

Η ΑΓΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: 1960-90

Γιάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Υγειονομικής Σχολής Αθηνών

Εισαγωγικά

Πολλές φορές οι στόχοι, τα μέσα και τα εργαλεία άσκησης της κοινωνικής πολιτικής, είναι ασαφή και αδιευκρίνιστα, ενώ συχνά-πυκνά εμπλέκονται δογματικές αντιπαραθέσεις, που συσκοτίζουν το διάλογο και τη δυνατότητα διατύπωσης συμπερασμάτων και προτάσεων, οι οποίες οφείλουν να ανταποκρίνονται στις κοινωνικές ανάγκες. Για το λόγο αυτό είναι πάρα πολύ χρήσιμο η εθνική πολιτική υγείας να βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα. Οποιοσδήποτε άλλες διατυπώσεις οι οποίες συγχέονται πολλές φορές με ιδεολογικά και πολιτικά κριτήρια, δεν μπορούν να επαληθευτούν από την πραγματικότητα και οδηγούν κατά κανόνα σ' έναν ατέρμονα κύκλο αναποτελεσματικότητας στην πολιτική υγείας.

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια και υπερέβη το στάδιο της συρρίκνωσης και υπανάπτυξης, σε τέτοιο βαθμό ώστε τα βασικά μεγέθη του, να προσομοιάζουν με τα αντίστοιχα των βιομηχανικών χωρών. Σήμερα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αποτελεί τη μεγαλύτερη εθνική επιχείρηση, η οποία απασχολεί περίπου 4-5% του ενεργού πληθυσμού έναντι 7% που απασχολούν τα προηγμένα συστήματα και απορροφά περίπου 8% του ΑΕΠ έναντι 8-12% των άλλων ευρωπαϊκών χωρών.¹

Οι τάσεις για τη δεκαετία του '90 δείχνουν ότι παρά τις δυσχέρειες της οικονομικής συγκυρίας, το σύστημα υγείας θα συνεχίσει να αναπτύσσεται, σε βαθμό τέτοιο, ώστε να αποτελέσει το σημαντικότερο οικονομικό και κοινωνικό υποσύστημα όπως σε όλες τις βιομηχανικές χώρες.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, ότι στην προηγούμενη δεκαετία μόνο ο υγειονομικός τομέας και ο τομέας της πληροφορικής και της ηλεκτρονικής βιομηχανίας ήταν οι ανερχόμενοι κλάδοι στο δυτικό βιομηχανικό κόσμο, ενώ όλοι οι άλλοι κλάδοι παραγωγής ήταν σε στασιμότητα ή φθίνουσα εξέλιξη.

Με την έννοια αυτή, είναι πρόδηλο ότι οι εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα έχουν μεγάλη επίπτωση στο σύνολο της κοινωνικής και οικονομικής ζωής, δεδομένου ότι οι προβλέψεις - στη μακροπρόθεσμη προοπτική - κατατείνουν στην εκτίμηση ότι η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας θα ανέλθει στην πρώτη θέση μεταξύ των οικογενειακών δαπανών και το ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα θα καταλάβει κυριαρχική θέση.

Η Ιδιομορφία της Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας

Εκτός όμως από τις διαπιστώσεις αυτές, που είναι απαραίτητες για χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας, έχει ενδιαφέρον και πρέπει να εξεταστούν διάφοροι άλλοι παράγοντες

1. Κυριόπουλος Ι. "Ο Υγειονομικός Τομέας στη Δεκαετία του '80: Κέρδη και Ζημιές". Επιθεώρηση Υγείας, 1.7: 49-56, 1990.

σχετικοί με το αγαθό "υγεία" και τις διαδικασίες παραγωγής κατανάλωσης και διανομής του, οι οποίοι προσδιορίζουν τις ιδιότυπες συνθήκες της αγοράς υπηρεσιών υγείας και επιβάλλουν τεχνικούς περιορισμούς στην οργάνωση και χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα (πίνακας 1).

Η διαφορά του αγαθού "υγεία" από τα άλλα αγαθά και υπηρεσίες απασχόλησε τους οικονομολόγους της υγείας στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν το ρόλο της παρέμβασης του κράτους στη διανομή των υπηρεσιών υγείας. Καταρχήν θεωρήθηκε ότι η υγεία είναι αγαθό προτεραιότητας, και επίσης ότι όλοι δείχνουν ενδιαφέρον για την υγεία των άλλων γιατί η κατάσταση της υγείας των ατόμων δημιουργεί εξωτερικές σχέσεις, οι οποίες έχουν αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας του γενικού πληθυσμού, την οικονομία και την κοινωνική συνοχή της κοινότητας. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι το αγαθό υγεία έχει καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα και συμβάλλει στη συντήρηση, βελτίωση και προαγωγή του ανθρώπινου κεφαλαίου.²

Αυτά είναι επιχειρήματα για την αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Οι διατυπώσεις αυτές δεν συνεπάγονται αναγκαστικά κρατική χρηματοδότηση και παροχή φροντίδων υγείας, παρά το γεγονός ότι στη διεθνή εμπειρία η εμπλοκή της κεντρικής διοίκησης στην οικονομία και τη διανομή του υγειονομικού τομέα είναι σημαντική και εμφανής.

Εξάλλου σύμφωνα με την κλασική οικονομική θεωρία η αγορά χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία του καταναλωτή που έχει ως στόχο την εξασφάλιση της μέγιστης ικανοποίησης. Στην αγορά υπηρεσιών υγείας οι αποφάσεις του καταναλωτή δεν θεωρούνται ορθολογικές, γιατί ο χρήστης δεν διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις και πληροφορίες για την άριστη κατανομή των διαθέσιμων πόρων και την επίτευξη ισορροπίας. Ο χρήστης εξαρτάται από τους προμηθευτές για την παροχή πληροφοριών και τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την ποιότητα και ποσότητα των απαιτούμενων φροντίδων υγείας. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας είναι το κυρίαρχο και αποφασιστικό σώμα, το οποίο συχνά διαθέτει οικονομικά και κοινωνικά κίνητρα για την παροχή υπηρεσιών με πιθανό αποτέλεσμα την υπερκατανάλωση. Η πιθανότητα παροχής μη αναγκαίων υπηρεσιών καθιστά απαραίτητη την άσκηση ελέγχου, από τους μηχανισμούς της κεντρικής διοίκησης. Συμπερασματικά η ασύμμετρη πληροφόρηση ανάμεσα στο χρήστη και τον προμηθευτή αποτελεί τη βάση στην οποία στοιχειοθετείται η απουσία κυριαρχίας του καταναλωτή.³

