



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ”

Σπουδάστριες: Μητσάκου Ιωάννα

Λαμπαθάκη Μιχαέλα-Στέλλα

Επιβλέπων: Γεώργιος Μαυριδόγλου
Καθηγητής Εφαρμογών

Καλαμάτα 2012

Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε σε όλα τα πρόσωπα που συνέλαβαν στην ολοκλήρωση της εργασίας μας. Κατ' αρχήν, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειές μας για τη στήριξη που μας παρείχαν χωρίς την οποία η ολοκλήρωση της εργασίας δεν θα ήταν εφικτή. Επίσης, ευχαριστούμε τους εργαζόμενους όλων των φορέων και των βιβλιοθηκών στις οποίες απευθυνθήκαμε για την εξεύρεση του κατάλληλου υλικού. Τέλος ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον επόπτη καθηγητή μας κ. Μαυριδόγλου ο οποίος μας βοήθησε με προθυμία κάθε φορά που αντιμετωπίζαμε εμπόδιο ή δυσκολία στην εκπόνηση της εργασίας.

Οι κοινωνικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις που συντελούνται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, μεταβάλλουν σημαντικά το περιβάλλον των συστημάτων υγείας. Σε αυτό, λοιπόν, το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας ως βασικού παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, θα πρέπει να, αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους, ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα. Ο τομέας της υγείας δεν παύει να είναι ένας από τους σπουδαιότερους, ο κοινωνικός της χαρακτήρας είναι πάντοτε αδιαμφισβήτητος καθώς ο κάθε πολίτης έχει κατακτήσει το δικαίωμα στη φροντίδα υγείας.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, σκοπεύει να αναδείξει τις επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας καθώς και την εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Η επίτευξη του παραπάνω στόχου πραγματοποιείται μέσα από τα τέσσερα κεφάλαια, όπου θα αναλυθούν στοιχεία που αφορούν τόσο την οικονομική κρίση όσο και την επίδρασή της στα συστήματα υγείας. Στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύονται βασικά στοιχεία που αφορούν την οικονομική κρίση όπως όροι, φάσεις, βασικά χαρακτηριστικά της, αίτια που την προκαλούν καθώς και μια αναδρομή στους σημαντικότερους σταθμούς της οικονομικής κρίσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται δεδομένα των συστημάτων υγείας. Συγκεκριμένα, επιχειρείται μια εννοιολογική προσέγγιση, περιγράφονται οι βασικοί σκοποί και στόχοι των συστημάτων υγείας, οι ιδιαιτερότητες που εμφανίζουν, οι μορφές τους, οι βασικές πηγές χρηματοδότησής τους καθώς και μια ανάλυση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται συσχετισμός των δεδομένων της οικονομίας με τα συστήματα υγείας. Ειδικότερα, εξετάζεται η σχέση οικονομικής κρίσης και υγείας, η κρίση που διέρχονται τα συστήματα υγείας, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε όλα τα επίπεδα υγείας, το ελληνικό σύστημα υγείας, οι αδυναμίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και η οικονομική κρίση ως απειλή των συστημάτων υγείας σε επίπεδο κοινωνικής συνοχής. Στο τέταρτο κεφάλαιο, περιγράφονται βασικά στοιχεία των δαπανών υγείας στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς (δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π., ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας, φαρμακευτική δαπάνη). Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των εξαχθέντων συμπερασμάτων και προτάσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	vii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	3
1.1. Η έννοια του όρου οικονομική κρίση	3
1.2. Οι φάσεις του οικονομικού κύκλου	4
1.3. Αναδρομή στους σημαντικότερους σταθμούς της οικονομικής κρίσης	5
1.3.1. Η οικονομική κρίση του 1929.....	5
1.3.2. Η σύγχρονη οικονομική κρίση.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
2.1. Εννοιολογική προσέγγιση συστημάτων υγείας.....	12
2.2. Σκοποί και στόχοι του συστήματος υγείας	14
2.3. Βασικά χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας.....	15
2.4. Οι ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας.....	15
2.5. Μορφές συστημάτων υγείας	16
2.6. Πηγές χρηματοδότησης συστημάτων υγείας	21
2.7. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	28
3.1. Η σχέση οικονομίας και υγείας.....	28
3.2. Οι οικονομικοί πόροι των συστημάτων υγείας.....	29
3.3. Η κρίση των συστημάτων υγείας	30
3.4. Επίδραση της οικονομικής κρίσης στα επίπεδα υγείας.....	32
3.5. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	33
3.6. Αδυναμίες συστήματος υγείας στην Ελλάδα	34
3.7. Οικονομική κρίση ως απειλή των συστημάτων υγείας σε επίπεδο κοινωνικής συνοχής	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	38
4.1. Βασικά στοιχεία δαπανών υγείας.....	38
4.2. Οικονομική κρίση, περικοπές δαπανών και υγεία	39
4.3. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας.....	40
4.4. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών στην Ελλάδα και διεθνώς	40
4.5. Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π. στην Ελλάδα και διεθνώς	42
4.6. Ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς	44
4.7. Φαρμακευτική δαπάνη	50
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	53
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 4.1. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών	42
Πίνακας 4.2. Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π.	44
Πίνακας 4.3. Σύνολο κοινωνικών δαπανών (σε μονάδες εκατ.)	46
Πίνακας 4.4. Ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας.....	49
Πίνακας 4.5. Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό δαπανών υγείας.....	51

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1. Φάσεις του οικονομικού κύκλου.....	4
Διάγραμμα 4.1. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών.....	43
Διάγραμμα 4.2. Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π.	45
Διάγραμμα 4.3. Ελλάδα: ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας.....	50
Διάγραμμα 4.4. Ελλάδα: Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό δαπανών υγείας.....	52

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει και την ελληνική κοινωνία αποτελεί έναν παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές συνέπειες τόσο στο επίπεδο της συλλογικής λειτουργίας, όσο και στο ατομικό επίπεδο. Η προβληματική δομή και λειτουργία του ελληνικού κράτους εντείνει μάλιστα τις επιπτώσεις της κρίσης, φέρνοντας στην επιφάνεια τα συσσωρευμένα άλυτα ζητήματα στα οποία η ελληνική κοινωνία αδυνατούσε εδώ και πάρα πολύ καιρό, να λάβει το κόστος των προτεινόμενων λύσεων.

Αναλογιζόμενοι τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις που έχει γνωρίσει η υφήλιος τα τελευταία 100 χρόνια, από το Κραχ του 1929 έως και την ασιατική οικονομική κρίση του 1997 (κρίση που άρχισε στην Ταϊλάνδη με ταχύτατη υποτίμηση του της νομίσματος της – μπατ – εξαπλώθηκε στην ευρύτερη περιοχή) (Elliot & Ikemoto, 2004:1) αλλά και τις εγχώριες περιόδους οικονομικής δυσκολίας και ανέχειας, διότι η Ελλάδα ανήκει σε εκείνη την ομάδα των χωρών, όπου στην ιστορία τους, μπορεί κανείς να συναντήσει πληθώρα γεγονότων οικονομικών κρίσεων, είναι σίγουρο ότι η ανεργία, η ανασφάλεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός από την υγεία θα αυξηθούν και θα αποκτήσουν δραματικές διαστάσεις. Ειδικότερα, η χρηματοπιστωτική κρίση των τελευταίων ετών, έχει επηρεάσει την πραγματική οικονομία με αρνητικές συνέπειες σε όλο σχεδόν το φάσμα της υγείας στην Ελλάδα (Polyzos & Dikeos, 2010:1).

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα των δαπανών της υγείας για την Ελλάδα. Κάτω από τις παρούσες δυσμενείς οικονομικές συνθήκες ανακύπτουν μία σειρά από ζητήματα που αν αγνοηθούν υπάρχει κίνδυνος η οικονομική κρίση να διαφοροποιήσει την εικόνα της οικονομικής κατάστασης των συστημάτων υγείας καθώς μια απλή ανάλυση μπορεί να αναδείξει την σημαντικότητά της. Γεγονός που έχει γίνει πράξη στο παρελθόν σε πολλές χώρες του κόσμου, όπως η Κούβα, η Ρωσία (Borowy, 2011:1489), η Αργεντινή (Cavagnero & Bilger, 2010:479), η Ταϊλάνδη (Tangcharoensathien et al, 2000:789) και το Μεξικό (Cutler et al, 2002:279). Αλλά και στο πρόσφατο παρελθόν σε πλούσιες χώρες, όπως, η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Ηνωμένες Πολιτείες. Ακόμη και σε αυτές τις τρεις πλούσιες χώρες, η έκταση της οικονομικής κρίσης ήταν εκτεταμένη, με 2-5% πτώση σε πραγματικές τιμές του ετήσιου ΑΕΠ κατά την περίοδο 2008-2009, και η επίσημη ανεργία το 2009 στο 10,2% στις Ηνωμένες Πολιτείες, και περίπου στο 8% στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Σουηδία. Μια «φούσκα» στις τιμές των κατοικιών, αισθητή σε

πολλές χώρες για διάφορους λόγους, οδήγησε οικογένειες να χάσουν τα σπίτια τους με 4 εκατομμύρια κατασχέσεις για το 2009 στις ΗΠΑ, και μια αύξηση κατά 57% σε κατασχέσεις στην Αγγλία και την Ουαλία την περίοδο 2007 - 2009 (Karlan, 2012:643). Ο Karlan (2012) επισημαίνει ότι οι κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές οι οποίες διαφέρουν μεταξύ των χωρών μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

1.1. Η έννοια του όρου οικονομική κρίση

Η λέξη «κρίση» με την έννοια της δυσλειτουργίας ενός οργανισμού συναντάται για πρώτη φορά στην ιατρική επιστήμη. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, ο άνθρωπος βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης, όταν ασθενεί. Το 16^ο αιώνα χρησιμοποιείται ξανά ο όρος στις πολιτικές επιστήμες με την έννοια της δυσλειτουργίας των πολιτικών θεσμών. Από την πολιτική πέρασε στην οικονομική επιστήμη από το Μαρξ το 19^ο αιώνα και χρησιμοποιήθηκε, για να χαρακτηρίσει τη δυσλειτουργία της οικονομίας, κατά τη διάρκεια της οποίας παρατηρείται μεγάλης έκτασης καταστροφή των παραγωγικών δυνάμεων της οικονομίας (Θεοδώρου, 2009:1).

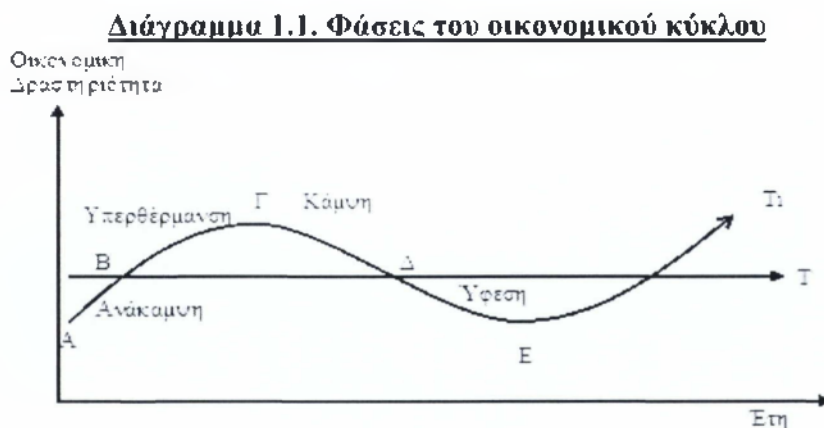
Στην ελληνική γλώσσα, ο όρος κρίση προέρχεται από το ρήμα κρίνω το οποίο χαρακτηρίζει μια μη κανονική κατάσταση. Μια κατάσταση κρίσιμη, δύσκολη και επικίνδυνη. Συγκεκριμένα κρίση είναι μία εκτροπή από την κατάσταση της κανονικότητας και μπορεί να προσλάβει διαβαθμίσεις αντικανονικότητας από μία κατάσταση μη ελεγχόμενων εκρηκτικών γεγονότων και μια κατάσταση του χάους και του πανικού. Συνεπώς, μία κρίση εμπεριέχει μια απειλή σχετικά με τους πόρους και τους ανθρώπους, την απώλεια του ελέγχου και ορατές ή αόρατες συνέπειες στους ανθρώπους, τους πόρους και τους οργανισμούς (Πανηγυράκης, 2001:23).

Η οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Ως οικονομική δραστηριότητα γίνεται αναφορά σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη. Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση. Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Οι Άγγλοι αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο *business cycles*, ακριβώς για να τονίσουν την

ιδιαίτερη βαρύτητα των επενδύσεων στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 έτη (Θεοδώρου, 2009:1).

1.2. Οι φάσεις του οικονομικού κύκλου

Στο διάγραμμα 1.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι φάσεις του οικονομικού κύκλου σχηματικά. Ένας κύκλος (ΑΕ) αποτελείται από την άνοδο ή οικονομική άνθηση (ΑΓ) και την κάθοδο ή οικονομική κρίση (ΓΕ). Τόσο η άνοδος όσο και η κάθοδος αποτελούνται από δύο επιμέρους φάσεις. Η άνοδος αποτελείται από την ανάκαμψη (ΑΒ) και την υπερθέρμανση (ΒΓ), ενώ η κάθοδος από την κάμψη (ΓΔ) και την ύφεση (ΔΕ) (Θεοδώρου, 2009:2).



Πηγή: Θεοδώρου, 2009

Η γραμμή T δείχνει τη μακροχρόνια εξέλιξη της οικονομικής δραστηριότητας της οικονομίας, αν δεν υπήρχαν οικονομικές διακυμάνσεις. Η γραμμή T1 δείχνει την πραγματική εξέλιξη της οικονομικής δραστηριότητας της οικονομίας. Επισημαίνεται ότι δεν πρέπει να παρασύρεται κάποιος από το σχήμα και να θεωρήσει ότι όλες οι φάσεις του κύκλου έχουν ίση χρονική διάρκεια. Δηλαδή δεν ισχύει $AB = BΓ = ΓΔ = ΔΕ$. Η φάση της ανάκαμψης μπορεί να διαρκέσει για παράδειγμα ένα χρόνο, ενώ η φάση της υπερθέρμανσης τρία έτη και αντίθετα. Κατά την άνοδο ΑΓ όλα τα οικονομικά μεγέθη εκτός της ανεργίας και των αποθεμάτων αυξάνονται. Στην αρχή (ανάκαμψη) με αργό ρυθμό και στη συνέχεια (υπερθέρμανση) με γρηγορότερο. Κατά τη κάθοδο ΓΕ όλα τα οικονομικά μεγέθη εκτός της ανεργίας και των αποθεμάτων μειώνονται. Στην αρχή

(κάμψη) με γρήγορο ρυθμό και στη συνέχεια (ύφεση) με αργότερο ρυθμό (Θεοδώρου, 2009:3).

Λαμβάνοντας υπόψη τα τρία βασικότερα μεγέθη της οικονομίας που είναι οι επενδύσεις, οι τιμές (πληθωρισμός) και η απασχόληση (ανεργία) τα κυριότερα χαρακτηριστικά των φάσεων είναι (Θεοδώρου, 2009:4): Ανάκαμψη, Υπερθέρμανση, Κάμψη και Ύφεση.

1.3. Αναδρομή στους σημαντικότερους σταθμούς της οικονομικής κρίσης

1.3.1. Η οικονομική κρίση του 1929

Η κρίση του 1929 αποτελεί, αναμφίβολα, τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση του 20^{ου} αιώνα. Επρόκειτο για διεθνή κρίση, κρίση της παγκόσμιας οικονομίας που οδήγησε στον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η κρίση ξεκίνησε και τότε, όπως και σήμερα, στη Νοτιοανατολική Ασία και συνεχίστηκε στη Λατινική Αμερική, πριν εκδηλωθεί στο επίκεντρό της, τις Η.Π.Α. Η ένταση και η έκταση της κρίσης πουθενά δεν πήρε τόσο μεγάλες διαστάσεις όσο στην ίδια την αμερικάνικη οικονομία. Η κρίση οδήγησε στην δραστική αναδιάταξη της ίδιας της αμερικάνικης κοινωνίας με το New Deal, που επακολούθησε από το 1933 μέχρι το 1937, και το οποίο άλλαξε ριζικά τις οικονομικές και κοινωνικές δομές της αμερικάνικης οικονομίας. Η κρίση του 1929 αφορά την περίφημη «Μαύρη Τρίτη», την 29^η Οκτωβρίου, όταν το Χρηματιστήριο της Νέας Υόρκης κατέρρευσε. Μέσα σε μία εβδομάδα χάθηκαν 30 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που τότε ήταν κατά 10 φορές μεγαλύτερο από τον ασθενικό ομοσπονδιακό προϋπολογισμό των Η.Π.Α., ενώ σε πραγματικά μεγέθη αντιπροσώπευε σχεδόν το ένα τρίτο του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος των Η.Π.Α. Το 1930, και αφού προηγουμένως το Χρηματιστήριο είχε ανακάμψει στα επίπεδα των αρχών του 1929, επακολούθησε μέχρι το 1933 η μεγαλύτερη οικονομική κρίση που γνώρισε ο κόσμος, καθώς οι Η.Π.Α. απώλεσαν το 30% του Α.Ε.Π., η ανεργία εκτοξεύτηκε στο 25% και το Χρηματιστήριο συνέχισε να πέφτει (έχασε το 89% της αξίας που είχε στα μέσα του 1929). Μάλιστα, το Χρηματιστήριο χρειάστηκε 20 έτη για να ανακάμψει στα επίπεδα αυτά, μόλις το 1954 (Galbraith, 2000:45).

Η σύνδεση των δύο φαινομένων, της κατάρρευσης δηλαδή του Χρηματιστηρίου το 1929 και της οικονομικής κρίσης που επακολούθησε το 1930 - 1933, αποτελεί επίμαχο θέμα στην εκτενή βιβλιογραφία, εξαιρετικά μεγάλη και συνεχώς διευρυνόμενη, για το ζήτημα αυτό. Το 1930-1933, αυτό που χαρακτήριζε τη διαδικασία επιδείνωσης της κρίσης

ήταν η κατάρρευση του τραπεζικού συστήματος των Η.Π.Α. Περίπου 5.000 τράπεζες κατέρρευσαν, κάτι που αντιστοιχεί στα δύο τρίτα των τραπεζών της εποχής. Οι Η.Π.Α., βέβαια, είχαν ένα ιδιόμορφο τραπεζικό σύστημα, με χιλιάδες τράπεζες διάσπαρτες στον αγροτικό χώρο και στις μεγάλες πόλεις, προσαρμοσμένες σε πολύ ειδικές ή τοπικές αγορές. Μετά την κρίση του 1907 είχαν γίνει προσπάθειες εισαγωγής ρυθμιστικών κανόνων, που κατέληξαν το 1919 - 1920 στην ίδρυση δώδεκα κεντρικών πολιτειακών τραπεζών, αποκλείοντας όμως τον κυβερνητικό έλεγχο, καθώς δεν ιδρύθηκε ομοσπονδιακή κεντρική τράπεζα. Η κεντρική τράπεζα των ΗΠΑ ιδρύθηκε τελικά με το New Deal, και χωρίς να καταργήσει τις πολιτειακές τράπεζες (ένα μοντέλο αντίστοιχο με το σημερινό στην Ε.Ε.) (Rothbard, 2002:84).

Τη δεκαετία του 1920 η νομισματική πολιτική εξαρτιόταν από τις διεθνείς ρυθμίσεις. Η διεθνής κατάσταση στον Μεσοπόλεμο ήταν πολύ ιδιόρρυθμη, και το διεθνές χρηματοπιστωτικό σύστημα δεν βρήκε ποτέ την ισορροπία του. Μέχρι πριν από τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, το διεθνές σύστημα εδραζόταν στον «κανόνα του χρυσού». Το 1925 η Βρετανία επανέφερε το μέτρο και επεδίωξε να το συνδέσει με μια υπερτιμημένη λίρα, που θα διασφάλιζε τον διεθνή ρόλο της βρετανικής λίρας ως αποθεματικό νόμισμα. Το πρόβλημα, φυσικά, ήταν η Γερμανία, και η επαχθής συνθήκη των Βερσαλλιών που ανάγκαζε τη Γερμανία να εξάγει βιομηχανικά προϊόντα και τα συναλλαγματικά κέρδη να τα παραδίδει στους «νικητές» (Αγγλία, Γαλλία και Ιταλία), στο πλαίσιο των πολεμικών αποζημιώσεων. Το θέμα αυτό είχε εγείρει σοβαρές ενστάσεις. Οι Η.Π.Α. είχαν αποποιηθεί τις αποζημιώσεις, ενώ ο Κέννυς υποστήριζε ότι, σε αντίθεση με το ιστορικό παρελθόν της ανθρωπότητας, από τούδε και στο εξής δεν θα έπρεπε ο ηττημένος ενός πολέμου να πληρώνει τον νικητή, αλλά ο νικητής τον ηττημένο. Αιτία ήταν ότι το βιομηχανικό σύστημα, σε αντίθεση με τα αγροτικά συστήματα του παρελθόντος, είναι αλληλεξαρτώμενο και καμία οικονομία δεν μπορεί να αναπτύσσεται σε βάρος της άλλης (Keynes, 1919:116).

