

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
Ι Δ Ρ Υ Μ Α



ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ**

**«ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΙΑΣ ΧΩΡΑΣ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Διονυσία Κουζή

A.M:2012015

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:Μαυριδόγλου Γεώργιος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2018

## Πίνακας περιεχομένων

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> 1.1: ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ.....	7
1.2: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ.....	8
1.3: Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> 2.1: ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
2.1.1: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΕΠ.....	16
2.2: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
2.2.1: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
2.3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	24
2.4: ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	

ΥΓΕΙΑΣ .....	29
2.4.1: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> 3.1: Η ΥΓΕΙΑ ΓΕΝΙΚΑ.....	35
3.2: ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
3.2.1 ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	40
3.3: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	46

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

Εικόνα 1: Διάρθρωση δημοσίων δαπανών. Πηγή Διαδίκτυο .....	σελ. 11
Εικόνα 1: Η συνολική δαπάνη υγείας των χωρών της ΕΕ και η θέση της Ελλάδας για το 2015. Πηγή ΟΟΣΑ .....	σελ. 15
Πίνακας 1: Δαπάνες Υγείας. Πηγή Σούλης 1999 .....	σελ. 14
Πίνακας 2: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Πηγή ΕΛΣΤΑΤ .....	σελ.17
Γράφημα 1: Γράφημα που δείχνει την κατανομή των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2012-2016, Πηγή ΕΛΣΤΑΤ .....	σελ. 28
Γράφημα 2: Γράφημα που δείχνει τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 1970-2004, Πηγή ΟΟΣΑ.	34

Γράφημα 3: Γράφημα που δείχνει το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ευρώπη κατά την περίοδο 1960-2004, Πηγή ΟΟΣΑ.....	35
Γράφημα 4: Γράφημα που δείχνει τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία της Ελλάδας κατά την περίοδο 2006-2014.....	43

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό του ανθρώπου και είναι η υπ' αριθμόν ένα προτεραιότητα ενός κοινωνικού Κράτους Πρόνοιας. Ο βασικός στόχος που πρέπει να θέτει κάθε κυβέρνηση είναι η παροχή ικανοποιητικού και ισότιμου επιπέδου υγείας σε όλους τους πολίτες, έτσι ώστε να είναι αποδοτικοί και να συμμετέχουν ενεργά στα κοινωνικά δρώμενα της χώρας τους.

Η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού επιτυγχάνεται μέσα από τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας το οποίο τροφοδοτείται από το κράτος για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Για την τροφοδότηση αυτή χρησιμοποιούνται δημόσιες δαπάνες οι οποίες συντελούν στην λειτουργία του συστήματος υγείας. Οι δαπάνες υγείας ορίζονται σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας ως οι δαπάνες που περιλαμβάνουν την τελική κατανάλωση ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών, καθώς και τις κεφαλαιακές επενδύσεις για δημιουργία υποδομών στο χώρο της υγείας.

Οι δαπάνες υγείας βρίσκονται υπό την επήρεια μιας σειράς παραγόντων κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, τεχνολογικών που δρουν καταλυτικά πάνω σε αυτές με αποτέλεσμα τη σταδιακή αύξησή τους. Το ζητούμενο της υγείας και των

δαπανών που απορροφά, παραμένει η ποιοτική και ποσοτική υγεία και ισότητα πρόσβασης σε όλους τους πολίτες με ταυτόχρονο έλεγχο της κατανάλωσης δαπανών για την μεγιστοποίηση των οφελών που θα μπορεί να αποκομίζει ο πολίτης.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη συσχέτιση των δαπανών ενός κράτους για την υγεία και την κατάσταση του επιπέδου υγείας των πολιτών με στόχο να αναδειχτεί η σύνδεση που υφίσταται μεταξύ αυτών των δύο.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται λόγος για τις δημόσιες δαπάνες γενικά. Αρχικά δίνεται ο ορισμός των δημοσίων δαπανών και τα συστατικά της έννοιάς του, ενώ στη συνέχεια παρατίθεται η ταξινόμηση αυτών στις επιμέρους κατηγορίες και υποκατηγορίες αυτών με βάση το σκοπό και τη λειτουργία που επιτελούν. Κατόπιν γίνεται αναφορά στις διαχρονικές εξελίξεις των δημοσίων δαπανών όπως αυτές συντελούνται στα πλαίσια μιας αναπτυσσόμενης οικονομίας και κάτω από τις διάφορες εξελίξεις που συντελούνται σε όλους τους τομείς της ζωής.

Το δεύτερο κεφάλαιο, που είναι και το κυριότερο, αναφέρεται αναλυτικότερα στις δαπάνες της υγείας. Αρχικά αναφέρονται οι δαπάνες υγείας και γίνεται διάκριση αυτών, αλλά και ο συσχετισμός τους ως ποσοστό με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν της χώρας. Εν συνεχεία παρατίθεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας όπως συντελέστηκε τις τελευταίες δεκαετίες και οι διάφοροι παράγοντες που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη αυτή. Κατόπιν σχολιάζετε ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης που αποτελεί τη δεύτερη βασική πηγή χρηματοδότησης για τις δαπάνες υγείας και η κατανομή αυτών. Έπειτα γίνεται λόγος για την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας και τους παράγοντες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγησή τους και τέλος δίνετε η συσχέτιση των δαπανών με την υγεία.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην υγεία εν γένει και στους δείκτες υγείας οι οποίοι καθορίζουν τη υγεία μιας πληθυσμιακής ομάδας σε συγκεκριμένο χρόνο και γίνεται συσχέτιση με τις δαπάνες που κατανομούνται και πως αυτές είναι σε θέση να επηρεάσουν τους δείκτες αυτούς. Επίσης γίνεται μια αποτίμηση των στοιχείων που παρουσιάζει την υγεία των Ελλήνων. Τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα της εργασίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1 Δημόσιες Δαπάνες

---

Ως Δημόσιες Δαπάνες ορίζεται η διάθεση χρηματικού ποσού για λογαριασμό του Κράτους, με ορισμένη διαδικασία και για την ικανοποίηση δημόσιας ανάγκης, δηλαδή δαπάνες που αφορούν την αγορά αγαθών και υπηρεσιών οι οποίες πραγματοποιούνται από την τοπική αυτοδιοίκηση και την κεντρική κυβέρνηση στο πλαίσιο της δημοσιονομικής του δραστηριότητας. Προς υλοποίηση των δαπανών το κράτος επιβάλλει και στη συνέχεια εισπράττει φόρους που καταβάλλονται στους πολίτες, ανάλογα με τη φορολογική τους βάση (εισόδημα, περιουσία, δαπάνη φορολογούμενου) και το φορολογικό συντελεστή. (Γεωργακοπούλου,2005)

Βασικό συστατικό της έννοιας της δημοσίας δαπάνη αποτελεί:

- 1) *Η διάθεση χρηματικού ποσού:* η διάθεση χρηματικού ποσού αποτελεί αναγκαιότητα για την εύρυθμη και ταχύτερη λειτουργία των Δημοσίων Υπηρεσιών, ενώ απαραίτητη κρίνεται η διάθεση χρηματικού ποσού προς ικανοποίηση των δημοσίων αναγκών.

- 2) *Η πραγματοποίηση της δημόσιας δαπάνης για λογαριασμό του Κράτους με ορισμένη διαδικασία:* Πρόκειται για διαδικασία σύμφωνη με κανόνες δικαίου που μπορεί να εγγυηθεί την πληρωμή δημοσίου χρήματος που αφορά αποκλειστικά και μόνο το Κράτος χωρίς να γίνεται κατασπατάληση για προσωπικό όφελος από τα αρμόδια όργανα. Σε περίπτωση παράβασης της διαδικασίας αυτής, επιβάλλονται κυρώσεις ποινικές, διοικητικές (πειθαρχικές) και αστικές (πρόστιμα, καταλογισμούς) στο υπαίτιο όργανο.
- 3) *Η ικανοποίηση δημόσιας ανάγκης:* Η διάθεση του δημοσίου χρήματος γίνεται αποκλειστικά και μόνο για την εξυπηρέτηση των δημοσίων αναγκών και του δημοσίου συμφέροντος. Επειδή αυτές οι έννοιες μπορεί να τύχουν και «κατ' επέκταση» ερμηνείας, συνεπώς να ξοδεύονται χρήματα του Δημοσίου για υποτιθέμενες δημόσιες ανάγκες, τίθεται ο φραγμός της πρόβλεψης μιας ανάγκης σε νόμο, ως προϋπόθεσης για την πραγματοποίηση δημόσιας δαπάνης και η πρόσθετη εξασφάλιση της νομιμότητας, με την ανάθεση του ελέγχου, πέρα από αυτόν που ενεργούν τα όργανα της Διοίκησης και σε δικαστική Υπηρεσία, δηλαδή στο Ελεγκτικό Συνέδριο. (Παπαδιοδώρου,2002)

Οι δημόσιες δαπάνες χρησιμοποιούνται για την υλοποίηση διάφορων σκοπών όπως την άριστη κατανομή των παραγωγικών μέσων που αποσκοπεί στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών του δημοσίου για την ικανοποίηση όλων, τη δίκαιη κατανομή του εισοδήματος για την ενίσχυση αδύναμων κοινωνικών ομάδων, τη σταθεροποίηση της οικονομίας σε περιόδους πληθωρισμού και ύφεσης αλλά και την οικονομική μεγέθυνση με τις επιχορηγήσεις σε ιδιώτες, τις δημόσιες επενδύσεις, τις διάφορες επενδύσεις στην παιδεία κ.α. (Δαλαμάγκας, 2010)

## 1.2 Ταξινόμηση Δημοσίων Δαπανών

---

Διάφορα κριτήρια ταξινομούν τις δαπάνες σε επιμέρους κατηγορίες. Ο σκοπός, το οικονομικό αποτέλεσμα και η δημοσιονομική λειτουργία διακρίνουν τις δημόσιες δαπάνες σε διάφορες κατηγορίες για τη συστηματική μελέτη, αξιοποίηση,



πληροφόρηση και παρακολούθηση τους. Ανάλογα με το σκοπό που οι δαπάνες εξυπηρετούν, δηλαδή τη λειτουργική ταξινόμησή τους, διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες και στις υποκατηγορίες αυτών. Αναφορικά πρόκειται γενικά για τις πολιτικές δαπάνες, τις στρατιωτικές, της δαπάνες οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής και τις δαπάνες για την απόσβεση του δημοσίου χρέους. (Παπαδιοδώρου, 2002)

Με βάση το οικονομικό αποτέλεσμα οι δαπάνες κατατάσσονται, ανάλογα με την επίδρασή τους στην παραγωγή και στο εισόδημα, σε δύο μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες διακρίνονται σε υποκατηγορίες:

1. Η πρώτη αφορά τα αγαθά και τις υπηρεσίες που περιλαμβάνουν τις πληρωμές προς τον ιδιωτικό τομέα της οικονομίας. Πρόκειται για δαπάνες οι οποίες επιδρούν άμεσα στην απασχόληση παραγωγικών συντελεστών και στη δημιουργία εισοδημάτων, καλύπτοντας την αγορά καταναλωτικών και επενδυτικών αγαθών/υπηρεσιών που λαμβάνουν μέρος σε συγκεκριμένο οικονομικό έτος και μόνο εντός της χώρας. Οι δαπάνες αυτές ενισχύουν την εγχώρια ζήτηση αυξάνοντας κατ' επέκταση τον εθνικό προϊόν και τονώνοντας τους εγχώριους παραγωγικούς συντελεστές. Ταξινομούνται σε δυο επιμέρους κατηγορίες οι οποίες περιλαμβάνουν τη δημόσια κατανάλωση και τις δημόσιες επενδύσεις.
  - Δαπάνες για Δημόσια Κατανάλωση ή, όπως αναφέρονται συνήθως στους Εθνικούς Λογαριασμούς, τρέχουσες δαπάνες του Δημοσίου για αγαθά και υπηρεσίες. Πρόκειται για δαπάνες που ικανοποιούν τις τωρινές καταναλωτικές ανάγκες του Δημοσίου όπως φερ' ειπείν τις δαπάνες για ιματισμό, γραφικά, μικροανταλλακτικά, ενοίκια, μισθούς δημοσίου κ.λ.π.
  - Δαπάνες για Δημόσια Επένδυση, δηλαδή δαπάνες για κεφαλαιουχικά αγαθά ή αγαθά πάγιου κεφαλαίου. Πρόκειται για δαπάνες που ικανοποιούν ανάγκες μιας σειράς ετών δηλαδή μελλοντικές ανάγκες όπως τα αποχετευτικά και αρδευτικά έργα, η ανέγερση νοσοκομείων, η κατασκευή δρόμων κ.λ.π. όπου το όφελος

πιθανότητα θα φανεί μακροπρόθεσμα κι όχι τη στιγμή που διενεργείται. (Γεωργακοπούλου,2005)

