετύχουν εντός του 2000, 12 χώρες παρουσιάζουν πτωτικές τάσεις χωρίς να μπορούν να φθάσουν το στόχο, 18 χώρες εμφανίζουν αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο, ενώ για το υπόλοιπο 9,6% του ευρωπαϊκού πληθυσμού δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία⁶⁷. Από τους παράγοντες κινδύνου, ο πιο σημαντικός θεωρείται το κάπνισμα, που ευθύνεται για το 2530% των θανάτων από καρκίνο. Άλλοι παράγοντες που ευνοούν την καρκινογένεση είναι η διατροφή, το αλκοόλ, περιβαλλοντικοί παράγοντες και επαγγελματικά καρκινογόνα.

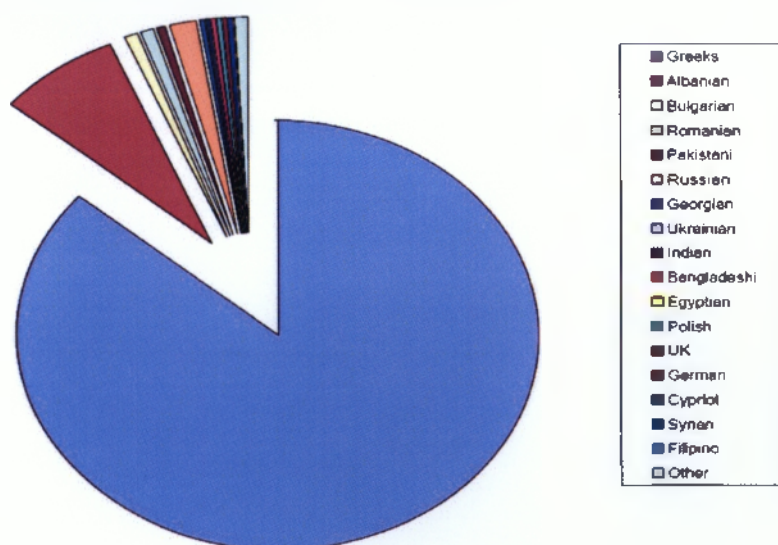
⁶⁶ WHO 2004

⁶⁷ WHO 1998

5.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Δεν φαίνεται να υπάρχουν στοιχεία για τη συμμετοχή των μεταναστών στις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και τις άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, εκτός από αυτά που παρουσίασε πρόσφατα το ΙΚΑ (Ακόλουθο Γράφημα). Θεωρητικά, όλοι οι μετανάστες δικαιούνται δωρεάν αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών στα δημόσια νοσοκομεία, αν και η διοίκηση των νοσοκομείων πρέπει να τα αναφέρει στην αστυνομία. Η κανονική χρήση των υπηρεσιών υγείας του δημοσίου προϋποθέτει κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης μέσω ταμείων όπως το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, το ΤΕΒΕ, κλπ. (βλ. προηγούμενη ενότητα για την αγορά εργασίας: τα ταμεία αυτά θα έπρεπε να μπορούν να αναφέρουν στοιχεία περί χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν το πράττουν). Κατά την έρευνα της ΕΛΙΑΜΕΠ στην Αθήνα, οι Αλβανοί δεν αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα όταν απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ ορισμένοι προτιμούν ιδιώτες γιατρούς. Δεν υπάρχουν άλλες πληροφορίες.

Οι μη κυβερνητικοί οργανισμοί⁶⁸, όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα και οι Γιατροί του Κόσμου, παρέχουν δωρεάν ιατρική αρωγή σε μετανάστες και άλλους. Οι υπηρεσίες αυτές είναι ζωτικής σημασίας για την ποιότητα ζωής πολλών ανθρώπων, αλλά είναι περιορισμένες σε έκταση και τα σχετικά στοιχεία δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον ως προς την ένταξη των μεταναστών.



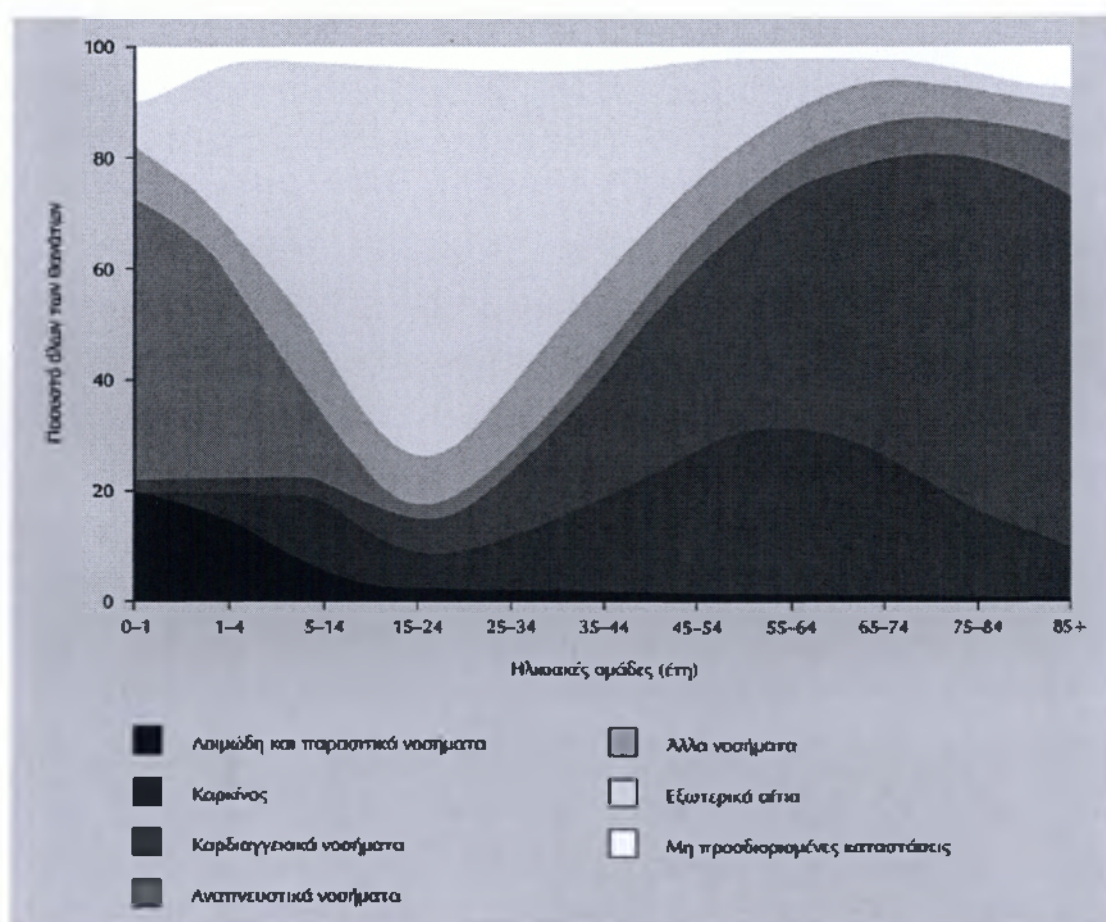
Γράφημα: Καταγεγραμμένοι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, 2002, κατά εθνικότητα

Πηγή: Migrants in Greece <http://www.migrantsingreece.org/observatory.asp?categ=2&sub=2>

⁶⁸ Κατά κύριο λόγο αυτές που συμμετέχουν στο πρόγραμμα EQUAL των Μεταναστών στην Ελλάδα, του Ιδρύματος Λαμπράκη

5.5 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Σύμφωνα με τη μελέτη της ΠΟΥ, οι κύριες αιτίες θανάτου ποικίλλουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στη βρεφική και παιδική ηλικία, οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε αναπνευστικά και λοιμώδη νοσήματα. Στους νεαρούς ενήλικες το συνηθέστερο αίτιο θανάτου είναι τα ατυχήματα, ενώ ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν τους περισσότερους θανάτους στις μεγάλες ηλικίες.