Ο κρίσιμος κρίκος σ' αυτό τον διακανονισμό ήταν οι Η.Π.Α.. Οι Η.Π.Α. θα έπρεπε να δανείζουν πρώτα απ' όλα τη Γερμανία και να διατηρούν τη σχέση του χρυσού με το δολάριο, και τη σχέση βρετανικών και αμερικάνικων επιτοκίων σε επίπεδα που δεν θα οδηγούσαν στη φυγή του χρυσού από την Ευρώπη στις Η.Π.Α.. Μόνο που στις Η.Π.Α. το δολάριο ήταν άμεσα μετατρέψιμο σε χρυσό νόμισμα (άρα ευαίσθητο σε πανικό του κοινού), ενώ ο «κανόνας του χρυσού», όταν επανήλθε το 1925, στις 59 χώρες που τον ακολουθούσαν, αφορούσε κατά κανόνα τη χρήση του χρυσού μόνο στον διακανονισμό διακρατικών σχέσεων. Επιπρόσθετα, οι Η.Π.Α. συνέχιζαν να δανείζουν στη Γαλλία και

την Αγγλία, μιας και είχαν αρνηθεί να διαγράψουν τα προπολεμικά τους χρέη. Ο δανεισμός αυτός, από κοινού με τον δανεισμό προς τη Γερμανία, γινόταν από τις ιδιωτικές αμερικανικές τράπεζες και είχε οδηγήσει στη συσσώρευση τίτλων στο αμερικάνικο τραπεζικό σύστημα, τίτλων αμφιβόλου αξίας και υπόστασης. Όσο ανέβαινε το Χρηματιστήριο και η οικονομία, το πρόβλημα καλυπτόταν. Όταν όμως οι τίτλοι άρχισαν να προσαρμόζονται στα πραγματικά δεδομένα, η κατάσταση έγινε μη διαχειρίσιμη. Η αμερικάνικη κρίση του 1929 φαίνεται ότι συνδεόταν άμεσα ή και είχε τις ρίζες της στο «ευρωπαϊκό πρόβλημα» (Friedman et al. 1963:58).

Συνεπώς, το διεθνές σύστημα ήταν εξαιρετικά εύθραυστο. Η επιστροφή του «χρυσού κανόνα» έγινε σε μια περίοδο όπου το δίκτυο των εμπορικών συναλλαγών και το αντίστοιχο δίκτυο των χρηματικών ροών δεν μπορούσαν να ισορροπήσουν. Παράλληλα, η επιστροφή του «χρυσού κανόνα» θεωρείται ως βασική αιτία για την αδυναμία των κυβερνήσεων να αντιδράσουν στην κρίση του 1929. Ο κανόνας αυτός δέσμευε τη νομισματική πολιτική σε αντιπληθωριστική κατεύθυνση, ενώ ταυτόχρονα θεωρούσε τους ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς ως θέσφατο. Όταν χρειάστηκε να αλλάξει η εν λόγω πολιτική, λόγω των οικονομικών διακυμάνσεων και τελικά της ύφεσης, η προσαρμογή φάνταζε αδύνατη και, με πρώτη την Αγγλία, τα κράτη απλώς εγκατέλειψαν τον «χρυσό κανόνα» το 1931 (Kindleberger, 1973:88).

Πέρα από τους διεθνείς διακανονισμούς, οι Η.Π.Α. είχαν, βέβαια, τα δικά τους οικονομικά προβλήματα. Πρώτα απ' όλα, στον αγροτικό τομέα. Η πτώση των τιμών στις αρχές της δεκαετίας του 1920 οδήγησε εκατομμύρια αγρότες, όπως και τις τοπικές αγροτικές τράπεζες, στη χρεοκοπία. Η διέξοδος ήταν η ρύθμιση του αγροτικού τομέα. Κατά δεύτερον, οι Η.Π.Α. αντιμετώπισαν την εξαιρετική άνοδο του βιομηχανικού τομέα τους. Ένα κύμα τεχνολογικών καινοτομιών οδηγούσαν στην μαζική παραγωγή αυτοκινήτων, ραδιοφώνων και άλλων καταναλωτικών αγαθών, στην άνοδο της βαριάς βιομηχανίας και στις διάχυση της ηλεκτρικής ενέργειας. Αυτή η έκρηξη τροφοδότησε την ιδέα της συσσώρευσης χωρίς όρια, οδηγούσε στην πρώτη ορατή συγκρότηση της «καταναλωτικής κοινωνίας». Καταναλωτική κοινωνία σημαίνει, φυσικά, ανάμεσα στα άλλα, πίστη και δανεισμό. Αυτή η έκρηξη της βιομηχανίας και της κατανάλωσης παραπέμπει σε μια δεύτερη ομάδα ερμηνειών που θεωρούν ότι η κρίση του 1929 ήταν αποτέλεσμα της υπερσυσσώρευσης του κεφαλαίου, των υπερεπενδύσεων οι οποίες, σε συνδυασμό με την μικρή μόνο βελτίωση των μισθών από την έκρηξη αυτή, επιτάχυνε την αναντιστοιχία ανάμεσα στα διαθέσιμα μέσα παραγωγής και τις δυνατότητες κατανάλωσης των προϊόντων (Kindleberger, 1973:90-92).

Το άμεσο αποτέλεσμα της κρίσης ήταν η παγκόσμια κοινωνικοοικονομική εξαθλίωση. Μεγάλος αριθμός εργατών έμεινε άνεργος (1932), δεκατρία (13) εκατομμύρια στις Η.Π.Α. και έξι (6) στη Γερμανία. Μέσα σε αυτούς θα πρέπει να προστεθούν υπάλληλοι και διευθυντές στις επιχειρήσεις που έκλεισαν. Ακόμη οι έμποροι έβλεπαν τις πωλήσεις τους να μειώνονται, γιατί δυσκολεύονταν να πουλήσουν και οι πελάτες των ελεύθερων επαγγελμάτων συνεχώς ελαττώνονταν. Ακόμα και οι αγρότες παρά τη μείωση των τιμών που έκαναν δυσκολεύονταν να πουλήσουν τα προϊόντα τους. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω ήταν η έντονη αντίδραση των πολιτών εναντίων των κυβερνήσεων, τις οποίες θεώρησαν υπεύθυνες για την κρίση που ήταν αναγκασμένοι να αντιμετωπίσουν. Έτσι η αντίδραση τους αυτή πήρε τη μορφή διαδηλώσεων, έκαναν πορείες και οι συγκρούσεις των ανέργων ήταν ένα συχνό φαινόμενο για τους δρόμους την Αμερικής και της Ευρώπης (Kindleberger et al, 2005:197).

Λξίζει όμως να σημειωθεί ότι μία από τις κυριότερες συνέπειες της οικονομικής δυσχέρειας που έπληττε τον πλανήτη, ήταν η αυξημένη κεφαλαιοκρατική συσσώρευση, η οποία και ενίσχυσε τον ρόλο των μονοπωλίων, καρτέλ και τραστ στην οικονομική ζωή. Έτσι οι μεγάλες βιομηχανικές επιχειρήσεις βρήκαν την ευκαιρία να εξαγοράσουν τις μικρές επιχειρήσεις, οι οποίες είτε χρεοκόπησαν είτε αδυνατούσαν να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες την κρίσης. Πολλοί αγρότες και κάτοικοι μικρών πόλεων μετανάστευσαν στα μεγάλα αστικά κέντρα με την ελπίδα ότι εκεί να θα βρουν δουλειά και θα έχουν μια καλύτερη τύχη. Αντίθετα, λόγω της αυξημένης προσέλευσης δημιουργήθηκαν διάφορα κοινωνικά προβλήματα. Η διάθρωση της αστικής τάξης διαταράχθηκε, διότι η μεσαία αστική τάξη λόγω της χρεοκοπίας των επιχειρήσεων τους έχασαν την έως τότε οικονομική τους υπόσταση και προλεταριοποιήθηκαν (Kindleberger et al, 2005:199).

1.3.2. Η σύγχρονη οικονομική κρίση

Τον Αύγουστο του 2007 φάνηκαν τα πρώτα σημάδια της οικονομικής κρίσης τα οποία είχαν ήδη ξεκινήσει να φαίνονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο. Συγκεκριμένα στις 9 Αυγούστου 2007, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα είχε υποχρεωθεί να παράσχει στις χρηματαγορές ρευστότητα 95 δις. Δολαρίων, ενώ οι αγορές έπεφταν προμηνύοντας τα όσα θα ακολουθούσαν. Κανείς όμως δεν προέβλεπε ότι αυτή η κατάσταση θα κρατήσει τόσο, διότι πίστευαν ότι οι σύγχρονοι μηχανισμοί αποτροπής τέτοιων κρίσεων θα καθυστερούσαν τα σημερινά αποτελέσματα. Ιδίως σε χώρες όπως οι Η.Π.Α. όπου εξαιτίας

προγενέστερων εμπειριών έχουν αναπτυχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά εργαλεία και μηχανισμοί αποτροπής και περιορισμού τέτοιων κρίσεων. Η κρίση αν και παρουσιάστηκε αρχικά στις αγορές των Η.Π.Α. δεν άργησε να παρουσιαστεί σε όλες τις παγκόσμιες αγορές. Λογικό επακόλουθο βέβαια αφού οι Η.Π.Α. λειτουργούν ως ρυθμιστές της παγκόσμιας οικονομίας. Έτσι η οικονομική κρίση από ένα περιφερειακό ζήτημα έγινε παγκόσμιο. Σε σύντομο χρονικό διάστημα οι χώρες που επηρεάστηκαν έλαβαν τα κατάλληλα μέτρα προς αποφυγή περαιτέρω προβλημάτων, έγινε όμως κατανοητό ότι όλες οι χώρες πρέπει να ενεργήσουν από κοινού για την πιο γρήγορη και αποτελεσματική έξοδο από την οικονομική κατάσταση που έπληττε την παγκόσμια αγορά (Βικιπαίδεια, 2011).

Στις αρχές του 2007 επικρατούσε έντονη φημολογία γύρω από τη στεγαστική αγορά των Η.Π.Α. που παρουσίαζε σημάδια κόπωσης. Αναλυτές εξέφραζαν την ανησυχία τους για μια επερχόμενη κρίση. Παράλληλα η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα προέβaine διαρκώς σε σταδιακές αυξήσεις του ευρωεπιτοκίου ώστε να αντιμετωπίσει τις πληθωριστικές πιέσεις που ταλάνιζαν την ευρωπαϊκή οικονομία. Έντονα πλήττονταν οι δανειολήπτες, ενώ παράγοντες στην τραπεζική αγορά συνιστούσαν στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα να είναι πιο φειδωλά στη χορήγηση δανείων. Την ίδια στιγμή το δολάριο εξακολουθούσε να υποχωρεί έναντι του ευρώ. Επιχειρήσεις μετέφεραν τα εργοστάσιά τους στην Αμερική και η ανεργία στην Ευρώπη αυξανόταν, ενώ πλήττονταν παράλληλα και οι εξαγωγές. Στην Ελλάδα δημιουργήθηκε τεράστιο απόθεμα νεόδητων κατοικιών, οι οποίες όμως γίνονταν δυσπρόσιτες λόγω, μεταξύ άλλων, των υψηλών επιτοκίων στα στεγαστικά δάνεια, τη στιγμή που έρευνες έδειχναν στροφή των καταναλωτών σε μικρότερα και μεταχειρισμένα διαμερίσματα. Κατά το καλοκαίρι του 2007 κι ενώ πολλοί επίσημοι παράγοντες της αμερικανικής οικονομίας προσπαθούσαν να καθησυχάσουν τους επενδυτές, κεφάλαια της Bear Stearns πτώχευσαν λόγω κατοχής CDOs που βασιζόνταν σε subprime στεγαστικά δάνεια και της υποχρέωσης της τράπεζας να εξυπηρετήσει τις απαιτήσεις των πιστωτών της με ρευστοποίηση των στοιχείων της. Τα Rating Agencies (CRAs) υποβάθμισαν τα CDOs που βασιζόνταν σε subprimes και επλήγη η αυτοπεποίθηση της αγοράς για την ασφάλεια στη στεγαστική πίστη. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ-ECB) που εδρεύει στην Φρανκφούρτη, αυξάνει το ευρωεπιτόκιο στο 4,25% μπροστά στις πληθωριστικές πιέσεις, αλλά αναθεωρεί σχέδια περαιτέρω αυξήσεων μετά το ξέσπασμα της κρίσης. Επενδυτές των ABCPs (Asset Backed Commercial Papers) άρχισαν να χάνουν την εμπιστοσύνη τους και η ζήτηση για τα συγκεκριμένα χρεόγραφα έπεφτε, ένα φαινόμενο που χαρακτηρίστηκε ως «flight to quality» (στροφή προς την ποιότητα) (Plus, 2008). Τράπεζες που είχαν υιοθετήσει τα

conduits και SVIs αναγκάστηκαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους απέναντι στις εγγυήσεις ρευστοποίησης σε αρκετές μάλιστα περιπτώσεις ο βαθμός της πραγματικής έκθεσης στο ρίσκο ήταν τελείως απρόσμενος. ένα φαινόμενο που απεκλήθη «disaster myopia» (μυωπία απέναντι στην καταστροφή). Η εμπιστοσύνη στη διατραπεζική αγορά κλονίστηκε λόγω της έκθεσης στον κίνδυνο ρευστότητας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των διατραπεζικών επιτοκίων (Teit et al. 2007).

Στις 9 Αυγούστου του 2007, μεγάλη κρίση ξέσπασε στις Η.Π.Α. από την αδυναμία μεγάλων ομάδων του πληθυσμού να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του για δάνεια subprimes. Η αδυναμία είσπραξης των απαιτήσεων των αμερικανικών τραπεζών από τους δανειολήπτες των subprimes, συνεπάχθηκε και την αδυναμία πληρωμής των υποχρεώσεων σε τοκομερίδια και αξίες ομολόγων και CDOs (ομόλογα β' γενιάς) στα οποία είχαν επενδύσει πολλές ευρωπαϊκές τράπεζες, την ίδια στιγμή που πλήθαιναν οι αναλήψεις πανικού. Το Σεπτέμβριο του 2007, δύο γερμανικές τράπεζες, η Sachsen Landesbank και η IKB ανακοίνωσαν ότι υπέστησαν ουσιαστικές απώλειες από την κατοχή των conduits (BBC News, 2007). Κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2007, οι κεντρικές τράπεζες μεσολάβησαν συγχρονισμένα για την τόνωση της χρηματοπιστωτικής αγοράς με «ενέσεις ρευστότητας» και σταθεροποίησαν τις διακυμάνσεις στα βραχυπρόθεσμα επιτόκια. Ορισμένες κεντρικές τράπεζες, όπως η Fed, μείωσαν ακόμη και το βασικό επιτόκιο χρηματοδότησης, ενώ άλλες, όπως η ECB, παρακολουθώντας τις εξελίξεις δεν προέβησαν στις προγραμματισμένες αυξήσεις. Παράλληλα, επλήγη η εμπιστοσύνη στα rating agencies ως προς την ικανότητά τους να βαθμολογήσουν τα δομημένα προϊόντα (crisis of confidence). Στην Ελλάδα προέκυψαν απαξιωμένα δομημένα ομόλογα 700 εκατομμυρίων ευρώ στα οποία βασίστηκε η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων (Τσουπαρόπουλος, 2008:25).

Μετά την πώληση της Bear Stearns στην J.P. Morgan το Μάρτιο του 2008, η διεθνής αγορά έδειχνε να έχει μπει σε μια δίνη της οικονομικής κρίσης. Το Σεπτέμβριο του 2008, η αμερικανική κεντρική τράπεζα προσέφερε έκτακτη οικονομική ενίσχυση 85 δισεκατομμυρίων δολαρίων στην ασφαλιστική εταιρεία AIG, προκειμένου να αποτρέψει την κατάρρευσή της. Ο αμερικανικός κολοσσός Lehman Brothers κήρυξε πτώχευση, προκαλώντας αναστάτωση στην κυβέρνηση των Η.Π.Α. (Sorkin, 2008). Παρά το γεγονός πως οι ελληνικές τράπεζες δεν πρόλαβαν να επενδύσουν ιδιαίτερα σε τέτοια ριψοκίνδυνα προϊόντα, γνωστοποιήθηκαν ιδιωτικές επενδυτικές απώλειες. Τον ίδιο μήνα, η Merrill Lynch εξαγοράστηκε από την Bank of America. Η κρίση μετά το πέρασμα του Ατλαντικού, πλησίασε όλο και νοτιότερα την Ευρώπη, καθώς μετά την κρατικοποίηση της

Brandford and Bingley από τη βρετανική κυβέρνηση πραγματοποιήθηκε μερική κρατικοποίηση του ευρωπαϊκού κολοσσού Fortis από το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και την Ολλανδία (Λίτσης, 2008:14).

Παρά την εφαρμογή του σχεδίου Πόλσον στην Αμερική, οι ανακατατάξεις στον τραπεζικό τομέα συνεχίστηκαν, όπως επίσης και η κατακόρυφη πτώση των χρηματιστηριακών δεικτών. Στην Ε.Ε. κατατέθηκαν τρεις προτάσεις. Η Γαλλία επέμεινε στην πρότασή της για συγκρότηση πανευρωπαϊκού ταμείου, ζητώντας την επιστροφή καταθέσεων στις γαλλικές τράπεζες, η Γερμανία επέμεινε στην πρόταση για αντιμετώπιση του προβλήματος σε κάθε χώρα σε εθνικό επίπεδο, ενώ ο πρωθυπουργός της Αγγλίας προλείανε το έδαφος για την πρόταση που θα ακολουθούσε. Στις 13 Οκτωβρίου κατέθεσε σχέδιο κρατικοποιήσεων των μισών βρετανικών τραπεζών, εκμεταλλευόμενος τα μεγάλα κεφαλαιακά αποθέματα της χώρας του. Η κίνηση αυτή γέμισε αισιοδοξία την Ευρώπη, με όλες τις χώρες να εξευρίσκουν κεφαλαιακούς πόρους, για την εγγύηση των αποθεμάτων και την αισιοδοξία των Ευρωπαίων επενδυτών να αναπτερώνεται (Βικιπαίδεια, 2011).

Το βασικό ερώτημα που απασχολεί σήμερα τον κόσμο είναι πόσο θα διαρκέσει η κρίση. Η Ελλάδα, ευρισκόμενη στο μέσον της διεθνούς κρίσης, υφίσταται τις συνέπειές της. Η παρατήρηση που μπορεί να κάνει κάποιος είναι ότι η συμμετοχή της στην Ευρωζώνη αποδεικνύεται ευεργετική διότι όχι μόνο η Ελλάδα πέτυχε το δεύτερο υψηλότερο ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης στην Ευρωζώνη τα τελευταία έτη, αλλά τώρα, εν μέσω της κρίσης, το ευρώ της παρέχει σημαντική προστασία. Χώρες εκτός Ευρωζώνης έχουν υποστεί τις αρνητικές συνέπειες της κρίσης με έναν ιδιαίτερα έντονο τρόπο όπως μεγάλες υποτιμήσεις και σημαντική μείωση των ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης. Από τις έντονες χρηματοπιστωτικές επιπτώσεις της διεθνούς κρίσης στην Ελλάδα, ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξής της έχει επηρεαστεί σημαντικά και αναμένεται να επηρεαστεί περισσότερο μελλοντικά. Στο πλαίσιο αυτό καλείται η οικονομική πολιτική να αναλάβει ρόλο. Πρώτον, άμβλυνσης των επιπτώσεων της διεθνούς κρίσης στην Ελλάδα βραχυπροθέσμως και δεύτερον εξάλειψης των εστιών της αβεβαιότητας μακροπροθέσμως. Η επιτυχία ή μη της οικονομικής πολιτικής στην Ελλάδα θα εξαρτηθεί από τις διεθνείς εξελίξεις και ιδιαίτερα από την ανάκαμψη της παγκόσμιας οικονομίας, από τις εξελίξεις στο χρηματοπιστωτικό σύστημα, από το μείγμα, τις προϋποθέσεις άσκησης της οικονομικής πολιτικής και την εξάλειψη της αβεβαιότητας γύρω από την προβλεπόμενη μακροπρόθεσμη πορεία βασικών μακροοικονομικών μεγεθών. Η επιτυχία της οικονομικής πολιτικής θα εξαρτηθεί από το αν η Ελλάδα πείσει ότι διαθέτει ένα μακροπρόθεσμο

πρόγραμμα δημοσιονομικής, διαρθρωτικής και θεσμικής προσαρμογής, δηλαδή ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο (Στουρνάρας, 2009:5).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Εννοιολογική προσέγγιση συστημάτων υγείας

Ως Σύστημα Υγείας θα μπορούσε να οριστεί «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων - υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξης του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». Ένας άλλος ορισμός για το σύστημα υγείας είναι αυτός που το θεωρεί ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων». Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών (ΚΕΠΕ, 1976).