2. Η δεύτερη κατηγορία αφορά τις *μεταβιβαστικές πληρωμές* που αποτελούνται από μεταβιβάσεις εισοδημάτων (συντάξεις, κοινωνικές παροχές) και κεφαλαίου (π.χ δάνεια για αγορά πρώτης κατοικίας και επιχειρηματικού πάγιου κεφαλαίου). Περιλαμβάνουν τις πληρωμές του Δημοσίου προς τους ιδιωτικούς φορείς, των οποίων αυξάνουν τα εισοδήματα, χωρίς όμως η αύξηση αυτή να αποτελεί αμοιβή τους. Ουσιαστικά δηλαδή δεν αφορά δαπάνες για αγορά αγαθών ή προσφορά υπηρεσιών προς το Δημόσιο και για το λόγο αυτό δεν δύναται η άμεση συμβολή τους στη δημιουργία παραγωγής και εισοδήματος και έτσι δεν υπολογίζονται στο Εθνικό Εισόδημα. Διακρίνονται σε:
- Τρέχουσες μεταβιβάσεις ή μεταβιβάσεις εισοδήματος προς τα νοικοκυριά, τις ιδιωτικές επιχειρήσεις και το εξωτερικό. Αναφορικά με την πρώτη υποκατηγορία σχετίζεται με μεταβιβάσεις όπως για παράδειγμα τα επιδόματα ανεργίας, οι παροχές ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας και απόρων οικογενειών, η επιδότηση ενοικίου κ.λ.π., η δεύτερη υποκατηγορία των ιδιωτικών επιχειρήσεων αναφέρετε σε επιδοτήσεις των τιμών εξαγόμενων προϊόντων, των τιμών πρώτων υλών, γεωργικών φαρμάκων, σπόρων κ.λ.π., οι επιδοτήσεις των δανειακών επιτοκίων κ.λ.π., με κύριο στόχο την προώθηση και ενίσχυση κλάδων παραγωγής, τη διατήρηση και συγκράτηση του επιπέδου των τιμών κ.λ.π. Τέλος η τρίτη κατηγορία αναφέρετε στο εξωτερικό και τις διάφορες συνδρομές του Κράτους σε διεθνείς οργανισμούς, σε υποτροφίες εξωτερικού κ.λ.π.
  - Οι μεταβιβάσεις κεφαλαίου, σχετίζονται επίσης με τα νοικοκυριά, τις ιδιωτικές επιχειρήσεις και το εξωτερικό αλλά με διαφορετικό τρόπο, καλύπτοντας τμήμα των δαπανών. Σχετικά με τα νοικοκυριά αναφέρεται λόγου χάρη η ενίσχυση από το Κράτος για την απόκτηση στέγης, ή οι δαπάνες για μαθητικά συσσίτια κ.λ.π. σχετικά με τις μεταβιβάσεις κεφαλαίου για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις, κύριος

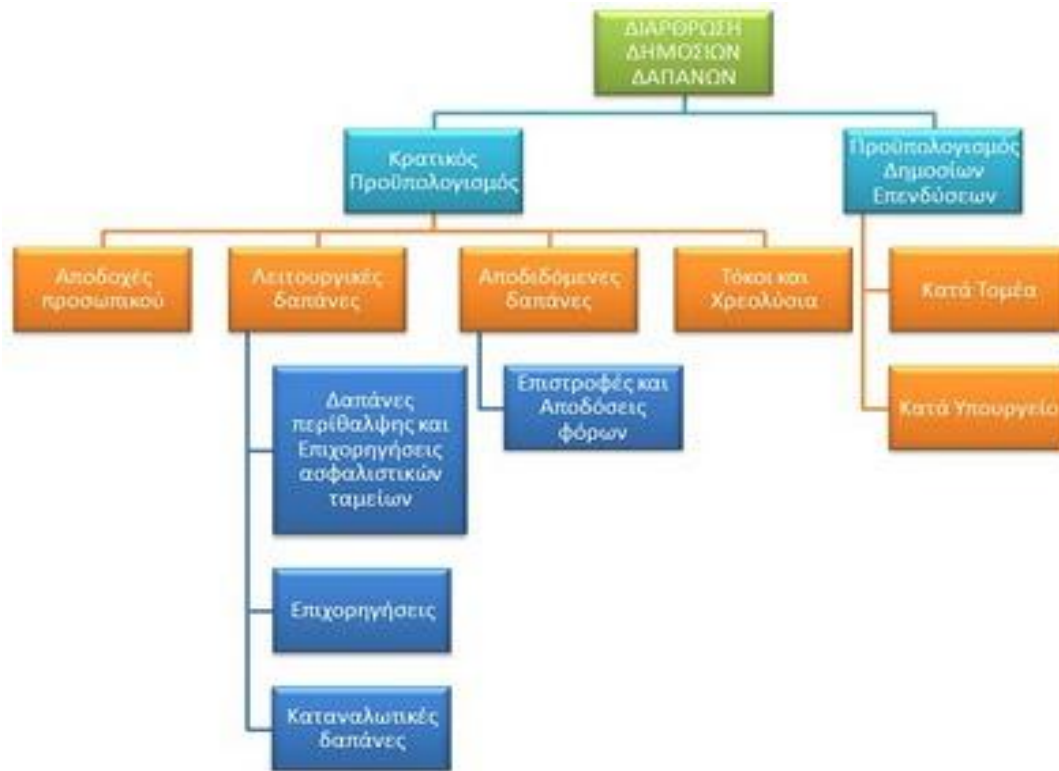
στόχος αποτελεί η ανάπτυξή του, για το λόγο αυτό περιλαμβάνει για παράδειγμα επιδοτήσεις για την αγορά μηχανικού εξοπλισμού κ.λ.π. Τέλος αναφορικά με τις μεταβιβάσεις κεφαλαίου προς το εξωτερικό, κατατάσσονται οι δαπάνες για τοκοχρεωλύσια του εξωτερικού δημοσίου χρέους, οι δωρεές προς το εξωτερικό κ.λ.π. (Δαλαμάγκας, 2010)

Με βάση τη δημοσιονομική λειτουργία οι δημόσιες δαπάνες διακρίνονται σε τρέχουσες, που αφορούν τον τρέχων προϋπολογισμό ή τον υπολογισμό κατανάλωσης, σε δαπάνες επένδυσης, σε προσωπικές δαπάνες που αφορά τη μισθοδοσία και τη συνταξιοδότηση κρατικών λειτουργών, υπαλλήλων, εργατών κλπ., και τέλος οι πραγματικές δαπάνες που είναι η προμήθεια υλικού για τη λειτουργία της κρατικής μηχανής.

Οι φορείς που διενεργούν τις δαπάνες αυτές χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- Δαπάνες τις κεντρικής διοίκησης
- Δαπάνες οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α)
- Δαπάνες οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (Ο.Κ.Α),
- Δαπάνες νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)

Τα ποσά που δαπανά το κράτος στο πλαίσιο της δημοσιονομικής του δραστηριότητας για την υλοποίηση των σκοπών του, αποκτώνται κυρίως με την αναγκαστική μεταβίβαση αγοραστικής δύναμης από την Ιδιωτική στη Δημόσια οικονομία, δηλαδή από τους φόρους που επιβάλλει το κράτος στους πολίτες, ενώ μπορεί να προέρχονται από δανεισμό, εσωτερικό ή εξωτερικό, και από επιχειρηματικές δραστηριότητες. (Γεωργακοπούλου, 2005)



Εικόνα 2: Διάθρωση δημοσίων δαπανών.

### 1.3 Η Διαχρονική Αύξηση των Δημοσίων Δαπανών

Με το πέρασμα των χρόνων και τις σύγχρονες εξελίξεις που συντελούνται έχει παρατηρηθεί μια αύξηση των δημοσίων δαπανών η οποία είναι μεταβαλλόμενη και οφείλεται σε πολλές και διάφορες αιτίες, επιδεικνύοντας μάλιστα μια διαρκώς αυξανόμενη τάση στις περισσότερες χώρες. Ως μια κύρια αιτία του φαινομένου αυτού αποτελεί η αυξανόμενη παρεμβατική πολιτική του κράτους στις δραστηριότητες της ιδιωτικής επιχειρηματικότητας και της κοινωνικής πολιτικής, γεγονός που οφείλεται στις επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, και την βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης στα πλαίσια μιας αναπτυσσόμενης οικονομίας. Μια ακόμη ερμηνεία του φαινομένου αυτού μπορεί να αποδοθεί και στην γενικότερη αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού που οδηγεί σε μεγαλύτερο αριθμό φορολογουμένων πολιτών συνεπώς μεγαλύτερα έσοδα για το κράτος τα οποία και μπορούν να επενδυθούν σε δημόσιες δαπάνες. (Δαλαμάγκας, 2010)

Το φαινόμενο αυτό παρατηρήθηκε για πρώτη φορά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα από το Γερμανό οικονομολόγο Adolf Wagner και ονομάστηκε ως «νόμος της αύξουσας επέκτασης των δημοσίων δαπανών». Πρόκειται για φαινόμενο που δημιουργεί μια μακροχρόνια σχέση ανάμεσα στις κρατικές δαπάνες και την οικονομική ανάπτυξη, και οφείλεται στους θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης μια οικονομίας που οδηγεί στην αύξηση των δημοσίων δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ, και στην μείωση εκείνων του ιδιωτικού τομέα εξαιτίας της αύξησης αυτής. Οι λόγοι που δικαιολογούν αυτήν την τάση έγκεινται στην διευκόλυνση και τον έλεγχο των περίπλοκων σχέσεων που δημιουργούνται με αποτέλεσμα την απαραίτητη κρατική παρεμβολή, μέσα στα πλαίσια της αναπτυσσόμενης οικονομίας. Η οικονομική αυτή ανάπτυξη συνήθως επιτυγχάνεται μέσω της εκβιομηχάνισης. Μία παράμετρος της εκβιομηχάνισης αποτελεί η μαζική πληθυσμιακή μετακίνηση στα αστικά κέντρα στα οποία αναδύεται έντονα η ανάγκη δημιουργίας έργων υποδομής προς εξυπηρέτηση του αυξανόμενου πληθυσμού. Μια άλλη παράμετρος θεωρείται η ανάγκη δαπανών για την παιδεία που θα συντελέσει στην εξειδίκευση και προσαρμογή του εργατικού δυναμικού στα νέα βιομηχανικά δεδομένα. Τέλος απαραίτητη κρίνεται και η μέριμνα της πολιτείας προς το εργατικό δυναμικό μέσω παροχής επιδομάτων, ασφάλειας, κοινωνικής πρόνοιας, σύνταξης λόγω εργατικού ατυχήματος καθώς στις αστικές κοινωνίες το εισόδημα του μισθωτού αποτελεί τη μόνη πηγή εισοδήματος στο νοικοκυριό. (Παπαδιοδώρου,2002)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 : Οι Δαπάνες Υγείας

---

Η έννοια των δαπανών υγείας αναφέρεται σε όλες τις δαπάνες που αποσκοπούν στην βελτίωση ή στην πρόληψη της κατάστασης ενός ατόμου ή πληθυσμού. Οι δαπάνες υγείας αποτελούν ένα σημαντικό μέγεθος μέτρησης και σύγκρισης των οικονομικών δραστηριοτήτων συγκριτικά με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και το αποτέλεσμα που παράγει το σύστημα υγείας. Η αποτελεσματικότητα του

πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας συσχετίζεται με εκείνες τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται που απώτερος στόχος είναι η βελτίωση ή η συντήρηση του επιπέδου υγείας. (Αντωνοπούλου,2002)

Οι δαπάνες υγείας από τον δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά παρουσίασαν μια εντυπωσιακή άνοδο στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης κατέχοντας ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό στο ΑΕΠ των χωρών. Η αποδοτικότερη αξιοποίηση του ενεργητικού δυναμικού σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες τεχνολογικές εξελίξεις οδήγησαν σε μια έντονη οικονομική ανάπτυξη, η οποία δημιούργησε ένα νέο καταναλωτικό πρότυπο. Μέσα στο πλαίσιο αυτό το σύστημα κοινωνικής προστασίας ισχυροποιήθηκε, η αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας διογκώθηκε οδηγώντας στην αύξηση των υπηρεσιών υγείας και σε μια ανοδική πορεία των δαπανών της. Πλέον η παραγωγικότερη χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων χρησιμοποιείται μέσα σε μια επεκτατική κοινωνική πολιτική προς ικανοποίηση των κοινωνικών στόχων όπως η παιδεία και η υγεία. (Υφαντόπουλος, 2004)

Οι δαπάνες υγείας διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες και περιλαμβάνουν τις ιατρικές, τις νοσοκομειακές και τις δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων, ενώ σε αυτές συνυπολογίζονται και δαπάνες για τη σχολική ιατρική, για τις υγειονομικές υπηρεσίες του στρατού, τις δαπάνες για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και τις λειτουργικές δαπάνες.

