ΝΔ: 12022
ΚΟΕ: 11893

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΑΣ



2 2 ΦΕΒ. 2001

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Κυριάκος Σουλιώτης

Αθήνα 2000

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή 1

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ, ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ.

1.1. Εισαγωγικά. 10
1.2. Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό. Η φιλελεύθερη προσέγγιση. 12
1.3. Οι νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις για το κράτος - πρόνοιας. 13
1.4. Κριτική των νεοφιλελεύθερων αντιλήψεων για την υγεία και το κράτος πρόνοιας. 16
1.5. Η υγεία ως δημόσιο αγαθό. Η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση. 18
1.6. Η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το κράτος πρόνοιας. Η κεϋνσιανή αντίληψη και η αντίληψη της κοινωνικής δημοκρατίας. 19
1.7. Κριτική της σοσιαλδημοκρατικής προσέγγισης για την υγεία και το κράτος-πρόνοιας. 21
1.8. Συμπερασματικές διαπιστώσεις. 23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

2.1. Εισαγωγή. 24
2.2. Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας. 25
2.3. Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας (συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης). 34
2.4. Τα μικτά συστήματα υγείας (συστήματα κοινωνικής ασφάλισης - το πρότυπο του Bismark). 36
2.5. Τα εθνικά συστήματα υγείας (το πρότυπο του Beveridge). 37
2.6. Συμπερασματικές διαπιστώσεις. 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.

3.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις. 41
3.2. Πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. 42
3.2.1. Ιδιωτική χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση υγείας). 42
3.2.2. Δημόσια χρηματοδότηση (κοινωνική ασφάλιση υγείας και φορολογία). 43
3.3. Μηχανισμοί χρηματοδότησης και προγραμματισμός της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. 45
3.3.1. Τρόποι αποζημίωσης ιατρών στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 45

3.3.1.1. Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών. Το παράδειγμα των ΗΠΑ. 47
3.3.1.2. Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Γαλλία). 49
3.3.1.3. Ο Γενικός Ιατρός (Μ. Βρετανία). 49
3.3.2. Τρόποι αποζημίωσης νοσοκομείων. 52
3.4. Σχέση ζήτησης και δαπανών υγείας. Παρεμβάσεις για τον έλεγχο της ζήτησης των υγειονομικών υπηρεσιών. 56
3.5. Σχέση δαπανών και αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. 58
3.6. Προτάσεις για την μείωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών. 60
3.7. Η προώθηση του ελεγχόμενου ανταγωνισμού στα συστήματα υγείας. 64
3.8. Συμπερασματικές διαπιστώσεις. 66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:
Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ.

4.1. Εισαγωγικά. 68
4.2. Εννοιολογικό περιεχόμενο της αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών. 70
4.3. Ταξινόμηση της αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων.Η Οικονομική αξιολόγηση. 74
4.3.1. Η ανάλυση κόστους-ωφέλειας (cost-benefit analysis). 76
4.3.2. Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis). 78
4.3.3. Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis). 80
4.3.4. Η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost-minimization analysis). 83
4.3.5. Απλούστερες τεχνικές - τύποι οικονομικής αξιολόγησης. 84
4.4. Δείκτες αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων και υπηρεσιών. 86
4.4.1. Ταξινόμηση των δεικτών αξιολόγησης. 86
4.4.2. Ενδεικτικά παραδείγματα χρησιμοποίησης δεικτών αξιολόγησης. 89
4.5. Αξιολόγηση του τομέα της υγείας και υγειονομική πολιτική. 95
4.5.1. Η έννοια της αποδοτικότητας των υγειονομικών συστημάτων. 104
4.5.2. Προσδιορισμός των υγειονομικών ανισοτήτων και πολιτικές διασφάλισης της ισότητας στην υγεία. 110
4.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις. 125

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

1.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις. 127
1.2. Ιστορική αναδρομή στις κοινωνικές ασφαλίσεις στην Ελλάδα. 128
1.3. Οι οργανωτικές δομές του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος. 132
1.4. Αξιολόγηση των παροχών του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος. 134
1.5. Χρηματοδοτικό πλαίσιο του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα. 136
1.6. Οι δαπάνες για την κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. 139
1.7. Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση και ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα. 142
1.8. Συμπεράσματα. 144

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΠΡΙΝ ΤΟ ΕΣΥ.

2.1. Εισαγωγή. 146
2.2. Η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Ιστορική Αναδρομή. 146
2.2.1. Τα πρώτα μέτρα του νεοελληνικού κράτους, μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα. 146
2.2.2. Η πρόκληση του 1922-1923. Η ανάγκη για κρατική παρέμβαση προς την αναμόρφωση του υγειονομικού τομέα. 148
2.2.3. Η υγειονομική πολιτική στην Ελλάδα, μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου. 152
2.3. Οργανωτικές και οικονομικές διαστάσεις του υγειονομικού τομέα, μέχρι την μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. 158
2.3.1. Η εξέλιξη και διάρθρωση των κοινωνικών δαπανών πριν το ΕΣΥ. 158
2.3.2. Οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα, πριν το ΕΣΥ. 162
2.3.3. Μεθοδολογικά προβλήματα κατά τη μέτρηση των δαπανών υγείας. 165
2.3.4. Η διάρθρωση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα, πριν το ΕΣΥ. 167
2.4. Η περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας πριν το ΕΣΥ. 176
2.4.1. Νοσοκομειακή περίθαλψη και επαγγέλματα υγείας. 176
2.4.2. Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. 196
2.5. Αξιολόγηση της υγειονομικής κατάστασης του Ελληνικού πληθυσμού, πριν το ΕΣΥ. 212
2.6. Συμπεράσματα. 226

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:
ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.

3.1. Εισαγωγικά. 229
3.2. Η πορεία προς την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ. 231
3.3. Η υγειονομική μεταρρύθμιση. Αρχές και θεσμικό πλαίσιο του ΕΣΥ. 234
3.4. Οι παρεμβάσεις για την αναμόρφωση και αποκατάσταση του ΕΣΥ. 246
3.5. Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. 257
3.5.1. Οι πηγές χρηματοδότησης. 258
3.5.1.1. Ο κρατικός προϋπολογισμός. 262
3.5.1.2. Η κοινωνική ασφάλιση. 265
3.5.1.3. Οι ιδιωτικές πληρωμές. 272
3.5.2. Η εξέλιξη και διάρθρωση των κοινωνικών δαπανών από τις αρχές της δεκαετίας του '80. 275
3.5.3. Οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα, μετά την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. 289
3.5.4. Οι αποκλίσεις στην προσέγγιση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και η εκτίμηση της παραοικονομικής δραστηριότητας. 294
3.5.5. Η διάρθρωση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα, μετά την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. 305
3.6. Η περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας, μετά την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. 312
3.6.1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. 312
3.6.2. Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. 332

3.7. Το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, από τις αρχές της δεκαετίας του '80. 348
3.8. Συμπεράσματα. 361

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΕΣΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

1.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις. 364
1.2. Μεθοδολογία μέτρησης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών. Η επιλογή των Οικογενειακών Προϋπολογισμών. 366
1.3. Προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών. 368
1.3.1. Δαπάνες υγείας και γεωγραφική περιφέρεια. 372
1.3.2. Δαπάνες υγείας και εισόδημα. 380
1.3.3. Δαπάνες υγείας και μέγεθος νοικοκυριού. 394
1.3.4. Δαπάνες υγείας και σύνθεση του νοικοκυριού. 402
1.3.5. Δαπάνες υγείας και επαγγελματική θέση. 408
1.3.6. Δαπάνες υγείας και επάγγελμα. 416
1.4. Συμπεράσματικές διαπιστώσεις. 425

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ. 430

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ. 445

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ. 456

ΠΗΓΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ. 477

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας **1.3.1.** Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ 1960-1989). 59

Πίνακας **2.1.1.** Η εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. 132
Πίνακας **2.1.2.** Διάρθρωση των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης (1981-1992). 137
Πίνακας **2.1.3.** Δαπάνες κοινωνικής προστασίας (1980-1992). 139
Πίνακας **2.1.4.** Διάρθρωση των δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών (1980-1993). 140

Πίνακας **2.2.1.** Κατανομή του πληθυσμού κατά περιφέρεια. 155
Πίνακας **2.2.2.** Σύνολο κοινωνικών δαπανών και δαπανών υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ 1975-1980). 159
Πίνακας **2.2.3.** Δημόσιες κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (σε σταθερές τιμές 1980) 1875-1980. 159
Πίνακας **2.2.4.** Δαπάνες για κοινωνικές παροχές ως ποσοστό ΑΕΠ στην Ευρώπη (1980). 160
Πίνακας **2.2.5.** Δαπάνες κοινωνικής προστασίας (% επί του συνόλου των παροχών) στην Ευρώπη (1980). 161
Πίνακας **2.2.6.** Δημόσιες, ιδιωτικές και συνολικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ 1975-1980). 163
Πίνακας **2.2.7.** Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας (Ελλάδα-ΟΟΣΑ 1975-1980). 165
Πίνακας **2.2.8.** Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας (% ΑΕΠ, Ελλάδα-ΟΟΣΑ 1960-1980). 168
Πίνακας **2.2.9.** Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό ΑΕΠ (1960-1980). 170
Πίνακας **2.2.10.** Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας (Ελλάδα-ΟΟΣΑ 1960-1980). 171
Πίνακας **2.2.11.** Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (1960-1980). 172
Πίνακας **2.2.12.** Δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα (1975-1980). 172
Πίνακας **2.2.13.** Πραγματική ελαστικότητα των συνολικών δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ (1960-74 και 1975-84). 173
Πίνακας **2.2.14.** Ποσοστιαία σύνθεση των δημοσίων δαπανών υγείας (Ελλάδα-Μ. όρος ΟΟΣΑ 1970-1982). 174
Πίνακας **2.2.15.** Πηγές εσόδων των νοσοκομείων (1981-1982). 175
Πίνακας **2.2.16.** Κατανομή των δαπανών υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών (1970-1980). 175
Πίνακας **2.2.17.** Επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα (1970-1980). 175
Πίνακας **2.2.18.** Κατανομή θεραπευτηρίων κατά νομική μορφή και περιφέρεια (1981). 176
Πίνακας **2.2.19.** Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή και περιφέρεια (1981). 177
Πίνακας **2.2.20.** Κλίνες ανά 10.000 κατοίκους, νομική μορφή και περιφέρεια (1981). 179
Πίνακας **2.2.21.** Διαπεριφερειακές ροές ασθενών (1981). 181
Πίνακας **2.2.22.** Ιατροί ανά 10.000 κατοίκους στην Ευρώπη (1970-1980). 182
Πίνακας **2.2.23.** Ιατροί ανά 10.000 κατοίκους κατά περιφέρεια (1981). 183
Πίνακας **2.2.24.** Ιατροί ανά περιφέρεια και ειδικότητα ανά 10.000 κατοίκους (1981). 184
Πίνακας **2.2.25.** Οδοντίατροι ανά 10.000 κατοίκους (Ευρώπη 1970-1980). 186

Πίνακας **2.2.26.** Οδοντίατροι ανά 10.000 κατοίκους κατά περιφέρεια (1981). 187
Πίνακας **2.2.27.** Κατανομή των ιατρών που υπηρετούσαν σε δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια ανά περιφέρεια (1981). 189
Πίνακας **2.2.28.** Φαρμακοποιοί ανά 10.000 κατοίκους στην Ευρώπη (1970-1980). 190
Πίνακας **2.2.29.** Φαρμακοποιοί ανά 10.000 κατοίκους κατά περιφέρεια (1981). 191
Πίνακας **2.2.30.** Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης κατά κεφαλή (1981). 192
Πίνακας **2.2.31.** Νοσηλευτικό δυναμικό ανά 10.000 κατοίκους στην Ευρώπη (1970-1980). 194
Πίνακας **2.2.32.** Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κατηγορία και περιφέρεια / 10.000 κατοίκους (1981). 195
Πίνακας **2.2.33.** Ποσοστιαία συμμετοχή των δημοσίων δαπανών υγείας στο ΑΕΠ ανά κατηγορία (1980). 197
Πίνακας **2.2.34.** Προβλεπόμενα και ιδρυθέντα αγροτικά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί. 200
Πίνακας **2.2.35.** Στελέχωση αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών (1975). 202
Πίνακας **2.2.36.** Προσωπικό των αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και αναλογία με τον πληθυσμό. 204
Πίνακας **2.2.37.** Νοσηλευτικό προσωπικό αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών (1976). 206
Πίνακας **2.2.38.** Υγειονομικοί σχηματισμοί ΙΚΑ (1983-84). 207
Πίνακας **2.2.39.** Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ΙΚΑ (1977). 208
Πίνακας **2.2.40.** Κλινικές και εξετάσεις ανά κλινική στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (1982). 211
Πίνακας **2.2.41.** Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά περιοχές και ηλικιακή ομάδα (1981). 214
Πίνακας **2.2.42.** Κατανομή του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία (1981). 215
Πίνακας **2.2.43.** Εξέλιξη του πληθυσμού (%) κατά ηλικία και περιοχή (1951-1981). 215
Πίνακας **2.2.44.** Ειδικός δείκτης γεννητικότητας κατά περιοχές (1961-1981). 216
Πίνακας **2.2.45.** Ειδικός δείκτης αναπαραγωγικότητας κατά περιοχές (1961-1981). 216
Πίνακας **2.2.46.** Γενική θνησιμότητα στην Ελλάδα κατά περιοχές (1961-1981). 217
Πίνακας **2.2.47.** Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα κατά περιοχές (1961-1981). 218
Πίνακας **2.2.48.** Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στην Ευρώπη (1960-1980). 219
Πίνακας **2.2.49.** Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας στην Ευρώπη. 221
Πίνακας **2.2.50.** Προτυποποιημένοι δείκτες θνησιμότητας ανά 10.000 κατοίκους (άνδρες) στην Ευρώπη (1980). 223
Πίνακας **2.2.51.** Θνησιμότητα κατά γεωγραφική περιοχή και φύλο (1972-1974). 224
Πίνακας **2.2.52.** Βρεφική θνησιμότητα κατά διαμέρισμα και κατηγορία περιοχής (1981). 225

Πίνακας **2.3.1.** Υγειονομικές περιφέρειες και νομοί (Π.Δ. 31/86). 236
Πίνακας **2.3.2.** Νοσοκομεία και κλίνες πριν και μετά το ΕΣΥ (1980-1987). 243
Πίνακας **2.3.3.** Πηγές εσόδων του ελληνικού συστήματος υγείας (1987-1990). 259
Πίνακας **2.3.4.** Δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα (1981-1989). 259
Πίνακας **2.3.5.** Σύνθεση των φορολογικών εσόδων του κράτους (1980-1998). 261
Πίνακας **2.3.6.** Ποσοστιαία σύνθεση πηγών χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων (1981-94). 262
Πίνακας **2.3.7.** Σχέση ημερήσιου νοσήλιου Γ' θέσης και πραγματικού ημερήσιου κόστους νοσηλείας γενικών νοσοκομείων (1980-1992) 264
Πίνακας **2.3.8.** Κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας 1988-92 (εκατ. δρχ. τρέχ. τιμές). 265