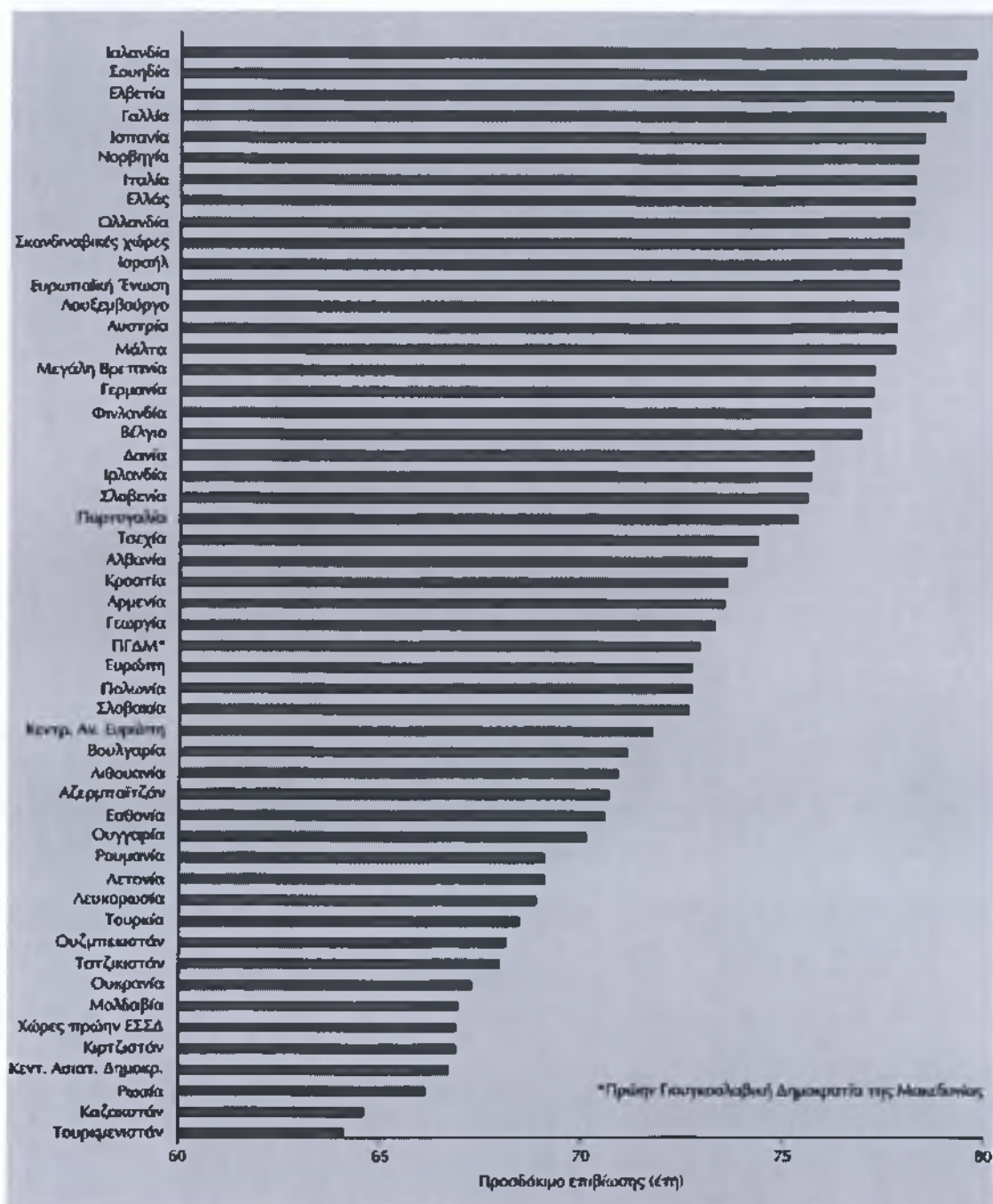


Γράφημα. Βασικές αιτίες θανάτου κατά ηλικία στην Ευρώπη στα μέσα της δεκαετίας του 1990.

Πηγή: WHO 1998, 83 (-): 11-75

Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση παρουσίαζε μια αργή αλλά σταθερή άνοδο, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, μια οξεία πτώση του προσδόκιμου επιβίωσης στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ προκάλεσε τη μείωση του ευρωπαϊκού προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση από τα 73,1 έτη το 1991 στα 72,4 έτη το 1994.

Πιο συγκεκριμένα: Στη δυτική Ευρώπη παρατηρείται συνεχής αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, παρά τις σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιμέρους κρατών, π.χ. Σουηδία και Πορτογαλία



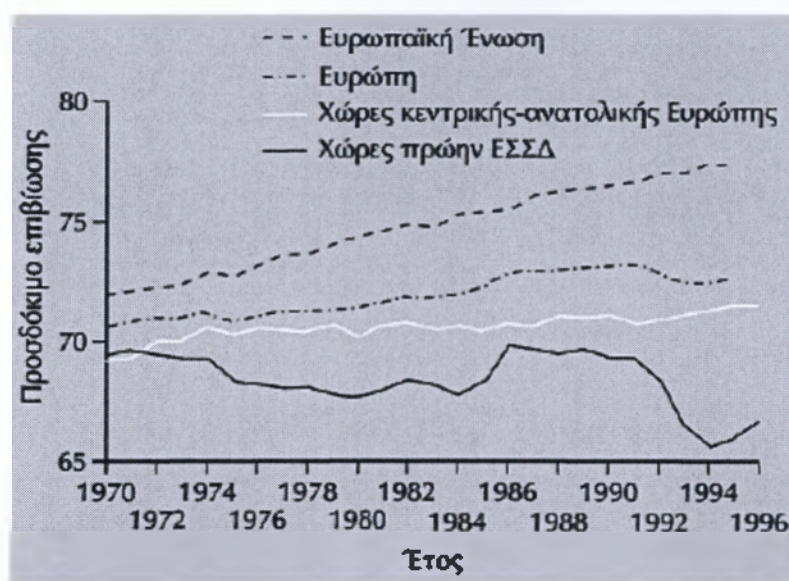
Γράφημα. Προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση, σε κράτη και ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1996).

Πηγή: WHO 1998, 83 (-): 11-75

Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, τη δεκαετία του 1970 το προσδόκιμο επιβίωσης παρέμεινε στάσιμο, ενώ το 1986 σημειώθηκε απότομη αύξηση, η οποία

ακολουθήθηκε από μείωση. Η μείωση αυτή υπήρξε ιδιαίτερα έντονη το 1993-1994. Από το 1995, ωστόσο, έχει αρχίσει να διαφαίνεται ανάκαμψη του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση σε πολλές από τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ.

Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 παρατηρείται συνεχής βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες .



Γράφημα: Προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση, σε ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1970-1996).