Το δεύτερο υποσύστημα αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους γενικότερους οικονομικοτεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Συνήθως το σύστημα υγείας ταυτίζεται με το σύστημα παροχής ιατρικών φροντίδων. Η ταύτιση προέρχεται από τη σύγχυση που δημιουργείται από τον αρνητικό ορισμό για την υγεία. Η υγεία δεν ορίζεται πλέον σαν η απουσία νόσου αλλά σαν η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Με αυτή την έννοια το σύστημα ιατρικών φροντίδων αποτελεί ένα από τα υποσυστήματα του συστήματος υγείας. Έτσι το ενδιαφέρον για τον προσδιορισμό του συστήματος υγείας δεν επικεντρώνεται μόνο στην παραγωγή ή στη διανομή των υπηρεσιών αλλά επίσης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού το οποίο αποτελεί και το βασικό σκοπό του συστήματος. Επομένως το σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσδιορισθεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση. Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και

η εξέλιξη του, η παραγωγή υπηρεσιών υγείας και οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών υγείας (εισροές, διαδικασία, εκροές, αποτελέσματα) (Μωραΐτης, 1986:85).

Οι εισροές του συστήματος υγείας είναι η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, επανέλεγχος). Οι εκροές είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις, κλπ. Με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών διαπιστώνεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει. Τα αποτελέσματα αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας, νοσηρότητας, κ.ά., βάσει των οποίων μετράται η βελτίωση και εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η μελέτη και γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία εξαιτίας του ότι (Μπουρσανίδης, 1991:12):

- 1) Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς, θέτοντας σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας.
- 2) Το αγαθό υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη.
- 3) Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε σημαντικά και μέσω των εισφορών κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, με αρνητικές όμως συνέπειες στο κόστος παραγωγής και στην ανταγωνιστικότητα των προϊόντων.

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση και αλληλοσυσχέτιση. Όταν βελτιώνεται το πρώτο, το δεύτερο μειώνει τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Το τρίτο υποσύστημα όταν λειτουργεί σωστά επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο που βελτιώνεται και το πρώτο. Και τα τρία επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας, τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων κ.ά. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ συστήματος υγείας και περιβάλλοντος δεν είναι μονοσήμαντες. Αντίθετα χαρακτηρίζονται από μια πολύπλοκη σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης. Το επίπεδο υγείας και ευεξίας εξαρτάται από το βαθμό οικονομικής ανάπτυξης (βιοτικό επίπεδο, εισόδημα, ανεργία). Οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ο τρόπος ζωής, κ.ά., επιδρούν σημαντικά στην υγεία και την ασθένεια. Το σύστημα κοινωνικής διαστρωμάτωσης, αξιών και κανόνων, τα πρότυπα συμπεριφοράς, η διάρθρωση της οικονομίας και της απασχόλησης επηρεάζουν όχι μόνο το επίπεδο υγείας

αλλά και το οργανωτικό μοντέλο του συστήματος υγείας. Το σύστημα υγείας με τη σειρά του, με τις υπηρεσίες που παρέχει, διασφαλίζοντας το επίπεδο υγείας, συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή με την επαναφορά στην εργασία του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας, ομαλοποιώντας την παραγωγική διαδικασία και ασκώντας σημαντικότατο ρόλο στην εμπέδωση του αισθήματος της κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας (Μπουρσανίδης, 1991:15).

Στην ανάλυση συστημάτων η συστημική προσέγγιση βοηθά τόσο στην κατανόηση των λειτουργιών του συστήματος υγείας όσο και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του σε σχέση με τους σκοπούς και τους στόχους του καθώς και των σχέσεων του με το περιβάλλον. Με τη συστημική ανάλυση εντοπίζονται οι παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στο επίπεδο περιθαλψής του. Με τις μεθόδους ανάλυσης συστημάτων είναι δυνατή η βέλτιστη ανάπτυξη όλων των λειτουργιών του συστήματος υγείας στο σύνολο τους (Μοραΐτης, 1985:10).

2.2. Σκοποί και στόχοι του συστήματος υγείας

Η αναγκαιότητα ύπαρξης και λειτουργίας ενός συστήματος καθορίζεται από τη χρησιμότητα των σκοπών του και από την ικανότητα να επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει για να εκπληρώσει τους σκοπούς του. Σκοποί και στόχοι ενός συστήματος αποτελούν επομένως ένα σύνολο, το οποίο όχι μόνο διαφοροποιεί το ένα σύστημα από το άλλο αλλά επίσης αξιολογεί αυτό το ίδιο το σύστημα ως προς τη χρησιμότητα και την ωφελιμότητα που παρέχει. Οι σκοποί είναι πάντοτε γενικότεροι των στόχων, διακρίνονται από τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά και δεν έχουν συγκεκριμένους χρονικούς ορίζοντες. Αντίθετα οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι, με ποσοτικά χαρακτηριστικά, άρα μετρήσιμοι και έχουν συγκεκριμένη χρονική διάρκεια επίτευξης. Είναι επομένως έκδηλη η σημασία της διατύπωσης και του προσδιορισμού των στόχων αλλά και των σχέσεων μεταξύ τους μέσω του καθορισμού προτεραιοτήτων (West, 1981:34).

Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Οι στόχοι για την προσέγγιση ή την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι

δυνατή η μέτρηση τους. Συνήθως χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας και οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει τους στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξη τους (Money, 1984:19).

2.3. Βασικά χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας

Κύρια γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή που έχει, είναι τα εξής (Money, 1986:7, West, 1981:42, Τσιότρας κ.ά., 1998:14):

- 1) Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- 2) Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- 3) Συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας.
- 4) Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών.
- 5) Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος.
- 6) Μέτρηση της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας.

2.4. Οι ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας

Λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού υγείας, αλλά και λόγω άλλων δεδομένων, τα συστήματα υγείας, σε αντίθεση με τα άλλα συστήματα της οικονομίας, παρουσιάζουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη για το σωστό σχεδιασμό και την αποτελεσματική τους οργάνωση. Επιπλέον, τα συστήματα υγείας αποτελούν σήμερα έναν από τους μεγαλύτερους και δυναμικότερους κλάδους της εθνικής οικονομίας, που στις ανεπτυγμένες χώρες απασχολούν περίπου το 5% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 10% του Α.Ε.Π. Κατά συνέπεια πρέπει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των συστημάτων να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τον προγραμματισμό, την οργάνωση και τη διοίκηση τους. Οι ιδιαιτερότητες αυτών των συστημάτων είναι οι κάτωθι (Abel – Smith, B., 1976:25, Harrison et al, 1993:47, Butler et al, 1984:73):

- 1) Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση.
- 2) Συστήματα στα οποία δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι νόμοι της αγοράς.

- 3) Συστήματα εντάσεως εργασίας.
- 4) Συστήματα εντάσεως οργάνωσης και διαχείρισης.

2.5. Μορφές συστημάτων υγείας

Το σύστημα υγείας δεν πρέπει να το εξετάζεται αποκομμένο από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον στο οποίο υπάρχει και λειτουργεί και για να γίνει ευκολότερα κατανοητό πρέπει πρώτα να ελεγχθεί αυτό το περιβάλλον. Γιατί το κάθε σύστημα υγείας είναι αναπόσπαστο τμήμα της όλης κοινωνικής δομής και οργάνωσης. Εάν θεωρηθεί ότι οι βασικές αρχές και αξίες του συστήματος καθορίζονται από τις επικρατούσες αρχές και αξίες της κάθε κοινωνίας, τα επιμέρους χαρακτηριστικά του εξαρτώνται από τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα κάθε χώρας. Γιατί αυτά καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος, τις βασικές του κατευθύνσεις και προτεραιότητες, το εύρος, τον τρόπο και τις διαδικασίες κάλυψης και διανομής των παρεχόμενων φροντιδών, τον τρόπο χρηματοδότησης και μια σειρά άλλων λεπτομερειών που όλα μαζί συνθέτουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της «προσωπικότητας» του κάθε συστήματος υγείας (Katz et al, 1966:27).

Γι' αυτό το λόγο οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αποτελούν έτοιμα πακέτα και οι κυβερνήσεις δεν μπορούν να επιλέξουν για τη χώρα τους κάποιο σύστημα ή μοντέλο από έναν κατάλογο με επιτυχημένα διεθνώς πρότυπα. Κανένα σύστημα υγείας δεν είναι προς εξαγωγή και πουθενά δεν μπορεί να εφαρμοστεί και να έχει θετικά αποτελέσματα, εάν δε ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες της χώρας. Το σύστημα υγείας είναι αντικείμενο συνεχούς ανάπτυξης και αλλαγών, όχι μόνο λόγω των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν, αλλά και λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, της αλλαγής των πολιτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών και βέβαια των οικονομικών δυνατοτήτων. Θεωρητικά και με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρία πρότυπα οργάνωσης, τα εξής (Τούντας, 2008:39):

- 1) Ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης («ελεύθερο» ή φιλελεύθερο μοντέλο). Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Αυτό προϋποθέτει την παραδοχή της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και το μηχανισμό των τιμών ως τον καθοριστικό παράγοντα παραγωγής και διανομής αυτών. Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, το δε θέμα υγειονομικής κάλυψης αποτελεί προσωπική και αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής

του καθενός. Με βάση αυτή την αρχή ο καθένας προσωπικά κρίνει και αποφασίζει εάν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί. Στην πρώτη περίπτωση, είτε ασφαρίζεται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ατομικά, επιλέγοντας το «πακέτο» υπηρεσιών που ο ίδιος κρίνει ότι τον ικανοποιεί και μπορεί να πληρώσει τα ασφάλιστρα, είτε ασφαρίζεται μέσω του εργοδότη του, ο οποίος του πληρώνει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλιστρών. Στη δεύτερη περίπτωση που επιλέγει να μείνει ανασφάλιστος (άνεργος, φτωχός, νέος κλπ.), καλείται να αντιμετωπίσει από το ατομικό του εισόδημα τις δαπάνες που απαιτούνται κάθε φορά που κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι τιμές κλπ. καθορίζονται με βάση την προσφορά και ζήτηση, η δε κάλυψη των αναγκών του κάθε ασθενή εξαρτάται από τη δική του δυνατότητα να πληρώσει. Το σύστημα θεωρητικά εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στο γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής (Koopitz et al, 1976:26). Πρέπει να αναφερθεί ότι το σύστημα αυτό στην απόλυτη μορφή του δε συναντάται πουθενά. Γιατί οι αρχές του, ενώ ήταν συμβατές με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του περασμένου αιώνα, σήμερα θεωρούνται ξεπερασμένες, μετά την καθολική αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του κάθε ατόμου και πρέπει να διασφαλίζεται με ευθύνη του κράτους και όχι με διαδικασίες που υλακούν μόνο στους νόμους της αγοράς. Μειονεκτήματα του συστήματος είναι (Kast et al, 1972:9-12):

- i. Οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Έτσι δεν εξασφαλίζεται ποτέ καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού, ενώ παρατηρείται μεγάλη ανομοιομορφία στο εύρος και στην έκταση των παροχών.
- ii. Υποθάλπει την προκλητή ζήτηση από μέρους των γιατρών, οδηγώντας συχνά στην εκτέλεση άχρηστων επισκέψεων, εργαστηριακών εξετάσεων και εγχειρήσεων, με αποτέλεσμα ο τομέας υγείας να απορροφά ένα πολύ μεγάλο μέρος των πολύτιμων εθνικών πόρων, χωρίς να έχει ανάλογα αποτελέσματα. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης επιτείνεται ιδιαίτερα σήμερα που ο αριθμός των γιατρών αυξάνεται ραγδαία, η δε γεωγραφική τους κατανομή παραμένει άνιση.
- iii. Επειδή βασίζεται στο κέρδος, είναι προσανατολισμένο κυρίως στη θεραπευτική παρέμβαση και την αποκατάσταση της βλάβης και καθόλου ή

ελάχιστα στην πρόληψη. Από την άλλη επειδή λειτουργεί σ' ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι επαγγελματίες της υγείας περιορίζουν συχνά την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

iv. Λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού σχεδιασμού, προγραμματισμού και χρηματοδότησης, δημιουργούνται έντονες γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας (γιατροί, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα). Επιπλέον σε υπηρεσίες υγείας που θεωρούνται μη κερδοφόρες δύσκολα γίνονται επενδύσεις από το ιδιωτικό κεφάλαιο. Και στις δύο περιπτώσεις το κράτος παρεμβαίνει για να δώσει λύσεις.

2) Δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο). Το δημόσιο σύστημα υγείας τοποθετείται στον αντίποδα του ιδιωτικού και βασίζεται περισσότερο στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, που επιτυγχάνεται μέσα από αυξημένη κρατική παρέμβαση και δράση. Στα συστήματα αυτά, το κράτος εγγυάται ένα μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες, παρεμβαίνοντας καταλυτικά σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος. Οι συντελεστές παραγωγής μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και σε ιδιώτες. Τα δημόσιου χαρακτήρα συστήματα υποδιαιρούνται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Μπίσμαρκ) και εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge). Τα τελευταία έχουν καθιερωθεί να ονομάζονται και εθνικά ή εθνικοποιημένα. Στην πράξη όμως κανένα απ' αυτά δεν είναι σήμερα αμιγώς χρηματοδοτούμενο μόνο από μια πηγή. Πολλά από αυτά θα μπορούσαν καλύτερα να ταξινομηθούν ως συστήματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση ή συστήματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό (Levy, 1975:23). Στην πρώτη περίπτωση το σύστημα κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία (sickness funds), τα οποία μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα. Δηλαδή το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η ύπαρξη πολλών και αυτόνομων ταμείων που καλύπτουν ομοειδείς επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων με διαφορετικό ύψος εισφορών, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις από ταμείο

σε ταμείο. Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες. Το μοντέλο αυτό τονίζει το ατομικό δικαίωμα του καθενός να αναζητήσει μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, πληρώνοντας συγχρόνως και το απαιτούμενο ποσό χρημάτων (εισφορές). Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα αυτού του μοντέλου είναι εκείνα της Γαλλίας και Γερμανίας. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία έχει δείξει ότι τα συστήματα αυτά έχουν ένα σχετικά υψηλότερο οικονομικό κόστος από ότι τα συστήματα που κυρίως χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Στη δεύτερη περίπτωση η χρηματοδότηση προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) ή και από τους προϋπολογισμούς των τοπικών κυβερνήσεων (τοπική φορολογία), οι δε παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν κατά κανόνα στο κράτος. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα, τονίζοντας μ' αυτό τον τρόπο την υποχρέωση των κρατικών αρχών να εγγυώνται την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας. Υποδείγματα κρατικών συστημάτων υγείας θεωρούνται εκείνα που διαμορφώθηκαν στις χώρες του πρώην ανατολικού συνασπισμού (Evans, 1981:90).

Κύρια χαρακτηριστικά του δημόσιου συστήματος οποιασδήποτε απόχρωσης είναι ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός, μέσα από τον οποίο επιδιώκεται (Τούντας, 2008:86):

- i. Καθολική, πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού.
- ii. Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρική στρατηγική και επιμέρους υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού ή συγκεκριμένων ηλικιακών και κοινωνικών ομάδων.
- iii. Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων, των ανθρώπινων και υλικών πόρων, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού έτσι ώστε να περιορίζονται οι περιφερειακές ανισότητες.
- iv. Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση, που προέρχεται είτε από τη γενική, τοπική φορολογία είτε από ασφαλιστικές εισφορές ή και από τις δύο πηγές, οι δε υπηρεσίες υγείας παρέχονται στον πολίτη δωρεάν.
- v. Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και του κοινωνικού ελέγχου.

Πλεονεκτήματα του συστήματος είναι (Τούντας, 2008:87):

- i. Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης όλων των πολιτών ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τον τόπο διαμονής τους.
- ii. Ο κεντρικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη των υπηρεσιών μέσω των οποίων τίθενται υγειονομικοί στόχοι και προτεραιότητες για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών, εξασφαλίζοντας παράλληλα δίκαιη κατανομή πόρων.
- iii. Η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση, μέσω της οποίας τα τελευταία έτη επιχειρούνται σημαντικές κρατικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα προς την πλευρά της προσφοράς, για τον έλεγχο των δαπανών, την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, τη βελτίωση της ποιότητας, την περιφερικοποίηση των υπηρεσιών κ.ά.
- iv. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα.
- v. Η άσκηση της ιατρικής δε διαστρεβλώνεται από την παρεμβολή του χρήματος, η δε συνεργασία μεταξύ γιατρών είναι καλή αφού ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος.
- vi. Αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή και διασφαλίζεται υψηλού βαθμού συνέχεια στη φροντίδα.

Μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- i. Η ανάπτυξη γραφειοκρατίας που παρεμβάλλει εμπόδια στην άσκηση της ιατρικής και επιβαρύνει τις υπηρεσίες με μεγάλη και συχνά άσκοπη γραφική εργασία.
- ii. Η υπόθαλψη της επαγγελματικής χαλαρότητας των γιατρών.
- iii. Η εμφάνιση λίστας αναμονών στα νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις, αφού η προτεραιότητα καθορίζεται από τη σοβαρότητα του περιστατικού και όχι από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή.
- iv. Η περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής.
- v. Η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ.

Την τελευταία δεκαετία οι περισσότερες χώρες με δημόσια συστήματα υγείας προσπαθούν να εισαγάγουν σ' αυτά στοιχεία ανταγωνισμού και κίνητρα, με σκοπό να εξουδετερώσουν αυτά τα μειονεκτήματα.

- 3) Μικτά Συστήματα. Σήμερα ούτε το ιδιωτικό ούτε το δημόσιο μοντέλο λειτουργούν στην αμιγή τους μορφή σε κάποια χώρα. Ανάμεσα στα δύο κλασικά πρότυπα

οργάνωσης και χρηματοδότησης υπάρχουν διάφορες ενδιαμέσες μορφές. Τέτοια συστήματα έχουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα συστήματα αυτά επειδή βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι τις ανάγκες υγείας που έχει. Η παρέμβαση του κράτους είναι και εδώ σημαντική. Όχι μόνο παρεμβαίνει σε κεντρικό επίπεδο και καθορίζει τη στρατηγική, αλλά και σε επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης έχει σημαντικό ρόλο. Πέραν αυτών έρχεται αρωγός και συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας σε όλο τον πληθυσμό ένα μίνιμουμ υπηρεσιών υγείας. Σε τέτοια συστήματα συνήθως υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία όσον αφορά το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών, τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, την εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των μικτών συστημάτων δεν είναι καθόλου εύκολο να προσδιοριστούν επακριβώς, από τη στιγμή που μια τέτοια απόπειρα θα απαιτούσε τη μελέτη αυτών κατά περίπτωση. Πάντως τα περισσότερα έχουν μέσα στα τελευταία έτη καταφέρει να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, μέσα σε συνθήκες ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, με ένα λογικό κόστος. Βέβαια πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και αυτό υπονοούν οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις (Μπουρσανίδης, 1991:37).

2.6. Πηγές χρηματοδότησης συστημάτων υγείας

Η λειτουργία των συστημάτων υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανεύρεση των κατάλληλων πόρων οι οποίοι προέρχονται τόσο από ιδιωτική όσο και από τη δημόσια πρωτοβουλία. Στην περίπτωση των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, ο ακριβής καθορισμός του ύψους και των πηγών χρηματοδότησης γίνεται με βάση ιστορικά, κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα αλλά και με κριτήρια κοινωνικής ισότητας και αποτελεσματικότητας. Οι τρεις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα είναι (Θεοδώρου κ.ά., 2001:160):

- 1) Αρχή της μακροοικονομικής αποδοτικότητας. Ένα τμήμα του εθνικού εισοδήματος διατίθεται για την υγεία και δεν ξεπερνά το όριο εκείνο που τα αποτελέσματα δεν θα έχουν σχέση με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

- 2) Αρχή της μικροοικονομικής αποδοτικότητας. Οι πόροι κατανέμονται σε υποσυστήματα και προγράμματα υγείας με σκοπό την επίτευξη μέγιστου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- 3) Αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση. Τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός των προερχόμενων πόρων σε ιδιωτικούς και δημόσιους δεν επιφέρουν και την ανάλογη διάκριση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Το σημαντικότερο στοιχείο που αφορά τους δημόσιους πόρους είναι ότι οι πηγές προέλευσής τους είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων) και τέλος η εξωτερική βοήθεια. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμια Τράπεζα, ΟΟΣΑ κλπ.) ιδιαίτερα για φτωχές χώρες. Πιο συγκεκριμένα (Θεοδώρου κ.ά., 2001:162):

- 1) Χρηματοδότηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge, αλλά συνεισφέρει λιγότερο ή περισσότερο και σε άλλες μορφές συστημάτων. Για παράδειγμα, στα περισσότερα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, η κυβέρνηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού επιδοτεί τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων ή των νοσοκομείων, ενώ καλύπτει τις δαπάνες για εκπαίδευση, έρευνα, δημόσια υγεία κ.λπ.. Προπολεμικά η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ήταν στις περισσότερες χώρες περιορισμένη, αφού κάλυπτε κυρίως τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και τις ανάγκες για άπορους, άνεργους και ανάπηρους. Κατά την περίοδο αυτή κύριες πηγές χρηματοδότησης ήταν η κοινωνική ασφάλιση που άρχισε να εξαπλώνεται, η εκκλησία και τα διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Σταδιακά το κράτος άρχισε να παίζει σημαντικότερο ρόλο στη χρηματοδότηση, λόγω αφενός της ραγδαίας οικονομικής ανόδου αλλά και της υπέρμετρης διόγκωσης των δαπανών υγείας. Βέβαια οι περισσότερες χώρες, με σημαντικότερη εξαίρεση αυτή της Μ. Βρετανίας, δε θέλησαν για διάφορους λόγους να καταργήσουν την κοινωνική ασφάλιση και να αναλάβουν εξ' ολοκλήρου τις δαπάνες υγείας. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω του υπουργείου υγείας και δευτερευόντως μέσω άλλων υπουργείων. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταγράψει μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των συστημάτων υγείας που χρηματοδοτούνται

από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πολύ επιγραμματικά αναφέρονται ως πλεονεκτήματα τα εξής:

- i. Έχουν μικρό διοικητικό κόστος, αφού δεν απαιτείται η δημιουργία επιπλέον μηχανισμών συλλογής των πόρων υγείας. Οι αναλογούντες πόροι για την υγεία συλλέγονται μέσω του υπάρχοντος μηχανισμού συλλογής των φόρων, σε αντίθεση με τα συστήματα υγείας που βασίζονται χρηματοδοτικά στην κοινωνική ασφάλιση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το διοικητικό κόστος επιβαρύνεται σημαντικά από τις απαιτούμενες διαδικασίες συλλογής των εισφορών και χρηματοδότησης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όταν ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είναι πολύ μεγάλος.
- ii. Κοστίζουν λιγότερο και οι πολιτικές ελέγχου των δαπανών είναι πιο αποτελεσματικές, σε αντίθεση με τα συστήματα στα οποία υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί.
- iii. Είναι κοινωνικά πιο δίκαια αφού ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, δηλαδή τα οικονομικά βάρη κατανέμονται με βάση το εισόδημα, σε αντίθεση με τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, όπου η προοδευτικότητα τους είναι περιορισμένη.