Πίνακας **2.3.9.** Εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. 267
Πίνακας **2.3.10.** Πηγές εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (1988-1990). 268
Πίνακας **2.3.11.** Πηγές εσόδων των κλάδων ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων (1985-1990). 268
Πίνακας **2.3.12.** Ύψος ημερήσιου νοσήλιου Γ' θέσης στα γενικά νοσοκομεία (1985-1998). 269
Πίνακας **2.3.13.** Έσοδα και δαπάνες των κλάδων υγείας ΙΚΑ και ΤΕΒΕ 1990,1993. 269
Πίνακας **2.3.14.** Δαπάνες ανά δικαιούχο για παροχές ασθένειας σε είδος (1995). 270
Πίνακας **2.3.15.** Σύγκριση κρατικού τιμολογίου και ιδιωτικών τιμών διαγνωστικών εξετάσεων (1999). 272
Πίνακας **2.3.16.** Τρέχουσες δαπάνες κοινωνικής προστασίας ως % του ΑΕΠ (Ευρωπαϊκή Ένωση 1980-1993). 277
Πίνακας **2.3.17.** Δείκτης γεννητικότητας (μ. όρος παιδιών ανά γυναίκα, Ευρωπαϊκή Ένωση 1960-1990). 279
Πίνακας **2.3.18.** Δείκτης θνησιμότητας (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους, Ευρωπαϊκή Ένωση 1970-1990). 280
Πίνακας **2.3.19.** Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (Ευρωπαϊκή Ένωση 1980-1990). 281
Πίνακας **2.3.20.** Ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών στο σύνολο του πληθυσμού (Ευρωπαϊκή Ένωση 1970-2020). 282
Πίνακας **2.3.21.** Ποσοστό συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό, ατόμων ηλικίας 55 ετών και άνω (Ευρωπαϊκή Ένωση 1960-66 και 1986-90). 283
Πίνακας **2.3.22.** Ποσοστό ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1983-1993). 284
Πίνακας **2.3.23.** Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ (Ευρωπαϊκή Ένωση 1980-1994). 284
Πίνακας **2.3.24.** Μακροχρόνια ανεργία (% επί των ανέργων) στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1992). 284
Πίνακας **2.3.25.** Δαπάνες για κοινωνικές παροχές ως ποσοστό του ΑΕΠ (Ευρωπαϊκή Ένωση 1993). 285
Πίνακας **2.3.26.** Δαπάνες για κοινωνικές παροχές ως ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών (Ευρωπαϊκή Ένωση 1993). 286
Πίνακας **2.3.27.** Μ. όρος δαπανών για κοινωνικές παροχές ως ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών (Ευρωπαϊκή Ένωση 1980-1992). 286
Πίνακας **2.3.28.** Κοινωνικές δαπάνες ανά κάτοικο (σε σταθερά ECU) στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1980-1989). 287
Πίνακας **2.3.29.** Εξέλιξη του αριθμού των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων (1980-1994). 288
Πίνακας **2.3.30.** Ετήσιος ρυθμός πραγματικής αύξησης των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ. 292
Πίνακας **2.3.31.** Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ (1980-1997). 293
Πίνακας **2.3.32.** Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ (στοιχεία ΟΟΣΑ και Εθνικών Λογαριασμών). 296
Πίνακας **2.3.33.** Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών (στοιχεία ΟΟΣΑ). 296
Πίνακας **2.3.34.** Ποσοστό παραοικονομίας στην Ελλάδα κατά κλάδο παραγωγής. 297
Πίνακας **2.3.35.** Εκτίμηση της διαχρονικής εξέλιξης της παραοικονομίας στην Ελλάδα (1970-1988). 299
Πίνακας **2.3.36.** Ακαθάριστο εισόδημα του κλάδου υγεία (1984). 301

Πίνακας **2.3.37.** Παραοικονομία στην υγεία ως προς το ΑΕΠ και τις συνολικές δαπάνες υγείας (1974-1994). 301
Πίνακας **2.3.38.** Προσέγγιση της εξέλιξης της ιδιωτικής δαπάνης υγείας και της παραοικονομίας με διαφορετική μεθοδολογία 1974-1994 (σε εκατ. δρχ. και τρέχ. τιμές). 302
Πίνακας **2.3.39.** Προσέγγιση της εξέλιξης της ιδιωτικής δαπάνης υγείας και της παραοικονομίας με διαφορετική μεθοδολογία 1974-1994 (σε εκατ. δρχ. και σταθ. τιμές, 1994=100). 302
Πίνακας **2.3.40.** Ποσοστιαία κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ανά επίπεδο περίθαλψης (1982-1994). 305
Πίνακας **2.3.41.** Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, ανά επίπεδο περίθαλψης (1990-1995). 306
Πίνακας **2.3.42.** Ποσοστιαία κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας, ανά επίπεδο περίθαλψης (1982-1991). 307
Πίνακας **2.3.43.** Ποσοστιαία διάρθρωση των δαπανών υγείας (Ελλάδα-ΟΟΣΑ). 308
Πίνακας **2.3.44.** Επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα (1981-1991). 310
Πίνακας **2.3.45.** Πληθυσμός ευθύνης, λειτουργούντα κέντρα υγείας, κλίνες κέντρων υγείας, περιφερειακά ιατρεία, κάτοικοι ανά κέντρο υγείας και περιφερειακό ιατρείο κατά υγειονομική περιφέρεια (1994). 313
Πίνακας **2.3.46.** Προβλεπόμενες θέσεις και υπηρετούντες ιατροί στα κέντρα υγείας, ποσοστιαία κάλυψη και κάτοικοι ανά ιατρό (1993). 314
Πίνακας **2.3.47.** Αριθμός ιατρών που υπηρετούν στα κέντρα υγείας ανά ειδικότητα (31/11/1993). 314
Πίνακας **2.3.48.** Στελέχωση των κέντρων υγείας σε νοσηλευτικό, παραϊατρικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό ανά περιφέρεια (1992). 315
Πίνακας **2.3.49.** Ιατρικός εξοπλισμός των κέντρων υγείας ανά περιφέρεια (1992). 315
Πίνακας **2.3.50.** Νοσολογική κίνηση των κέντρων υγείας (1992). 316
Πίνακας **2.3.51.** Πληθυσμός ευθύνης, αριθμός επισκέψεων και επισκέψεις ανά 1.000 κατοίκους στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ (1992). 317
Πίνακας **2.3.52.** Δικαιούχοι περίθαλψης, υπηρεσίες υγείας ΙΚΑ και δικαιούχοι ανά ιατρό του ΙΚΑ κατά υγειονομική περιφέρεια (1994). 318
Πίνακας **2.3.53.** Δικαιούχοι περίθαλψης και αναλογία με το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό των μονάδων υγείας του ΙΚΑ κατά υγειονομική περιφέρεια (1994). 319
Πίνακας **2.3.54.** Νοσολογική κίνηση των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης ΙΚΑ (1993-1997). 320
Πίνακας **2.3.55.** Ιατροί ανά 10.000 κατοίκους (Ευρώπη 1980-1994). 321
Πίνακας **2.3.56.** Αριθμός ιατρών και αναλογία ανά 10.000 κατοίκους κατά περιφέρεια (1992). 322
Πίνακας **2.3.57.** Ιατροί ανά περιφέρεια και ειδικότητα ανά 10.000 κατοίκους (1995). 324
Πίνακας **2.3.58.** Οδοντίατροι ανά 10.000 κατοίκους (Ευρώπη 1980-1990). 323
Πίνακας **2.3.59.** Οδοντίατροι ανά 10.000 κατοίκους και περιφέρεια (1995). 325
Πίνακας **2.3.60.** Κατανομή οδοντιατρικών υπηρεσιών (1992). 326
Πίνακας **2.3.61.** Οδοντίατροι που υπηρετούν στα κέντρα υγείας, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, στα ιατρεία άλλων ταμείων και αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα. 327
Πίνακας **2.3.62.** Φαρμακοποιοί ανά 10.000 κατοίκους (Ευρώπη 1980-1990). 327
Πίνακας **2.3.63.** Φαρμακεία ανά 10.000 κατοίκους και περιφέρεια (1995). 328
Πίνακας **2.3.64.** Γιατροί και φαρμακεία ανά 10.000 κατοίκους και κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη κατά περιφέρεια (1988). 329

Πίνακας **2.3.65.** Κατανομή ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων κατά περιφέρεια (1991). 331
Πίνακας **2.3.66.** Θεραπευτήρια, κλίνες και κλίνες ανά 10.000 κατοίκους (Σύνολο Ελλάδας 1981-1993). 333
Πίνακας **2.3.67.** Δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης νοσοκομειακών υπηρεσιών (Ευρωπαϊκή Ένωση 1990). 334
Πίνακας **2.3.68.** Κατανομή θεραπευτηρίων κατά νομική μορφή και περιφέρεια (1981-1993). 334
Πίνακας **2.3.69.** Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή και περιφέρεια (1981-1993). 335
Πίνακας **2.3.70.** Κλίνες ανά 10.000 κατοίκους κατά περιφέρεια (1981-1993). 336
Πίνακας **2.3.71.** Διαπεριφερειακές ροές ασθενών (1993). 337
Πίνακας **2.3.72.** Νοσηλευτική κίνηση στα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ κατά περιφέρεια (1993). 339
Πίνακας **2.3.73.** Νοσηλευτική κίνηση ιδιωτικών νοσοκομείων κατά περιφέρεια (1993). 339
Πίνακας **2.3.74.** Νοσηλευτική κίνηση στα γενικά νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ κατά περιφέρεια (1993). 340
Πίνακας **2.3.75.** Κατανομή του ιατρικού δυναμικού που υπηρετεί σε δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια, κατά γεωγραφική περιφέρεια (1981-1993). 342
Πίνακας **2.3.76.** Νοσηλευτικό δυναμικό ανά 10.000 κατοίκους (Ευρώπη 1980-1990). 343
Πίνακας **2.3.77.** Νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί σε δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια, κατά επίπεδο εκπαίδευσης και περιφέρεια (1993). 344
Πίνακας **2.3.78.** Ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού κατά γεωγραφική περιφέρεια. 345
Πίνακας **2.3.79.** Παραϊατρικό προσωπικό που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, κατά περιφέρεια (1992). 346
Πίνακας **2.3.80.** Διοικητικό προσωπικό που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, κατά περιφέρεια (1992). 346
Πίνακας **2.3.81.** Λοιπό υγειονομικό προσωπικό που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, κατά περιφέρεια (1992). 347
Πίνακας **2.3.82.** Γιατροί, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό ανά κλίνη στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας (1992). 348
Πίνακας **2.3.83.** Διάρθρωση του ελληνικού πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών (1981-1991). 349
Πίνακας **2.3.84.** Ποσοστιαία αναλογία αστικού, ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού στην Ελλάδα (1981-1991). 350
Πίνακας **2.3.85.** Γεννήσεις στην Ελλάδα κατά γεωγραφική περιφέρεια (1981-1991). 350
Πίνακας **2.3.86.** Αδρός δείκτης γεννητικότητας στην Ελλάδα κατά περιφέρεια (1981-1991). 352
Πίνακας **2.3.87.** Αδρός δείκτης θνησιμότητας στην Ελλάδα κατά περιφέρεια (1981-1993). 353
Πίνακας **2.3.88.** Αριθμός θανάτων και ειδικός κατά αιτία δείκτης θνησιμότητας στην Ελλάδα (1983-1993). 354
Πίνακας **2.3.89.** Νοσηρότητα (εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορίες νόσων) κατά περιφέρεια (1981-1993). 357
Πίνακας **2.3.90.** Ποσοστό επί του συνόλου των νοσηλευθέντων κατά αιτία νοσηλείας και περιφέρεια (1993). 358

Πίνακας **3.1.1.** Μ. όρος μηνιαίων αγορών των 9 βασικών ομάδων αγαθών και υπηρεσιών (1982-1994). 369
Πίνακας **3.1.2.** Μ. όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών ανά υποομάδα δαπάνης (1981-82, 1987-88, 1993-94). 371

Πίνακας **3.1.3.** Μ. όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά κατηγορία περιοχής (1981-82, 1987-88, 1993-94). 374
Πίνακας **3.1.4.** Μ. όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά ΥΠΑ (1981-82, 1987-88, 1993-94). 375
Πίνακας **3.1.5.** Συσχέτιση ιδιωτικών δαπανών υγείας και δεικτών διαθεσιμότητας υπηρεσιών υγείας κατά περιφέρεια (1981-1988). 379
Πίνακας **3.1.6.** Συσχέτιση ιδιωτικών δαπανών υγείας και συνολικής ιδιωτικής κατανάλωσης κατά περιφέρεια (1981-1988). 380
Πίνακας **3.1.7.** Μ. όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά τάξεις μηνιαίας συνολικής αξίας αγορών (1981-82, 1987-88, 1993-94). 385
Πίνακας **3.1.8.** Σχέση μ. όρου δαπανών υγείας και εισοδήματος, ανά κατηγορία νοικοκυριού (1993-94). 386
Πίνακας **3.1.9.** Σχέση μ. όρου δαπανών για φάρμακα και εισοδήματος, ανά κατηγορία νοικοκυριού (1993-94). 387
Πίνακας **3.1.10.** Σχέση μ. όρου δαπανών για ιατρική περίθαλψη και εισοδήματος, ανά κατηγορία νοικοκυριού (1993-94). 389
Πίνακας **3.1.11.** Σχέση μ. όρου δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης και εισοδήματος, ανά κατηγορία νοικοκυριού (1993-94). 390
Πίνακας **3.1.12.** Σχέση μ. όρου δαπανών για υπηρεσίες οδοντιάτρων και εισοδήματος, ανά κατηγορία νοικοκυριού (1993-94). 391
Πίνακας **3.1.13.** Σχέση μ. όρου δαπανών υγείας και μεγέθους του νοικοκυριού (1993-94). 395
Πίνακας **3.1.14.** Σχέση μ. όρου δαπανών για φάρμακα και μεγέθους του νοικοκυριού (1993-94). 396
Πίνακας **3.1.15.** Σχέση μ. όρου δαπανών για ιατρική περίθαλψη και μεγέθους του νοικοκυριού (1993-94). 398
Πίνακας **3.1.16.** Σχέση μ. όρου δαπανών για υπηρεσίες οδοντιάτρων και μεγέθους του νοικοκυριού (1993-94). 399
Πίνακας **3.1.17.** Σχέση μ. όρου δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη και μεγέθους του νοικοκυριού (1993-94). 400
Πίνακας **3.1.18.** Μ. όρος μηνιαίας δαπάνης υγείας των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού (1981-82, 1987-88, 1993-94). 401
Πίνακας **3.1.19.** Μ. όρος μηνιαίας δαπάνης υγείας των νοικοκυριών κατά σύνθεση νοικοκυριού (1981-82, 1987-88, 1993-94). 403
Πίνακας **3.1.20.** Σχέση μ. όρου δαπανών υγείας και σύνθεσης του νοικοκυριού (1993-94). 404
Πίνακας **3.1.21.** Σχέση μ. όρου δαπανών φαρμάκων και σύνθεσης του νοικοκυριού (1993-94). 405
Πίνακας **3.1.22.** Σχέση μ. όρου δαπανών ιατρικής περίθαλψης και σύνθεσης του νοικοκυριού (1993-94). 406
Πίνακας **3.1.23.** Σχέση μ. όρου δαπανών οδοντιατρικής περίθαλψης και σύνθεσης του νοικοκυριού (1993-94). 406
Πίνακας **3.1.24.** Σχέση μ. όρου δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης και σύνθεσης του νοικοκυριού (1993-94). 407
Πίνακας **3.1.25.** Μ. όρος μηνιαίας δαπάνης υγείας των νοικοκυριών κατά επαγγελματική θέση υπεύθυνου (1981-82, 1987-88, 1993-94). 411
Πίνακας **3.1.26.** Σχέση μ. όρου δαπανών υγείας και επαγγελματικής θέσης υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 412
Πίνακας **3.1.27.** Σχέση μ. όρου δαπανών φαρμάκων και επαγγελματικής θέσης υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 413

Πίνακας **3.1.28.** Σχέση μ. όρου δαπανών οδοντιατρικής περίθαλψης και επαγγελματικής θέσης υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 413
Πίνακας **3.1.29.** Σχέση μ. όρου δαπανών ιατρικής περίθαλψης και επαγγελματικής θέσης υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 414
Πίνακας **3.1.30.** Σχέση μ. όρου δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης και επαγγελματικής θέσης υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 415
Πίνακας **3.1.31.** Νοσηρότητα ανά επαγγελματική κατηγορία (1982). 416
Πίνακας **3.1.32.** Μ. όρος μηνιαίας δαπάνης υγείας των νοικοκυριών κατά επάγγελμα υπεύθυνου (1981-82, 1987-88, 1993-94). 418
Πίνακας **3.1.33.** Σχέση μ. όρου δαπανών υγείας και επαγγέλματος υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 419
Πίνακας **3.1.34.** Σχέση μ. όρου δαπανών φαρμάκων και επαγγέλματος υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 420
Πίνακας **3.1.35.** Σχέση μ. όρου δαπανών ιατρικής περίθαλψης και επαγγέλματος υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 421
Πίνακας **3.1.36.** Σχέση μ. όρου δαπανών οδοντιατρικής περίθαλψης και επαγγέλματος υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 423
Πίνακας **3.1.37.** Σχέση μ. όρου δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης και επαγγέλματος υπεύθυνου του νοικοκυριού (1993-94). 424

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Αντικείμενο της διατριβής.