Πηγή: WHO 1998, 83 (-): 11-75

Τα τελευταία χρόνια, η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση και στη θνησιμότητα ανάμεσα στην ανατολική και τη δυτική Ευρώπη αυξήθηκε σημαντικά. Το 1995, το προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ υπολείπεται κατά 11 χρόνια του μέσου όρου στη δυτική Ευρώπη, ενώ το 1970 η διαφορά τους ήταν 2,5 χρόνια. Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, το 1995, το προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση ήταν κατά 6 χρόνια μικρότερο από αυτό της δυτικής Ευρώπης, ενώ τη δεκαετία του 1970 υπολείπεται κατά 2,5 έτη. Ο ευρωπαϊκός στόχος της ΠΟΥ για το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν τουλάχιστον τα 75 έτη για το 2000. Με βάση τα σημερινά δεδομένα, 23 χώρες, που αντιπροσωπεύουν το 46% του ευρωπαϊκού πληθυσμού, δεν μπόρεσαν να υλοποιήσουν αυτόν το στόχο, ενώ θα χρειαστούν περίπου 18 χρόνια (ως το 2017) για να επιτευχθεί από όλες τις χώρες.

Σε ότι αφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά φύλο, 30 χώρες έχουν ήδη πετύχει το στόχο για τους άνδρες (67 έτη) και 35 χώρες έχουν πετύχει το στόχο για τις γυναίκες (74 έτη) Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δεν εξαρτάται

μόνο από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Θα πρέπει να συνοδεύεται και από αύξηση των χρόνων υγιούς ζωής.

Το 1984, η ΠΟΥ όρισε επιπλέον δείκτες υγείας, για να διερευνηθεί αν η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής συμβαδίζει με αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης χωρίς αναπηρία ή χρόνια νόσο. Οι δείκτες αυτοί συνοψίζονται στον όρο «προσδόκιμο υγείας» (health expectancy). Τα διαθέσιμα στοιχεία, αν και ελλιπή, είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον για τη δυτική Ευρώπη. Τα χρόνια που κερδήθηκαν με την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση είναι ως επί το πλείστον χρόνια απαλλαγμένα από σοβαρή νόσο ή αναπηρία, γεγονός που καταδεικνύει τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης και περίθαλψης.

Παρακάτω παρατίθενται πίνακες των ποσοστών του προσδόκιμου επιβίωσης των χωρών της Ελλάδας, Γερμανίας, Σουηδίας και Ηνωμένου Βασιλείου. Από τις γραφικές παραστάσεις που ακολουθούν γίνεται φανερό ότι υπάρχει μια σταθερή αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στις τέσσερις μελετούμενες χώρες. Αυτό ερμηνεύεται με την παρατηρούμενη βελτίωση όλων των προσδιοριστών υγείας που συνιστούν το βιοτικό επίπεδο ενός λαού και είναι οι εξής:

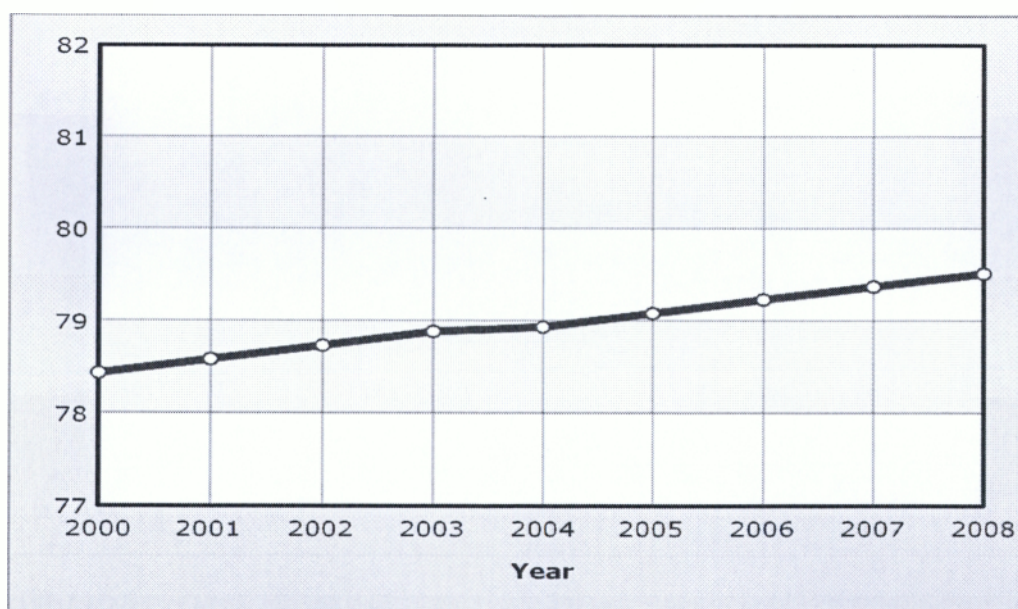
- Εισόδημα και κοινωνική θέση (αύξηση εισοδήματος, βελτίωση κοινωνικής θέσης).
- Εκπαίδευση (βελτίωση επιπέδου εκπαίδευσης, μείωση αναλφαβητισμού).
- Φυσικό περιβάλλον (αποδοτικότερη εκμετάλλευση φυσικού περιβάλλοντος).
- Κοινωνικά δίκτυα (αποτελεσματικότερες κοινωνικές υπηρεσίες,).
- Τρόπος ζωής.
- Υπηρεσίες υγείας.

Ακολουθούν συγκριτικοί πίνακες και γραφήματα Προσδόκιμου Επιβίωσης για την Ελλάδα, Γερμανία Ην. Βασίλειο και Σουηδία⁶⁹

⁶⁹ WHOSIS/ Region indicators/ανάκτηση Μάιος 2009

ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

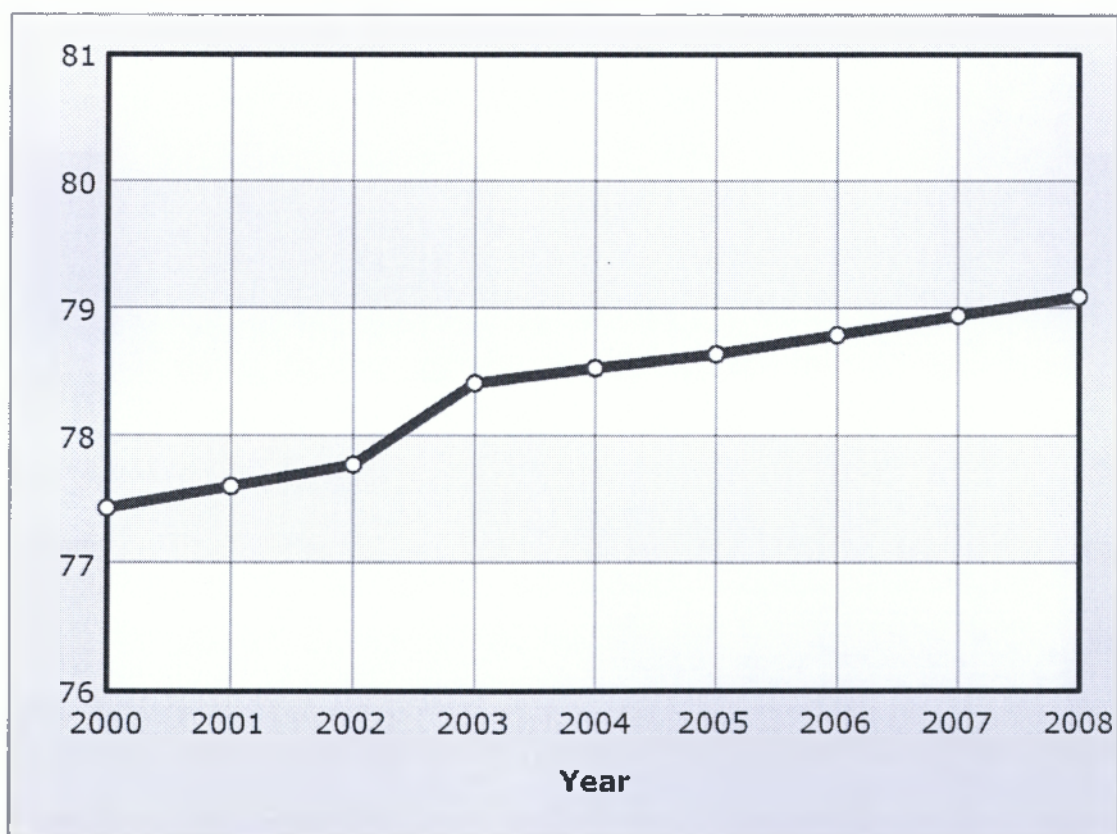
Έτος	Προσδόκιμο επιβίωσης σε έτη
2000	78,44
2001	78,59
2002	78,74
2003	78,89
2004	78,94
2005	79,09
2006	79,24
2007	79,38
2008	79,52