Μειονεκτούν όμως σε σχέση με συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση γιατί:

- i. Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, σε αντίθεση με τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία συνήθως παρέχεται στον ασθενή δυνατότητα να επιλέξει, έστω και αν αυτό σημαίνει ότι θα επιβαρυνθεί οικονομικά. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι λόγω της γραφειοκρατίας του δημόσιου τομέα υπάρχουν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών υγείας, (λίστες αναμονής, ουρές κ.λπ.).
- ii. Βρίσκονται κάτω από τη συνεχή απειλή περικοπών στη χρηματοδότηση, γιατί εξαρτώνται άμεσα από τα δημόσια έσοδα και γιατί έχουν να ανταγωνιστούν με άλλα υπουργεία στη διεκδίκηση της χρηματοδότησης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη του συστήματος γίνεται δύσκολος.
- iii. Ο ασθενής δε γνωρίζει τι τελικά πληρώνει για την υγεία του, με αποτέλεσμα να μην ενδιαφέρεται να περιορίσει την υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Στα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, ο κάθε ασθενής

γνωρίζει τι πληρώνει κάθε μήνα για υγεία, με αποτέλεσμα θεωρητικά να περιορίζει τη ζήτηση.

- 2) Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση. Αν και η ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης αρχίζει από το 16^ο αιώνα, το πρώτο μεγάλο πρόγραμμα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας εμφανίστηκε στη Γερμανία του Bismark το 1883. Το 1911 ο Lloyd George προσάρμοσε το πρόγραμμα αυτό στα δεδομένα της Μ. Βρετανίας και στη συνέχεια ακολούθησαν οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στις βασικές αρχές της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης αφού οι υποχρεωτικές εισφορές των υψηλόμισθων, επιδοτούν στην ουσία τις μικρές εισφορές των χαμηλόμισθων και όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στην ίδια δέσμη υπηρεσιών υγείας. Σήμερα η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων τύπου Bismark. Οι πόροι προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος αυτών καθορίζεται από το ίδιο το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση και υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου. Παρά τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν από χώρα σε χώρα σχετικά με τον αριθμό των ασφαλιστικών ταμείων, το ύψος των εισφορών, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και το εύρος κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μια κλασσική μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, που στηρίζεται στους εργοδότες και εργαζόμενους.
- 3) Χρηματοδότηση από την ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας πήρε μεγάλες διαστάσεις ιδιαίτερα μετά το 1960 και σήμερα αποτελεί στα ελεύθερα συστήματα υγείας την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ενώ έχει επικουρικό - συμπληρωματικό ρόλο στα υπόλοιπα. Οι πόροι της προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους είτε από τους εργοδότες, οι οποίοι προσφέρουν στους εργαζόμενους κάλυψη υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δε θεωρείται ως μια σοβαρή εναλλακτική πρόταση απέναντι στην κοινωνική ασφάλιση, αφού βασίζεται στην προσωπική ευθύνη αλλά και οικονομική δυνατότητα του ατόμου. Η ιδιωτική ασφάλιση, που αποτελεί μια μορφή ατομικής κάλυψης, παρέχεται μέσα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που δρουν ανταγωνιστικά στην ελεύθερη αγορά και επιδιώκουν το κέρδος. Οι εταιρείες αυτές προσφέρουν στην αγορά μια μεγάλη ποικιλία ασφαλιστικών καλύψεων, που συνήθως απευθύνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και εισοδήματα. Στα εθνικά

συστήματα υγείας, είτε αυτά στηρίζονται χρηματοδοτικά στην κοινωνική ασφάλιση είτε στον κρατικό προϋπολογισμό, η ιδιωτική ασφάλιση παίζει ρόλο συμπληρωματικό μεν, αλλά συνεχώς αυξανόμενο. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προσφέρει συμπληρωματικές καλύψεις, που δεν προσφέρονται από το εθνικό σύστημα υγείας και συνήθως περιορίζονται σε εξασφάλιση καλύτερων ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσιών (μονόκλινα δωμάτια, τηλεόραση κλπ.) και κάλυψη του κινδύνου απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας. Γι' αυτό το λόγο απευθύνεται σε υψηλά εισοδηματικά στρώματα του πληθυσμού ή σε μεγάλες εταιρείες με πολλούς εργαζόμενους, που μπορούν και επιθυμούν να προσφέρουν συμπληρωματική ομαδική ασφάλιση υγείας στους εργαζόμενους τους.

2.7. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους. Παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν, ιδιαίτερα κατά τη μεταπολεμική περίοδο, ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα κοινωνικοοικονομικά υποσυστήματα, τόσο από άποψη μεγέθους και οργάνωσης όσο και από άποψη πολιτικής προτεραιότητας. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας μπήκαν στη φάση της ταχείας ανάπτυξης και ωρίμανσης αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, για να ακολουθήσει αργότερα η φάση των μεταρρυθμίσεων. Το Ελληνικό κράτος αντίθετα, εμφανίζεται υποτελικό, απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει την περίοδο αυτή επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας. Στην αναπτυξιακή -μεταρρυθμιστική φάση μπαίνει μόλις το 1974, αμέσως δηλαδή μετά την πτώση της δικτατορίας, όταν καλλιεργείται πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας που θα οδηγούσε τον υγειονομικό τομέα σε ένα εθνικά σύστημα, παρόμοιο με εκείνο άλλων ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών (Τούντας, 2003:116).

Με τη ψήφιση του νόμου 1397/83 σημειώνεται μια ταχεία και μεγάλη επέκταση του υγειονομικού τομέα, κυρίως σε έργα υποδομής, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Μετά από αυτή τη σύντομη εισαγωγή, θα ακολουθήσει μια λεπτομερής παρουσίαση της πορείας εξέλιξης του υγειονομικού τομέα, που αρχίζει αμέσως μετά την Ελληνική ανεξαρτησία και φτάνει μέχρι σήμερα. Τέσσερις μεγάλες περίοδοι μπορούν να προσδιοριστούν σε αυτή την πορεία εξέλιξης. Η πρώτη περίοδος αρχίζει το 1833 και

τελειώνει το 1922, η δεύτερη από το 1922 έως το 1945, η τρίτη από το 1945 έως το 1974 και η τέταρτη από το 1974 μέχρι σήμερα (Πάτρας, 1969:15, Μαστρογιάννης, 1960:88. Ζηλίδης, 1988: 16, Σκουτέλης, 1990: 75, Τούντας, 2008:533).

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα, παρά τις καθυστερήσεις που σημειώθηκαν στην πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του και τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει, απορροφά σήμερα περίπου το 8% του Α.Ε.Π. και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού. Εξετάζοντας τον από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας καταγράφονται μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά και πολλά προβλήματα, αδυναμίες και ιδιομορφίες. Επιγραμματικά αναφέρονται τα παρακάτω (Souliotis et al, 2003:129-134):

- 1) Μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες. Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που, από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον, εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε της κυβέρνησης ούτε βέβαια των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων. Συνεπώς, το πρώτο χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας, όσον αφορά την τυπολογία, αποτελεί ελληνική ιδιαιτερότητα. Στην ουσία αποτελεί ένα μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας επίσημα αγνοείται, αλλά απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.
- 2) Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία άλλων μορφών. Πιο συγκεκριμένα, η κάλυψη των ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α. από τις υποδομές του Ε.Σ.Υ., των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. για πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα πολυϊατρεία του και των δημόσιων υπαλλήλων από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. γίνεται βάσει του ολοκληρωμένου μοντέλου. Αντίθετα, η νοσοκομειακή περίθαλψη για όλους τους ασφαλισμένους, πλην του Ο.Γ.Α. και του Δημοσίου, αλλά και η πρωτοβάθμια περίθαλψη για μια σειρά από ταμεία (Ο.Α.Ε.Ε. - πρώην Τ.Ε.Β.Ε., Οίκος Ναύτου, Δημόσιοι Υπάλληλοι κ.λπ.) ακολουθεί το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις.

- 3) Τα σύστημα υγείας στην Ελλάδα. 25 περίπου έτη μετά την ψήφιση του ν. 1397 για την ίδρυση του Ε.Σ.Υ., εμπίπτει στην κατηγορία των μεικτών μοντέλων, στο βαθμό που συνυπάρχει το μοντέλο Ε.Σ.Υ. με το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, με παράλληλη λειτουργία του ιδιωτικού μοντέλου. Η συνύπαρξη αυτή αφορά τόσο τη χρηματοδότηση όσο και τις υποδομές.
- 4) Σε ότι αφορά τις υποδομές, το Ε.Σ.Υ. διαθέτει τις περισσότερες νοσοκομειακές κλίνες (69%), ενώ ο ιδιωτικός τομέας το 28% των κλινών. Το υπόλοιπο 3% των κλινών το διαθέτουν νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ.
- 5) Εκτός από τη χρηματοδότηση και τις υποδομές, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, κ.ά.), από τον πληθωρισμό των γιατρών και τις μεγάλες ελλείψεις στα λοιπά επαγγέλματα υγείας, κυρίως σε νοσηλευτές/τριες, από την περιθωριοποίηση της Δημόσιας Υγείας και της Πρόληψης, από την άσκηση αναχρονιστικών μορφών διοίκησης, από την απουσία μηχανισμών ελέγχου και ποιότητας και από την ύπαρξη σημαντικών κοινωνικών ανισοτήτων, λόγω της μεγάλης παραοικονομίας, της άνιση κατανομής των υπηρεσιών και της συνεχούς υποβάθμισης του δημόσιου τομέα.

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», το 1983 με τον Ν. 1397 επιχειρείται μια νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός ΕΣΥ (Υ.Υ.Κ.Α., 2005:4). Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Οι αρχές που διέπουν κάθε λειτουργία του ΕΣΥ αφορούν (Λαδά – Χαντζοπούλου, 1987:12): την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο, τον ενιαίο προγραμματισμό και ισοτιμία στις παροχές υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη ως αρχή. Βασικοί στόχοι του είναι η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας (Liaropoulos, 2001:7, Ρομπόλης κ.ά., 1995:44).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Η σχέση οικονομίας και υγείας

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η φτώχεια γεννά την ασθένεια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της (Τούντας, 1999:75). Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Grosse, 1980:99).

Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, καθώς 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 (World Bank, 1993:85).

Η σχέση της υγείας με την οικονομία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας της ύπαρξης σοβαρών οικονομικών ανισοτήτων, τόσο μεταξύ χωρών όσο και μεταξύ πληθυσμών που ανήκουν σε διαφορετικές εισοδηματικές κατηγορίες (Jones et al, 2004:1015). Η αύξηση του Α.Ε.Π. των βιομηχανικά αναπτυγμένων κρατών είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της εκμετάλλευσης των πιο φτωχών χωρών. Οι εντυπωσιακές οικονομικές αποκλίσεις μεταξύ χωρών αποτυπώνονται ανάγλυφα στις υπάρχουσες διαφορές ως προς τα εθνικά εισοδήματα. Όμως, παρά την ολοένα και μεγαλύτερη διαφορά εισοδημάτων ανάμεσα στις πλούσιες και τις φτωχές χώρες, οι διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ πλούσιων και φτωχών χωρών μειώνεται. Όπως η μείωση των λοιμωδών νοσημάτων τον 19^ο αιώνα στην Αγγλία ήταν απόρροια υγειονομικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων τις οποίες η οικονομική ανάπτυξη δεν προκάλεσε αλλά υποβοήθησε, έτσι και οι πρόσφατες βελτιώσεις στην υγεία των κατοίκων των περισσότερων χωρών του Τρίτου Κόσμου υπήρξαν απόρροια συγκεκριμένων παρεμβάσεων, όπως η εξασφάλιση πόσιμου νερού, οι εμβολιασμοί, κ.ά. Επίσης, στη σύγχρονη εποχή η οικουμενικότητα που παρατηρείται στην άσκηση πολιτικών υγείας και στη διάχυση της επιστημονικής γνώσης έχει θετικά αποτελέσματα ακόμα και για τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες (Τούντας, 2000:154).

Η σχέση λοιπόν, μεταξύ υγείας και οικονομίας δεν είναι μονοσήμαντη, ούτε γραμμική. Το κυρίαρχο οικονομικό επιχείρημα ότι υγιείς άνθρωποι υπάρχουν μόνο σε μια υγιή και πλούσια οικονομία δεν αποδίδει πλήρως το πραγματικό περιεχόμενο της σχέσης αυτής. Η συνεχής οικονομική ανάπτυξη δεν 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. Η αποκλειστική χρήση, όμως, ως κριτηρίου του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. δεν συνεκτιμά τη διάρθρωση της οικονομίας, δεν προσμετρά τις κοινωνικές δαπάνες ως πόρο ανάπτυξης και πλούτου, αγνοεί τις περιβαλλοντικές ή τις παθογόνες επιπτώσεις της παραγωγής, δεν ενσωματώνει τις εξωτερικές αρνητικές οικονομικές εξελίξεις. Γι' αυτό ορισμένοι οικονομολόγοι έχουν προχωρήσει στη διαμόρφωση εναλλακτικών προς το Α.Ε.Π. κριτηρίων για τη μέτρηση της κοινωνικοοικονομικής ευμάρειας. Η συσχέτιση οικονομικών ανισοτήτων και υγείας στην ίδια χώρα γίνεται ακόμα πιο αισθητή όταν μελετάται η κατανομή του εισοδήματος σε όλον τον πληθυσμό και δεν περιορίζεται η σύγκριση μόνο μεταξύ πλουσίων και φτωχών. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως ο δείκτης Gini, που στις μηδενικές τιμές του όλοι έχουν το ίδιο εισόδημα ενώ στις ανώτερες τιμές του όλο το εισόδημα πάει σ' ένα μόνο άτομο (Τούντας, 2000:156).

3.2. Οι οικονομικοί πόροι των συστημάτων υγείας

Τα υγειονομικά συστήματα, σε ολόκληρο τον σύγχρονο κόσμο, αντιμετωπίζουν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες και προβλήματα εξαιτίας του διαρκώς αυξανόμενου κόστους για την υγεία. Ο υγειονομικός τομέας σήμερα, απορροφά σημαντικούς οικονομικούς πόρους στις αναπτυγμένες χώρες όπως φαίνεται από τα στοιχεία των διεθνών οργανισμών. Οι οικονομικοί πόροι του συστήματος υγείας αποτελούν ουσιαστικό πρόβλημα στις σύγχρονες χώρες, αλλά και αναγκαία προϋπόθεση για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Δεδομένου όμως ότι οι διαθέσιμοι πόροι είναι σπάνιοι και πεπερασμένοι, είναι προφανές ότι δεν είναι δυνατή η ικανοποίηση όλων των αναγκών και κατά συνέπεια είναι απαραίτητες οι επιλογές (Κυριόπουλος, 2007: 11-22).

Στα ανεπτυγμένα κράτη ο τομέας υγείας απορροφά σήμερα περίπου το 10% του Α.Ε.Π. και οι τάσεις είναι διεθνώς αυξητικές παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έγιναν τα τελευταία έτη για τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Οι πόροι χρηματοδότησης καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τη μορφή του συστήματος υγείας. Εάν το σύστημα

είναι «ελεύθερο» τότε μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από οργανωμένους ιδιωτικούς φορείς και το ατομικό εισόδημα των ασθενών. Στην αντίθετη περίπτωση που το σύστημα είναι δημόσιο, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή την κοινωνική ασφάλιση. Σημαντικό σημείο που θα πρέπει να τονιστεί σχετικά με τους οικονομικούς πόρους είναι ότι η οικονομική ενίσχυση σε νοσοκομειακό επίπεδο βασίζεται κυρίως στην παρουσία των δημόσιων πόρων ενώ στο χώρο της φαρμακευτικής δαπάνης υψηλά ποσοστά συμμετοχής συγκεντρώνει και ο ιδιωτικός τομέας. Ο βασικότερος προβληματισμός σχετικά με τους οικονομικούς πόρους εστιάζει στον τρόπο και στον τόπο που αυτοί κατανέμονται. Το συγκεκριμένο στοιχείο επιβεβαιώνεται από την ύπαρξη πληθώρας προγραμμάτων υγείας αλλά και τη μεγαλύτερη διάθεσή τους σε αστικά κέντρα όπου υπάρχει μεγάλος αριθμός πληθυσμού. Η ύπαρξη μεγαλύτερου πληθυσμού και κατ' επέκταση η ύπαρξη περισσότερων ασθενών και ανθρώπων για ανάγκη παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και για το λόγο αυτό η αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες (Κυριόπουλος, 2007: 23-35).

3.3. Η κρίση των συστημάτων υγείας

Είναι ίσως γνωστό ότι τα διάφορα συστήματα υγείας που σταδιακά αναπτύχθηκαν και λειτούργησαν μεταπολεμικά στις προηγμένες βιομηχανικά χώρες βασίστηκαν στο νοσοκομείο και τη θεραπευτική ιατρική. Η θεωρία των μικροβίων βάση της οποίας οι ιατροί αντιμετώπιζαν μία παθολογική κατάσταση, θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα σαν πολύπλοκη μηχανή και την ασθένεια σαν μια κατάσταση που οφείλονταν σε κάποιας μορφής σατανική επίδραση αυτών των μικρόβιων σε ένα μέρος ή όργανο του ανθρώπινου σώματος. Η ιατρική έριξε τότε το μεγαλύτερο βάρος της στην ασθένεια και στο πάσχον όργανο. Το μοντέλο αυτό με τα νοσοκομεία σαν «σύγχρονα παλάτια της ασθένειας», όπως χαρακτηρίστηκαν, απορροφούσαν τους περισσότερους πόρους του τομέα υγείας και θέρπευαν μόνο το 10 - 20% της ασθένειας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, μεταξύ των άλλων η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα να χάσει σταδιακά το γόητρό της και να συρρικνωθεί σημαντικά, κινδυνεύοντας ακόμη και να εξαφανισθεί από την παγκόσμια ιατρική σκηνή. Τα τελευταία έτη και με βάση τα σύγχρονα δεδομένα για τη μορφή της ασθένειας, έχει αποδειχτεί ότι αυτή καθορίζεται από το κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι φάνηκε ότι τα κάθε είδους συστήματα περίθαλψης που είχαν μέχρι στιγμής αναπτυχθεί όχι μόνο δεν κάλυπταν τις ανάγκες υγείας του ατόμου και της κοινωνίας αλλά οδηγούσαν σε συνεχώς αυξανόμενο

κόστος. Οι αναγκαίες αυτές διαπιστώσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας αλλά και μία σειρά άλλοι λόγοι οδήγησαν σε μία παρατεταμένη κρίση που κύρια χαρακτηριστικά της ήταν (Μωραΐτης κ.ά., 1986:86):

- 1) Το συνεχώς αυξανόμενο οικονομικό κόστος που σε συνθήκες οικονομικής κρίσης έθετε σε κίνδυνο την ίδια την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών αυτών
- 2) Η αδυναμία του συστήματος να βελτιώσει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας
- 3) Η αδυναμία ανακοπής των συνεχώς διευρυνόμενων υγειονομικών ανισοτήτων
- 4) Η εξέλιξη του συστήματος υγείας σε μια νοσοκομειακοκεντρική, υψηλή δαπάνη και απρόσωπη ιατρική
- 5) Η εξέλιξη του ιατρικού σώματος, λόγω υψηλού κατακερματισμού της γνώσης, σε μία πανίσχυρη και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα με εκτενείς επιπτώσεις στο κύρος του ιατρικού επαγγέλματος και στις σχέσεις με τους ασθενείς.