Αναλυτικά οι δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν:

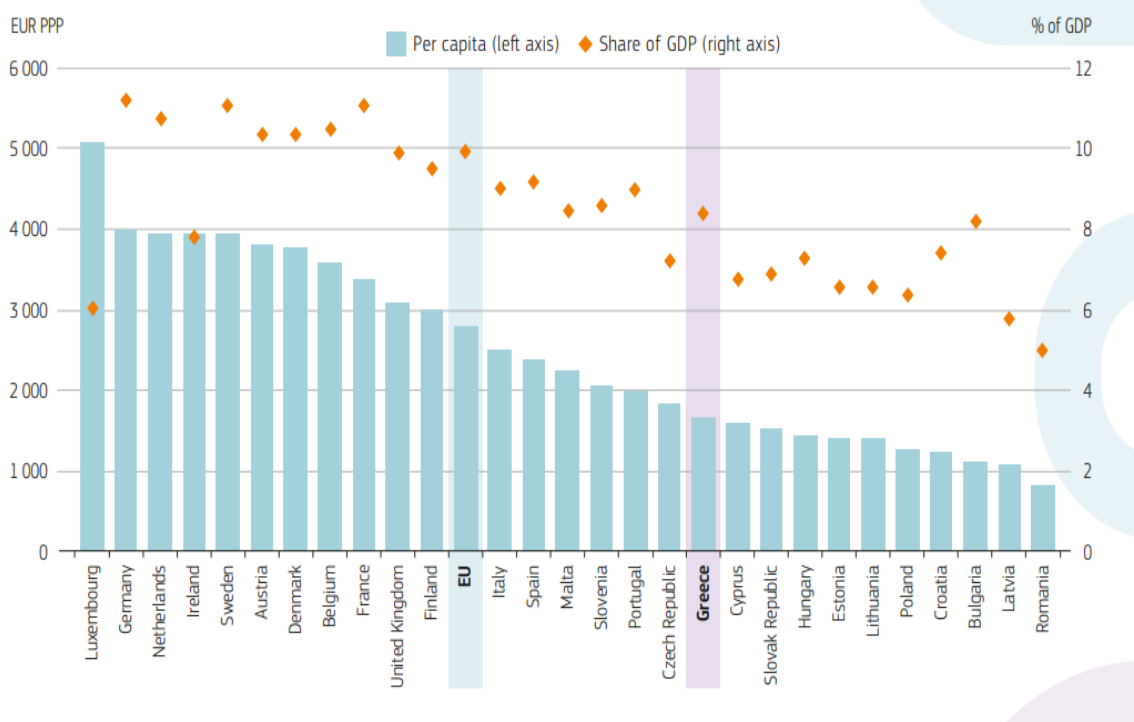
<b>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ</b>	<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ</b>
-Αμοιβές γιατρών -Αμοιβές οδοντιάτρων -Αμοιβές	-Δαπάνες για νοσηλεία -Δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων	-Δαπάνες για φάρμακα -Δαπάνες για οπτικά -Δαπάνες για ορθοπεδικά

φυσικοθεραπευτών -Έξοδα για διάφορες θεραπείες -Έξοδα για εργαστηριακές αναλύσεις -Έξοδα για ακτινογραφίες κλπ -Έξοδα για επείγουσα μεταφορά ασθενών (Ε.Κ.Α.Β)	-Δαπάνες επεμβάσεων -Δαπάνες φαρμάκων -Δαπάνες για Εξωτερικά Ιατρεία	
---	---	--

Πίνακας 1: Δαπάνες Υγείας, Πηγή, Σούλης 1999.

Το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης συνιστούν το σύνολο των δαπανών υγείας μιας χώρας με τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις. Στη δημόσια κατανάλωση, όπου έχουμε συμμετοχή του κράτους με τις δημόσιες επενδύσεις, περιλαμβάνονται τα έξοδα για το σύστημα υγείας τα οποία καλύπτονται από τον προϋπολογισμό της κάθε χώρας. Στην ιδιωτική κατανάλωση περιλαμβάνονται η συμμετοχή στο κόστος και στα έξοδα των ίδιων των πολιτών - καταναλωτών. Η έννοια των ιδιωτικών επενδύσεων διαθέτει ένα κερδοσκοπικό χαρακτήρα, καθώς έχει να κάνει με την δημιουργία νέων υποδομών από ιδιώτες αποσκοπώντας στην μελλοντική και μακροπρόθεσμη απόδοση των κεφαλαίων τους. (Santerre & Neun, 2012)

Figure 7. Greece spends under two-thirds of the EU average on health care



Εικόνα 3: Η συνολική δαπάνη υγείας των χωρών της ΕΕ και η θέση της Ελλάδας για το 2015, Πηγή ΟΟΣΑ.



### 2.1.1 Δαπάνες Υγείας και ΑΕΠ

---

Οι δαπάνες υγείας και ο ρυθμός αύξησης ή μείωσης τους αντικατοπτρίζει τους ποικίλους οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και τη δημοσιονομική και οργανωτική δομή του συστήματος υγείας μιας χώρας, καθώς υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του συνολικού εισοδήματος μιας χώρας και των ποσών που η χώρα δαπανά στην υγεία. Το συνολικό ύψος των δαπανών της υγείας μετριέται συνήθως ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ). Οι δαπάνες υγείας είναι ενταγμένες σε ένα ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικών δαπανών και η πορεία τους επηρεάζει άμεσα και το σύνολο των κοινωνικών δαπανών της κάθε χώρας. Μάλιστα παρατηρείται το φαινόμενο, καθώς αυξάνει το εισόδημα σε μία χώρα, να αυξάνει και το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός πως με την αύξηση του εισοδήματος η κοινωνία αναζητά υπηρεσίες υγείας με υψηλότερη ποιότητα και περισσότερο εξατομικευμένο χαρακτήρα, τουτέστιν θάλαμοι με λιγότερα κρεβάτια, ευρυχωρία, υψηλότερη παροχή τεχνολογικών υπηρεσιών κλπ. (Αντωνοπούλου, 2002)

Η σύνθεση των δαπανών διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική. Ως δημόσια δαπάνη υγείας καλείται το άθροισμα της δημόσια κατανάλωσης και των δημόσιων επενδύσεων και περιλαμβάνει τις δαπάνες του κράτους και των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Η ιδιωτική δαπάνη από την άλλη περιλαμβάνει τις απευθείας πληρωμές για τις υπηρεσίες υγείας των πολιτών και τις δαπάνες που συντελούνται μέσω των ιδιωτικών ασφαλίσεων, και οι οποίες είναι δύσκολο να μετρηθούν με ακρίβεια για αυτό και συνήθως εμφανίζονται να είναι χαμηλότερες. Η ιδιωτικές δαπάνες υγείας πολλές φορές έρχονται να καλύψουν το κενό που δημιουργεί η δημόσια κοινωνική ασφάλιση και την αδυναμία της να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες όλου του πληθυσμού, παρουσιάζοντας μια ανοδική τάση στις προτιμήσεις των πολιτών. (Υφαντόπουλος, 1985)

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο μέσος όρος της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας ανέρχεται στα 2,193€, με την Ολλανδία, τη Γερμανία και την Αυστρία να κατέχουν την πρωτοκαθεδρία. Η Ελλάδα τοποθετείται στην 17<sup>η</sup> θέση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας, ενώ βρίσκεται κάτω από το μέσο ευρωπαϊκό όρο. Οι 28 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αφιέρωσαν κατά μέσο όρο το 8.7% του ΑΕΠ τους στις συνολικές δαπάνες υγείας το 2013 με την Ελλάδα να βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο, με ποσοστό 9,8 επί του ΑΕΠ της. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως η οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 φαίνεται να επηρέασε σημαντικά τις δαπάνες υγείας στο πλαίσιο των ευρύτερων προσπαθειών των χωρών να ανταπεξέλθουν στα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα αυξανόμενα ποσοστά χρέους ως προς το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν, με αποτέλεσμα μια σταδιακή μείωση των δαπανών υγείας στα χρόνια που ακολούθησαν της κρίσης. (Χαλκιά και συν., 2015)

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τη συνολική χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας ως προς το ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά τα έτη 2012-2016 σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ:

Πίνακας 2: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, Πηγή ΕΛΣΤΑΤ.

<b>Έτος</b>	<b>Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)</b>
<b>2012</b>	<b>8,88%</b>
<b>2013</b>	<b>8,41%</b>
<b>2014</b>	<b>7,95%</b>
<b>2015</b>	<b>8,19%</b>
<b>2016</b>	<b>8,45%</b>

Στον Πίνακα 1 διακρίνονται τα ποσοστά που διατέθηκαν για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα τα χρόνια της κρίσης. Σταδιακά παρατηρείται μία μείωση των συνολικών δαπανών ειδικά το 2014 όπου το σύνολο των δαπανών έχει πέσει μια σχεδόν ποσοστιαία μονάδα επί τοις εκατό σε σχέση με το 2012, ενώ τα έτη 2015 και 2016 παρατηρείται μια μικρή άνοδος η οποία είναι μικρότερη συγκριτικά με το 2012.

## 2.2 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας

---

Η υγεία αποτελεί μια άνιση έννοια αφού το ατομικό προσδόκιμο ζωής δεν είναι προκαθορισμένο με πολλά άτομα να φεύγουν πλήρης ημερών ενώ άλλα να χάνονται σε νεαρή ηλικία. Η υγεία δεν είναι σε όλους δίκαιη ενώ το προσωπικό εισόδημα δεν προϋποθέτει καλή υγεία.

Είναι ευρέως αποδεκτό πως το επίπεδο ανάπτυξης μιας χώρας καθορίζει κι το επίπεδο υγείας των πολιτών, αφού όσο ανεπτυγμένη κρίνεται η χώρα τόσο καλύτερη υγειονομική περίθαλψη διαθέτει. Οι εύρωστες οικονομικά χώρες δε διαθέτουν χρήματα μόνο για την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών αλλά επιδρούν θετικά και σε μια σειρά άλλων παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν και να επιδράσουν στο επίπεδο υγείας. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την εκπαίδευση των ατόμων, τη διατροφή, και την εφαρμογή υγειονομικών μέτρων, πολιτικών και παρεμβάσεων. (Αντωνοπούλου,2002)

### 2.2.1 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας

---

Η αύξηση των δαπανών υγείας μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες. Συνοπτικά οι αιτιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των δαπανών υγείας είναι:

- 1) Η αύξηση του εισοδήματος
- 2) Τα νέα καταναλωτικά πρότυπα κάλυψης των αναγκών
- 3) Η εξάπλωση της Κοινωνικής Ασφάλειας
- 4) Οι δημογραφικές εξελίξεις και η γήρανση του πληθυσμού
- 5) Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα και η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής στις χρόνιες ασθένειες
- 6) Η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου
- 7) Ο σύγχρονος τρόπος ζωής
- 8) Η μόλυνση του περιβάλλοντος και η διαταραχή της ισορροπίας των οικοσυστημάτων
- 9) Η ιατροποίηση των κοινωνικών προβλημάτων
- 10) Οι αδυναμίες της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η αύξηση της προσφοράς των ανθρωπίνων και υλικών πόρων του συστήματος υγείας και η ανάπτυξη του φαινομένου της προκλητής ζήτησης
- 11) Η εισαγωγή της βοιοιατρικής τεχνολογίας, τόσο στο θεραπευτικό όσο και στο διαγνωστικό πεδίο εφαρμογής της ιατρικής και η αντιμετώπιση της ασθένειας στο νοσοκομείο
- 12) Η οργάνωση του συστήματος υγείας, η βελτίωση της προσπελασιμότητας, η μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων, η εξέλιξη του συστήματος της επείγουσας μεταφοράς ασθενών ( Σούλης, 1998)

Αναλυτικότερα ως πρώτος και κύριος παράγοντας αύξησης των δαπανών υγείας θεωρείται η αύξηση του εισοδήματος ειδικά στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες, καθώς συμβάλλει καθοριστικά στην ιεράρχηση των αναγκών του ανθρώπου. Το άτομο πλέον έχοντας καλύψει τις ανάγκες που χρειάζεται για να επιβιώσει όπως η διατροφή, η ενδυμασία και η κατοικία, έχει τη δυνατότητα να στραφεί στην αναβάθμιση του τρόπου ζωής και της καλύτερης ποιότητας του, και φυσικά στη βελτίωση της υγείας του, τα οποία και εξασφαλίζει μέσα από τη μόρφωση, τον πολιτισμό, τη διασκέδαση και το επίπεδο υγείας.