Τα τελευταία χρόνια, η είσοδος της οικονομικής επιστήμης στον υγειονομικό τομέα γίνεται ολοένα και εντονότερη, σε μια προσπάθεια αναζήτησης τρόπων για την βελτίωση του επιπέδου υγείας και αντιμετώπισης των επιμέρους προβλημάτων, που προκύπτουν από το διαρκώς ανερχόμενο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Η υγεία και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, δεν αποτέλεσαν αντικείμενο της οικονομικής επιστήμης από την αρχή της εμφάνισής της (17ος αιώνας) και φυσικά, ουδέποτε - με εξαίρεση τις τελευταίες δεκαετίες - είχε επιχειρηθεί οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Αντίθετα, η ενασχόληση της οικονομικής επιστήμης με τα οικονομικά της υγείας (health economics) άρχισε να θεωρείται απαραίτητη όταν έγινε φανερή η αντιδιαστολή μεταξύ του συνεχώς αυξανόμενου κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων των ιατρικών παρεμβάσεων στο επίπεδο υγείας. Επιπλέον, η ευρεία αποδοχής τα τελευταία χρόνια αντίληψη, ότι το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την οικονομική ανάπτυξη μιας οικονομίας, αποτέλεσε και το θεωρητικό υπόβαθρο της νέας αυτής οικονομικής διάστασης που δόθηκε στον υγειονομικό τομέα.

Οι στόχοι λοιπόν της επιστήμης της οικονομικής της υγείας, αφορούν στην εξασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσα από την οργάνωση και παροχή υπηρεσιών υγείας, στα πλαίσια πάντα του θεμελιώδους οικονομικού προβλήματος της στενότητας των υλικών και ανθρώπινων πόρων. Ως προς την θεματική, η οικονομική της υγείας προσεγγίζει την προβληματική της οικονομικής επιστήμης γενικά, της κοινωνικής πολιτικής και του φιλοσοφικού – ιδεολογικού προσδιορισμού της υγείας.

Στην εξέλιξή της, ξεπέρασε την αρχική της ταύτιση με την μελέτη της διαχείρισης των σπάνιων πόρων στον υγειονομικό τομέα και επεκτάθηκε στον εντοπισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, στην διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών επιπτώσεων της ασθένειας και βέβαια στην οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Συνοψίζοντας, τα κύρια θέματα που διερευνά η οικονομική της υγείας αφορούν :

α)στους παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, στην διαμόρφωση των τιμών και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης.

β)στην παραγωγή, στην ορθολογική χρήση των πόρων και στην εξασφάλιση της επάρκειάς τους, καθώς και στην αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

γ)στα κριτήρια διανομής των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και στα προβλήματα υπερκατανάλωσης.

δ)στην σχέση προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και στις προοπτικές εξισορρόπησης της αγοράς σε μάκρο - επίπεδο.

ε)στην αναζήτηση τρόπων μείωσης των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στον τομέα ασφάλισης-υγείας και στην εξασφάλιση της αποδοτικής λειτουργίας των επιμέρους υγειονομικών μονάδων, αλλά και του συστήματος υγείας γενικότερα.

Χρονολογικά, το ενδιαφέρον της οικονομικής επιστήμης για την υγεία, εμφανίζεται μεταπολεμικά στο ιδιωτικής κυρίως χρηματοδότησης σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, με την αναζήτηση τρόπων μείωσης του κόστους και αύξησης των κερδών. Η οικονομική επιστήμη δεν θα μπορούσε να αγνοήσει βέβαια και το σύστημα εκείνο το οποίο αποτελεί υπόδειγμα για τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των Ευρωπαικών χωρών και που εμφανίζεται στην Μεγάλη Βρεττανία μετά τον 2ο Παγκόσμιο πόλεμο, όπου κάτω από το βάρος της σπανιότητας των υγειονομικών πόρων, αναπτύχθηκε ένα σύστημα με την κρατική ευθύνη, ελεύθερα προσιτό σε όλους, το οποίο επιπρόσθετα στηρίζεται σε μηδενικές τιμές μια και χρηματοδοτείται εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προυπολογισμό.

Στην χώρα μας, τα οικονομικά της υγείας εμφανίστηκαν - με ιδιαίτερη καθυστέρηση - στις αρχές της δεκαετίας του '80, κάτω από την πίεση για αποτελεσματικότερες υγειονομικές υπηρεσίες και υψηλότερο επίπεδο υγείας, καθώς και από την επιτακτική πλέον ανάγκη για βελτίωση της κατανομής των πόρων υγείας. Η άνθηση βέβαια της προβληματικής γύρω από τα παραπάνω ζητήματα, ώθησε σε σημαντικές οργανωτικο-διοικητικές και οικονομικο-διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στην χώρα μας, με σημείο τομή την μεταρρύθμιση που συνιστούσε η καθιέρωση του ΕΣΥ το 1983.

Η παρούσα μελέτη, συνιστά ένα εγχείρημα περιγραφής και ανάλυσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, με σημείο αναφοράς την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ και με έμφαση στο χρηματοδοτικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, ενώ ταυτόχρονα αποπειράται να εξηγήσει την ροπή προς την ιδιωτική κατανάλωση, η οποία στην χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλή.

Η επιλογή της μελέτης του χρηματοδοτικού πλαισίου που διέπει την λειτουργία του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας, κρίνεται ενδιαφέρουσα για δύο λόγους :

- η υιοθέτηση του κατάλληλου τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την μείωση των δαπανών και την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας στο σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας, αποτελεί κύρια προτεραιότητα της πολιτικής υγείας των περισσότερων ανεπτυγμένων κρατών.

- οι τρόποι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν βασικά επιστημονικά εργαλεία και βρίσκονται στο επίκεντρο των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων, φαινόμενο που χαρακτηρίζει και την Ελληνική εκδοχή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που μας απασχολεί στην παρούσα μελέτη.

Η επιλογή της εγκαθίδρυσης του ΕΣΥ σαν σημείο αναφοράς στην εξέλιξη του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, οφείλεται στο γεγονός ότι αφενός αποτελεί την πιο ουσιαστική προσπάθεια οργάνωσης και προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας και αφετέρου στο ότι η εκτίμηση των

αποτελεσμάτων της - μέρος των οποίων αξιολογείται στην παρούσα ανάλυση - βρίσκεται στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης τα τελευταία χρόνια.

2. Ερευνητικά ερωτήματα.

Η διατριβή επιχειρεί να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ τόσο σε επίπεδο χρηματοδότησης και κατανομής των πόρων υγείας σε γεωγραφικό επίπεδο, όσο και σε σχέση με την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας και την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών. Ειδικότερα, εξετάζονται τα χρηματοδοτικά δεδομένα ανά επίπεδο περίθαλψης και η διαθεσιμότητα των πόρων πριν και μετά τη μεταρρύθμιση, ενώ παράλληλα ερευνάται η πορεία των υγειονομικών δεικτών που αφορούν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, προσδόκιμο επιβίωσης κλπ). Ιδιαίτερη επίσης βαρύτητα έχει δοθεί στην μεταβολή των δημογραφικών δεδομένων, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση του σχετικού κόστους.

Τα παραπάνω δεδομένα που συνοπτικά αφορούν στην διαμόρφωση και κατανομή των δαπανών υγείας, των υγειονομικών πόρων, των δεικτών του επιπέδου υγείας και των δημογραφικών δεικτών, παρουσιάζονται τόσο ως προς την χωρική τους διάρθρωση στο εσωτερικό της χώρας, όσο και σε σύγκριση με τα αντίστοιχα διεθνή δεδομένα (Ευρώπη, ΟΟΣΑ). Με τον τρόπο αυτό, επιχειρείται η αξιολόγηση της περιφερειακής διάστασης του ΕΣΥ, καθώς και η αποτίμηση της θέσης της χώρας μας σε ότι αφορά στην διαθεσιμότητα των πόρων υγείας, καθώς και σε σχέση με το υγειονομικό προφίλ του πληθυσμού. Σημειώνουμε επίσης πως η εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, εξετάζεται στα γενικότερα πλαίσια της άσκησης κοινωνικής πολιτικής, ενώ η αντίστοιχη διαμόρφωση των κοινωνικών δαπανών σε σύγκριση με άλλες χώρες, προσεγγίζεται τόσο συνολικά, όσο και ανά κατηγορία παροχής.

Τέλος, η μελέτη των ιδιωτικών δαπανών υγείας η οποία αποτελεί την δεύτερη μεγάλη ενότητα της διατριβής, επιχειρεί να εξηγήσει - στα πλαίσια των ιδιομορφιών της αγοράς υγείας - την σημαντική ροπή προς την ιδιωτική κατανάλωση που παρατηρείται στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Η προσέγγιση γίνεται από την πλευρά της ζήτησης, όπου με την ανάλυση συγκεκριμένων κριτηρίων κατηγοριοποίησης των νοικοκυριών, επιχειρείται η ερμηνεία του φαινομένου της προσφυγής σε ίδιες πληρωμές, για την κατανάλωση ενός αγαθού το οποίο στα πλαίσια του ΕΣΥ παρέχεται δωρεάν. Η προσέγγιση αυτή αφορά τόσο στις συνολικές όσο και στις επιμέρους δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, τα οποία κατηγοριοποιούνται ως προς την γεωγραφική περιοχή εγκατάστασης (κατηγορία και συγκεκριμένη περιφέρεια), το εισόδημα, το μέγεθος και την σύνθεση, την επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού.

Η διατριβή εντάσσεται στην συζήτηση που τονίζει τις έντονες γεωγραφικές και κοινωνικο-οικονομικές υγειονομικές ανισότητες που αφορούν στην κατάσταση υγείας άλλα και στην κατανομή των υγειονομικών πόρων στον πληθυσμό. Η κεντρική της υπόθεση συνοψίζεται στο ότι παρά την σημαντική συμβολή της θεσμοθέτησης και εγκαθίδρυσης του ΕΣΥ, οι χωρικές και κοινωνικές ανισότητες ως προς την κατανάλωση των υπηρεσιών αλλά και ως προς τα υγειονομικά αποτελέσματα, εξακολουθούν να αποτελούν το κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας στην χώρα μας. Επιπρόσθετα, τα χρηματοδοτικά προβλήματα

σε συνδυασμό με την έλλειψη απαραίτητων πόρων, οδήγησαν στην διαμόρφωση μιας ιδιαίτερα αρνητικής εικόνας για την ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την προσφυγή ενός σημαντικού τμήματος της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα.

Στα πλαίσια της παραπάνω προβληματικής, η ανάλυση θέτει μια σειρά από ερωτήματα προς διερεύνηση, όπως :

- Ποιοί παράγοντες ευθύνονται για την καθυστέρηση της άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην χώρα μας και πως αποτυπώθηκε τελικά η ανάγκη για την υγειονομική μεταρρύθμιση στις αρχές της δεκαετίας του '80.

- Πώς αξιολογείται η θέση της χώρας μας σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης και του ΟΟΣΑ, σε σχέση με τις κοινωνικές δαπάνες, τις δαπάνες υγείας, την διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας και τα υγειονομικά αποτελέσματα πριν και μετά την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ.

- Ποιά είναι τα αποτελέσματα της εγκαθίδρυσης του ΕΣΥ σε σχέση με την περιφερειακή κατανομή και την προσπελασιμότητα του συστήματος και σε ποιο βαθμό συνέβαλε στην άρση των γεωγραφικών ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών, καθώς και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

- Ποιοί είναι οι παράγοντες που ωθούν τα άτομα στην κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με επιβάρυνση των ατομικών τους εισοδημάτων, τη στιγμή που οι υπηρεσίες στα πλαίσια του δημόσιου συστήματος παρέχονται δωρεάν.

3. Μεθοδολογία.

Η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα, επιχειρήθηκε να δοθεί ως προς το μεγαλύτερο μέρος της, με την επεξεργασία στατιστικών δεδομένων. Τα περισσότερα από τα δεδομένα αυτά προέρχονται από την ΕΣΥΕ όσο αφορά στον ελληνικό υγειονομικό τομέα, ενώ τα διεθνή δεδομένα αντλούνται κατά κύριο λόγο από τον ΟΟΣΑ. Η κάλυψη των κενών των παραπάνω πηγών, επιχειρήθηκε μέσα από εναλλακτικές πηγές όπως η Eurostat, η WHO, το Υπουργείο Οικονομικών, το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, το ΙΚΑ, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, η ICAP κ.α. Επισημαίνουμε πως κατά την προσφυγή στις παραπάνω πηγές, προέκυψε πολλές φορές ασυμφωνία των δεδομένων που αφορούν σε ίδια μεγέθη (πχ. δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως προς το ΑΕΠ), η οποία στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, εκτιμάται και ερμηνεύεται ως προς το μέγεθός της, ενώ παράλληλα αιτιολογείται η επιλογή της πλέον αξιόπιστης πηγής.

Όλα τα στοιχεία έχουν καταχωρηθεί σε ψηφιακή μορφή και έχουν επεξεργαστεί με τα προγράμματα Excel και SPSS. Σημειώνουμε, πως για την διευκόλυνση της ανάγνωσης και σύγκρισης των στοιχείων, οι περισσότεροι στατιστικοί πίνακες συνοδεύονται από το αντίστοιχο γράφημα, ενώ για την μη διακοπή της ροής του κειμένου, τα στατιστικά στοιχεία (πίνακες και γραφήματα), περιλαμβάνονται σε αυτό.

Όσο αφορά στην επισκόπηση δευτερογενών πηγών, ο κατάλογος των βιβλιογραφικών αναφορών περιλαμβάνει ελληνική και αγγλόφωνη βιβλιογραφία, δημοσιεύματα επιστημονικών περιοδικών και πρακτικά επιστημονικών συνεδρίων, ενώ κατά την εξέταση του θεσμικού πλαισίου εξέλιξης του ασφαλιστικού συστήματος και του συστήματος υγείας, χρησιμοποιήθηκαν τα ΦΕΚ όπου αναφέρονται τα σχετικά Νομοσχέδια και Προεδρικά Διατάγματα.

Η βιβλιογραφία εστιάζεται στις επιστημονικές περιοχές των Οικονομικών της Υγείας (Health Economics), ενώ λόγω της ευρύτητας του θέματος, συχνά επεκτείνεται σε ζητήματα που αφορούν σε παρεμφερείς περιοχές των Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών. Έτσι, είναι συχνές οι αναφορές σε ζητήματα Κοινωνικής Πολιτικής, Οικονομικής Θεωρίας, Οικονομικής Ιστορίας της Ελλάδας, Περιφερειακής Ανάπτυξης, Κοινωνιολογίας, Δημογραφίας κλπ.

4. Διάρθρωση της διατριβής.

Το υλικό της διατριβής κατανέμεται σε εννέα κεφάλαια, τα οποία είναι ταξινομημένα σε τρεις θεματικές ενότητες.