Όλες αυτές οι αδυναμίες υπονόμευσαν την αξιοπιστία του συστήματος περίθαλψης προκαλώντας δυσπιστία και αμφισβήτηση. Εκφραστές αυτού του κλίματος υπήρξαν πολλοί επιστήμονες όπως ο Illich, ο Fuchs, ο Navaro και άλλοι. Η διακήρυξη της Alma – Ata, που ήταν αποτέλεσμα της ιστορικής διεθνούς συνδιάσκεψης το 1978 στην Alma – Ata της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της UNISEF, αποτέλεσε μία πρώτη προσπάθεια για την υπέρβαση της κρίσης. Στα επόμενα έτη και μέσα στο πνεύμα και τη νέα φιλοσοφία των αρχών αυτής της διακήρυξης, συγκροτήθηκε από την ίδια την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας μία πλήρης και εμπειριστατωμένη επιστημονικά πρόταση που αποτελούσε σαφή στροφή προς την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Μωραΐτης κ.ά., 1986:89).

Η νέα αυτή φιλοσοφία για την αντιμετώπιση της ασθένειας στηρίζεται στην αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την πρόληψη και αγωγή της υγείας, με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας αλλά και του ίδιου του πολίτη. Απαιτεί ακόμα πλην του τομέα υγείας και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης. Αυτή η λεπτομερειακή προσέγγιση αναπτύσσεται παράλληλα με τη νέα αντίληψη περί «ολιστικής» ιατρικής. Κατά τη δεκαετία του 1980 η προαγωγή υγείας έγινε το αντικείμενο εθνικών και διεθνών πολιτικών (W.H.O., 1985:25) καθώς και διεθνών συνεδρίων. Η μετατόπιση του κέντρου ευθύνης από το νοσοκομειακό τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν το κυρίαρχο στοιχείο που διαμορφώθηκε και επικράτησε στη συνδιάσκεψη της Alma – Ata.

Οι 38 στόχοι της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για «Υγεία για όλους το 2000» που ακολούθησαν διαπνέονται από τη νέα αυτή αντίληψη κάνοντάς τη πιο συγκεκριμένη.

Μέσα σ' αυτό το σταδιακά διαμορφωμένο κλίμα πρέπει να αναφερθεί ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη δεν μπορούν να αποτελέσουν έννοιες εναλλακτικές, αλλά συμπληρωματικές. Γι' αυτό το λόγο ο επαναπροσανατολισμός των συστημάτων υγείας δεν σημαίνει σε καμία περίπτωση τον παραγκωνισμό των νοσοκομείων. Σημαίνει απλώς με βάση τη νέα διευρυμένη άποψη για την έννοια της υγείας, ένα αντίστοιχο επαναπροσδιορισμό του κέντρου ευθύνης του συστήματος υγείας (Μωραΐτης κ.ά., 1986:91).

3.4. Επίδραση της οικονομικής κρίσης στα επίπεδα υγείας

Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Η ανεργία συνδέεται επίσης με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (Bethune, 1997:46, Burchell, 1994:32).

Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπροσθέτως πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες (Stuckler et al., 2009:315).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, τα άτομα όπως και οι οικογένειες, οι οποίες βρίσκονται σε χαμηλή οικονομική κατάσταση διατρέχουν δυο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά (Bartley, 1997:1194).

Μια οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη ζωή των ατόμων, οδηγώντας τα εκτός αγοράς εργασίας, προκαλώντας τους απώλεια του εισοδήματος και του κοινωνικού δικτύου που είχαν στο χώρο εργασίας. Αυτές οι απώλειες, με τη σειρά τους, αυξάνουν τόσο το ψυχοκοινωνικό στρες που βιώνουν όσο και την πίεση λόγω έλλειψης υλικών αγαθών και πόρων. Επιπλέον, και οι ευρύτερες, εκτός εργασίας, κοινωνικές σχέσεις (συζυγικές, οικογενειακές κλπ.) δοκιμάζονται λόγω της οικονομικής κρίσης. Η απώλεια της εργασίας και η ανεργία σημαίνουν κάτι περισσότερο από τη στέρηση του

εισοδήματος: η ακούσια διακοπή της εργασίας και της επαγγελματικής δραστηριότητας επηρεάζει την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, την ταυτότητά του, τους ρόλους του, τη νοηματοδότηση της ζωής του. Η ανεργία κάνει το άτομο να νιώθει «άχρηστο», η κοινωνική του θέση και το κύρος κλονίζονται, τα σχέδια και οι επιδιώξεις στη ζωή ανατρέπονται, ενώ καταλαμβάνεται από αίσθημα απελπισίας και απογοήτευσης, αφού οι προσδοκίες για επαγγελματική άνοδο και καταξίωση διαψεύδονται και η εκπλήρωση των προσωπικών του στόχων ματαιώνεται, τουλάχιστον προσωρινά (Αναγνωστόπουλος, 2010:2).

Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι η ανεργία μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη (κυρίως στα άτομα μέσης ηλικίας), άγχος, κατάχρηση ουσιών (όπως το αλκοόλ), αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονία (ιδίως στους άνδρες), αντικοινωνική συμπεριφορά (επιθετικότητα, βία). Η ανεργία έχει σχετισθεί και με τη σωματική υγεία. Κάτω από συνθήκες οικονομικής κρίσης, το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου, λόγω δυσλειτουργίας του υγειονομικού συστήματος, εξαιτίας της μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας (Αναγνωστόπουλος, 2010:3).

3.5. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας

Η οικονομική κρίση προκαλεί δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση, στη δημόσια υγεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας με σκοπό τον έλεγχο των ελλειμμάτων και την προαγωγή ισότιμης κάλυψης, στην εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στην αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων. Όμως, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας απορροφούν μεγάλο μέρος αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης. Παρά ταύτα οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού είναι σημαντικές και ανάλογες της έκτασης και έντασης της κρίσης (Κυριόπουλος, 2010:21-24).

Η οικονομική κρίση μπορεί να είναι αφετηρία αναδιοργάνωσης ενός συστήματος Υγείας με προϋπόθεση την άρση των «ιδεολογικών» ερεισμάτων του «αδιαπραγμάτευτα δημόσιου και ανοιχτού σε όλους συστήματος Υγείας». Απαιτείται η αναγνώριση των στοιχειωδών οικονομικών κανόνων λειτουργίας κάθε συστήματος περίθαλψης, η μελέτη της διεθνούς εμπειρίας και η σύνδεση, της ελεγχόμενης αξιοπιστίας, του δημόσιου και

ιδιωτικού τομέα. Η λειτουργική Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (Σ.Δ.Ι.Τ.) Υγείας προϋποθέτει την καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών και του εξοπλισμού ολόκληρου του συστήματος και κατανομή των καθηκόντων κάθε φορέα. Είναι ευνοϊκή συγκυρία για να σχεδιαστεί η επιβαλλόμενη αποκέντρωση του συστήματος υγείας με την απομάκρυνση όλο και περισσότερων ιατρικών πράξεων από το απάνθρωπο, πολυδαίδαλο και πολυδάπανο νοσοκομείο. Η οργάνωση αποτελεσματικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει αρωγό την ιατρική τεχνολογία, που μπορεί να δράσει αποκεντρωμένα και αποτελεσματικά, με λειτουργικό κύτταρο την περιφερειακή μονάδα, το παροπλισμένο Κέντρο Υγείας ή και τον οικογενειακό γιατρό. Καινοφανείς προτάσεις όπως το «ολοήμερο νοσοκομείο» και οι «μισθωτοί συνταγογράφοι» είναι μέτρα στην αντίθετη κατεύθυνση (Ζουμπούλης, 2011).

Στην Ελλάδα, η ζήτηση και η χρήση πρόκειται να αυξηθεί, κυρίως προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα. Αυτό σημαίνει ότι αυξάνονται, αντίστοιχα, οι πιέσεις για αποδοτικότητα του συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του υπουργείου Υγείας, ήδη σημειώνεται μια αύξηση 20% στη χρήση των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παρατηρείται μια μείωση κατά 15% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών θα αυξηθούν ενώ ταυτόχρονα θα ενταθούν οι δυσκολίες στην εξυπηρέτησή τους. Ανάλογα προβλήματα θα αντιμετωπίσει και ο ιδιωτικός τομέας της υγείας. Επιπλέον, η επιδίωξη της κεντρικής διοίκησης για περιστολή της δαπάνης (φαρμακευτική περίθαλψη και προμήθειες), δηλαδή 15% περίπου της δημόσιας δαπάνης, είναι αφενός εξαιρετικά δυσχερής και αφετέρου θα προκαλέσει δραματική μείωση της προσφοράς. Πάντως, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και οι δομές κοινωνικής προστασίας απορροφούν μεγάλο μέρος αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης. Κατά συνέπεια, οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού θα είναι σημαντικές αλλά δεν αναμένεται να είναι δραματικές (Αγγελοπούλου, 2010).

3.6. Αδυναμίες συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Αλεξιάδης, 2003:14):

- 1) Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας.
- 2) Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.
- 3) Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού). Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.
- 4) Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 5) Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- 6) Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- 7) Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής.
- 8) Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 9) Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

Η κατανομή των ιατρών αυτών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν συνδέονται στην πραγματικότητα με την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, ούτε οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία αισθάνονται ευθύνη για αυτούς. Η σχέση μεταξύ των ιατρών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία και του υπόλοιπου συστήματος υγείας είναι γραφειοκρατική και όχι συναδελφική ή διοικητική. Ως συνέπεια, οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία δεν έχουν καμία αρμοδιότητα να επιθεωρούν, να σχολιάζουν ή να αξιολογούν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας. Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνωσης και επαρκούς προσδιορισμού στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών αρχείων, την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία πραγματική αντίληψη της ανάγκης για τη δημιουργία

διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό τους διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων τον υπηρετούν (Αλεξιάδης, 2003:56).

3.7. Οικονομική κρίση ως απειλή των συστημάτων υγείας σε επίπεδο κοινωνικής συνοχής

Μια εκτενής οικονομική μεταβολή στην κοινωνία μπορεί να έχει ως συνέπεια είτε την τροποποίηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, δηλαδή μπορεί να εκληφθεί ως ευκαιρία, είτε την αύξηση των ψυχικών διαταραχών και των αυτοκτονιών, δηλαδή να θεωρηθεί ως κρίση. Προηγούμενα παραδείγματα μείζονος οικονομικής ύφεσης, για παράδειγμα το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, χαρακτηρίστηκαν από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, αλλά από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%. όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%. Αντίστοιχα στοιχεία αναφέρονται και για τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αμέσως μετά τη σημαντική κοινωνικο-πολιτική μεταβολή που συνέβη στις αρχές της δεκαετίας του '90: όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%, αυξήθηκε τόσο η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες κατά 20%, όσο και οι αυτοκτονίες κατά 40%. Μάλιστα, οι επιπτώσεις ήταν σοβαρότερες σε χώρες όπου οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές έγιναν γρήγορα, το σύστημα κοινωνικής προστασίας ήταν αδύναμο και το κοινωνικό κεφάλαιο ήταν χαμηλό(Κουλιεράκης, 2010:6).

Σε περιόδους σημαντικών κοινωνικών κρίσεων που προκαλούνται είτε από φυσικά φαινόμενα, είτε από το ξέσπασμα πανδημιών, είτε εξαιτίας μιας σημαντικής οικονομικής ύφεσης, αναδύονται προβλήματα σε πολλαπλά επίπεδα (κοινωνικό, ψυχολογικό, πολιτικό). Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προβλημάτων πρέπει να βασίζεται σε ένα μοντέλο «κοινωνικής συνοχής». Συγκεκριμένα, το μοντέλο που βασίζεται στην «κοινωνική συνοχή» χαρακτηρίζεται από την ενεργή συμμετοχή των ομάδων πολιτών στο σχεδιασμό της διαχείρισης της κρίσης και στην ανάδειξή τους σε ισότιμους εταίρους, με άμεσο αποτέλεσμα να αποκτήσουν το αίσθημα ελέγχου και κυριαρχίας απέναντι στο φόβο, στην απελπισία και στην αβεβαιότητα, την εγκαθίδρυση σχέσεων εμπιστοσύνης και στενής συνεργασίας ανάμεσα στο κράτος, στους πολίτες, στις επιχειρήσεις και στις υπηρεσίες υγείας, βοηθώντας στην εξασφάλιση της απαραίτητης κοινωνικής συναίνεσης

για «περιοριστικά» μέτρα όπως ο εμβολιασμός, μια ενδεχόμενη каранτίνα ή ο κατ' οίκον περιορισμός, τον επανακαθορισμό των κοινωνικών αξιών, όπως η ελευθερία, η ισότητα, η εθνική ασφάλεια, η ανεξαρτησία και η κοινωνική δικαιοσύνη ή εννοιών όπως ο οίκτος και ο εθνικισμός (Κουλιεράκης, 2010:6).

Έχοντας ως σημείο εκκίνησης τα παραπάνω, τίθενται δύο ουσιαστικά ερωτήματα αναφορικά με την κοινωνική συνοχή αν μια οικονομική κρίση, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, στην ελληνική πραγματικότητα σήμερα, ευνοεί ή θέτει σε κίνδυνο την κοινωνική συνοχή και αν μπορεί η διατάραξη της κοινωνικής συνοχής, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, να έχει επιπτώσεις στη σωματική και στην ψυχική υγεία των ατόμων. Η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των δαπανών για προγράμματα πρόνοιας - κοινωνικής πολιτικής, η αύξηση των ψυχικών διαταραχών και η αύξηση χρήσης υπηρεσιών υγείας συνιστούν τις σημαντικότερες απειλές για την κοινωνική συνοχή. Από την άλλη πλευρά, η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης και μετά, εξ' αιτίας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων από το άγχος, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας με πλημμελή διαχείριση της νόσου και των ασθενών. Μάλιστα, προβλέπεται ότι η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει φανεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος, οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες για τις οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (Κουλιεράκης, 2010:6).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Βασικά στοιχεία δαπανών υγείας

Η μέτρηση των συνολικών δαπανών υγείας μιας χώρας αποτελεί σήμερα μια αρκετά δύσκολη διαδικασία, λόγω των σημαντικών πρακτικών και μεθοδολογικών προβλημάτων που υπάρχουν. Τα προβλήματα αυτά αφορούν όχι μόνο τον τρόπο καταγραφής και μέτρησης των δαπανών αλλά και αυτές τις ίδιες τις δαπάνες που πρέπει να συμπεριληφθούν στις μετρήσεις, αφού ο υγειονομικός τομέας δεν είναι σαφώς οριοθετημένος. Επιπλέον, προβλήματα δημιουργούνται στη μέτρηση των δημοσίων δαπανών υγείας από την πληθώρα των κρατικών φορέων που δαπανούν πόρους για την υγεία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση υπάρχει ο κίνδυνος των διπλομετρήσεων, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν επιχορηγήσεις από την κεντρική κυβέρνηση προς την τοπική ή νομαρχιακή αυτοδιοίκηση ή και τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Συνεπώς, οι διεθνείς συγκρίσεις που συχνά γίνονται και η εξαγωγή συμπερασμάτων έχουν χαμηλή αξιοπιστία και αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα στο βαθμό που και τα στοιχεία πάνω στα οποία βασίζονται είναι πραγματικά. Παρόλα αυτά το ύψος των συνολικών δαπανών υγείας είναι ένας απλός και εύχρηστος δείκτης που δίνει μια γενική εικόνα του συστήματος υγείας και χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως στις συγκρίσεις που γίνονται μεταξύ των χωρών (Abel – Smith, 1994:36).

Έχει αποδειχθεί ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η γενικότερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέονται μεταξύ τους. Από τη μελέτη των δαπανών υγείας στις διάφορες χώρες μπορούν να γίνουν οι εξής γενικεύσεις. Πρώτο, χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα τείνουν να εμφανίζουν και υψηλές δαπάνες υγείας. Υπάρχουν εντούτοις και μερικές χώρες που δεν ακολουθούν τη γενική αυτή τάση και δαπανούν λιγότερα ή περισσότερα από ότι το επίπεδο οικονομικής τους ανάπτυξης επιτρέπει. Δεύτερο, οι δημόσιες δαπάνες υγείας τείνουν να αυξάνονται ταχύτερα από τις ιδιωτικές ή διαφορετικά οι πρώτες στην πορεία του χρόνου τείνουν να αναπληρώνουν τις δεύτερες. Οι βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας από τη μεριά της κατανάλωσης είναι οι ιατρικές, οι νοσοκομειακές και οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων. Για τον υπολογισμό όμως των συνολικών δαπανών θα πρέπει να προστεθούν και οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, την πρόληψη και την αγωγή υγείας, για

κατάρτιση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, για επενδύσεις και έρευνα και βέβαια τις διοικητικές δαπάνες. Τα επιδόματα σε χρήμα όπως ασθένειας, αναπηρίας κ.λπ., δεν αποτελούν μέρος των δαπανών υγείας και δεν πρέπει να υπολογίζονται σ' αυτές, αφού αναπληρώνουν μόνο την απώλεια εισοδήματος (World Bank, 1993:88).

4.2. Οικονομική κρίση, περικοπές δαπανών και υγεία

Μετρήσιμες και εμφανώς καταστροφικές είναι οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών που συνεπάγεται η οικονομική κρίση και οι εξ αυτής απορρέουσες περικοπές στις κοινωνικές παροχές. Οι ερευνητές μελέτησαν τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. για την εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών, σε σχέση με τα προβλήματα υγείας και τους θανάτους σε 15 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, και το Ηνωμένο Βασίλειο) τα έτη 1980 - 2005. Αναλύοντας τις διαχρονικές τάσεις, οι ερευνητές συμπέραναν ότι, όταν οι δημόσιες κοινωνικές παροχές είναι υψηλές, οι θάνατοι μειώνονται, ενώ όταν οι δαπάνες περικόπτονται, οι θάνατοι αυξάνονται θεαματικά. Οι ειδικοί τονίζουν, ωστόσο, ότι η υγεία των πολιτών δεν επηρεάζεται μόνο όταν γίνονται περικοπές στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά εξαρτάται κι από πολλούς άλλους παράγοντες, που βρίσκονται έξω από το σύστημα υγείας. Η υγεία των πολιτών ωφελείται από την επένδυση σε ποικίλες κοινωνικές πολιτικές (Καρακώστα, 2010:12).

Βραχυπρόθεσμα, κάποιοι τομείς της υγείας των πληθυσμών επηρεάζονται περισσότερο από τις μεταβολές στις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας, παρά από δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη, τονίζουν οι ερευνητές, ενώ εκτιμούν πως και μακροπρόθεσμα, η διατήρηση των προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας φαίνεται να συνιστά παράγοντα, που εξασφαλίζει την μελλοντική υγεία των πληθυσμών. Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., στις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας που μπορούν να επηρεάσουν (άμεσα ή έμμεσα) την υγεία των πολιτών περιλαμβάνονται: οι δαπάνες στα προγράμματα οικογενειακής υποστήριξης (όπως η προσχολική εκπαίδευση, η φροντίδα των παιδιών, και η άδεια μητρότητας ή πατρότητας), οι συντάξεις γήρατος, η υγειονομική περίθαλψη, η στέγαση, τα επιδόματα ανεργίας, τα προγράμματα που στοχεύουν στη διατήρηση της απασχόλησης ή βοηθούν τους ανέργους να βρουν δουλειά και η υποστήριξη για τους ανθρώπους με αναπηρίες (Καρακώστα, 2010:13).

4.3. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας

Οι οικονομολόγοι της υγείας πιστεύουν ότι από τους παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση των δαπανών υγείας, άλλοι δρουν στο χώρο της ζήτησης αγαθών και υπηρεσιών περίθαλψης και άλλοι στο χώρο της προσφοράς. Σ' αυτήν την ενότητα θα σκιαγραφηθούν και θα αξιολογηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας. Ειδικότερα αυτοί είναι οι εξής (Αντωνοπούλου, 2002:51, Τούντας, 2008: 156):

1. Επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης. Η μεγάλη ασφαλιστική κάλυψη συντελεί στην αλόγιστη αύξηση της ζήτησης για αγαθά και υπηρεσίες περίθαλψης.
2. Οι λειτουργίες της κοινωνικής κάλυψης. Η κοινωνική ασφάλεια επιτελεί τέσσερις λειτουργίες: πολιτική, διοίκησης προσωπικού, συνδικαλιστική και εμπορική.
3. Η γήρανση του πληθυσμού. Τα άτομα ολιγομελών νοικοκυριών προσφεύγουν πιο εύκολα στο σύστημα υγείας.
4. Η ιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων λόγω εξέλιξης του τρόπου ζωής καθώς ο πληθυσμός αφιερώνει ένα όλο και λιγότερο μέρος των εισοδηματικών του πόρων για τη διατροφή, ενώ όλο και μεγαλύτερο διαθέτει στην ψυχαγωγία και την υγεία.
5. Η είσοδος νέων προηγμένων τεχνολογιών στο σύστημα της ιατρικής περίθαλψης αποτέλεσε το σημαντικότερο παράγοντα της διόγκωσης των δαπανών περίθαλψης και ειδικότερα των νοσοκομειακών δαπανών.
6. Η πυκνότητα ιατρών, ιατρικών πράξεων.
7. Οικονομικοί παράγοντες. Η συνεχής βελτίωση του ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος επιτρέπουν στο άτομο να ζητά όλο και περισσότερες και καλύτερες υπηρεσίες υγείας.