Προσδόκιμο επιβίωσης Ελλάδας

ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

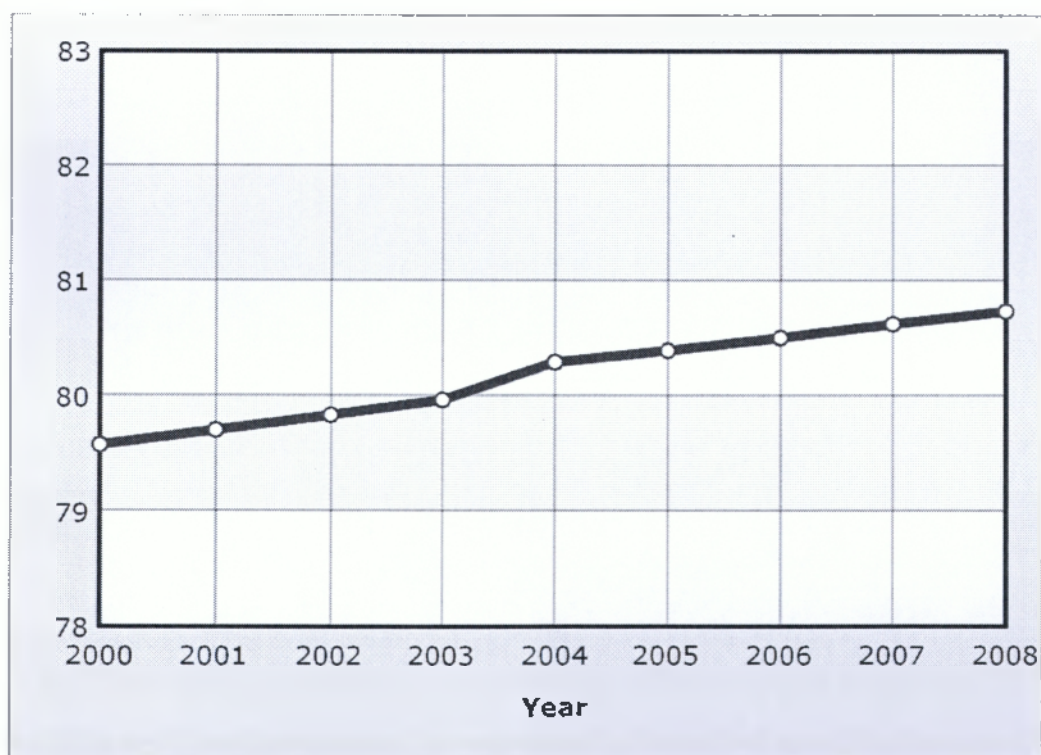
Έτος	Προσδόκιμο επιβίωσης σε έτη
2000	77,44
2001	77,61
2002	77,78
2003	78,42
2004	78,54
2005	78,65
2006	78,80
2007	78,95
2008	79,10



Προσδόκιμο επιβίωσης Γερμανίας

ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ

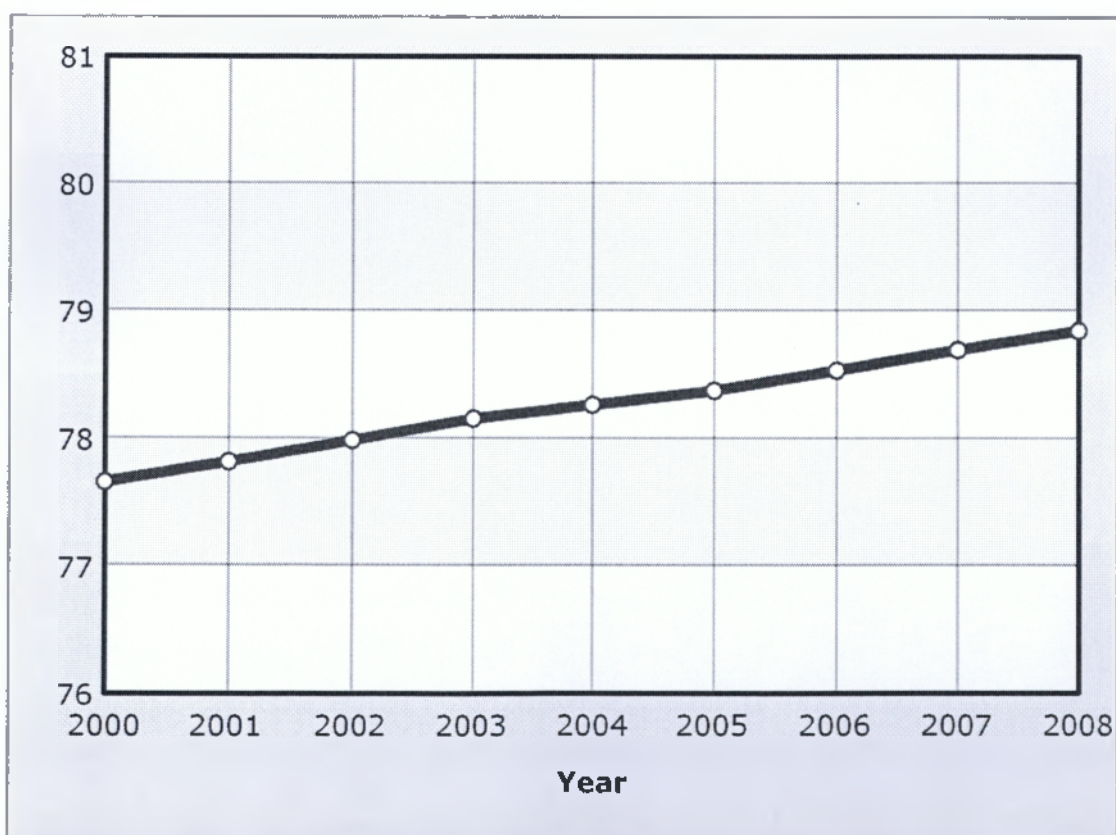
Έτος	Προσδόκιμο επιβίωσης σε έτη
2000	79,58
2001	79,71
2002	79,84
2003	79,97
2004	80,30
2005	80,40
2006	80,51
2007	80,63
2008	80,74