Το ύψος του εισοδήματος αποτελεί επίσης και την κινητήρια δύναμη της καταναλωτικής συμπεριφοράς των ατόμων. Τα διάφορα καταναλωτικά πρότυπα εφαρμόζονται για την κάλυψη διάφορων αναγκών βασικών ή μη και ανατρέπουν τα “παραδοσιακά σχήματα” και τα κλασσικά καταναλωτικά πρότυπα όπου το κύριο μέλημα ήταν η επιβίωση και η κάλυψη μόνο των βασικών αναγκών. Ο πολίτης στρέφεται στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών που θα συνεισφέρουν στην ποιοτικότερη διαβίωσή του, δηλαδή στην εκπαίδευση, την υγεία και την επικοινωνία. (Κυριακόπουλος & Σουλιώτη, 2001)

Ο πολίτης μέσα από τη φορολογία, τις εργοδοτικές και ασφαλιστικές εισφορές σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ή μέσα από τη συμμετοχή του στο κόστος με ίδιες πληρωμές λειτουργεί ως η βασική και κύρια πηγή χρηματοδότης του συστήματος υγείας. Συνεπώς ανάλογα με το επάγγελμα και το εισόδημα του αποδίδει, και το ανάλογο ποσοστό εισφορών και φόρων προς το σύστημα υγείας το οποίο όχι μόνο το χρηματοδοτεί αλλά αποτελεί και τον κύριο καταναλωτή των υπηρεσιών που προσφέρει. Ο πολίτης αποτελεί λοιπόν το βασικό αγοραστή των υπηρεσιών υγείας του συστήματος και δύναται να επηρεάσει το σύστημα αυτό προκειμένου το ίδιο να προσαρμοστεί σύμφωνα με τα καταναλωτικά πρότυπα που σχετίζονται με τις ανάγκες και το επίπεδο της υγείας που επιθυμεί. Αναμφίβολα λοιπόν η αύξηση των δαπανών υγείας βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με την αναζήτηση ποιοτικών παροχών υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. (Οικονόμου, 2004)

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται σημαντικά με την αύξηση των δαπανών υγείας είναι ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης. Πρόκειται για ένα θεσμό που αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα ασφαλιστικών κινδύνων αλλά και της μητρότητας, καλύπτοντας μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (1985), στην Ελλάδα η αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων κατά της δεκαετίες του 1970-80 οδήγησε στην επέκταση του φάσματος παροχών νοσοκομειακής, εξωνοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης. Ωστόσο οι αυξανόμενες ανάγκες και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας δεν αύξησε και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών με αποτέλεσμα τη δημιουργία αναγκών που δεν μπορούν να ικανοποιηθούν πλήρως. Γενικά έχει αποδειχθεί πως το κόστος της περίθαλψης δεν φαίνεται να είναι γνωστό σε πολίτες και επαγγελματίες στο χώρο

της υγείας. Έτσι η κοινωνική ασφάλιση φαίνεται να λειτουργεί αρνητικά προκαλώντας ζημία στον ασφαλιστικό φορέα με ιατρικά έξοδα, ενώ την ίδια στιγμή η άνοδος στο κατά κεφαλήν εισόδημα, παρέχει τη δυνατότητα μεγαλύτερης κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας ακόμα και εκτός των ασφαλιστικών οργανισμών έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών.

Διεθνείς έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως οι δημογραφικοί παράγοντες και η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζουν αυξητικά τις δαπάνες υγείας. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ηλικιωμένοι που υπερβαίνουν τα 65 έτη έχουν αυξηθεί καθώς πλέον το προσδόκιμο ζωής είναι ιδιαίτερα υψηλό τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες. Η αύξηση λοιπόν του ποσοστού των ατόμων της τρίτης ηλικίας, οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης για παροχή υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα αύξησε και τις συνολικές δαπάνες για τη χρηματοδότηση των συστημάτων. Έτσι, ο μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων συνεπάγεται και μεγαλύτερη ζήτηση για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τις νεαρότερες ηλικίες. Σύμφωνα μάλιστα με εκτιμήσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει προκύψει ότι οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας των ηλικιωμένων είναι 6 - 8 φορές μεγαλύτερη από τη μέση δαπάνη όλων των ηλικιών, πράγμα που δείχνει πως η αυξητική γήρανση του πληθυσμού οδηγεί σε αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το κόστος για τα συστήματα υγείας, των τελευταίων δύο ετών ζωής των υπέργηρων, είναι αυτό που εκτοξεύει τις δημόσιες δαπάνες υγείας. (Υφαντόπουλος, 2004)

Από την αντίπερα όχθη όμως, ίσως η γήρανση του πληθυσμού έχει υπερεκτιμηθεί ως ένας παράγοντας που επιβαρύνει περεταίρω το σύστημα υγείας. Η απόδειξη για αυτό είναι πως ο πληθυσμός αυτός είναι πιο υγιής και ενεργός, μπορεί να εργάζεται περισσότερα χρόνια οπότε δεν χρειάζεται να δαπανούνται υπέρογκα ποσά για μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα επιβαρύνοντας τον κλάδο υγείας. Απεναντίας ο κλάδος των συντάξεων φαίνεται να επιβαρύνεται περισσότερο.

Ένας ακόμη παράγοντας που δεν μπορεί να αποτελέσει ωστόσο βασικό συντελεστή, είναι οι χρόνιες παθήσεις. Πρακτικά αυτό που υφίσταται σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών ή σε περιπτώσεις νοσήματος που η διάρκεια ζωής είναι μεγάλη αλλά ο

δείκτης επίπτωσης του νοσήματος μικρός, είναι ότι λόγω των εφαρμογών νέων τεχνολογιών παρατείνεται η ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση και η διάρκεια ζωής του ασθενούς, ο οποίος είναι συνεχώς καταναλωτής ιατρικών επισκέψεων, διαγνωστικών εξετάσεων ελέγχων και καθημερινοί καταναλωτές διάφορων ιατρικών πράξεων. (Santerre &Neun,2012)

Ένας άλλος παράγοντας που βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τον τρόπο ζωής είναι η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου στο δυτικά ανεπτυγμένο κόσμο ο οποίος μάλιστα συσχετίζεται και με τις χρόνιες ασθένειες. Στη σύγχρονη εποχή έχει διαμορφωθεί ένας νέος τρόπος ζωής μέσα σε νέα δεδομένα. Παράγοντες όπως το αυξημένο εισόδημα, η κοινωνική και πολιτισμική εξέλιξη, η διατροφή, η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η διατάραξη των οικοσυστημάτων, ο σύγχρονος αστικός και βιομηχανικός τρόπος ζωής και οι εντατικοί ρυθμοί φαίνεται πως έχουν δράσει καταλυτικά στην εμφάνιση και αύξηση χρόνιων νοσημάτων και ασθενειών που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Όλα αυτά συνδυαστικά δρουν καταλυτικά στον ανθρώπινο οδηγώντας στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών και αγαθών συστήματος υγείας. (Σούλης, 1999)

Η εισαγωγή της βιοϊατρικής τεχνολογίας και ο πολλαπλασιασμός των γιατρών και των ανθρωπίνων πόρων οδήγησαν σε αύξηση των εισροών στο σύστημα υγείας. Πρόκειται για έναν συντελεστή με βαρύνουσα σημασία για την αύξηση των δαπανών υγείας, αναφορικά τόσο με την εξέλιξη και υιοθέτησή της αλλά και ως προς την αλόγιστη και μη ορθολογική της χρήση, καθώς το υψηλό κόστος χρησιμοποίησής της δεν έχει εξισορροπηθεί από τη μείωση της ζήτησης.

Για την επεξήγηση της υιοθέτησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας έχουν δημιουργηθεί από τους οικονομολόγους τρία διαφορετικά μοντέλα νοσοκομειακής συμπεριφοράς. Τα μοντέλα έχουν να κάνουν με τρία κριτήρια που αναλύονται στα εξής:

- Μοντέλο του ανταγωνισμού στην τιμή, όπου υποθέτει ότι το νοσοκομείο αντιμετωπίζει μια μείωση στην καμπύλη της ζήτησης οδηγώντας σε μείωση

των εσόδων του, και έτσι στην προσπάθειά του υπάρξει ανοδική φορά των εσόδων, το νοσοκομείο αγοράζει νέα τεχνολογία και αυξάνει την ζήτηση.

- Μοντέλο του ανταγωνισμού στην τεχνολογία. Πρόκειται για μοντέλο που είναι το αποτέλεσμα της θεωρίας μεγιστοποίησης των πωλήσεων των υπηρεσιών υγείας και την θεωρίας του καταναλωτισμού, που ως επακόλουθο έχει την υιοθέτηση της τεχνολογία από το νοσοκομείο προκειμένου να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο παροχής υπηρεσιών με τα άλλα νοσοκομεία της περιοχής του, ή να αποτελέσει το πρώτο νοσοκομείο που θα διαθέτει την τεχνολογία αυτή μέσα σε κάποια συγκεκριμένα γεωγραφικά όρια.
- Τέλος είναι το μοντέλο της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας, στο οποίο η τεχνολογία εξετάζεται και τελικά υιοθετείται, με απαραίτητη προϋπόθεση και κύριο γνώμονα η παραγωγή καλύτερων υγειονομικών αποτελεσμάτων τα οποία θα καλύπτουν μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. (Κυριακόπουλος & Σουλιώτη, 2001)

Ουσιαστικά τα κριτήρια αυτά που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις υιοθέτησης νέων τεχνολογιών, σύμφωνα με επιστήμονες, στην πραγματικότητα δεν αυξάνουν το νοσοκομειακό κόστος. Αντιθέτως η υιοθέτησή τους μπορεί να συμβάλλει στη μείωσή των εξόδων στις περιπτώσεις όπου η τεχνολογία αυτή μπορεί να αποδώσει περισσότερο από την ήδη υπάρχουσα και εφόσον έχει προηγηθεί η πρότερη αξιολόγησή της από τη μονάδα υγείας. (Υφαντόπουλος, 1985)

Γενικά μπορεί να ειπωθεί πως η εξέλιξη των συστημάτων υγείας συντέλεσε στην αύξηση της ζήτησης. Για την εξέλιξη του συστήματος υγείας και την ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού η σωστή διαχείριση και οργάνωση κρίνεται απολύτως αναγκαία για την διατήρηση και τον έλεγχο της ζήτησης και του κόστους λειτουργίας του και την επερχόμενη υγειονομική ανάπτυξη. Στις περιπτώσεις όμως όπου το επίπεδο και η οργάνωση του συστήματος υγείας είναι ανεπαρκή εξαιτίας λόγου χάριν της έντονης γραφειοκρατίας, της απουσίας ποιοτικού ελέγχου, της υποτονικής κοινωνικής ασφάλισης, της κακής διαχείρισης εν γένει, τότε δημιουργείται αύξηση των δαπανών, η οποία απαιτεί την εφαρμογή μιας νέας



τακτικής στον σχεδιασμό του συστήματος σε μακροεπίπεδο και στις οικονομικές, διαχειριστικές και οργανωτικο-διοικητικές μεθόδους σε μικροεπίπεδο, για την εξέλιξη και βελτίωσή του. (Αντωνοπούλου,2002)

## 2.3 Κοινωνική Ασφάλιση και Κατανομή των Δαπανών Υγείας

### Κοινωνική Ασφάλιση

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης και ο ασφαλιστικός κλάδος υγείας αποτελεί μια μορφή συστήματος που εξυπηρετεί την ζήτηση και την προσφορά μεταξύ των παραγωγών αγαθών και υπηρεσιών υγείας με τον καταναλωτή- ασθενή. Πρόκειται για ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλειας που προστατεύει τον εργαζόμενο από τη συνέπεια διάφορων ατυχημάτων εργατικών και μη, από ασθένειες και συνήθως τη μητρότητα, ενώ παράλληλα επικεντρώνεται και στην προστασία των εργαζομένων πολιτών από τους ασφαλιστικούς-κοινωνικούς κινδύνους με στόχο την εγγύηση της οικονομικής ασφάλειας του ατόμου. Ο θεσμός αυτός είναι βασικός για την ύπαρξη ενός κοινωνικού Κράτους Πρόνοιας, με την έννοια της κοινωνικής ασφάλειας να υποδιαιρείται σε τρία επιμέρους στοιχεία: της κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, της κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων. Παράλληλα αποτελεί και τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα. (Σούλης,1999, Οικονόμου,2004)

Ιστορικά ο θεσμός των κοινωνικών ασφαλίσεων επεκτάθηκε εντατικά τον περασμένο αιώνα όπου γεννήθηκε σε διεθνές επίπεδο ως κοινωνικές ασφαλίσεις, και με το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου άρχισε να συντελείται μια στροφή προς τις ιδέες και τα μοντέλα της κοινωνικής ασφάλειας. Από τις πρώτες χώρες που θέσπισαν το θεσμό της ασφάλισης στον κλάδο της υγείας ήταν η Γερμανία τη δεκαετία του 1880, και η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Στην Ελλάδα καθιερώνεται η κοινωνική ασφάλιση υγείας το 1917 με την

ίδρυση του Υπουργείου Περιθάλψεως, ενώ η κλασική μορφή του ασφαλιστικού κλάδου υγείας καθιερώνεται με την ίδρυση του Ι.Κ.Α. το 1934. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας άρχισε να λειτουργεί στις αρχές της δεκαετίας του 1980, θέλοντας να καλύψει τις ιατροφαρμακευτικές και νοσηλευτικές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. (Υφαντόπουλος,2004)

Η ύπαρξη του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης εξυπηρετεί την λειτουργία της κοινωνίας συμβάλλοντας σημαντικά στην υγεία των πολιτών αλλά και την οικονομική δομή της. Η ύπαρξη της βασίζεται στην πρόληψη και την πρόνοια της αντιμετώπισης του ενδεχόμενου απώλειας της υγείας του ατόμου, αλλά και της πρόληψης επικίνδυνων καταστάσεων όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις μολυσματικών ασθενειών όπου μπορεί να αποδεκατιστεί το σύνολο μιας κοινωνίας. Επιπλέον η ασφάλιση υγείας παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας και ταυτόχρονα να τον καλύπτει για την απώλεια εισοδήματος λόγω απουσίας από την εργασία. (Σούλης,1999)

Η πεμπτούσια του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης έγκειται σε δύο βασικά στοιχεία:

α) στη συμβολή των ασφαλισμένων-έκφραση της ασφαλιστικής αρχής (αναλογιστική βάση)

β) στην κοινωνική αλληλεγγύη- κοινωνικό (συλλογικό) χαρακτήρα της ασφάλισης

Ο ασφαλιστικός κλάδος περιλαμβάνει την πιθανότητα μιας ζημιάς, την έννοια της αβεβαιότητας να προκύψει αυτή η ζημιά και την έννοια της σοβαρότητας της ζημιάς, ενώ διακρίνεται σε τρεις επιμέρους κλάδους:

- 1) Της ασθένειας, η οποία λαμβάνεται με την στενή έννοια του όρου ως βλάβη της υγείας που επηρεάζει τη φυσική ή πνευματική ακεραιότητα του ατόμου.
- 2) Της αναπηρίας ή ανικανότητας, ως της αδυναμίας για ανάληψη μιας δραστηριότητας σε έναν ορισμένο βαθμό ή για ομαλή συμμετοχή στην κοινωνική ζωή η οποία μπορεί να υφίσταται μόνιμα και οφείλεται σε κληρονομικότητα ή ατύχημα ή ασθένεια.