4.4. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών στην Ελλάδα και διεθνώς

Ένα στοιχείο που αφορά τις δαπάνες υγείας και παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον είναι το ποσοστό που καταλαμβάνουν στο σύνολο των δαπανών. Παρακολουθώντας τις τιμές του πίνακα 4.1. που παρατίθενται, παρατηρεί κανείς ότι το χρονικό διάστημα 2003 – 2010 όπου υπάρχουν σαφή στοιχεία από τον Ο.Ε.С.Д. (Organisation for Economic Cooperation and Development), στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης αλλά και διεθνώς υπάρχει αυξητική τάση του ποσοστού των δαπανών. Χαρακτηριστικά, η Ελλάδα για το διάστημα 2003 – 2007 είχε μια αύξηση του ποσοστού

της κατά 0,94% ενώ χώρες με μεγάλη αύξηση του ποσοστού δαπανών υγείας ήταν η Χιλή (22,06%), η Κορέα (11,15%), το Μεξικό (7,13%), το Ην. Βασίλειο με 5,15% και οι Ηνωμένες Πολιτείες με 9,34%. Μείωση εμφάνισαν χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία (-24,66%), η Σλοβακία (-25,62%), η Τσεχία κατά 6,51% κ.ά. Σε γενικότερο επίπεδο, η αύξηση του ποσοστού δαπανών υγείας, στις περισσότερες των χωρών δεν συνεπαγόταν και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας λόγω παραγόντων όπως η γήρανση του πληθυσμού, οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις κλπ. Ο πίνακας 4.1. παρουσιάζει αναλυτικά την πορεία των ποσοστών δαπανών υγείας για τις χώρες που διατίθενται στοιχεία βοηθώντας στην ευκολότερη κατανόηση των όσων προαναφέρθηκαν.

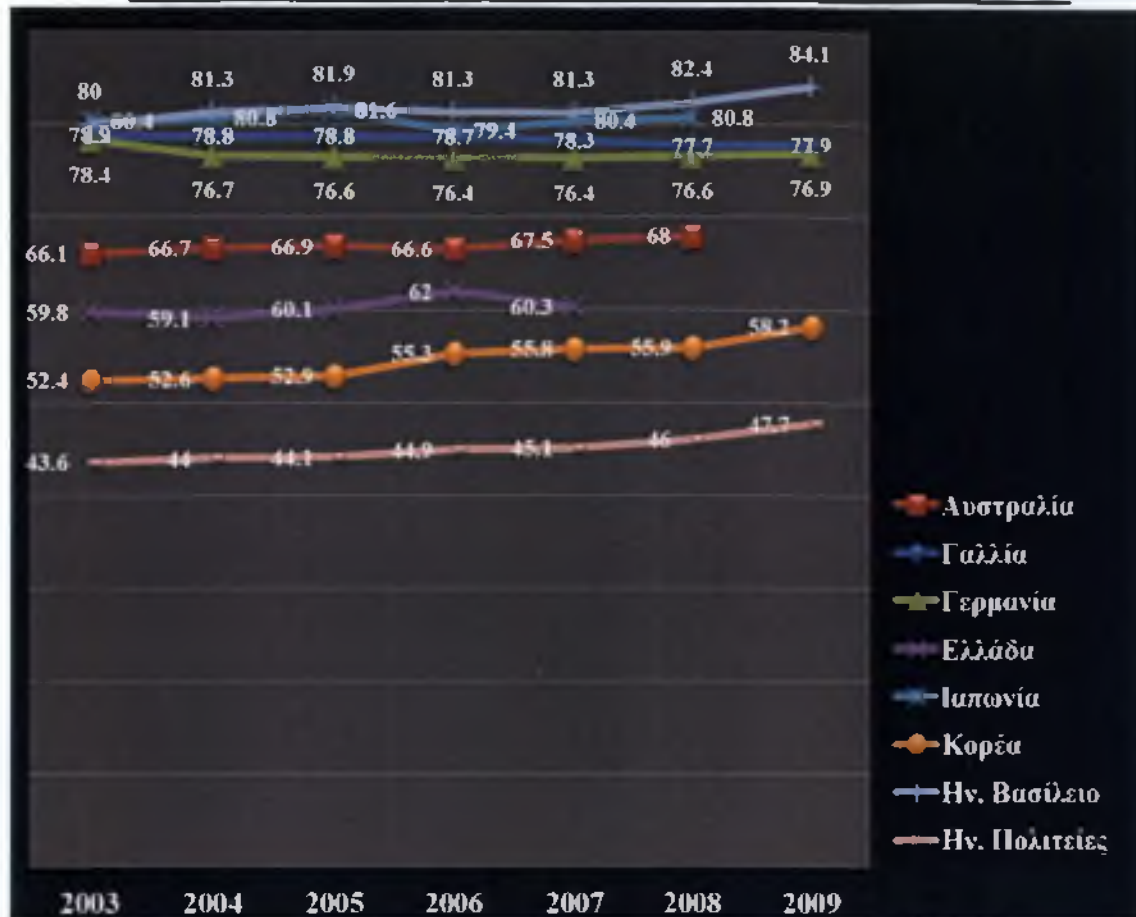
Πίνακας 4.1. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών

Χώρα	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Μεταβολή (2003-2009)	%
Αυστραλία	66,1	66,7	66,9	66,6	67,5	68,0	-	-	2,85%	
Αυστρία	75,5	75,7	76,1	76,0	76,4	77,2	77,7	-	2,82%	
Βέλγιο	74,8	76,0	75,9	73,9	73,5	75,0	75,1	-	0,44%	
Καναδάς	70,2	70,2	70,2	69,8	70,2	70,5	70,6	70,5	0,48%	
Χιλή	38,8	39,9	40,0	42,1	43,2	44,0	47,4	-	22,06%	
Τσεχία	89,8	89,2	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0	-	-6,51%	
Δανία	84,5	84,3	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0	-	0,58%	
Εσθονία	77,0	75,5	76,7	73,3	75,6	77,8	75,3	-	-2,19%	
Φινλανδία	74,6	75,0	75,4	74,8	74,4	74,4	74,7	75,1	0,67%	
Γαλλία	78,9	78,8	78,8	78,7	78,3	77,7	77,9	-	-1,26%	
Γερμανία	78,4	76,7	76,6	76,4	76,4	76,6	76,9	-	-2,01%	
Ελλάδα	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3	-	-	-	0,94%	
Ουγγαρία	72,8	72,4	72,3	72,5	70,3	71,0	69,7	-	-4,29%	
Ισλανδία	81,7	81,2	81,4	82,0	82,5	82,6	82,0	80,5	-1,38%	
Ιρλανδία	76,5	77,4	77,0	76,8	76,9	76,7	75,0	-	-1,92%	
Ισραήλ	61,7	60,9	59,3	59,0	58,3	58,4	58,5	-	-5,20%	
Ιταλία	74,5	76,0	76,2	76,6	76,6	77,5	77,9	77,6	4,20%	
Ιαπωνία	80,4	80,8	81,6	79,4	80,4	80,8	-	-	0,46%	
Κορέα	52,4	52,6	52,9	55,3	55,8	55,9	58,2	58,3	11,15%	
Λουξεμβούργο	84,2	84,8	84,9	85,1	84,1	84,1	84,0	-	-0,24%	
Μεξικό	44,2	45,2	45,0	45,2	45,4	46,9	48,3	47,3	7,13%	
Νέα Ζηλανδία	78,3	76,9	77,1	77,5	79,8	80,3	80,5	59,0	-24,66%	
Νορβηγία	83,7	83,6	83,5	83,8	84,1	84,3	84,1	-	0,47%	
Πολωνία	69,9	68,6	69,3	69,9	70,8	72,2	72,2	-	3,21%	
Πορτογαλία	68,0	67,1	67,1	66,1	65,7	65,1	-	-	-4,24%	
Σλοβακία	88,3	73,8	74,4	68,3	66,8	67,8	65,7	-	-25,62%	
Σλοβενία	71,9	73,1	72,1	72,3	72,3	73,4	73,4	-	2,14%	
Ισπανία	70,3	70,4	70,6	71,3	71,5	72,6	73,6	-	4,81%	
Σουηδία	82,0	81,4	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5	-	-0,63%	
Ελβετία	58,3	58,4	59,5	59,1	59,1	59,5	59,7	-	2,35%	
Τουρκία	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	-	-	1,52%	
Ην. Βασίλειο	80,0	81,3	81,9	81,3	81,3	82,4	84,1	-	5,15%	
Ην. Πολιτείες	43,6	44,0	44,1	44,9	45,1	46,0	47,7	-	9,34%	

Πηγή: OECD, 2011

Το Διάγραμμα 4.1. παρουσιάζει περιληπτικά την πορεία των ποσοστών δαπανών υγείας για ορισμένες χώρες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών τους, και ειδικά στις εξής χώρες: Ην. Πολιτείες, Ην. Βασίλειο, Κορέα, Ιαπωνία, Ελλάδα, Γερμανία, Γαλλία και Αυστραλία.

Διάγραμμα 4.1. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών



4.5. Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π. στην Ελλάδα και διεθνώς

Οι δαπάνες υγείας είναι ενταγμένες σε ένα ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικών δαπανών. Επομένως, η πορεία τους επηρεάζει άμεσα και το σύνολο των κοινωνικών δαπανών της κάθε χώρας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 4.2, η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που αύξησαν τις κοινωνικές τους δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π. το διάστημα 2000 – 2007 (23,90%), όπως η Ιρλανδία (25,88%), η Δανία (27,95%), η Φινλανδία (18,91%), το Λουξεμβούργο (21,69%), η Κορέα (60,50%) κ.ά. Οι χώρες που μείωσαν τις κοινωνικές δαπάνες ήταν ελάχιστες ανάμεσά τους η Τσεχία και η Εσθονία (2,64 και 2,99% αντίστοιχα), το Ισραήλ (7,58%), η Σλοβενία (8,75%) κλπ. Σε γενικότερο πλαίσιο, η πορεία

των κοινωνικών δαπανών ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τις περισσότερες χώρες είχε αυξητική πορεία επηρεασμένη από την πορεία των δαπανών υγείας.

Πίνακας 4.2. Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

Χώρα	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% Μεταβολή (2000-2007)
Αυστραλία	5,4	5,4	5,6	5,5	5,7	5,6	5,6	5,7	7,01%
Αυστρία	6,6	6,6	6,6	6,7	6,8	6,9	6,8	6,8	3,31%
Βέλγιο	6,6	6,7	6,7	7,1	7,5	7,4	7,2	7,3	11,70%
Καναδάς	6,2	6,5	6,6	6,8	6,8	6,8	6,9	7,0	13,45%
Χιλή	3,4	3,6	3,7	3,7	3,5	3,5	3,4	3,7	6,15%
Τσεχία	5,9	6,0	6,4	6,7	6,4	6,3	6,0	5,8	-2,64%
Δανία	5,1	5,3	5,5	6,0	6,1	6,1	6,2	6,5	27,95%
Εσθονία	4,1	3,8	3,7	3,8	3,9	3,9	3,7	4,0	-2,99%
Φινλανδία	5,1	5,3	5,6	5,9	6,0	6,2	6,3	6,1	18,91%
Γαλλία	7,1	7,2	7,4	7,7	7,7	7,7	7,6	7,5	4,87%
Γερμανία	8,1	8,1	8,3	8,4	8,0	8,1	7,9	7,8	-2,72%
Ελλάδα	4,7	5,3	5,3	5,3	5,1	5,8	6,0	5,9	23,90%
Ουγγαρία	5,0	4,9	5,3	6,1	5,8	6,0	5,9	5,2	5,57%
Ισλανδία	6,5	6,4	6,8	6,6	6,2	5,8	5,6	5,7	-11,49%
Ιρλανδία	4,6	5,1	5,4	5,6	5,9	5,8	5,7	5,8	25,88%
Ισραήλ	4,7	4,9	5,0	4,9	4,7	4,6	4,4	4,3	-7,58%
Ιταλία	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8	6,9	6,6	13,67%
Ιαπωνία	5,9	6,2	6,1	6,1	6,1	6,3	6,2	6,3	6,22%
Κορέα	2,2	2,8	2,6	2,7	2,8	3,0	3,3	3,5	60,50%
Λουξεμβούργο	5,2	5,6	6,1	6,8	7,3	6,9	6,6	6,4	21,69%
Μεξικό	2,4	2,4	2,5	2,6	2,7	2,6	2,6	2,7	12,24%
Ολλανδία	5,0	5,2	5,5	5,8	5,8	5,9	5,9	6,0	18,57%
Νέα Ζηλανδία	6,0	5,9	6,3	6,2	6,4	6,7	7,1	7,1	18,84%
Νορβηγία	4,9	5,3	6,2	6,3	6,1	5,8	5,5	5,7	15,37%
Πολωνία	3,9	4,2	4,5	4,4	4,3	4,3	4,3	4,6	17,82%
Πορτογαλία	6,2	6,1	6,3	6,9	7,0	7,1	6,9	6,6	7,48%
Σλοβακία	4,9	4,9	5,0	5,1	5,3	5,2	5,0	5,2	5,27%
Σλοβενία	6,1	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,0	5,6	-8,75%
Ισπανία	5,2	5,2	5,2	5,7	5,8	5,8	6,0	6,1	17,35%
Σουηδία	6,3	6,6	6,8	6,9	6,7	6,7	6,6	6,6	5,22%
Ελβετία	5,0	5,4	5,7	5,9	5,9	6,0	5,7	5,6	10,90%
Τουρκία	-	-	-	-	-	3,7	4,0	4,1	10,80%
Ην. Βασίλειο	5,5	5,7	6,0	6,1	6,5	6,7	6,8	6,8	23,82%
Ην. Πολιτείες	5,9	6,3	6,6	6,8	6,9	7,0	7,1	7,2	23,02%

Πηγή: OECD, 2011

Το Διάγραμμα 4.2. παρουσιάζει περιληπτικά την πορεία των ποσοστών κοινωνικών δαπανών υγείας για ορισμένες χώρες ως ποσοστό του Α.Ε.Π. τους, και ειδικά στις χώρες: Ην. Πολιτείες, Ην. Βασίλειο, Κορέα, Ιαπωνία, Ελλάδα, Γερμανία, Γαλλία και Αυστραλία.

Διάγραμμα 4.2. Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π.



4.6. Ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς

Το σύνολο των κοινωνικών δαπανών σε κάθε χώρα παρουσιάζει αυξομειώσεις και εξαρτάται άμεσα από παράγοντες όπως ο πληθυσμός, οι ηλικιακές ομάδες, το φύλο κλπ. Ωστόσο, κάθε χώρα δαπανά κάθε χρόνο ένα μεγάλο ποσοστό του Α.Ε.Π. της σε κοινωνικές δαπάνες. Στην Ελλάδα, το διάστημα 2001 – 2007, οι κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκαν κατά 69,83%, από 12.891,00 εκ. € σε 21.893,00 εκ. €, ακολουθώντας τη γενικότερη αυξητική πορεία των κοινωνικών δαπανών στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως. Η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης έπληξε άμεσα και την κοινωνική πρόνοια καθώς όλο και μεγαλύτερος αριθμός ανθρώπων στράφηκε στην παροχή κάποιου είδους κοινωνικής βοήθειας και φροντίδας, αυξάνοντας μ' αυτόν τον τρόπο τα απαιτούμενα ποσά παροχής κοινωνικής βοήθειας. Επίσης, η αυξητική πορεία του κόστους υγείας σε συνδυασμό με την τεχνολογική πρόοδο στον τομέα της υγείας, συνέβαλλε στην αύξηση του ποσού που δαπανά κάθε χώρα για κοινωνική φροντίδα. Στον πίνακα 4.3. που ακολουθεί, παρουσιάζεται η εξελικτική πορεία του συνόλου των κοινωνικών δαπανών για

διάφορες χώρες, με ιδιαίτερη αναφορά στο γεγονός ότι καμία εξ' αυτών το διάστημα 2001 – 2009 δεν μείωσε το κόστος των κοινωνικών δαπανών.

Πίνακας 4.3. Σύνολο κοινωνικών δαπανών (σε μονάδες εκατ.)

Χώρα	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Μεταβολή (2001- 2009)
Αυστραλία	61.625,69	67.198,77	71.669,70	79.079,16	84.367,14	92.301,61	100.526,83	109.548,31	-	77,76%
Αυστρία	21.438,09	22.134,21	22.980,36	24.230,32	25.340,09	26.369,48	27.923,79	29.328,38	30.307,98	41,37%
Βέλγιο	21.543,00	22.730,00	27.671,79	29.548,85	30.460,66	30.549,84	32.361,56	34.754,15	36.885,46	71,22%
Καναδάς	103.245,08	110.895,53	118.658,83	126.188,57	134.975,60	144.571,74	153.527,54	164.388,33	174.284,23	68,81%
Χιλή	2.947.651,5	3.129.654,0	3.815.255,0	4.118.675,1	4.573.772,3	5.154.244,0	5.921.687,7	6.689.182,8	7.573.312,3	156,93%
Τσεχία	157.250,93	174.524,85	191.710,87	202.214,47	216.065,56	224.413,02	238.885,43	262.419,14	298.890,42	90,07%
Δανία	121.543,00	128.116,00	133.197,00	141.851,00	150.971,00	161.931,00	169.311,00	178.524,00	190.988,00	57,14%
Εσθονία	338,52	376,86	435,38	497,40	561,62	671,80	829,13	983,48	971,07	186,86%
Φινλανδία	10.342,25	11.215,81	11.862,34	12.500,15	13.270,37	13.832,53	14.466,49	15.430,15	15.674,28	51,56%
Γαλλία	152.715,97	162.938,18	173.628,42	182.711,79	191.616,40	199.475,08	208.913,92	216.356,89	224.699,18	47,14%
Γερμανία	220.079,00	227.991,00	234.626,00	234.411,00	240.475,00	246.077,00	254.291,00	264.506,00	278.345,00	26,48%
Ελλάδα	12.891,00	14.250,00	15.401,00	16.083,00	18.652,00	20.338,00	21.893,00	-	-	69,83%
Ουγγαρία	1.093.706,0	1.299.741,0	1.567.151,9	1.664.974,1	1.830.516,0	1.923.752,3	1.889.452,7	1.932.828,1	1.940.864,3	77,46%
Ισλανδία	72.105,76	82.889,95	87.360,57	91.907,45	96.857,35	106.683,48	118.962,08	135.221,07	144.334,58	100,17%
Ιρλανδία	7.905,96	9.216,23	10.298,90	11.298,58	12.355,13	13.333,94	14.520,04	15.896,74	15.222,55	92,55%
Ισραήλ	41.479,58	42.548,32	42.489,54	44.126,70	47.121,00	49.513,00	52.230,00	56.165,05	60.487,40	45,82%
Ιταλία	102.547,20	107.992,90	111.446,00	120.421,00	127.795,00	133.934,00	134.248,00	141.804,00	143.998,00	40,42%
Ιαπωνία	39.463.120,1	39.220.295,55	39.848.915,23	40.271.451,25	41.228.933,43	41.541.309,26	42.215.219,56	42.934.822,50	-	8,80%
Κορέα	32.940.571,83	35.416.400,73	39.745.132,65	43.418.976,93	49.013.849,76	54.954.669,51	61.444.956,38	66.283.978,20	73.713.801,95	123,78%
Λουξεμβούργο	1.670,59	1.982,48	1.979,86	2.251,70	2.405,12	2.628,17	2.673,08	2.683,98	2.957,75	77,05%
Μεξικό	347.266,45	386.133,94	436.888,48	511.604,04	541.370,05	588.005,01	652.364,59	710.661,55	762.335,21	119,52%
Ολλανδία	37.150,00	41.264,00	46.611,06	48.962,82	50.461,61	52.521,86	55.355,70	58.774,63	68.412,62	84,15%
Νέα Ζηλανδία	9.755,00	10.679,92	11.158,00	12.644,36	13.938,34	15.354,93	16.062,92	17.731,74	19.327,07	98,12%
Νορβηγία	135.267,00	150.030,00	159.574,00	168.239,00	176.897,00	186.763,00	201.721,80	217.084,57	228.642,92	69,03%

Πολωνία	45.675,00	51.237,11	52.632,00	57.357,60	61.099,80	65.730,55	75.665,05	89.306,53	98.975,26	116,69%
Πορτογαλία	12.454,11	13.065,43	13.965,05	15.004,13	15.971,90	16.138,02	16.922,02	17.287,06	-	38,81%
Σλοβακία	1.865,03	2.071,96	2.363,01	3.256,58	3.474,11	4.041,34	4.765,61	5.361,31	5.746,94	208,14%
Σλοβενία	1.779,37	1.999,39	2.169,04	2.265,31	2.415,44	2.568,68	2.691,37	3.116,22	3.278,86	84,27%
Ισπανία	49.271,45	52.874,20	63.994,37	69.037,80	75.306,59	82.254,69	89.338,65	97.463,60	100.230,82	103,43%
Σουηδία	208.058,00	225.502,00	236.928,00	241.827,00	250.947,00	263.472,00	278.754,00	295.706,00	309.421,00	48,72%
Ελβετία	45.572,84	47.388,63	49.265,16	51.007,72	52.043,04	52.773,35	55.214,95	58.453,35	60.987,44	33,82%
Τουρκία	12.396,00	18.774,00	24.279,00	30.021,00	35.359,00	44.069,00	50.904,00	57.740,00	-	365,80%
Ην. Βασίλειο	73.940,43	81.309,72	88.490,12	96.120,87	103.345,93	112.586,26	118.283,79	126.962,29	136.439,07	84,53%
Ην. Πολιτείες	1.466.811,1	1.604.943,0	1.737.367,6	1.856.179,1	1.980.723,7	2.110.677,2	2.241.552,6	2.348.136,5	2.440.970,2	66,41%

Πηγή: OECD, 2011

Οι δαπάνες υγείας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων. Κάθε χώρα κατανέμει το μεγαλύτερο τμήμα του ποσοστού των δαπανών υγείας της βάσει των στόχων που θέτει αλλά και των απαιτήσεων από το κοινωνικό σύνολο. Σαν γενικός κανόνας, σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 4.4., το μεγαλύτερο ποσοστό κατανέμεται σε υπηρεσίες φροντίδας και αποκατάστασης, ακολουθούν τα ιατρικά προϊόντα σε εξωτερικούς ασθενείς, οι υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας ενώ το μικρότερο ποσοστό συγκεντρώνει η πρόληψη και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Η συγκεκριμένη παρατήρηση αποκτά ακόμα μεγαλύτερη βαρύτητα αν παρατηρήσει κανείς ότι η παραπάνω ιεράρχηση κατανομή των ποσοστών δαπανών υγείας τηρείται κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες. Τα όσα προαναφέρθηκαν καθώς και τα ποσοστά δαπανών στους διάφορους τομείς υγείας παρουσιάζονται λεπτομερώς στον πίνακα 4.4. που ακολουθεί για κάθε χώρα ξεχωριστά και αφορά την τελευταία χρονιά από την οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (2009).