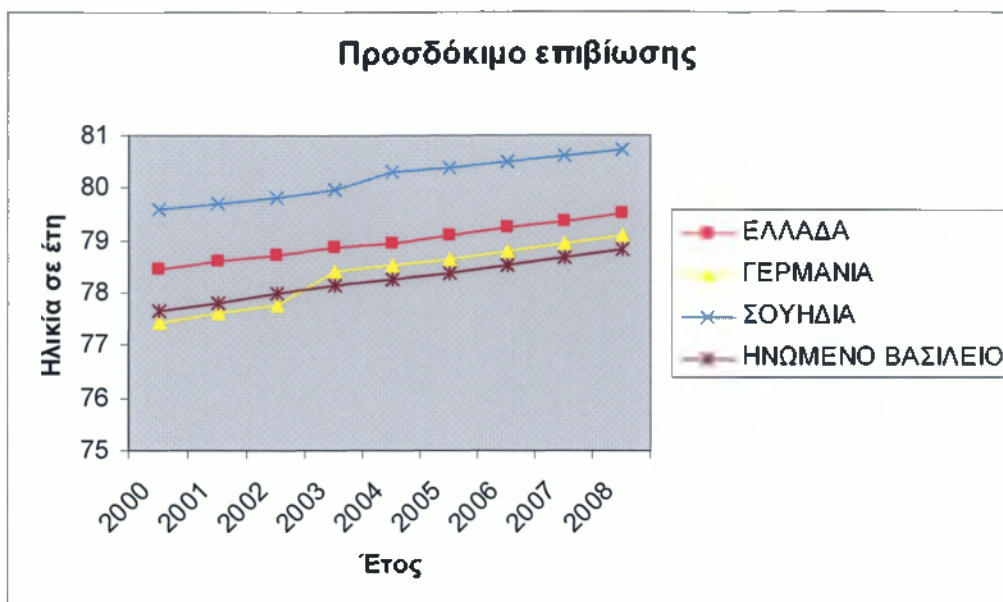
Προσδόκιμο επιβίωσης Σουηδίας

ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Έτος	Προσδόκιμο επιβίωσης σε έτη
2000	77,66
2001	77,82
2002	77,99
2003	78,16
2004	78,27
2005	78,38
2006	78,54
2007	78,70
2008	78,85



Προσδόκιμο επιβίωσης Ηνωμένου Βασιλείου



Συνοπτικός πίνακας προσδόκιμου επιβίωσης Ελλάδας-Γερμανίας-Σουηδίας-Ηνωμένου Βασιλείου κατά τα έτη 2000-2008

Πηγή: WHOSIS/ Region indicators/ανάκτηση Μάιος 2009

5.6 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΛΛΑΔΑΣ- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, η Ελλάδα συγκρίνεται με το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), καθώς και με το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ. Οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων και των δημοκρατιών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, έχουν γενικώς δείκτες πολύ χειρότερους από εκείνους των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών, όπως άλλωστε είχαν πριν από το 1990. Κατά συνέπεια, χρησιμότερη είναι η σύγκριση της Ελλάδας με τις χώρες της ΕΕ. Επισημαίνεται ότι όλοι οι δείκτες θνησιμότητας είναι προτυπωμένοι κατά ηλικία, δηλαδή έχει «εξουδετερωθεί» η πλασματική αύξηση της θνησιμότητας σε συνάρτηση με την ηλικία. Από τη μελέτη των στοιχείων αυτών αλλά και από την κατά φύλο προτυπωμένη θνησιμότητα προκύπτει ότι η θνησιμότητα των Ελλήνων είναι σαφώς χαμηλότερη εκείνης των πολιτών της ΕΕ γενικά και σχεδόν η μισή εκείνης των κατοίκων της Ανατολικής Ευρώπης⁷⁰. Είναι αξιοσημείωτο ότι η υπεροχή των Ελλήνων ανδρών έναντι των άλλων Ευρωπαίων, όσον αφορά τη θνησιμότητα, είναι ιδιαίτερος έκδηλη μετά το 45ο έτος της ζωής. Η θνησιμότητα των γυναικών της

⁷⁰ <http://www.who.int/whosis/whostat/1.xls>

Ευρώπης είναι κατά 30% μικρότερη εκείνης των ανδρών της ίδιας ηλικίας σε οποιαδήποτε χώρα και η διαφορά αυτή εμφανίζεται και στην Ελλάδα. Η γενική θνησιμότητα των Ελληνίδων διαφέρει σημαντικά από εκείνη των γυναικών των άλλων χωρών της ΕΕ (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Συγκριτικά Στοιχεία θνησιμότητας

ΧΩΡΑ	Δείκτης Θνησιμότητας Ενηλίκων (Πιθανότητα Θανάτου ηλικίας μεταξύ 15 και 60 ετών, ανά 1000 κατοίκους)								
	Άνδρες			Γυναίκες			Και τα δύο φύλα		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Ε.Ε	216	231	239	97	99	94	159	166	157
Ελλάδα	117	116	106	56	48	44	86	82	76
Παγκοσμίως	245	236	226	175	163	155	211	201	191

Πηγή: <http://www.who.int/whosis/whostat/1.xls>

Η πλεονεκτικότερη θέση των Ελλήνων παρά των Ελληνίδων, συγκριτικά με τους κατοίκους των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ, μπορεί να αποδοθεί σε σημαντικό βαθμό στη δυσανάλογα υψηλή ειδική θνησιμότητα των Ελληνίδων από εγκεφαλικά επεισόδια, ένα φαινόμενο που δεν έχει συνειδητοποιηθεί ακόμη επαρκώς⁷¹.

Η Ελλάδα χάνει προοδευτικά την παραδοσιακή της υπεροχή, όσον αφορά τη χαμηλή θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο. Στην πραγματικότητα, η στεφανιαία θνησιμότητα παραμένει σταθερή ή εμφανίζει ελαφρές αυξητικές τάσεις, ενώ, αντίθετα, στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ η θνησιμότητα υποχωρεί αργά αλλά σταθερά (Πίνακας 17). Σε σύγκριση με άλλα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκ πρώτης όψεως η κατάσταση στην Ελλάδα κάθε άλλο παρά ενθαρρυντική εμφανίζεται, από τη στιγμή που η χώρα μας βρίσκεται μεταξύ των 27 χωρών-μελών σε μια από τις χειρότερες θέσεις όσον αφορά τη συχνότητα θανάτων από καρδιαγγειακά.

⁷¹ European Heart Network 2008

Πίνακας 17: Inter-country comparison of mortality for selected cause of death

Main diagnosis: Heart failure-vascular diseases

ICD codes: ICD-9: 428

Age: All ages

Sex: Both

Country	Year	death rate per 100 000	Crude death rate per 100 000	Number of deaths	% of all deaths	Population
Albania	2001	61.5323	40.8566	1254	8.2811	3069275
Austria		26.2883	43.8018	3523	4.712	8043046
Belgium	1997	35.2081	57.0194	5799	5.5867	10170226
Bulgaria	2002	116.1995	152.2195	11978	10.636	7868900
Estonia	1996	0.369	0.4239	6	0.0315	1415594
France	1999	22.7574	41.2025	24154	4.4941	58622678
Greece	2001	42.7493	61.8267	6770	6.6011	10949953
Israel	1997	5.0437	4.7522	277	0.7672	5828900
Italy	2000	7.913	14.7004	8368	1.494	56923524
Luxembourg	1997	30.935	43.2304	182	4.8327	421000
Portugal	2000	30.4339	46.1478	4719	4.4596	10225836
Slovakia	1993	10.4258	10.0664	536	1.0169	5324632
Slovenia	1996	32.7008	36.2595	722	3.8776	1991200
Spain	1998	35.0879	54.7862	21570	5.9831	39371200
Sweden	1996	14.6464	30.5961	2705	2.8833	8841000
TFYR Macedonia	2000	30.7891	23.5886	478	2.7705	2026400
United Kingdom	1999	10.6049	18.522	11012	1.7422	59453650

Πηγή: <http://data.euro.who.int/dmdb/>

Από μια πιο προσεκτική ανάλυση των στοιχείων του ΠΟΥ προκύπτει όμως χειρότερη εικόνα. Κι αυτό επειδή και οι 6 χώρες με ακόμη μεγαλύτερη θνησιμότητα από την Ελλάδα ανήκουν οι περισσότερες στο πρώην ανατολικό μπλοκ (με κατά κανόνα πολύ χειρότερο βιοτικό επίπεδο από ότι στη Δύση) και μόλις πρόσφατα εντάχτηκαν στην ΕΕ. Αντιθέτως, αν λαμβάνονταν υπόψη τα στοιχεία μόνο από τις 15 «παλιές» χώρες της ΕΕ -που αποτελούν και τα πλέον συγκρίσιμα μεγέθη- η Ελλάδα θα κατατασσόταν στη χειρότερη θέση.

