



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΤΙΤΛΟΣ

“ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ  
ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ”

Σπουδαστής : ΓΚΙΟΥΖΕΛΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Καλαμάτα 17 Μαΐου 2011

## Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων:	ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: 	ΜΠΙΤΣΑΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: 	ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

# ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγεία αποτελεί φυσικό και κοινωνικό αγαθό πρωταρχικής σημασίας για κάθε άνθρωπο. Κάθε υγειονομικό σύστημα αποσκοπεί στη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας των πολιτών. Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 βελτιώνεται διαρκώς εντούτοις αντιμετωπίζει αδυναμίες και προβλήματα σε σχέση με τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, διαπιστώνονται μειωμένες δημόσιες δαπάνες για την υγεία και υψηλές ιδιωτικές δαπάνες και φαρμακευτικές δαπάνες από τις μεγαλύτερες στην Ευρώπη. Χρειάζονται άμεσες κρατικές παρεμβάσεις στην ανακατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, στην εκπαίδευση και επιμόρφωση του δυναμικού, στον εκσυγχρονισμό του εκπαιδευτικού συστήματος, στο σύστημα διοίκησης, στον έλεγχο της ιδιωτικής υγείας και του κόστους υγείας. Ιδιαίτερη βαρύτητα χρειάζεται να δοθεί στην πρόληψη, και στην μείωση της παραοικονομίας που υπάρχει στην Ελλάδα ενώ αναγκαίες είναι περαιτέρω μελέτες μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία. Η εργασία αυτή αποτελείται από 9 ΚΕΦΑΛΑΙΑ στα όποια γίνεται αναφορά για την υγεία για τα ειδή συστημάτων υγείας στις μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στις ανισότητες που υπάρχουν. Αναφέρεται στον ιδιωτικό τομέα υγείας στην Ελλάδα γίνεται σύγκριση των δαπανών υγείας και άλλων δεικτών υγείας της Ελλάδας σε σχέση με άλλα κράτη της Ε.Ε γίνεται ανάλυση της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα και τέλος καταλήγουμε στα συμπεράσματα.

## Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή .....	5
2.Εννοιολογικές αναζητήσεις για την υγεία.....	7
2.1 Υγεία και αρρώστια.....	7
2.2 Ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας ιστορική αναδρομή.....	8
2.2.1 Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό.....	9
2.2.2 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό .....	10
2.2.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των δυο κλασικών απόψεων για την υγεία.....	11
3. Είδη συστημάτων υγείας.....	13
3.1 Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ε.Ε.....	14
3.2 Χρηματοδότηση και έλεγχος των δαπανών των συστημάτων υγείας.....	17
3.3 ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	17
3.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	23
3.4.1 Η ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.....	23
3.4.2 Η ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.....	25
3.5 Οι μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας .....	27
4. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα .....	36
5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
6. Θνησιμότητα.....	67
7. Νοσηρότητα.....	71
8. Ποιότητα υγείας.....	78
9. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα .....	88
Συμπεράσματα.....	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	102

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν αναφέρεται το σύστημα υγείας ή υγειονομικό σύστημα, εννοείται το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται. Όλα τα υγειονομικά συστήματα έχουν συγκεκριμένους σκοπούς και στόχους. Κοινός στόχος των συστημάτων είναι η διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών, ενώ στους κοινούς στόχους περιλαμβάνονται και οι εξής (Θεοδώρου και Μητροσύλη, 1999)

- Επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση.
  - Προστασία του εισοδήματος του ασθενή από πληρωμές που μπορεί να διακυβεύσουν την ίδια τη δυνατότητά του να ζει αξιοπρεπώς.
  - Μακροοικονομική αποδοτικότητα, δηλαδή οι δαπάνες υγείας δεν πρέπει να ξεπερνούν εκείνο το ποσοστό του Α.Ε.Π. που και το επίπεδο υγείας διασφαλίζει και την ισόρροπη ανάπτυξη της χώρας επιτρέπει.
  - Μικροοικονομική αποδοτικότητα, δηλαδή στο εσωτερικό του συστήματος πρέπει η κατανομή των πόρων κατά επίπεδο και τομέα φροντίδας, κατά γεωγραφική περιφέρεια κτλ να εξασφαλίζει εκείνο το συνδυασμό φροντίδων που συνεπάγεται το καλύτερο υγειονομικό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κόστος και τη μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή.
- 
- Ελευθερία επιλογής στους ασθενείς.
  - Αυτονομία στους προμηθευτές

Στην εργασία αυτή γίνεται μια κριτική προσέγγιση του συστήματος υγείας της χώρας μας, σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με στόχο την επισήμανση των σημαντικών αδυναμιών και προβλημάτων. Η σύγκριση γίνεται με την χρησιμοποίηση δεικτών υγείας τα στοιχεία πάρθηκαν από τον Οργανισμό οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας καθώς και από έρευνες που έχουν γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίου σχετικά με την ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το ευρωβαρόμετρο. Τέλος καταλήγουμε στο δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας και της Ευρώπης και τα προβλήματα που προκύπτουν στην κοινωνική ασφάλιση τα οποία έχουν άμεση

εξάρτηση με την επιβίωση των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη τέλος κλείνουμε με τα συμπεράσματα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

### **2.1 Υγεία και αρρώστια**

Η υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη φύση. Πολλοί την αντιλαμβάνονται απλά και μόνο σε σχέση με την ύπαρξη ή όχι ασθένειας (Σούλης.,1998). Από το 1941, ο Sigerist επέμενε ότι «η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία από την ασθένεια, αλλά είναι μια κατάσταση θετική».

Λίγα χρόνια αργότερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όρισε την υγεία ως την κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας (WHO, 1958). Αυτό σημαίνει ότι η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντανακλάται όχι μόνο στους κλασικούς δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, αλλά περιλαμβάνει και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα (Κυριόπουλος Γ. και συν., 2003). Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει επιπλέον ίση κατανομή των πόρων έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα (Θεοδώρου και συν., 2001).

Έχει διαπιστωθεί ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτεύχθηκε πολύ πριν την καθιέρωση της σύγχρονης και πολυδάπανης βιομετρικής τεχνολογίας στην καθημερινή ιατρική πρακτική (Mc Keown., 1979; Mc Kinley., 1979), όπως και ότι η αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες δεν οδήγησε στην αναμενόμενη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στις αναπτυγμένες κοινωνίες, όπως έχει αποδειχθεί, η βελτίωση των γενικών συνθηκών διαβίωσης τα τελευταία 100 χρόνια αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα ανόδου του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Αντίθετα η θεραπευτική ιατρική από μόνη της φαίνεται να έχει μικρή αποτελεσματικότητα απέναντι στις σύγχρονες αρρώστιες (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ψυχικές παθήσεις) των προηγμένων κοινωνιών, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί και ως αρρώστιες του πολιτισμού (Θεοδώρου και συν., 2001). Από τον παραπάνω χαρακτηρισμό διαπιστώνουμε ότι η υγεία επηρεάζεται όχι μόνο από παθογόνους βιολογικούς παράγοντες, αλλά και από κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Η υγεία είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών – οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας

κάθε φορά κοινωνικό-οικονομικής τάξης πραγμάτων (Σούλης., 1987). Έτσι, το σύστημα ιατρικών φροντίδων δεν αποτελεί το μοναδικό παράγοντα διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού.

## 2.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο τομέας υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από του πιο σύνθετους τομείς που μπορούμε να συναντήσουμε σε μια οργανωμένη κοινωνία. Η ανάπτυξη του διεθνώς έγινε σταδιακά τις περισσότερες φορές χωρίς ιδιαίτερο σχεδιασμό και συγκεκριμένους στόχους και επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στις ανθρώπινες αξίες στην επιστήμη στην οικονομία. Το δικαίωμα στην υγεία καταχωρήθηκε συνταγματικά και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες προσφέρεται ισότιμα σε όλους τους πολίτες. Η ιστορική εξέλιξη της παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται και ακολουθεί τις κυρίαρχες σε κάθε εποχή και τόπο κοινωνικές πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες. Στις πρωτόγονες κοινωνίες υπήρχε ο θεραπευτής ιατρός που ασκούσε την ιατρική εμπειρικά και τη συνέδεε με θρησκευτικές δοξασίες και προλήψεις, στα ομηρικά έπη συναντούμε την πρώτη παροχή φροντίδας υγείας από τους δυο γιου του Ασκληπιού οι οποίοι ακολουθούν τα στρατεύματα και περιποιούνται τους τραυματίες. Στον 6<sup>ο</sup> αιώνα π.χ. αναφέρεται η δημιουργία νοσοκομείων στην Ινδία για την περίθαλψη απόρων και αναπήρων ενώ στην Αθήνα και σε άλλες πόλεις λειτουργούν ασκληπιεία τα οποία αποτελούν μια πρόιμη μορφή νοσοκομείου αφού σε αυτά παρέχεται νοσηλεία έναντι αμοιβής από τον ασθενή.

Στη συνέχεια ο Ιπποκράτης 5<sup>ος</sup> αιώνας π.χ. με το θεραπευτικό και συγγραφικό του έργο δεν αποτελεί μόνο τον θεμελιωτή της επιστημονικής ιατρικής αλλά τονίζει τη σημασία του περιβάλλοντος της διατροφής και της ατομικής υγιεινής στην πρόληψη των ασθενειών. Η πρώτη νομοθετική ρύθμιση σε θέματα αμοιβών και δεοντολογίας των γιατρών εντοπίζεται στην περίπτωση της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας.

Στο Βυζάντιο ιδρύεται ο πρώτος ξενώνας υπό μοναστηριακό καθεστώς πρότυπο αργότερα για πολλές νοσοκομειακές μονάδες στην Αγγλία την Γαλλία την Ιταλία την Γερμανία κ.τ.λ. ο ξενώνας αυτός διέθετε 50 κλίνες και 5 τμήματα χειρουργικό οφθαλμολογικό γυναικολογικό δυο παθολογικά φαρμακείο εξωτερικά ιατρεία γηροκομείο και ψυχιατρείο η διοίκηση η λειτουργία και η στελέχωση του σε



ανθρώπινο δυναμικό καθοριζόταν από ειδικό κανονισμό που σε πολλά σημεία προσεγγίζει τα σημερινά νοσοκομεία. Στον 13<sup>ο</sup> αιώνα μ.χ. λειτουργούν στην Ευρώπη περίπου 19000 νοσοκομειακές μονάδες οι περισσότερες σε μοναστήρια ενώ στην Αγγλία ιδρύονται τα δημοτικά νοσοκομεία που ήταν ταυτόχρονα πτωχοκομεία και γηροκομεία αλλά και χώροι εκμάθησης της ιατρικής. Μετά τη γαλλική επανάσταση πολλά νοσοκομεία πέρασαν στον έλεγχο του κράτους ενώ αρχίζει η λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων για την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Ο 19<sup>ος</sup> αιώνας και 20<sup>ος</sup> αιώνας χαρακτηρίζονται από ισχυρή κρατική παρέμβαση στον χώρο της υγείας η οποία σκοπό έχει να εντάξει τις υπηρεσίες υγείας σε ένα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας μέσω της δημιουργίας συστημάτων υγείας των οποίων η μορφή είναι αποτέλεσμα κοινωνικών πολιτιστικών και οικονομικών συνθηκών. Ο Bismarck εισάγει το πρώτο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης σαν την Γερμανία το 1883 ενώ το 1948 εγκαθιδρύεται στην Μεγάλη Βρετανία από τον λόρδο Beveridge το πρώτο εθνικό σύστημα υγείας που λειτουργεί μέχρι σήμερα .

Η περίοδος μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανακαλύψεις φαρμάκων και θεραπειών αλλά και μια σημαντική αύξηση των διαθέσιμων για την υγεία πόρων. Η οικονομική όμως κρίση της δεκαετίας του 1970 θα ανακόψει τους ρυθμούς ανόδου. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται η αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας με κύρια χαρακτηριστικά το αυξανόμενο οικονομικό κόστος την στασιμότητα των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας την αδυναμία περιορισμού των υγειονομικών ανισοτήτων και την εξέλιξη του ιατρικού σώματος σε μια ισχυρή και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα.

### **2.2.1 Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΓΑΘΟ**

Η άποψη ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό διαμορφώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και υποστηρίχτηκε με φανατισμό από τους Lees (1960, 1967), Jewkes J. και S. (1961, 1963), Wiseman J. (1963) και τους οπαδούς της Σχολής του Πανεπιστημίου του Σικάγο.

Αυτοί διατύπωσαν την άποψη ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια «άριστη» και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει με όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά. Ειδικότερα, οι υποστηρικτές της σχολής αυτής αποδέχονται τις νεοκλασικές υποθέσεις για την «ορθολογικότητα» της συμπεριφοράς του καταναλωτή και αποδέχονται ότι στον τομέα της υγείας ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να γνωρίζει:

- Τι είδους νοσοκομειακές ή ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να καταναλώσει.
- Σε ποια ποσότητα οι υπηρεσίες μπορούν να καταναλωθούν.
- Ποια είναι η ποιότητα των καταναλισκόμενων υπηρεσιών.
- Σε ποιο τόπο, δηλαδή σε ποια αγορά μπορεί να προσφύγει το κάθε άτομο μέσα στην κοινωνία για την ικανοποίηση των επιθυμιών τους.

Κάθε καταναλωτής λοιπόν, σύμφωνα με τις προτιμήσεις του, εκδηλώνει την ατομική του ζήτηση  $D$  για τις υπηρεσίες υγείας που επιθυμεί να καταναλώσει, καταβάλλοντας την αντίστοιχη τιμή  $P$ . Οι γιατροί στη συγκεκριμένη τιμή είναι διατεθειμένοι να προσφέρουν  $Q$  ποσότητα υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η ισορροπία στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, υποκείμενη, δηλαδή, στις δυνάμεις της προσφοράς και ζήτησης. Όσοι από τους καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλουν αυτή την τιμή, δεν καταναλίσκουν τα αγαθά αυτά, δηλαδή αποκλείονται από την αγορά. Η συνολική κατανάλωση κάθε ιδιωτικού αγαθού και στην προκειμένη περίπτωση, του αγαθού υγεία, θα είναι ίση με το άθροισμα της κατανάλωσης των επιμέρους ατόμων της κοινωνίας. Από την άλλη πλευρά, το υγειονομικό προσωπικό (γιατροί, νοσηλευτές κ.α.) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ιδιωτικά ιατρεία, σε ιδιωτικά κέντρα υγείας, σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι αμοιβές των γιατρών και τα νοσήλια καθορίζονται από τις δυνάμεις της αγοράς των υπηρεσιών. Το κράτος δεν επεμβαίνει καθόλου και η λειτουργία του συστήματος διέπεται από τις αρχές του *Laissez-fair*.

Η συνολική ισορροπία στην αγορά θα επέλθει στο σημείο εκείνο, όπου η οριακή αξιολόγηση του καθενός καταναλωτή υπηρεσιών υγείας είναι ίση με το οριακό κόστος παραγωγής. Η αγορά θα καθορίσει ένα άριστο επίπεδο τιμών  $P$ , στο οποίο θα εξισορροπούνται οι προτιμήσεις των καταναλωτών με τις επιθυμίες των παραγωγών.

### 2.2.2 Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΓΑΘΟ

Με αφετηρία τον Κ. ARROW ο οποίος ήταν εμπνευστής της άποψης ότι η υγεία δεν μπορεί να αποτελεί ιδιωτικό αγαθό αλλά αντίθετα κατατίθεται στα δημόσια αγαθά, ακολούθησε ένα ολόκληρο ρεύμα οικονομολόγων οι οποίοι αναπτύσσοντας και συνεχίζοντας την επιχειρηματολογία του ARROW, εντάσσουν την υγεία στο πλέγμα των κοινωνικών αγαθών. Οι απόψεις του ARROW για την υγεία συνοψίζονται στις εξής παρατηρήσεις:

- στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο άτομο από τις ιδέες υπηρεσίες
- η φύση ορισμένων ασθενειών, δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσης τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης του προϊόντος από το ιατρικό σώμα , ο καταναλωτής- χρήστης των υπηρεσιών υγείας δεν είναι σε θέση να διαπραγματεύεται τις τιμές και να αξιολογεί το προϊόν.
- σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, τόσο σε σχέση με την παραπάνω επισήμανση, όσο και σε περιπτώσεις όπου η ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας στερεί από το άτομο την άσκηση του δικαιώματος επιλογής.

Επειδή λοιπόν οι αρνητικές επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο και επειδή στην περίπτωση της υγείας δεν πληρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού, το αγαθό αυτό δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα η άποψη αυτή ενισχύεται και από το ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διαχέονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα κάτι που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για κρατική παρέμβαση.

### 2.2.3 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΚΛΑΣΙΚΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Καθεμία από τις δύο βασικές θεωρήσεις για το «χαρακτήρα» του αγαθού «υγεία» παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Αν θεωρήσουμε την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό, μπορούμε να εντοπίσουμε τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

- Ελαχιστοποιούνται οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο Σύστημα Υγείας.
- Αναπτύσσονται καλύτερες σχέσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών.
- Παρατηρείται αυξημένη ευελιξία και ταχύτερη προσαρμογή στις αξιώσεις των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.

Από την πλευρά των μειονεκτημάτων, παραθέτουμε τα ακόλουθα:

- Αποκλεισμός των ασθενών που δεν έχουν την οικονομική ευχέρεια να πληρώσουν, από την αγορά των υπηρεσιών υγείας.
- Δεν υπάρχει κοινωνικά δίκαιη κατανομή των πόρων υγείας, αφού η αγορά λειτουργεί υπό τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης.
- Οι γιατροί και το προσωπικό επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση των κερδών τους και όχι τη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας και εξυπηρέτησης των ατόμων.

Αν θεωρήσουμε την υγεία ως δημόσιο αγαθό, σαν πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης, αναφέρουμε τα ακόλουθα:

- Δεν υπάρχει αποκλεισμός από τις υπηρεσίες υγείας σε περίπτωση οικονομικής αδυναμίας.
- Δεν απαιτείται η διαπραγμάτευση της τιμής της προσφερόμενης υπηρεσίας από τον καταναλωτή, ο οποίος δεν γνωρίζει ούτε τις ικανότητες του γιατρού, ούτε το είδος της θεραπείας στην οποία πρέπει να υποβληθεί.

Από την άλλη πλευρά, αντιμετωπίζοντας το αγαθό υγεία ως δημόσιο, πρέπει να τονίσουμε ότι, πολλές φορές, παρουσιάζεται αύξηση της γραφειοκρατίας στις υπηρεσίες υγείας όταν δεν υπάρχει σωστή οργάνωση του συστήματος υγείας ή όταν οι διοικητικοί μηχανισμοί κατοχυρώνουν τη μονιμότητα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής διοικητικής παρέμβασης.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΙΔΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες

Α) Τα φιλελεύθερα όπου έχουμε ιδιωτική ασφάλιση ιδιωτικούς προμηθευτές ισχύει στις ΗΠΑ.

Β) Τα μεικτά όπου στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση με δημοσίους και ιδιωτικούς προμηθευτές (μοντέλο Βίσμαρκ) με κύριο εκπρόσωπο την Γερμανία.

Γ) Τα εθνικά συστήματα υγείας όπου στηρίζονται στη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω φορολογίας με δημοσίους προμηθευτές (μοντέλο Beveridge) με κύριο εκπρόσωπο την μεγάλη Βρετανία.

Τα συστήματα υγείας βάσει επιδημιολογικών ερευνών μπορούν να καταγάγουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες (Κυριόπουλος και Νιάκας, 1994):

1. Ελάχιστα αναπτυγμένες χώρες (λίγες σε αριθμό, με κατεξοχήν αγροτική οικονομία και χαμηλό ως ανύπαρκτο υγειονομικό σύστημα), που χαρακτηρίζονται από υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα και πολύ χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης (ως 55 έτη), ενώ τα αίτια θανάτου σχετίζονται με έλλειψη τροφής και κακές συνθήκες υγιεινής. Επίσης οι χώρες αυτές έχουν χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα και χαμηλά δημόσια έσοδα, γεγονός που δυσχεραίνει την ύπαρξη ευρείας δημόσιας πολιτικής υγείας.
2. Λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, που είναι αρκετές σε αριθμό και στις οποίες συνυπάρχει ένας αναπτυγμένος βιομηχανικός και ένας παραδοσιακός αγροτικός τομέας, ενώ χαρακτηρίζονται από μεγάλες διαφορές εισοδήματος, χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα (ως μέσο όρο) και υψηλή ανεργία. Το υγειονομικό σύστημα είναι σε χαμηλή ανάπτυξη και συγκεντρωμένο στις πόλεις. Η βρεφική θνησιμότητα είναι υψηλή και σχετίζεται και εδώ με την κακή διατροφή και υγιεινή. Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι χαμηλό (περίπου 60 έτη) και η νοσηρότητα συνδέεται τόσο με τα προβλήματα των ελάχιστα αναπτυγμένων χωρών (επιδημίες, λοιμώδη νοσήματα), όσο και με προβλήματα των περισσότερο αναπτυγμένων (ατυχήματα, νεοπλάσματα κ.ά.

3. Αναπτυγμένες χώρες, οι οποίες παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, καλές συνθήκες υγιεινής και διατροφής, χαμηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα και προσδόκιμο επιβίωσης που ξεπερνά τα 70 έτη. Παρά τις όποιες ατέλειες παρατηρούμε στη χώρα μας και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε αυτή, η Ελλάδα ανήκει στην τελευταία κατηγορία των αναπτυγμένων κρατών και υγειονομικών συστημάτων. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού καλύπτεται ως προς την περίθαλψη, το προσδόκιμο επιβίωσης είναι υψηλό και οι ασθένειες που παρουσιάζονται δε σχετίζονται με θέματα υποδομής (μολυσματικές κ.ά.). Επίσης, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία –αν και χαμηλές σε σχέση με πολλές χώρες της Ε.Ε.– είναι υψηλότερες από ότι στις μη αναπτυγμένες χώρες, χωρίς αυτό να σημαίνει πως το σύστημα δεν επιδέχεται βελτιώσεις.

### 3.1 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το μοντέλο Beveridge εκπροσωπείται κυρίως από τη Μεγάλη Βρετανία και το μοντέλο Bismark από τη Γερμανία. Στο μοντέλο Beveridge μπορεί να ταξινομηθεί και η Ελλάδα (Θεοδώρου και Μητροσύλη, 1999), η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Δανία, η Φινλανδία, η Πορτογαλία και η Ιταλία. Στο μοντέλο Bismark μπορεί να ταξινομηθεί και το Βέλγιο, η Γερμανία, η Αυστρία, η Γαλλία, το Λουξεμβούργο και η Ολλανδία. Επισημαίνεται πως στην πραγματικότητα σε όλες τις χώρες τα συστήματα υγείας είναι σήμερα μικτά, αφού κανένα από τα περιγραφόμενα μοντέλα λειτουργεί αμιγώς.

Στην Αυστρία υπεύθυνες για τη νομοθεσία σχετικά με τα νοσοκομεία είναι οι ομοσπονδιακές αρχές της χώρας. Τις βασικές υπηρεσίες παρέχουν ιατροί, οι οποίοι διατηρούν συμβόλαια με ασφαλιστικούς οργανισμούς, ενώ ζητήματα που αφορούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξετάζονται από ένα εθνικό πρόγραμμα.

Στο Βέλγιο όπως και στην Ελλάδα, αρμόδιο για τα θέματα δημόσιας υγείας και κοινωνικής ασφάλισης είναι το αρμόδιο υπουργείο. Ωστόσο, τα περισσότερα νοσοκομεία στο Βέλγιο είναι ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (όπως το Ερρίκος Ντυνάν στην Ελλάδα), ενώ υπάρχουν και τα δημοτικά κέντρα παροχής κοινωνικής βοήθειας τα οποία ανήκουν στο Δημόσιο. Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες, καθώς και στην επιλογή ιατρού.

Επίσης, σε αντίθεση με την Ελλάδα, ο θεσμός του ιατρού κατ οίκον (νοσηλεία κατ οίκον) είναι ιδιαιτέρως διαδεδομένος, καθώς η βασική περίθαλψη παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς που παρέχουν τις υπηρεσίες του και στο σπίτι.

Η Γαλλία διαθέτει δημόσια νοσοκομεία σε όλα τα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, ενώ αρκετά αλλά μικρότερα σε μέγεθος είναι και τα ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία όμως αυξάνονται σταδιακά. Εν τούτοις, η χώρα στερείται εθνικού φορέα που να διασφαλίζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Αντιθέτως, στη Γερμανία πρωταγωνιστεί η ιδιωτική υγεία, καθώς λιγότερο από το 50% των κλινών ανήκει στο Δημόσιο, το οποίο όμως αποτελεί πηγή χρηματοδότησης των ιδιωτικών νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, το ύψος των νοσηλειών καθορίζεται από συμφωνία μεταξύ των νοσοκομείων και των αρμόδιων οργανισμών υγείας της χώρας.

Στη Δανία, το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο σε δύο επίπεδα: α) επαρχίας και β) περιφέρειας. Τις βασικές υπηρεσίες υγείας παρέχουν νοσοκομεία και κέντρα υγείας σε 16 διαφορετικές επαρχίες, ενώ 275 περιφέρειες συνολικά παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε τοπικό επίπεδο. Το αρμόδιο υπουργείο είναι ο κύριος φορέας υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η εκάστοτε κυβέρνηση ελέγχει το εθνικό συμβούλιο υγείας, το οποίο έχει συμβουλευτικό και εποπτικό ρόλο.

Η Αγγλία έχει από το 1948 Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) το οποίο παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην πλειοψηφία του πληθυσμού. Το σύστημα παροχής υγείας βασίζεται στους ανεξάρτητους ιατρούς γενικής ιατρικής (παθολόγοι) και στους συνεταιρισμούς παθολόγων, οι οποίοι διατηρούν σύμβαση με τις τοπικές αρχές πρόνοιας. Δαπάνες για τη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη πραγματοποιούνται κυρίως από τις τοπικές αρχές πρόνοιας, ενώ αξιόλογη παρουσία έχουν και οι εταιρείες γενικής ιατρικής, οι οποίες εκμεταλλεύονται κέντρα υγείας. Τα τελευταία χρόνια, η κυβέρνηση με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών εφαρμόζει μέτρα για την εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στον δημόσιο τομέα της υγείας.

Από το 1979 λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ιταλία και είναι οργανωμένο σε: α) εθνικό επίπεδο, β) σε επίπεδο περιφερειακών συμβουλίων, γ) σε επίπεδο

επαρχιακών συμβουλίων και δ) σε επίπεδο ορίων πόλης. Κάθε τρία χρόνια, το υπουργείο Υγείας συντάσσει τους στόχους και τις προτεραιότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενώ τα επαρχιακά συμβούλια είναι αρμόδια και υπεύθυνα για την οργάνωση και ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία περιθάλπουν τους ασφαλισμένους του Δημοσίου και βάσει νόμου αντιστοιχούν 5,5 κλίνες για κάθε 1.000 κατοίκους.