Ενα άλλο σημαντικό γνώρισμα της αγοράς υπηρεσιών υγείας είναι ότι η μελλοντική κατανάλωση είναι αβέβαιη. Ο συνήθης τρόπος που αντιμετωπίζεται αυτή η αβεβαιότητα είναι με την ασφάλιση υγείας για μελλοντικούς κινδύνους. Το κρίσιμο χαρακτηριστικό της ασφάλισης είναι ότι, εφόσον κάποιος έχει την ασφαλιστική κάλυψη, η χρηματική αξία που πληρώνει τη στιγμή που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας είναι κοντά στο μηδέν ή και μηδέν. Η ασφάλιση υγείας, δηλαδή, είναι ο τρίτος πληρωτής και είναι προφανές ότι η ιδιοτυπία αυτή εμποδίζει την επίτευξη ισορροπίας και ευνοεί την υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας.⁴

Παράλληλα η ζήτηση η προκαλούμενη από τους διανομείς των υπηρεσιών υγείας με σκοπό το οικονομικό όφελος ή και το κοινωνικό γόητρο έχει δείχθει ότι ασκεί σημαντική επίδραση εξ αιτίας ακριβώς της διαμεσολαβητικής σχέσης του γιατρού, δεδομένου ότι ο ασθενής εισέρχεται στην αγορά μέσω αυτού. Έτσι ο τύπος και το μέγεθος της παρεχόμενης

2. Κυριόπουλος Ι: "Οικονομικά της Υγείας: Προβλήματα και Προοπτικές στην Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας". *Επιθεώρηση Υγείας*, 2(29): 40-44, 1991.

3. McGuire A, Henderson J, Mooney G: "The Economics of Health Care" Routledge and Kegan Paul, London 1988.

4. Μόσιαλος Η: "Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα". Εκδ. Ανοιξη, Αθήνα 1990.

φροντίδας, δεν είναι συνάρτηση μόνο της "ανάγκης" του ασθενή αλλά σχετίζονται επίσης με την επιθυμία του γιατρού να επιτύχει ένα επιδιωκόμενο εισόδημα ή να προσεγγίσει ένα επιθυμητό κοινωνικό και επαγγελματικό κύρος.⁵

Θεωρητικά η είσοδος σε μια αγορά νέων προμηθευτών αγαθών και υπηρεσιών είναι ελεύθερη. Η ιδιαιτερότητα του τελικού προϊόντος της αγοράς υπηρεσιών υγείας επιβάλλει την ύπαρξη περιορισμών εισόδου στις τρεις βασικές υποαγορές, δηλαδή στην αγορά νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στην αγορά ανθρώπινων και υλικών πόρων και στις αγορές εκπαίδευσης. Τα επιχειρήματα τα οποία αντιτίθενται στην ύπαρξη περιορισμών εισόδου σχετίζονται με τον πιθανό κίνδυνο ανάπτυξης μονοπωλίων (σχήμα 1).

Με την έννοια αυτή, οι περισσότερες οικονομικές μελέτες, που αφορούν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την αναλογία του συνολικού κόστους που κάθε ασθενής πρέπει να επιβαρυνθεί, κατατείνουν στο γενικό συμπέρασμα ότι όσο μικρότερο είναι αυτό το κόστος για τον ασθενή κατά τη στιγμή της χρήσης, τόσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της αγοράς υπηρεσιών υγείας είναι η συνεχής αστάθεια. Η αγορά δεν επιτυγχάνει την ισορροπία, δηλαδή την ταύτιση της ζητούμενης και προσφερόμενης ποσότητας. Η αστάθεια της αγοράς οφείλεται στις μεταβαλλόμενες ιατρικές ανάγκες που εξαρτώνται από παράγοντες όπως η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, το επιδημιολογικό πρότυπο και οι δημογραφικές εξελίξεις.

Στα πλαίσια αυτά το βασικό ερώτημα που τέθηκε από τους οικονομολόγους της υγείας είναι αν είναι δυνατό ένα σύστημα υγείας βασισμένο περισσότερο πάνω στους κανόνες και τις αρχές της αγοράς μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερο αποδοτική διανομή των υπηρεσιών υγείας. Είναι προφανές ότι λόγω της φύσης του αγαθού υγεία, η αγορά δεν είναι πανάκεια για την αποδοτικότητα του συστήματος και είναι δύσκολο να αποφανθεί κανείς με τρόπο απόλυτο, αν το δημόσιο ή το ιδιωτικό σύστημα οδηγεί αυτόματα σε ικανοποιητική παροχή φροντίδων υγείας.

Εντελώς πρόσφατα, η διεθνής βιβλιογραφία αλλά και οι εμπειρικές παρατηρήσεις από τις επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας δεικνύουν ότι η κατανόηση των ατελειών της αγοράς υπηρεσιών υγείας και του χαρακτήρα της κρατικής παρέμβασης μπορεί να οδηγήσουν στην άρση του παραδοσιακού διλήμματος ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και στην αναζήτηση της αποδοτικότητας με την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων ελεγχόμενου ανταγωνισμού.⁶

Εξελίξεις και Τάσεις στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας

Η εθνική πολιτική υγείας αποτέλεσε το επίκεντρο συζητήσεων στη μεταπολιτευτική περίοδο κυρίως μεταξύ ομάδων με ιδεολογικά, πολιτικά και επαγγελματικά συμφέροντα. Η κοινωνική, οικονομική και τεχνική σημασία των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα υποτιμήθηκε συστηματικά και με αυτή την έννοια αποκλείστηκε η αναγκαία συναίνεση, ο μακροχρόνιος προγραμματισμός και η αποτελεσματικότητα της ασκούμενης πολιτικής υγείας. Παρά ταύτα, οι απόπειρες μεταρρύθμισης και κατά συνέπεια τα πολιτικά, οργανωτικά και οικονομικά μέτρα στον υγειονομικό τομέα επέφεραν σημαντικές αλλαγές στην αγορά

5. Evans R.G. "Supplier - induced demand: some empirical evidence and applications" In Perlman M(ed). "The Economics of Health and Medical Care". Mc Millan Press, London 1974.