Η θνησιμότητα από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μεταξύ των Ελλήνων και ιδίως των Ελληνίδων, είναι απαράδεκτα υψηλή. Αν και η υποκειμενική αιτία δεν έχει εξακριβωθεί, ενδέχεται να αντανακλά την υψηλή κατανάλωση μαγειρικού άλατος στη χώρα μας ή τον ανεπαρκή έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί, όσον αφορά την επιδημία των τροχαίων ατυχημάτων, ότι η Ελλάδα διεκδικεί τα θλιβερά πρωτεία, τόσο μεταξύ των χωρών της ΕΕ, όσο και μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ, γενικότερα. Εξίσου θλιβερή είναι η

μακροχρόνια αυξητική τάση της τροχαίας θνησιμότητας στην Ελλάδα, σε αντιδιαστολή με την εντυπωσιακά καθοδική τάση που παρατηρείται στις άλλες χώρες της ΕΕ. Είναι φανερό ότι, μέχρι σήμερα (ή τουλάχιστο μέχρι το 1997), η κρατική πολιτική στο πρόβλημα των ατυχημάτων ήταν από αναποτελεσματική μέχρι μυωπική.

Συμπερασματικά, η γενική θνησιμότητα μειώνεται προοδευτικά σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, εκτός εκείνων που αντιμετώπιζαν ριζικές οικονομικοκοινωνικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η Ελλάδα εξακολουθεί να κατέχει ευνοϊκή θέση στον ευρύτερο ευρωπαϊκό χώρο, μολονότι η θέση αυτή δεν είναι τόσο διακεκριμένη όσο κατά το παρελθόν. Κατά συνέπεια, στον οικουμενικό χώρο των αναπτυγμένων τουλάχιστο χώρων δεν συντελούνται καταστροφές όπως συχνά προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μολονότι υπάρχει χώρος παραπέρα βελτίωσης. Όσον αφορά την Ελλάδα, είναι σαφές ότι δεν υπάρχει πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, στο μέτρο που αυτές μπορούν να αξιολογηθούν με βάση τους δείκτες θνησιμότητας. Αντίθετα, όσοι φιλοδοξούν να αναβαθμίσουν το σύστημα υγείας στη χώρα μας, με μακροπρόθεσμο στόχο τη βελτίωση της υγείας των Ελλήνων, θα πρέπει μάλλον να επικεντρώσουν τις προσπάθειές τους στις εξωιατρικές παραμέτρους του συστήματος υγείας, για να έχουν τεκμηριωμένα και απτά αποτελέσματα.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην μέχρι τώρα πορεία του παρόντος πονήματος, εξετάστηκαν οι βασικοί ορισμοί που αφορούν την Υγεία και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με αυτήν. Παρουσιάστηκε το Σύστημα Υγείας ως έννοια, ως δομή και ως λειτουργία και αναλύθηκαν τα συστήματα υγείας της Ελλάδος, της Μ. Βρετανίας (αντιπροσωπευτικό του μοντέλου Beveridge), της Γερμανίας (αντιπροσωπευτικό του μοντέλου Bismark) και της Σουηδίας. Τα συστήματα αυτά εξετάστηκαν ως προς τη δομή τους, την στελέχωσή τους και τη χρηματοδότηση τους.

Ακολούθησε σύγκριση των συστημάτων υγείας των προαναφερόμενων Ευρωπαϊκών χωρών με αυτό της Ελλάδος κατά την οποία καταδείχτηκαν οι υπάρχουσες ομοιότητες και διαφορές. Συγκριτικά επίσης εξετάστηκαν και ορισμένοι δείκτες υγείας όπως αυτοί έχουν καταγραφεί και στις τέσσερις χώρες και έγινε εμφανές το αποτέλεσμα της λειτουργίας των συστημάτων στη υγεία του πληθυσμού.

Συμπερασματικά, η εθνική πολιτική για την υγεία είναι ένα κομμάτι της πολιτικής ζωής του ανθρώπου που απαιτεί τη συναίνεση όλου του πολιτικού κόσμου. Το κέντρο του θα πρέπει να εντοπίζεται τόσο στην περιφερειακή ανάπτυξη των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας όσο και στην πρόσβαση σε ελεγχόμενες με συγκεκριμένες προδιαγραφές και κριτήρια ποιοτικές υπηρεσίες, ως κοινωνικό δικαίωμα. Όλα αυτά προσαρμοσμένα στην ελληνική πραγματικότητα, λαμβάνοντας υπόψη την επικρατούσα ελληνική τάση επιλογής γιατρού, τόσο στο κέντρο όσο και στην περιφέρεια.

Το 1983 διακηρύχθηκε ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Σήμερα, με την αλματώδη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, με τη γιγάντωση της παραοικονομίας και τη συχνά ανεξέλεγκτη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα, η υγεία αποτελεί και ιδιωτικό αγαθό. Οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν επί όλων των κυβερνήσεων. Η επικράτηση του δημόσιου τομέα και ο περιορισμός του ιδιωτικού δεν ήταν επιτυχής. Το σύστημα δεν τροφοδοτήθηκε με τις αρχές του ανταγωνισμού ούτε και καθιερώθηκαν κανόνες μεταξύ της δημόσιας και ιδιωτικής παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

Οι πολιτικές της υγείας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν από τη μη ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων. Οι γεωγραφικές ανισότητες είναι έντονες. Το σύστημα χρηματοδότησης είναι πολυκερματισμένο, καθώς ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είναι μεγάλος, οι επιχορηγήσεις υψηλές και η ιδιωτικές δαπάνες επίσης υψηλές. Η διοίκηση και η

διαχείριση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπαρκής. Το τελευταίο οδηγεί στον περιορισμό της ευελιξίας στο προσωπικό, τη μείωση των προϋπολογισμών και των τιμών και την έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως διαπιστώνεται, χαρακτηρίζεται από σημαντικά προβλήματα:

- Απουσία οικογενειακού γιατρού καθώς και στοιχειώδους συστήματος παραπομπών σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία με αποτέλεσμα την ανεπαρκή διασύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Έτσι χάνεται η ενότητα στην περίθαλψη.
- Ο προσανατολισμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και η έλλειψη πολιτικής πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Η ανισότητα στις παροχές, στις δυνατότητες πρόσβασης και στην ποιότητα των υπηρεσιών τα οποία δημιουργούν το αίσθημα της κοινωνικής αδικίας.
- Η υπανάπτυξη και η ανεπάρκεια των υπηρεσιών με αποτέλεσμα τις ουρές αναμονής και το συνωστισμό των ιατρείων.
- Η έλλειψη οργάνωσης, δηλαδή η ανυπαρξία προγραμματισμένων επισκέψεων και απουσία συνεργασίας των υπηρεσιών.