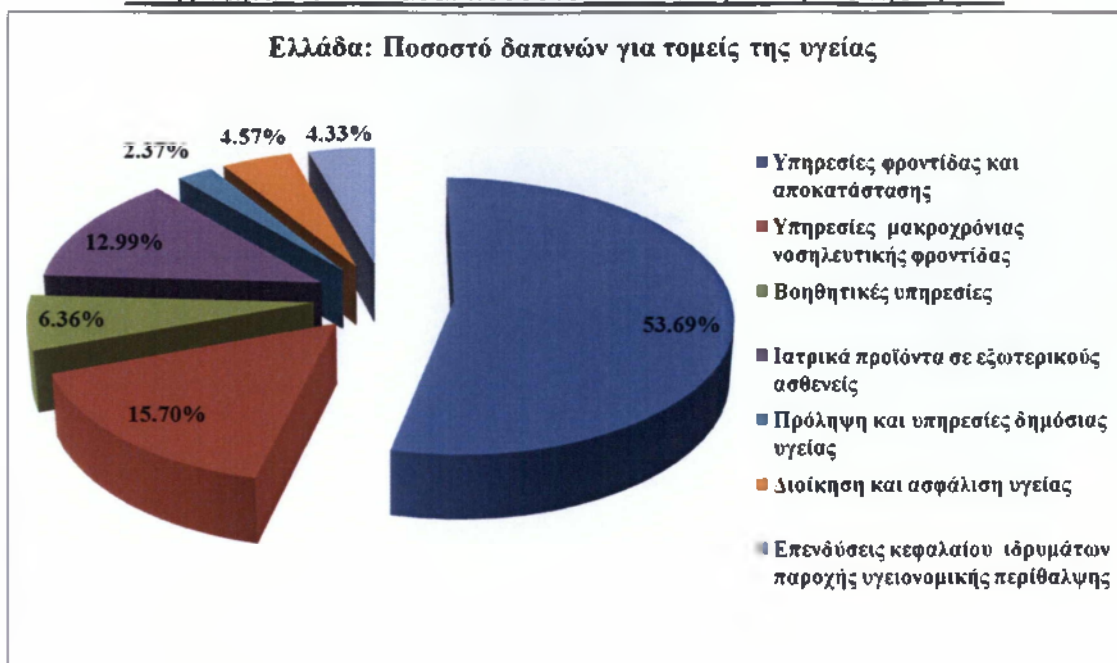
Στην Ελλάδα οι δαπάνες υγείας κατανεμήθηκαν σε ένα φάσμα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων για το 2009, ειδικότερα σε υπηρεσίες φροντίδας και αποκατάστασης το 53,689%, σε υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας το 15,698%, σε βοηθητικές υπηρεσίες το 6,358%, σε ιατρικά προϊόντα σε εξωτερικούς ασθενείς το 12,987%, σε πρόληψη και υπηρεσίες δημόσιας υγείας το 2,369%, σε διοίκηση και ασφάλιση υγείας το 4,567% και σε επενδύσεις κεφαλαίου ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης το 4,332% (Διάγραμμα 4.3.).

Πίνακας 4.4. Ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας

Χώρα	Υπηρεσίες φροντίδας και αποκατάστασης	Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας	Βοηθητικές υπηρεσίες	Ιατρικά προϊόντα σε εξωτερικούς ασθενείς	Πρόληψη και υπηρεσίες δημόσιας υγείας	Διοίκηση και ασφάλιση υγείας	Επενδύσεις κεφαλαίου ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης
Αυστρία	56,808	13,196	2,675	16,507	1,684	3,423	5,707
Βέλγιο	52,695	19,739	2,404	17,498	2,745	4,919	-
Καναδάς	44,409	13,812	6,000	19,708	6,95	3,515	5,136
Τσεχία	58,044	3,414	5,653	22,393	2,601	3,306	3,184
Δανία	53,721	23,598	4,519	11,087	2,156	1,169	3,749
Εσθονία	51,823	4,172	9,639	25,767	2,234	2,314	4,050
Φινλανδία	55,731	11,632	3,064	16,998	5,257	1,958	5,360
<i>Ελλάδα</i>	<i>53,689</i>	<i>15,698</i>	<i>6,358</i>	<i>12,987</i>	<i>2,369</i>	<i>4,567</i>	<i>4,332</i>
Γαλλία	51,676	11,227	5,075	20,409	2,145	6,808	2,660
Γερμανία	51,490	11,919	4,563	19,761	3,541	5,259	3,467
Ουγγαρία	46,339	3,770	4,292	36,797	4,251	1,257	2,271
Ισλανδία	58,472	17,965	2,319	17,869	1,449	1,927	-
Ιρλανδία	-	-	-	-	-	-	4,555
Ιταλία	-	-	-	18,243	0,613	0,523	3,729
Κορέα	54,109	9,474	0,875	23,956	3,089	3,436	5,061
Μεξικό	-	-	0,616	27,223	-	10,79	-
Ολλανδία	48,265	21,128	1,806	13,54	4,011	3,767	6,692
Νέα Ζηλανδία	56,472	13,853	5,16	10,64	6,696	7,179	0
Νορβηγία	49,651	26,012	5,97	11,292	2,115	0,777	4,184
Πολωνία	54,349	5,062	5,824	24,663	2,137	1,309	6,657
Ελσβακία	43,988	0,287	7,204	34,8	4,622	3,213	5,886
Σλοβενία	52,906	8,174	2,84	22,18	3,567	4,019	6,313
Ισπανία	56,575	8,781	5,106	21,108	2,577	3,06	2,793
Σουηδία	63,139	7,387	4,267	15,351	3,641	1,349	4,298
Ελβετία	57,741	19,341	3,304	12,172	2,519	4,922	-
Ην. Βασίλειο	-	-	-	-	-	-	5,067
Ην. Πολιτείες	66,317	5,611	..	13,439	3,412	6,677	4,544

Πηγή: OECD, 2011

Διάγραμμα 4.3. Ελλάδα: ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας



4.7. Φαρμακευτική δαπάνη

Η φαρμακευτική δαπάνη καταλαμβάνει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των δαπανών υγείας. Ωστόσο, αυξητικές τάσεις στις δαπανών υγείας δεν είχε το διάστημα 2000-2009 καθώς και τις αναμενόμενες μεταβολές για όλες τις χώρες. Στην Ελλάδα, η αύξηση των δαπανών υγείας επέφερε και αρκετά μεγάλη αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών κατά 57,67% από το 2000 έως το 2009 ενώ ανάλογα μεγάλες αυξήσεις σημειώθηκαν στο Μεξικό (45,88%), την Ιρλανδία (22,70%) ενώ αντίθετα από τις μεγαλύτερες μειώσεις παρουσιάστηκαν στη Νορβηγία (20%) και Πολωνία (20,42). Αναλυτικά, οι ποσοστιαίες μεταβολές της φαρμακευτικής δαπάνης ανά χώρα το διάστημα 2000 – 2009, παρουσιάζονται στον πίνακα 4.5. και για την Ελλάδα στο διάγραμμα 4.4.

Πίνακας 4.5. Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό δαπανών υγείας

Χώρα	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Μεταβολή (2000- 2008)
Αυστραλία	14,8	15,1	14,5	15	14,8	14,3	14,3	14,3	-	-	-3,38%
Αυστρία	12,3	12,5	12,8	13,3	13	13	13,1	13,3	13,3	-	8,13%
Βέλγιο	-	-	-	16	16,4	15,9	16,5	15	15,1	-	-5,63%
Καναδάς	15,9	16,2	16,6	17	17,3	17,2	17,3	17,2	17,2	17,1	8,18%
Χιλή	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Τσεχία	23,4	24	23,9	24,2	24,8	24,8	22,8	21,5	20,4	-	-12,82%
Δανία	8,8	9,2	9,8	9,1	8,7	8,6	8,5	8,6	-	-	-
Εσθονία	22,3	25,2	26,5	24	25,4	23,9	23,5	21,4	20,7	-	-7,17%
Φινλανδία	14,7	15	15,2	15,3	15,5	15,5	14,3	14,1	14,4	-	-2,04%
Γαλλία	16,5	16,9	16,8	16,7	16,8	16,7	16,5	16,5	16,4	-	-0,61%
Γερμανία	13,6	14,2	14,4	14,4	13,9	15,1	14,8	15,1	15,1	-	11,03%
Ελλάδα	18,9	18	18,8	20,4	22	21,5	22,7	24,8	27,6	29,8	57,67%
Ουγγαρία	-	28,5	27,6	27,5	28,8	31,1	31,7	31,1	31,6	-	10,88%
Ισλανδία	14,5	14,1	14	15,2	15,4	14,4	14,2	13,5	13,9	-	-4,14%
Ιρλανδία	14,1	14,3	14,5	14,9	15,6	16,5	17,4	17,7	17,3	-	22,70%
Ισραήλ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ιταλία	22	22,5	22,5	21,8	21,2	20,2	19,8	19,3	18,4	18,3	-16,36%
Ιαπωνία	18,7	18,8	18,4	19,2	19	19,8	19,6	20,1	-	-	7,49%
Κορέα	25,9	25,2	25,8	25,8	26	25,5	25,4	24,5	23,9	-	-7,72%
Λουξεμβούργο	9,1	10	9,3	10,1	9,5	9,2	8,8	9,1	9,1	-	0,00%
Μεξικό	19,4	19,5	21,2	25,2	26,1	25,4	26,3	28,2	28,3	-	45,88%
Ολλανδία	11,7	11,7	11,5	-	-	-	-	-	-	-	-1,71%
Νέα Ζηλανδία	-	-	-	-	10,4	10,4	11	10,2	9,6	-	-7,69%
Νορβηγία	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,7	8	7,6	-	-20,00%
Πολωνία	-	-	28,4	30,3	29,6	28	27,2	24,5	22,6	-	-20,42%
Πορτογαλία	22,4	23	23,3	21,4	21,8	21,6	21,8	-	-	-	-2,68%
Σλοβακία	34	34	37,3	38,5	31,4	31,9	29,7	27,9	27,6	-	-18,82%
Σλοβενία	-	-	20,9	20,5	20,7	20,6	20,5	19,8	18,7	-	-10,53%
Ισπανία	21,3	21,1	21,8	23,2	22,7	22,3	21,6	21	20,5	-	-3,76%
Σουηδία	13,8	13,9	14	13,8	13,9	13,7	13,7	13,4	13,2	-	-4,35%
Ελβετία	10,8	10,7	10,4	10,6	10,5	10,6	10,4	10,3	-	-	-4,63%
Τουρκία	26,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ην. Βασίλειο	14,1	13,9	13,5	13,5	13,2	12,8	12,3	12,2	11,8	-	-16,31%
Ην. Πολιτείες	11,3	11,7	12	12,1	12,2	12	12,2	12	11,9	-	5,31%

(Πηγή: OECD, 2011)

Διάγραμμα 4.4. Ελλάδα: Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό δαπανών υγείας



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κρίση που αρχικά ξεκίνησε στο χρηματοπιστωτικό τομέα και στη συνέχεια επεκτάθηκε και στα συστήματα υγείας κυριαρχεί στην ατζέντα των οικονομικών στελεχών όλων των χωρών. Ειδικότερα, το κόστος των δαπανών υγείας εξαρτάται από το χρόνο νοσηλείας, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, το κόστος των φαρμάκων, το κόστος των εξετάσεων, τις υμοιβές του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και το κόστος χρήσης του νοσοκομείου από άποψη ξενοδοχειακής και διοικητικής υποδομής.

Παρά το γεγονός ότι το ποσοστό των δαπανών υγείας με βάση το Α.Ε.Π. στην Ελλάδα είναι ισοδύναμο σε σχέση με άλλες χώρες, ένα μεγάλο μέρος των δαπανών αυτών δεν κατευθύνεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Με δεδομένο ότι η δημόσια οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα είναι υποτυπώδης συμπεραίνει κανείς ότι οι δαπάνες υγείας εκτός των νοσοκομειακών κατευθύνονται σε άλλου τύπου υπηρεσίες όπως ακριβώς φάρμακα και διοικητικές υπηρεσίες.

Στη νέα χιλιετία και εν μέσω οικονομικής κρίσης, η κοινωνική προστασία, η χρηματοδότηση για κοινωνική προστασία βρίσκονται σε μια ανιούσα τροχιά. Το κοινωνικό κράτος δεν πρέπει να αποτελεί πανάκεια. Στη θέση της εθνικής αγοράς υπάρχει πλέον παγκοσμιοποίηση των οικονομιών. Το 2050 σύμφωνα με ορισμένους υπολογισμούς πάνω από το 50% των πολιτών μιας χώρας, θα είναι άνω των 60 ετών. Η κοινωνική προστασία είναι πιο αναγκαία σήμερα απ' ό,τι στο παρελθόν. Τα συστήματα υγείας σε διεθνές επίπεδο αντιμετωπίζουν πλέον μια σειρά από προκλήσεις:

1. Διεθνοποίηση των οικονομιών και την αύξηση του παγκόσμιου ανταγωνισμού, με τις όποιες πιέσεις δημιουργεί στη χρηματοδότηση της υγείας.
2. Δημοσιονομική πρόκληση, σημαντικό στοιχείο για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.
3. Δημογραφικές αλλαγές με μια αλληλουχία επιδράσεων στην απασχόληση, τις οικογενειακές δομές, την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα και τα συνταξιοδοτικά συστήματα.
4. Αλλαγές στον κόσμο της εργασίας, συνέπεια των αλλαγών στην παραγωγική δομή, τον πολλαπλασιασμό των νέων μορφών απασχόλησης, τα υψηλά επίπεδα της ανεργίας, τις ευρείες μεταναστευτικές ροές.

Οι προκλήσεις αυτές δημιουργούν μια σειρά από νέους κινδύνους που σχετίζονται με την επέκταση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Από την άλλη πλευρά,

αυξάνεται συνεχώς η ζήτηση των πολιτών για κοινωνικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και συνεπώς η ανάγκη για υψηλά επίπεδα κοινωνικής προστασίας.

Η Ελλάδα, πέρα των παραπάνω προκλήσεων που αφορούν το σύνολο των ευρωπαϊκών κρατών έχει να αντιμετωπίσει επιπλέον τις ιδιαίτερες προκλήσεις της όπως την ανάγκη διατήρησης της δημοσιονομικής σταθερότητας και της μακροχρόνιας οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, μέσω της αύξησης της αποδοτικότητας των συστημάτων, του εξορθολογισμού των δαπανών, της καταπολέμησης της εισφοροδιαφυγής και της αύξησης των εισροών, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και κατά συνέπεια εκσυγχρονισμό του συστήματος κοινωνικής προστασίας, με ορθή στελέχωσή του, συνεχή κατάρτιση του προσωπικού και αύξηση της αποτελεσματικότητάς του και την εξάλειψη των περιφερειακών κοινωνικών ανισοτήτων.

Ο ρόλος των συστημάτων υγείας στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων είναι ευρύτερος από την παθητική αντιμετώπιση των προβλημάτων. Η υγεία αποτελεί ενεργητικό στοιχείο των αναπτυξιακών πολιτικών και υπηρετεί φιλόδοξους στόχους όπως η αλληλεγγύη, η κοινωνική συνοχή, η ισότητα των ευκαιριών στην περίθαλψη κ.ά.

Είναι σαφές ότι η οικονομική κρίση οδηγεί, ευθέως, στην αποδυνάμωση και της κοινωνικής ασφάλισης και των συστημάτων υγείας γενικότερα. Πρόκειται για το πρώτο επίπεδο των επιπτώσεων στην κοινωνική ασφάλιση. Παραμένει, βέβαια, αναπάντητο το ερώτημα ποιος θα υποκαταστήσει το συρρικνωμένο, λόγω οικονομικής κρίσης, σύστημα υγείας, στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης;

Σ' ένα δεύτερο επίπεδο, το οικονομικό, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας έχουν άμεσο οικονομικό αντίκτυπο αφού μειώνονται τα κονδύλια του κρατικού προϋπολογισμού που μπορούν να διατεθούν για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής ως αποτέλεσμα της συρρίκνωσης των εσόδων του προϋπολογισμού.

Παράλληλα, ποικίλοι περιορισμοί επιβάλλονται στη δημοσιονομική λειτουργία των κρατών με τα αντίστοιχα προγράμματα πειθαρχίας με αποτέλεσμα τη μείωση των εκταμιεύσεων των κρατικών προϋπολογισμών για κοινωνική προστασία. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί, η επίκληση της δημογραφικής γήρανσης, ως άλλοθι, για τις περικοπές των συνταξιοδοτικών δαπανών.

Ο περιορισμός της κρατικής παρέμβασης στο σχεδιασμό, τη λειτουργία αλλά και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας που, συνοδεύεται, μάλιστα, από ανάλογες εκπτώσεις στις εγγυήσεις για την καταβολή των οφειλομένων παροχών, οδηγεί στην υποκατάσταση των κρατικών προγραμμάτων από αντίστοιχα προγράμματα ιδιωτικού χαρακτήρα που στηρίζονται σε ατομική, αμιγώς κεφαλαιοποιητική, βάση. Η πρακτική

αυτή βασίζεται στη γνωστή αρχή της ατομικής ευθύνης εκάστου, για τη διασφάλιση των αναγκαίων εισοδημάτων επιβίωσης κατά την περίοδο του γήρατος.

Είναι προφανές ότι στο σύστημα υγείας ασκούνται αντίρροπες δυνάμεις. Αυτές που εκπηγάζουν από τις ζημιές του χρηματοπιστωτικού συστήματος και εκείνες που προέρχονται από την εκτεταμένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η αλλαγή του αναπτυξιακού προτύπου υγείας της χώρας καθίσταται πλέον στο σημερινό περιβάλλον επιτακτική, καθώς η συμμετοχή στην Ευρωζώνη δεν είναι αρκετή για να συγκαλύπτει τις αδυναμίες του τρέχοντος αναπτυξιακού προτύπου. Τα διαθέσιμα μέσα για την επίτευξη τους είναι ικανοποιητικά σε αριθμό και προσφέρουν δυνατότητες επιλογής.

Τα οφέλη που θα προκύψουν όχι μόνο θα απομακρύνουν τους κινδύνους στα συστήματα υγείας, αλλά θα θέσουν την Ελλάδα σε ένα νέο κύκλο ανάπτυξης που θα στηρίζεται σε πιο στέρεες βάσεις τόσο στην πλευρά της προσφοράς όσο και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Απαιτείται όμως επικοινωνία του νέου προτύπου στην κοινωνία, συνεργασία των κοινωνικών εταίρων και της πολιτείας για την επίτευξη συναίνεσης, χωρίς την οποία δεν μπορεί να ευδοκιμήσει αυτή η προσπάθεια.