6. Κυριόπουλος Ι: "Ανταγωνισμός και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας" *Materia Medica Graeca* 19,1:7-10, 1991.

υπηρεσιών υγείας και στα σχετικά μεγέθη. Η επεξεργασία και η αξιολόγηση των μεγεθών αυτών είναι απαραίτητη όχι μόνο για την αναγνώριση λειτουργιών της αγοράς υπηρεσιών υγείας αλλά κυρίως για τη διατύπωση εναλλακτικών προτάσεων άρσης των παρατηρούμενων στρεβλώσεων και αναζήτησης της μέγιστης δυνατής αποδοτικότητας.

Οι εκτιμήσεις για την πορεία του υγειονομικού τομέα στην περίοδο 1960-90 στην Ελλάδα και η συγκριτική αξιολόγηση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ⁷ μπορεί να αναδείξει σημαντικές πλευρές και να συντείνει στη χάραξη της εθνικής πολιτικής υγείας. Είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι στην πρώτη φάση αυτής της περιόδου (1960-75) έχει σημειωθεί μια σχετικά ικανοποιητική λειτουργία της αγοράς, η οποία κυρίως οφείλεται στη διόγκωση των ανθρώπινων πόρων και στην επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του ελληνικού πληθυσμού.

Στην εντελώς πρόσφατη περίοδο 1975-90 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν αυξητική τάση και ιδιαίτερα οι δημόσιες δαπάνες. Η αύξηση αυτή παρατηρήθηκε αντίστοιχα σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Στην εκτίμηση αυτή οι δαπάνες υγείας δημόσιες και ιδιωτικές στην Ελλάδα έχουν υποτιμηθεί. Η υποτίμηση οφείλεται σε διαφορά μεθοδολογίας μέτρησης (υπολογισμός με βάση το κόστος των συντελεστών παραγωγής ή με βάση τις δαπάνες κατανάλωσης). Παρά ταύτα, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα εξακολουθούν να είναι μικρότερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, παρά την πρόοδο που επιτεύχθηκε τα τελευταία χρόνια (πίνακας 2). Ενδιαφέρουσα επισήμανση αποτελεί ο βαθμός συμμετοχής του δημόσιου τομέα. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, ο δημόσιος τομέας συμμετέχει κατά 77% στη συνολική δαπάνη για την υγεία, ενώ στην Ελλάδα συμμετέχει σήμερα κατά 75%. Πράγμα που σημαίνει ότι ο δημόσιος υγειονομικός τομέας εξακολουθεί να παραμένει στα ίδια επίπεδα παρά την υποχώρηση του ιδιωτικού τομέα στην προηγούμενη δεκαετία στο νοσοκομειακό τουλάχιστον χώρο. Άλλες εκτιμήσεις υπολογίζουν τη συμμετοχή του δημόσιου τομέα σε χαμηλότερα ακόμη επίπεδα περίπου 60%. Το σημείο στο οποίο έχει δοθεί έμφαση μετά το 1975 είναι η ελαστικότητα των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ, όχι μόνο γιατί αποτελεί ένδειξη προτεραιοτήτων στην κοινωνική και οικονομική πολιτική, αλλά κυρίως γιατί η οικονομική συγκυρία επέβαλε την ανάγκη ελέγχου του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας.

Στην περίοδο 1975-1987, ο μέσος όρος της ονομαστικής ελαστικότητας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 1,1 ενώ η πραγματική ελαστικότητα ήταν 1,3. Στην Ελλάδα, η ονομαστική ελαστικότητα ήταν 1,1 ενώ η πραγματική ελαστικότητα ήταν 2,5. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι το πραγματικό κέρδος ήταν πολύ μεγαλύτερο εξαιτίας της καλύτερης χρησιμοποίησης των πόρων, της βελτίωσης της παραγωγικότητας και της πολιτικής τιμών που ακολουθήθηκε στον υγειονομικό τομέα.

Είναι βέβαιο ότι, τόσο η ονομαστική όσο και η πραγματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ ήταν μεγαλύτερη κατά την περίοδο 1980-87 εξαιτίας της μεταφοράς πόρων και αύξησης των δημόσιων δαπανών για την υγεία, αλλά επίσης και εξαιτίας της αύξησης του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών.

Η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην ονομαστική και πραγματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ οφείλεται εκτός των άλλων και στην πολιτική τιμών που ακολουθήθηκε στη χώρα μας, πολιτική έντονα παρεμβατική που οδήγησε σε παρενέργειες μεταξύ των οποίων είναι η συντήρηση και επέκταση της παραοικονομίας⁸.

7. OECD: "Health Systems in Transition: The Search for Efficiency", Paris 1990.

8. Νιάκας Δ., Σκουτέλης Γ., Κυριόπουλος Γ.: "Διερεύνηση της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα: Μια πρώτη ποσοτική προσέγγιση". Επιθεώρηση Υγείας, 1,6: 42-45, 1990.

Αυτό που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι ότι ο ρυθμός αύξησης των δαπανών κατά κεφαλήν είναι ανάλογος του ρυθμού αύξησης του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και όλες οι χώρες κινούνται σ' αυτή την κατεύθυνση μετά τις οικονομικές κρίσεις της δεκαετίας του '70, δηλαδή η ελαστικότητα των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ κυμαίνεται γύρω στη μονάδα. Παράλληλα, όλες οι προσπάθειες έχουν στραφεί στον έλεγχο του κόστους και την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών.⁹ Μεταξύ των μεγεθών, στα οποία δόθηκε μεγάλη σημασία, για προφανείς λόγους, ήταν ο ειδικός δείκτης πληθωρισμού στην υγεία, του οποίου η διακύμανση αποτυπώνει τις προσπάθειες ελέγχου του κόστους και των τιμών στις υπηρεσίες υγείας.

Στην Ελλάδα ο ειδικός δείκτης πληθωρισμού στον τομέα της υγείας στην περίοδο 1960-70 ήταν -2,3%, 0,5% στην περίοδο 1970-80 και στην περίοδο 1980-87 ήταν -1,5% έναντι 0,8% του συνόλου και 0,4% των ευρωπαϊκών χωρών του ΟΟΣΑ και αυτό μπορεί να θεωρηθεί πολύ σημαντικό, δεδομένου ότι στην ίδια περίοδο, ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα ελέγχου των μακροοικονομικών μεγεθών στην ελληνική οικονομία ήταν ο πληθωρισμός (πίνακας 3).