Σε οργανωτικό επίπεδο η πρωτοβάθμια περίθαλψη εμφανίζει επίσης, μειονεκτήματα :

- Ανάπτυξη και στελέχωση των μονάδων χωρίς ουσιαστικό προγραμματισμό.
- Ανεπαρκής οργάνωση και λειτουργία των πολύ-ϊατρείων και ανεπαρκής εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.
- Έλλειψη όρων και προδιαγραφών εποπτείας και ελέγχου της λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα που παρέχει πρωτοβάθμιας υπηρεσίες.
- Ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου, ιδιαίτερα στη συνταγογραφία και στις παραπομπές σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τις εξετάσεις υψηλού κόστους.
- Περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες και τις αργίες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναγκάζονται να προσφύγουν στα νοσοκομεία.
- Υποβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας, σε υλικοτεχνική υποδομή και σε ανθρώπινο δυναμικό, με αποτέλεσμα τη μειωμένη προσβασιμότητα του αγροτικού και ημιαστικού πληθυσμού στις Υπηρεσίες Υγείας.

Οι πολίτες εισπράττουν καθημερινά όλα εκείνα που κάνουν το εθνικό σύστημα υγείας στη χώρα μας να αντιμετωπίζει τόσα προβλήματα. Αν και το ιατρικό προσωπικό χαρακτηρίζεται ως ευγενικό και αξιόλογο στη δουλειά του, οι διοικητικοί υπάλληλοι συχνά υπερβαίνουν τα όρια της ευγενικής αντιμετώπισης των πολιτών. Το φιλοδώρημα και η ανάγκη του «μέσου», χαρακτηριστικά πολλών τομέων δραστηριότητας των Ελλήνων, βρίσκουν έδαφος ανάπτυξης και στον τομέα της υγείας, καθώς αρκετές φορές η παρουσία τους είναι έντονη.

Αν και τα συμπεράσματα για την κατάσταση που επικρατεί στον τομέα των Υπηρεσιών Υγείας στη σημερινή εποχή στη χώρα μας είναι αρκετά δυσμενή ωστόσο θα πρέπει να γίνει προσπάθεια αλλαγής της πραγματικότητας αυτής. Σίγουρα λύσεις μπορούν να βρεθούν αρκεί να υπάρχει η ανάλογη θέληση και προσπάθεια.

6.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν ασχολείται μόνο με την περίθαλψη, δηλαδή τη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση απλών νοσημάτων σε τοπικό επίπεδο, αλλά μέσα από τη συνεχή και συνεπή παρουσία μέσα στον πληθυσμό είναι επιφορτισμένη και με ζητήματα που αφορούν στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού όπως την πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την προαγωγή υγείας.

Έτσι, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για το χρήστη και τη νόσο σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας καθώς επίσης βελτιώνει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μέσω των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο πρόληψη εννοούμε την αποφυγή ασθένειας με τη δημιουργία συνθηκών υγιεινής διαβίωσης, τόσο σε επίπεδο υποδομών, όσο και σε επίπεδο ατομικής συμπεριφοράς. Στην ουσία, περιλαμβάνει τις δραστηριότητες εκείνες που αποσκοπούν στη μείωση της επίπτωσης μιας νόσου σε έναν πληθυσμό. Η έννοια της κοινωνικής φροντίδας εστιάζει στην προστασία υπερηλίκων, ατόμων με ειδικές ανάγκες από ειδικά υγειονομικά στελέχη και κοινωνικούς λειτουργούς κάτω από την καθοδήγηση του γενικού γιατρού. Επιπλέον, η προαγωγή υγείας περιλαμβάνει ως έννοια τις δράσεις που σκοπό έχουν την προώθηση της φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ποιοτικής ισορροπίας της θετικής υγείας και ταυτόχρονα την πρόληψη της φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής κακής υγείας. Η προαγωγή υγείας δηλαδή επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της συνολικής υγείας μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας, νομοθετικών,

οργανωτικών και οικονομικών μεταβολών, κ.ά. Για την επίτευξη των στόχων αυτών τα προγράμματα προαγωγής υγείας χρειάζεται να εστιαστούν στη βελτίωση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του κοινωνικού συνόλου και των υπηρεσιών υγείας.

Σε όλες σχεδόν τις Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη νέων νοσοκομειακών μορφών περίθαλψης, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη.

Στην περίπτωση της Ελλάδας η ουσιαστική έλλειψη οργανωμένου υποσυστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξασφάλισης ειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού, δέσμευσης μετρήσιμων και επαρκών πόρων, επεξεργασίας και υλοποίησης συναφών προγραμμάτων, δεν επέτρεψε την ανάπτυξη της οικογενειακής ιατρικής και πρόληψης. η απουσία του οικογενειακού γιατρού στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι πολύ σημαντική αφού δεν διασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα και βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα χρειάζεται ανασυγκρότηση και το κράτος πρέπει να είναι εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχειά τους. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να διαμορφωθεί σε ένα τέτοιο επίπεδο, ώστε:

- 1) Να αποτελεί δυνητικά την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, δηλαδή να είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.
- 2) Να παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση), οι οποίες καλύπτουν συνήθως άτυπα προβλήματα και καταστάσεις υγείας, καθώς και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα, τη στιγμή που αυτός έχει ανάγκη, δηλαδή σε λογική απόσταση και σε εύλογο χρόνο και με αυτό τον τρόπο να ανταποκρίνεται στην αποτελεσματική διαχείριση του ασθενούς.
- 3) Να εξασφαλίζει και να συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για το χρήστη και τη νόσο σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας.

Με βάση το παραπάνω πλαίσιο η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα χρήσιμο θα ήταν να ακολουθήσει μια σειρά βελτιώσεων, όπως:

- 1) Την οικοδόμηση ενός συστήματος που θα εξασφαλίζει ενιαία δέσμη παροχών για όλους τους πολίτες.
- 2) Την ενιαία οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των υπηρεσιών.
- 3) Την ενοποίηση του κατακερματισμένου χρηματοδοτικού μηχανισμού.

- 4) Τον οργανωτικό, διοικητικό, λειτουργικό και διαχειριστικό εκσυγχρονισμό των πρωτοβάθμιων μονάδων.
- 5) Την οργάνωση μηχανισμών ελέγχου.
- 6) Την εφαρμογή του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού.
- 7) Την ίδρυση του αναγκαίου αριθμού αστικών Κέντρων Υγείας.
- 8) Την ανάπτυξη πολιτικών ποιότητας.

Εκτός των παραπάνω, στον άμεσο σχεδιασμό παρεμβάσεων μπορούν να συμπεριληφθούν προτάσεις όπως:

- 1) Εκπόνηση Υγειονομικού Χάρτη της Χώρας, στον οποίο θα καταγράφονται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού ανά περιφέρεια, τα δαπανώμενα ποσά και η δύναμη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- 2) Παραχώρηση κινήτρων στο προσωπικό για τη στελέχωση των απομακρυσμένων περιοχών με ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την επίλυση του προβλήματος ορθολογικής κατανομής και την επίτευξη υψηλότερου βαθμού προσβασιμότητας.
- 3) Ανάπτυξη αστικού τύπου Κέντρων Υγείας για ολοκληρωμένη παροχή Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στις πόλεις.
- 4) Εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την αντιμετώπιση των συνεχώς εξελισσόμενων επιστημονικών, υγειονομικών και δημογραφικών δεδομένων.
- 5) Αναβάθμιση της Ιατρικής και Νοσηλευτικής εκπαίδευσης με την εισαγωγή νέων εκπαιδευτικών μεθόδων, αντικειμένων και στόχων.
- 6) Βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας για τη διασύνδεση των αποφοίτων των Σχολών Επιστημών Υγείας με την αγορά εργασίας, κάτι που επιτυγχάνεται με την ανάλυση των δεδομένων του υγειονομικού χάρτη.
- 7) Καθιέρωση του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού για τους δικαιούχους όλων των ασφαλιστικών ταμείων.
- 8) Ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Στη σημερινή εποχή λοιπόν δεν υπάρχει ουσιαστικά χώρα στην οποία να λειτουργεί αμιγώς το ιδιωτικό ή το δημόσιο μοντέλο στον τομέα της υγείας. Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες βρίσκονται κάπου στη μέση διαμορφώνοντας η κάθε μια το δικό της σύστημα στην Πυραμίδα Υγείας. Επειδή τα περισσότερα βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής

δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές του κάθε πολίτη ξεχωριστά.