Στην Ολλανδία οι υπηρεσίες υγείας είναι επίσης οργανωμένες σε επίπεδα: το βασικό, το πρωτεύον και το δευτερεύον επίπεδο, τα νοσοκομεία της χώρας ανήκουν σε ενώσεις, οργανισμούς, δήμους και κοινότητες, ενώ όλα επιδοτούνται από το υπουργείο Υγείας. Αρκετά είναι και τα ιδιωτικά νοσοκομεία, τα οποία ανήκουν σε θρησκευτικές ενώσεις και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, ενώ τα πανεπιστημιακά ιδρύματα κατά καιρούς υλοποιούν επενδύσεις στον τομέα της υγείας.

Στη Σουηδία και τη Φινλανδία, βασικό ρόλο στην υγεία διαδραματίζουν οι δήμοι οι οποίοι συχνά διοικούν νοσοκομεία, κέντρα υγείας και άλλα ιδρύματα.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης και το είδος προμηθευτών στις χώρες της Ε.Ε

ΠΙΝ. 1 Πηγές χρηματοδότησης και είδος προμηθευτών στις χώρες της Ε.Ε.  
Πηγή: Ο.Ε.С. D., 1992.

Χώρα	Πηγές χρηματοδότησης	Είδος προμηθευτών
Ελλάδα	Κρατικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση	Κυρίως δημόσιου χαρακτήρα
Ολλανδία	Κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση	Κυρίως ιδιωτικού χαρακτήρα
Βέλγιο, Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Λουξεμβούργο	Κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση	Δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα
Ιρλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Μ. Βρετανία, Δανία, Φινλανδία, Πορτογαλία, Ιταλία	Κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό	Κυρίως δημόσιου χαρακτήρα



## **3.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

### **ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι πηγές χρηματοδότησης ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες έτσι έχουμε τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από:

α) τον ιδιωτικό τομέα

β) τον δημόσιο τομέα

γ) εξωτερική βοήθεια

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας βασίζεται στην εθελοντική ασφάλιση και την απευθείας πληρωμή και τα χρήματα αντλούνται από το εισόδημα των νοικοκυριών, τις εργοδοτικές παροχές, την ιδιωτική ασφάλιση και τις δωρεές ατόμων ή φιλανθρωπικών σωματείων.

Ο δημόσιος τομέας αντλεί χρήματα για την χρηματοδότηση του συστήματος από τον κρατικό προϋπολογισμό δηλ γενική και ειδική φορολογία και την υποχρεωτική καθολική ασφάλιση.

Η εξωτερική βοήθεια χρηματοδοτείται από κυβερνήσεις ανεπτυγμένων χώρων μέσω ειδικών υπηρεσιών βοήθειας που έχουν δημιουργήσει και από διεθνείς οργανισμούς όπως παγκόσμια οργάνωση υγείας ο διεθνής ερυθρός σταυρός τα ηνωμένα έθνη η παγκόσμια τράπεζα κ.α.

## **3.3 ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Υπάρχουν πέντε τρόποι αμοιβής των ιατρών

- Αμοιβή κατά πράξη
- Αμοιβή με μισθό
- Αμοιβή με βάση κατάλογο εγγεγραμμένων

- Ελεύθερη αγορά
- Οργανισμοί προστασίας της υγείας

Επίσης σε πολλές χώρες έχουμε ένα συνδυασμό των παραπάνω όπως τους οργανισμούς επιλεγμένων προμηθευτών (ΗΠΑ) Δίκτυα συντονισμένων φροντίδων (ΓΑΛΛΙΑ) Θεσμός του Γενικού Γιατρού στην Μεγάλη Βρετανία.

### **Αμοιβή κατά πράξη**

Η πληρωμή του ιατρού γίνεται είτε από τον ασθενή που κατόπιν μπορεί να εισπράξει μέρος η όλο το ποσό από τον ασφαλιστικό φορέα είτε απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα βάσει προσυμφωνημένων τιμολογίων η μέθοδος αυτή αυξάνει ποσοτικά και ποιοτικά την απόδοση του ιατρού αφού η αμοιβή είναι συνάρτηση της εργασίας του και δημιουργεί μια προσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς η οποία είναι σημαντική στην θεραπευτική διαδικασία ωστόσο τα αρνητικά στοιχεία της μεθόδου αυτής (α)μετατρέπει τους ιατρούς σε απειράριθμα και ανεξέλεγκτα «κέντρα κόστους», και (β) δημιουργεί κίνητρα προκλητής ζήτησης, αφού η αμοιβή των γιατρών συνδέεται με τον αριθμό των ιατρικών πράξεων.

### **Αμοιβή με πάγιο μισθό (πάγια αντιμισθία)**

Οι γιατροί αμείβονται με πάγια αντιμισθία, εργαζόμενοι με πλήρες ωράριο και εξαρτημένη σχέση εργασίας τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Στην περίπτωση αυτή οι γιατροί αποτελούν κατά κάποιο τρόπο «δημόσιοι υπάλληλοι», που ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα των υπηρεσιών που προσφέρουν, έχουν έναν σταθερό μισθό, εξασφαλίζοντας μια μονιμότητα στην αγορά εργασίας.

Κύριο πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι το προβλεπόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Οι εργοδότες είναι σε θέση να γνωρίζουν τις δαπάνες παροχής υγείας, εφόσον βέβαια έχουν εξασφαλίσει τη διαχειριστική αποδοτικότητα, δηλαδή την καλή εσωτερική οργάνωση τους, με στόχο την ισότιμη κατανομή παραγωγικών συντελεστών και δραστηριοτήτων, δηλαδή τη βέλτιστη παραγωγή. Ελαχιστοποιείται

η προκλητή ζήτηση, λόγω έλλειψης οικονομικού κινήτρου, που θα επέτρεπε στους γιατρούς, να υποβάλλουν τους ασθενείς σε υψηλότερου κόστους θεραπείες. Κύριο πλεονέκτημα για τους γιατρούς είναι ότι έχουν ένα καθορισμένο έργο και βάρος εργασίας καθώς και οικονομική ασφάλεια.

Η μη ελεύθερη όμως, επιλογή γιατρού και το χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενών οδηγεί στην αδυναμία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, γεγονός που μειώνει την ποιότητα των υπηρεσιών. Ο ρόλος του υπαλλήλου που αποκτά ο γιατρός, χωρίς να έχει οικονομικά κίνητρα παραγωγικότητας έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της απόδοσής του και τη στροφή του στην «ακριβή» συνταγογραφία, προκειμένου να αυξήσει το εισόδημά του. Ο χαμηλός μισθός δεν εξασφαλίζει τη δυνατότητα αύξησης των γνώσεων μέσω της έρευνας ή της μετεκπαίδευσης .

#### **Αμοιβή με βάση κατάλογο εγγεγραμμένων**

Οι γιατροί αμείβονται με βάση τον αριθμό των ασθενών που θα τον επιλέξουν. Πάντα υπάρχει ένα ανώτερο και ένα κατώτερο όριο για τον αριθμό των ατόμων που θα λάβουν τις υπηρεσίες του γιατρού. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να καλύπτει τη ζήτηση και η αμοιβή του δεν σχετίζεται άμεσα με το βάρος της εργασίας του. Στην περίπτωση αυτή, χρηματοδότες είναι δημόσιοι ή ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα καθώς και στην νοσοκομειακή περίθαλψη.

Οι χρηματοδότες και οι παραγωγοί γνωρίζουν από την αρχή τα οικονομικά στοιχεία των εξόδων ή των εσόδων τους. Η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών τους επιτρέπει να οργανώνουν τη δουλειά τους καλύτερα, επιλέγοντας τους συνεργάτες τους, το ωράριο και τις εγκαταστάσεις τους, με αποτέλεσμα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα ενισχύεται ιδιαίτερα η πρόληψη. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ελαχιστοποιείται, αφού οι γιατροί δεν επιδιώκουν την αύξηση της ζήτησης, μη έχοντας κίνητρα για αυτό. Οι ασθενείς επιλέγουν ελεύθερα το γιατρό που επιθυμούν εξασφαλίζοντας καλύτερες σχέσεις επικοινωνίας, ενώ μειώνεται η ασυμμετρία πληροφόρησης. Μειονέκτημα αποτελούν

οι συχνές παραπομπές ασθενών στα νοσοκομεία, προκειμένου να μειωθεί ο χρόνος εξέτασης των ασθενών.

### ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι οργανισμοί οι οποίοι καλύπτουν την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από ομάδες ιατρών που αμείβονται εκ των πρότερων με καθορισμένο ποσό ετησίως .

Τα μέλη που εγγράφονται έχουν την ευχέρεια επιλογής του πακέτου των υπηρεσιών του οποίου η χρήση είναι απεριόριστη

Τα πλεονεκτήματα αυτού του τρόπου αμοιβής είναι:

Συγκεντρώνοντας την ευθύνη της παροχής και της χρηματοδότησης επιτυγχάνουν τη μείωση του κόστους με τον έλεγχο στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών

Δίδοντας έμφαση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και αναπτύσσοντας ένα οργανωμένο πλαίσιο διασύνδεσης της με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη μειώνουν τον αριθμό των περιστατικών που παραπέμπονται στα νοσοκομεία.

Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγονται ότι:

Συνδέονται με την εμφάνιση φαινομένων αντιστροφής επιλογής με τον αποκλεισμό ομάδων με διαφορετικές πιθανότητες ασθένειας λόγω του κερδοσκοπικού προσανατολισμού των οργανισμών.

### ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ

ΟΙ Οργανισμοί επιλεγμένων προμηθευτών είναι φορείς οι οποίοι αποτελούν την εξελιγμένη μορφή των ΗΜΟ απέναντι στους οποίους λειτουργούν ανταγωνιστικά.

Συνιστούν κλειστά εταιρικά σχήματα στον πυρήνα των οποίων βρίσκονται ασφαλιστικές εταιρίες συμβεβλημένες με προμηθευτές υπηρεσιών υγείας(ιατρούς-νοσοκομεία).

Στα πλαίσια των συμβάσεων αυτών οι εταιρίες επιλέγουν τους συνεργάτες τους οι οποίοι στην περίπτωση αυτή αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση.

Τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή αυτής της μεθόδου είναι ότι

Οι ασθενείς δεν δεσμεύονται από τις επιλογές των ασφαλιστικών εταιριών μια και μπορούν να επιλέξουν από μια πληθώρα ιατρών και νοσοκομείων

Η δυνατότητα για διαπραγμάτευση των συμβολαίων και επιλογή της κατά πράξη χρηματοδότησης βοηθά στη συγκράτηση του κόστους και είναι ελκυστική για ευρύτερες συνεργασίες.

Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγονται ότι

Οι PPO δεν είναι παρά η έκφραση της επιθυμίας των ασφαλιστικών εταιριών να ανταγωνιστούν τους HMO και έτσι και σ αυτούς παρατηρούνται φαινόμενα αποκλεισμού ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

#### ΔΙΚΤΥΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ

Δημιουργήθηκαν στην ΓΑΛΛΙΑ και δεν είναι τίποτα άλλο από μια προσπάθεια μεταφοράς των HMOs στην εκεί αγορά υπηρεσιών υγείας

Το RSC είναι ένα δίκτυο ιατρικού νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού το οποίο προσφέρει εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στους ασφαλισμένους έναντι κατά κεφαλή ετήσιας αμοιβής

Τα RSCs λειτουργούν σε ένα περιβάλλον όπου τον καθοριστικό ρολό έχει η κοινωνική ασφάλιση. Οι ασφαλιστικοί φορείς είναι αυτοί που διαπραγματεύονται μέσω ειδικής επιτροπής με το RSC για το ύψος της εισφοράς και τελικά συμμετέχουν στην δαπάνη καλύπτοντας το 80% της εισφοράς

Η εισφορά καθορίζεται ανάλογα με την ομάδα κίνδυνου του ασφαλιζόμενου και όχι με το εύρος της δέσμης των παρεχόμενων υπηρεσιών όπως γίνεται στα HMOs

Τα RSCs αποσκοπούν στην προώθηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ταυτόχρονη μείωση του κόστους του τομέα υγείας.

## Ο ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αποτελεί παραδοσιακό το κύριο χαρακτηριστικό του βρετανικού συστήματος υγείας πέρα από το ότι τυγχάνει αξιοσημείωτης αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο αποτελεί και την αφετηρία λειτουργίας ολοκλήρου του συστήματος υγείας μια και ο τρόπος λειτουργίας του είναι ότι ο γενικός γιατρός είναι οργανωμένος σε γενικά ιατρεία συμπεριλαμβάνοντας στη λίστα του ένα αριθμό πολιτών οι οποίοι απευθύνονται σε αυτόν για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος υγείας αυτός με τη σειρά του εκτός από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει και την ευθύνη της μετέπειτα παραπομπής στα δημόσια νοσοκομεία για την όποια απαιτείται παραπεμπτικό ιατρικό σημείωμα.

Ο τρόπος αποζημίωσης των γενικών γιατρών είναι κατά κεφαλή με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του ενώ η παροχή των υπηρεσιών τους δεν επιβαρύνει τους ασθενείς όσο αφορά τη σχέση τους με την εθνική υπηρεσία υγείας αυτή δεν είναι υπαλληλική από την άποψη ότι η συνεργασία των ιατρών με τη NHS στηρίζεται σε συμβόλαια που αναθεωρούνται.

Τα συμπεράσματα που βγάζουμε από την εφαρμογή του γενικού γιατρού είναι θετικά τόσο στην πρακτική όσο και στην οικονομική του διάσταση όσο αφορά την οικονομική διάσταση υπάρχει μια σημαντική ορθολογικότητα στη διαχείριση των κονδυλίων την στιγμή που οι δείκτες υγείας εμφανίζονται ικανοποιητικοί ενώ ο ίδιος ο θεσμός δεν κρίνεται σε σύγκριση με άλλες χώρες ιδιαίτερα δαπανηρός.

### **3.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Υπάρχουν δυο βασικοί τρόποι αποζημίωσης των νοσοκομειακών μονάδων για τις υπηρεσίες που προσφέρουν η εκ των υστέρων χρηματοδότηση και η εκ των προτέρων χρηματοδότηση.

#### **3.4.1 Η ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ**

Με αυτό το σύστημα το νοσοκομείο αποζημιώνεται με την εκ των υστερών καταβολή των νοσηλείων από τον ασφαλιστικό οργανισμό που καλύπτει τον ασθενή . Η αποζημίωση αυτή γίνεται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο.

Υπάρχουν τρεις τύποι ημερήσιου νοσηλίου ανάλογα με τον τρόπο υπολογισμού του.

Κλειστό νοσήλιο

Ανοικτό νοσήλιο

Ευλύγιστο νοσήλιο

#### **ΚΛΕΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ**

Το κλειστό νοσήλιο διαμορφώνεται μετά από συμφωνία μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων και των ασφαλιστικών οργανισμών. Αφορά ένα πάγιο ποσό που καταβάλλεται για κάθε μέρα νοσηλείας ανεξάρτητα από το είδος και την ποσότητα των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν από τη νοσηλευτική μονάδα στον ασθενή μέσα στην ημέρα αυτή.

Το μέτρο αυτό έχει πολλά αρνητικά όπως διότι υπάρχει μεγάλη απόκλιση μεταξύ του πραγματικού κόστους νοσηλείας και του κλειστού νοσηλίου το οποίο δεν είναι προϊόν υπολογισμού του κόστους αλλά διοικητικής απόφασης της κυβέρνησης που λειτουργεί ταυτόχρονα ως εκπρόσωπος των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων.

Η απόκλιση αυτή είναι τόσο μεγάλη ώστε το 1990 το ημερήσιο νοσήλιο που οι ασφαλιστικοί οργανισμοί πλήρωναν στα νοσοκομεία έφτανε μόλις του πραγματικού κόστους ημερήσιας νοσηλείας (Κοντούλη-Γείτονα 1992).

Το σύστημα του κλειστού νοσηλίου εφαρμόζεται ακόμα στη χώρα μας με αποτέλεσμα την υπερχρέωση όλων των νοσοκομείων σε σημείο οικονομικής παραλυσίας.

### ΑΝΟΙΚΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Είναι ο διαχωρισμός του κόστους νοσηλείας σε δυο. Το σταθερό κόστος που περιλαμβάνει τις ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή και δεύτερον το μεταβλητό κόστος που ισούται με την τιμή της κάθε ιατρικής πράξης εξέτασης επέμβασης και θεραπείας πολλαπλασιασμένο με τον αριθμό πράξεων που επεβλήθη ο ασθενής κατά τη διάρκεια της παραμονής του.

### ΕΥΛΥΓΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Αποτελεί παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου ένα μέρος είναι δεδομένο και σταθερό ενώ το κόστος μεταβάλλεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των περιπτώσεων την ιατρική ομάδα και διαγνωστική ομάδα και στηρίζεται στη λογική άλλη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οι διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες.

Συμπερασματικά το σύστημα της εκ των υστερών χρηματοδότησης με βάση το ημερήσιο νοσήλιο είναι αρκετά δαπανηρό γιατί μέσω του κλειστού νοσηλίου δημιουργεί κίνητρα πρόκλητης ζήτησης μέσω της αύξησης της μέσης διάρκειας νοσηλείας αφού το νοσοκομείο πληρώνεται βάση των ημερών που νοσηλεύτηκε ο ασθενής επίσης με το ανοικτό νοσήλιο έχουμε αύξηση των διαγνωστικών εξετάσεων.

Το σύστημα αυτό έχει εγκαταλειφθεί από όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας τόσο λόγω των πληθωριστικών πιέσεων που ασκεί στον τομέα της υγείας όσο και από την εγγενή αδυναμία προϋπολογισμού των δαπανών και σχεδιασμό



του συστήματος υγείας τη θέση του έχει λάβει η εκ των προτέρων χρηματοδότηση.

### **3.4.2 Η ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ**

Η αρχή της εκ των προτέρων χρηματοδότησης είναι η λειτουργία των νοσοκομείων μέσα σε ένα προκαθορισμένο τιμολόγιο ο προϋπολογισμός των εξόδων μπορεί να γίνεται με βάση τον ατομικό φάκελο ασθενή το σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ή τη συνήθη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Η τήρηση του προϋπολογισμού είναι απαραίτητη προϋπόθεση αλλά η αυστηρότητα διαφέρει από χώρα σε χώρα και εξαρτάται και από τη συγκεκριμένη μέθοδο προϋπολογισμού.

Ο υπολογισμός γίνεται με διάφορους τρόπους όπως ο σφαιρικός προϋπολογισμός το σύστημα αυτό χρησιμοποιείται ο όγκος των εργασιών παρελθόντων ετών για να υπολογιστεί η χρηματοδότηση του επόμενου έτους

Άλλη μέθοδος είναι η διαγνωστικά συσχετισμένες ομάδες είναι ο υπολογισμός ενός μέσου κόστους κατά ασθένεια και η αποζημίωση γίνεται βάση της διάγνωσης κατά ασθενή.

#### **Ο ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ**

Ο Σφαιρικός προϋπολογισμός είναι ένα εξελιγμένο σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα από τους ενδιαμέσους φορείς χρησιμοποιώντας ως βάση τη δραστηριότητα του νοσοκομείου κατά τα προηγούμενα χρόνια.

Ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης χρησιμοποιείται στη Γαλλία από το 1983

Ο υπολογισμός της χρηματοδότησης γίνεται χρησιμοποιώντας ως βάση το ιστορικό του νοσοκομείου κάνοντας εκτίμηση του έργου που πρόκειται να παραχθεί την επόμενη χρονιά.

Αυτό γίνεται με τον καθορισμό τιμών για κάθε περίπτωση νοσηλείας, την αναμενόμενη διάρθρωση –σύνθεση των ασθενειών, τον υπολογισμό του αναμενόμενου όγκου εργασίας.

Ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης εφαρμόζεται επιτυχημένα εκτός από τη Γαλλία στην Βρετανία και αποκαλείται διαχείριση πόρων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα εφαρμόζει το κλειστό νοσήλιο αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερχρέωση των ασφαλιστικών ταμείων αφού οδηγεί σε πληθωριστικές τάσεις λόγω του ότι τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας.

### 3.5 ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα παρότι έγιναν μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ από το 1983 ως σήμερα δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα

Τα σημαντικότερα νομοσχέδια για τη αναβάθμιση του ΕΣΥ περιλαμβάνονται παρακάτω αλλά δεν ήταν τα αναμενόμενα διότι έχουμε το ελληνικό παράδοξο γιατί ενώ έχουμε πλήρη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού μέσω της κοινωνικής ασφάλισης το υγειονομικό μας σύστημα είναι από τα πλέον ιδιωτικοποιημένα μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών αυτό μπορεί να οφείλεται και στις αλλαγές της πολιτικής υγείας.

Πρώτα ας δούμε το ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται στους οργανισμούς υγείας

Το προσωπικό στους οργανισμούς υγείας αποτελείται από

Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Βιοχημικούς βιολόγους και τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων κ.α.

Ειδικούς της πληροφορικής και χειρίστες υπολογιστών διοικητικό προσωπικό (νομικούς, οικονομολόγους, στατιστικούς κ.ά.)

διοικητικό προσωπικό (νομικούς, οικονομολόγους, στατιστικούς κ.ά.)

τεχνικό προσωπικό (πολιτικούς μηχανικούς, αρχιτέκτονες, ηλεκτρολόγους κ.ά.)

προσωπικό ξενοδοχειακής υποστήριξης (βοηθούς θαλάμων, τραυματιοφορείς κ.ά.)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού, σχετίζονται άμεσα με το δημόσιο ή ιδιωτικό καθεστώς του νοσοκομείου και είναι (Δικαίος και Χλέτσος, 1999):

- ο βαθμός κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Προφανώς, τα δημόσια νοσοκομεία και τα συνδεδεμένα κέντρα υγείας καλύπτουν μεγάλο μέρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε αντίθεση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία
- η επείγουσα ιατρική (τα δημόσια νοσοκομεία καλύπτουν γενικές εφημερίες, όχι όμως και τα ιδιωτικά)

- ο εκπαιδευτικός ρόλος των νοσοκομείων (τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν προπτυχιακή εκπαίδευση για τους φοιτητές της ιατρικής και τους νοσηλευτές και μεταπτυχιακή για την απόκτηση ειδικότητας, όχι όμως και τα ιδιωτικά νοσοκομεία)
- οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας (τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν ειδικά εργαστήρια και πλήρεις μονάδες εντατικής θεραπείας, υπηρεσίες που δεν καλύπτει ο ιδιωτικός τομέας)
- η συχνότητα των επειγόντων και βαρέων περιστατικών, η οποία είναι πολύ μεγαλύτερη στα δημόσια νοσοκομεία
- η σχέση εργασίας (στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί είναι μόνιμοι, ενώ στα ιδιωτικά είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι)
- ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών των νοσοκομείων (η διάρθρωση των υπηρεσιών των ιδιωτικών νοσοκομείων έχει μικρότερη έκταση από αυτή των δημόσιων νοσοκομείων).

Η πρώτη σοβαρή μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ξεκίνησε το 1983 με το Ν.1397/1983

Ο Νομός αυτός αποτελεί την κορύφωση της προσπάθειας για την δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα που ξεκίνησε με την έκθεση για την υγεία του ΚΕΠΕ (center for planning and economic research 1976) και συνεχίστηκε με το νομοσχέδιο Δοξιάδη με σκοπό την ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Ιδεολογικό πυρήνας της μεταρρύθμισης του 1983 αποτέλεσε η αρχή ότι η «υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους». Στα πλαίσια αυτά την ευθύνη για τη χρηματοδότηση του συστήματος ανέλαβε το κράτος με απώτερο στόχο την αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας στο 4,5%-5% του ΑΕΠ και αντίστοιχη μείωση των ιδιωτικών δαπανών (ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2000)

Με τον νόμο αυτό τα κυριότερα μέτρα πολιτικής ήταν

- Σύσταση υγειονομικών περιφερειών
- Σύσταση ΠΕΣΥ

- Μετατροπή νοσοκομείων σε ΝΠΔΔ απαγόρευση ίδρυσης και επέκτασης ιδιωτικών κλινικών
- Διάκριση νοσοκομείων σε νοσοκομειακά και περιφερειακά
- Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση νοσοκομειακού γιατρού
- Ίδρυση αστικών και αγροτικών κέντρων υγείας
- Καθιέρωση εθνικού συνταγολογίου
- Καθιέρωση ενιαίας λίστας φαρμάκων
- Ένταξη των πολυιατρειών του ΙΚΑ στο εθνικό σύστημα υγείας

Στη συνέχεια έχουμε τη μεταρρύθμιση του 1992 ταυτόχρονα με την αλλαγή κυβέρνησης που έγινε το 1990 έχουμε αλλαγές στην δημόσια υγεία οι βασικότερες διατάξεις του νομοσχεδίου ήταν

- Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας
- Υπαγωγή κέντρων υγείας στις νομαρχίες
- Δυνατότητα επιλογής γιατρών ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής
- Αποκέντρωση ιδιωτικού τομέα και δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών
- Ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσηλευτηρίου από τους πολίτες
- Δυνατότητα σύμβασης ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών νοσοκομείων και διαγνωστικών κέντρων

Η αλλαγή κυβέρνησης το 1993 οδηγεί στην έκδοση του Ν.2194/1994 για την αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις ο οποίος απέβλεπε στην αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ και επανέφερε σε ισχύ διατάξεις του Ν.1397/1983 σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των ιατρών καταργώντας τη δυνατότητα μερικής απασχόλησης και τα κέντρα υγείας μετατρέποντας τα εκ νέου σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων.