Ο αρνητικός πληθωρισμός στον τομέα υγείας σε σχέση με το γενικό δείκτη τιμών οφείλεται σε δύο λόγους: ο πρώτος είναι ότι παρά τη θεαματική αύξηση των μισθών των γιατρών του ΕΣΥ, το γενικό επίπεδο αμοιβών των εργαζομένων στον τομέα υγείας ήταν χαμηλότερο από το δείκτη τιμών καταναλωτή. Και ο δεύτερος λόγος είναι ότι οι κυβερνήσεις της προηγούμενης δεκαετίας άσκησαν μια πολιτική τιμών εξαιρετικά παρεμβατική πάνω στις αγορές της βιοιατρικής τεχνολογίας των φαρμάκων και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα ο ειδικός δείκτης τιμών στον τομέα της υγείας να είναι αρνητικός, πράγμα εξαιρετικά ενδιαφέρον, δεδομένου ότι οι μηχανισμοί και τα κριτήρια χρηματοδότησης στο υγειονομικό σύστημα ευνοούν την πληθωριστική διαδικασία.

Ενα πρόσθετο σημαντικό σημείο, είναι η εξέλιξη της παραγωγικότητας στο νοσοκομειακό τομέα, ο οποίος απορροφά το 55-65% των δαπανών υγείας. Οι δείκτες αύξησης της μέσης διάρκειας νοσηλείας, είναι οι πλέον εύχρηστοι δείκτες γιατί συμπαρασύρουν πολύ μεγάλο κόστος. Στην περίοδο 1960-70 οι σχετικοί δείκτες ήταν -1,8%, στην περίοδο 1970-80 -1,2% στην Ελλάδα έναντι -1,5 και -2,6% στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ στην περίοδο 1980-87 ήταν -2,7% και -2,1% αντίστοιχα (πίνακας 4).

Η εντατικοποίηση της εργασίας και της διαχείρισης, οι νέες μέθοδοι παραγωγής και διανομής και η προώθηση εναλλακτικών τύπων περίθαλψης είναι οι πλέον συνήθεις τεχνικές για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων στους παραπάνω δείκτες. Οι στρατηγικές ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας και βελτίωσης της παραγωγικότητας εστιάζονται τα τελευταία χρόνια στο νοσοκομειακό τομέα. Με την έννοια αυτή, η εξέλιξη των μεγεθών στις νοσοκομειακές αγορές αποκτά μεγάλο ενδιαφέρον για τον έλεγχο των συνολικών μεγεθών του υγειονομικού τομέα.

Το 1980 τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία ξόδευαν 1,0% στο ΑΕΠ και το 1987 1,2%, ενώ ο μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν πολύ μεγαλύτερος. Όπως έχει ήδη σημειωθεί ο υπολογισμός σε όρους συντελεστών παραγωγής προκαλεί υποτίμηση των δαπανών για την Ελλάδα. Ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών στα ελληνικά νοσοκομεία στην περίοδο 1980-87 ήταν 24,3% σε τρέχουσες τιμές και ο πληθωρισμός στο νοσοκομειακό τομέα 21,5%. Η πραγματική κατά κεφαλήν ετήσια αύξηση των δαπανών ήταν 1,9% όσο περίπου ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ, οι περισσότερες από τις οποίες είχαν υιοθετήσει περιοριστικές

9. Νιάκας Δ: "Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους στον υγειονομικό τομέα, στο διεθνή χώρο και η ελληνική περίπτωση". Επιθεώρηση Υγείας 2,3: 27-33, 1991.

πολιτικές. Δεδομένου ότι στην ίδια περίοδο, η επέκταση της κοινωνικής προστασίας είχε ρυθμό 0,3% η μεταβολή στο κόστος παραγωγής 0,0%, ο ρυθμός αύξησης του δείκτη εισαγωγών 0,4% και ο δείκτης μέσης διάρκειας νοσηλείας -2,7%, το πραγματικό όφελος και η χρησιμοποίηση υπηρεσιών κατά κεφαλή ήταν περίπου 4,0%. Το όφελος αυτό, είναι αποτέλεσμα της αύξησης των πόρων, αλλά κυρίως της αύξησης της παραγωγικότητας και της καθήλωσης του κόστους παραγωγής (πίνακας 5).

Αξίζει να επισημανθεί ότι η εξέλιξη αυτή στη χώρα μας, κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και είναι υπερδιπλάσια του μέσου όρου. Αναμφισβήτητη πρόκειται για θετική εξέλιξη, που οφείλεται στην αποδοτικότερη αξιοποίηση των πόρων. Στην ίδια θετική κατεύθυνση κινήθηκε το σύνολο του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας αφού το πραγματικό κατά κεφαλήν όφελος υγείας στην περίοδο 1960-70 ήταν 13,2%, την περίοδο 1970-80 4,0% ετησίως έναντι 7,2% και 5,4% του μέσου όρου των ευρωπαϊκών χωρών του ΟΟΣΑ ενώ την περίοδο 1980-87 τα αντίστοιχα μεγέθη ήταν 4,9% και 2,0%. Τα μεγέθη αυτά έχουν μέγιστη κοινωνική, οικονομική και τεχνική σημασία στο βαθμό που εκφράζουν την τελική διανομή υπηρεσιών στον πληθυσμό (πίνακας 6).

Είναι βέβαιο ότι η αξιολόγηση της συμπεριφοράς και των αποτελεσμάτων ενός σύνθετου και πολύπλοκου συστήματος όπως είναι ο υγειονομικός τομέας δεν μπορεί να βασιστεί μόνο στην εξέλιξη αυτών των μεγεθών. Η κατανομή των πόρων, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και η ικανοποίηση των χρηστών είναι βασικές παράμετροι οι οποίες πρέπει να συνεκτιμώνται. Είναι όμως αναγκαίο, τα βασικά μεγέθη - οικονομικά και λειτουργικά - των υπηρεσιών υγείας να παρακολουθούνται ώστε να αποτελούν το εργαλείο προσανατολισμού τόσο στην εθνική πολιτική υγείας, όσο και στην οικονομική πολιτική δεδομένης της μεγάλης κοινωνικοοικονομικής σημασίας του υγειονομικού τομέα.