Η πρώτη θεματική ενότητα, ασχολείται με την θεωρητική προσέγγιση του αγαθού «υγεία» στα πλαίσια της άσκησης κοινωνικής πολιτικής, καθώς και με τα μοντέλα οργάνωσης των υγειονομικών συστημάτων και τις μεθόδους αξιολόγησής τους, με κριτήριο τις αρχές της ισότητας και αποδοτικότητας. Αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο, επιχειρεί μια συνοπτική κριτική επισκόπηση των βασικών προσεγγίσεων που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με την υγεία, οι οποίες συνδέονται με τις αντιλήψεις που αφορούν στο κράτος-πρόνοιας και στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Παρουσιάζονται τα βασικά σημεία και η κριτική που έχει διατυπωθεί γύρω από τις προσεγγίσεις της υγείας ως ιδιωτικό και ως δημόσιο αγαθό. Παράλληλα, αποπειράται μια παρουσίαση της στάσης των θεωριών αυτών απέναντι στο κράτος - πρόνοιας, με το σκεπτικό ότι οι εξελίξεις των αντιλήψεων για την κοινωνική πολιτική γενικότερα, επηρέασαν σημαντικά τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν τις τελευταίες δεκαετίες.

Το δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρεται στα επικρατέστερα μοντέλα συστημάτων υγείας, στην θεωρητική τους θεμελίωση, καθώς και στη δομή και τη λειτουργία τους. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται και το πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των συστημάτων αυτών στη λογική του κράτους - πρόνοιας, ενώ επιχειρείται και μια ευρύτερη προσέγγισή τους στα πλαίσια της γενικότερης ανάπτυξης των συστημάτων κοινωνικών ασφαλίσεων.

Το τρίτο κεφάλαιο, αναλύει τους επικρατέστερους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς των συστημάτων υγείας, με προσέγγιση των πηγών των κεφαλαίων και των τρόπων αποζημίωσης των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας (ιατροί – νοσοκομεία). Επίσης, γίνεται αναφορά σε εναλλακτικά μοντέλα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από την διεθνή εμπειρία, ενώ εξετάζονται οι επικρατέστερες προτάσεις για την μείωση του κόστους των υπηρεσιών, με κύρια την πρόταση για προώθηση του ελεγχόμενου ανταγωνισμού στα συστήματα υγείας.

Το τέταρτο κεφάλαιο, αναλύει τις μεθόδους αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων και των συστημάτων υγείας, καθώς και τους επικρατέστερους

στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία δείκτες υγείας, μερικοί από τους οποίους χρησιμοποιούνται στο εμπειρικό τμήμα της μελέτης. Παράλληλα, γίνεται αναφορά στις έννοιες της αποδοτικότητας και της ισότητας, οι οποίες αφενός έχουν απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό την επιστημονική σκέψη γύρω από τους στόχους των συστημάτων υγείας και αφετέρου αποτελούν την αφετηρία της παρούσας ανάλυσης, κατά την μελέτη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην παρουσίαση της ελληνικής πραγματικότητας στον χώρο της ανάπτυξης του ασφαλιστικού συστήματος και του συστήματος υγείας, η οποία επιμερίζεται σε τρία κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζει την διαχρονική εξέλιξη του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα, αναλύοντας το γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον στα πλαίσια του οποίου αναπτύχθηκε. Παράλληλα, επιχειρείται μια παρουσίαση των οργανωτικών δομών του ασφαλιστικού συστήματος στην χώρα μας και μια αξιολόγηση του επιπέδου των παροχών, σε συνάρτηση με τον πολυδάπανο χαρακτήρα του. Επίσης, παρουσιάζονται οι κοινωνικές δαπάνες στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ εξετάζεται η κρίση του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων διεθνώς και ο συνεχώς διευρυμένος ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης.

Το δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρεται στην εξέλιξη και τα χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα πριν την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ. Αρχικά, επιχειρείται μια ιστορική αναδρομή στην υγειονομική πολιτική που ασκήθηκε στην χώρα μας, από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα μέχρι την δεκαετία του 1970. Στη συνέχεια η ανάλυση επικεντρώνεται στην μεταπολεμική περίοδο και περιλαμβάνει διεθνείς συγκρίσεις για την εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών και των δαπανών υγείας, αναλυτική παρουσίαση της περιφερειακής διάρθρωσης των πόρων υγείας στην χώρα μας, καθώς και ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων και των δεικτών που αποτυπώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Οι πόροι υγείας που αφορούν στην στελέχωση των υπηρεσιών με ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, συγκρίνονται διαπεριφερειακά, καθώς και σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης και του ΟΟΣΑ. Παράλληλα, εξετάζεται το θεσμικό πλαίσιο που διέπει την λειτουργία του υγειονομικού τομέα σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης, με σκοπό να αποτυπωθούν τα προβλήματα επάρκειας, προσπελασιμότητας και ανισοτήτων, που οδήγησαν στην διατύπωση της ανάγκης για την υγειονομική μεταρρύθμιση που ακολούθησε.

Το τρίτο κεφάλαιο, ασχολείται με τις παραμέτρους και τα αποτελέσματα της εγκαθίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με κεντρικούς άξονες το χρηματοδοτικό πλαίσιο και την περιφερειακή διάρθρωση των υπηρεσιών. Αρχικά, σκιαγραφείται η πορεία προς την υγειονομική μεταρρύθμιση με την αναφορά των κυριότερων προτάσεων-σχεδίων για την αναμόρφωση του υγειονομικού τομέα, ενώ στην ίδια ενότητα, περιγράφεται το θεσμικό πλαίσιο της εγκαθίδρυσης του ΕΣΥ καθώς και οι μετέπειτα παρεμβάσεις για τον εκσυγχρονισμό του. Στη συνέχεια ακολουθεί η εμπειρική προσέγγιση της μεταρρύθμισης, αφού πρώτα έχει περιγραφεί το γενικότερο πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής που όπως τονίζεται, αναπτύσσεται στη χώρα μας με σημαντική καθυστέρηση.

Στο τμήμα αυτό της μελέτης, αναλύεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην χώρα μας και ειδικότερα οι πηγές, η διάρθρωση και η σύνθεση των δαπανών υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης. Τα δεδομένα αυτά, συγκρίνονται με τα αντίστοιχα των χωρών μελών του ΟΟΣΑ, απ' όπου προκύπτει μια σημαντική αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, με αξιοσημείωτο το ποσοστό συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών. Παράλληλα, σημειώνεται το μεγάλο μέγεθος των παραοικονομικών δραστηριοτήτων στον υγειονομικό τομέα, γεγονός που πρακτικά σημαίνει πως οι πραγματικές δαπάνες υγείας στην χώρα μας είναι μεγαλύτερες από αυτές που αναφέρονται στα επίσημα στοιχεία.

Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται ακόμη εκτεταμένη αναφορά στην περιφερειακή διάρθρωση των πόρων υγείας (ανθρώπινο δυναμικό και υλικοί πόροι) σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης, με σκοπό την αξιολόγηση της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, όσο αφορά στην βελτίωση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο. Παράλληλα, εξετάζονται τα υγειονομικά αποτελέσματα της πολιτικής αυτής μέσα από την μελέτη των υγειονομικών δεικτών (θνησιμότητα, νοσηρότητα κλπ), οι οποίοι βέβαια συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τον τρόπο ζωής που υιοθετούν τα άτομα στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, ο οποίος σε μεγάλο βαθμό αντανακλά την γενικότερη κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη των περιφερειών.

Σημειώνουμε πως τόσο οι δείκτες προσφοράς των υπηρεσιών υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης, όσο και οι δείκτες που αποτυπώνουν το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, παρατίθενται σε σύγκριση με αντίστοιχα διεθνή δεδομένα, ώστε να αποτυπωθεί με ακρίβεια η αποδοτικότητα και η προσπελασιμότητα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, καθώς και το υγειονομικό πρότυπο που χαρακτηρίζει τον πληθυσμό της χώρας μας.

Το τρίτο μέρος της διατριβής, επικεντρώνεται στην μελέτη της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά, με επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων. Αποτελείται από δύο κεφάλαια, εκ των οποίων το δεύτερο επιχειρεί να συνοψίσει τα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης που προηγείται, σε συνδυασμό με τα συμπεράσματα των προηγούμενων κεφαλαίων.

Το πρώτο κεφάλαιο, καλείται να απαντήσει στο ερώτημα σχετικά με το ποιοι είναι οι παράγοντες που ωθούν τα νοικοκυριά στην Ελλάδα να προβαίνουν σε ίδιες πληρωμές για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, τη στιγμή που στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν. Έτσι, μελετάται το προφίλ των νοικοκυριών σε σχέση με τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, μέσα από μια διμεταβλητή ανάλυση, που στηρίζεται στα στοιχεία που προκύπτουν από τις Έρευνες των Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ (1981-82, 1987-88 και 1993-94).

Στα πλαίσια της διμεταβλητής αυτής ανάλυσης, ερευνάται η αιτιότητα μεταξύ του επιπέδου της ιδιωτικής κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και διαφόρων στοιχείων που διαμορφώνουν το προφίλ των νοικοκυριών της χώρας μας. Τα στοιχεία αυτά, αφορούν στο εισόδημα, στην γεωγραφική περιοχή εγκατάστασης, στο μέγεθος και την σύνθεση του νοικοκυριού, καθώς και στην επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του υπεύθυνου. Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στην επίδραση που ασκεί στην κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών

υγείας ο βαθμός ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ παράλληλα, παρουσιάζεται η εξέλιξη των γενικότερων καταναλωτικών προτύπων των νοικοκυριών της χώρας μας, σε συνάρτηση με την διακύμανση της αναλογίας των δαπανών υγείας σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες.

Η μελέτη των παραπάνω στοιχείων αφορά στο διάστημα 1981-1994, η επιλογή του οποίου αφενός εξυπηρετεί την σκοπιμότητα της απεικόνισης των τάσεων στην ιδιωτική κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας για όλο αυτό το κρίσιμο διάστημα των υγειονομικών μετασχηματισμών και αφετέρου δίνει την δυνατότητα σύγκρισης με τα στοιχεία του προηγούμενου κεφαλαίου - στο οποίο εξετάστηκε η ίδια σειρά ετών - με σκοπό την διερεύνηση των συσχετισμών της προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών στα πλαίσια του ΕΣΥ και της ροπής προς την ιδιωτική κατανάλωση.

Το δεύτερο αυτό εμπειρικό τμήμα της διατριβής, αναλύει και τις επιμέρους δαπάνες υγείας των νοικοκυριών (για ιατρική, οδοντιατρική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη) με την χρήση των παραπάνω κριτηρίων κατηγοριοποίησης των τελευταίων, εμβαθύνοντας ακόμη περισσότερο στα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής κατανάλωσης για υπηρεσίες υγείας. Η μελέτη αυτή των υποομάδων δαπάνης, βασίζεται στην τελευταία (ανέκδοτη) Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ (1993-1994), ερμηνεύοντας την διαφορετική όπως προκύπτει καταναλωτική στάση των νοικοκυριών, ως προς τις επιμέρους υπηρεσίες υγείας.

Τέλος στο δεύτερο κεφάλαιο του τμήματος αυτού, σχολιάζονται οι συμπερασματικές παρατηρήσεις της διατριβής, μέσα από την σύνθεση των επιμέρους αναλύσεων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο τρίπτυχο : δαπάνες υγείας - περιφερειακή διάρθρωση των πόρων υγείας και κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας των νοικοκυριών. Η επισκόπηση των παραπάνω στοιχείων, αποκαλύπτει τα κεντρικά προβλήματα της συνεχούς αύξησης των δαπανών υγείας, της συντήρησης των περιφερειακών ανισοτήτων - παρά τις βελτιώσεις στους δείκτες επάρκειας των υπηρεσιών που επέφερε η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ - και της υψηλής συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας, μέσα από την αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών και της παραοικονομίας.

Με βάση τα παραπάνω, διερευνάται το κατά πόσο η αύξηση στην ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας οφείλεται στον τρόπο κατανομής των υγειονομικών πόρων - απ' τον οποίο προκύπτουν αγεφύρωτες ανισότητες ως προς την παρεχόμενη περίθαλψη στις διάφορες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες και στις διάφορες περιφέρειες της χώρας - και στην αδυναμία του χρηματοδοτικού συστήματος να συμβάλει στην μείωση του κόστους και στην βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας στην χώρα μας.

Ακολουθεί αναλυτικός κατάλογος των βιβλιογραφικών αναφορών, ο οποίος περιλαμβάνει :

i. ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

ii. ελληνόγλωσση βιβλιογραφία.

iii. πηγές στατιστικών στοιχείων.

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση και ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον Επίκουρο Καθηγητή Σταύρο Ιωαννίδη, ο οποίος ως επιβλέπων της διατριβής, με βοήθησε σημαντικά με τις επιστημονικές του παρεμβάσεις και παρατηρήσεις, ώστε να προσεγγίσω τα θέματα που διαπραγματεύεται η παρούσα μελέτη, με την μέγιστη δυνατή επιστημονική διάθεση.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και στα άλλα δύο μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής, στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ξανθή Πετρινιώτη και στον Επίκουρο Καθηγητή Μανόλη Αγγελίδη.

Ευχαριστίες επίσης εκφράζονται προς την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Όλγα Στασινοπούλου, η οποία με την διδασκαλία της μου ενέπνευσε το ενδιαφέρον για το επιστημονικό πεδίο της κοινωνικής πολιτικής, ενώ επιπρόσθετα με βοήθησε σημαντικά με τις κριτικές της παρατηρήσεις και παρεμβάσεις, στην πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης. Για τον ίδιο λόγο, εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στον Καθηγητή Γιάννη Κυριόπουλο, ο οποίος με εισήγαγε στην επιστήμη των οικονομικών της υγείας και μέσα από μια ειλικρινή συνεργασία, συμβάλει στην επιστημονική μου εξέλιξη στον τομέα αυτό.

Τέλος, ευχαριστίες εκφράζονται προς την Στατιστικό Ευγενία Γεωργούση, για την θετική της συμβολή και τις επισημάνσεις της στο εμπειρικό τμήμα της μελέτης.

Κυριάκος Σουλιώτης
Αθήνα 2000

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ

1.1. Εισαγωγικά.

Στην πορεία της κοινωνικοοικονομικής εξέλιξης, εμφανίστηκαν διάφορες και ποικίλες εκδοχές αναφορικά με το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας, οι οποίες ήταν άμεσα συνδεδεμένες με τις διαφορετικές κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν σε διάφορες περιόδους. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις στο ζήτημα του προσδιορισμού της υγείας σε θεωρητικό επίπεδο, έλαβαν ιδιαίτερα μετά τις αρχές του 18ου αιώνα διαστάσεις θεωρητικής διαμάχης, με αφορμή τον εννοιολογικό χαρακτήρα της υγείας, ενώ αρκετά χρόνια αργότερα, η διαμάχη αυτή μετατοπίστηκε στην οικονομική διάσταση του εν λόγω αγαθού, με αφορμή την αδυναμία χρηματοδότησης των υψηλών δαπανών υγείας των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων.

Έτσι, οι θεωρητικές αυτές αναζητήσεις λόγω της άμεσης σχέσης τους με την ουσία του παραπάνω προβληματισμού η οποία δεν είναι άλλη παρά η προσπάθεια για διατήρηση, βελτίωση και αναπαραγωγή της ανθρώπινης ζωής, εκφράζουν και τις πολιτικές προτεραιότητες και επιλογές για την οργάνωση των υγειονομικών συστημάτων που επιδιώκουν την επίτευξη του παραπάνω στόχου με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.[1]

Ο περιορισμός αυτός του κόστους, αποκτά τα τελευταία χρόνια ολοένα και μεγαλύτερη βαρύτητα στον γενικότερο προβληματισμό για τις υπηρεσίες υγείας, λόγω ακριβώς της αυξητικής τάσης που χαρακτηρίζει τις δαπάνες για τις υπηρεσίες αυτές, τη στιγμή που το επίπεδο υγείας των πληθυσμών δεν παρουσιάζει ανάλογη βελτίωση. Η αναφορά λοιπόν στις θεωρητικές αυτές αναζητήσεις που αφορούν στο περιεχόμενο της υγείας τόσο ως κατάσταση όσο και ως σύστημα υπηρεσιών, ενδιαφέρει ιδιαίτερα, λόγω του ότι με αφετηρία τις κυρίαρχες απόψεις, οδηγούμαστε σε αντίστοιχες πολιτικές και μορφές υγειονομικών συστημάτων.