Το 1997 εκδίδεται ο Ν.2519/1997 για την ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ ο οποίος θέτει τις εξής διατάξεις

- παροχή ίσων ευκαιριών στους πολίτες για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- θέσπιση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των πολιτών στην υγεία
- σύσταση ή διατήρηση γνωμοδοτικών συλλογικών οργάνων, θεσμών διδασκαλίας, έρευνας, πρόληψης και ελέγχου στην υγεία
- ισόρροπη ανάπτυξη όλων των βαθμίδων φροντίδας και περίθαλψης με τη δημιουργία υπηρεσιών και οργάνων στην περιφέρεια
  - αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο ύπαιθρο
  - σύσταση δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αστικών και ημιαστικών περιοχών, εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού
  - εκσυγχρονισμός της δευτεροβάθμιας περίθαλψης με την εισαγωγή του θεσμού του manager
- εξασφάλιση μετανοσοκομειακής φροντίδας, μονάδων αποθεραπείας και αποκατάστασης
- αναδιοργάνωση της δημόσιας και σχολικής υγείας
- συντονισμός Ε.Σ.Υ. και ασφαλιστικών οργανισμών με στη σύσταση Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ.)
- καθορισμός των πηγών χρηματοδότησης
- καθιέρωση συνταγολογίου και ελέγχου των φαρμάκων
- νόμοι προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών

Το 2001 έχουμε το Ν.2889/2001 για τη βελτίωση και εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ ο οποίος προβλέπει

Τη μετατροπή νοσοκομείων του ΕΣΥ από ΝΠΔΔ σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕΣΥ(ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ)

Τη σύσταση επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας

Την εφαρμογή απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία

Την εισαγωγή μάνατζερ στα νοσοκομεία

Το 2005 έχουμε τον νόμο 3329/2005 ο οποίος

Καταργεί τα ΠΕΣΥΠΙ και τα αντικαθιστά με τις ΔΥΠΕ (ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ)

Επαναφέρει τα νοσοκομεία στο καθεστώς των ΝΠΔΔ με συγκρότηση διοικητικών συμβουλίων

Τα Αποτελέσματα των Μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα 28χρονα μετά την ψήφιση του Ν.1397 εμπίπτει στην κατηγορία των μεικτών μοντέλων στο βαθμό που συνυπάρχει το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης με παράλληλη λειτουργία του ιδιωτικού μοντέλου. Όπως παρατηρούμε σε παρακάτω κομμάτι της εργασίας από τον πίνακα 2 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αντιστοιχούν στο 39,7% επί των συνολικών δαπανών υγείας επίσης το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από πληθωρισμό ιατρών ύπαρξη γεωγραφικών ανισοτήτων στην κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού επίσης έλλειψη ύπαρξης μηχανισμού ελέγχου στην υγεία οδήγησε σε φαινόμενα παραοικονομίας και σε συνεχή υποβάθμιση του δημοσίου τομέα

Οι απόπειρες δε για τον εντοπισμό των αιτιών των παραπάνω –όχι κατ’ ανάγκη με την έννοια της απόδοσης ευθυνών– οδηγούν σε μια πρωτόγνωρη «αλυσίδα δικαιολογιών», τις οποίες συναντά κανείς σε όλα τα επίπεδα ευθύνης του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας, και όχι μόνο.

Συγκεκριμένα:

- Συχνά, οι κυβερνήσεις επικαλούνται τις «καταστροφικές επιλογές των προηγούμενων κυβερνήσεων». Ανεξάρτητα από την επιβεβαίωση ή διάψευση του παραπάνω, είναι ενδεικτικό ότι στην υγειονομική ιστορία της χώρας σχεδόν ποτέ μία κυβέρνηση δεν συνέχισε το έργο της προηγούμενης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η περίπτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την επιμονή της μη εφαρμογής του υφιστάμενου από το 2004 θεσμικού πλαισίου (Ν. 3235).
- Σχεδόν πάντα, ο υπουργός υγείας –ορθώς– επικαλείται τους «περιορισμένους οικονομικούς πόρους» που του διατίθενται, οι οποίοι με τη σειρά τους περιορίζουν και τις διαθέσιμες επιλογές της πολιτικής υγείας.

- Η απάντηση που, εύλογα, λαμβάνει από τον ομόλογό του, υπεύθυνο για τα οικονομικά, περιλαμβάνει επίκληση των «δυσμενών οικονομικών συνθηκών» που δεν επιτρέπουν υπερβάσεις στους προϋπολογισμούς.
- Οι διοικήσεις των νοσοκομείων επισημαίνουν τα ελλείμματα των μονάδων τους και επικαλούνται τους περιορισμένους πόρους, τους οποίους κυρίως αποδίδουν στην «καθυστέρηση των πληρωμών των νοσηλίων από τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και στην μικρή θεσμοθετημένη αποζημίωση σε σύγκριση με το πραγματικό κόστος λειτουργίας».
- Οι διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων επικαλούνται τα ελλείμματα που προκαλούνται στους οργανισμούς τους λόγω της εισφοροδιαφυγής και της «ελλιπούς κρατικής χρηματοδότησης».
- Ο υπουργός κοινωνικής ασφάλισης παραπέμπει στον κρατικό προϋπολογισμό ο οποίος βέβαια συντάσσεται με τους περιορισμούς που αναφέρονται παραπάνω.
- Οι προμηθευτές υγειονομικών υλικών συχνά υπερτιμολογούν τα είδη με τα οποία προμηθεύουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ επικαλούμενοι την καθυστέρηση στην εξόφληση των τιμολογίων τους.
- Οι διοικήσεις των νοσοκομείων απαντούν και σε αυτό επικαλούμενοι το πρόβλημα ρευστότητας το οποίο οφείλεται στην «καθυστέρηση στην πληρωμή των νοσηλίων από τα ασφαλιστικά ταμεία».
- Οι ιατροί συχνά λαμβάνουν από τους πολίτες –και όχι μόνο– αμοιβές πέραν των νομίμων, επικαλούμενοι το ύψος των μισθών το οποίο όντως δεν ανταποκρίνεται στην επένδυση σε γνώση, στο έργο που παρέχουν και στην ευθύνη που αυτό εμπεριέχει.
- Οι πολίτες συχνά –και όχι μόνο– καταβάλλουν αυτές τις πρόσθετες αμοιβές επικαλούμενοι την (δυστυχώς πολλές φορές επιβεβαιωμένη) άποψη ότι «αν δεν δώσεις κάτι παραπάνω δεν γίνεσαι καλά».
- Οι επαγγελματίες υγείας επικαλούνται τα σοβαρά προβλήματα στελέχωσης τα οποία πράγματι δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για σωστή άσκηση των καθηκόντων τους.
- Ο υπουργός υγείας απαντά στο πρόβλημα της στελέχωσης των μονάδων υγείας, παραπέμποντας, για μία ακόμα φορά, στους «περιορισμένους πόρους» αλλά και στις «αργές διαδικασίες επιλογής προσωπικού».
- Οι ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας προβαίνουν συχνά σε προκλητή ζήτηση υπηρεσιών, επικαλούμενοι τις «παγωμένες αμοιβές που διέπουν τις συμβάσεις με τα



ασφαλιστικά ταμεία» οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις παραμένουν σταθερές για πάνω από 15 χρόνια!

· Η κεντρική διοίκηση κρατά παγωμένες τις τιμές αυτές επικαλούμενη την «αδυναμία ελέγχου της προκλητής –και όχι μόνο αυτής– ζήτησης»!

Κυριάκου Σουλιώτη, Δρ. Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Το ισχύον, από το 1988, ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο των 187,82 ευρώ δεν καλύπτει σήμερα το κόστος των παρεχομένων φαρμάκων, αναλώσιμων υλικών, τροφίμων, απόσβεσης ξενοδοχειακού εξοπλισμού και συντήρησης συσκευών – οργάνων και μηχανημάτων, και εργατωρών απασχολούμενου προσωπικού.

**Προτείνεται: Ανακοστολόγηση του κλειστού νοσηλίου.**

- Η αμοιβή των διενεργούμενων ιατρικών και εργαστηριακών πράξεων σε νοσηλεύμενους και εξωτερικούς ασθενείς, που έχει καθοριστεί με το Π.Δ. 157/1991, δεν καλύπτει σήμερα το κόστος των χρησιμοποιούμενων ανά πράξη αναλώσιμων υλικών, απόσβεσης και συντήρησης συσκευών – οργάνων και μηχανημάτων, και εργατωρών απασχολούμενου προσωπικού.

**Προτείνεται: Ανακοστολόγηση των πράξεων.**

- Πέραν των κοστολογημένων εργαστηριακών πράξεων με το Π.Δ. 157/1991, όπως ισχύει σήμερα, διενεργούνται πολλές άλλες πράξεις, οι οποίες δεν έχουν κοστολογηθεί και δεν αναγνωρίζεται η διενέργειά τους από τα ασφαλιστικά ταμεία, ή αποδίδονται από τα ασφαλιστικά ταμεία ποσά τα οποία δεν καλύπτουν το κόστος των χρησιμοποιούμενων ανά πράξη αναλώσιμων υλικών, απόσβεσης και συντήρησης συσκευών – οργάνων και μηχανημάτων, και εργατωρών απασχολούμενου προσωπικού.

**Προτείνεται: Κοστολόγηση και αναγνώριση – διενέργεια των πράξεων.**

- Κάποιες απαιτούμενες επεμβάσεις σε νοσηλεύμενους ασθενείς δεν αναγνωρίζονται από τις υγειονομικές επιτροπές του ΙΚΑ ή αναγνωρίζεται μέρος των χρησιμοποιούμενων υλικών και του κόστους αυτών (μοσχεύματα, ορθοπεδικά, ορθοπλαστικά είδη, φακοί επεμβάσεων καταρράκτη, μοσχεύματα ανθρώπινου ιστού μεταμοσχεύσεων κερατοειδούς κ.τ.λ.).

Προτείνεται: **Κοστολόγηση όλων των επεμβάσεων και υποχρεωτική αναγνώριση από τους ασφαλιστικούς φορείς, εφόσον υπάρχει γνωμάτευση θεράποντα γιατρού ή και γνωμάτευση επιστημονικής επιτροπής νοσοκομείου.**

- Το καταβαλλόμενο από τους εξωτερικούς ασθενείς αντίτιμο των 3 ευρώ ανά εξέταση δεν καλύπτει το κόστος των εργατοωρών του απασχολούμενου προσωπικού.

Προτείνεται: **Ανακοστολόγηση του αντιτίμου και αναγνώριση του κόστους από τους ασφαλιστικούς φορείς.**

- Το νοσήλιο των απόρων, των ανασφάλιστων, των αλλοδαπών και γενικότερα των μη έχοντων την οικονομική ευχέρεια της καταβολής του, δεν αναπληρώνεται στο σύνολό του από τις επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Προτείνεται: **Απόδοση από το υπουργείο των νοσηλίων.**

- Κάθε νοσοκομείο διενεργεί, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, διαγωνισμούς για την προμήθεια των αναγκαίων κοινών αναλώσιμων υλικών (επιδερμικά υλικά, φαρμακευτικά υγρά και αέρια κ.λ.π.), ενώ αν διενεργείτο ένας διαγωνισμός από μία κεντρική υπηρεσία για τις συνολικές ανάγκες όλων των νοσοκομείων, θα επιτυγχάνονταν καλύτερες τιμές και τελικά μείωση δαπανών.

Προτείνεται: **Διενέργεια κοινών, συγκεντρωτικών διαγωνισμών για όλα τα νοσοκομεία της χώρας, δεδομένου ότι αυτά τα είδη έχουν κοινά για όλους χαρακτηριστικά, με ανάδειξη χορηγητών-προμηθευτών των ποσοτήτων που έχουν ενταχθεί στο Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών κάθε φορέα.**

- Η μη υλοποίηση της αναλυτικής λογιστικής και η έλλειψη προσωπικού έχει ως αποτέλεσμα τη μη παρακολούθηση των παραλαμβανομένων και των χορηγουμένων ανά ασθενή φαρμακευτικών υλικών, αναλώσιμων υλικών και λοιπών υλικών, τα οποία περιλαμβάνονται στο ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο.

Προτείνεται: **Υλοποίηση αναλυτικής λογιστικής σε όλα τα τμήματα των νοσοκομείων.**

- Η μη έγκαιρη εξόφληση των προμηθευτών έχει επιβαρύνει το κόστος προμήθειας των ειδών, με ανάλογη επαύξηση της προσφερόμενης τιμής στους διαγωνισμούς.

Προτείνεται: **Εξόφληση των προμηθευτών εντός 60 ημερών το μέγιστο από την έκδοση του τιμολογίου.**

- Η εκμετάλλευση των κυλικίων των δημόσιων νοσοκομείων από «ανάπηρους πολέμου», οι οποίοι όμως τα επινοικιάζουν σε «τρίτους» που θησαυρίζουν είναι

εντελώς παράλογη πρακτική. Είναι αδιανόητο, με τις σημερινές τεράστιες οικονομικές ανάγκες των νοσοκομείων, να χάνονται ανυπολόγιστα χρηματικά ποσά για κομματικές εξυπηρετήσεις.

**Προτείνεται: Άμεση αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου και παραχώρηση εκμετάλλευσης των κυλικείων από τα νοσοκομεία.**

- Η μη ύπαρξη κοινών τεχνικών προδιαγραφών για ανάδειξη μειοδότη στους διαγωνισμούς για «Συνεργείο Καθαριότητας» για όλα τα νοσοκομεία και η μη αυστηρή τήρηση της Ενιαίας Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας του κλάδου των εργαζομένων στην καθαριότητα, δημιουργούν τεράστια προβλήματα στους διενεργούμενους σχετικούς διαγωνισμούς στα δημόσια νοσοκομεία.

**Προτείνεται: Άμεση σύνταξη από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) κοινών τεχνικών προδιαγραφών (αυστηρώς προσαρμοσμένων για καθαριότητα νοσοκομείων προς αποφυγήν ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων) και αυστηρή τήρηση της Ενιαίας Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας του κλάδου των εργαζομένων στο χώρο της καθαριότητας (Αυγερινου,Α Η Οικονομική Πολιτική στα Δημόσια Νοσοκομεία Πηγή: «Το Παρόν της Κυριακής», Κυριακή 25 Ιουλίου 2010**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

«Η ιδιωτική δαπάνη υγείας υποδηλώνει το βαθμό κατά τον οποίο οι καταναλωτικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται από το (δημόσιο) σύστημα υγείας. Έτσι, η έκταση και η ποιότητα των παρεχομένων (δημόσιων) υπηρεσιών επηρεάζουν την πιθανότητα κατανάλωσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με σχέση αντιστρόφως ανάλογη: όσο πληρέστερο και ικανοποιητικότερο είναι το δίκτυο των υπηρεσιών υγείας που παρέχει ένας ασφαλιστικός φορέας τόσο σπανιότερη θα είναι η χρήση υπηρεσιών εκτός των παρεχομένων» (Ματσαγγάνης Μ., & Μητράκος, Θ., 1998).

Στην Ελλάδα υπάρχει αυξημένη παραοικονομία στο δημόσιο σύστημα υγείας με αποτέλεσμα οι πολίτες να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Η συνολική παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα είναι 1793,3 εκατ. ευρώ το οποίο αντιστοιχεί στο 26 – 29% των πληρωμών των χρηστών και στο 12% - 13,5% της συνολικής δαπάνης υγείας. Από το παραπάνω ποσό 194,5 εκατ. ευρώ αποτελεί το «φακελάκι» δηλ. 11% της συνολικής παραοικονομίας του υγειονομικού τομέα, ενώ 1598,8 εκατ. ευρώ είναι σε πληρωμές για αμοιβές χωρίς απόδειξη στον ιδιωτικό τομέα. Συνεπώς, πολύ σημαντικότερη από το «φακελάκι» είναι η καταβολή αμοιβών χωρίς απόδειξη. Τα διαφυγόντα φορολογικά έσοδα για το κράτος είναι 628 εκατ. ευρώ (με φορολογικό συντελεστή 35%) (Σίσκου, 2006).

**Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας:** η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν θεωρείται δίκαιη μορφή χρηματοδότησης καθώς δεν υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ των ασφαλιστρών και του ύψους των αποδοχών. Επίσης, επειδή τα ιδιωτικά ασφάλιστρα συσχετίζονται με τον κίνδυνο, υπάρχει αρνητική συσχέτιση με το εισόδημα, από τη στιγμή που τα φτωχότερα εισοδηματικά στρώματα εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας σε σχέση με τα μεσαία και τα υψηλά εισοδηματικά στρώματα. Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να είναι δίκαιη στην περίπτωση που χρησιμοποιείται για αγορά συμπληρωματικής κάλυψης, ή όταν υπάρχει περιορισμένη δημόσια κάλυψη και αυτό υπό προϋποθέσεις, καθώς στην περίπτωση της συμπληρωματικής ασφάλισης μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη δύο επιπέδων παροχών το οποίο υπονομεύει την έννοια της δικαιοσύνης (Liaropoulos, L., & Tragakes E., 1998:166).

Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα εμφανίζει ανοδικές τάσεις από τα μέσα της δεκαετίας του '80. Το μερίδιο των ιδιωτικών ασφαλιστρών υγείας στη συνολική

ιδιωτική ασφάλεια ζωής έχει αυξηθεί από 10% στα μέσα της δεκαετίας του '80 σε πάνω από 25% το 1993 (Liagoroulos, L., 1995:53-62).

Η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των δημόσιων υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις χρονοβόρες λίστες αναμονής οδήγησαν στην αύξηση της ζήτησης για την ιδιωτική ασφάλιση. Στην περίπτωση της Ελλάδας η αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας φαίνεται πως μάλλον σχετίζεται περισσότερο με τη μεγάλη δυσαρέσκεια για την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, καθώς η κυβερνητική πολιτική δεν εστίασε στη συγκράτηση του κόστους του δημόσιου συστήματος (Liagoroulos, L., & Tragakes E., 1998:167).

Επίσης, στην Ελλάδα η ιδιωτική ασφάλιση υγείας χρησιμοποιείται για να καλυφθούν εισοδηματικές απώλειες μετά από την εισαγωγή σε νοσοκομείο ή ατύχημα (περίπου 42% των συνολικών αξιώσεων), για υπηρεσίες εξωνοσοκομειακών παροχών (περίπου 30% των αξιώσεων), και νοσοκομειακών υπηρεσιών (26% των αξιώσεων), ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι επιλέγεται συνήθως από τα πιο πλούσια εισοδηματικά στρώματα κάτι που συμβάλλει περαιτέρω στην αδικία του συστήματος, καθώς αυτά τα στρώματα έχουν πρόσβαση και σε όλες τις υπηρεσίες του ΕΣΥ (Liagoroulos, L., 1995: 53-62).

**Ο ιδιωτικός τομέας υγείας:** οι εξελίξεις στον ιδιωτικό τομέα της υγείας από την εφαρμογή του ΕΣΥ ήταν μια από τις μεγάλες αποτυχίες της μεταρρύθμισης υγείας.

Αντί της βαθμιαίας διάλυσής του ο ιδιωτικός τομέας της υγείας γνώρισε μια «απροσδόκητη» αύξηση, παρά το γεγονός ότι η απαγόρευση της ίδρυσης των νέων ιδιωτικών νοσοκομείων και της επέκτασης των ήδη υπάρχοντων εφαρμόστηκε σε σημαντική έκταση. Με το ν.2071/1992 επιτράπηκε η ίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων, ωστόσο οι αυστηροί κατασκευαστικοί κανονισμοί και οι ανάγκες σε εργατικό δυναμικό αποθάρρυναν την κατασκευή μικρών ή μεσαίων μονάδων και οι εξελίξεις στον ιδιωτικό τομέα της υγείας από την εφαρμογή του ΕΣΥ ήταν μια από τις μεγάλες αποτυχίες της μεταρρύθμισης υγείας.

Οι εξελίξεις που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, είναι μάλλον εγγενείς, δεδομένου ότι δεν αποτελούν κυρίως αποτέλεσμα της ευρωπαϊκής τάσης των τελευταίων 10 ετών προς την ιδιωτικοποίηση, αλλά και επειδή ο δημόσιος τομέας παρέχει ανεπαρκείς και κακής ποιότητας υπηρεσίες, ενώ συνδυάζεται με την αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος και την αλλαγή στις καταναλωτικές συνήθειες (Σουλιώτης, Κ., 2002)

Ο ιδιωτικός τομέας παροχών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει άνοδο στην πρόσφορα υπηρεσιών υγείας όπως παρατηρούμε από τον πίνακα 2 η Ελλάδα είναι 2<sup>η</sup> με 39,7% σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε και χαρακτηρίζεται ως το ελληνικό παράδοξο δεδομένης της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είναι οξύμωρο ότι το υγειονομικό μας σύστημα είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Οι δαπάνες αυτές αφορούν στην πλειοψηφία τους άτυπες πληρωμές όπως προκύπτει από έρευνα που δημιούργησε η Κάπα Research στις 9-5-2010 για λογαριασμό της εφημερίδας ελευθεροτυπία προκύπτει ότι το 20% κατέβαλε χρήματα σε δημόσια νοσοκομεία για να αποκτήσει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και να μειώσει το χρόνο αναμονής καθώς και να τύχει καλύτερης αντιμετώπισης το ποσοστό που δεν έλαβε απόδειξη για χρήση υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο νοσοκομείο είναι 24,3% το 45,9% κατέβαλλαν το ποσό μετά τη χρήση αφού τους ζητήθηκε το 40,50 πριν την χρήση των υπηρεσιών υγείας αφού τους ζητήθηκε και το 13,6% χωρίς να τους ζητηθούν επειδή το θεώρησαν αναγκαίο να εκφράσουν με αυτό τον τρόπο την ευγνωμοσύνη τους στον ιατρό.

Σημαντικοί λόγοι για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα της υγείας είναι:

**Η οικονομική ανάπτυξη:** ενώ παραδοσιακά το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ελλάδας βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση με αποτέλεσμα να προσεγγίσει το 75% του ευρωπαϊκού μέσου όρου το 2004. Το γεγονός αυτό έχει ενισχύσει την αγοραστική ικανότητα των ελληνικών νοικοκυριών με αποτέλεσμα να αναζητούν ευκολότερα τις υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα και να αποφεύγουν οποιεσδήποτε καθυστερήσεις που οφείλονται στις λίστες αναμονής, καθώς δόθηκε έμφαση στην αύξηση του ατομικού εισοδήματος και του εισοδήματος των νοικοκυριών και όχι στην αναπτυξιακή λογική του κράτους πρόνοιας. Η δαπάνη για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας πραγματοποιούνται κυρίως μέσω των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών και λιγότερο μέσω της συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης (Tountas Y, Karnaki P, Pavi E., Souliotis, K., 2005:173).

**Η δυσαρέσκεια:** ένας άλλος βασικός λόγος για την αύξηση του ιδιωτικού τομέα της υγείας είναι η μικρή ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας σχετικά με τη χαμηλή ποιότητα των ξενοδοχειακών

υπηρεσιών, την καθαριότητα και τις μεγάλες λίστες αναμονής για ορισμένες ειδικότητες. Η κατάσταση επιδεινώνεται από την έλλειψη μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων, με αποτέλεσμα την έλλειψη ειδικευμένων νοσοκομείων ή τμημάτων νοσοκομείων στην περιφέρεια. Χαρακτηριστικά, μόνο 7 από τις 13 περιοχές της χώρας έχουν δημόσια γενικά νοσοκομεία που προσφέρουν ολόκληρη τη σειρά των ιατρικών ειδικοτήτων ενώ το 60% των κρεβατιών βρίσκονται στην περιοχή της Αθήνας. Οι μεγαλύτερες ανεπάρκειες του δημόσιου τομέα βρίσκονται στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη (Κυτίοπουλος J., Tsalikis G., 1993:105–17). Επίσης, στις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές, τα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας λειτουργούν χωρίς επαρκές και εξειδικευμένο προσωπικό σε συνδυασμό με τον ανεπαρκή διαγνωστικό εξοπλισμό, ενώ στις αστικές περιοχές, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι πολυκλινικές των Ταμείων κοινωνικής ασφάλισης δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν την αυξημένη ζήτηση για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Κατά συνέπεια και στις δύο περιπτώσεις προκαλούνται μεγάλες λίστες αναμονής με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία και τη δυσαρέσκεια των πολιτών και σε συνδυασμό με την κατακερματισμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τα Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία δεν έχουν ενσωματώσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας ενισχύουν τον προσανατολισμό των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα της υγείας (Tountas Y, Karnaki P, Pavi E., Souliotis, K., 2005:173-4).

**Οι πολιτικές ασφάλισης**, καθώς όλοι οι πολίτες είναι ασφαλισμένοι ανάλογα με το επάγγελμά του σε 32 διαφορετικά Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Οι περισσότεροι από το 50% είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ ενώ 20% στον ΟΓΑ και 30% σε μικρότερα Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία και παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες σε σύγκριση με τα δυο μεγαλύτερα Ταμεία (Tountas Y, Stefansson H, Frissiras S., 1995:283–304), ενώ 20% του συνολικού πληθυσμού έχουν πρόσθετη ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας. Όσον αφορά στην κοινωνική ασφάλιση, το κάθε Ταμείο έχει δικούς του κανονισμούς και διατάξεις με τις οποίες προσδιορίζονται οι δικαιούχοι τα δικαιώματα και ο τρόπος παροχής και έχει διαφορετική πολιτική για τη χρήση της ιδιωτικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, όλα παρέχουν ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ συμβάλλονται και με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικούς ιατρούς. Όσον αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ασφαλισμένοι των ισχυρών και εύρωστων Ταμείων κοινωνικής

ασφάλισης που αντιστοιχούν στο 10% του ασφαλισμένου πληθυσμού καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό και για την εισαγωγή τους σε υψηλού κύρους ιδιωτικά νοσοκομεία για όλες τις ασθένειες και για εξειδικευμένες εξετάσεις. Και στη συγκεκριμένη περίπτωση όπως και στην περίπτωση των υπόλοιπων Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης που οι ασφαλισμένοι έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και στα μικρά ιδιωτικά νοσοκομεία τίθεται το ζήτημα της τιμολόγησης πρόσθετων αμφισβητήσιμων ιατρικών υπηρεσιών, σε συνδυασμό με την μη δυνατότητα οποιουδήποτε ουσιαστικού ελέγχου, δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένα κλινικό πρωτόκολλο ούτε για τη χρήση ούτε για την πληρωμή ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες. Και στις δυο περιπτώσεις, οι ελλείψεις στον έλεγχο πριν και μετά την κατανάλωση, έχει ως αποτέλεσμα σημαντική υπερκατανάλωση για τις πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες. Επίσης η έλλειψη μηχανογραφημένων αρχείων και ιατρικών φακέλων, καθιστά δύσκολο τον έλεγχο της τιμολόγησης, ενώ δεν υπάρχει ουσιαστικός έλεγχος της ιατρικής κατανάλωσης στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, καθώς και τα Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες πληρώνουν με βάση την αμοιβή για την υπηρεσία και όχι με βάση τα άτομα, συμβάλλοντας στην αύξηση του μεγέθους και του κέρδους του ιδιωτικού τομέα της υγείας (Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Α, Μπουρσανίδης, Χ., κα, 2001, Τountas Y, Karnaki P, Pavi E., Souliotis, K., 2005:174-5). πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ συμβάλλονται και με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικούς ιατρούς. Όσον αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ασφαλισμένοι των ισχυρών και εύρωστων Ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που αντιστοιχούν στο 10% του ασφαλισμένου πληθυσμού καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό και για την εισαγωγή τους σε υψηλού κύρους ιδιωτικά νοσοκομεία για όλες τις ασθένειες και για εξειδικευμένες εξετάσεις. Και στη συγκεκριμένη περίπτωση όπως και στην περίπτωση των υπόλοιπων Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης που οι ασφαλισμένοι έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και στα μικρά ιδιωτικά νοσοκομεία τίθεται το ζήτημα της τιμολόγησης πρόσθετων αμφισβητήσιμων ιατρικών υπηρεσιών, σε συνδυασμό με την μη δυνατότητα οποιουδήποτε ουσιαστικού ελέγχου, δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένα κλινικό πρωτόκολλο ούτε για τη χρήση ούτε για την πληρωμή ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες. Και στις δυο περιπτώσεις, οι ελλείψεις στον έλεγχο πριν και μετά την κατανάλωση, έχει ως αποτέλεσμα σημαντική υπερκατανάλωση για τις πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες. Επίσης η έλλειψη



μηχανογραφημένων αρχείων και ιατρικών φακέλων, καθιστά δύσκολο τον έλεγχο της τιμολόγησης, ενώ δεν υπάρχει ουσιαστικός έλεγχος της ιατρικής κατανάλωσης στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, καθώς και τα Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες πληρώνουν με βάση την αμοιβή για την υπηρεσία και όχι με βάση τα άτομα, συμβάλλοντας στην αύξηση του μεγέθους και του κέρδους του ιδιωτικού τομέα της υγείας (Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ, Μπουρσανίδης, Χ., κα, 2001, Tountas Y, Karnaki P, Pavi E., Souliotis, K., 2005:174-5).