Μερικά Συμπεράσματα

Η συστηματικά καλλιεργούμενη εντύπωση αναποτελεσματικότητας και υψηλού κόστους του συστήματος υγείας, δεν επιβεβαιώνεται από τις εξελίξεις των μεγεθών που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία του. Αντίθετα, τόσο τα ελληνικά δεδομένα όσο και οι μετρήσεις του ΟΟΣΑ δείχνουν ότι η παραγωγικότητα, η αποδοτικότητα και η διανομή υπηρεσιών του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, ήταν πάρα πολύ υψηλές, σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Παρά τα θετικά αποτελέσματα, υπάρχουν μείζονα προβλήματα στην οργάνωση, την οικονομία και τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα που απαιτούν επείγουσες παρεμβάσεις και μεταρρυθμίσεις. Παραμένουν επίσης μείζονα προβλήματα προσανατολισμού της εθνικής πολιτικής υγείας, όπως η κατανομή των πόρων σε συγκεκριμένους στόχους, η άρση των περιφερειακών και κοινωνικών ανισοτήτων στη διανομή των υπηρεσιών υγείας και η βελτίωση της ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τα προβλήματα αυτά, συνιστούν μια πραγματική οργανωτική και οικονομική κρίση, η οποία υπονομεύει και απειλεί με ανατροπή όσες θετικές εξελίξεις σημειώθηκαν στην περίοδο 1975-90.¹⁰

Είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι η συσσώρευση αυτών των προβλημάτων οφείλεται στην απουσία σταθερής και τεκμηριωμένης πολιτικής καθώς επίσης στις εσωτερικές αντιφάσεις της εθνικής πολιτικής υγείας. Είναι βέβαιο ότι οι απαιτήσεις μιας σύγχρονης

10. Κυριόπουλος Ι: "Συμπληρωματικά και Πρόσθετα Μέτρα για την Ανασυγκρότηση του ΕΣΥ". Επιθεώρηση Υγείας, 1,2: 57-60, 1990.

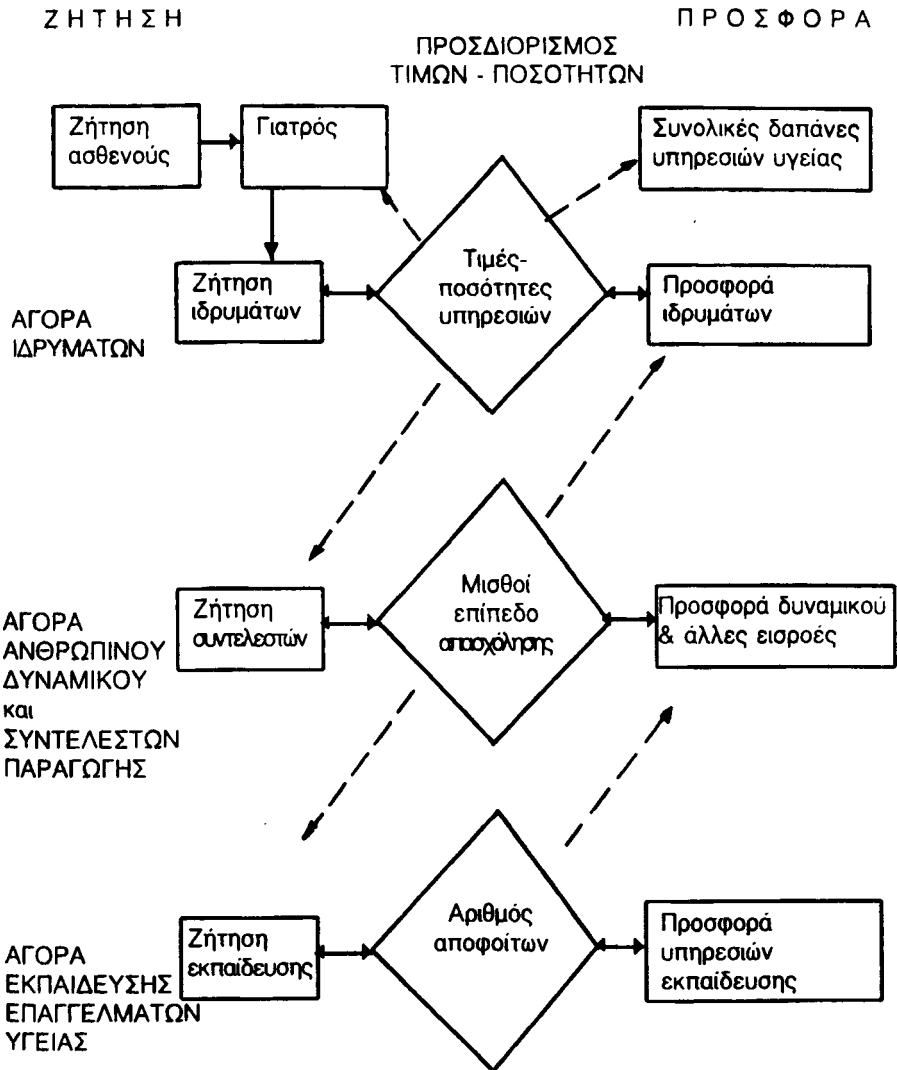
εθνικής πολιτικής υγείας προϋποθέτουν ευρεία συναίνεση και ειλικρινή συνεργασία μεταξύ πολιτικών, κοινωνικών εταίρων και επαγγελματιών υγείας. Κυρίως όμως απαιτούν σύγχρονη γνώση και κουλτούρα απαλλαγμένη από δογματισμό, πολιτική στείριότητα και εμπειρισμό. Τα χρήσιμα και θετικά συμπεράσματα της περιόδου 1975-90 μπορούν να οδηγήσουν στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας για τη δεκαετία του '90 με τεκμηριωμένες επιλογές και διαχρονική αντοχή προς την κατεύθυνση εκσυγχρονισμού του υγειονομικού τομέα. Η μεγέθυνση, η πολυπλοκότητα και η ιδιαιτερότητα της αγοράς υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας σε συνδυασμό με τα κρίσιμα οργανωτικά και χρηματοδοτικά προβλήματα επιβάλλει νέες προσεγγίσεις. Στη διεθνή πρακτική η ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα προσανατολίζεται στη μεταβολή του χαρακτήρα της κρατικής παρέμβασης και στην εισαγωγή μεθόδων εσωτερικού ανταγωνισμού. Οι επισημάνσεις αυτές ενέχουν μέγιστη σημασία για τη χώρα μας στην παρούσα συγκυρία, δεδομένου ότι η πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών και οι χρηματοδοτικοί περιορισμοί στην κοινωνική πολιτική αναπόφευκτα θα οδηγήσουν σε συνολική κρίση του υγειονομικού τομέα.