- 3) Του εργατικού ατυχήματος και των επαγγελματικών ασθενειών. Ως εργατικό ατύχημα είναι το ατύχημα που συμβαίνει εξαιτίας της εργασίας ή στη διάρκεια αυτής ή κατά τη μετάβαση από την οικεία στον τόπο εργασίας. Επαγγελματική ασθένεια από την άλλη είναι η ασθένεια που προέρχεται από το άμεσο αποτέλεσμα της έκθεσης ενός εργαζόμενου σε ένα κίνδυνο ή είναι αποτέλεσμα των συνθηκών στις οποίες εκτίθεται λόγω της εργασιακής του απασχόλησης. (Σούλης,1999)

Οι παραπάνω κλάδοι της ασφάλισης υγείας περιλαμβάνουν διάφορες δαπάνες προς κάλυψη των κινδύνων που εγκυμονούν. Οι δαπάνες του θεσμού καλύπτονται από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων με το ποσοστό συνεισφοράς να διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Οι δαπάνες αυτές συνοπτικά περιλαμβάνουν σε περιπτώσεις ασθενείας διάφορα επιδόματα που προορίζονται για αποκατάσταση της απώλειας εισοδήματος που προκύπτουν από την αναστολή της επαγγελματική δραστηριότητας, ποσά που αντιστοιχούν στο ολικό ή μερικό κόστος της ιατρικής περίθαλψης, δαπάνες των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες μορφές κοινωνικής πρόνοιας. Στις περιπτώσεις που υφίστανται αναπηρία ή ανικανότητα δίνονται διάφορα βοηθήματα και συντάξεις, παρέχεται ειδική ιατρική περίθαλψη, γίνεται μέριμνα για τη φυσική, επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση ή την επαγγελματική τους αποκατάσταση σε ειδικές συνθήκες, και διάφορες άλλες μορφές κοινωνικής αρωγής. Τα παραπάνω ισχύουν και στην περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας. Οι δαπάνες αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές και σε πολλές χώρες αποτελούν σχεδόν το μισό ποσοστό από το σύνολο των παροχών κοινωνικής προστασίας. (Οικονόμου,2004)

### Κατανομή των Δαπανών Υγείας

Οι δαπάνες υγείας στο μεγαλύτερο μέρος τους καλύπτουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε είδος, με το ποσοστό να ανέρχεται στο 80-90% για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι δαπάνες αυτές μπορούν να αξιολογηθούν από την

κατανομή τους σε δαπάνες για νοσοκομειακές παροχές, ιατρικές, φαρμακευτικές και άλλες λοιπές δαπάνες. Η έκταση, η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών ασφάλισης ασθένειας, δείχνει την πρόθεση του κράτους να ικανοποιήσει βασικές ανάγκες του πληθυσμού καθορίζοντας ταυτόχρονα την κατάσταση της υγείας του. Η κατανομή των δαπανών υγείας στους δικαιούχους της κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να παρουσιάζει σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων. (Μάσσιαλος, 1990)

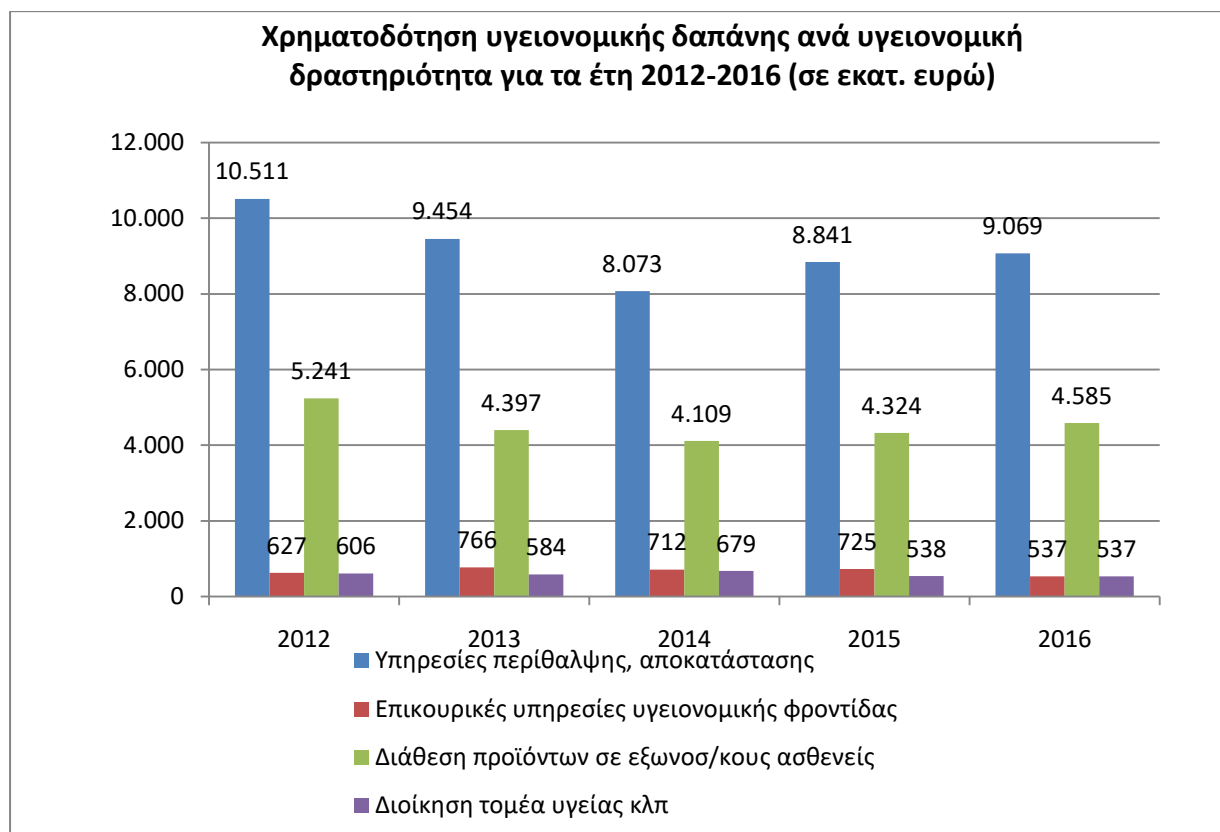
Σε πολλές περιπτώσεις το συνολικό ύψος αλλά και η σύνθεση των δαπανών υγείας δεν είναι γνωστά. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός της αδυναμίας υπολογισμού του ύψους των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων και το ύψος της δημόσιας κατανάλωσης, καθώς δεν υπάρχουν στοιχεία για τις περιπτώσεις ιδιωτικής κατανάλωσης και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υγείας κάθε χώρας, μπορεί να επιτείνεται όταν δεν γίνεται διάκριση των δαπανών στην κάθε βαθμίδα περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά είναι ευρέως γνωστό και αποτελεί δεδομένο πως η πάροδος των χρόνων του τελευταίου αιώνα επέφερε σημαντικές αυξήσεις των δαπανών υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. (Santerre & Neun, 2012)

Ένα από τα κύρια κριτήρια κατανομής δαπανών μεταξύ των κοινωνικών, των επαγγελματικών και των εισοδηματικών τάξεων είναι η εξασφάλιση του κριτηρίου της κοινωνικής δικαιοσύνης. Το κριτήριο αυτό έχει διάφορες ερμηνείες που άλλες αναφέρονται στην ίση κατά κεφαλήν κατανομή δαπανών υγείας, άλλες στη γεωγραφική ισότητα των επιπέδων υγείας, άλλες στην ίση κατά κεφαλή κατανομή των πόρων υγείας κτλ.

Προς αντιμετώπιση των άνισων κατανομών και της παροχής υγείας ίδιας ποσότητας και ποιότητας προς όλους τους πολίτες, επιτακτική κρίνεται η ανάγκη της αναδιανομής των δαπανών υγείας και της εξ αρχής ιεράρχησης των στόχων της υγειονομικής πολιτικής. Σε αυτή την κατεύθυνση αναγκαία και χρήσιμη αποτελεί η στροφή προς μια πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία μπορεί να προσφέρει ένα εκτενές φάσμα κοινωνικών, προληπτικών και υγειονομικών υπηρεσιών, που θα μπορεί να φέρει παραγωγικά αποτελέσματα, με την προϋπόθεση της δημιουργίας

της κατάλληλης υποδομής και οργάνωσης των μονάδων περίθαλψης.  
(Αντωνοπούλου,2002)

Γράφημα 1 που δείχνει την κατανομή των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2012-2016, Πηγή ΕΛΣΤΑΤ.



Στο παραπάνω σχήμα δίνονται τα ποσά που δαπανήθηκαν τα έτη 2012-2016 από το ελληνικό κράτος για την υγεία. Τα μεγαλύτερα ποσά δαπανήθηκαν σε υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης, όπου η διαφορά με τις υπόλοιπες δαπάνες είναι αισθητικά μεγάλη. Αρκετά υψηλά είναι και τα ποσά που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, ενώ οι επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, οι διοικητικές και οι λοιπές δαπάνες έχουν αθροιστικά τις λιγότερες δαπάνες.

## 2.4 Αποτίμηση της Αποδοτικότητας των Συστημάτων Υγείας

---

Γενικά ένα σύστημα υγείας, μπορεί να εξεταστεί ως μακροοικονομική μονάδα, ως το σύστημα υγείας μιας χώρας με τις συνολικές δαπάνες υγείας αλλά και ως μικροοικονομική μονάδα δηλαδή ως μονάδα παραγωγής και διανομής υγείας όπως συμβαίνει στα πλαίσια δράσης ενός νοσοκομείου. Σε όποια από τις δύο περιπτώσεις γίνεται αναφορά, κεντρικό λόγο αποτελούν οι έννοιες της αποδοτικότητας και της ισότητας των συστημάτων υγείας αλλά και των μονάδων παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας. Το επίπεδο της υγείας που παρέχεται στους πολίτες, μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή τόσο στην διάσταση της δομής όσο και της διαδικασίας, αφού αυτή αφορά τον τρόπο με τον οποίο συνδιαρθρώνονται οι δομές του συστήματος υγείας για την παραγωγή ενός αποτελέσματος. (Ιωαννίδη και συν., 1999)

Ο ορισμός της αποδοτικότητας ορίζεται ως η άριστη κατανομή των πόρων όπου δίνεται η δυνατότητα να αλλαχτεί η κατανομή τους χωρίς όμως να καλυτερεύσει ή να χειροτερεύσει η θέση κάποιου άλλου ανθρώπου. Η αποδοτικότητα μπορεί να επιτευχθεί όταν οι πόροι κατανέμονται μεταξύ δραστηριοτήτων με τέτοιο τρόπο που το όφελος μεγιστοποιείται. (Πεχλιβανίδου, 2017)

Η μέτρηση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας είναι σημαντική για την βελτίωση και την καλύτερη αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου. Γενικά, η απόδοση ενός συστήματος υγείας αξιολογείται περισσότερο σε πραγματικούς όρους ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παρά σε δείκτες. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, οι ιδιωτικές δαπάνες και η κατανομή των δημοσίων δαπανών όπως εκφράζονται στις διαφορετικές κατηγορίες εισοδηματικών τάξεων αποτελούν μια χαρακτηριστική περίπτωση αξιολόγησης του συστήματος. Για παράδειγμα όταν παρατηρείται αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας τότε παρατηρείται και αύξηση της χρησιμότητας του συστήματος υγείας για τις φτωχότερες ομάδες του πληθυσμού. (Οικονόμου, 2001)