Επίσης, ένας από τους λόγους που συντελούν στην ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η ύπαρξη των φορολογικών κινήτρων, καθώς από το 1992, τα βασικά ασφαλιστικά συμβόλαια παρείχαν ελεύθερη πρόσβαση στα υψηλού κύρους ιδιωτικά νοσοκομεία με απεριόριστη κάλυψη για ιατρικές δαπάνες. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τον μάλλον ανεπαρκή έλεγχο στην αιτιολόγηση των καταναλώσιμων υπηρεσιών υγείας έχουν οδηγήσει στην υπερκατανάλωση και την υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών των ιδιωτικών νοσοκομείων, με αποτέλεσμα να οδηγείται ο ιδιωτικός ασφαλιστικός τομέας σε κρίση. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν περιορίσει τις παροχές τους, προσπαθούν να ασκήσουν μηχανισμούς ελέγχου πριν και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής των ασθενών στα νοσοκομεία και διαπραγματεύονται σταθερές τιμές ανά διαγνωστική κατηγορία. Liagoroulos L, & Tragakes E., 1998).

**Η ποιότητα των υπηρεσιών:** σύμφωνα με έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, τα λίγα υψηλού κύρους ιδιωτικά νοσοκομεία επιλέγονται από τους πολίτες επειδή προσφέρουν πολύ ικανοποιητικές ξενοδοχειακές υπηρεσίες και ελευθερία επιλογής, παράγοντες ιδιαίτερα σημαντικοί για την επιλογή της νοσοκομειακής περίθαλψης ειδικά για τις κοινωνικές ομάδες υψηλότερου εισοδήματος (Κυριόπουλος, Γ., Gregory S., & Οικονόμου Κ., 2002). Επίσης, τα ιδιωτικά νοσοκομεία υψηλού γοήτρου εμφανίζουν δείκτες υψηλότερης αποδοτικότητας όσον αφορά στο μέσο όρο της παραμονής (AloS) στο νοσοκομείο, όπως και σε εργασιακούς δείκτες. Το 2000, το AloS στο σύνολο των ιδιωτικών νοσοκομείων ήταν κατά μέσο όρο 8,05 ημέρες, ενώ στα υψηλού κύρους ιδιωτικά νοσοκομεία της Αθήνας ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 3,27 ημέρες. Στο δημόσιο τομέα, το μέσο AloS το 2000 ήταν 6 ημέρες για τα μεγάλα νοσοκομεία, 5 ημέρες για τα μεσαία νοσοκομεία και 4,8 ημέρες για τα μικρότερα νοσοκομεία. Από τα παραπάνω στοιχεία, συμπεραίνεται πως τα λίγα υψηλού κύρους ιδιωτικά νοσοκομεία είναι αποδοτικότερα

από την άποψη των ποσοστών ALOS σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία είναι αποδοτικότερα σε σχέση με τα μικρά ιδιωτικά νοσοκομεία. (Τούντας Υ, Κarnaκi Ρ, Ρavi E., Souliotis, K., 2005:175).

**Η ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας** η οποία συγκεντρώθηκε, κυρίως, στα ιδιωτικά νοσοκομεία και τα διαγνωστικά κέντρα, καθώς περίπου 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στον τομέα της υγείας κατευθύνονται προς την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των δημόσιων επενδύσεων για τον τομέα της υγείας υπολογίζεται περίπου σε 30% (Σουλιώτης, K., 2000).

**Το ιατρικό δυναμικό:** με βάση τα στοιχεία του 2000, στην Ελλάδα απασχολούνται περίπου 53.000 ιατροί που αντιστοιχούν σε 4,4 ιατρούς ανά 1000 άτομα πληθυσμό, το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό στην Ε.Ε. μετά την Ιταλία και «ευθύνεται» κυρίως για την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Οι ιατροί που απασχολούνται στο ΕΣΥ παρ' ότι είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης έχουν τη δυνατότητα μέσω της λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία να ασκούν το ιατρικό επάγγελμα ιδιωτικά, με πληρωμή κατά πράξη. Οι ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι ή όχι με τα Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αμείβονται είτε κατά πράξη, είτε λαμβάνοντας μισθό ανάλογα με τη σύμβαση με τα Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Η έλλειψη ουσιαστικών ελέγχων στους ιδιώτες ιατρούς τόσο για την παροχή των ιατρικών τους υπηρεσιών όσο και για την παραπομπή των πολιτών για διαγνωστικές ή άλλες ειδικευμένες εξετάσεις οδηγεί στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (Τούντας 2003, σελ.79).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 5.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους.

Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, μια και παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες.

Από την άλλη, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός. Στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι το 8,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι πλούτος που παράγεται χάρη στη μείωση της θνησιμότητας από το 1940 και μετά. Στη Μ. Βρετανία, εξάλλου, το βασικό επιχείρημα για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την παροχή δωρεάν περίθαλψης πριν από 50 περίπου χρόνια ήταν ότι ένας πιο υγιής πληθυσμός θα είναι πιο παραγωγικός και θα συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας.

Η σχέση της υγείας με την οικονομία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας της ύπαρξης σοβαρών οικονομικών ανισοτήτων μεταξύ χωρών. Η αύξηση του ΑΕΠ των βιομηχανοποιημένων κρατών είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της εκμετάλλευσης των πιο φτωχών χωρών. Το 1999 περισσότερα από 900 εκατομμύρια άτομα στον πλανήτη ζούσαν σε απόλυτη φτώχεια. Οι εντυπωσιακές οικονομικές αποκλίσεις μεταξύ χωρών αποτυπώνονται ανάγλυφα στις υπάρχουσες διαφορές ως προς τα εθνικά εισοδήματα. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις πλούσιες χώρες, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, είναι περισσότερο από 40 φορές μεγαλύτερο από αυτό των φτωχών χωρών, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η σχέση αυτή φτάνει και το 1 προς 200. Τα τελευταία 10 χρόνια (1990-99) μάλιστα, οι οικονομικές ανισότητες

υπερδιπλασιάστηκαν, παρουσιάζοντας επιταχυνόμενες αυξητικές τάσεις. Το 1998 το εισόδημα των 200 πιο πλούσιων κατοίκων της Γης ξεπερνούσε το εισόδημα των 2,5 δισεκατομμυρίων πιο φτωχών κατοίκων της.

Οι οικονομικές ρυθμίσεις για την κάλυψη των 1,3 τρισ. δολαρίων, που είναι το χρέος του Τρίτου Κόσμου, οδήγησαν πολλές φτωχές χώρες στην αθρόα εξαγωγή αγροτικών προϊόντων και στη συνακόλουθη μείωση της επάρκειας τροφών, στην αύξηση της ανεργίας, στη μείωση των εισοδημάτων, στην υποβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης, στην ελλιπή ιατρική φροντίδα, στην υποβαθμισμένη εκπαίδευση. Η UNICEF, το 1989, απέδωσε σε αυτές τις οικονομικές πολιτικές την ευθύνη για 500 χιλιάδες θανάτους βρεφών, εκτιμώντας ότι το 1988 υπήρξε καθαρή εκροή κεφαλαίου της τάξεως των 60 δισ. δολαρίων από τις φτωχές προς τις πλούσιες χώρες. Το μεγαλύτερο μέρος αυτού του κεφαλαίου αντιπροσωπεύει την πληρωμή τόκων επί των χρεών και των δανείων, που μικρό μόνο ποσοστό τους έχει αξιοποιηθεί προς όφελος των τοπικών πληθυσμών.

Το 1992 το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ιαπωνία ήταν 78,6 χρόνια και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ \$19.400. Τον ίδιο χρόνο, το προσδόκιμο επιβίωσης στο Αφγανιστάν και στη Γουϊνέα-Μπισάου ήταν 43 χρόνια και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ \$700-750. Η μεγάλη διαφορά οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι χώρες με υψηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης πέτυχαν να μειώσουν σημαντικά τη βρεφική θνησιμότητα. Έχει διαπιστωθεί ότι όσο αυξάνει το ΑΕΠ, τόσο μειώνεται η βρεφική και νεογνική θνησιμότητα κατά μέσο όρο. Σύμφωνα με διεθνείς εκτιμήσεις, αύξηση κατά 10% του κατά κεφαλήν ΑΕΠ θα επιφέρει μείωση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 1,7%, της νεογνικής κατά 2,0% και της όψιμης βρεφικής κατά 6,4%. Συνολικά, έχει εκτιμηθεί ότι το πιο πλούσιο 1/5 του πληθυσμού της Γης ζει κατά μέσο όρο 22 χρόνια περισσότερο από το πιο φτωχό 1/5.

Η σχέση, όμως, μεταξύ υγείας και οικονομίας δεν είναι μονοσήμαντη, ούτε γραμμική. Το κυρίαρχο οικονομικό επιχείρημα ότι μπορούμε να είμαστε υγιείς μόνο σε μια υγιή και πλούσια οικονομία δεν αποδίδει πλήρως το πραγματικό περιεχόμενο της σχέσης αυτής. Ούτε η συνεχής οικονομική ανάπτυξη αποτελεί από μόνη της εγγύηση για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Η υγεία συναρτάται άμεσα με τον πλούτο μιας χώρας όσο η χώρα αυτή δεν έχει υπερβεί ένα ορισμένο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, που

οι οικονομολόγοι της υγείας το υπολογίζουν γύρω στα \$5.000 κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Το όριο των \$5.000 κατά κεφαλήν χαρακτηρίζεται συνήθως από την επιδημιολογική μετάβαση από τη νοσηρότητα των λοιμωδών νοσημάτων στη νοσηρότητα της «αφθονίας» (καρδιαγγειακά, καρκίνοι, άλλα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα). Πάνω από το όριο αυτό παρατηρείται ασθενής συσχέτιση μεταξύ ΑΕΠ και υγείας.

Η ασθενής συσχέτιση μεταξύ ΑΕΠ και υγείας στις πλούσιες χώρες οφείλεται στο γεγονός ότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ δεν απεικονίζει όλους αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη διάρθρωση της οικονομίας, με το πώς το εισόδημα ή ο πλούτος παράγεται από την οικονομία μιας χώρας, και κυρίως με το πώς αυτός ο πλούτος κατανέμεται στον πληθυσμό. Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να εκτιμηθεί σωστά μόνο μέσα από το πρίσμα δύο καθοριστικών δομών κάθε κοινωνίας: του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή. Για τις πιο πλούσιες χώρες, που έχουν εξασφαλίσει τους απαραίτητους υλικούς πόρους, η περαιτέρω βελτίωση της υγείας συναρτάται πρωτίστως με τη δίκαιη κατανομή του πλούτου και την ύπαρξη κοινωνικής συνοχής.

Όσο πιο πλούσια είναι μια χώρα, τόσο περισσότερα μπορεί να δαπανά για την υγεία, εξασφαλίζοντας επαρκείς και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας. Περιορισμοί στις δαπάνες έχουν αρνητικά αποτελέσματα όχι μόνο στην επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην πρόσβαση, στη φροντίδα, στην ελευθερία επιλογής, δηλαδή σε όλα όσα αποτελούν ποιοτικά στοιχεία της παρεχόμενης περίθαλψης.

Μέχρι το 1980, στο ερώτημα τι ποσοστό του ΑΕΠ πρέπει να ξοδεύεται για την υγεία η ομόφωνη απάντηση θα ήταν «όσο γίνεται μεγαλύτερο». Από το 1980 όμως, οι δυτικοευρωπαϊκές χώρες έχουν σταθεροποιήσει το ποσοστό του ΑΕΠ που ξοδεύεται για την υγεία μεταξύ 7 και 10%. Αυτό ισχύει τόσο για τα εθνικά συστήματα υγείας, όσο και γι' αυτά που στηρίζονται στην ασφάλιση. Αντίθετα, οι ανατολικοευρωπαϊκές χώρες επιθυμούν να αυξήσουν το σχετικό ποσοστό, το οποίο τα τελευταία χρόνια κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα (από 2 έως 4%). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία ήταν το 2002 9,3% (5,1% δημόσιες δαπάνες και 4,2% ιδιωτικές).

Ενώ, όμως, κάτω από ένα συγκεκριμένο επίπεδο οι δαπάνες υγείας επιδρούν θετικά στο προσδόκιμο ζωής, το αντίθετο δεν ισχύει. Η υγεία δεν συνεχίζει να βελτιώνεται όταν οι δαπάνες υγείας συνεχίζουν να αυξάνουν πάνω από ορισμένο επίπεδο. Ισχύει κάτι αντίστοιχο, δηλαδή, με ότι συμβαίνει με την επίδραση του ΑΕΠ στο προσδόκιμο ζωής στις πλούσιες χώρες.

Για τον ίδιο λόγο, ενώ το προσδόκιμο ζωής συγκλίνει στα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ, χώρες που ξοδεύουν περισσότερα μπορεί να έχουν χειρότερα αποτελέσματα. Το παράδειγμα των ΗΠΑ, όπου δαπανάται για τη υγεία το 15% περίπου του ΑΕΠ ενισχύει αυτή τη διαπίστωση, καθώς ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες έχουν βρεφική θνησιμότητα κατά 30-40% χαμηλότερη από αυτή των Ηνωμένων Πολιτειών. (ΤΟΥΝΤΑΣ ΑΣΚΛΗΠΙΑΚΟ ΠΑΡΚΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ 10/2/20007)

Σε αυτό το κεφάλαιο θα κάνει χρήση δεικτών υγείας για να δούμε την υγεία στην ΕΕ και τα αποτελέσματα της υγείας στην Ελλάδα θα ξεκινήσω με τους οικονομικούς δείκτες που είναι οι βασικότεροι για σύγκριση και παρουσιάζονται στο πίνακα 2 για να ερμηνευτεί ο πίνακας χρειάζεται ερμηνεία των στοιχείων που περιέχει ο πίνακας

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας είναι το άθροισμα των δαπανών για την υγεία που προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την υποχρεωτική καθολική ασφάλιση.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι το άθροισμα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και περιλαμβάνει δαπάνες από το εισόδημα των νοικοκυριών.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας είναι το άθροισμα των δημοσίων και των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες είναι το σύνολο των δαπανών που δαπανά το κράτος για παροχή φαρμακευτικής περίθαλψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΤΗΣ Ε.Ε ΕΤΟΣ 2007

	Συνο- λικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π.	Κατά κεφαλή συνολικές δαπάνες για την υγεία (διεθνή \$)	Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία	Ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ως % ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	Φαρμακευτικές δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία	Κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες
ΑΥΣΤΡΙΑ	10,3	3792	76,4	23,6	13,3	503
ΒΕΛΓΙΟ*	10	3452	73,5	26,5	16,3	562
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΤΣΕΧΙΑΣ	6,8	1621	85,2	14,8	21,5	348
ΔΑΝΙΑ	9,7	3540	84,5	15,5	8,6	303
ΕΣΘΟΝΙΑ	5,3	1094	75,6	24,4	21,4	234
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	8,2	2900	74,5	25,5	14,1	408
ΓΑΛΛΙΑ	11	3593	78,3	21,7	16,5	595
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,4	3619	76,7	23,7	15,1	545
ΕΛΛΑΔΑ	9,7	2687	60,3	39,7	24,8	668
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	7,4	1395	70,4	29,6	31,1	434
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	7,5	3361	76,8	23,2	17,7	
ΙΤΑΛΙΑ	8,7	2701	76,4	23,6	19,3	520
ΛΟΞΕΜΒΟΥΡΓΟ			45,4	54,6	8,4(2005)	186(2005)
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	9,7	3844				251
ΠΟΛΩΝΙΑ	6,4	1049	70,8	39,2	24,5	257
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ			71,5(2006)	28,5(2006)	21,8(2006)	469
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	7,7	1569	66,8	33,2	27,9	438
ΙΣΠΑΝΙΑ	8,4	2658	71,8	28,2	21	558
ΣΟΥΗΔΙΑ	9,1	3349	81,7	18,3	13,4	450
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	8,4	2990	82	18	12,2	365
ΕΣΘΟΝΙΑ	5,3	1094	75,6	24,4	21,4	234
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	7,8	2077	72	28	19,8	411

Πηγη oecd health data 2008

Από τον πίνακα2 παρατηρούμε ότι η ΕΛΛΑΔΑ αν και είναι 13<sup>η</sup> σε σύνολο 18χωρων στην κατά κεφαλή συνολική δαπάνη υγείας εντούτοις είναι 5<sup>η</sup> στην κατά κεφαλή συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π πράγμα που αποδεικνύει ότι διαθέτει ένα σεβαστό ποσοστό του Α.Ε.Π για την υγεία από τον πίνακα επίσης παρατηρούμε ότι η Ελλάδα είναι πρώτη στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών

δαπανών με 39,7% αυτό οφείλεται στο γεγονός οι κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες υγείας όπου η Ελλάδα είναι στην πρώτη θέση και στην 3<sup>η</sup> όσο αφορά Φαρμακευτικές δαπάνες για την υγεία ως % ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία

Από τον παρακάτω πίνακα3 φαίνεται ότι η πολιτική των κρατών της Ευρώπης ήταν η αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΤΗΣ Ε.Ε

ΧΩΡΕΣ	1978	1988	1998	2008	1978-2008%	1998-2008%
ΑΥΣΤΡΙΑ	7,4	6,8	10	10,5	41	5
ΒΕΛΓΙΟ	6,5	7,3	8,7*	10.2*	57	17
ΔΗΜ. ΤΣΕΧΙΑΣ			6.6	7.1		8
ΔΑΝΙΑ	8.5	8.6	8.3	9.7 (2007)	14	17
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	6.6	7.1	7.4	8.4	27	14
ΓΑΛΛΙΑ	-	-	10.1	11.2		12
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	8.4	8.9	10.2	10.5	25	5
ΕΛΛΑΔΑ		5.9	8.4	9.7 (2007)	64	15
ΟΥΓΓΑΡΙΑ			7.1**	7.3		3
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	7.3	6.7	6.1	8.7	19	43
ΙΤΑΛΙΑ		7.3	7.7	9.1		18
ΛΟΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	5	5.3	5.7	7.7(2005)	54	35
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	7.2	7.6	8.1**	9.9***	38	22
ΠΟΛΩΝΙΑ			5,9	5,9		0
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	4,7	6,4	8	9,9(2006)	110	24
ΣΛΟΒΑΚΙΑ			5,7	7,8		37
ΙΣΠΑΝΙΑ	5,3	6	7,3	9	70	23
ΣΟΥΗΔΙΑ	8,7	8,2	8,2	9,4	8	15
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	5,3	5,8	6,7	8,7	64	30
ΕΣΘΟΝΙΑ				6,1		
ΣΛΟΒΕΝΙΑ			7,9	8,3		5

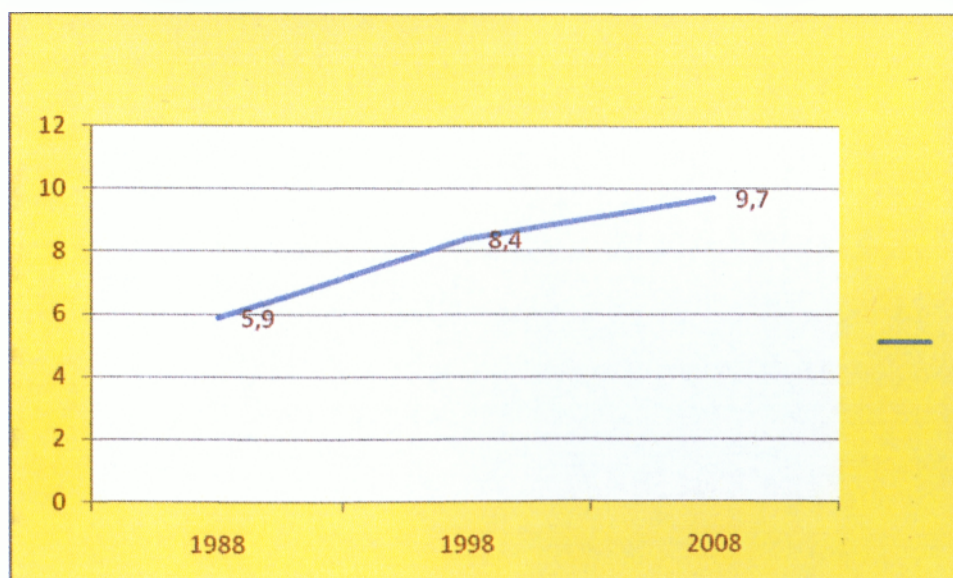


\*\*\* εκτίμηση ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2009

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα3 σε χώρες όπως το Βέλγιο, Ελλάδα Λουξεμβούργο Πορτογαλία Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο έχουμε αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ πάνω από 50% αντίθετα σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα όπως Δανία, Σουηδία, Φιλανδία, Γερμανία έχουμε μια μικρότερη αύξηση των δαπανών.

Διεθνώς η δαπάνη υγείας αυξάνει με πιο γρήγορους ρυθμούς από το ΑΕΠ. Αυτό συμβαίνει λόγω της γήρανσης της κοινωνίας, της εισαγωγής νέας ακριβής τεχνολογίας και φαρμάκων, της αυξημένης προσδοκίας των πολιτών και των προμηθευτών. Στη χώρα μας, όπως προαναφέρθηκε, η δημόσια δαπάνη υγείας τα τελευταία χρόνια τρέχει με εκρηκτικούς ρυθμούς. Φαίνεται ότι αυτό οφείλεται σε κάποιο πρόσθετο λόγο, τη «σπατάλη», που αφορά κυρίως τη φαρμακευτική και τη νοσοκομειακή δαπάνη. Το φάρμακο στην Ελλάδα αφορά κυρίως τη δημόσια δαπάνη και ιδιαίτερα αυτή της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ το νοσοκομείο, τη δαπάνη της κεντρικής κυβέρνησης (Απόστολος Δόλγερας Πηγή: ηλεκτρονικό περιοδικό «Μεταρρύθμιση», [www.metarithmisi.gr](http://www.metarithmisi.gr))

#### ΓΡΑΦΗΜΑ 1. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ Α.Ε.Π ΕΛΛΑΔΑ 1988-2008

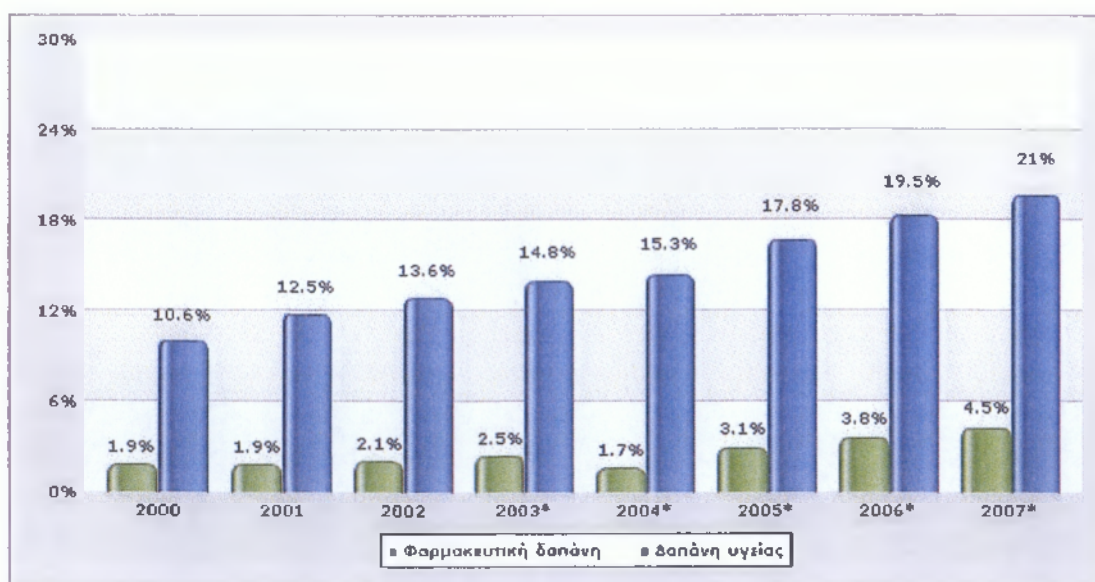


ΠΗΓΗ WHO 2009

Στο παραπάνω γράφημα 1 βλέπουμε την αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια παρατηρούμαι ότι έχουμε μια θεαματική αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία.