Πίνακας 1

Χαρακτηριστικές διαφορές της αγοράς υπηρεσιών υγείας
και της αγοράς πλήρους ανταγωνισμού

Παράμετροι της Αγοράς	Αγορά Υπηρεσιών Υγείας	Αγορά Πλήρους Ανταγωνισμού
Σύμμετρη πληροφόρηση για τον προμηθευτή και τον καταναλωτή	-	+
Ελεύθερη επιλογή που βασίζεται στην πληροφόρηση	-	+
Κυριαρχία του καταναλωτή	-	+
Η ζήτηση προέρχεται από τον καταναλωτή και δεν είναι προκλητή	-	+
Οι τιμές εκφράζουν την έλλειψη ή/και την αφθονία και δεν επηρεάζονται από τα ελλείμματα	-	+
Ο καταναλωτής είναι αυτός που πληρώνει (και όχι ένας τρίτος)	-	+
Επηρεάζεται η ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τις διακυμάνσεις του εισοδήματος του καταναλωτή	-	+
Υπάρχει ελεύθερος ανταγωνισμός των προμηθευτών	-	+

Σχήμα 1 : Επισκόπηση Αγορών Υγειονομικού Τομέα



ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ

ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ				ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ			
	1970	1980	1985	1987	1975	1980	1985	1987
	ΠΟΣΟΣΤΟ							
Αυστραλία	6.7	6.6	7.0	7.1	3.6	4.0	5.0	5.1
Αυστρία	7.3	7.9	8.1	8.4	5.1	5.5	5.4	5.7
Βέλγιο	5.8	6.6	7.2	7.2	4.6	5.4	5.5	5.5
Καναδάς	7.3	7.4	8.4	8.6	5.6	5.6	6.4	6.5
Δανία	6.5	6.8	6.2	6.0	6.0	5.8	5.3	5.2
Φινλανδία	6.3	6.5	7.2	7.4	5.0	5.1	5.7	5.8
Γαλλία	6.8	7.6	8.6	8.6	5.2	6.2	6.3	6.7
Γερμανία	7.8	7.9	8.2	8.2	6.2	6.2	6.4	6.3
Ελλάδα	4.1	4.3	4.9	5.3	2.5	3.5	4.0	4.0
Ισπανία	5.9	6.8	7.3	7.8	5.3	5.7	6.4	6.9
Ιρλανδία	7.7	8.5	8.0	7.4	6.4	7.8	7.1	6.4
Ιταλία	5.8	8.8	6.7	6.9	5.0	5.6	5.4	5.4
Ιαπωνία	5.5	6.4	6.6	5.8	4.0	4.5	4.8	5.0
Λουξεμβούργο	5.7	6.3	6.7	7.5	5.2	6.3	6.0	6.9
Κάτω Χώρες	7.7	8.2	8.3	8.3	5.9	6.5	6.6	6.6
Ν. Ζηλανδία	6.4	7.2	6.6	6.9	5.4	6.0	5.6	5.7
Νορβηγία	6.7	6.8	6.4	7.5	6.4	6.5	6.1	7.4
Πορτογαλία	6.4	5.9	7.0	6.4	3.8	4.2	4.0	3.9
Ισπανία	5.1	5.9	6.0	6.0	3.6	4.4	4.3	4.3
Σουηδία	8.0	9.5	9.4	9.0	7.2	8.7	8.6	8.2
Ελβετία	7.0	7.3	7.7	7.7	4.8	5.0	5.2	5.2
Τουρκία	--	--	--	3.5	--	--	--	1.4
Μ. Βρετανία	5.5	5.8	6.0	6.1	5.0	5.2	5.2	5.3
Η.Π.Α.	8.4	9.2	10.8	11.2	3.6	3.9	4.5	4.5
ΟΟΣΑ (Μέσος όρος)	6.5	7.0	7.4	7.3	5.0	5.5	5.7	5.9

Πηγή: ΟΟΣΑ, 1980

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΠΡΟΣΘΕΤΟΣ ΠΑΝΘΡΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 1960-87

(Δείκτης μέσης ετήσιας αύξησης %)

	1960 - 87	1960-75	1975-87	1960-70	1970-1980	1980-87
Αυστραλία	1.5	2.3	0.7	3.9	0.3	0.7
Αυστρία	2.5	3.3	1.6	4.0	2.8	1.2
Βέλγιο	0.9	1.0	0.7	1.5	0.3	0.8
Καναδάς	1.2	0.6	2.0	1.0	0.0	2.9
Δανία	-0.1	0.6	-0.9	0.6	-0.8	0.0
Φινλανδία	-0.6	-1.9	0.7	-2.3	-0.5	1.3
Γαλλία	-0.6	-0.3	-1.1	0.3	-1.1	-1.2
Γερμανία	-0.8	1.2	0.4	1.5	0.5	0.5
Ελλάδα	-0.3	-0.5	-0.5	-2.3	0.5	-1.5
Ισπανία	1.5	2.3	0.7	1.3	3.2	-0.4
Ιρλανδία	-0.1	-1.2	1.2	-0.8	-0.1	0.8
Ιταλία	0.6	0.6	0.1	-0.7	-0.3	0.2
Ιαπωνία	0.7	0.2	1.2	1.2	-1.1	1.4
Κάτω Χώρες	1.8	2.6	0.7	1.2	3.6	0.0
Ν. Ζηλανδία	--	--	4.0	--	--	4.7
Νορβηγία	1.6	2.2	0.9	0.0	0.8	1.5
Ισπανία	0.7	1.0	0.4	2.6	0.0	1.1
Σουηδία	0.4	0.1	1.0	1.2	1.4	0.7
Ελβετία	1.6	2.0	1.0	-0.4	2.3	0.8
Μ. Βρετανία	0.2	-1.1	0.9	1.5	-0.5	1.2
Η.Π.Α.	1.1	0.1	2.2	-0.9	0.0	3.0
Ο.Ο.Σ.Α. Ευρώπη (μέσος όρος)	0.7	0.8	0.5	0.6	0.8	0.4
Ο.Ο.Σ.Α. Σύνολο (μέσος όρος)	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.8
Πηγή: ΟΟΣΑ, 1990						