Ο βασικότερος ίσως δείκτης για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας είναι η αποδοτικότητά του, η οποία μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους. Ο όρος της αποδοτικότητας αναφέρεται στην ορθολογική διαχείριση και τον καταμερισμό των πόρων που είναι απαραίτητοι για την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας. Η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας, περιλαμβάνει θέματα ποιοτικά, όπως για παράδειγμα η διαφύλαξη της αξιοπρέπειας των ασθενών, αλλά και ζητήματα με κατεύθυνση προς τον ασθενή ως πελάτη, όπως είναι η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών, το δικαίωμα στην επιλογή ιατρού και η ελεύθερη πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση. Οι διαφορές στην αξιολόγηση ενός συστήματος μπορεί να έγκεινται σε θέματα σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την κάλυψη του κόστους από ασφαλιστικούς φορείς. . (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας,2009)

Ένας ακόμη σημαντικότατος δείκτης αξιολόγησης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας είναι η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η ισότητα ή ανισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από τις διαφορετικές ηλικιακές και εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού σχετίζεται με διάφορους κοινωνικούς παράγοντες, και καταδεικνύει εμφανώς τόσο το εκτιμώμενο επίπεδο της υγείας όσο και τα επίπεδα της υγείας του πληθυσμού ανά εισοδηματική κατηγορία, ανά επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσης και ανά τόπο κατοικίας. Σημαντικό στοιχείο μπορεί να θεωρηθεί ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας συνδέεται άμεσα με την ηλικία του πληθυσμού και λιγότερο με το φύλο. Ζητούμενο για όλα τα συστήματα υγείας πρέπει να αποτελεί η πρόσβαση σε αυτά που θα ευνοεί τους αδύνατους οικονομικά πολίτες, σε σχέση με τους εύπορους οικονομικά πολίτες, με απώτερο και καθολικό στόχο την ελεύθερη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στα συστήματα, με ιδιαίτερη φροντίδα για τους ασθενέστερους και τους ηλικιωμένους. (Πεχλιβανίδου, 2017)

Έναν άλλος δείκτης για την αποτίμηση του συστημάτων υγείας, αποτελεί η αξιολόγηση των δημοσίων επενδύσεων για την υγεία. Η οικονομική επένδυση στον υγειονομικό τομέα, αποδεικνύεται συχνά αβέβαιη, αφού το ρίσκο ανάληψης μίας επένδυσης, αποτιμάται σε οικονομικούς όρους. Υπάρχουν δύο τύποι επενδύσεων για τις δημόσιες δαπάνες, στον πρώτο τύπο επενδύσεων, τα οφέλη και τα κόστη, προέρχονται από το κράτος και διανέμονται, μέσω της γενικής φορολογίας, σε

όλους τους πολίτες. Ο διαχωρισμός του κόστους σε τόσο μικρά μερίδια, ανά πολίτη, μηδενίζει ουσιαστικά το κόστος για τον καθένα ξεχωριστά, ενώ ταυτόχρονα μεγιστοποιεί τη χρησιμότητα, αφού επωφελείται ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο, έτσι η επένδυση θεωρείται χωρίς καμία αβεβαιότητα επιτυχής. Στον δεύτερο τύπο επενδύσεων, ένα σημαντικό ποσοστό της επένδυσης, βαρύνει άμεσα ένα ποσοστό των πολιτών και έτσι η οικονομική επένδυση, παρουσιάζει αβεβαιότητα. . (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας,2009)

#### 2.4.1 : Συσχετισμός Δαπανών με την Υγεία

Ο βαθμός κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξη αφορά στην έκταση στην οποία λαμβάνει χώρα μια διαδικασία παραγωγής της ευημερίας των ατόμων μαζί με μια δυναμική της οικονομικής μεγέθυνσης. Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού μιας χώρας βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με το παραγόμενο εισόδημα και το πώς αυτό αξιοποιείται, καθώς ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει το ύψος των συνολικών δαπανών σε ένα σύστημα υγείας, είναι το εισόδημα των πολιτών. Επίσης η μείωση των δημοσιονομικών δαπανών από τις κυβερνήσεις και η μείωση της απασχόλησης έχει άμεσες συνέπειες στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση στον ίδιο τον τομέα υγείας. (Πεχλιβανίδου, 2017)

Οι γενικές καταστάσεις ανεργίας, ανασφάλειας στην εργασία και απώλεια του εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντικές επιδράσεις πάνω στην υγεία, καθώς οδηγούν πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια ενώ παράλληλα μειώνονται και οι εισφορές της εργασίας πάνω στις οποίες στηρίζονται τα συστήματα υγείας με αποτέλεσμα την σταδιακή κατάρρευσή τους, αλλά και την δημιουργία οικονομικών προβλημάτων και ελλειμμάτων. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας,2009)

Από την άλλη, χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός πως οι οικονομικές πολιτικές που συντελούν στη διαμόρφωση της κατανομής του πλούτου και του εισοδήματος έχουν θετικές επιπτώσεις στην υγεία. Ειδικότερα οι υψηλές φορολογικές



ελαφρύνσεις των φτωχών μέσα από την θέσπιση νόμων και η αύξηση των εισοδημάτων των ανθρώπων με χαμηλό εισόδημα φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα για την υγεία.

Αντιστρόφως ανάλογα η επιβολή περιορισμών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία συνεπάγεται τη μείωση των χρηματοδοτικών πόρων στον τομέα της δημόσιας υγείας ο οποίος πρέπει να μπορεί να ανταποκρίνεται στις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού. Οι δαπάνες υγείας και ο ρυθμός αύξησης ή μείωσής τους αντικατοπτρίζει τους ποικίλους οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και τη δημοσιονομική και οργανωτική δομή του συστήματος υγείας μιας χώρας, αφού υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του συνολικού εισοδήματος μιας χώρας και των ποσών που η χώρα δαπανά για την υγεία. Για παράδειγμα η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης επηρεάζει άμεσα τους ασθενείς οι οποίοι επιβαρύνονται με αυξανόμενη συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων. Επιπροσθέτως οι ιατρικές ελλείψεις εφοδιασμού μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς. (Docteur et al., 2003)

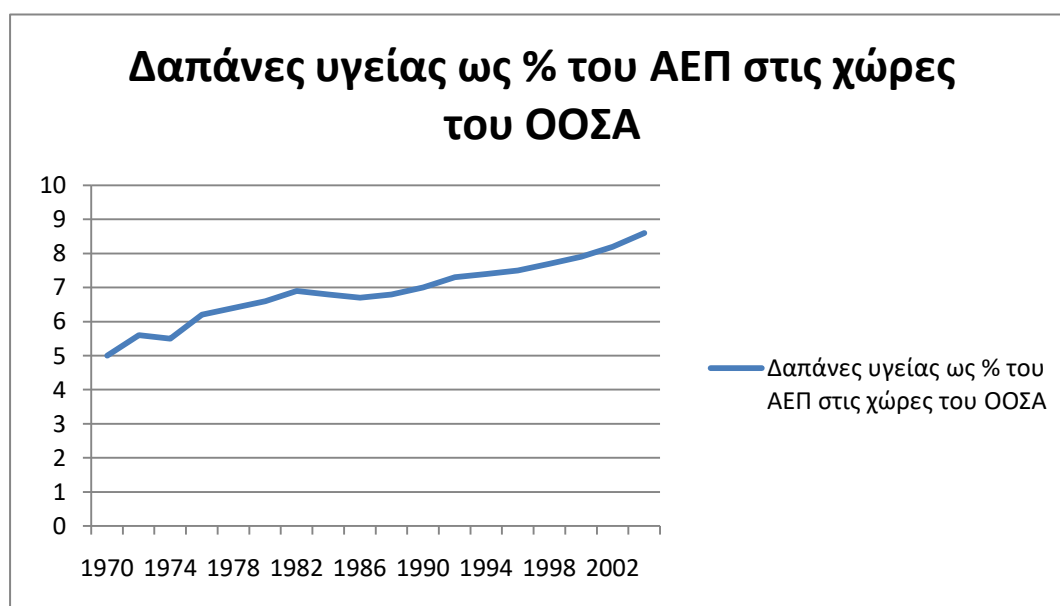
Η υγεία επηρεάζει την οικονομική ανάπτυξη, καθώς ενισχύει την παραγωγικότητα, αυξάνει τις αποταμιεύσεις των ατόμων κατά τη διάρκεια της ζωής τους και ενθαρρύνει και ενισχύει την εκπαίδευση. Η οικονομική ανάπτυξη με τη σειρά της ευνοεί την ανάπτυξη του συστήματος υγείας μέσω των εισφορών των ασφαλιστικών συστημάτων και των φόρων, και συντελεί στην παροχή ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας στον πληθυσμό. Πρόκειται ουσιαστικά για μια σχέση που βρίσκεται σε αλληλοεξάρτηση καθώς η μια προϋποθέτει την ύπαρξη της άλλης. Η χαμηλή δημόσια δαπάνη στην υγεία συμβάλλει στην αύξηση του δείκτη θνησιμότητας και δημιουργεί αντικίνητρα σχετικά με την επένδυση στην υγεία με την επίδραση στους δείκτες ανάπτυξης να επηρεάζουν σημαντικά την ανθρώπινη υγεία. (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010)

Η υγεία σύμφωνα με έρευνες φαίνεται να συνδέεται στενά με την οικονομική ανάπτυξη αφού ο πλούτος προϋποθέτει μεγαλύτερες επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί πως η δημόσια και ενεργός δράση για την καθολική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να γίνει και με χαμηλό κόστος. Χώρες που

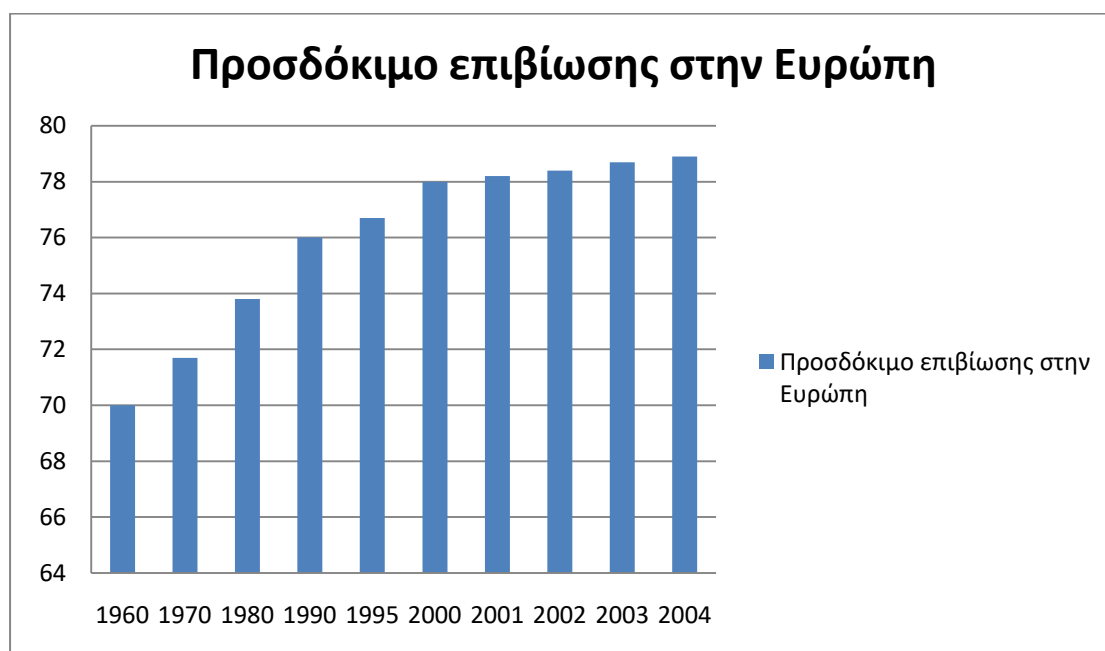
τυγχάνουν βραδύτερους ρυθμούς ανάπτυξης μπορούν να έχουν ικανοποιητικά επίπεδα υγείας χωρίς να χρειάζεται να γίνουν πλούσιες για να μπορούν να είναι και υγιείς, γεγονός που οφείλεται στο ότι πολλά στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι εντάσεως εργασίας και απαιτεί ελάχιστους πόρους. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας,2009)

Η ικανότητα μιας χώρας να παρέχει τις ανάγκες της για την υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού της επηρεάζεται τις οικονομικές δυνατότητες, τις προτεραιότητες της κυβέρνησης και το πολιτικό περιβάλλον. Σε όλη την ιστορία, διάφορες οργανωτικές έρευνες έχουν επιδείξει βελτιωμένα αποτελέσματα μεταβλητών της υγειονομικής περίθαλψης όπως η παιδική θνησιμότητα, τα ποσοστά γονιμότητας και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζονται με ένα συνδυασμό βελτιωμένων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και μέτρων δημόσιας υγείας. Έτσι πολλές χώρες βελτίωσαν την υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση και τη χρηματοδοτική στήριξη σε προγράμματα, στοχεύοντας στη συνεχή βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της δημόσιας υγείας. (Yazin & Helms, 2010)

Γράφημα 2 που δείχνει τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 1970-2004, Πηγή ΟΟΣΑ.



Γράφημα 3: που δείχνει το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ευρώπη κατά την περίοδο 1960-2004, πηγή ΟΟΣΑ.