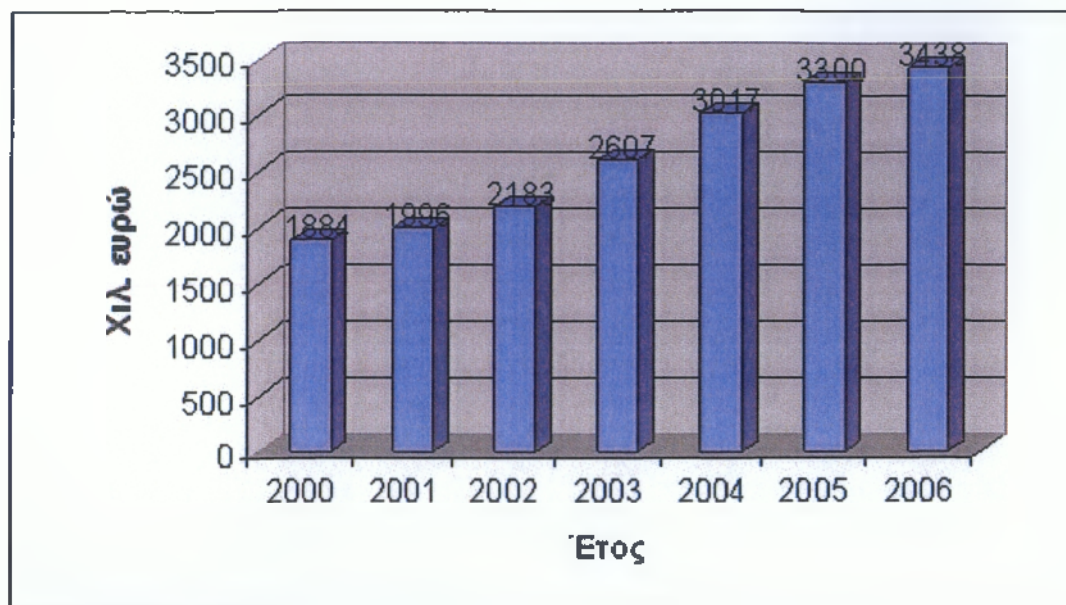
Στον επόμενο γράφημα 2 φαίνεται αναλυτικότερα ότι στην Ελλάδα έχουμε εκτόξευση των φαρμακευτικών δαπανών

## ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΠΗΓΗ Υ.Ε.Κ.Κ.Α 2009

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Από τον πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι έχουμε αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών τα τελευταία χρόνια οι λόγοι που έχουμε ραγδαία αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών οφείλονται σε παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού όπως παρατηρούμε και στο ο υψηλός αριθμός μεταναστών που κατέχουν νόμιμη άδεια παραμονής και εργάζονται στη χώρα μας εφόσον είναι ασφαλισμένοι σε δημόσια ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και καλύπτονται από αυτές και οι ανακαλύψεις στην φαρμακευτική επιστήμη και η εισαγωγή νέας τεχνολογίας συμβάλουν στην αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών επίσης μία άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι οι χώρες που δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό του Α.Ε.Π. για την υγεία, έχουν την τάση να κάνουν μεγαλύτερη χρήση των νέων φαρμακευτικών προϊόντων από άλλες (Jacobzone, 2000).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

	2000	2001*	2002*	2003*	2004*	2005*	2006*
<b>Συνολική Δαπάνη Υγείας</b>	<b>10.589</b>	<b>12.256</b>	<b>12.996</b>	<b>14.626</b>	<b>15.294</b>	<b>17.803</b>	<b>19.508</b>
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,8%	8,4%	8,2%	8,5%	8,3%	9,0%	9,1%
<b>Δημόσια Δαπάνη Υγείας</b>	<b>6.444</b>	<b>7.814</b>	<b>8.254</b>	<b>9.182</b>	<b>9.449</b>	<b>11.178</b>	<b>12.018</b>
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,9%	63,8%	63,5%	62,8%	61,8%	62,8%	61,6%
<b>Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	<b>1.884</b>	<b>1.996</b>	<b>2.183</b>	<b>2.607</b>	<b>3.017</b>	<b>3.300</b>	<b>3.438</b>
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	17,8%	16,3%	16,8%	17,8%	19,7%	18,5%	17,6%
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%	1,7%	1,6%
<b>Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	<b>1.278</b>	<b>1.502</b>	<b>1.793</b>	<b>2.132</b>	<b>2.476</b>	<b>2.875</b>	<b>3.193</b>
Δημόσια ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	67,8%	75,3%	82,1%	81,8%	82,1%	87,1%	92,9%

(πηγή: Γ.Γ. ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί)

Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, καταλαμβάνει την τρίτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και την πρώτη θέση, ως ποσοστό του ΑΕΠ, (Πίνακας 2). Το φαινόμενο της πολυφαρμακίας οφείλεται σε δύο λόγους. Πρώτον, η πολιτική συγκράτησης των δαπανών εστιάζεται αποκλειστικά στις τιμές, ενώ οι μηχανισμοί ελέγχου που θα έπρεπε να συγκρατήσουν τον όγκο, είναι ανύπαρκτοι και απαρχαιωμένοι (είμαστε μακράν πρώτοι στη κατανάλωση αντιβιοτικών στις χώρες του ΟΟΣΑ). Δεύτερον, έχει συγκροτηθεί μια πολύ ενεργητική συμμαχία γιατρών – φαρμακοποιών/ φαρμακευτικών εταιρειών, που περιλαμβάνει και ένα παθητικό τρίτο μέρος, αυτό των ασθενών, που αδιαφορεί για τη δαπάνη του φαρμάκου από τη στιγμή που έχει σχεδόν μηδενικές τιμές την ώρα της ανταλλαγής. Η συμμαχία αυτή αποτελεί σημαντικό πελάτη του πολιτικού συστήματος. Ακόμη και σήμερα, παρά τις τρομακτικές δημοσιονομικές πιέσεις, δεν έχει γίνει τίποτε, ή σχεδόν τίποτε, προς την κατεύθυνση της συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης, που εξακολουθεί να τρέχει με αυξημένους ρυθμούς για τα ασφαλιστικά ταμεία. (ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΔΟΛΓΕΡΑΣ (ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΑ ΔΙΠΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΜΕΤΑΡΥΘΜΙΣΗ

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Όπως παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα<sup>4</sup> τα τελευταία χρόνια έχουμε αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών για την υγεία τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν και μερικά έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται το τρέχον έτος για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης είναι:

1. Εφαρμογή Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε όλα τα ταμεία
2. Καθιέρωση ατομικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για κάθε νοσηλεύόμενο σε όλα τα νοσοκομεία
3. Επανακοστολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων
4. Επαναφορά της λίστας φαρμάκων
5. Μείωση της προμήθειας των φαρμακοποιών το ποσοστό που παίρνουν σήμερα 23,8% είναι αρκετά υψηλό

### ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ενώ η διάγνωση της ασθένειας, με τη βοήθεια της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, είναι σχετικά εύκολη υπόθεση, η διάγνωση της υγείας καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη και περίπλοκη, με ασαφή και πειραματική ακόμη μεθοδολογία, εξ' αιτίας της πολυδιάστατης θεώρησης αυτής. Η υγεία δεν μπορεί να μετρηθεί εύκολα καθώς είναι ένα φαινόμενο με πολλές διαστάσεις. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση με τις φυσιολογικό-οργανικές αναγκαιότητες του, καθώς και με τις γενικότερες κοινωνικό-οικονομικές, οικολογικές και πολιτισμικές μεταβλητές του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει. Στα πλαίσια αυτά η μέτρηση του επιπέδου υγείας είναι εφικτή μόνο μέσα από τη μέτρηση των παραπάνω μεταβλητών και κυρίως μέσα από την συσχέτιση των κοινωνικό-οικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με τους υγειονομικούς παράγοντες (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού έχει ιδιαίτερη σημασία από επιδημιολογική, ιατρική και κοινωνικό-οικονομική άποψη γιατί αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών και κατά συνέπεια για τον καθορισμό

και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων σε κάθε στάδιο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Δείκτες ονομάζονται 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 έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και επομένως συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων (Θεοδώρου και συν., 2001).

Παρακάτω εξετάζουμε ορισμένους δείκτες υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΕ 10 ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΣΤΗΝ Ε.Ε

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΔΑΝΙΑ	3,1	3,2	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	2,9	2,9	2,9	2,9	3	3	3	3
ΓΑΛΛΙΑ	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7	3,7	3,8	3,8
ΕΛΛΑΔΑ	4,3	4,4	4,6	4,7	4,9	5	5,4	5,6
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	3,4	3,5	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7
ΙΤΑΛΙΑ	4,2	4,4	4,4	4,1	4,2	3,8	3,7	3,8
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3*	3,2	3,2*
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5
ΙΣΠΑΝΙΑ	3,5	3,4	3,3	3,5	3,7	4	3,9	3,9

ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2008

\*ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στον πίνακα 5 παρατηρούμε ότι η Ελλάδα είναι πρώτη σε αναλογία ιατρών ανά 1000 κατοίκους αυτό έχει ως αποτέλεσμα της αύξησης στις δαπάνες υγείας καθώς και σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης η αύξηση στην αναλογία των ιατρών οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπήρξε σταδιακή μείωση των εισακτέων στις ιατρικές σχολές και στο ότι αμβλύθηκε αντί να αυστηροποιηθεί η διαδικασία αναγνώρισης των ιατρικών πτυχίων του εξωτερικού γεγονός που δείχνει αύξηση του βιοτικού επίπεδου και βελτίωση των προγραμμάτων πρόληψης και περίθαλψης . Παρατηρούμε πως η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών ανάμεσα στα κράτη της Ε.Ε. και το μικρότερο αριθμό το Ηνωμένο Βασίλειο. Λαμβάνοντας υπόψη (ανάμεσα σε άλλα) τον αυξανόμενο αριθμό γιατρών στην Ελλάδα, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνέχισε να επεκτείνεται και έγινε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός μικτού (δημόσιου - ιδιωτικού) συστήματος (Niakas, 2002), με θετική σχέση μεταξύ της ανάγκης υγειονομικής περίθαλψης και της χρησιμοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών (Pappa and Niakas, 2006). Επίσης τη στιγμή που σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες ιδανική αναλογία ιατρού ανά αριθμό κατοίκων θεωρείται 1/400, ώστε οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας να είναι ποιοτικά αναβαθμισμένες, χωρίς μεγάλη οικονομική επιβάρυνση της Πολιτείας, στην Ελλάδα η αντίστοιχη αναλογία είναι 1/161 (2004). Αντλαμβάνεται κανείς ότι η υπερπροσφορά ιατρών παραβιάζει τους νόμους της αγοράς περί προσφοράς και ζήτησης, επιφέροντας δυσμενείς συνέπειες όχι μόνο στο ιατρικό σώμα, αλλά σε ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα.(Πατουλης 2010 <http://www.chiosmed.gr/news1.asp>).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΥΣΤΡΙΑ	8	7,8	7,8	7,7	7,7	7,7	7,6	7,8
ΒΕΛΓΙΟ	7,8	7,7	7,6	7,5	7,5	7,4	6,7*	6,6
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΤΣΕΧΙΑΣ	7,8*	7,8	7,8	7,7	7,6	7,6	7,4	7,3
ΔΑΝΙΑ	4,3	4,2	4,3	4,1	4	3,9	3,8	3,7
ΕΣΘΟΝΙΑ	7,2	6,7	6,1	5,9	5,8	5,5	5,6	5,6
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	7,5	7,5	7,4	7,2	7,1	7,1	7	6,7
ΓΑΛΛΙΑ	8	7,9	7,7	7,5	7,4	7,2	7,1	7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	9,1	9	8,9	8,7	8,6	8,5	8,3	8,2
ΕΛΛΑΔΑ	4,7	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,8	4,8
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	8,1	7,9	7,9	7,8	7,8	7,9	7,9	7,1*
ΙΡΑΝΔΙΑ	6,2	5,9	5,8	5,7	5,7	5,5	5,3	5,2
ΙΤΑΛΙΑ	4,7	4,6	4,4	4,2	4	4	3,9	3,8
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	4,9	4,7	4,6	4,5	4,5	4,5	4,5	4,3
ΠΟΛΩΝΙΑ	-	-	-	6,7	6,7	6,5	6,5	6,4
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	7,8	7,7	7,6	7,2	6,9	6,8	6,7	6,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	4,1	4	4	4	3,9	3,7	3,6	3,5

ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2008



ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΥΣΤΡΙΑ	6,2	6,1	6	5,9	5,8	5,8	5,7	5,7
ΒΕΛΓΙΟ	4,7	4,6	4,6	4,5	4,5	4,4	4,3	4,3
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΤΣΕΧΙΑΣ	5,7*	5,7	5,7	5,6	5,4	5,3	5,2	5,2
ΔΑΝΙΑ	3,5	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1
ΕΣΘΟΝΙΑ	5,5	5,1	4,5	4,4	4,3	3,8	3,9	3,8
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2
ΓΑΛΛΙΑ	4,1	4	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	6,4	6,3	6,1	6,1	5,9	5,9	5,7	5,7
ΕΛΛΑΔΑ	3,7	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9	3,9	4
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	5,8	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	4,1*
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7
ΙΤΑΛΙΑ	4,1*	4	3,8	3,5	3,3	3,3	3,2	3,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3,2	3,1	3,2	3,1	3,1	3,1	3	2,9
ΠΟΛΩΝΙΑ	5,2	5,1	4,7	4,9*	4,8	4,7	4,7	4,6
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	5,7	5,4	5,4	5,1	4,8	5*	4,9	4,9
ΙΣΠΑΝΙΑ	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5
ΣΟΥΗΔΙΑ	2,4	2,3*	2,3	2,2	2,2	2,2	-	-
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3	2,8	2,8

ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2008

**\*ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ**

Στους παραπάνω πίνακες παρατηρούμε ότι ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών και των θεραπευτικών κλινών μειώνονται αυτό οφείλεται στην προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας. Διεθνώς, χρειαζόμαστε όλο και λιγότερες νοσοκομειακές κλίνες γιατί μειώνεται η μέση διάρκεια νοσηλείας και αναπτύσσονται ραγδαία νέες εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης, όπως τα χειρουργεία και οι κλινικές ημέρας, η νοσηλεία στο σπίτι τα κέντρα αποκατάστασης, κ.α. Σήμερα στην Ελλάδα έχουμε 4.2κλίνες ανά

1.000 κατοίκους, όταν στην Ολλανδία και αλλού λειτουργούν 3-3,5 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα προκύπτει από το γεγονός ότι ενώ η Α΄ Περιφέρεια Αττικής έχει 6,8 δημόσιες κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, υπάρχουν Περιφέρειες, όπως της Κ. Ελλάδας και της Πελοποννήσου με λιγότερες από 2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (Γιάννη Τούντας *Πηγή: Ελευθεροτυπία, Δευτέρα 3 Μαΐου 2010*).

## ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

### ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Προσδόκιμο επιβίωσης είναι ο μέσος ορός χρόνων που ένας άνθρωπος περιμένει να ζήσει σύμφωνα με τον τρέχον δείκτη της θνησιμότητας του πληθυσμού. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης θα πρέπει να συνοδεύεται και από την αύξηση των υγιών χρόνων ζωής όπως παρατηρούμε στον πίνακα ότι υπάρχει αύξηση του προσδόκιμου αυτό οφείλεται στην ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης στην ανάπτυξη πρόληψης μολυσματικών ασθενειών τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής την κοινωνική αναβάθμιση και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης όσο και στην μείωση θανάτων κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία .

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε

ΧΩΡΑ	1978	1988	1998	2008
ΑΥΣΤΡΙΑ	72,1	75,3	77,8	80,5
ΒΕΛΓΙΟ	72,8	75,7	77,6	79,8(2007)
ΔΗΜ. ΤΣΕΧΙΑΣ	70,8	71,8	74,7	77,3
ΔΑΝΙΑ	74,5	74,9	76,5	78,8
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	73	74,8	77,3	79
ΓΑΛΛΙΑ	73,9	76,4	78,6	81*
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	72,4	75,2	77,7	80,2
ΕΛΛΑΔΑ	74,5(1980)	76,7	77,9	80
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	69,4	70,1	70,7	73,8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	71,5	74,5	76,3	79,9
ΙΤΑΛΙΑ	73,8	76,5	79,1	81,5(2007)
ΛΟΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	72	75	77,3	80,6
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	75,3	77	77,9	80,2
ΠΟΛΩΝΙΑ	70,5	71,5	73,1	75,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	70,5	73,8	76	79,3
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	74,5	71,3	72,7	74,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	74,5	76,9	78,8	81,2
ΣΟΥΗΔΙΑ	75,5	77	79,4	81,2
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	73,2(1980)	75,3	77,3	79,7(2007)
ΕΣΘΟΝΙΑ		70,1(1989)	69,5	73,9
ΣΛΟΒΕΝΙΑ		72,5	74,9	78,8
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	72,9	74,4	76,2	78,9

ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2010

\*ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ 2008

ΧΩΡΕΣ	ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ 2008	ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ 2008	ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 65 2008	ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 65 2008
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΑΥΣΤΡΙΑ	77,8	83,3	17,7	21,1
ΒΕΛΓΙΟ	77,1(2007)	82,6(2007)	17,3(2007)	21(2007)
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΤΣΕΧΙΑΣ	75,6	80,5	15,3	18,8
ΔΑΝΙΑ	74,1	81	16,6	19,5
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	76,5	93,3	17,5	21,4
ΓΑΛΛΙΑ	77,6*	84,3	18(2006)	22,3(2006)
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	77,6	82,7	17,6	20,7
ΕΛΛΑΔΑ	77,5	82,5	17,7	19,9
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	69,8	77,8	13,6	17,5
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	77,5	82,3	17,2	20,4
ΙΤΑΛΙΑ	78,7(2007)	84,2 (2007)	18(2007)	21,8(2007)
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	78,1	77,5	17,4	21
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	78	82,3	17	20,5
ΠΟΛΩΝΙΑ	71,3	80	14,7	19
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	76,2	82,4	16,9	20,3
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	70,9	78,7	13,8	17,5
ΙΣΠΑΝΙΑ	78	84,3	18	21,9

ΣΟΥΗΔΙΑ	79,1	83,2	17,9	20,8
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	77,6(2007)	81,8 (2007)	17,6(2007)	20,2(2007)
ΕΣΘΟΝΙΑ	68,6	79,2	13,6	18,6
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	75,4	82,3	16,3	20,2

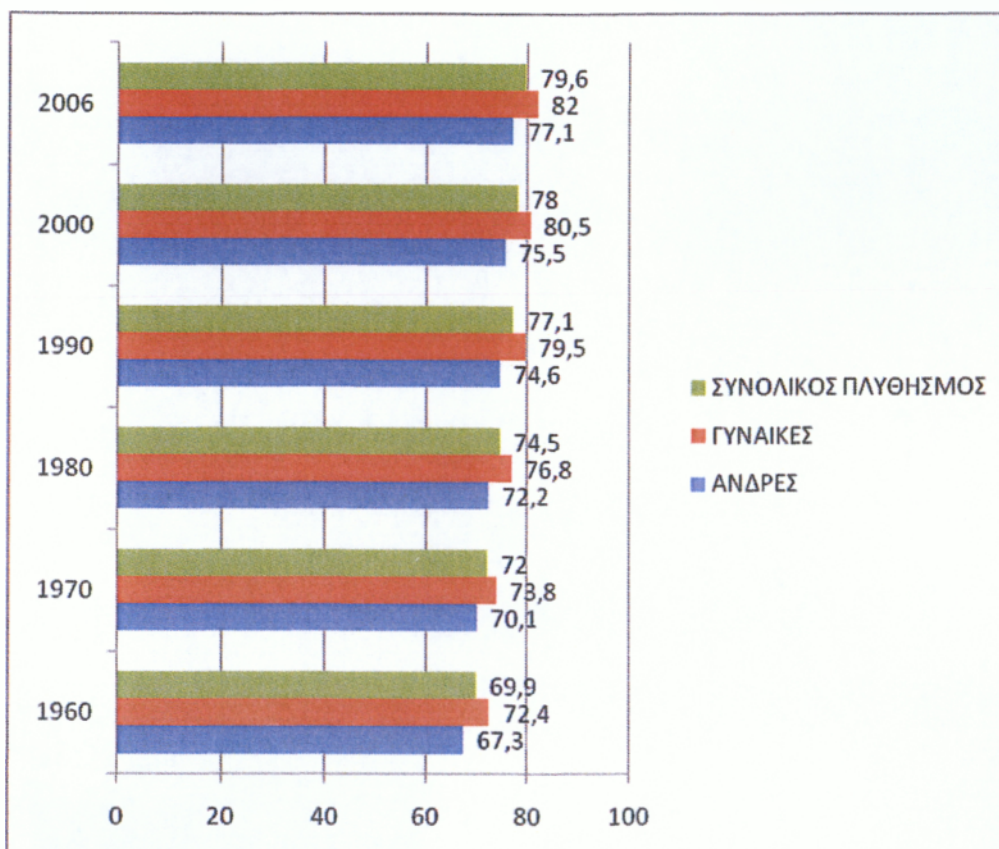
ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2010

\*ΕΚΤΙΜΗΣΗ

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 τον στόχο και θα χρειαστούν περίπου 18 χρόνια ως το 2017 για να επιτευχθεί από όλες τις χώρες.

Η βελτίωση υγείας του πληθυσμού δεν εξαρτάται από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Θα πρέπει να συνοδεύεται και από την αύξηση των υγιών χρόνων 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. Τα διαθέσιμα στοιχεία που έχουμε από το πίνακα 8 και 9 είναι ενθαρρυντικά περισσότερο για την δυτική Ευρώπη όπου υπήρξε ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. 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. (ΤΟΥΝΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝ).

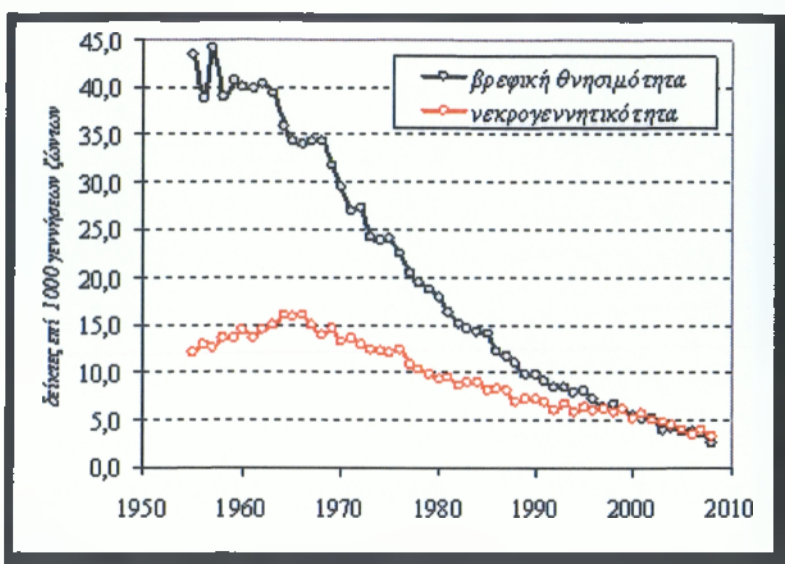
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟΥ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Όπως παρατηρούμε από γράφημα 4 η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τα τελευταία χρόνια υπήρξε ραγδαία και έφτασε τα 79,6ετη για το σύνολο του πληθυσμού το 2006 από 69,9 που ήταν το 1960

Η επιμήκυνση αυτή οφείλεται στη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, η οποία παρατηρείται σε όλες τις ηλικίες αλλά είναι περισσότερο εντυπωσιακή στη βρεφική ηλικία. Πράγματι, ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας (βρεφικοί θάνατοι σε 1.000 γεννήσεις ζώντων) μεταξύ των ετών 1960 και 2000 μειώθηκε κατά 84%. Ανάλογη πρόοδος σημειώθηκε στην ενδομήτρια θνησιμότητα (γεννήσεις νεκρών σε 1.000 γεννήσεις ζώντων), η οποία στο ίδιο χρονικό διάστημα παρουσίασε πτώση κατά 70%.

## ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Δείκτες βρεφικής θνησιμότητας και νεκρογεννητικότητας



ΠΗΓΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ)

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας, ανήλθε σε 10.964.020 άτομα, εμφανίζοντας αύξηση 6,9% σε σχέση με το 1991. Ωστόσο, η φαινομενική αυτή αυξητική τάση του πληθυσμού, οφείλεται αποκλειστικά στην εισροή των οικονομικών μεταναστών και όχι στην αύξηση των γεννήσεων του εγχώριου πληθυσμού, η οποία όπως και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, παρουσίασε πτωτική τάση. Χαρακτηριστικό επίσης ως προς τις δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα είναι η πληθυσμιακή γήρανση, η οποία συνίσταται στην αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο σύνολο του πληθυσμού, σε βάρος του ποσοστού των νεότερων ηλικιών.

Στον Πίνακα 10. παρουσιάζεται η εξέλιξη της κατά ηλικία δομής του ελληνικού πληθυσμού μέχρι το 2001 καθώς και οι προβλέψεις της ΕΣΥΕ για την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού μέχρι το 2050.

Στον Πίνακα 10 φαίνονται τα αντίστοιχα στοιχεία αποκλειστικά για τις ηλικίες άνω των 65ετών.

Παρατηρώντας τον πίνακα προκύπτει ότι η αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας σταδιακά μεγαλώνει, με αποτέλεσμα το 2050 να αποτελούν πλέον του 31,5% του συνολικού πληθυσμού, έναντι 12,7% το 1981.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Ηλικιακή Δομή στην Ελλάδα και πρόβλεψη της έως το 2050

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	1981	1991	2001	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	23,7	19,20	15,20	14,10	13,50	12,20	11,90	12,10
15-65	63,60	67,10	68,10	67,4	66,20	64,50	60,30	56,40
65+	12,70	13,70	16,70	18,50	20,30	23,30	27,80	31,50

Στον παραπάνω πίνακα10 παρατηρούμε ότι η Ελλάδα κινδυνεύει να γίνει μια χώρα γερόντων και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να μετατοπιστούν τα βάρη για τις συντάξεις στους νέους εργαζόμενους. Οι εξελίξεις αυτές οφείλονται σε δύο κύριες δημογραφικές παραμέτρους: (α) Τη μείωση της γεννητικότητας και (β) την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. Στις δύο πρώτες στήλες του πίνακα παρουσιάζεται η εξέλιξη της γεννητικότητας στη χώρα, από το 1981 μέχρι το 2001

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΔΕΙΚΤΗΣ	1981	1991	2001
ΑΔΡΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	14.50	10.00	9.30
ΕΙΔΙΚΗ	61.8	41.9	37.4
ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	2.10	1.30	1.20

Στον παραπάνω πίνακα11 παρατηρούμε ότι δείκτης συνολικής αναπαραγωγής (ή γονιμότητας), δηλαδή ο αριθμός παιδιών που κατά μέσο όρο μια γυναίκα γεννά σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας, μειώθηκε από 2,1 το 1981 σε 1,20 το 2001. Ας σημειωθεί ότι το 2,1 είναι το ελάχιστο όρο το οποίο το οποίο εξασφαλίζει μια ομαλή ανανέωση του πληθυσμού. Την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών με τους χαμηλότερους δείκτες γονιμότητας,



δεδομένου ότι ο μέσος όρος των χωρών της Ε.Ε. είναι 1,9 έναντι μόλις 1,2 της Ελλάδας. Στο διάστημα αυτό ο αδρός δείκτης γεννητικότητας μειώθηκε από 14,5 γεννήσεις ετησίως ανά 1000 κατοίκους σε 9,3 το 2001. Στο σύνολο της χώρας, ο συνολικός αριθμός γεννήσεων μειώθηκε κατά το 1/3. Η ειδική γεννητικότητα, δηλαδή ο αριθμός των γεννήσεων ανά 1000 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, μόνο στην εικοσαετία 1981-2001, μειώθηκε σχεδόν στο μισό και από 68,8 περιορίστηκε στο 37,4/1000.

Στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, η δημογραφική γήρανση έχει πολλαπλές και δραματικές επιπτώσεις: στο επίπεδο υγείας και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, στην ασφαλιστική κάλυψη και το κόστος της ιατρικής περίθαλψης.