Ενώ λοιπόν η μελέτη της θεωρητικής διάστασης του αγαθού υγεία έχει να επιδείξει μια σειρά από διαφορετικές προσεγγίσεις (Παραδοσιακή Ιατρική, Ατομική, Μαρξιστική, Κοινωνικο-οικολογική κλπ), [2] στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, θα επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στην οικονομική προσέγγιση, [3] η οποία

---

[1] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 28, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[2] Για μια αναλυτική παρουσίαση των εννοιολογικών προσεγγίσεων της υγείας, βλ. Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 7-28, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[3] Νιάκας Δ. (1993) βλ. υποσ. 2, σελ. 14.

περιλαμβάνει τις απόψεις δύο οικονομικών σχολών με επίκεντρο της αντιπαράθεσης τον χαρακτηρισμό της υγείας είτε σαν ιδιωτικό είτε σαν δημόσιο αγαθό.

Ο προβληματισμός αυτός, αποτελεί και την αφετηρία της συγκρότησης και οργάνωσης των πολιτικών υγείας και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη χρηματοδότηση και την λειτουργία των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων. Τα ιδεολογικά δε επιχειρήματα των δύο κυρίαρχων τάσεων στο πεδίο των θεωρητικών συγκρούσεων για την υγεία και την υγειονομική πολιτική, επικεντρώνονται στο βασικό ερώτημα θεωρητικού αλλά και πολιτικού χαρακτήρα, που αφορά στην επιλογή ανάμεσα στην εμπλοκή του κράτους στον υγειονομικό τομέα και στην εισαγωγή κανόνων αγοράς και ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας.

Η σύνδεση αυτής της θεωρητικής διαμάχης και των τάσεων που επικρατούν σε ιδεολογικό επίπεδο, με τις πολιτικές υγείας που υιοθετούνται, έγινε ιδιαίτερα αισθητή στην χώρα μας όπου επιχειρήθηκαν δύο αντίθετες μεταρρυθμίσεις σε επίπεδο υγειονομικής πολιτικής. Ειδικότερα, η επικράτηση απόψεων που ευνοούσαν την κρατική παρέμβαση και τον δημόσιο χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, οδήγησαν στις αρχές της δεκαετίας του '80 στην συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενώ αντίθετα, η ιδεολογική επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού που ακολούθησε στις αρχές της δεκαετίας του '90, μεταφράστηκε στον υγειονομικό τομέα, με πολιτικές ενθάρρυνσης της ιδιωτικοποίησης και μεταφορά μέρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς. [4]

Για το λόγο αυτό, κρίνεται σκόπιμη μια ευρύτερη παρουσίαση των επί μέρους απόψεων που συνοδεύουν τις κυρίαρχες αντιλήψεις για την υγεία, η οποία αντιμετωπίζεται είτε σαν δημόσιο είτε σαν ιδιωτικό αγαθό, καθώς και του τρόπου με τον οποίο θεμελιώνονται οι παραπάνω θέσεις. Στα πλαίσια λοιπόν του προβληματισμού για την φύση του αγαθού υγεία, θα εξετάσουμε πριν από το διαχωρισμό ιδιωτικού – δημοσίου, τα βασικά ερωτήματα που θέτει η λειτουργική - οικονομική προσέγγιση.

Η προσέγγιση αυτή επικεντρώνει τον προβληματισμό της στα πλαίσια της σχέσης υγείας και ανθρωπίνου κεφαλαίου με την έννοια ότι για την συνέχιση της παραγωγικής διαδικασίας - βασικός συντελεστής της οποίας είναι το ανθρώπινο κεφάλαιο - απαιτείται ένα συγκεκριμένο επίπεδο υγείας, [5] ενώ ταυτόχρονα η οικονομική ανάπτυξη οδηγεί σε αυξημένο βιοτικό επίπεδο με σημαντικές επιπτώσεις και στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. Υπό το πρίσμα λοιπόν της γενικά παραδεκτής αντίληψης ότι η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης, [6] ως επίκεντρο της σύγκρουσης μεταξύ των δύο κυριότερων σχολών οικονομικής σκέψης, εμφανίζεται το ερώτημα αν η υγεία είναι ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό και κατ΄ επέκταση η επιλογή του χρηματοδότη και του προμηθευτή των υγειονομικών υπηρεσιών.

---

[4] Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 15, Θεμέλιο, Αθήνα.

[5] Grossman M. (1972) *«On the Concept of Health Capital and the Demand for Health»* p.223, Journal of Political Economy, 80, No 2.

[6] Η σχέση βέβαια υγείας και ανάπτυξης είναι αμφίδρομη, με την έννοια ότι από τη μια η ασθένεια δεν επιτρέπει στον άνθρωπο να συνεισφέρει στην παραγωγική διαδικασία αποτελώντας τελικά εμπόδιο στην διαδικασία της ανάπτυξης, ενώ από την άλλη, η οικονομική ανάπτυξη συμβάλλει στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην κοινωνική πρόοδο και στην ευημερία των ατόμων, παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται και το επίπεδο υγείας. Βλ. WHO (1978) *«Global Strategy for Health for All by the year 2000»*, Geneva.

1.2. Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό. Η φιλελεύθερη προσέγγιση.

Στα πλαίσια της άποψης που αντιλαμβάνεται την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό που υπόκειται στους νόμους της αγοράς με μηχανισμούς και φορείς προσφοράς και ζήτησης - νοσοκομεία, ιατροί και καταναλωτές αντίστοιχα - θεωρείται ότι διαμορφώνεται ένα σύστημα τιμών που εξασφαλίζει την άριστη ισορροπία στην εν λόγω αγορά. Οι καταναλωτές θεωρούνται ορθολογικοί, γεγονός που σημαίνει πως η αναμενόμενη από αυτούς συμπεριφορά, είναι να αυξάνουν την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, μέχρι το σημείο εκείνο στο οποίο εξασφαλίζουν την μέγιστη δυνατή χρησιμότητα .

Με στόχο λοιπόν την αποδοτική και οικονομικά άριστη κατανομή των υγειονομικών πόρων, υποστηρίχθηκε ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό και όπως συμβαίνει με όλα τα ιδιωτικά αγαθά, θα μπορούσε να αφεθεί στις δυνάμεις της αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού. [7] Η κρατική παρέμβαση οφείλει να περιοριστεί σε μέτρα ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινωνικού συνόλου πάνω σε θέματα υγείας και με το σκεπτικό ότι οι ατομικές συμπεριφορές, έχουν σημαντικό μερίδιο ευθύνης στα υγειονομικά προβλήματα, υποστηρίχθηκε ότι το κράτος δεν είναι υποχρεωμένο να αναλάβει την κάλυψη του κόστους των επιβλαβών συμπεριφορών των ίδιων των ατόμων. [8]

Σχετικά με το απαραίτητο στοιχείο της πληροφόρησης που χρειάζεται να έχει ο καταναλωτής στα πλαίσια του ελεύθερου ανταγωνισμού - το οποίο αποτελεί αφετηρία των ενστάσεων πάνω στην συγκεκριμένη αντίληψη - η φιλελεύθερη προσέγγιση θεωρεί ότι οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να γνωρίζουν :

α)τα υγειονομικά τους προβλήματα και τις υπηρεσίες που πρέπει να καταναλώσουν και

β)την αγορά των υπηρεσιών, ώστε να επιλέξουν την ποσότητα που απαιτείται και να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που διατίθενται στην αγορά.

Έτσι, στα πλαίσια της φιλελεύθερης προσέγγισης, ο καταναλωτής εκδηλώνει την ζήτησή του για υγειονομικές υπηρεσίες πληρώνοντας γι΄ αυτές κάποια τιμή στους προμηθευτές των υπηρεσιών, όπως ακριβώς συμβαίνει και με οποιοδήποτε άλλο αγαθό. Οι τιμές διαμορφώνονται στην ελεύθερη αγορά, δίχως την κρατική παρέμβαση. [9]

Οι απόψεις αυτές για την υγεία και την ελεύθερη λειτουργία της αγοράς των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της παραδοσιακής οικονομικής σχολής - της οποίας

---

[7] Lees D. (1960) *«The Economics of Health Services»* p. 132-140, Lloyds Bank Review, No 56.

[8] Fuchs V. (1986) *«The Health Economy»*, Harvard University Press.

[9] Μια πιο ακραία εκδοχή της φιλελεύθερης προσέγγισης, παρακάμπτει την αναγκαιότητα της πληροφόρησης, υποστηρίζοντας ότι αυτή δεν είναι απαραίτητη και επισημαίνει πως η μονοπωλιακή δύναμη του ιατρικού σώματος, στερεί από την αγορά των υπηρεσιών υγείας ένα βασικό στοιχείο ανταγωνισμού, την ελεύθερη είσοδο νέων προμηθευτών. Η κριτική μάλιστα αυτής της εκδοχής στο ιατρικό σώμα, φτάνει στο σημείο να αναφέρεται στην ανάγκη της απελευθέρωσης ως προς την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, με στόχο την επίτευξη των συνθηκών του ανταγωνισμού. Βλ. Friedman M. (1962) *«Capitalism and Freedom»*, The University of Chicago Press, Chicago.

σημερινή εκδοχή αποτελούν οι νεοφιλελεύθεροι [10] - ευδοκίμησαν ιδιαίτερα έπειτα από την κρίση του κράτους πρόνοιας κατά τα μέσα της δεκαετίας του '70, κατά την οποία τέθηκε σε αμφισβήτηση όλο το οικοδόμημα που βασίστηκε στην ενεργή κρατική παρέμβαση. Κάτω από αυτήν την ευνοϊκή για τους νεοφιλελεύθερους συγκυρία, υποστηρίχθηκε ότι σ΄ ένα ιδιωτικό σύστημα υγείας, θα μπορούσε να επιτευχθεί η μείωση του κόστους των υπηρεσιών, ενώ θα μπορούσαν επίσης να ελαχιστοποιηθούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα χρηματοδοτικά προβλήματα, τα οποία εμφανίζονται στα συστήματα που λειτουργούν κάτω από κρατικό φορέα. [11]

1.3. Οι νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις για το κράτος - πρόνοιας.

Η ιδεολογική κυριαρχία του νεοφιλελευθερισμού, συνέπεσε με την κρίση που αντιμετώπιζε από τα μέσα της δεκαετίας του '70 το κοινωνικό κράτος, κυρίως λόγω των σημαντικών χρηματοδοτικών προβλημάτων που παρουσίαζε. Αποτέλεσμα της κρίσης αυτής ήταν να τεθεί υπό αμφισβήτηση όλο αυτό το υπόδειγμα του κράτους - πρόνοιας, το οποίο χαρακτηριζόταν από τη διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους και σύμφωνα με το οποίο μια δέσμη κοινωνικών υπηρεσιών παράγονται και παρέχονται από το κράτος, με κριτήριο την ανάγκη. [12]

Η νεοφιλελεύθερη επίθεση που δέχτηκε το κοινωνικό κράτος κατά την περίοδο αυτή, στηρίχθηκε ιδεολογικά στον έντονα γραφειοκρατικό και υπερβολικά δαπανηρό χαρακτήρα του συστήματος, στον περιορισμό της δυνατότητας του ατόμου για ελευθερία επιλογής - τόσο του φορέα όσο και του είδους της υπηρεσίας που θα του παραχθεί - αλλά και στις επιμέρους αδυναμίες που προέκυψαν κατά την εφαρμογή του.[13] Η αμφισβήτηση λοιπόν της νεοφιλελεύθερης κριτικής προς το κοινωνικό κράτος, συμπεριλάμβανε όλα τα συστατικά του στοιχεία : α)την κεϋνσιανή ρύθμιση, β)αναδιανεμητική λειτουργία, γ)την θεσμική του οργάνωση, δ)τις ηθικές του επιπτώσεις, ε)τις διεθνείς προεκτάσεις του. [14]

Το θεωρητικό αυτό ρεύμα - το οποίο προσεγγίζουμε ως «νέα δεξιά» - βασίστηκε στις απόψεις των Friedman και Hayek, [15] οι οποίες παρουσιάζουν το κράτος πρόνοιας ως αντιφιλελεύθερο, πατερναλιστικό, αναποτελεσματικό και δαπανηρό, λόγω

---

[10] Για μια αναλυτική παρουσίαση της επιχειρηματολογίας στο θέμα της κατάταξης των υπηρεσιών υγείας στα ιδιωτικά αγαθά, που πρέπει να διακινούνται ελεύθερα στην αγορά με βάση τον μηχανισμό των τιμών, βλ. Lees D. (1960) *«The Economics of Health Services»* p. 132-158, Lloyds Bank Review, No 56.

[11] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 34, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[12] OECD (1981) *«The welfare state in crisis»* p. 5-6, Paris.

[13] Στασινοπούλου Ολ. (1992) *«Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις»* σελ. 20, 80-81, Gutenberg, Αθήνα.

[14] Βούλγαρης Γ. (1994) *«Φιλελευθερισμός, Συντηρητισμός, Κοινωνικό Κράτος 1973 - 1990. Ανάλυση και κριτική των χαρακτηριστικών ρευμάτων»* σελ. 24-25, Θεμέλιο, Αθήνα.

[15] Βλ. Friedman M. (1962) *«Capitalism and Freedom»*, The University of Chicago Press, Chicago και Hayek F. (1978) *«New Studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas»*, The University of Chicago Press, Chicago.

ακριβώς της ταύτισής του με έναν διογκωμένο κρατικό μηχανισμό.[16] Σύμφωνα με τις αντιλήψεις αυτές, το κοινωνικό κράτος δίνοντας έμφαση στην ισότητα και την αναδιανομή, λειτούργησε - δημιουργώντας έναν μη αποδοτικό γραφειοκρατικό μηχανισμό - σε βάρος της οικονομικής παραγωγικότητας. [17]

Τονίζοντας ιδιαίτερα την ανακολουθία μεταξύ του υψηλού κόστους και των μη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων, η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση επισημαίνει πως η χρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας μέσω της υψηλής φορολογίας, αποθαρρύνει τις επενδύσεις και την δραστηριότητα της παραγωγής [18] και τελικά ενώ τα χρήματα που δίνουν οι φορολογούμενοι είναι πολλά, αυτά που φτάνουν στους χρήστες και ειδικότερα σε αυτούς που τα έχουν περισσότερη ανάγκη, είναι λίγα. [19]

Η κρίση του μοντέλου του κράτους-πρόνοιας, εκλαμβάνεται ως ένα πολλαπλό φαινόμενο με δύο βασικές συνιστώσες [20] :

α)την δημοσιονομική, η οποία παραπέμπει στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους και

β)την οικονομική, η οποία συνίσταται τόσο στην αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών όσο και στην αποθάρρυνση των επενδύσεων και του ιδιωτικού τομέα γενικότερα. [21]

Συνοπτικά, τα επιχειρήματα της νεοφιλελεύθερης παράδοσης γύρω από την αμφισβήτηση του κοινωνικού κράτους, είχαν ως αφετηρία [22] :

- Την αναποτελεσματικότητα του κράτους ως προς την εξάλειψη της φτώχειας και των ανισοτήτων.

---

[16] Mishra R. (1985) *«The Welfare State in Crisis»,* Open University Press.

[17] Για μια αναλυτική παρουσίαση της νεοφιλελεύθερης κριτικής για το κοινωνικό κράτος, βλ. Βούλγαρης Γ. (1994) *«Φιλελευθερισμός, Συντηρητισμός, Κοινωνικό Κράτος 1973 - 1990. Ανάλυση και κριτική των χαρακτηριστικών ρευμάτων»* σελ. 23-25, Θεμέλιο, Αθήνα.

[18] Offe C. (1984) *«Contradictions of the Welfare State»,* «Hutchinson», London.

[19] Βούλγαρης Γ. (1994) βλ. υποσ. 17, σελ. 29.