Κάτω από το ασφυκτικό πλαίσιο δημοσιοοικονομικής πειθαρχίας αλλά και της καθημερινότητας, αυτό που έχει πλέον σημασία δεν είναι τόσο η «διαγνωστική» προσέγγιση του προβλήματος, όσο η «θεραπευτική». Οι καινοτόμες προτάσεις, με εμπειρική και επιστημονική τεκμηρίωση είναι πολύ σημαντικές και ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένες προτάσεις αναδιοργάνωσης των συστημάτων υγείας μέσα στην οικονομική κρίση (Σουλιώτης, 2010:14):

- 1) Αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- 2) Κατάργηση του ημερήσιου νοσηλίου και προαγορά υπηρεσιών, ανεξαρτήτως από τον όγκο των παρεχόμενων φροντίδων.
- 3) Διανομή των οικονομικών πόρων από το υπουργείο υγείας στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. στη βάση επιστημονικών κριτηρίων αλλά και κριτηρίων παραγωγικότητας και αποδοτικότητας.
- 4) Προγραμματισμός προμηθειών ανά νοσοκομείο και αποκεντρωμένη διενέργεια των σχετικών διαγωνισμών. Υποστήριξη του εγχειρήματος από το υπουργείο υγείας με έρευνες αγοράς και καθορισμό τιμών αναφοράς. Τήρηση των συμβάσεων για το χρόνο αποπληρωμής των προμηθειών και διαπραγμάτευση για ευνοϊκότερους όρους στη βάση του όγκου των πωλήσεων.
- 5) Προγραμματισμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, διαρκής προσαρμογή των οργανισμών των νοσοκομείων στα νέα δεδομένα και αποκεντρωμένες προσλήψεις, με ενιαίους όμως κανόνες επιλογής.
- 6) Αλλαγή της πολιτικής μισθών με την υιοθέτηση μικτών συστημάτων πάγιων αμοιβών και αμοιβών κατά πράξη (κίνητρα). Σύνδεση της μισθολογικής πολιτικής με την επιδότηση των νοσοκομείων στη βάση της παραγωγικότητας.
- 7) Επένδυση στην έρευνα και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Συμμετοχή των τελευταίων στην εκ των πραγμάτων διεπιστημονική διαδικασία της χάραξης της πολιτικής υγείας.
- 8) «Αναγνώριση» και έλεγχος των δομών του ιδιωτικού τομέα και αξιοποίησή τους στον εθνικό σχεδιασμό για την υγεία.
- 9) Αξιοποίηση των υποδομών του Ι.Κ.Α. και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων καθώς και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την ολοκλήρωση του υποσυστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επίσης, είναι σαφές ότι η σημερινή κρίση και οι επιπτώσεις της στον τομέα της υγείας, καθιστούν ακόμα πιο επείγουσα την αλλαγή του τρέχοντος αναπτυξιακού προτύπου της υγείας. Το αναπτυξιακό πρότυπο που προτείνεται προβλέπει, σε ορίζοντα δεκαετίας, προσαρμογή σε τέσσερις άξονες (Στουρνάρας κ.ά., 2008:6):

- 1) Συνολική προσφορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας (ανταγωνιστικότητα)
- 2) Δομή της συνολικής ζήτησης υπηρεσιών και αγαθών υγείας (μακροοικονομική προσαρμογή)
- 3) Κοινωνικό κράτος
- 4) Θεσμοί και κράτος δικαίου

Βασικό χαρακτηριστικό είναι ότι η προσαρμογή πρέπει να είναι ταυτόχρονη και στους τέσσερις άξονες. Η αύξηση της εθνικής αποταμίευσης, η οποία θα επιτευχθεί κυρίως μέσω δημοσιονομικής προσαρμογής, πρέπει να συνοδεύεται από μεταρρυθμίσεις. Διότι αν δεν πραγματοποιηθούν μεταρρυθμίσεις και δεν ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα, η αύξηση της αποταμίευσης θα επιφέρει συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας και ανεργία. Επίσης, η προσαρμογή της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και οι μεταρρυθμίσεις ενδεχομένως θα δημιουργήσουν «κερδισμένους και χαμένους», ενώ και η διαχρονική κατανομή του κόστους και του οφέλους είναι επίσης διαφορετική. Η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του κοινωνικού κράτους δίνει τη δυνατότητα αποζημίωσης των «χαμένων» από τους «κερδισμένους» διευκολύνοντας έτσι την αποδοχή του προτύπου, την κοινωνική συναίνεση και τελικά την προσαρμογή της ελληνικής οικονομίας. Η ενίσχυση των θεσμών και του κράτους δικαίου προωθεί τη διαφάνεια και την ισονομία στο χώρο της υγείας ενισχύοντας την εμπιστοσύνη των πολιτών αλλά και της διεθνούς κοινότητας στους κανόνες και τις διαδικασίες της οικονομικής πολιτικής. Το προτεινόμενο αναπτυξιακό πρότυπο θεωρεί ότι οι δύο βασικότεροι παράγοντες προσαρμογής σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα είναι ο προτεινόμενος «κανόνας βιωσιμότητας» για το ασφαλιστικό σύστημα από την πλευρά της συνολικής ζήτησης και οι προτάσεις για το «τρίγωνο της γνώσης» (παιδεία – έρευνα - καινοτομία) από την πλευρά της συνολικής προσφοράς. Και για τα δύο αυτά κρίσιμα ζητήματα προτείνονται ρεαλιστικοί τρόποι προσαρμογής που για μεν το ασφαλιστικό εστιάζουν στο διανεμητικό, δημόσιο χαρακτήρα του, για δε την παιδεία στο δημόσιο χαρακτήρα της (Στουρνάρας κ.ά., 2008:8).

Το προτεινόμενο πρότυπο θεωρεί ως καταλυτικά στοιχεία επιτυχίας: την επένδυση στον ανθρώπινο παράγοντα μέσω του «τριγώνου της γνώσης», την εύρεση της «χρυσής τομής» μεταξύ κράτους και αγοράς, μεταξύ τους δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, μεταξύ ευελιξίας και κοινωνικής προστασίας, την αποτελεσματικότητα του κράτους και

της δημόσιας διοίκησης καθώς και την ισχυρή θεσμική συγκρότηση και την αποτελεσματική μακροοικονομική προσαρμογή (Στουρνάρας κ.ά., 2008:8).

Έτσι, στη νέα αρχιτεκτονική του υγειονομικού συστήματος, το μεγαλύτερο βάρος της ευθύνης για την αποφυγή παρόμοιων κρίσεων στο μέλλον ανήκει στις εποπτικές αρχές. Αυτές πρέπει να εξασφαλίσουν (Στουρνάρας, 2008:7):

- 1) Διαφάνεια, με την εγγραφή όλων ανεξαιρέτως των συναλλαγών στους ισολογισμούς και τα αποτελέσματα των νοσοκομείων και των ιατρικών κέντρων.
- 2) Βελτίωση των μεθόδων και διαδικασιών διαχείρισης κινδύνων με ελέγχους κυρίως όμως με τη σύνδεση των απαιτήσεων κεφαλαιακής επάρκειας της υγείας με τον οικονομικό κύκλο. Στο πλαίσιο αυτό πρέπει να θεσμοθετηθούν πρόσθετες προβλέψεις κεφαλαιακής επάρκειας.
- 3) Συντονισμό μεταξύ των εποπτικών αρχών, με σκοπό την αποφυγή του ρυθμιστικού arbitrage.
- 4) Αναβάθμιση και ανεξαρτητοποίηση των εποπτικών αρχών, με την τοποθέτηση στελεχών μεταξύ ατόμων αδιαμφισβήτητου κύρους, ανεξαρτησίας και ικανοτήτων.
- 5) Αναθεώρηση, επί το αυστηρότερο, των κανόνων εποπτείας του λεγόμενου «σκιώδους» συστήματος υγείας.
- 6) Αναθεώρηση, επί το αυστηρότερο, των κανόνων διακυβέρνησης, ιδιαίτερα του τρόπου εγκρίσεως των πάσης φύσεως αμοιβών και κινήτρων των στελεχών του συστήματος υγείας.
- 7) Αναθεώρηση, επί το αυστηρότερο, των κανόνων λειτουργίας των οργανισμών αξιολόγησης της ικανότητας των φορέων και ιδρυμάτων υγείας.

Ελληνική

1. Galbraith, J., 2000. *The Great Crash. 1929*. Boston: Houghton Mifflin. Μετάφραση Αστερίου Ε., Αθήνα: Εκδόσεις Νέα Σύνορα, σ. 45.
2. Koontz, H., Donnell, C., 1976. *Οργάνωση και διοίκηση. Μία συστηματική και ενδεχομενική ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών*. Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 12-75.
3. Αλεξιάδης, Δ., 2003. *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα. Η προσπάθεια του Ν.2889/2001*. Θεσσαλονίκη: Δημοπούλου, σ. 11-65.
4. Αναγνωστόπουλος, Φ., 2010. *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία*. Αθήνα: Νέα Υγεία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ. 2-3.
5. Αντωνοπούλου, Λ., 2002. *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη*. Θεσσαλονίκη: Ζυγός, σ. 51-66.
6. Βελονάκη, Β., Καλοκαιρινού, Α., 2006. *Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα*. Αθήνα: Νοσηλευτική, Ανασκόπηση 45(4):491-499.
7. Γιανουλάτος, Π., 2002. *Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείων*. Αθήνα: Σημειώσεις και διδακτικό υλικό, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, σ. 14 - 37.
8. Ζηλίδης, Χ., 1988. *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*. Αθήνα: Α.Τ.Ε., σ. 16-33.
9. Ζορμπάς, Α., Σίμου, Ε., 2008. *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας, σ. 154-158.
10. Θεοδώρου, Θ., 2009. *Η οικονομική κρίση*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, Εκπαιδευτικό άρθρο, σ. 1.
11. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., 2001. *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 135-178.
12. Καρακόστα, Ν., 2010. *Ανθυγιεινές οι περικοπές δαπανών*. Αθήνα: Εφημερίδα Διάγνωση, Φύλλο 198, σ. 12.
13. Κέντρο Προγραμματισμού Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), 1976. *Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976 - 1980*. Αθήνα: Υγεία, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, σ. 37-71.
14. Κουλιεράκης, Γ., 2010. *Οικονομική κρίση και δημόσια υγεία: Απειλή για την κοινωνική συνοχή*. Αθήνα: Νέα Υγεία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ. 6.
15. Κυριόπουλος Γ., 2007. *Τα οικονομικά της υγείας: Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 11-35.
16. Κυριόπουλος, Γ., 1990. *Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση*. Στο βιβλίο *Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός*. Αθήνα: Ελληνικό Τμήμα, European Institute of Social Security, σ. 85-89.
17. Κυριόπουλος, Γ., 1995. *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, σ. 95-105.
18. Κυριόπουλος, Γ., 2010. *Τα οικονομικά της τρόικα στην υγεία*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σ. 21-24.

19. Λαδά – Χαντζοπούλου, Α., 1978. *Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα*. Αθήνα: Σύγχρονα Θέματα, σ. 47-55.
20. Λαδά – Χαντζοπούλου, Α., 1987. *Η δημόσια υγεία – Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα*. Αθήνα: Σύγχρονα Θέματα, σ. 12-31.
21. Λίτσας, Μ., 2008. *Ο ιός πέρασε τον Ατλαντικό*. Αθήνα: Ελευθεροτυπία 30/09/2008, σ. 14.
22. Μαστρογιάννης, Ι., 1960. *Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 – 1960*. Αθήνα, σ. 85-88.
23. Μοραΐτης, Ε., 1985. *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Σημειώσεις, σ. 7-54.
24. Μπούρας, Γ., Λύκουρας, Λ., 2011. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία*. Αθήνα: Εγκέφαλος, Τεύχος 48, σ. 54-61.
25. Μπουρσανίδης, Χ., 1991. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Σημειώσεις, σ. 10-45.
26. Μωραΐτης, Ε., Κουρή – Ζαραφονίτη, Τ., Μερκούρης, Μ., 1986. *Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Αθήνα: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σ. 85-94.
27. Πανηγυράκης, Γ., 2001. *Σύγχρονη διοικητική δημοσίων σχέσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου, σ. 23.
28. Πάτρας, Λ., 1969. *Σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, σ. 11 – 28.
29. Προβόπουλος, Γ., 2009. *Ο ρόλος του πιστωτικού συστήματος στην έξοδο από την κρίση*. Αθήνα: Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδας (Ο.Κ.Ε.), Ομιλία Διοικητή Τράπεζας της Ελλάδας, σ. 1-12.
30. Ρομπόλης, Σ., Χλέτσος, Μ., 1995. *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρατηρητής, σ. 44.
31. Σκουτέλης, Γ., 1990. *Κοινωνικές ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και κρίση*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, σ. 75-83.
32. Σουλιώτης, Κ., 2010. *Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή*. Αθήνα: Άρθρο εφημερίδας «Ημερησία», 03/2010, σ. 14.
33. Στουρνάρας, Γ., 2008. *Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, οι επιπτώσεις, οι προοπτικές και η νέα αρχιτεκτονική*. Αθήνα: 13ο Εθνικό Συνέδριο Ενέργειας, Ομιλία «Ενέργεια και Ανάπτυξη 2008», σ. 4-8.
34. Στουρνάρας, Γ., 2008. *Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, οι επιπτώσεις, οι προοπτικές και η νέα αρχιτεκτονική*. Αθήνα: Ινστιτούτο Ενέργειας Νοτιοανατολικής Ευρώπης (Ι.Ε.Ν.Ε.), ομιλία συνεδρίου, σ. 3-4.
35. Στουρνάρας, Γ., 2009. *Η διεθνής κρίση και η ελληνική οικονομία: Διλήμματα και προτάσεις*. Αθήνα: Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής (ΕΛΙΑΜΕΠ), σ. 1-8.
36. Στουρνάρας, Γ., Αλμπάνη, Μ., 2008. *Η ελληνική οικονομία μετά την κρίση: Αναζητώντας ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο*. Αθήνα: Ι.Ο.Β.Ε., σ. 6-8.
37. Τούντας, Γ., 1999. *Οικονομία και υγεία*. Αθήνα: Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, 16(1):75-83.
38. Τούντας, Γ., 2000. *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας, σ. 154-156.
39. Τούντας, Ι., 2003. *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, σ. 116-121.
40. Τούντας, Ι., 2008. *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, σ. 39-535.
41. Τσιότρας Γ., Μποχώρης Γ., Σκορδή, Α., 1998. *Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα*. Αθήνα: Συνέδριο «Η ποιότητα στο χώρο της υγείας», σ. 8-14.
42. Τσουπαρόπουλος, Κ., 2008. *700 εκατ. ευρώ απαξιωμένα δομημένα ομόλογα*. Αθήνα: Ελευθεροτυπία 15/03/2008, σ. 25.

43. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005. Σχέδιο νόμου για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας. Αθήνα: Ενημερωτικό Δελτίο, σ. 4.

Ξενογλώσση

44. Abel – Smith, B., 1976. *Value for money in health services*. London: Heinemann, p. 24-36.
45. Aro, S., Aro, H., Keskimaki, I., 1995. *Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder A 17-year retrospective follow-up*. Brit J Psychiatry, 166 (6):759-767.
46. Bartley, M., 1997. *Health and the life course: why safety nets matter*. BMJ. 314 (7088): 1194-1196.
47. Bethune, A., 1997. *Unemployment and mortality in: Drever F & Whitehead M. ed. Health inequalities*. London: H.M. stationery Office, p. 46.
48. Borowy, I., 2011. *Similar but different: health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia*. Soc Sci Med. 72(9):1489-98.
49. Burchell, B., 1994. *The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. Social change and the experience of unemployment*. Oxford: Oxford University Press, p. 32.
50. Butler, J., Vaile, M., 1984. *Health and health services. An Introduction to Health Care in Britain*. London: Routledge & Kegan Paul, p. 66-88.
51. Cavagnero, E., Bilger, M., 2010. *Equity during an economic crisis: financing of the Argentine health system*. J Health Econ. 29(4):479-88.
52. Chang, S., Gunnell, D., Sterne, J., 2009. *Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in east/ southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand*. Soc. Sci. Med., 68 (7):1322-1331.
53. Cutler, D., Knaul, F., Lozano, R., Mendez, O., Zurita, B. 2002. *Financial crisis and health outcomes, and ageing: Mexico in the 1980s and 1990s*. Journal of Public Economics. 84, (2): 279-303.
54. Evans, R., 1981. *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry*. In: van der Gaag J. & Perlman M. (eds.) *Health, Economics, and Health Economics*. Amsterdam: North-Holland, p.89-96.
55. Friedman, M., Schwartz, A., 1963. *A monetary history of the United States, 1867-1960*. USA: Princeton University Press, p. 58.
56. Grosse, R., 1980. *Interrelation between health and population: observations derived from field experience*. Soc. Sci. Med. 14 (2):99-120.
57. Harrison, J., Nutley, S., 1993. *Whither Health Service Management? In the Managerial Issues in the Reformed NHS*. England: Malek M. et al, John Wiley & Son Ltd., p. 45-59.
58. Jones, A., Nicolas, A., 2004. *Measurement and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data*. Health Econ., 13(10):1015-1030.

59. Kaplan, G.A., 2012. *Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health--a tale of three countries*. Soc Sci Med. 74(5):643-6.
60. Kast, F., Rozenzweig, J., 1972. *General system theory: Applications for organization and management*. Academy of Management Journal, 15 (4): 447-465.
61. Katz, D., Kahn R., 1966. *The social psychology of organization*. New York: J. Willey & Sons Inc., New York, p. 24-29.
62. Keynes, M., 1919. *Economic Consequences of the Peace*. London: Macmillan and Co. Ltd., p. 116.
63. Kindleberger, C., 1973. *The world in depression, 1929-1939*. USA: Barkley University of California Press, p. 88-94.
64. Kindleberger, C., Aliber, R., 2005. *Maniacs, panics, and crashes. A history of financial crises*. New Jersey: Wiley, p. 197-199.
65. Levy, E., 1975. *L' Economie du Systeme de Sante*. Paris: Dunod, p. 23-33.
66. Liaropoulos, L., 2001. *Health care policy in Greece: a new (and promising) reform*. Euro Observer. 3(2): 5-6.
67. Mooney, G., 1984. *Equity in health care. Confronting the confusion*. Aberdeen: Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper No. 11/82, p. 1-25.
68. Mooney, G., 1986. *Economics, Medicine and Health Care*. Sussex: Wheatsheaf Books Ltd, p. 4-45.
69. Moser, K., 1990. *Unemployment and mortality*. In: Goldblatt P (ed) Longitudinal study: mortality and social organisation. England and Wales, 1971-1981. London: Stationery Office, p. 81-108.
70. Murphy, G., Athanasou, J., 1999. *The effects of unemployment on mental health*. J Occup Organ Psychol 72:83-99.
71. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2011. *Statistics*.
72. Paul, K., Moser, K., 2009. *Unemployment impairs mental health: Meta-analyses*. J Vocational Behavior, 74(3):264-282.
73. Polyzos, N., Dikeos, C., 2010. *A political approach to the Greek health care finances, and the public/private mix: a hint of hidden inequalities?* International Journal of Health Science. 3 (3): 1-19.
74. Rothbard, M., 2002. *A history of money and banking in the United States*. USA: Auburn, Ludwig von Mises Institute, p. 84.
75. Souliotis K, Kyriopoulos J. 2003. *The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues*. Appl Health Econ Health Policy.2(3):129-34.
76. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M., 2009. *The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*. Lancet 374(9686):315-323.
77. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Mc Kee, M., 2009. *The health implications of a financial crisis: a review of the evidence*. Ulster Med. J., 78 (): 142-145.

78. Tangcharoensathien, V., Harnvoravongchai, P., Pitayarangsarit, S., Kasemsup, V. 2000. *Health impacts of rapid economic changes in Thailand*. Soc Sci Med. 51(6):789-807.
79. West, P., 1981. *Theoretical and practical equity in the national health service in England*. Soc. Sci. Med. 15 (3): 117-122.
80. World Bank. *World Development Report 1993*. New York: Oxford University Press, p. 85-89.
81. World Health Organization (W.H.O.), 1985. *The 38 targets of the European region*. Copenhagen: WHO European Regional Office, p. 25.

Διαδίκτυο

82. Plus, 2008. *ABCps in your portfolio?* Διαθέσιμο στο: <http://www.50plus.com/money/abcps-in-your-portfolio/792/1/>, ημερ. προσπέλασης 29/07/2011.
83. BBC News, 2007. *Sub-prime crisis to cost IKB \$1bn*. Διαθέσιμο στο: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/6976517.stm>, ημερ. προσπέλασης 02/09/2011.
84. Sorkin, A., 2008. *JP Morgan Pays \$2 a Share for Bear Stearns*. Διαθέσιμο στο: <http://www.nytimes.com/2008/03/17/business/17bear.html>, ημερ. προσπέλασης 19/08/2011.
85. Tett, G., Davies, P., Cohen, N., 2007. *Structured investment vehicles' role in crisis*. Διαθέσιμο στο: http://www.ft.com/cms/s/8eebf016-48fd-11dc-b326-0000779fd2ac,Authorised=false.html?_i_location=http%3A%2F%2Fwww.ft.com%2Fcms%2Fs%2F0%2F8eebf016-48fd-11dc-b326-0000779fd2ac.html%3Fclick_check%3D1&_i_referer=&nlick_check=1#axzz1X9iFBz7p, ημερ. προσπέλασης 06/08/2011.
86. Αγγελοπούλου, Α., 2010. *Οικονομική κρίση και υγεία: Σημαντικές αλλά όχι δραματικές οι επιπτώσεις στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο στο: http://fe-mail.gr/pages/posts/health_nutrition/health_nutrition6463.php, ημερ. προσπέλασης 03/09/2011.
87. Βικιπαίδεια, 2011. *Διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση 2007-2008*. Διαθέσιμο στο: http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%AE%CF%82_%CF%87%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_2007-2008, ημερ. προσπέλασης 22/07/2011.
88. Ζουμπούλης, Π., 2011. *Εθνικό Σύστημα Υγείας σε καιρό κρίσης*. Διαθέσιμο στο: http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economy_1_19/02/2011_433196, ημερ. προσπέλασης 19/08/2011.