Είναι γνωστό ότι η γήρανση του πληθυσμού έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στο επιδημιολογικό και νοσολογικό πρότυπο με επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων (ισχαιμική καρδιοπάθεια, διαβήτης, υπέρταση, νοσήματα των αγγείων του εγκεφάλου, νεοπλάσματα), τα οποία αφενός έχουν μεγάλο χρόνο επώασης για να αναδειχθούν στην ύστερη μέση και τρίτη ηλικία και αφετέρου εμφανίζουν μακροχρόνια διαδρομή, στη διάρκεια της οποίας η ιατρική παρακολούθηση και η θεραπευτική αγωγή οφείλει να είναι διαρκής, μακρά και δαπανηρή.

Η διατύπωση αυτή είναι αληθής και πραγματική και παραπέμπει στη μεγάλη αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης, ούτως ώστε το τμήμα του πληθυσμού άνω των 65 ετών να έχει υψηλότερη κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας (3.0:1 έως 4.1:1) σε σχέση με τη συνολική κατανάλωση ή/και ακόμα σε σύγκριση με την ιατρική κατανάλωση του πληθυσμού 0-65 ετών (5.0:1 έως 8.0:1).

Συμπερασματικά, η δημογραφική γήρανση σε συνδυασμό με την υψηλή επίπτωση των χρόνιων νοσημάτων αλλά και την ανεξέλεγκτη χρήση της υψηλής βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας απαιτεί πρόσθετη δαπάνη και δεσμεύει σπάνιους υγειονομικούς πόρους.

Υπό το πρίσμα αυτό, είναι προφανές ότι η δυνατότητα πλήρους και καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού τίθεται σε επανεξέταση, δεδομένου ότι η

προκαλούμενη ανισορροπία στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών σχημάτων σε συνδυασμό με τις αλλαγές στην οργάνωση της παραγωγής και την αγορά εργασίας αναδεικνύουν το ζήτημα σε πρώτο πρόβλημα της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, το οποίο επιδεινώνεται διαρκώς εξαιτίας της ανορθόδοξης χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας και τη μονοπωλιακή παρουσία στις υγειονομικές αγορές του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος. (Κυριοπουλος 2-9-2009 κοινωνική ευθύνη).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τρόποι για να εκφράσει κανείς τη θνησιμότητα ενός πληθυσμού, για κάποια συγκεκριμένη αιτία θανάτου ή για το σύνολο των θανάτων σε κάποια χρονική περίοδο.

Η Βρεφική θνησιμότητα αποτελεί έναν αδρο αλλά ευαίσθητο δείκτη του κοινωνικο-οικονομικού και υγειονομικού επιπέδου μιας χώρας .ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας εκφράζει τους θανατους βρεφων ως ένα ετος ανα 1000 γεννησεις ζωντανων βρεφων .Στον πινακα12 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας από το 1968 έως και το 2008 παρατηρούμε ότι έχουμε σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας παρατηρούμε ότι τη μεγαλύτερη βρεφική θνησιμότητα την έχει η σλοβακία και την μεγαλύτερη βελτίωση η ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ μειώθηκε αισθητά ο δείκτης θνησιμότητας

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε 1968-2008

ΧΩΡΕΣ	1968	1978	1988	1998	2008
ΑΥΣΤΡΙΑ	25.5	15	8.1	4.9	3.7
ΒΕΛΓΙΟ	21.7	13.3	9	5.2	3.4
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΤΣΕΧΙΑΣ	21.6	17.1	11	5.2	2.8
ΔΑΝΙΑ	16.4	8.8	7.6	4.7	4
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	13.8	7.5	6.1	4.2	2.6
ΓΑΛΛΙΑ	20.5	10.7	7.8	4.8	3.8
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	22.3	14.3	7.6	4.7	3.5
ΕΛΛΑΔΑ	34.4	19.3	11	6.7	2.7
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	35.8	24.4	15.8	9.7	5.6

ΙΡΛΑΝΔΙΑ	21	14.9	8.9	5.9	3.1(2007)
ΙΤΑΛΙΑ	32.2	16.8	9.3	5.5	3.7
ΛΟΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	17	10.6	8.7	5	1.8
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	13.6	9.6	6.8	5.2	3.8
ΠΟΛΩΝΙΑ	36.3	26.9	19.8	9.5	5.6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	61.1	29.1	13.1	6	3.3
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	23.1	21.8	13.3	8.8	5.9
ΙΣΠΑΝΙΑ	32.4	15.3	8	4.9	3.5
ΣΟΥΗΔΙΑ	13.1	7.8	5.8	3.6	2.5
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑ- ΣΙΛΕΙΟ	18.7	13.3	9	5.7	4
ΕΣΘΟΝΙΑ	18	16.5	12.5	9.4	5
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	27.1	16.6	10	5.2	2.1

ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2010

Η Βρεφική θνησιμότητα μειώνεται διαρκώς σε όλη την Ευρώπη .Το 1968 κατά μέσο όρο ήταν 23 θάνατοι βρεφών μειώθηκαν στο 3,4 το 2008 ο στόχος που είχε ο Π.Ο.Υ για το 2000 ήταν να μειωθεί η βρεφική θνησιμότητα κάτω του 15% στόχος που επιτεύχθηκε όπως βλέπουμε και στον πίνακα12 το 1998 σε όλα τα κράτη η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας οφείλεται στην αύξηση του βιοτικού επιπέδου και στην βελτίωση του υγειονομικού επιπέδου κάθε χώρας μέσω των ανακαλύψεων της ιατρικής επιστήμης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας είναι βιολογικοί και γενετικοί, αλλά κυρίως κοινωνικό-οικονομικοί και υγειονομικοί. Γι' αυτό το λόγο ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας αποτελεί ταυτόχρονα δείκτη του επιπέδου ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας (Νικολόπουλος, 1990).Στην Ελλάδα όπως παρατηρούμε στον πίνακα13 η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα υπήρξε ραγδαία και πήγε στους

3,7θανατους ανά 1000γεννησεις το 2006 από 17,94 το 1980 οι λογοι της μειωση βρεφικής θνησιμότητας αναφέρθηκαν παραπάνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΒΡΕΘΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1980-2006

ΕΤΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΤΩ ΤΟΥ 1ΕΤΟΥΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ
1980	2.658	17,94
1985	1.647	14,14
1990	993	9,71
1995	817	8,15
2000	610	5,91
2002	530	5,12
2003	420	4,02
2004	429	1,06
2005	409	3,80
2006	415	3,70

ΠΗΓΗ OECD HEALTH DATA 2008

#### ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Οι παράγοντες που επιδρούν στην θνησιμότητα διακρίνονται σε παράγοντες βιολογικής υφής (ενδογενείς) και σε παράγοντες περιβάλλοντος (εξωγενείς) παράλληλα η θνησιμότητα επηρεάζεται από παράγοντες που συνδέονται με την συμπεριφορά και καθορίζουν την αντιμετώπιση του ανθρώπινου σώματος

Η θετική συσχέτιση που έχει καταγραφεί στις ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ επιπέδου γενικής θνησιμότητας και επιπέδου οικονομικής ανάπτυξης, ή η ισχυρή αρνητική

συσχέτιση που υφίσταται στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ βρεφικής θνησιμότητας και κατά κεφαλήν εθνικού εισοδήματος, είναι απτά δείγματα της επίδρασης κοινωνικών-οικονομικών παραγόντων στη θνησιμότητα.»

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η νοσηρότητα υγείας ενός πληθυσμού είναι δύσκολο να εκφραστεί μέσω δεικτών υγείας για τι επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. Δείκτες νοσηρότητας μπορούν να προκύψουν από μετρήσεις παροχών υπηρεσιών της υγείας. Τέτοιες μετρήσεις μπορούν να είναι η υποχρεωτική δήλωση ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων, τα αρχεία καταγραφής κακοηθών νεοπλασιών, τα στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης των θεραπευτηρίων, στοιχεία ασφαλιστικών οργανισμών κ.ά..

Δυο οι βασικοί δείκτες νοσηρότητας. Ο πρώτος εκφράζει τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και λέγεται δείκτης επιπολασμού και ο δεύτερος εκφράζει την επέλευση της νόσου κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου και λέγεται δείκτης επίπτωσης. Αυτό που διακρίνει τους δυο δείκτες μεταξύ τους είναι ο χρόνος. Ο επιπολασμός μετρά το μέγεθος μιας κατάστασης σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή και η επίπτωση τη συχνότητα επέλευσης μιας κατάστασης σε μια χρονική περίοδο. (Τριχόπουλος, 1982α, 1982β)

Έστω πως ο πληθυσμός της Αθήνας είναι 5 εκατομμύρια και ότι σε όλα τα νοσοκομεία της Αθήνας είναι καταγεγραμμένοι σήμερα 100 ασθενείς με A.I.D.S., από τους οποίους 40 αναφέρθηκαν για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια του 1993. Αν υποθεθεί ότι ο πληθυσμός παραμένει σταθερός (5 εκατομμύρια), τότε οι δείκτες νοσηρότητας υπολογίζονται ως εξής:

$$\begin{aligned} & \text{Επιπολασμός του A.I.D.S. στην Αθήνα σήμερα} = \\ & = (\text{περιπτώσεις AIDS στη Αθηνά} + \text{πληθυσμος της Αθηνας}) * 100000 = \\ & (100 + 5000000) * 100000 = 2 \\ & \text{περιπτώσεις ανά 100000 κατοίκους} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Επίπτωση του A.I.D.S. στην Αθήνα για το 1993} = \\ & = (\text{νέες περιπτώσεις AIDS στη Αθηνά} + \text{πληθυσμος της Αθηνας}) * 100000 = \\ & (40 + 5000000) * 100000 = \\ & 0,8 \text{ περιπτώσεις ανά 100000 κατοίκους} \end{aligned}$$

Ο υπολογισμός των δεικτών νοσηρότητας για το σύνολο του πληθυσμού είναι δύσκολος, γιατί δεν είναι διαθέσιμα δεδομένα που να αφορούν την κατάσταση του πληθυσμού ως προς συγκεκριμένες ασθένειες. Άλλωστε, η πρώτη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στον κόσμο είναι η φτώχεια και η δεύτερη το κάπνισμα (Τούντας, 2000). Αυτό που έχει επικρατήσει είναι η συλλογή των σχετικών πληροφοριών με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Τέτοια ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικές με κάποια συγκεκριμένη ασθένεια, τα διάφορα στάδιά της ή τις μορφές της και τους πιθανούς παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι κακές συνθήκες υγιεινής, η απουσία κατάλληλων συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης, ο υπερπληθυσμός, ο μαρασμός, οι κακές συνθήκες στέγασης αποτελούν κάποιες από τις κυριότερες απειλές της υγείας. Στις αναπτυγμένες χώρες τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας συνδέονται κυρίως με τον τρόπο ζωής (lifestyle), τα ατυχήματα, το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, τη βία, το εργασιακό stress, τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Στην Ευρώπη η αξιολογη βελτίωση του επιπέδου υγείας τον τελευταίο αιώνα με δραματική μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών, εξελίξεων στη θεραπευτική ιατρική και εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης.

Μια πρόσφατη μελέτη στη χώρα μας (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, 2002), ανέπτυξε ένα συνολικό σκεπτικό εντοπίζοντας, αφ' ενός την αμεσότητα της σχέσης μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ατόμων και της κατάστασης της υγείας τους και αφ' ετέρου τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες εκφράζονται σε σχέση με τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την πρόσβαση και κατανάλωση των προσφερομένων υπηρεσιών. Διατυπώθηκε ξεκάθαρα η γεωγραφική επιρροή ως προς την κατανομή των ανισοτήτων, τόσο στους δείκτες της υγείας, όσο και στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερομένων υπηρεσιών. Η μελέτη κατέληξε επίσης και σε συμπεράσματα για την εξάρτηση της νοσηρότητας με τα επαγγέλματα, εξετάζοντας μεγάλες κατηγορίες νοσημάτων, (λοιμώδη – νεοπλάσματα – κυκλοφορικό – αναπνευστικό), τις τιμές των οποίων μέτρησε κατά γεωγραφική περιφέρεια

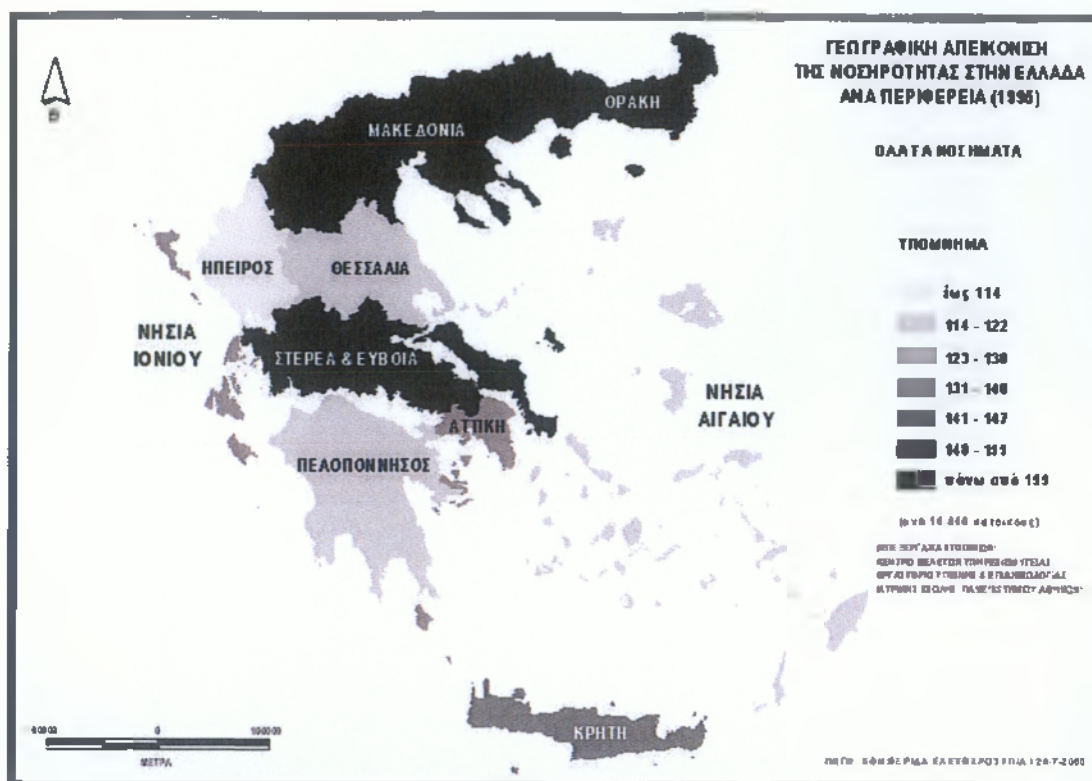


Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών της υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειες τους για το άτομο, την κοινωνία, και το περιβάλλον μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας (Κωνσταντοπούλου, 2005). Η μεγαλύτερη πρόκληση της πρόληψης σήμερα είναι να πείσει και να εκπαιδεύσει το άτομο, την οικογένεια και το σύνολο της κοινωνίας, στην υιοθέτηση ενός υγιούς προτύπου διαβίωσης. Κύριος στόχος της πρόληψης είναι η αποφυγή του «πρώιμου θανάτου» και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με τη καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Τόσο οι προσωπικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια της ζωής και ασκούν δυναμική επίδραση στην κατάσταση της υγείας (Τούντας, 2000). Ως προσωπικοί παράγοντες ορίζονται από τη μια οι ανατομικές φυσιολογικές και μεταβολικές παράμετροι του ατόμου και από την άλλη η προσωπικότητα και η συμπεριφορά, όπως διαμορφώνονται μέσα στην κοινωνία και το πολιτιστικό μόρφωμα όπου εξελίσσεται το άτομο. Το περιβάλλον, το οποίο ασκεί άμεσες ή έμμεσες επιρροές στην υγεία περιλαμβάνει το οικονομικό, πολιτιστικό και πολιτικό σύστημα.

Στην Ελλάδα όπως παρατηρούμε από τον χάρτη<sup>1</sup> που προέρχεται από ερευνά που έγινε από το κέντρο μελετών υπηρεσιών υγείας παρατηρούμε ότι έχουμε ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία. Κοινωνικές και οικονομικές όσον αφορά την θνησιμότητα την νοσηρότητα και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην μελέτη διαπιστώνεται ξεκάθαρα η ύπαρξη γεωγραφικών ανισοτήτων επίσης διαπιστώνεται η συσχέτιση της νοσηρότητας με τα επαγγέλματα εξετάζοντας μεγάλες κατηγορίες νοσημάτων (λοιμώδη-νεοπλάσματα- κυκλοφοριακό-αναπνευστικό ) των οποίων οι τιμές είναι χωρισμένες ανά γεωγραφική περιφέρεια

## ΧΑΡΤΗΣ 1 ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ



Οι δείκτες υγείας που μπορούμε να κάνουμε εκτίμηση για την νοσηρότητα υγείας του πληθυσμού είναι το προσδόκιμο επιβίωσης που όπως έχουμε δη σε προηγούμενο πίνακα υπάρχει θεαματική βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης τα τελευταία χρόνια και χρησιμοποίηση δεικτών όπως τα χρόνια ζωής απαλλαγμένα από ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years, DALYs) τα DALYs υπολογίζονται με βάση Τα DALYs υπολογίζονται με βάση τα απωλεσθέντα χρόνια ζωής εξαιτίας πρόωρου θανάτου και τα χρόνια υγιούς ζωής ανάλογα με τη διάρκεια διαφόρων προβλημάτων υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κυριότερη αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα στην Ελλάδα είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, με δεύτερη την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ακολουθεί η κατάθλιψη, που θεωρείται υπεύθυνη για την απώλεια του 8% των DALYs που χάνονται ετησίως (Πίνακας ). Χαρακτηριστική είναι η παρουσία, στις δέκα σημαντικότερες αιτίες απώλειας DALYs, πολλών χρόνιων, μη θανατηφόρων νοσημάτων και καταστάσεων, που επιβαρύνουν σημαντικά την υγεία, χωρίς να εμφανίζονται στις στατιστικές θνησιμότητας. Τέτοιες περιπτώσεις είναι η απώλεια ακοής, οι άνοιες και η κατάθλιψη

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΩΛΕΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΖΩΗΣ  
ΑΠΑΛΛΑΓΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2002)

ΑΙΤΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΨΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ
Όλες οι αιτίες	1.393.137	100,0%
Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	130.517	9,4%
Ισχαιμική καρδιοπάθεια	111.885	8,0%
Κατάθλιψη	72.775	5,2%
Τροχαία ατυχήματα	51.404	3,7%
Απώλεια ακοής, μη συγγενής	50.397	3,6%
Alzheimer και λοιπές άνοιες	50.146	3,6%
Καρκίνος τραχείας, βρόγχων, πνεύμονα	48.553	3,6%
Κατάχρηση αλκοόλ	48.424	3,6%
Σακχαρώδης Διαβήτης	38.437	2,8%
Οστεοαρθρίτιδα	32509	2,3%

ΠΗΓΗ ΠΟΥ 2002

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Προσωποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από καρδιαγγειακά, καρκίνο και κακώσεις σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, 2002. Θάνατοι από κάθε κατηγορία αιτίων ανά 100.000 πληθυσμού**

	Καρδιαγγειακά	Καρκίνοι	Κακώσεις
Αυστρία	204,0	127,0	38,0
Βέλγιο	162,0	148,0	45,0
Γαλλία	118,0	142,0	48,0
Γερμανία	211,0	141,0	29,0
Δανία	182,0	167,0	40,0
Ελλάδα	258,0	132,0	35,0
Ιταλία	174,0	134,0	29,0
Ισπανία	137,0	131,0	31,0
Μ. Βρετανία	182,0	143,0	26,0
Ολλανδία	171,0	155,0	23,0
Σουηδία	176,0	116,0	30,0

ΠΗΓΗ ΠΟΥ 2002

Σε σύγκριση με τις ευρωπαϊκές χώρες, η προσωποποιημένη θνησιμότητα από τις κύριες αιτίες θανάτου(καρδιαγγειακά, καρκίνο και κακώσεις) παρουσιάζεται στον πίνακα 15 Από τον πίνακα διαπιστώνεται ότι:

-Η προσωποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα είναι πλέον η υψηλότερη της Ευρώπης, και μάλιστα με σημαντική διαφορά από τις περισσότερες άλλες χώρες. Η υπεροχή του προσωποποιημένου κατά ηλικία δείκτη υποδηλώνει την ύπαρξη υψηλότερης θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα στις νεότερες ηλικίες.

-Η προσωποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο βρίσκεται σε επίπεδα αντίστοιχα των υπόλοιπων νοτιοευρωπαϊκών χωρών, ελαφρώς χαμηλότερα από εκείνα των χωρών της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης.

-Η προσωποποιημένη θνησιμότητα από εξωτερικές κακώσεις στην Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις υψηλότερες της Ευρώπης. Η θνησιμότητα από

εξωτερικές κακώσεις αποτελεί την κύρια αιτία χαμένων ετών ζωής, γιατί αφορά νέους κατά κύριο λόγο ανθρώπους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν σήμερα ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι Andrews και Whitney, (Andrews; Whitney., 1974) εντόπισαν 800 πιθανές διαστάσεις σε έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι οποίοι συμπύχθηκαν σε 100 περίπου τομείς της ζωής λόγω των αλληλοεπικαλύψεων. Οι πλέον σημαντικοί τομείς φαίνεται να είναι η φυσική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική εξέλιξη, η επαναδημιουργία και οι οικονομικές συνθήκες ασφάλειας. Αρκετοί ερευνητές προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή, την υποκειμενική ή ψυχική ευεξία, την ευτυχία, την ηθική, την αυτοεκτίμηση, κλπ., (Campell et al., 1976).

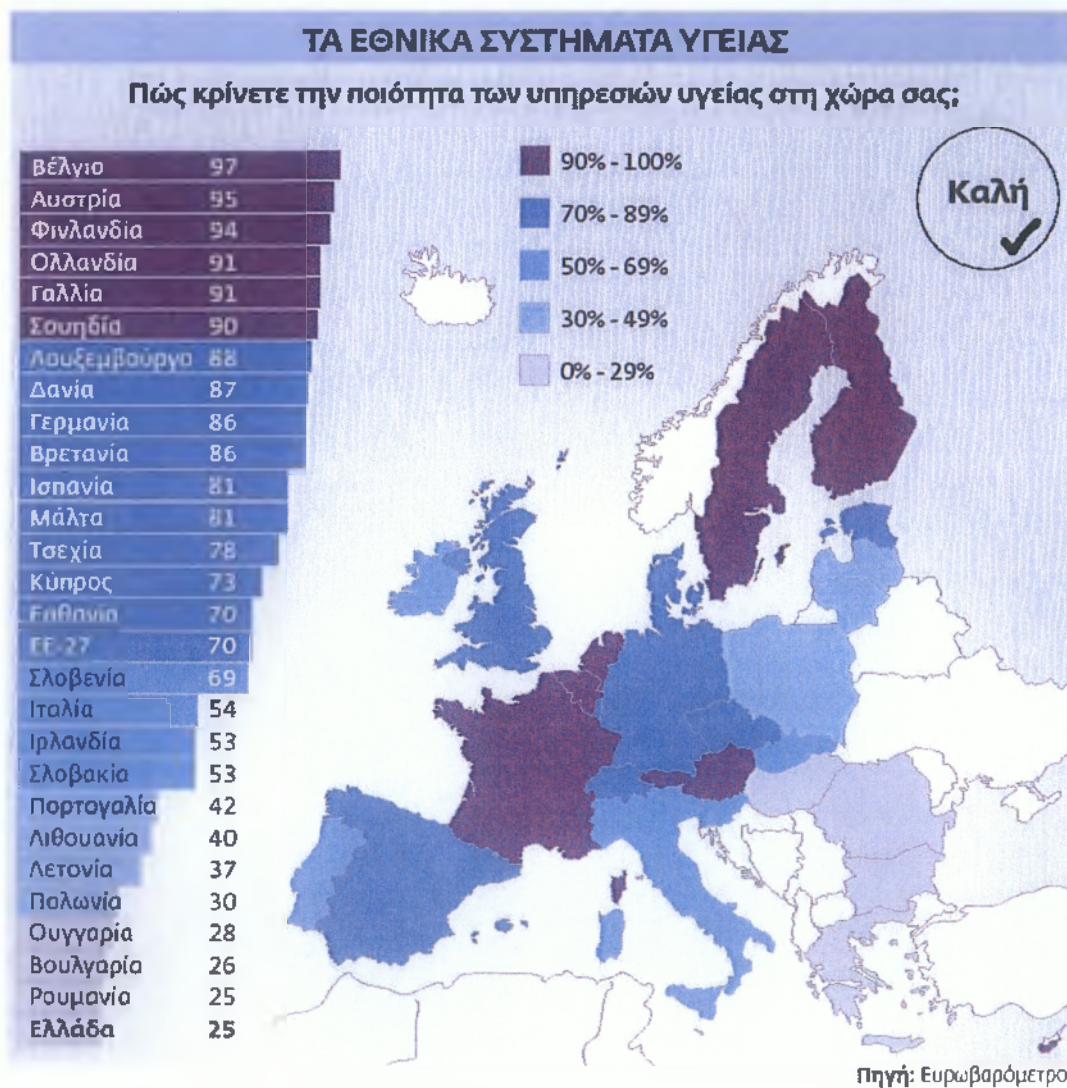
Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική και επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης όπως αποφαινεται ο Rokeach, (Rokeach., 1973), ο οποίος, εξετάζοντας τις πλέον αξιολογες καταστάσεις ύπαρξης του ανθρώπου, διαπίστωσε ότι κάθε άτομο κατέτασσε υψηλότερα στην κλίμακα την καλή υγεία από κάθε άλλη επιλογή.

Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και όποιο θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για την βελτίωση της υγείας θα πρέπει να απευθύνεται στην επίδραση που έχει η αρρώστια ή θεραπεία της σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά στο επίπεδο μόνο της φυσικής κατάστασης. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα συμφωνούσαν κατά συνέπεια ότι, η ποιότητα ζωής δεν αφορά μια μονοθεϊστική αντίληψη αλλά μάλλον ένα σύμπλεγμα αλληλεπιδρώντων παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τρεις διαστάσεις: α) της φυσικής ευεξίας, β) της ψυχικής ευεξίας, γ) της κοινωνικής ευεξίας.

Μια σημαντική ιδιαιτερότητα που παρατηρείται σχετικά με την αντίληψη για την καλή υγεία είναι ότι η καλή υγεία προσδιορίζεται περισσότερο από την απουσία της παρά από την παρουσία της. Αρκετοί συγγραφείς έχουν περιγράψει την αυξημένη επιθυμία ευχαρίστησης για ζωή που εμφανίζεται μετά από μια σοβαρή ασθένεια.

Αυτό υποδηλώνει ότι συχνά μια βαθύτερη αντίληψη για την υγεία είναι δυνατή όταν έχουμε βιώσει την εμπειρία της απώλειάς της (Θεοδώρου και συν., 2001).