[20] Πέρα από την δημοσιοοικονομική διάσταση της κρίσης, ιδιαίτερη κριτική απέναντι στο κράτος πρόνοιας ασκήθηκε και σε άλλες βάσεις, όπως αυτή της σχέσης κεντρικού-τοπικού όπου η ανάληψη σε τοπικό επίπεδο ενός ευρύτατου φάσματος κοινωνικών πολιτικών σε διάφορους τομείς, θεωρήθηκε ως αναποτελεσματική και μη ελεγχόμενη και κατηγορήθηκε ότι εξυπηρετεί τα συμφέροντα της τοπικής γραφειοκρατίας και των συνδεδεμένων με αυτήν κοινωνικο-οικονομικών συμφερόντων. Βλ. Γετίμης Π. (1993*) «Κοινωνικές Πολιτικές και Τοπικό Κράτος»* σελ. 94-102, στο Γετίμης Π., Γράβαρης Δ. (1993) *«Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική : Η Σύγχρονη Προβληματική»,* Θεμέλιο, Αθήνα.

[21] Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) *«Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας»* σελ. 20, 23-24, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

[22] Wilding P. επιμ. (1986) *«In defence of the welfare state»,* αναφορά στο Σακελλαρόπουλος Θ. (1999) *«Αναζητώντας το νέο κοινωνικό κράτος»* σελ. 36, στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999*) «Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους»,* Κριτική, Αθήνα.

- Την λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών περισσότερο υπέρ της μεσαίας τάξης και λιγότερο υπέρ των φτωχών που έχουν και μεγαλύτερες ανάγκες.

- Την μετατροπή των κοινωνικών προγραμμάτων σε μέτρα κοινωνικού ελέγχου.

- Το υψηλό κόστος των κοινωνικών προγραμμάτων που προήρθε από την έλλειψη ανταγωνισμού και κινήτρων

- Την μείωση της οικονομικής ανάπτυξης και των επενδύσεων, λόγω της υψηλής φορολογίας που ήταν απαραίτητη για την χρηματοδότηση των κοινωνικών παροχών.

- Την ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων και ομάδων συμφερόντων γύρω από το κοινωνικό κράτος.

- Τον περιορισμό της ελευθερίας των επιλογών και την ενίσχυση των συγκεντρωτικών και γραφειοκρατικών δομών.

- Την μείωση της υπευθυνότητας και την αύξηση της εξάρτησης του ατόμου από το κοινωνικό κράτος. [23]

Στόχος της νεοφιλελεύθερης αυτής κριτικής για το κράτος πρόνοιας, ήταν σε επίπεδο πολιτικών, αρχικά η αποδυνάμωση του δημόσιου χαρακτήρα των βασικών παραμέτρων του κοινωνικού κράτους - όπως είναι η υγεία - και τελικά η συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας μέσω της αυξανόμενης ιδιωτικοποίησης των κοινωνικών υπηρεσιών. [24]

Οι απόψεις αυτές, βρήκαν πολιτική έκφραση κυρίως στις κυβερνήσεις των Θάτσερ [25] και Ρήγκαν στην Μ. Βρετανία και στις ΗΠΑ αντίστοιχα. Πρωταρχικός

[23] Στην επιστημονική συζήτηση υπάρχει έντονος προβληματισμός για το κατά πόσο για παράδειγμα η θεσμοποιημένη παροχή επιδομάτων σε ανέργους λειτουργεί διορθωτικά ή αναπαραγωγικά στην διαιώνιση του προβλήματός τους ή η παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών με προϋπόθεση την προσφορά εργασίας από τα άτομα, συνδράμει στην άρση ή τελικά επιβαρύνει την εξαρτημένη τους σχέση με το κράτος, που συνίσταται πολλές φορές στην αναγκαστική προσφορά εργασίας μη κατοχυρωμένης εργασίας, συνήθως σε επίπεδο τοπικών κοινοτήτων. Βλ. Γεωργιάδου Β. (1992) *«Τα όρια του συστήματος της κοινωνικής ασφάλειας και η "Νέα Αρωγή"»*σελ. 79-88, στο Συλλογικό Έργο (1992) *«Συντηρητισμός, Φιλελευθερισμός, Σοσιαλισμός. Τα βασικά πολιτικά ρεύματα και οι απαντήσεις τους στα φλέγοντα προβλήματα της εποχής μας»* Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα.

[24] Κατά τη νεοφιλελεύθερη αντίληψη, η κοινωνικές παροχές και ειδικότερα η κοινωνική ασφάλιση, εκφράζουν την αυξημένη κρατική παρέμβαση στην αναπαραγωγική διαδικασία, εμποδίζοντας την ανάπτυξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και την ελεύθερη λειτουργία της αγοράς. Βλ. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1999*) «Το Σύστημα των Κοινωνικών Ασφαλίσεων στον Ορίζοντα του 2000»* σελ. 403, στο Σακελλαρόπουλος Θ. κ.α. (1999) *«Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους»*, Κριτική, Αθήνα.

[25] Στο σημείο όμως αυτό πρέπει να αναφέρουμε πως από μία άποψη, η διεύρυνση του ιδιωτικού δεν σημαίνει αυτόματα περιορισμό του δημόσιου. Ενδεικτικά, η απελευθέρωση της αγοράς, προϋπόθετε την ισχυροποίηση του κράτους και της κυβέρνησης μέσα από αυταρχικές και κεντρικά κατευθυνόμενες δομές, όπως στην περίπτωση της πολιτικής της Θάτσερ, η οποία στηρίχθηκε στην φόρμουλα free economy – strong state. Βλ. Βούλγαρης Γ. (1996) *«Δημόσιο και Ιδιωτικό μετά την Κρίση του Κοινωνικού Κράτους. Η Φιλελεύθερη και η Συντηρητική ανάλυση»* σελ. 111, στο *«Όρια και*

στόχος των πολιτικών που εφαρμόστηκαν, ήταν η περικοπή των κοινωνικών δαπανών, οι ιδιωτικοποιήσεις και η συνολικότερη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και λειτουργιών από το κράτος στον ιδιωτικό τομέα.

1.4. Κριτική των νεοφιλελεύθερων αντιλήψεων για την υγεία και το κράτος πρόνοιας.

Η ερμηνεία του κράτους πρόνοιας και της κρίσης του, με επιστημονική αφετηρία τη νεοφιλελεύθερη θεωρία, επικέντρωσε το ενδιαφέρον της στις οικονομικές αιτίες της κρίσης, χρησιμοποιώντας επιχειρήματα σχετικά με την δημιουργία αντικινήτρων ως προς την παραγωγή, την δυσβάσταχτη φορολογία και το αρνητικό για επενδύσεις κλίμα που δημιουργείται από την έντονη κρατική παρουσία.[26] Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η νεοφιλελεύθερη θεωρία περιορίζει την έννοια του κράτους πρόνοιας ταυτίζοντάς το με τις δημόσιες δαπάνες, οι οποίες βέβαια δεν συνιστούν αλλά αποτελούν μια μόνο παράμετρο του κοινωνικού κράτους. [27]

Επιπρόσθετα, η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση ταυτίζοντας το κράτος πρόνοιας με τα συστατικά του στοιχεία, επικεντρώνει την κριτική της στην αναποτελεσματικότητά του σε επιμέρους τομείς όπως η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση, μη λαμβάνοντας όσο θα έπρεπε υπόψη της το ότι η έννοια του κράτους-πρόνοιας συνίσταται σε ένα μοντέλο συνολικής οργάνωσης του «κοινωνικού». Ο τρόπος μάλιστα με τον οποίο προβάλλεται ο πολυδάπανος χαρακτήρας του κράτους-πρόνοιας μεταθέτει το πεδίο του προβληματισμού στις οικονομικές του διαστάσεις, αγνοώντας τις κατακτήσεις της κοινωνικής πολιτικής - ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας - [28] καθώς και τις περιπτώσεις κατά τις οποίες το κοινωνικό κράτος συνδυάστηκε στα πλαίσια της εκβιομηχάνισης και του καπιταλισμού, με έντονους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης. [29]

Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 5ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

[26] Οι περισσότερες βέβαια προσεγγίσεις αποδίδουν την κρίση του κράτους-πρόνοιας στην αναντιστοιχία της οικονομικής στενότητας λόγω της γενικότερης ύφεσης, με την αύξηση του κόστους των κοινωνικών παροχών. Βλ. Λαμπίρη - Δημάκη Ι. (1993) *«Η κρίση των σύγχρονων κρατών-πρόνοιας»* σελ. 16 στο Δουλκέρη Τ. επιμ. (1993) *«Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα»* Πρακτικά Διημερίδας του ελληνικού Τμήματος Γυναικείων Ερευνών», Παπαζήσης, Αθήνα. Κατά τον Abel Smith, η αύξηση αυτή του κόστους των κοινωνικών παροχών στα κράτη-πρόνοιας, αποδίδεται : α)στην επιμήκυνση του χρόνου εκπαίδευσης, β)στην γήρανση και στην βελτίωση των συνταξιοδοτικών παροχών, γ)στην εμφάνιση νέων μεθόδων στην περίθαλψη και κατ' επέκταση στην αύξηση του κόστους της, δ)στην εξάπλωση των μονο-γονεϊκών οικογενειών και ε)στο υψηλό επίπεδο της ανεργίας. Βλ. Abel Smith B. (1985) *«The Major Problems of the Welfare State : Defining the Issues»* p. 33-34, in Eisenstadt S. N. & Ahimeir O. edit. (1985) *«The Welfare State and its Aftermath»*, Croom Helm.

[27] Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) *«Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας»* σελ. 22, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

[28] Mishra R. (1985) *«The Welfare State in Crisis»*, Open University Press.

[29] Σημειώνουμε πως η κρίση της δεκαετίας του '70, ευνόησε την ανάπτυξη νέων θεωρητικών προσεγγίσεων οι οποίες επικεντρώθηκαν στην ερμηνεία της ταυτόχρονης ανάπτυξης του κράτους-πρόνοιας και του καπιταλισμού. Αναφέρουμε ενδεικτικά το σημαντικό έργο του Espin-Andersen G. (1991) *«The Three Worlds of Welfare Capitalism»*, Polity Press, Cambridge, ο οποίος μάλιστα προτάσσει αντί του όρου «κράτος-πρόνοιας» τον όρο «καθεστώτα προνοιακού καπιταλισμού»

Όσο αφορά στην στάση της νεοφιλελεύθερης αντίληψης απέναντι στον κρατικό παρεμβατισμό, αυτή χαρακτηρίζεται από μια σαφή προτίμηση προς τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα, σε αντίθεση με το πλέγμα των κρατικών παροχών. Η παρουσίαση όμως της ιδιωτικοποίησης ως αποκλειστικής λύσης και ως ιδεατής πρότασης για την εξασφάλιση της οικονομικής ανάπτυξης και της αναβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών, είναι ιδιαίτερα απλοϊκή .

Η άποψη για παράδειγμα ότι η ιδιωτικοποίηση είναι συνώνυμη με βελτίωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, δεν μπορεί παρά να θεωρείται μονομερής, ενώ είναι αντίθετη και με την βασική επιδίωξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας για κέρδος. Η προτίμηση επίσης προς τον ιδιωτικό τομέα, η οποία θεωρητικά στηρίχθηκε στα τρωτά σημεία των υπό κρατική ευθύνη κοινωνικών υπηρεσιών, δεν σημαίνει πως το όλο εγχείρημα του κράτους πρόνοιας, μπορεί να θεωρηθεί σε γενικές γραμμές αποτυχημένο.

Αντίστοιχες ενστάσεις μπορούν να λάβουν χώρα σε σχέση με τις νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις για την υγεία και την κριτική που ασκείται στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από το κοινωνικό κράτος. Η βασική θέση ότι η υγεία είναι ένα οικονομικό αγαθό που υπόκειται σε νόμους προσφοράς και ζήτησης αποκαθιστώντας την ισορροπία στην αγορά, [30] δεν φαίνεται να ευσταθεί λόγω των σημαντικών ιδιαιτεροτήτων του υγειονομικού τομέα.

Συγκεκριμένα, είναι δύσκολο να παραγνωρίσουμε την δεδομένη απουσία της πληροφόρησης για το προϊόν υγεία - η οποία απαιτείται στον ανταγωνισμό αλλά στην περίπτωση της υγείας αποτελεί προνόμιο του ιατρικού μονοπωλίου [31] - ενώ είναι φανερό πως και οι άλλες προϋποθέσεις του ανταγωνισμού για την ελεύθερη είσοδο και έξοδο των προμηθευτών και για την ομοιογένεια του προϊόντος, δεν πληρούνται. Ιδιαίτερα η ασυμμετρία της πληροφόρησης που παρατηρείται στην αγορά υγείας ανάμεσα στους προμηθευτές και στους χρήστες των υπηρεσιών, ανατρέπει ένα σημαντικό δεδομένο του ανταγωνισμού, αυτό της ελεύθερης επιλογής από την πλευρά των καταναλωτών.

Συμπερασματικά, η επίθεση του νεοφιλελευθερισμού στη δεκαετία του '80, ενάντια στο κράτος πρόνοιας και στον τρόπο με τον οποίο αυτό διαχειρίστηκε την κοινωνική πολιτική, την υγεία και την πρόνοια, είχε σαν στόχο τον περιορισμό των κοινωνικών δαπανών και κατ' επέκταση τον περιορισμό του ίδιου του κράτους. Η επιχειρηματολογία όμως για την προαγωγή της ιδιωτικοποίησης η οποία εμφανίζεται σαν απάντηση στην αναποτελεσματικότητα και τον δαπανηρό χαρακτήρα του κοινωνικού κράτους, δεν αρκεί ώστε να αιτιολογήσει τα προτεινόμενα μέτρα της

(regimes of welfare capitalism), διακρίνοντας διαφορετικούς τύπους τέτοιων καθεστώτων. Για τα κριτήρια τα οποία χαρακτηρίζουν ένα κράτος ως κράτος-πρόνοιας στις σύγχρονες καπιταλιστικές οικονομίες, βλ. Espin-Andersen G. (1996) *«After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy»* p. 1-31, in Espin- Andersen G. edit. (1996) *«Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies»*, United Nations Research Institute for Social Development, SAGE Publications, London. Γενικότερη αναφορά στις σύγχρονες προσεγγίσεις του κράτους-πρόνοιας, στο Στασινοπούλου Ο. (1996) *«Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής. Από το Κράτος Πρόνοιας στο "Νέο" Προνοιακό Πλουραλισμό. Φροντίδα και Γήρανση - Η Σύγχρονη Πλουραλιστική Προσέγγιση»*, Gutenberg, Αθήνα.

[30] Lees D. (1960) *«The Economics of Health Services»* p. 150-158, Lloyds Bank Review, No 56.

[31] Για μια αναλυτική παρουσίαση της σημασίας και των διαστάσεων της μονοπώλησης της πληροφόρησης από το ιατρικό σώμα, βλ. Turner B. (1987)N *«Medical Power and Social Knowledge»* ιδιαίτερα σελ. 131-156, SAGE Publications, London.

απελευθέρωσης της αγοράς υπηρεσιών υγείας και της συρρίκνωσης των μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης.

Απ΄ την άλλη, οι νεοφιλελεύθερες αυτές προτάσεις, έχουν να αντιμετωπίσουν το θεωρητικό οπλοστάσιο της δεύτερης μεγάλης σχολής οικονομικής σκέψης, που προέρχεται από την Κεϋνσιανή παράδοση των υποστηρικτών του κράτους πρόνοιας, οι οποίοι κατατάσσουν την υγεία στα δημόσια αγαθά.

1.5. Η υγεία ως δημόσιο αγαθό. Η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση.

Με αφετηρία τον K. Arrow [32] ο οποίος ήταν ο εμπνευστής της άποψης ότι η υγεία δεν μπορεί να αποτελεί ιδιωτικό αγαθό, αλλά αντίθετα κατατάσσεται στα δημόσια αγαθά, ακολούθησε ένα ολόκληρο ρεύμα οικονομολόγων οι οποίοι αναπτύσσοντας και συνεχίζοντας την επιχειρηματολογία του Arrow, εντάσσουν την υγεία στο πλέγμα των κοινωνικών αγαθών.