ΠΙΝΑΚΑΣ

4

ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 1960-87

(Δείκτες μέσης ετήσιας αύξησης %)

	1960 - 87	1960-75	1975-87	1960-70	1970-1980	1980-87
Αυστραλία	-1.4	-1.7	-0.2	-1.7	-1.9	-1.0
Αυστρία	-2.3	-1.3	-3.4	-1.1	-2.1	-4.1
Βέλγιο	0.2	-0.3	-2.0	0.7	-4.1	-2.8
Καναδός	0.6	0.1	1.4	0.4	1.2	0.3
Δανία	-3.3	-2.8	-3.9	-1.5	-5.8	-4.7
Φινλανδία	-2.0	-1.3	-2.8	-1.5	-1.6	-3.3
Γαλλία	-2.4	-3.0	-1.5	-2.0	-2.7	-1.5
Γερμανία	-1.9	-1.7	-2.2	-1.4	-2.3	-2.0
Ελλάδα	-2.1	-2.0	-2.3	-1.8	-1.2	-2.7
Ισλανδία	-2.4	-1.1	-3.1	-1.0	-3.9	-2.5
Ιρλανδία	-2.2	0.3	-2.6	-1.8	-3.1	-2.2
Ιταλία	-3.4	-3.5	-3.2	-3.9	-3.5	-2.5
Ιαπωνία	-0.2	-0.3	-0.2	-0.4	0.1	-0.5
Κάτω Χώρες	-0.7	-0.9	-0.5	-0.9	-0.8	0.0
Ν. Ζηλανδία	-1.5	-2.4	-0.2	-1.8	-1.3	-0.8
Νορβηγία	-3.3	-3.1	-3.5	-0.4	-3.8	-3.7
Ισπανία	-1.9	-1.2	-2.1	-1.7	-2.0	-1.8
Σουηδία	-1.8	-1.4	-2.2	-1.6	-1.1	-3.0
Ελβετία	-0.8	-1.4	-0.2	-2.0	-0.5	-0.3
Μ. Βρετανία	3.2	-3.0	-3.5	-3.3	-2.9	-3.4
Η.Π.Α.	-3.0	-3.8	-2.0	-1.5	-3.9	-1.5
Ο.Ο.Σ.Α. Ευρώπη (μέσος όρος)	-2.1	-1.7	2.4	-1.6	-2.3	-2.5
Ο.Ο.Σ.Α. Σύνολο (μέσος όρος)	-1.9	-1.7	1.9	-1.5	-2.6	-2.1

Πηγή: ΟΟΣΑ, 1990

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΤΑΣΕΙΣ ΤΙΜΩΝ-ΠΟΣΟΤΗΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ 1980-87

	Δημόσιες δαπάνες νοσοκομ. περιθαλής % ΑΕΠ	Αύξηση ονομαστικής δημόσιας νοσοκομ. δαπάνης	Αποπληθωρι- στική	Πραγματική κατά κεφα- λή αύξηση δαπανών	Αλλαγές στην κάλυψη κοινωνικής προστασίας	Αλλαγές στο κόστος	Αλλαγές στους δει- κτες εισα- γωγής	Αλλαγές στη μέση διάρκεια νο- σηλείας	Αλλαγές στην κατά κεφαλή χρησιμοποίη- ση και πραγματικό όφελος	Δημόσιες δαπάνες νοσοκομ. περιθαλής % ΑΕΠ
	1980	Δείκτες μέσης ετήσιας αύξησης %								1987
Αυστραλία	2.5	13.3	8.8	2.6	0.0	1.0	1.2	-1.0	1.5	2.9
Αυστρία	1.0	6.9	8.3	-1.5	0.0	0.0	2.1	-4.1	0.6	1.0
Βέλγιο	1.1	8.4	7.3	1.0	0.0	0.8	1.0	-2.8	3.7	1.3
Καναδάς	3.3	10.5	6.9	3.1	0.0	-0.2	-0.4	0.3	2.7	3.8
Δανία	4.4	7.1	8.2	-1.0	0.0	0.0	1.6	-4.7	2.2	3.9
Φινλανδία	2.9	11.2	8.5	2.0	0.0	0.0	1.1	-3.3	4.3	3.0
Γαλλία	3.3	10.3	7.7	1.9	0.0	0.0	0.8	-1.5	2.6	3.5
Γερμανία	2.6	5.1	5.6	-0.6	0.2	-0.1	1.7	-2.0	-0.2	2.7
Ελλάδα	1.0	24.3	21.5	1.9	0.3	0.0	0.4	-2.7	4.0	1.2
Ισλανδία	4.3	47.3	39.2	-4.6	0.0	0.0	0.4	-2.5	7.5	4.3
Ιρλανδία	5.8	8.0	10.4	-2.3	0.0	0.1	-0.3	-2.2	-0.4	4.7
Ιταλία	3.1	13.6	13.1	0.2	0.0	-0.4	-0.9	-2.5	4.1	3.0
Ιαπωνία	1.8	7.0	2.7	3.5	0.0	1.5	2.8	-0.5	-0.4	2.1
Κάτω Χώρες	4.1	3.3	2.9	-1.0	-0.9	-0.5	-0.9	0.0	2.3	4.0
Ν. Ζηλανδία	4.0	13.5	12.5	0.2	0.0	-0.2	-0.3	-0.8	1.6	3.8
Νορβηγία	4.9	10.5	8.5	1.8	0.0	0.0	0.8	-3.7	4.6	5.0
Ισπανία	1.8	15.5	12.8	1.9	2.3	0.3	-0.2	-1.8	1.4	2.1
Σουηδία	6.5	9.2	7.1	1.7	0.0	0.0	1.3	-3.0	3.6	3.0
Ελβετία	2.6	8.0	7.3	0.1	0.3	0.0	1.0	0.3	-0.5	2.9
Μ. Βρετανία	3.2	7.2	6.6	0.3	0.0	0.0	2.2	-3.4	1.7	3.0
Η.Π.Α.	2.4	9.4	7.0	1.3	0.3	0.3	-2.1	-1.5	4.4	2.7