ΧΑΡΤΗΣ 2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΚΡΑΤΗ ΤΗΣ Ε.Ε



Σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της δημοσκόπησης όπως παρουσιάζονται στον χάρτη 2 ο καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και πρώην πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) κ. **Ι.Υφαντόπουλος** τονίζει ότι επί μακρόν το σύστημα υγείας της χώρας μας μετράει «πρωτίες προς τα κάτω». «Το ΕΣΥ αποτέλεσε έναν από τους σημαντικότερους θεσμούς της μεταπολεμικής περιόδου τον οποίον πίστεψε και υποστήριξε ο Έλληνας πολίτης. Παρόλα αυτά εξελίχθηκε διαχρονικά στον πλέον αναξιόπιστο θεσμό με υπερβολικά χρέη σε αντιδιαστολή με την εξαιρετικά χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών»

λέει ο καθηγητής και προσθέτει: «Οι “πρωτιές προς τα κάτω” του ΕΣΥ οι οποίες είναι μοναδικές σε ολόκληρο τον ευρωπαϊκό χώρο, όπως καταγράφονται στη μελέτη του Ευρωβαρόμετρου, είναι το αποτέλεσμα μιας κατάστασης την οποία έχουν αποτυπώσει ήδη από το 1980 έλληνες και ξένοι ερευνητές. Οι έρευνές τους έδειξαν ότι οι δυσλειτουργίες του πελατειακού κρατισμού οδήγησαν τη χώρα μας στην αναποτελεσματικότητα της υγείας, ενώ τα μονοπωλιακά καρτέλ στον ιδιωτικό τομέα αύξησαν τις τιμές και τις δαπάνες υγείας σε βάρος του οικογενειακού προϋπολογισμού επιδεινώνοντας τις ανισότητες υγείας. Οι έρευνες χτύπησαν έγκαιρα τον κώδωνα κινδύνου αλλά δεν εισακούστηκαν από τα “ώτα” των πολιτικών. Έτσι οι πολίτες αρκούνται επί έτη σε υποσχέσεις που έμειναν μόνο στα λόγια». Ο μεγάλος φόβος των Ελλήνων μάλλον είναι τελικώς ότι τα λόγια σχεδόν ποτέ δεν γίνονται πράξεις. Και στη συγκεκριμένη περίπτωση η απραξία μπορεί να είναι φονική.



## Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Πόσο πιθανό θεωρείτε ότι είναι να υποστεί βλάβη ένας ασθενής;

%



Πηγή: Ευρωβαρόμετρο

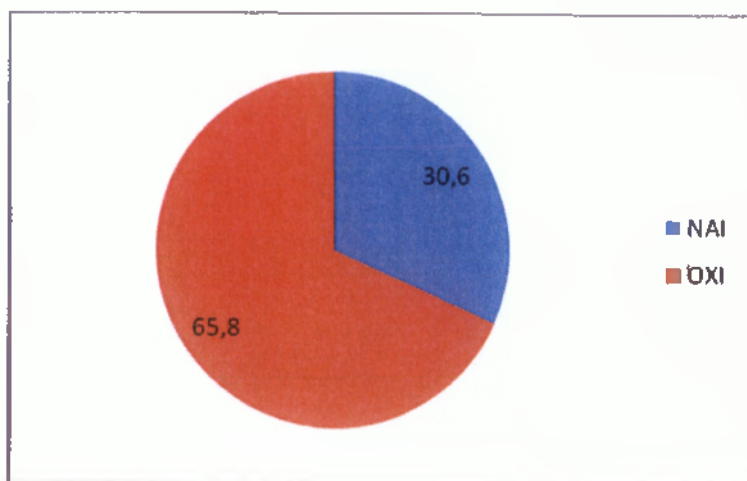
Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι ευρωπαίοι πολίτες είναι ανασφαλής όσον αφορά την υγεία και την πιθανότητα να υποστούν βλάβη από την παροχή υπηρεσιών υγείας

Είναι χαρακτηριστικό πάντως ότι ο φόβος της λευκής μπλούζας των Ευρωπαίων δεν μένει στις απλές υποθέσεις. Τουλάχιστον ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες στη δημοσκόπηση (συγκεκριμένα ποσοστό 26%) απαντά ότι ο ίδιος ή κάποιο μέλος της οικογένειας του έχει ζήσει στο «πετσιί» του το κακό πρόσωπο της περιθάλψης της χώρας του το οποίο πήρε «σάρκα και οστά» μέσω κάποιας παρενέργειας ή επιπλοκής.

Σε αυτό το σημείο, εμφανίζεται το εξής ελληνικό παράδοξο: ενώ οι κάτοικοι της χώρας μας παρουσιάζονται ως οι πιο ανασφαλείς σχετικά με την τύχη τους σε περίπτωση που «μπλέξουν» με το ΕΣΥ, στο «διά ταύτα», στην ερώτηση δηλαδή σχετικά με το αν έχουν αντιμετωπίσει σοβαρό πρόβλημα με το σύστημα υγείας, απαντούν στην πλειοψηφία τους αρνητικά. Σύμφωνα με τα στοιχεία περισσότεροι από τέσσερις στους δέκα συμμετέχοντες από τη Σουηδία, τη Δανία, τη Λετονία και την Ολλανδία σημειώνουν ότι οι ίδιοι ή μέλος της οικογένειας τους έχουν βιώσει κάποιο άσχημο περιστατικό στην επαφή τους με το σύστημα υγείας της χώρας τους. Αντιθέτως οι Έλληνες μαζί με τους Αυστριακούς, τους Βούλγαρους και τους Πορτογάλους απαντούν σε πολύ μεγάλα ποσοστά (μεγαλύτερα του 80%) ότι δεν έχουν βιώσει ούτε οι ίδιοι ούτε οι οικείοι τους κάτι αρνητικό όταν χρειάστηκε να επισκεφθούν νοσοκομείο ή γιατρό. (ΤΣΙΩΛΗ ΘΕΟΔΩΡΑ το Βήμα, 9μαιου 2010)

#### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΚΡΑΤΗ ΤΗΣ Ε.Ε

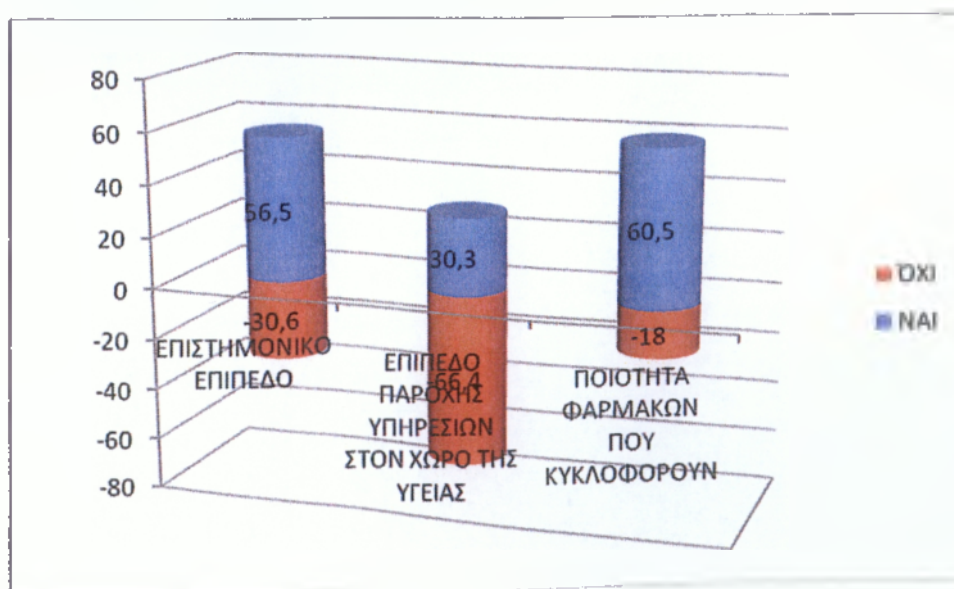
Οι πολίτες παρά τα πολλά λεφτά που δαπανά το κράτος για την υγεία δεν είναι ικανοποιημένοι όπως προκύπτει και από ερευνά που δημοσίευσε η εταιρία ALCO το 2010 οι Έλληνες πολίτες δεν είναι ικανοποιημένοι από το ΕΣΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



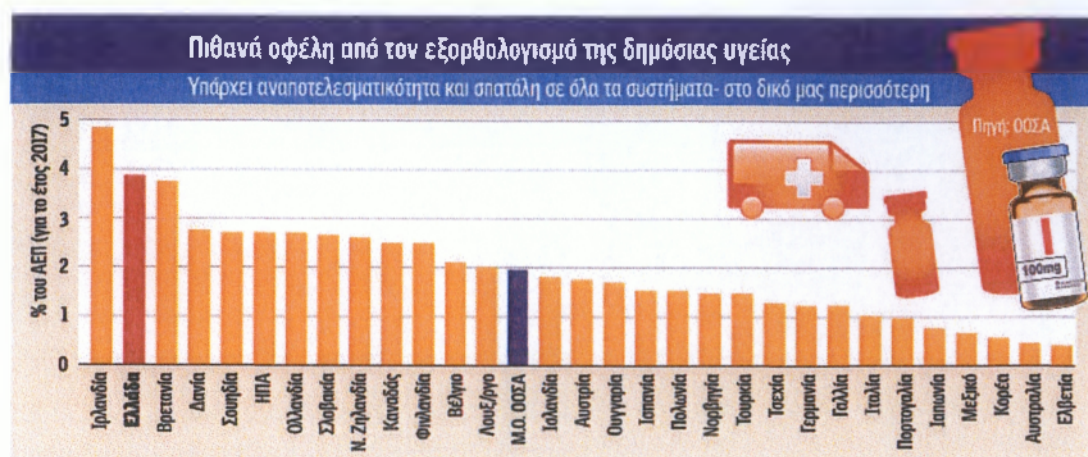
ΓΡΑΦΗΜΑ 5. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Όπως παρατηρούμε παρακάτω είναι δυσαρεστημένοι με το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το ποιότητα των φαρμάκων που κυκλοφορούν και με το επιστημονικό επίπεδο

Ποιότητα των φαρμάκων που κυκλοφορούν και με το επιστημονικό επίπεδο



## ΓΡΑΦΗΜΑ 6



Πηγή oecd health data 2010

Στον παραπάνω γράφημα 6 παρατηρούμε ότι οι πολίτες στην Ελλάδα είναι οι δεύτεροι πιο δυσαρεστημένοι στον ΟΟΣΑ αρκετά πάνω από τον μέσο όρο αυτό οφείλεται στην σπάταλη που υπάρχει στον τομέα της υγείας στο μεγάλο ποσοστό παραοικονομίας που υπάρχει και στις μεγάλες λίστες αναμονής που υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία.

### ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Σιγάλας Ι. (1999) προσπαθώντας να συγκεντρώσει τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν οφέλη για τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

## **Οφέλη για τον ασθενή**

- *Υγειονομικά οφέλη.* Έχουν σχέση με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κ.λ.π.
- *Ψυχολογικά οφέλη.* Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών υγείας στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια της παραμονής του σε αυτή. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής είναι αναμφισβήτητη
- *Οικονομικά οφέλη.* Η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψής του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του που τον συνοδεύουν θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με τη βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. (Σιγάλας, 1999)

## **Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας**

Τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.ά.) συνίστανται κυρίως:

- Στην αποτελεσματικότητα του έργου τους
- Στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους
- Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους
- Στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος
- Στην μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί πάντα η ποιότητα (Σιγάλας, 1999).

### **Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας**

- *Οικονομικά οφέλη.* Οφείλονται στη μείωση του λειτουργικού κόστους, αφού η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, πόροι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για έρευνα, για βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού κ.λ.π.
- *Λειτουργικά οφέλη.* Συνοδεύουν τον δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησης της μονάδας.
- *Αναγνώριση και φήμη.* (Σιγάλας)

### **Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία**

- *Υγειονομικά οφέλη.* Έχουν σχέση με τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών.
- *Οικονομικά οφέλη.* Έχουν σχέση με τον περιορισμό του ύψους των δαπανών τους.
- *Κοινωνικά οφέλη.* Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση που προσφέρει στους ασφαλισμένους τους η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. (Σιγάλας, 1999)

### **Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο**

- *Οικονομικά οφέλη.* Οφείλονται στην περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα της υγείας και στον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, δηλαδή στη συντόμευση του χρόνου παραμονής τους ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και γενικά στη συντόμευση της διάρκειας της ασθένειάς τους.
- *Υγειονομικά οφέλη.* Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και περιορίζεται συνακόλουθα ο χρόνος αναμονής των ασθενών για την αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, οδηγεί σε οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου, όπως και σε

υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.

- Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας.
- Βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. (Σιγάλας, 1999)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η Κοινωνική ασφάλιση παρουσιάστηκε στην χώρα μας σαν θεσμός με τη δημιουργία του ΝΑΤ (Ναυτικό απομαχικό ταμείο) το 1836 το οποίο άρχισε να λειτουργεί μερικές δεκαετίες αργότερα το 1861. Ακολούθησε η δημιουργία αντιστοίχων οργανισμών από άλλες κατηγορίες εργαζομένων όπως οι μεταλλωρύχοι (1882) οι σιδηροδρομικοί (1907) κ.α.

Στα πρώτα του στάδια ο σκοπός του θεσμού ήταν η προστασία των επιζώντων των οικογενειών των εργαζομένων μετά τον θάνατο των τελευταίων ενώ σταδιακά εξελίχτηκε στη σημερινή του μορφή με την κάλυψη κατά των κινδύνων γήρατος αναπηρίας και θανάτου. Το επόμενο βήμα στην εξέλιξη του θεσμού έγινε το 1861 όταν το κράτος ανέλαβε την προστασία των δημοσίων υπαλλήλων και των στρατιωτικών με την χορήγηση σύνταξης στις κατηγορίες αυτές. Ταυτόχρονα έχουμε την εισαγωγή του θεσμού της επικουρικής ασφάλισης και τη δημιουργία του μετοχικού ταμείου στρατού και του μετοχικού ταμείου πολιτικών υπαλλήλων.

Οι προσανατολισμοί του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης εκείνη την περίοδο φαίνεται να είναι προς την κατεύθυνση της διατήρησης της δημόσιας διοίκησης και της δημιουργίας κοινωνικών- ασφαλιστικών αρχών στις επαγγελματικές ομάδες που σχετιζόταν με τον στρατό τον κλήρο και τον τομέα των κατασκευών βασικών έργων υποδομής.

Οι νέες συνθήκες που δημιουργήθηκαν με την εγκατάσταση προσφύγων από την Μικρά Ασία και την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας οδήγησαν έπειτα από μια σειρά κινητοποιήσεων στην ψήφιση νόμου (2868/1922) με τον οποίο θεσπίζονταν η υποχρεωτική ασφάλιση μισθωτών κατά κλάδους η επιχειρήσεις η όποια εξασφαλιζόνταν από την ίση εισφορά εργοδοτών και εργαζομένων. Το πρόβλημα μάλιστα της υγειονομικής φροντίδας των προσφύγων ήταν τόσο μεγάλο ώστε η κυβέρνηση με τον Ν.Δ της 13/12/1922 σύνεστησε το υπουργείο υγιεινής πρόνοιας και αντιλήψεως το οποίο είχε ευρύτερες αρμοδιότητες από το προγενέστερο του (1918) υπουργείο περιθάλψεως.



Η όλη διαδικασία της ίδρυσης ασφαλιστικών ταμείων αυτοτελών εργαζομένων ξεκίνησε το 1925 με τη σταδιακή ασφάλιση διαφόρων επαγγελματικών ομάδων όμως ο αριθμός των ασφαλισμένων ήταν περιορισμένος μιας και μεγάλες κατηγορίες εργαζομένων όπως οι εργάτες γης ή όσοι εργάζονται σε περιοχές όπου ο θεσμός δεν είχε ακόμη εφαρμοστεί παρέμεναν εκτός κοινωνικής ασφάλισης παρά λοιπόν την δημιουργία ταμείων ενώ το 1925 λειτουργούσαν 21 ασφαλιστικοί φορείς με κάλυψη 17.000 ατόμων η κατάσταση το 1934 είχε διαμορφωθεί σε ποσοστό 9% (208.911) επί του συνολικού αριθμού των εργαζομένων (2.300.000)

Επίσης η ασφαλιστική κάλυψη στην Ελλάδα αφορούσε στον τομέα των συντάξεων ενώ πρόσθετες παροχές χορηγήθηκαν μόνο έπειτα από τη δημιουργία των οργανισμών επικουρικής ασφάλισης το 1925. Η σκοπιμότητα της ίδρυσης των φορέων αυτών είχε να κάνει με την παροχή συμπληρωματικών παροχών σε χρήμα σε συγκεκριμένες κατηγορίες μισθωτών.

Το προφίλ ωστόσο του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας και ειδικότερα σχετικά με την κάλυψη της μεγάλης ομάδας των ανασφάλιστων μισθωτών δεν μεταβλήθηκε παρά με τη σύσταση του ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων την 1/12/1937 με την οποία επιτεύχθηκε η γενίκευση της ασφάλισης των μισθωτών του αστικού πληθυσμού στους κλάδους σύνταξης και ασθένειας .

Ο περιορισμός της εφαρμογής του μέτρου στις αστικές περιοχές ήταν αποτέλεσμα των τεχνικών δυσχερειών που παρουσιάζονταν σχετικά με την είσπραξη των εισφορών αλλά και στην απονομή των παροχών σε απομακρυσμένες περιοχές σταδιακά βεβαία έπειτα από μια σειρά κανονιστικών διατάξεων η ασφάλιση του ΙΚΑ επεκτάθηκε και σε ημιαστικά κέντρα καθώς και σε άλλες περιοχές με έντονα στοιχεία οικονομικής δραστηριότητας

Η κατάσταση λοιπόν που επικρατεί στον χώρο της κοινωνικής ασφάλισης στην χώρα μας μέχρι της αρχής της μεταπολεμικής περιόδου χαρακτηρίζεται από την ανισότητα των παροχών αλλά και των προϋποθέσεων για την απονομή τους ενώ παρά την έντονη δραστηριότητα του μεσοπόλεμου η κάλυψη εκτείνεται μόνο στο μισό περίπου του συνολικού πληθυσμού της χώρας και αφορά σε στοιχειώδη κάλυψη για του τομείς των βασικών κινδύνων (ασθένειας ,γήρατος ,αναπηρίας , κλπ)

Ο ασφαλιστικός χάρτης της χώρας μας άλλαξε με δυο σημαντικά μέτρα με τα οποία η ασφαλιστική κάλυψη σε δυο τομείς που μέχρι τότε παρέμεναν ακάλυπτοι. Αρχικά (1945) με την ίδρυση του Οργανισμού Ανεργίας εγκαινιάστηκε η κάλυψη κατά του κινδύνου ανεργίας η οποία βεβαία αρχικά περιοριζόνταν στους μισθωτούς των βιομηχανικών επιχειρήσεων για να επεκταθεί το 1949(ΝΔ 225/49) σε όλους τους μισθωτούς.

Στη συνέχεια (1961) μετά από μια προσπάθεια που ξεκίνησε το 1955 είχαμε τη ψήφιση του Ν. 4169/61 «περί δημιουργίας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων» ΟΓΑ με τον όποιο οι αγρότες και τα μέλη των οικογενειών τους απέκτησαν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και παροχές συντάξεων σε περίπτωση γήρατος αναπηρίας η θανάτου .Με τη σύσταση του ΟΓΑ η ασφαλιστική κάλυψη επεκτάθηκε στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας ενώ η προσπάθεια για καθολική ασφάλιση ολοκληρώθηκε σταδιακά με τη διεύρυνση της προστασίας του ΟΓΑ με το Ν.1296/82 η ασφάλιση του ΟΓΑ επεκτάθηκε στον υπερήλικο πληθυσμό και με τον Ν 1287/82 στις αγρότισσες και του ΙΚΑ όπου με τον Ν1305/82 η ασφάλιση του ΙΚΑ γενικεύτηκε σε όλη την επικράτεια καθώς και με την επέκταση της ασφαλίσεις σε νέες κατηγορίες δικαιούχων όπου το 1984 ενταθήκαν στους δικαιούχους οικογενειακών επιδομάτων οι σύζυγοι στρατευμένων, φυλακισμένων , η επαναπατρισθέντων συζύγων ενώ λίγο αργότερα ψηφίστηκε νόμος για την διεύρυνση της κάλυψης για ανεργία Ν (1545/85)

Τέλος οι εξελίξεις στον χώρο των κοινωνικών ασφαλίσεων στην χώρα μας ολοκληρώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 με την ίδρυση του υπουργείου κοινωνικών ασφαλίσεων με τον Ν1266/82 και την παράλληλη σύσταση μιας σειράς από φορέων όπως το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Ν1278/82) καθώς και ο Εθνικός Οργανισμός Φάρμακου η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία και η Κρατική Φαρμακαποθήκη που ιδρύθηκαν με τον Ν1316/83 ενώ η δημιουργία του ΕΣΥ το 1983 με τον Ν 1398/83 σηματοδότησε την αναμόρφωση στον τομέα υγείας που ακολούθησε .

Συνοπτικά μελετώντας την χρονολογική σειρά με την οποία ιδρύθηκαν οι ασφαλιστικοί φορείς στη χώρα μας πίνακας διαπιστώνουμε περισσότερο την τάση για ικανοποίηση των αναγκών συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων οι οποίες

συνδέονταν με τη διαχείριση της κρατικής εξουσίας (π.χ. στρατιωτικοί ) παρά την ουσιαστική κάλυψη των εργαζομένων με την μεγαλύτερη ανάγκη )

## ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Α) Οργάνωση και διοίκηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα

Η Πολλαπλότητα των φορέων χαρακτηρίζει την κοινωνική ασφάλιση δημόσιου χαρακτήρα στην Ελλάδα. Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης αναφέρονται είτε στην επαγγελματική ομάδα είτε στο είδος παροχής. Όλοι αυτοί οι φορείς είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου .Υπάρχει βέβαια και η ιδιωτική ασφάλιση που πολλές φορές λειτουργεί συμπληρωματικά στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης.

Οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης δημοσίου χαρακτήρα διακρίνονται ανάλογα με τις παροχές του σε πέντε κατηγορίες:

1. κύριας ασφάλισης (παρέχουν επικουρική σύνταξη )
2. ασθενείας (παρέχουν περίθαλψη)
3. προνοίας (παρέχουν εφάπαξ βοηθήματα και άλλου είδους προνοιακή φροντίδα)
4. αλληλοβοηθείας (παρέχουν συμπληρωματικές παροχές)
5. Στο υπουργείο εθνικής άμυνας υπάγονται

Ανάλογα με την επαγγελματική ομάδα την οποία ασφαλίζουν οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης κατατάσσονται βάσει του αριθμού των ασφαλισμένων για κύρια ασφάλιση το 1988 ως ακολούθως (οι εν λόγω φορείς ανήκουν στο Υ.Υ.Π.Κ.Α και δεν αναφέρονται τα ταμεία αλληλοβοηθείας)''

48. Εργάτες και ιδιωτικοί υπάλληλοι ιδιωτικού δικαίου 1.767.586

16. Προσωπικό τραπεζών 29641

4. Προσωπικό Δημοσίων Επιχειρήσεων 70857

7. Ανεξάρτητων επαγγελματιών 666.187

55. Ελεύθεροι επαγγελματίες 145503

6 Προσωπικού τύπου 8.695

1. αγροτών 1.605.000

1. κληρικών 11.000

24. επικουρικοί δημοσίων υπαλλήλων

Συνολικά οι φορείς είναι 162 και οι ασφαλισμένοι τους ανέρχονται σε 4.517.067

Η πολυμορφία και η πολλαπλότητα των φορέων κοινωνικής ασφάλισης προκαλεί πολλές φορές το αίσθημα της άνισης μεταχείρισης των ασφαλισμένων σε φορείς μικρότερης κοινωνικής –οικονομικής σημασίας τα λεγόμενα ευγενή ταμεία το φαινόμενο αυτό δημιουργεί επίσης προβλήματα ενιαίου προγραμματισμού στον χώρο της κοινωνικής προστασίας και αυξάνει το κόστος λειτουργίας της διοίκησης των φορέων με αποτέλεσμα να διογκώνεται το συνολικό κόστος λειτουργίας αυτών.

ΟΙ ΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ (ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ) ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης

#### **Ασφάλιση**

Οι διακυμάνσεις στον τομέα της απασχόλησης επηρεάζουν και τις εξελίξεις στον ασφαλιστικό τομέα. Η γήρανση του πληθυσμού, η συνεχώς φθίνουσα αναλογία του πληθυσμού σε παραγωγική ηλικία ,καθώς και το πρόβλημα της εισφοροδιαφυγής, επηρεάζουν αρνητικά την δυναμική του ασφαλιστικού συστήματος. Προβλέπεται μάλιστα ότι ο αριθμός των ατόμων σε ηλικία συνταξιοδότησης θα αυξηθεί μέχρι το 2040 κατά 50%, συγκριτικά με το 2000, την ίδια στιγμή που ο αριθμός των ατόμων που θα είναι σε ηλικία εργασίας προβλέπεται να μειωθεί κατά 13%. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την δραματική μείωση των εργαζομένων προς συνταξιούχους σε 1,2 έως το 2040, από 1,8 που είναι σήμερα. Οι εξελίξεις στον νευραλγικό χώρο της ασφάλισης στην χώρα μας, παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Ηλικιακή Δομή στην Ελλάδα και πρόβλεψη της έως το 2050

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	1981	1991	2001	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	23,7	19,20	15,20	14,10	13,50	12,20	11,90	12,10
15-65	63,60	67,10	68,10	67,4	66,20	64,50	60,30	56,40
65+	12,70	13,70	16,70	18,50	20,30	23,30	27,80	31,50

ΠΗΓΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

Στον παραπάνω πίνακα16 παρατηρούμαι ότι τα παιδιά μέχρι 14 ετών θα φτάνουν μόλις το 12% (από το σημερινό 14.1%)ενώ οι άνω των 65 ετών θα αγγίζουν το 31.5% του πληθυσμού(18.5%) σήμερα. Εν ολίγοις, οι πρόσφατοι υπολογισμοί δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι «γηραιότεροι γηραιοί» θα αυξάνουν ταχύτατα σε σχέση με τους νέους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Εξέλιξη Σχέσης Συνταξιούχων προς Ασφαλισμένους κατά ομάδα απασχόλησης (Κύριας Ασφάλισης)

	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*
1980	4.02	1.75	5.80	3.77	4.26	2.53	2.44		3.16
1990	2.81	1.60	3.8	4.26	5.02	2.59	1.72		2.88
2000	2.25	1.20	1.27	3.12	4.79	4.79	0.83	10.02	1.81
2001	2.26	1.21	1.18	3.14	4.83	5.19	0.86	9.13	1.79
2002	2.19	1.06	1.12	3.13	4.97	5.41	0.61	8.90	1.53
2003	2.19	1.08	1.08	3.11	5.02	5.53	0.86	7.74	1.80
2004	2.17	1.03	1.09	3.08	2.12	5.56	0.86	8.03	1.79
2005	2.17	0.9	0.94	2.99	5.29	5.59	0.83	7.92	1.77
2006	2.11	0.9	0.86	2.94	5.2	4.61	0.84	8.00	1.75
2007	2.06	0.86	0.78	2.79	5.14	4.08	0.84	7.41	1.71

Πηγή κοινωνικοί προϋπολογισμοί 2008

(1)\*: Φορείς Ασφάλισης Εργατών και Επαλλήλων Ιδιωτικού Δικαίου.