Οι απόψεις του Arrow για την υγεία συνοψίζονται στις εξής παρατηρήσεις :

- στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο από τις ίδιες υπηρεσίες.

- η φύση ορισμένων ασθενειών, δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσής τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου. [33]

- λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης του προϊόντος από το ιατρικό σώμα, ο καταναλωτής - χρήστης των υπηρεσιών υγείας δεν είναι σε θέση να διαπραγματεύεται τις τιμές και να αξιολογεί το προϊόν.

- σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, τόσο σε σχέση με την παραπάνω επισήμανση, όσο και σε περιπτώσεις όπου η ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας στερεί από το άτομα την άσκηση του δικαιώματος επιλογής.

Επειδή λοιπόν οι αρνητικές επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο [34] και επειδή στην περίπτωση της υγείας δεν πληρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού, το αγαθό αυτό δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα. [35] Η άποψη

---

[32] Arrow K. (1963) *«The Welfare Economics of Medical Care»* p. 13-48, in Cooper M. and Gulyer A. «Health Economics», Penguin Books 1973.

[33] Αυτό κατ΄ επέκταση σημαίνει πως σε τέτοιες περιπτώσεις είναι δύσκολη η διαμόρφωση στην αγορά μιας πραγματικής τιμής π.χ. για έναν εμβολιασμό, τη στιγμή που ταυτόχρονα προστατεύει πέρα απ΄ το άτομο που εμβολιάζεται και άλλα άτομα, στα οποία θα μπορούσε να μεταδοθεί η ασθένεια αν δεν είχε προηγηθεί ο εμβολιασμός. Βλ. Arrow K. (1963) *«Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care»* p. 941-973, American Economic Review, No 53.

[34] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 16, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[35] Ακόμη και σήμερα, συναντάμε κάποια χαρακτηριστικά του αγαθού υγεία που το διαφοροποιούν από τα εμπορεύματα, όπως η καταστροφικές πολλές φορές συνέπειες των ασθενειών, οι οικονομίες κλίμακος της προληπτικής ιατρικής, το έντονο ενδιαφέρον των ανθρώπων για την υγεία ανεξάρτητα από το κέρδος ή το κόστος και τέλος η απαγόρευση για ηθικούς λόγους της ύπαρξης τιμών για

αυτή ενισχύεται και από το ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διαχέονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, κάτι που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για κρατική παρέμβαση.[36]

Επιπρόσθετα, επειδή η υγεία ή η ασθένεια, επιδρούν σε ολόκληρη την κοινωνία και κατ' επέκταση επηρεάζουν τόσο την διαδικασία της παραγωγής όσο και την οικονομική ανάπτυξη, η ανάληψη της ευθύνης των υγειονομικών υπηρεσιών από το κράτος, αποτελεί - σύμφωνα με τις αντιλήψεις αυτές - απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή μονοπωλιακών τάσεων στην αγορά και φαινομένων αποκλεισμού για τους οικονομικά ασθενέστερους.

Αυτό βέβαια, απαιτεί κρατικό έλεγχο στους εξής τομείς :

α)στην κατανομή των πόρων
β)στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών
γ)στην προσφορά των υπηρεσιών
δ)στον συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

Οι απόψεις αυτές, που υποστήριζαν την προσφορά και διανομή των υπηρεσιών υγείας από το κράτος, είχαν ευρεία αποδοχή και σηματοδότησαν μια σειρά από μέτρα εγκαθίδρυσης Εθνικών Συστημάτων Υγείας σε πολλές χώρες, όπως η Βρετανία (1948), η Σουηδία (1970), η Ιταλία (1978) κ.α. Η περίοδος άλλωστε στην οποία αναφερόμαστε, χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των απόψεων υπέρ της κρατικής παρέμβασης και την ιδεολογική ηγεμονία της κεϋνσιανής θεώρησης του κράτους πρόνοιας, η οποία μεταφράστηκε σε μια ευρύτερη πολιτική υποστήριξη προς την επίτευξη της πλήρους απασχόλησης, της οικονομικής ανάπτυξης και της διεύρυνσης των κοινωνικών υπηρεσιών.

1.6. Η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το κράτος πρόνοιας. Η κεϋνσιανή αντίληψη και η αντίληψη της κοινωνικής δημοκρατίας.

Με δεδομένο ότι η κεϋνσιανή αντίληψη για το κράτος, πρεσβεύει την συνεχή παρέμβαση του τελευταίου στην οικονομία, γίνεται κατανοητό ότι το κράτος πρόνοιας, βρίσκει την έκφρασή του -σαν μέσο επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν από τη λειτουργία του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής- στην κεϋνσιανή θεωρία.

Σύμφωνα λοιπόν με τις απόψεις που αναπτύσσονται στα πλαίσια της θεώρησης αυτής, το κράτος πρόνοιας όχι μόνο δεν εμποδίζει -με τον πολυδάπανο σύμφωνα με τους νεοφιλελεύθερους χαρακτήρα του - την οικονομική ανάπτυξη, αλλά μπορεί, μέσω της αύξησης των δημοσίων δαπανών, να οδηγήσει την οικονομία στην έξοδό

δραστηριότητες όπως η δωρεά οργάνων. Βλ. Νιάκας Δ. (1996) *«Είναι αναγκαία η δημόσια χρηματοδότηση και δημόσια παραγωγή των υπηρεσιών υγείας;»*σελ. 389, στο *«Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού»*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 5^{ο} Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

[36] Titmuss R. (1970) *«The Gift Relationship from Human Blood to Social Policy»*, G. Allenand Gunwin, London.

της από την κρίση. [37] Η αναγκαιότητα αυτή για κρατική παρέμβαση στην οικονομική δραστηριότητα εκφράστηκε μέσα από το έργο του Keynes [38] «Η γενική θεωρία της απασχόλησης του τόκου και του χρήματος» στο οποίο πρότεινε την εφαρμογή ενός μοντέλου δημοσιονομικής παρέμβασης.

Στον χώρο της κοινωνικής πολιτικής, ο οποίος αποτελεί ένα από τα κύρια στοιχεία που συνθέτουν την έννοια του κράτους πρόνοιας, θεμελιακό ρόλο θεωρείται ότι κατέχει η έκθεση του Beveridge « Social insurance and allied services» το 1942, η οποία αποτελεί μια συνολική πρόταση για την οργάνωση ενός συστήματος παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Η ευρείας απήχησης αυτή έκθεση, τονίζοντας την αναγκαιότητα για την δημιουργία ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, κατευθύνθηκε προς την ανακατανομή του εθνικού εισοδήματος, την καταπολέμηση της ανεργίας, την οργάνωση ενός συστήματος παροχής οικογενειακών επιδομάτων και την δημιουργία ενός ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας. [39]

Σχετικά μάλιστα με την επίτευξη του τελευταίου στόχου, ο ρόλος του Beveridge στην δημιουργία του Βρετανικού ΕΣΥ, θεωρείται κάτι παραπάνω από θεμελιακός. [40] Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει επίσης και πρότασή του για ελεγχόμενη και χρηματοδοτούμενη από το κράτος, βελτίωση της κατανομής του εισοδήματος, η οποία όπως υποστηρίζει, μπορεί να συμβάλλει τόσο στην άρση των ανισοτήτων, όσο και στην οικονομική ευημερία και ανάπτυξη.

Οι απόψεις βέβαια για την αναγκαιότητα της παρέμβασης του κράτους στην οικονομική δραστηριότητα και την οργάνωση από μέρους του ενός συστήματος κοινωνικών παροχών, δεν εξαντλούνται στην μορφή που αναπτύχθηκε παραπάνω . Γιατί μπορεί οι Keynes και Beveridge [41] να προσέγγιζαν ως στόχο του κράτους πρόνοιας όχι την αλλαγή του καπιταλιστικού συστήματος, αλλά την διόρθωση των τρωτών σημείων της λειτουργίας του, η εξέλιξη όμως των απόψεων για την αναγκαιότητα του κοινωνικού κράτους, δημιούργησε ένα ρεύμα - με κύριους εκπροσώπους τους Titmuss και Marshall - [42] οι οποίοι απέδιδαν στο κράτος πρόνοιας έναν πιο ριζοσπαστικό ρόλο : τον μετασχηματισμό της κοινωνίας προς την κατεύθυνση μιας πιο δίκαιης κατανομής του πλούτου.

Η παραπάνω προσέγγιση της κοινωνικής δημοκρατίας, η οποία βρήκε πολιτική έκφραση στα σοσιαλδημοκρατικά κόμματα - ενώ η προσέγγιση των Keynes και Beveridge υποστηρίχθηκε από τα δημοκρατικά φιλελεύθερα κόμματα - αναγνώριζε

---

[37] Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) *«Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας»* σελ. 24, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

[38] Βλ. Abouchar Al. (1988) *«Keynesian microeconomics and the microeconomics of Keynes in public sector investment dicisions»* p. 50-53 in Hamouda Om., Smithin J. *«Keynes and Public Policy after Fifty Years. Theories and Method»*, Edward Elgar, England και Ψαλιδόπουλος Μ. (1990) *«Κεϋνσιανή θεωρία και ελληνική οικονομική πολιτική : Μύθος και πραγματικότητα»* σελ. 28-29, Κριτική, Αθήνα.

[39] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 28, Εξάντας, Αθήνα.

[40] Στασινοπούλου Ο. (1992) *«Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις»* σελ. 52-54, Gutenberg, Αθήνα.

[41] Η εδραίωση του κράτους πρόνοιας κατά την περίοδο αυτή, η οποία αποκαλείται ως «χρυσή εποχή» του κράτους-πρόνοιας, στηρίχθηκε στον συνδυασμό της κεϋνσιανής προσέγγισης της οικονομικής ανάπτυξης και του μοντέλου κοινωνικής πολιτικής του Beveridge. Βλ. Στασινοπούλου Ο. (1992), υποσ. 40, σελ. 52.

[42] Στασινοπούλου Ο. (1988) *«Θέματα Κράτους Πρόνοιας»*, Σημειώσεις, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

την διαφορά των κοινωνικών υπηρεσιών και ειδικά των υπηρεσιών υγείας από τα ιδιωτικά αγαθά και πρότεινε ένα καθολικό μοντέλο κάλυψης των αναγκών, στο οποίο το κράτος θα έχει τον κύριο ρόλο. [43]

Πέρα όμως από τις όποιες - σημαντικές ή όχι - διαφοροποιήσεις των απόψεων που συνιστούν την σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το κράτος πρόνοιας, αποτελεί κοινή πεποίθηση η αναγκαιότητα της δημιουργίας ενός δίκαιου συστήματος κοινωνικής πολιτικής, το οποίο θα χαρακτηρίζεται άλλοτε από έναν εκτεταμένο ρόλο του κράτους (προσέγγιση της κοινωνικής δημοκρατίας) και άλλοτε από μια μέτρια κρατική παρουσία σε συνδυασμό με ατομική και εθελοντική προσφορά.

1.7. Κριτική της σοσιαλδημοκρατικής προσέγγισης για την υγεία και το κράτος - πρόνοιας.

Οι απόψεις που συνθέτουν την σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το κράτος πρόνοιας -από την πιο μετριοπαθή έως την πιο ριζοσπαστική μορφή τους- έχουν σαν ιδεολογική αφετηρία, την αποδοχή ενός κράτους ευημερίας, με λειτουργίες που οριοθετούνται από ένα συγκεκριμένο πλαίσιο ενεργειών. Το πλαίσιο αυτό ξεκινά από την απλή ανάληψη από το κράτος της ευθύνης για απρόσκοπτη λειτουργία του καπιταλιστικού συστήματος και την εξασφάλιση ενός επιπέδου διαβίωσης στους πολίτες (κεϋνσιανή θεώρηση) και φτάνει μέχρι την προσπάθεια του κράτους για μετασχηματισμό της κοινωνίας μέσα από την αναδιανομή του πλούτου και την εξασφάλιση της κοινωνικής ισότητας, σαν αντίβαρο, στις ανισότητες της αγοράς. [44]

Η κριτική που ασκήθηκε στις παραπάνω απόψεις, κυρίως από την πλευρά των νεοφιλελεύθερων θεωρητικών, εστιάστηκε στην αμφισβήτηση της αναγκαιότητας της κρατικής παρέμβασης και με αφορμή την κρίση του κράτους πρόνοιας (από το τέλος της δεκαετίας του '60 έως τα μέσα της δεκαετίας του '80) στην αμφισβήτηση της εφαρμοστικότητας των συστημάτων κράτους πρόνοιας. [45] Οι επικριτές της κοινωνικής πολιτικής δίνοντας έμφαση στην επιδίωξη της αποδοτικότητας, αμφισβήτησαν την δυνατότητα για ταυτόχρονη επίτευξη αποδοτικότητας και ισότητας, υποστηρίζοντας ότι οι κοινωνικές δαπάνες - οι οποίες κατά την πρακτική έκφραση του κράτους πρόνοιας αποτελούν βασικό συστατικό για την άρση των κοινωνικών ανισοτήτων - λειτουργούν αρνητικά ως προς την οικονομική ανάπτυξη. [46]

---

[43] Για μια κατηγοριοποίηση των προσεγγίσεων για την πρόνοια, ανάλογα με την πολιτική παράδοση, βλ. Στασινοπούλου Ο. (1992) *«Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις»* σελ. 74-77, Gutenberg, Αθήνα.

[44] Ψαλιδόπουλος Μ. (1990) *«Κεϋνσιανή θεωρία και ελληνική οικονομική πολιτική : Μύθος και πραγματικότητα»* σελ. 24-35, Κριτική, Αθήνα.

[45] Στο πλαίσιο της κριτικής αυτής, αμφισβητήθηκαν οι αναδιανεμητικές λειτουργίες του κράτους και σταδιακά, αναδύθηκαν οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές διακυβέρνησης, οι οποίες προέβαλαν στην θέση των κοινωνικών δικαιωμάτων το δικαίωμα της ατομικής ιδιοκτησίας ως απόλυτο. Βλ. Αγγελίδης Μ. (1990) *«Κρίση Κοινωνικών Πολιτικών : Ζητήματα Αναπροσδιορισμού Πλαισίων Κοινωνικών Δικαιωμάτων»* σελ. 19-20, στο Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα *«Οι Λειτουργίες του Κράτους σε Περίοδο Κρίσης. Θεωρία και Ελληνική Εμπειρία»*, Αθήνα.

[46] Σύμφωνα με άλλες εκτιμήσεις, το κοινωνικό κράτος βρίσκεται σε μια πορεία αλλαγής, εναρμονιζόμενο με τα νέα κοινωνικο-οικονομικά δεδομένα και κατά συνέπεια η κρίση του, προσδιορίζεται ως «κρίση ανάπτυξης και αλλαγής και όχι ως κρίση αποτυχίας και κατάρρευσης». Βλ. Σακελλαρόπουλος Θ. (1999) *«Αναζητώντας το Νέο Κοινωνικό Κράτος»* σελ. 23-24, στο Σακελλαρόπουλος Θ. κ.α. (1999) *«Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους»*, Κριτική, Αθήνα.

Υπό το πρίσμα ειδικά των σύγχρονων εξελίξεων, η χαμηλή οικονομική ανάπτυξη, η αύξηση της ανεργίας και η αύξηση των δημοσίων ελλειμμάτων, έθεσαν υπό αμφισβήτηση τις κεϋνσιανές πρακτικές κρατικής χρηματοδότησης των δημοσίων προγραμμάτων, κάνοντας λόγω για μείωση των κοινωνικών παροχών.