Πηγή: ΟΟΣΑ, 1989

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΑΥΞΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 1960-87

(Δείκτες μέσης ετήσιας αύξησης %)

	1960 - 87	1960-75	1975-87	1960-70	1970-1980	1980-87
Αυστραλία	2.6	2.4	2.9	0.5	4.7	2.1
Αυστρία	2.9	3.8	1.8	1.8	4.5	1.0
Βέλγιο	5.0	6.7	3.1	4.6	7.0	1.8
Καναδάς	3.5	4.8	2.0	7.0	3.8	1.8
Δανία	4.6	6.4	2.4	8.5	3.8	0.3
Φινλανδία	6.7	9.6	3.2	10.1	5.0	3.2
Γαλλία	6.4	7.6	4.7	7.1	6.7	4.2
Γερμανία	4.0	5.3	2.0	3.8	5.8	1.1
Ελλάδα	6.4	8.5	4.2	13.2	4.0	4.9
Ισλανδία	6.7	7.7	5.0	5.6	5.9	5.9
Ιρλανδία	5.5	9.5	0.7	8.3	7.7	-1.3
Ιταλία	5.4	7.2	4.2	9.7	6.5	2.6
Ιαπωνία	8.1	11.5	4.0	12.5	7.7	2.5
Κάτω Χώρες	3.5	5.3	1.3	7.0	1.7	1.1
Ν. Ζηλανδία	--	--	-3.2	--	--	-3.6
Νορβηγία	4.5	6.2	3.4	3.6	6.3	3.0
Ισπανία	6.7	10.2	2.4	5.0	6.3	0.9
Σουηδία	4.5	6.9	1.5	11.3	3.1	3.0
Ελβετία	3.5	5.3	1.2	8.9	2.1	1.3
Μ. Βρετανία	3.9	5.5	1.9	6.4	4.9	1.6
Η.Π.Α.	3.9	5.2	2.3	4.6	3.9	1.7
Ο.Ο.Σ.Α. Ευρώπη (μέσος όρος)	5.0	7.2	2.7	7.2	5.2	2.0
Ο.Ο.Σ.Α. Σύνολο (μέσος όρος)	4.9	7.0	2.7	5.4	5.1	2.0
Πηγή: ΟΟΣΑ, 1990						

ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

Νικήτας Πατινώτης, Κοινωνιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών

1. Εισαγωγή

Τα επαγγέλματα υγείας - πρόνοιας έχουν ιδιαίτερα καλές ευκαιρίες απασχόλησης και πολλά από αυτά απολαμβάνουν μεγάλου κοινωνικού κύρους. Έτσι, πολλοί νέοι επιθυμούν να σπουδάσουν στις σχολές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που οδηγούν στην εκμάθησή τους. Κάθε χρόνο οι ιατρικές, ιδίως, σχολές των ελληνικών πανεπιστημίων αποδεικνύονται, λόγω του μεγάλου συναγωνισμού των διαγωνιζομένων, ως οι δυσκολότερες για να εισαχθούν στα πανεπιστήμια οι υποψήφιοι φοιτητές. Λόγω - κυρίως - του κλειστού αριθμού εισαγομένων (*numerus clausus*), που ισχύει για όλα τα τμήματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ένας σημαντικός αριθμός υποψηφίων που διαθέτει τα απαραίτητα χρηματικά μέσα μεταναστεύει προσωρινά για να σπουδάσει τις επιστημονικές ειδικότητες υγείας/πρόνοιας σε σχολές του εξωτερικού. Όπως θα δούμε στην ανάλυση, που ακολουθεί, οι ειδικότητες αυτές συχνά σπουδάζονται και από όσους αποφασίζουν να σπουδάσουν στο εξωτερικό στο τριτοβάθμιο μη πανεπιστημιακό επίπεδο.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των δεδομένων για τους πτυχιούχους ειδικοτήτων υγείας/πρόνοιας από τριτοβάθμια ιδρύματα του εξωτερικού, όπως προκύπτουν από δύο έρευνες που πρόσφατα διεξάγαμε και τα αποτελέσματά τους βρίσκονται υπό έκδοση, της δεύτερης μάλιστα μόλις άρχισαν να συγγράφονται. Πηγή άντλησης στοιχείων για τις έρευνες αυτές αποτέλεσαν τα αρχεία του ΔΙΚΑΤΣΑ και του ΙΤΕ, αρμόδιων υπηρεσιών ισότιμησης τίτλων σπουδών εξωτερικού, πανεπιστημιακού επιπέδου, η πρώτη, της τριτοβάθμιας μη πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, η δεύτερη. Στις δύο αυτές υπηρεσίες καταγράψαμε ανώνυμα χρήσιμα στοιχεία που υπήρχαν σε κάθε φάκελλο αιτούντος ισότιμηση του τίτλου σπουδών του προς ελληνικό, στοιχεία χρήσιμα για να διαπιστωθούν τα σπουδαστικά και - όπου προκύπτουν - τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των παλιννοστούντων τεχνολόγων ή επιστημόνων από το εξωτερικό. Στη διάθεσή μας τέθηκε το αρχείο της συνολικής λειτουργίας των δύο υπηρεσιών, δηλ. της περιόδου 1979-1991 για το ΔΙΚΑΤΣΑ και 1986-1990 για το ΙΤΕ.

Η ανάλυση ολοκληρώνεται με σύντομη παρουσίαση επεξεργασίας αδημοσίεωτων στοιχείων που έθεσε στη διάθεσή μας η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, στοιχείων που αφορούν τους κάθε επιπέδου πτυχιούχους ειδικοτήτων πρόνοιας που περάτωσαν τα ελληνικά ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης την τελευταία πενταετία (1985-89), για την οποία υπάρχουν στατιστικά δεδομένα.

Στα επόμενα δύο κεφάλαια παρουσιάζουμε τα ευρήματα των δύο ερευνών αναφορικά με τις ειδικότητες υγείας/πρόνοιας από το εξωτερικό. Η έκθεση των αποτελεσμάτων γίνεται με την απαιτούμενη συντομία λόγω του περιορισμού που έχει τεθεί στην έκταση του κειμένου.