Οι δαπάνες υγείας αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι του κρατικού προϋπολογισμού και συγκρίνονται με δείκτες της οικονομίας όπως το ΑΕΠ, ενώ συμπεριλαμβάνουν και ποιοτικούς δείκτες όπως οι δημογραφικές τάσεις. Στα δύο παραπάνω γραφήματα που παρατίθενται δίνεται μια ενδεικτική συσχέτιση των δαπανών με την υγεία του πληθυσμού διαχρονικά. Στο γράφημα 2 παρατηρούμε τις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για τις χώρες του ΟΟΣΑ σε διάστημα 35 ετών. Από τα στοιχεία είναι φανερό πως οι δαπάνες παρουσιάζουν αυξητική τάση ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία. Από την άλλη στο γράφημα 3 παρατηρείται η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στις χώρες της Ευρώπης οι περισσότερες εκ των οποίων είναι και μέλη του ΟΟΣΑ κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Σε αυτό το γράφημα γίνεται αντιληπτό η ανοδική τάση που παρουσιάζει ο μέσος όρος ζωής. Το προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί έναν ποιοτικό δείκτη που μπορεί να σχετίζεται με την εξέλιξη και αύξηση των

δαπανών. Ως εκ τούτου και σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως η κατάσταση υγείας του πληθυσμού αποτελεί απόρροια των δαπανών υγείας μιας χώρας και αντιστρόφως οι δαπάνες υγείας συσχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1: Η Υγεία Γενικά

---

Η υγεία είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Ο ορισμός της σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) είναι «η κατάσταση που χαρακτηρίζει την παρουσία πλήρους σωματικής, φυσικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», ενώ τα οφέλη της αντικατοπτρίζονται σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του πληθυσμού, πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές. Η υγεία του ανθρώπου είναι συνάρτηση της γενετικής δομής του και των επιδράσεων του περιβάλλοντος. (Ιωαννίδη και συν,1999)

Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες αγαθό και αποτελεί το συνδυασμό εφοδίων, όπως η φροντίδα υγείας, οι σημαντικότερες διαστάσεις της οποίας είναι η μακροζωία και η ποιότητα ζωής. Πρόκειται για ένα αγαθό το οποίο είναι εμπορεύσιμο και περιλαμβάνει διάφορες υπηρεσίες και αγαθά, τα οποία παράγονται μέσω του κεφαλαίου και της εργασίας και η κατανάλωσή τους γίνεται ατομικά ή ομαδικά. Η υγεία αποτελεί ένα αγαθό που διαμορφώνει την ποιότητα της ζωής και οι υπηρεσίες που προσφέρει επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. Επίσης η υγεία επιδρά και πάνω στην οικονομική παραγωγικότητα αφού η κακή κατάσταση υγείας συνεπάγεται ανικανότητα και λιγότερη παραγωγικότητα.

Η πληθυσμιακή υγεία αναφέρεται ως όρος και έχει να κάνει περισσότερο με την πρόληψη των ασθενειών. Ο όρος αυτός αναπτύχθηκε προσεγγίζοντας τις συσχετίσεις συνθηκών και παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των πληθυσμών,

με στόχο τα αποτελέσματα που φέρει να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη πολιτικών και δράσεων με στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας.

### 3.2 Δείκτες Υγείας

---

Οι δείκτες υγείας αποτελούν μονάδα μέτρησης και καταγραφής των διαφόρων πλευρών της υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή μιας υγειονομικής μονάδας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Η υγεία του πληθυσμού μιας χώρας εξαρτάται από τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και υγειονομικές αλλαγές διαχρονικά και αντικατοπτρίζεται στους αντίστοιχους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης, τη βρεφική θνησιμότητα και τις χαμηλού βάρους γεννήσεις, που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση και την εξέλιξη της υγείας ενός πληθυσμού. (Τούντας,2008) Αναλυτικά :

#### Δημογραφικές τάσεις και Προσδόκιμο ζωής

Οι δημογραφικές τάσεις δείχνουν τη μελλοντική ανάπτυξη του πληθυσμού. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο πληθυσμός της Ευρώπης για παράδειγμα στα τέλη του περασμένου αιώνα αποτελούσε το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού, με το 14% αυτών να αποτελείται από ηλικιωμένους. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στη συνεχή γήρανση του πληθυσμού λόγω των καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και τη θεαματική βελτίωση της υγείας λόγω της επιστημονικής προόδου στα ιατρικά δρώμενα και της μεγαλύτερης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Έτσι το προσδόκιμο ζωής, ειδικά στις Ευρωπαϊκές χώρες όπου το επίπεδο υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται διαρκώς με το μέσο όρο να αποτελούν τα 80 έτη γεγονός που υποδεικνύει τις βελτιωμένες συνθήκες ζωής και υγείας. Κατά τα τελευταία χρόνια ο μέσος όρος ζωής αυξήθηκε τόσο στις βιομηχανοποιημένες και αναπτυγμένες χώρες όσο και στις μη βιομηχανοποιημένες και αναπτυσσόμενες

χώρες. Ωστόσο αξίζει να τονιστεί πως το φαινόμενο μπορεί να πάρει αρνητικές διαστάσεις όταν συνδυαστεί με τη χαμηλή υπογεννητικότητα. (Χαλκιά και συν.,2015)

#### Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης

Το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης εννοεί τα έτη ζωής χωρίς καμία αναπηρία και αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη υγείας. Κατά μέσο όρο, το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης κυμαίνεται στα 61,4 έτη για τους άνδρες και στα 61,5 έτη για τις γυναίκες το 2013. (Σούλης,1999)

#### Βρεφική θνησιμότητα

Η βρεφική θνησιμότητα αναφέρεται στο ρυθμό θανάτων βρεφών κάτω τους ενός έτους ανά 1000 γεννήσεις, και αποτελεί έναν ιδιαίτερο αντιπροσωπευτικό και επιδημιολογικό δείκτη, που αντικατοπτρίζει τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες κάτω από τις οποίες τα έμβρυα κυοφορήθηκαν και γεννήθηκαν, και δείχνει επίσης το πόσο αποτελεσματικό είναι το υγειονομικό σύστημα και κατά πόσο μπορεί να επέμβει και να διορθώσει εγκαίρως προβλήματα της κύησης αλλά και των πρώτων μηνών ζωής ενός βρέφους. Η μείωσή της βρεφικής θνησιμότητας οφείλεται κατά κύριο λόγο σε προγράμματα εμβολιασμού, την άνοδο του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και την καλύτερη πρόσβασή του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας. Ενδεικτικά αναφέρεται πως στην Ευρώπη οι δείκτες της βρεφικής θνησιμότητας παρουσιάζονται χαμηλοί με το μέσο όρο να είναι στα 4.9 ανά 1000 γεννήσεις, ενώ η Ελλάδα κυμαίνεται στο 3.7, κάτω δηλαδή από το μέσο όρο. Η Σλοβενία εμφανίζεται να παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά με 2.9, ενώ η Ρουμανία από την άλλη έχει τα υψηλότερα με τα ποσοστά να κυμαίνονται στα 10.1 κάτι που δείχνει τις αποκλίσεις που ισχύουν μέσα στην Ευρώπη. (Χαλκιά και συν., 2015)

Οι νεογνικοί αυτοί θάνατοι οφείλονται κυρίως σε γενετικές ανωμαλίες και πρόωρες γεννήσεις. Οι χαμηλού βάρους γεννήσεις αποτελούν δείκτη υγείας και σχετίζονται με την περιορισμένη ανάπτυξη του εμβρύου, είτε με πρόωρες γεννήσεις, ενώ ιδιαίτερα σημαντικοί κρίνονται παράγοντες όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική γονική κατάσταση, αλλά και η αύξηση της ηλικίας τεκνοποίησης και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Παράγοντας που επηρεάζει τις χαμηλού βάρους γεννήσεις μπορεί να θεωρηθεί και η οικονομική κρίση καθώς οδηγεί σε υψηλά ποσοστά ανεργίας και χαμηλότερα οικογενειακά εισοδήματα, με αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (Τούντας,2008)

### Θνησιμότητα

Η θνησιμότητα είναι ένας δείκτης που βασίζεται στον αριθμό των θανάτων σε μία χώρα διαιρούμενο με το μέγεθος του πληθυσμού. Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης παρουσιάζεται διαχρονική μείωση στους δείκτες θνησιμότητας η οποία οφείλεται κυρίως στην πολιτιστική, κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Επιπλέον η αύξηση του προσδόκιμου ζωής που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, έχουν τροποποιήσει και τις αιτίες θνησιμότητας σε σχέση με το παρελθόν. Η μεγαλύτερη μείωση στους δείκτες ασθένειας μάλιστα παρουσιάζεται στις λοιμώδεις ασθένειες και ειδικότερα στη φυματίωση, την ιλαρά και την πολιομυελίτιδα. Παρ' όλα αυτά οι παθήσεις του κυκλοφορικού, τα κακοήθη νεοπλασμάτα κλπ παρουσίασαν αύξηση στις περισσότερες χώρες με το μεγαλύτερο ποσοστό του κόστους μάλιστα να οφείλεται στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης των ασθενειών αυτών. (OECD,2006)

### Διάφοροι παράγοντες κινδύνου υγείας

Οι ποικίλοι δείκτες υγείας αλλά και οι κυριότερες αιτίες θανάτου δε μένουν ανεπηρέαστα από τον τρόπο ζωής που έχει υιοθετήσει ο κάθε άνθρωπος αλλά και από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο διαμένει. Ο τρόπος διατροφής

ή το έντονο εργασιακό άγχος αποτελούν παράγοντες διατήρησης της καλής υγείας ή παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας. Από την άλλη το κάπνισμα, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία αλλά και οι περιβαλλοντικές συνθήκες αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου που είναι υπεύθυνοι για τις κυριότερες αιτίες θανάτου.

Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τουλάχιστον δύο από τις κυριότερες αιτίες θανάτων- παθήσεις του κυκλοφορικού και καρκίνο, ενώ φαίνεται να ευθύνεται για το 20% των θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις στους άνδρες. Παράλληλα αυξάνει τον κίνδυνο για εμφράγματα, καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα, του φάρυγγα και του παγκρέατος- ενώ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου και στις παθήσεις του αναπνευστικού. Άξιο αναφοράς είναι πως τα χαμένα χρόνια ζωής εξαιτίας του καπνίσματος υπολογίζονται στα 19-23. Επίσης το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλού βάρους γεννήσεις. Την αρνητική πρωτιά στο κάπνισμα στην Ευρώπη, κατέχει η Ελλάδα με ποσοστό 32.7% των Ελλήνων να δηλώνουν καθημερινοί καπνιστές ανεξαρτήτου επιπέδου εκπαίδευσης ή εισοδήματος, ενώ οι μισοί από τους καπνιστές είναι ηλικίας 25- 44 ετών. (Χαλκιά και συν., 2015)

Το αλκοόλ αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα κινδύνου που σχετίζεται κυρίως με την υψηλή αρτηριακή πίεση, αλλά και με αυξημένο κίνδυνο καρδιακών επεισοδίων και κυκλοφορικών προβλημάτων, καθώς και με ορισμένες μορφές καρκίνου. Αξιοσημείωτο είναι επίσης πως η Ευρώπη κατέχει την υψηλότερη θέση παγκοσμίως στην κατανάλωση αλκοόλ. Η Ελλάδα όσον αφορά το αλκοόλ βρίσκεται κάπου στη μέση στην ημερήσια κατανάλωση του. (WHO,2001)

Σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τις καρδιαγγειακές παθήσεις μπορεί να αποτελέσει και η διατροφή που ακολουθείται. Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες μπορεί να βοηθήσει τόσο στην αποφυγή καρδιαγγειακών παθήσεων (πρωτογενή πρόληψη) όσο και στην αποφυγή της επιδείνωσης συμπτωμάτων σε άτομα με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων (δευτερογενής πρόληψη). Η υιοθέτηση συνηθειών μιας σωστά δομημένης διατροφής που θα περιέχει χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών, τον περιορισμό πρόσληψης αλατιού,



υδατανθράκων και πρόσθετων σακχάρων, την αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, είναι σε θέση να οδηγήσει σε μείωση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης και στην αποφυγή της παχυσαρκίας. (Τούντας,2008)

### 3.2.1 Αποτίμηση Δεικτών Υγείας

---

Οι δείκτες υγείας δείχνουν το επίπεδο υγείας των διαφόρων πληθυσμών, το οποίο οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό σε παρεμβάσεις και δράσεις που αφορούν την πρόληψη, την προαγωγή και την αγωγή υγείας. Η οργανωμένη και συστηματική καταγραφή των δεικτών υγείας ενός πληθυσμού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για ένα κράτος που επιδιώκει τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών του. Η χάραξη μιας υγειονομικής πολιτικής και η συνεχής παρακολούθηση των δεικτών υγείας παρέχουν ενδείξεις για τις δυνητικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μεταβαλλόμενων οικονομικών συνθηκών και των πολιτικών υγείας για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ποιότητα και τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας. (WHO,2001)

Οι δείκτες υγείας αυξάνονται μόνο μέσα από την αύξηση των δαπανών για την υγεία. Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρούνται οι δαπάνες υγείας. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα έχει παρατηρηθεί πως οι καλύτεροι δείκτες υγείας βρίσκονται σε χώρες όπως η Ιαπωνία και η Σουηδία, που απολαμβάνουν τα αγαθά μιας εύρωστης οικονομίας με πλήρη σχεδόν απασχόληση. Επίσης έχει παρατηρηθεί μια θετική επίδραση των αυξημένων δαπανών υγείας με την αύξηση του πληθυσμού από 65-74 ετών. Με άλλα λόγια η επένδυση στην υγεία οδηγεί σε μακροζωία. (OECD, 2006)

Απεναντίας οι περικοπές των κοινωνικών παροχών οδηγεί σε υποβαθμισμένους δείκτες υγείας, όπως έγινε φανερό στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1980, όπου παρά το υψηλό κατά κεφαλήν ΑΕΠ, οι περικοπές που έγιναν στις κοινωνικές παροχές οδήγησε σε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας και φτώχεια, ή και μείωση του προσδόκιμου ζωής.