Το κράτος παρεμβαίνει σε μεγάλο βαθμό. Σε κεντρικό επίπεδο το κράτος καθορίζει τη στρατηγική, ενώ έχει σημαντικό ρόλο τόσο στο επίπεδο της οργάνωσης αλλά και της διοίκησης. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφόρων συστημάτων υγείας είναι δύσκολο να προσδιορισθούν καθώς κάτι τέτοιο θα απαιτούσε τη μελέτη αυτών κατά περίπτωση. Τα περισσότερα έχουν τα τελευταία χρόνια καταφέρει να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, βασισμένα στις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, σκοπό τον οποίο υπηρετούν οι διάφορες μεταρρυθμίσεις.

Εν κατακλείδι η Ελλάδα αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση από τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Ο σημαντικότερος μέχρι και σήμερα νόμος 1397/83 αποτελεί την ουσιαστικότερη προσπάθεια για την ανάπτυξη ενός άρτια δομημένου εθνικού συστήματος υγείας. Η καθυστέρηση αυτή, η οποία ήταν κυρίως το αποτέλεσμα των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει το Ελληνικό κράτος από τις αρχές της ίδρυσής του, έχει συνέπεια η δημόσια υγεία στην Ελλάδα να υπολείπεται σε σχέση με τις ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες. Η κρατική παρέμβαση παίζει σημαντικό ρόλο στην ελληνική πραγματικότητα με τους πολίτες να δίνουν μεγάλη σπουδαιότητα σε αυτή. Το ελληνικό κράτος έχει αρκετό δρόμο να διανύσει μέχρι να διασφαλίσει ένα εθνικό σύστημα υγείας ανάλογο των υπολοίπων ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών αλλά και σύμφωνα με τις κοινωνικές απαιτήσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. San Martin H. (1983), Sante Pyplique et Medicine Preventive. Masson, Paris.
2. ΚΕΠΕ , (1976) , Πρόγραμμα Ανάπτυξης 1976 - 1980 : Υγεία , Έκθεση Ομάδας Εργασίας , Αθήνα .
3. West P.A (1981). Theoretical and Practical Equity in the National Health Service in England. Soc. Sci . Med. 15c, 2.
4. Γερμένης Α . , (1994) : Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας . Εκδ . Βήτα , γ' έκδοση , Αθήνα.
5. WHO, (1978), Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma - Ata, 6 -12 September 1978, Geneva - New York.
6. Λιαρόπουλος Λ. (1989), Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας, Ιατρική, 56, 419 - 425.
7. Μωραΐτης Ε, (1985), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Σύγχρονη Εννοιολογική Θεώρηση. Ιατρική, 48, 295 - 301.
8. Λιαρόπουλος Λ., (1993), Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας, Ιατρική, 56, 419 - 425.
9. Σισσούρας Α., (1994), Συμπεράσματα - Προσβλέποντας στην Αναμόρφωση και Σταθεροποίηση του ΕΣΥ. Στο βιβλίο, Μελέτη για το σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα.
10. Σκουτέλης Γ., (1990), Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
11. ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ, (1976), Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976 - 1980: Υγεία, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.
12. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (1981), Το νομοσχέδιο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», Αθήνα.
13. Θεοδώρου Μ. (1994), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Από το Βιβλίο, Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα.
14. Food M, (1973), Averin Bevan, vol. 2, Davis - Poynter: London.
15. Fry J., (1993), General Practice: The facts, Radcliffe, Medical Press, London.
16. Weiner J., Ferris P., (1990), GP budget - holding in the UK: Lessons from America. Research Report 7, King's Fund Institute, London.
17. Department of Health, (1989), Working for Patients. HMSO, London.

18. Ματσαγγάνης Μ. (1992), Η Μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βρετανία: Η περίπτωση των προϋπολογισμών των οικογενειακών γιατρών. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 1,1 (1990), 41 - 50.
19. Sutton R. (1994), The British National Health Service, *Pace*, Vol. 17, pp. 1178 - 1181.
20. Institute for Health System Research, (1994), Health Care in Germany: The Health Care System in the Federal Republic of Germany. The Ministry of Health, Bonn.
21. Hurst W. J., (1991), Reform Of Health Care in Germany. *Health Care Financing Review*, Spring 1991, vol. 12, No 3, pp. 73 - 86.
22. Iglehart K.J., (1991), Germany's Health Care System (δύο μέρη). *The N. Engl. J. Med.*, Vol. 324, No. 7, pp. 503 - 508 (πρώτο μέρος) και Vol. 324, No. 24, pp. 1750 - 1756 (δεύτερο μέρος).
23. Abel - Smith B., Mossialos E., (1991), Cost Containment and Health Care Reform: A study of the European Union. LSE Health Occasional Paper in Health Policy, No. 2, London.
24. Glennerster H., Matsaganis M., (1992), The English and Swedish Health Care Reforms. Economic and Social Research Council, Welfare State Program, Number WSP / 79, London.
25. Canadian Medical Association, (1993), The Language of Health System Reform, CMA, Ottawa.
26. Ministry of Health and Social Affairs, (1994), Three Models for Health Care Reform in Sweden. A Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care, (HSU 2000).
27. Svensson P. G, (1991), Management and Development in Sweden, In *Management Education and Training in the Health Sector: A perspective for Italy* (ed. Ph. Berman), The European Healthcare Management Association.
28. OECD, (1994), The Reform of Health Care Systems: A review of seventeen OECD Countries. OECD, Paris.
29. Saltman R. B., von Otter C., (1987), Re - vitalizing Public Health Care Systems: A proposal for Public Competition in Sweden. *Health Policy*, 7.
30. Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης. Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, 2001, Αθήνα.
31. Κωνσταντίνος Ζοπουνίδης, Θέματα Management Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2007, Αθήνα.

32. Michael Tanner (2008), The grass is not always greener. A look at National Health Care System, Policy Analysis, No 613.
33. Vittorio Maio, Pharm Dard, Lamberto Manzoli (2002), Vol 27, No. 6, P&T.
34. Health at a Glance 2007: OECD indicators
35. Τοῦντρας Ι κ.α 2001, Tzala E 2004, Tzala E and Best N 2007
36. <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=10889>
- 37.
- http://www.aspe.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=401&Itemid=2
38. <http://www.mednet.gr/archives/2000-1/89.html>
39. http://osha.europa.eu/el/press/press-releases/news_article.2008-01-09_MigrantWorkers
40. http://mighealth.net/el/index.php/%CE%97_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B7_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_%CF%84%CF%89%CE%BD_%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%8E%CE%BD_%CE%BA%CE%B1%CE%B9_%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%84%CE%AE%CF%84%CF%89%CE%BD
41. http://www.pepba.gr/documents/Synedrio_Jul05/%CE%94%CE%A5%CE%A0%CE%95%20-%20%CE%A7%CE%91%CE%A4%CE%96%CE%9F%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%9B%CE%9F%CE%A5.doc
42. WHO
43. European Heart Network 2008
44. WHOSIS/ Region indicators