(2)\*: Φορείς Ασφάλισης Προσωπικού Τραπεζών.

(3)\*: Φορείς Ασφάλισης Προσωπικού Δημοσίων Επιχειρήσεων.

(4)\*: Φορείς Ασφάλισης Ανεξάρτητων Επαγγελματιών.

- (5)\*: Φορείς Ασφαλίσεως Ελευθέρων Επαγγελματιών.
- (6)\*: Φορείς Ασφαλίσεως Προσωπικού Τύπου.
- (7)\*: Φορείς Ασφαλίσεως Αγροτών.
- (8)\*: Ταμεία Δημοσίων Υπαλλήλων
- (9)\*: Σύνολο Ομάδων (Σύνολο Συνταξιούχων προς Ασφαλισμένους).

Στον παραπάνω πίνακα 17 παρατηρούμε ότι μειώνεται η σχέση μεταξύ συνταξιούχο και ασφαλισμένων και βλέπουμε ότι από το 1980 έως το 2006 έχει υποχωρήσει από το 3,16 στο 1,70. Πέρα από το καλό νέο ότι τον εικοστό πρώτο αιώνα θα ζούμε περισσότερο, αυτή η εξέλιξη είναι ικανή από μόνη της να προκαλέσει το δέος μας. Η πληθυσμιακή γήρανση θα δημιουργήσει σοβαρά δημοσιονομικά προβλήματα, καθώς θα οδηγήσει μοιραία σε αύξηση του κόστους υποστήριξης των ηλικιωμένων (κυρίως σε συντάξεις και υπηρεσίες υγείας). Δεν είναι λίγοι εκείνοι που πιστεύουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα θα καταλήξουν να «καταβροχθίζουν» τα ίδια τους τα παιδιά.

Αναπόφευκτα, η δυσοίωνα προοπτική μιας γερασμένης κοινωνίας γίνεται μέρος της δημόσιας συζήτησης για το Ασφαλιστικό. Η προσδοκώμενη αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που θα διατίθεται για τις συντάξεις, ως φυσική συνέπεια της επιδείνωσης της σχέσης ασφαλισμένων/συνταξιούχων, μετατρέπεται σε μόνιμη επωδό όλων των μεταρρυθμίσεων του συνταξιοδοτικού μας συστήματος. Από την πλευρά της, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σχεδόν «απαιτεί» τη δίχως οποιαδήποτε άλλη ολιγωρία αντιμετώπιση του δημόσιου κόστους που θα προκαλέσει μακροπρόθεσμα η γήρανση του πληθυσμού.

Θα πρέπει ωστόσο να διακρίνουμε τους υπαρκτούς κινδύνους από την κινδυνολογία. Θα λέγαμε ότι το δημογραφικό πρόβλημα από πρόκληση για τις σύγχρονες κοινωνίες έχει μετατραπεί σε ιδεολογικό εργαλείο επιβολής οικονομικών και κοινωνικοασφαλιστικών πολιτικών. Με τη δραματοποίηση του προβλήματος επιδιώκεται η συντηρητική αναδίπλωση των ασφαλισμένων προκειμένου να αποδεχτούν, «σαν έτοιμοι από καιρό», οποιαδήποτε θυσία. Πρυντανεύει, δηλαδή, η λογική τού «να περισώσουμε ό,τι μπορούμε» (ΑΙΓΤΕΛΟΥ ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΑ 3-5-2007), 3,16 στο 1,70

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού και οι επιπτώσεις του στην κοινωνία, στην οικονομία, στην κοινωνική ασφάλιση και τις υπηρεσίες υγείας, έχει επισημανθεί με έμφαση και από μακρού, από την επιστημονική κοινότητα και του διεθνείς οργανισμούς (UN, WHO, OECD, EU).

Παρά το γεγονός αυτό, οι αναγκαίες πολιτικές για την αντιμετώπισή του έχουν αποδειχτεί μερικού και αποσπασματικού χαρακτήρα και ως εκ τούτου ατελέσφορες. Όμως οι επιδράσεις της δημογραφικής γήρανσης εξακολουθούν να διευρύνονται και να επιδεινώνονται με δυσμενείς επιπτώσεις στην οικονομική ανάπτυξη, στην ανανέωση της αγοράς εργασίας, στην ισορροπία των προϋπολογισμών της κοινωνικής ασφάλισης και το κόστος της ιατρικής περίθαλψης.

Είναι ευρέως γνωστή και επαρκώς τεκμηριωμένη η θέση ότι η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού συνιστά το αναγκαστικό αποτέλεσμα της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης των δεικτών γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης του πληθυσμού. Σύμφωνα με τις διαθέσιμες στατιστικές σειρές (OECD, EU, UN) το προσδόκιμο επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται ραγδαία βελτίωση και στις αναπτυσσόμενες χώρες -κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Παράλληλα, οι δείκτες γονιμότητας βρίσκονται σε δραματική πτώση στις χώρες του ΟΟΣΑ και κυμαίνονται σήμερα στο 1,6 ανά γυναίκα (σαφώς μικρότερο του 2,1, το οποίο αποτελεί κρίσιμο μέγεθος για την πληθυσμιακή σταθερότητα), ενώ ανάλογες τάσεις παρατηρούνται και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Κατά συνέπεια, στη χώρα μας, για παράδειγμα, το τμήμα του πληθυσμού άνω των 65 ετών διογκώνεται ούτως ώστε από 17,5% σήμερα, να υπερβεί το 22% το 2020 και να προσεγγίσει το 35% το 2050. Πρόκειται για φαινόμενα μείζονος δομικού χαρακτήρα, τα οποία επιδρούν στο σύνολο του κοινωνικού και οικονομικού βίου και απαιτούν απαντήσεις διαρθρωτικής φύσης μεγάλης κλίμακας.

Στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, η δημογραφική γήρανση έχει πολλαπλές και δραματικές επιπτώσεις: στο επίπεδο υγείας και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, στην ασφαλιστική κάλυψη και το κόστος της ιατρικής περίθαλψης.

Είναι γνωστό ότι η γήρανση του πληθυσμού έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στο επιδημιολογικό και νοσολογικό πρότυπο με επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων (ισχαιμική καρδιοπάθεια, διαβήτης, υπέρταση, νοσήματα των αγγείων του εγκεφάλου, νεοπλάσματα), τα οποία αφενός έχουν μεγάλο χρόνο επώασης για να αναδειχθούν στην ύστερη μέση και τρίτη ηλικία και αφετέρου εμφανίζουν μακροχρόνια διαδρομή, στη διάρκεια της οποίας η ιατρική παρακολούθηση και η θεραπευτική αγωγή οφείλει να είναι διαρκής, μακρά και δαπανηρή.

Η διατύπωση αυτή είναι αληθής και πραγματική και παραπέμπει στη μεγάλη αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης, ούτως ώστε το τμήμα του πληθυσμού άνω των 65 ετών να έχει υψηλότερη κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας (3.0:1 έως 4.1:1) σε σχέση με τη συνολική κατανάλωση ή/και ακόμα σε σύγκριση με την ιατρική κατανάλωση του πληθυσμού 0-65 ετών (5.0:1 έως 8.0:1).

Συμπερασματικά, η δημογραφική γήρανση σε συνδυασμό με την υψηλή επίπτωση των χρόνιων νοσημάτων αλλά και την ανεξέλεγκτη χρήση της υψηλής βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας απαιτεί πρόσθετη δαπάνη και δεσμεύει σπάνιους υγειονομικούς πόρους.

Υπό το πρίσμα αυτό, είναι προφανές ότι η δυνατότητα πλήρους και καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού τίθεται σε επανεξέταση, δεδομένου ότι η προκαλούμενη ανισορροπία στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών σχημάτων σε συνδυασμό με τις αλλαγές στην οργάνωση της παραγωγής και την αγορά εργασίας αναδεικνύουν το ζήτημα σε πρώτιστο πρόβλημα της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, το οποίο επιδεινώνεται διαρκώς εξαιτίας της ανορθόλογης χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας και τη μονοπωλιακή παρουσία στις υγειονομικές αγορές του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος.

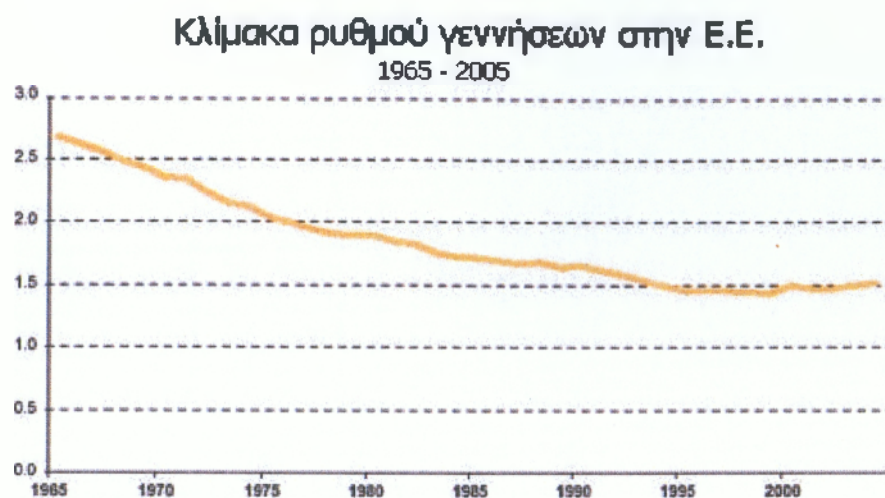
Η συνδυαστική δράση των φαινομένων αυτών έχει προκαλέσει εκρηκτική διόγκωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών εξαιτίας της σημαντικής αύξησης της τελικής ιατρικής κατανάλωσης και της ανόδου των τιμών και ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών (εισαγωγή και διάχυση τεχνολογίας).



Όπως είναι προφανές οι μεταβολές στη δημογραφική δομή θέτουν κρίσιμα ερωτήματα για την οικονομική και κοινωνική πολιτική -και ιδιαίτερα για την ασφάλιση υγείας και τις πολιτικές υγείας. Η απάντηση στα ζητήματα αυτά, ιδίως στον παραγωγικό σχηματισμό και την αγορά εργασίας, προσδιορίζεται από το ευρύτερο πλαίσιο της οικονομίας και της πολιτικής σε διεθνή κλίμακα. Όμως το μείζον ζήτημα εντοπίζεται στην κοινωνική πολιτική, δεδομένου ότι ιστορικά το παραδοσιακό «κράτος πρόνοιας» συνιστά ένα σύστημα διαγενεακής και ενδοοικογενειακής μεταβίβασης πόρων στη βάση ενός είδους «κοινωνικού συμβολαίου» μεταξύ των γενεών. Η δημογραφική γήρανση και οι επιπτώσεις της θέτουν σε επαναδιαπραγμάτευση τους όρους του συμβολαίου αυτού και κατευθύνουν προς την ανάγκη μειζόνων διαρθρωτικών αλλαγών, οι οποίες συνδέουν την οικονομία και την κοινωνική πολιτική με την αγορά εργασίας και τις πληθυσμιακές πολιτικές. Ειδικότερα, στον υγειονομικό τομέα, η διεθνής εμπειρία έδειξε την αναγκαιότητα επαναπροσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας προς την κατεύθυνση ελέγχου της μονοπωλιακής δύναμης του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος με την επιβολή κανόνων στην πλευρά της προσφοράς και ταυτόχρονα την ενδυνάμωση της πλευράς της ζήτησης και της ασφάλισης υγείας, ώστε να επιτευχθεί η αναγκαία χρηματοοικονομική ισορροπία και η διανεμητική δικαιοσύνη -προαπαιτούμενα για την επίτευξη της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας.( ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ 2-9-2009)

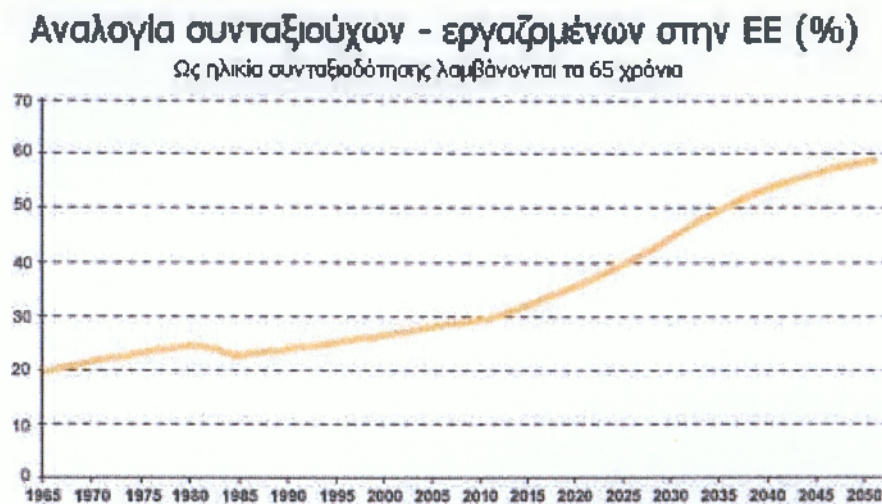
Το πρόβλημα σχετικά με το ασφαλιστικό απασχολεί όλη την Ευρώπη και θα την απασχολήσει περισσότερο τα επόμενα χρόνια καθώς όπως παρατηρούμε από τα παρακάτω γραφήματα 7 και 8 ο αριθμός γεννήσεων στην Ε.Ε τα τελευταία χρόνια μειώνεται από 2,59 το 1965 στο 1,4 το 2005 που σε συνδυασμό με την αύξηση στην αναλογία συνταξιούχων προς εργαζόμενους από 19% το 1965 προβλέπεται σε 59% το 2050 θα δημιουργήσουν προβλήματα στην βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων σε όλη την Ε.Ε

## ΓΡΑΦΗΜΑ 7



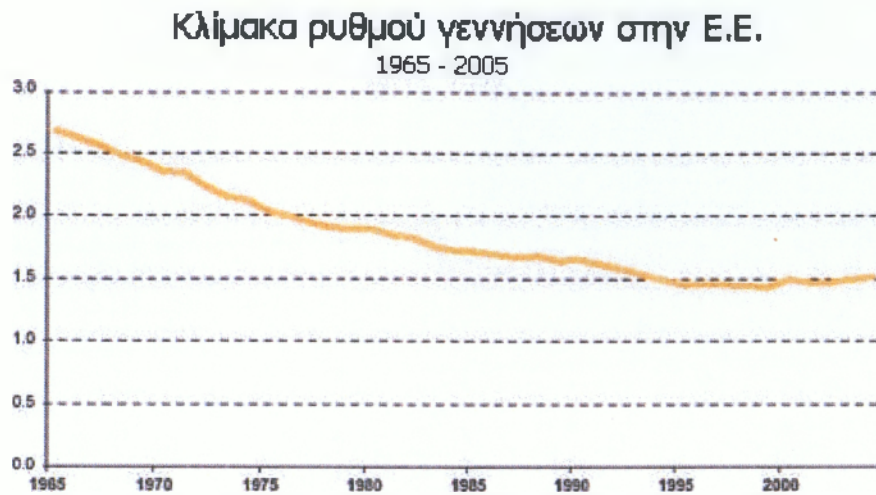
Πηγή eurostat

## ΓΡΑΦΗΜΑ 8



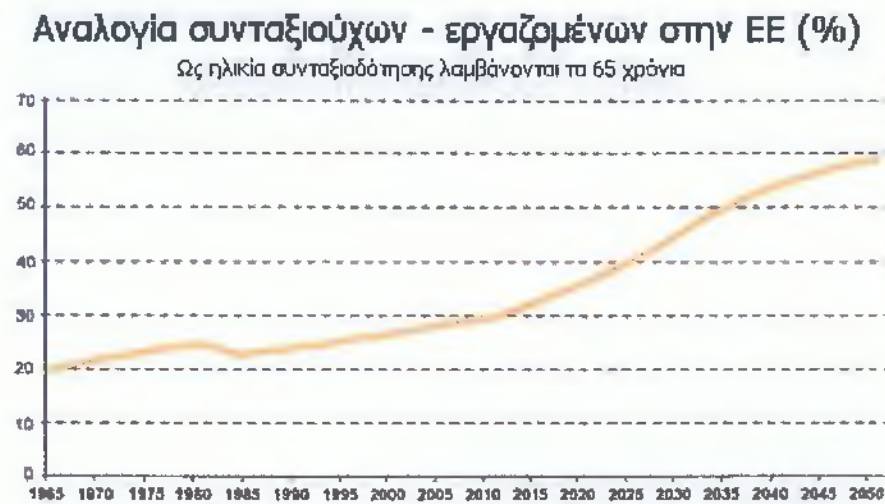
Πηγή eurostat

## ΓΡΑΦΗΜΑ 7



Πηγή eurostat

## ΓΡΑΦΗΜΑ 8



Πηγη eurostat

Στα παραπάνω γραφήματα 7 και 8 παρατηρούμε ότι μειώνεται ο ρυθμός γεννήσεων από το 1965 έως το 2005 και αυξάνεται η αναλογία συνταξιούχων προς εργαζόμενους στην Ε.Ε που θα ανέβει αρκετά ως το 2050 με αποτέλεσμα να υπάρξει πρόβλημα στην βιωσιμότητα αρκετών ασφαλιστικών ταμείων ιδίως αυτών που στηρίζονται στις εισφορές των εργαζομένων

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διαπιστώνεται πως το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μίγμα του δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και του δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου, ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα και άλλα στοιχεία. Η αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και η σύγκριση συστημάτων διαφορετικών χωρών, μπορεί να γίνει με τη μελέτη διαφόρων δεικτών υγείας. Τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. δείχνουν πως η χώρα μας έχει μειωμένες κατά κεφαλή συνολικές δαπάνες για την υγεία, που όμως είναι αρκετά μεγάλες ως % ποσοστό του Α.Ε.Π. Η Ελλάδα κατέχει την 2<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις 20 χώρες της Ε.Ε. στις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία και την 19<sup>η</sup> στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως % ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών (υγεία, παιδεία, άμυνα κτλ), την 1<sup>η</sup> θέση στις κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες υγείας ενώ η παραοικονομία στοιχίζει στο κράτος σημαντικά έσοδα. Φαίνεται πως η αύξηση του Α.Ε.Π. με την πάροδο των ετών συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση των δαπανών για την υγεία. Εκτός από τις μειωμένες δημόσιες δαπάνες και τις αυξημένες φαρμακευτικές δαπάνες, άλλη αδυναμία του ελληνικού συστήματος φαίνεται πως είναι ο ιατρικός πληθωρισμός που οδηγεί στην πρόκλητη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Στους υπόλοιπους δείκτες υγείας παρατηρείται μια τάση για μείωση των νοσοκομειακών κλινών σε όλη την Ευρώπη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας μείωση της βρεφικής θνησιμότητας και βελτίωση της νοσηρότητας της υγείας του πληθυσμού η βελτίωση των δεικτών προκύπτει οφείλεται κυρίως στα σύγχρονα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης και στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα παρά την βελτίωση υγείας του πληθυσμού οι ενδιάμεσες ηλικίες, δηλαδή οι κρίσιμες για την οικονομία της χώρας παραγωγικές ηλικίες, δεν παρουσιάζουν βελτίωση των δεικτών υγείας. Οι θάνατοι στις ηλικίες αυτές, που οφείλονται κατά 30-35% σε καρκίνους, κατά 25-30% σε παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος και κατά 20-25% σε ατυχήματα, δεν παρουσιάζουν μείωση την τελευταία 20ετία». Οι λόγοι είναι προφανείς. Οι θάνατοι στις ηλικίες αυτές μπορούν, κατά βάση, να αποφευχθούν με την πρόληψη. Και η πρόληψη στη χώρα μας αποτελεί υποβαθμισμένη προτεραιότητα τόσο για την πολιτεία όσο και για τους Έλληνες πολίτες. Είμαστε πρωταθλητές

Ευρώπης στο κάπνισμα, στα ατυχήματα, στα σκληρά ποτά στις νεαρές ηλικίες, στα παχύσαρκα παιδιά, στην έλλειψη φυσικής άσκησης και τελευταίοι στην οργάνωση. Οι Έλληνες πολίτες είναι δυσαρεστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας υπάρχει μεγάλη ανασφάλεια όσον αφορά την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας οι Έλληνες είναι οι πιο ανασφαλείς σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει επίσης υπάρχει το δημογραφικό πρόβλημα ειδικότερα στην Ελλάδα είναι μια γερασμένη χώρα και με τα χρόνια μειώνεται η αναλογία συνταξιούχων προς εργαζομένους με αποτέλεσμα πολλά ασφαλιστικά ταμεία να είναι υπερχρεωμένα.

Με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. η χώρα μας, έστω και καθυστερημένα, μπήκε σε μια διαδικασία σταδιακής και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξης. Όμως, παρά τη σημαντική ποσοτική και ποιοτική μεγέθυνση του υγειονομικού συστήματος της χώρας, αυτό εξακολουθεί να εμφανίζει αρνητικά φαινόμενα, στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες. Χρειάζεται να αντιμετωπιστεί η χαμηλή ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού, η υπερπροσφορά ή η έλλειψη σε συγκεκριμένους τομείς υγείας, η ανισοκατανομή του προσωπικού, η δημογραφικοί γήρανση, η ανάγκη για ανακατατάξεις σε εργασία και υπηρεσίες, η έρευνα των τάσεων που υπάρχουν στην αγορά εργασίας, η ανεξέλεγκτη δράση του ιδιωτικού τομέα και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος υγείας. Για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων, χρειάζονται άμεσες κρατικές παρεμβάσεις στην ανακατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, στην εκπαίδευση και επιμόρφωση του δυναμικού, στον εκσυγχρονισμό του εκπαιδευτικού συστήματος, στο σύστημα διοίκησης, στον έλεγχο της ιδιωτικής υγείας και του κόστους υγείας

- **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ**
- Αυγερινού, Α . Η Οικονομική Πολιτική στα Δημόσια Νοσοκομεία. Εφημερίδα «*Το Παρόν της Κυριακής*», Κυριακή 25 Ιουλίου 2010
- Δικαίος, Κ. και Χλέτσος, Μ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Β. Πολιτική Υγείας
- Δόλγερας, Α. Δαπάνη υγείας: ένα διπλό πρόβλημα Εκρηκτική Αύξηση : ηλεκτρονικό περιοδικό «*Μεταρρύθμιση*», [www.metarithmisi.gr](http://www.metarithmisi.gr)
- Δρούμπαλης, Φ διδακτικές σημειώσεις ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΣΤΑΣ
- Ελληνική εταιρία δημογραφικών μελετών [www.edim.gr](http://www.edim.gr)
- Θεοδώρου, Μ. και Μητροσύλη, Μ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Γ. Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
- Ζηλίδη, Χ Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας Εφημερίδα «*Το Βήμα*», 29 Μαΐου 2010 *κοινωνικοί προϋπολογισμοί 2008*,
- Κυριόπουλος, Γ. και Νιάκας, Δ. Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994. Κυριόπουλος, Γ Δημογραφική γήρανση και υπηρεσίες υγείας περιοδικό «*κοινωνική ευθύνη*», 2-9-2009
- Κωνσταντοπούλου, Α. Η πρόληψη στην υγεία στην Ελλάδα. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2005
- Λιακοπούλου, Θ. Πιο κοντά στην ευρωπαϊκή δημόσια υγεία. Εφημερίδα «*Καθημερινή*», 10 Μαρτίου 2007.
- Μαγριπλής, Δ. Διδακτικές σημειώσεις ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΣΤΑΣ
- Ματσαγγάνης, Μ. & Μητράκος, Θ. (1998), Κοινωνική Ασφάλιση και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Εισήγηση στο Ε΄ Συνέδριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής, ΙΜΟΠ, Μάιος 1998

- Μούρτου Ε. (2004), *Μέθοδοι αποζημίωσης θτων γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 14, Τεύχος 86, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004*
- Νικολόπουλος, Δ. Βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες. *Ιατρική, 1990, 57(1): 70-73.*
- Πισιμίσης, Θ Διδακτικές σημειώσεις ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
- Σιγάλας, Ι Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις
- Σίσκου, Ο. Η παραοικονομία στην υγεία. Διδακτορική διατριβή, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, 2006
- Σουλιώτης, Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση*  
Σουλιώτης, Κ., *Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία(;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή / Εφημερίδα «Ημερησία», Μάρτιος 2010 και διδακτικές σημειώσεις πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
- Τριχόπουλος, Δ. *Επιδημιολογία. Αρχές - Μέθοδοι – Εφαρμογές. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1982β.*
- Τσιωλη, θ «Ο φόβος της άσπρης μπλούζας», *Εφημερίδα «το βήμα» 9 Μαΐου 2010*
- Τούντας, Γ., (2001), (α) «Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα», *Ιατρική, 79 σελ. 215-217 και Ασκληπιακό πάρκο ιατρικής σχολής, οικονομία και υγεία 10/2/2007 / Καλλικράτης και στην Υγεία: Η Μόνη Λύση, Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», Δευτέρα 3 Μαΐου 2010*
- Στεργίου, Α «Δημογραφική γήρανση και ασφαλιστικό», *εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», 3 Μαΐου 2007*
- **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**
- eurostat 2010



- Jacobzone, S. **Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals.** OECD, *Labour Market and Social Policy - Occasional Papers*, 2000, No. 40.
- Kyriopoulos J, Tsalikis G., (1993), “Public and private imperatives of Greek healthN policies” *Health Policy*, 26:105–17
- Liaropoulos L., (1993), *Private Health Insurance in Greece*, Athens: Forum.
- Liaropoulos L., (1995), “Health services financing in Greece: a role for private healthinsurance” *Health Policy*, 34:53–62.
- Niakas, D. “The political economy of healthcare in Greece”,in: Thai, K., Wimberley, E. and MacManus, S. (eds), *Handbook of International Healthcare Systems.* Marcel/Dekker, New York, 2002
- Organization for Economic Co-operation and Development. 1992, 2009. <http://www.oecd.org>.
- Pappa, E. and Niakas, D. **Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area.** *BMC Health Services Research*, 2006, 6: 146.
- Tountas Y, Karnaki P, Pavi E., Souliotis, K., (2005), “The ‘Unexpected Growth of the Private Health Sector in Greece”, *Health Policy*, 75, σελ.167–180.