Γενικά συσχετίζοντας τα δεδομένα της κατά κεφαλή δαπάνης υγείας διακρίνεται θετική σχέση των αυξήσεων των δαπανών με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σύμφωνα με έρευνα των Τσιάντου και Κυριόπουλου (2010). Η βελτίωση των δεικτών συνεπάγεται με αύξηση των δαπανών και ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για αυτό αποτελεί η γήρανση του πληθυσμού, η οποία επιφέρει μεγαλύτερες υγειονομικές ανάγκες.

### 3.4 Στοιχεία Αποτίμησης της Υγείας στην Ελλάδα

---

Το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των μελών του εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι η οργάνωση και η λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών ενώ τεκμηριωμένη είναι και η αλληλεπίδραση που το άτομο δέχεται από διάφορους κοινωνικούς οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. (Οικονόμου, 2004)

Σε αρδές γραμμές η υγεία στην Ελλάδα σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά δεδομένα, βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα συγκρινόμενη με τα επίπεδα άλλων ευρωπαϊκών χωρών αλλά και σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Αναλυτικότερα όσον αφορά τους δείκτες υγείας τα στοιχεία για την Ελλάδα κυμαίνονται σε πολύ καλά επίπεδα. Χαρακτηριστικά το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα το 2015 κυμάνθηκε στο μέσο όρο των χωρών της Ευρώπης, στα 81,1 έτη έναντι 82,6 για τις χώρες του Νότου, ενώ σύμφωνα με προβλέψεις του ΟΗΕ αναμένεται να φτάσει τα 84 έτη το 2030. Επιπλέον το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης στην Ελλάδα για το 2013 έρχεται στα 64,7 έτη για τους άνδρες και τα 65,1 έτη για τις γυναίκες, πολύ υψηλότερα από τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο που είναι τα 61,4 έτη για άνδρες και 61,5 έτη για τις γυναίκες, ενώ η βρεφική θνησιμότητα παραμένει στα ίδια επίπεδα με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. (Χαλκιά και συν.,2015)

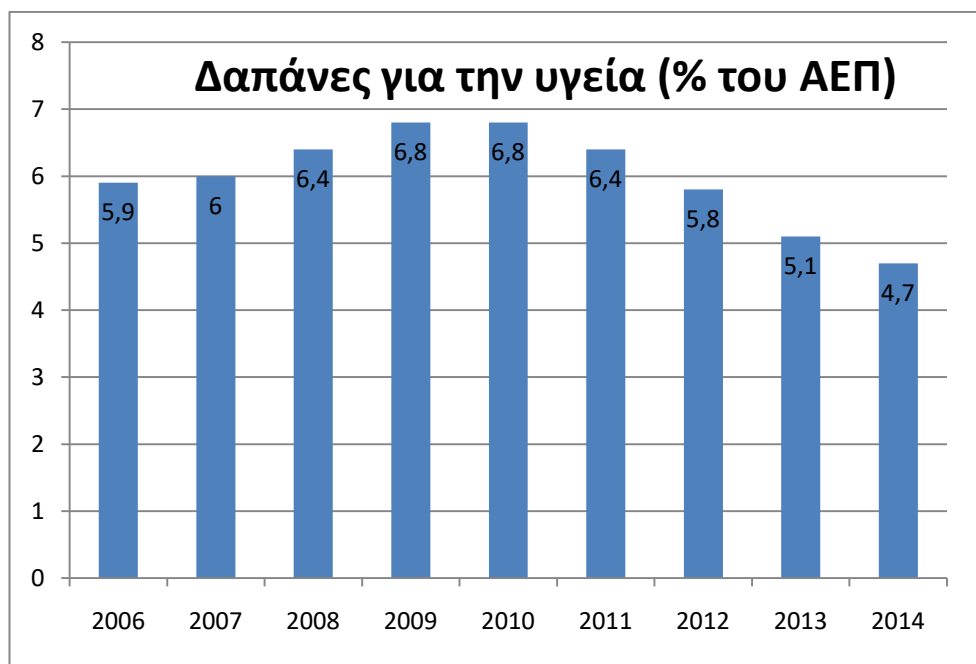
Επίσης η θνησιμότητα όλων των αιτιών παρουσιάζει μείωση στο διάστημα 2004-2013, με μικρή μόνο αύξηση το 2012. Από την άλλη, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση παρουσιάζει αύξηση ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2009-2012. Η υπερχοληστερολαιμία και η αρτηριακή υπέρταση φαίνεται να κατέχουν τις πρώτες θέσεις των αιτιών νοσηρότητας. Επιπροσθέτως την περίοδο 2012 – 2015, καταγράφηκε αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας της τάξεως του 55,5% το 2013 και του 39% το 2015 ενώ σχεδόν το 1/3 του πληθυσμού κατά το 2015 αυτόαξιολογεί την κατάσταση της υγείας του ως μέτρια και κακή. (Τούντας και συν., 2016)

Η οικονομική κρίση ωστόσο που βιώνει η Ευρώπη και ιδιαίτερα Ελλάδα από το 2009 και μετά φαίνεται να έχει σημαντικό αντίκτυπο και στην υγεία των πολιτών, με πολλές από τις αλλαγές των δεικτών υγείας να μπορούν να αποδοθούν και στην οικονομική κρίση. Ως εκ τούτου, τα προβλήματα που δημιουργεί η κρίση στην απασχόληση, τον βασικό τομέα που πλήττεται, οδηγούν τα άτομα σε ανασφάλεια, ανεργία και απώλεια εισοδήματος. Η κατάσταση στην οποία περιέρχονται οδηγεί με τη σειρά της, σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, σε επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών, μειωμένα επίπεδα ευεξίας, μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψης και συνεπακόλουθων βίαιων συμπεριφορών. (Καραϊσκού και συν., 2012) Για την περίοδο 2009-2014 στα πρώτα χρόνια της κρίσης δηλαδή, ο επιπολασμός της αυτόαναφερόμενης κατάθλιψης παρουσιάζει αύξηση 80,8%, με το ποσοστό των γυναικών μάλιστα που δήλωσαν ότι πάσχουν από κατάθλιψη να είναι τέσσερις φορές υψηλότερο από αυτό των ανδρών.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κυριόπουλου (2010) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία λόγω μεγαλύτερης αδυναμίας προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα. Τα θλιβερά ποσοστά αυτοκτονιών από την άλλη, αυξήθηκαν την περίοδο της κρίσης κατά 5-7% ετησίως με τα ποσοστά των ανδρών να είναι υψηλότερα έναντι των γυναικών.

Γενικά υγεία στην Ελλάδα, όπως παρουσιάστηκε μέσα από τα στοιχεία της ετήσιας αξιολόγησης συστημάτων υγείας 45 χωρών από το Euro Health Consumer Index (ECHI), το 2015 κατείχε την 28η θέση με 577 βαθμούς (άριστα οι 1.000), ενώ το 2012 κατείχε την 22η θέση, το 2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση. Από τις επιμέρους επιδόσεις της Ελλάδας, στις καλές επιδόσεις ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, η επιβίωση των καρκινοπαθών, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση, οι παράνομες πληρωμές, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, οι θάνατοι από τροχαία, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, κυρίως αντιβιοτικών. ( Τούντας και συν., 2016)

Γράφημα 4: Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία της Ελλάδας κατά την περίοδο 2006-2014.



Στο γράφημα 2 δίνεται η εικόνα των ποσών που δαπανήθηκαν για την υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ για μια σχεδόν δεκαετία από το 2006 έως το 2014. Οι δαπάνες εμφανίζονται σχεδόν σταθερές τα πρώτα χρόνια ενώ στα χρόνια της κρίσης τείνουν να μειώνονται με τα χαμηλότερα ποσά να δαπανούνται το 2014.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Συμπεράσματα

---

Συνοψίζοντας η υγεία είναι ένα φαινόμενο σύνθετο και πολυδιάστατο και αφορά το σύνολο του πληθυσμού γενικά. Για την παροχή της μέσα από τα συστήματα υγείας δαπανούνται κάποια ποσά τα οποία είναι ανάλογα της οικονομίας και των πολιτικών που ακολουθούν οι κυβερνήσεις. Οι δαπάνες αυτές βρίσκονται σε συνάρτηση με το ΑΕΠ μιας χώρας και η εξέλιξη και αύξησή τους επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων. Ζητούμενο αποτελεί το κατά πόσο οι δαπάνες αυτές μπορούν να παρέχουν ποσοτική και ποιοτική υγεία στους πολίτες και κατά πόσο συσχετίζονται με την κατάσταση της υγείας μια χώρας.

Κλείνοντας λοιπόν την παρούσα εργασία και ανακεφαλαιώνοντας τα όσα έχουν ειπωθεί το εύλογο συμπέρασμα που προκύπτει δείχνει πως η υγεία και η δαπάνες αυτής υπονοούν και αυξημένο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Το επίπεδο αυτό αντικατοπτρίζεται μέσα από τους δείκτες υγείας. Αναλυτικότερα η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, η γήρανση του πληθυσμού καταδεικνύουν πως ένα σύστημα υγείας που ξοδεύει για ποιοτικές και ποσοτικές παροχές υγείας έχει και τα ανάλογα αποτελέσματα στον πληθυσμό. Αντιστρόφως ανάλογα με αυτό όσο περισσότερο βελτιώνεται οι συνθήκες διαβίωσης και αυξάνεται ο πληθυσμός τόσο μεγαλύτερα ποσά χρειάζονται να δαπανηθούν.

Ουσιαστικά η σχέση των δαπανών υγείας και της κατάστασης υγείας του πληθυσμού είναι πολύπλευρη και δεν υπάγεται σε μονοδιάστατες παρατηρήσεις. Αντιθέτως η σχέση μεταξύ τους είναι αλληλοεξαρτώμενη και επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων. Το σίγουρο είναι πως για την βέλτιστη παροχή υγείας μόνο οι αυξημένες δαπάνες για την υγεία δεν μπορούν να ωφελήσουν σε πολλά, καθώς πρέπει να συνδυαστούν με ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων, πρωτοβάθμια περίθαλψη και σωστή αποδοτικότητα .

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

- Αντωνοπούλου, Α. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.
- Γεωργακοπούλου Θ. (2005). Εισαγωγή στην δημόσια οικονομική. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Δαλαμάγκας Β. (2010). Εισαγωγή στην δημόσια οικονομική. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Docteur E., Oxley H., (2003). Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD.
- Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π., Λοπατατζίδης, Α. (1999). ΕΑΠ: Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Α. Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές.
- Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., (2009). Υπηρεσίες υγείας, οργάνωση και διοίκηση, αποδοτικότητα, ποιότητα. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Καραϊσκού Α. , Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54
- Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27 (5): 834-840
- Κυριόπουλος Γ. (2010), Διάλεξη: «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη». Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα 16 Οκτωβρίου 2010.
- Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (2001). Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα - Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

- Μόσιαλος Η. (1990): Η Κατανάλωση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα.
- OECD. (2006). Projecting of OECD Health and Long Term Care Expenditures (OECD Economics Department Working Papers).
- Οικονόμου Χ. (2004): Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Παπαδιοδώρου Γ.Β. (2002). Δημόσια οικονομική. Εκδοτικός Οίκος Ζυγός, Θεσσαλονίκη.
- Πεχλιβανίδου Π. (2017). Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Προβλήματα και Προοπτικές. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Rexford E. Santerre. Stephen P. Neun. (2012). Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία. Προοπτική & Συστηματική Μελέτη. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Σούλης Σ. (1998). Οικονομική της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Τούντας Γ. (2008). Δείκτες υγείας στην Ευρώπη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
- Τούντας Γ. και συν., (2016). Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Μάρτιος.
- Υφαντόπουλος Γ. (1985). Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα
- Υφαντόπουλος Γ. (2004). Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Jehad Yazin, Marilyn Helms, (2010). A comparison of health related expenditures- a multi country comparison. University of North Texas at Dallas. Dalton State College.
- Χαλκιά Β. , Βαρακλιώτη Α. , Σαράφης Π. , Μπαμίδης Π. (2015). Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 7, Τεύχος 4, 151-164.



- WHO. (2001). The World Health Report, Health systems: Improving performance.  
Geneva