Συνοπτικά, η πολεμική προς τις σοσιαλδημοκρατικές αντιλήψεις για το κράτος πρόνοιας, χαρακτηρίζεται - ανεξάρτητα από την προέλευσή της - από μια ποικιλία ως προς τις ενστάσεις για το ρόλο του κοινωνικού κράτους. Ενδεικτικά αναφέρουμε την επισήμανση της μαρξιστικής προσέγγισης, σχετικά με την αδυναμία του κράτους πρόνοιας να καλύψει τις ανάγκες στα πλαίσια της καπιταλιστικής οικονομίας, ενώ αξιοσημείωτη είναι και η φεμινιστική θέση, σύμφωνα με την οποία, το κράτος πρόνοιας, ενισχύει την γυναικεία εξάρτηση και τον καταμερισμό της εργασίας με βάση το φύλο. [47]

Πέρα όμως από την κριτική η οποία προήρθε από νεοφιλελεύθερους, μαρξιστικούς ή φεμινιστικούς κύκλους, ανάλογη κριτική είχαμε και από τους σύγχρονους υποστηρικτές της συλλογικής ρύθμισης και του κράτους πρόνοιας, οι οποίοι εκφράζουν την δυσπιστία τους απέναντι στο συγκεντρωτικό μοντέλο κάλυψης των αναγκών και στις γραφειοκρατικές δομές που αυτό υιοθετεί, ενώ επισημαίνουν και την μη ικανοποιητική επίτευξη των στόχων της κοινωνικής πολιτικής, χωρίς όμως να αμφισβητούν τον ρόλο του κράτους, το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με τον κοινωνικό ιστό των σύγχρονων κοινωνιών. [48]

Ένα ακόμη σημείο της κριτικής στην σοσιαλδημοκρατική θεώρηση του κράτους πρόνοιας, συνίσταται στην αντίληψη που διαμορφώνεται στις μέρες μας, σύμφωνα με την οποία, η κοινωνία δεν θεωρείται αποκλειστικά υπεύθυνη απέναντι στο άτομο, το οποίο με την στάση του και με την υιοθέτηση επιβλαβών συμπεριφορών δυσχεραίνει την ίδια του την κατάσταση. [49]

Ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας, η μικρή αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ιατρικής, έφερε στο προσκήνιο την άποψη ότι η υγεία είναι ζήτημα ατομικής συμπεριφοράς και η βελτίωσή της ή όχι, εξαρτάται αποκλειστικά από το άτομο. [50] Η ατομοκεντρική αυτή θεωρία, θέτει υπό αμφισβήτηση την κεϋνσιανή άποψη που δέχεται την υγεία ως δημόσιο αγαθό και συνεπώς αμφισβητεί και την υποχρέωση του κράτους ως προς την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών του. Οι απόψεις αυτές, παραπέμπουν σε μέτρα περιορισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας όπως η συμμετοχή του χρήστη στο κόστος, ή η εξαίρεση ορισμένων υπηρεσιών από το πλέγμα των παροχών.

Συμπερασματικά, η παρουσίαση, των αντιπαραθέσεων που αναπτύχθηκαν στο πεδίο των εννοιολογικών αντιλήψεων για την υγεία και τον ρόλο του κράτους στην προσπάθεια για βελτίωση του επιπέδου υγείας, δεν αποσκοπεί απλά στην καταγραφή θεωρητικών αναζητήσεων. Αντίθετα, αποκτά πρακτική σημασία, μια και

---

[47] Στασινοπούλου Ο. (1992) *«Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις»* σελ. 119-134, Gutenberg, Αθήνα.

[48] King D. (1987) *«The State and the Social Structures of Welfare in Advanced Industrial Democracies»* in «Theory and Societies» No 16.

[49] Βλ. Le Grand J. (1987) *«Three essays on equity»* p. 21, London School of Economics, October 1987.

[50] Fuchs V. (1986) *«The Health Economy»* p. 192, Harvard University Press.

αποδεικνύεται ότι οι απόψεις αυτές, προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν στον υγειονομικό τομέα.

Αποτελεί τέλος κοινό τόπο, η παραδοχή ότι ο ρόλος του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στην διαμόρφωση των υγειονομικών προτύπων των πληθυσμών, είναι ιδιαίτερα σημαντικός [51] (WHO 1981, 1986). Έτσι, η ανάγκη για την ανάπτυξη προληπτικών μεθόδων και την διατομεακή συνεργασία στον σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής, είναι πλέον επιτακτική.

1.8. Συμπερασματικές διαπιστώσεις.

Μέσα στο πλαίσιο των αντιλήψεων που προαναφέρθηκαν σχετικά με την κοινωνική πολιτική και ειδικότερα τον τομέα της υγείας, αντλούνται με πηγή τις εννοιολογικές προσεγγίσεις και με ειδοποιούς παράγοντες, την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, το οικονομικό σύστημα, το δημογραφικό πρότυπο, αλλά και τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας, μια σειρά από συστήματα υγείας. Αυτός είναι και ο λόγος της παράθεσης - με δεδομένους τους στόχους αυτής της μελέτης - των δύο κυριότερων αντιλήψεων για την υγεία και όχι η εξάντληση όλων των θεωρητικών προσεγγίσεων.

Η βασική άλλωστε ιδεολογική διαφωνία ανάμεσα στους φιλελεύθερους και στους υποστηρικτές του κράτους πρόνοιας, επηρέασε σημαντικά την διαμόρφωση των υγειονομικών συστημάτων . Η αντιπαράθεση ανάμεσα στο ατομικό και το συλλογικό, στο ιδιωτικό και το δημόσιο, στο παρεμβατικό κράτος και την ελεύθερη αγορά, δεν ήταν αντιπαράθεση μόνο σε επίπεδο αντιλήψεων. Μεταφράστηκε στην δημιουργία δύο διαφορετικών συστημάτων κάλυψης των κινδύνων και των υγειονομικών προβλημάτων, τα οποία είχαν σαν ιδεολογικές αφετηρίες τις απόψεις αυτές.

Η αναφορά στο κράτος πρόνοιας και στις κυρίαρχες αντιλήψεις για την αναγκαιότητα και το εύρος της κρατικής παρέμβασης, έγινε τόσο γιατί η υγεία στα πλαίσια της κοινωνικής του πολιτικής αποτέλεσε μια από τις κυριότερες συνιστώσες του, όσο και για το οι πολιτικές επιλογές, συνδέονται και εμπλέκονται με τους μηχανισμούς χρηματοδότησης, τον τρόπο διανομής και πρόσβασης του πληθυσμού στις διαθέσιμες υπηρεσίες και την διαδικασία λήψης αποφάσεων στον υγειονομικό τομέα. [52]

Οι παραπάνω λόγοι, επέβαλαν την παρουσίαση των κυριότερων αντιλήψεων αναφορικά με τις εννοιολογικές θεωρήσεις του περιεχομένου της υγείας, οι οποίες - όπως προαναφέρθηκε - διαμόρφωσαν την οργάνωση των υγειονομικών συστημάτων, τα οποία θα μελετήσουμε στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

---

[51] WHO (1981) *«Global Strategy for Health for All by the Year 2000»*, Geneva και WHO (1986) *«Health for All 2000»*, Copenhagen.

[52] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 27-28, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Εισαγωγή.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε αναφορά στην έννοια των υγειονομικών συστημάτων, ως πρακτικής έκφρασης των συγκρουόμενων αντιλήψεων για την υγεία και το κράτος πρόνοιας. Πριν καταγράψουμε τις παραδοσιακές καθώς και τις σύγχρονες μορφές των συστημάτων υγείας, κρίνεται σκόπιμο να προηγηθεί η εννοιολογική τους προσέγγιση.

Αν και πολλές φορές στην διεθνή βιβλιογραφία το σύστημα υγείας έχει ταυτιστεί με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης, σημειώνουμε πως τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή θεωρείται ξεπερασμένη και έχει καθιερωθεί πλέον η προσέγγιση του συστήματος υγείας ως μιας έννοιας ευρύτερης της ιατρικής περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει και υπηρεσίες όπως η πρόληψη, η ενημέρωση, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η υγιεινή της κατοικίας και της εργασίας, κλπ. [1]

Ως σύστημα υγείας λοιπόν, ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων, οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. [2] Επειδή όμως, όπως προαναφέραμε η υγεία αντιμετωπίζεται πλέον ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο επηρεάζεται από έναν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων, [3] το σύστημα υγείας αντίστοιχα, εξαρτάται άμεσα από την κοινωνικο-οικονομική δομή μιας χώρας, την οικολογική υπάρχουσα ισορροπία, το πολιτικό σύστημα που επικρατεί και το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. [4]

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η έννοια του συστήματος υγείας, αναφέρεται στην σύνθεση των στοιχείων που αποσκοπούν στην καθολική επίδραση στην υγεία ενός πληθυσμού και μάλιστα σε όλους τους τομείς της ζωής, όπως η κατοικία, η εργασία, η δημόσιοι χώροι, στοιχειοθετώντας έναν ολοκληρωμένο μηχανισμό για την αντιμετώπιση των

---

[1] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»*, σελ. 63, Αθήνα.

[2] Σούλης Σ. (1987) *«Εισαγωγή στην Οικονομική της Υγείας»* σελ. 10-11, Πρακτικά του προσυνεδριακού Σεμιναρίου του 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, 28 Νοεμβρίου 1987, Αθήνα.

[3] Η κατανόηση του συστήματος γενικότερα ως οικοδομήματος που συντίθεται από επιμέρους στοιχεία που βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, προϋποθέτει την κατανόηση των τμημάτων του και πρέπει να στηρίζεται σύμφωνα με τη συστημική θεώρηση, στα παρακάτω δεδομένα : α)το σύνολο δεν αποτελεί απλά άθροισμα των μερών του, β)τα επιμέρους στοιχεία του συστήματος βρίσκονται σε ταυτόχρονη αλληλεξάρτηση τόσο με το ευρύτερο περιβάλλον όσο και μεταξύ τους και γ)η συμπεριφορά του συστήματος και των τμημάτων του εξαρτάται από τους στόχους που καλούνται να εκπληρώσουν. Βλ. Koontz H., Donnell C. (1976) *«Οργάνωση και Διοίκηση. Μία Συστημική και Ενδεχομενική Ανάλυση των Διοικητικών Λειτουργιών»*, Παπαζήσης, Αθήνα 1984 και Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) υποσ. 1, σελ. 64-65.

[4] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 31-33, Παπαζήσης, Αθήνα

υγειονομικών προβλημάτων του πληθυσμού μιας χώρας. [5] Το σύστημα υγείας οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα, και ειδικότερα σε περιφερειακό (πρωτοβάθμιο επίπεδο ή επίπεδο κοινότητας), ενδιάμεσο και κεντρικό. Τα δύο τελευταία επίπεδα, ασχολούνται με τα στοιχεία που μεταβιβάζονται σε αυτά, σύμφωνα με την διοικητική δομή και οργάνωση της κάθε χώρας. [6]

2.2. Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας

Είναι σαφές ότι πρακτικά η έννοια του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά επεκτείνεται και σε πολιτικές διατομεακού χαρακτήρα, οι οποίες συνθέτουν την εικόνα της δημόσιας υγείας μιας χώρας. [7] Όταν λοιπόν μιλάμε για «σύστημα υγείας», εννοούμε αρχικά τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και κατανέμονται οι πόροι υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και την βελτίωση του επιπέδου υγείας. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν το υλικό κεφάλαιο (φάρμακα, τεχνολογικός εξοπλισμός, κτιριακή υποδομή κλπ) και το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό). [8]

Τα τελευταία χρόνια, ο τρόπος με τον οποίο συνδυάζονται οι παραπάνω πόροι, αλλά και η ταυτόχρονη σύνδεση των συστημάτων υγείας τόσο με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται όσο και με τα συνθετικά τους στοιχεία, τα μετέτρεψαν σε πολύπλοκους μηχανισμούς με διευρυμένες λειτουργίες και αρμοδιότητες. [9] Η πολυπλοκότητα μάλιστα αυτή, οδηγεί πολλές φορές τους μελετητές στην υποδιαίρεση των υγειονομικών συστημάτων σε υποσυστήματα, ώστε να διευκολυνθεί η μελέτη των σχέσεων μεταξύ των στοιχείων που τα συγκροτούν. [10]

Ενδεικτικά, αναφέρουμε πως κατά τον Levy (1975) , το σύστημα υγείας θεωρείται ως σύστημα πολλαπλών μεταβλητών - υποσυστημάτων, που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, σύμφωνα με το παρακάτω σχήμα :

---

[5] Π.Ο.Υ. (1989) *«Λεξιλόγιο της σειράς Υγεία για Όλους»* σελ. 13, ΠΟΥ/ΕΟΦ.

[6] Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ. (1999) *«Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω»* σελ. 130-131, Εξάντας, Αθήνα.

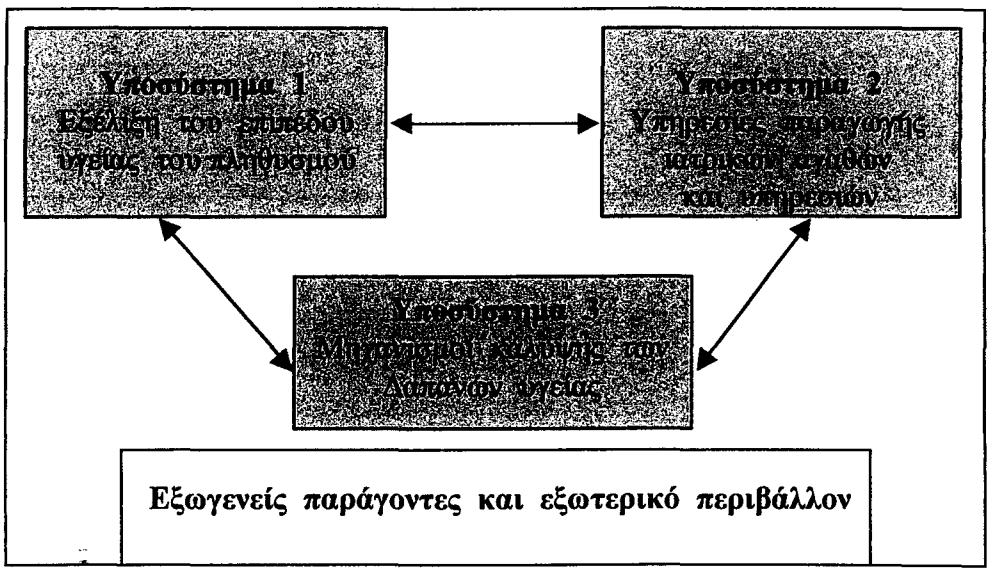
[7] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 33, Εξάντας, Αθήνα.

[8] Αναλυτικότερα για τα συστήματα υγείας βλ. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»*, Αθήνα.

[9] Η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας, οφείλεται στο ότι πέρα από την κλασική τους αρμοδιότητα για την παροχή φροντίδας, αποτελούν πηγή εισοδήματος και απασχόλησης, πεδίο τεχνολογικών καινοτομιών, φορέα διαχείρισης και κατανομής πόρων και βέβαια πεδίο ανταγωνισμού και συγκρούσεων, σε επίπεδο οικονομικών και πολιτικών συμφερόντων. Βλ. Frenk J. (1994) *«Dimensions of health system reform»* p. 23-24, Health Policy, v. 27, No 1, January 1994.

[10] Hedinger F. (1968) *«The systems approach to health services : A framework»* p. 2-3, University of Iova, 1968.

Σχήμα 1.2.1. Σύστημα υγείας [11]



Το 1° υποσύστημα, αφορά στην αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το σύστημα υγείας (κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, δημογραφικές εξελίξεις, οικολογικό περιβάλλον, ατομικές συμπεριφορές κλπ.). Το 2° υποσύστημα, σχετίζεται με τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας και εξαρτάται από την οικονομική ανάπτυξη, την εκπαίδευση, την εργασία την διαθέσιμη τεχνολογία και το πολιτικό σύστημα Τέλος το 3° υποσύστημα, αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών και διαμορφώνεται από το εθνικό εισόδημα, το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα, την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας και γενικότερα την οικονομική πολιτική μιας χώρας.

Κατά τον Σούλη (1994), το σύστημα υγείας, πέρα από σύστημα πολλαπλών μεταβλητών (Σχήμα 1.2.1. και 1.2.2.), εκλαμβάνεται και :

α)ως σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών και
β)ως παραγωγική διαδικασία

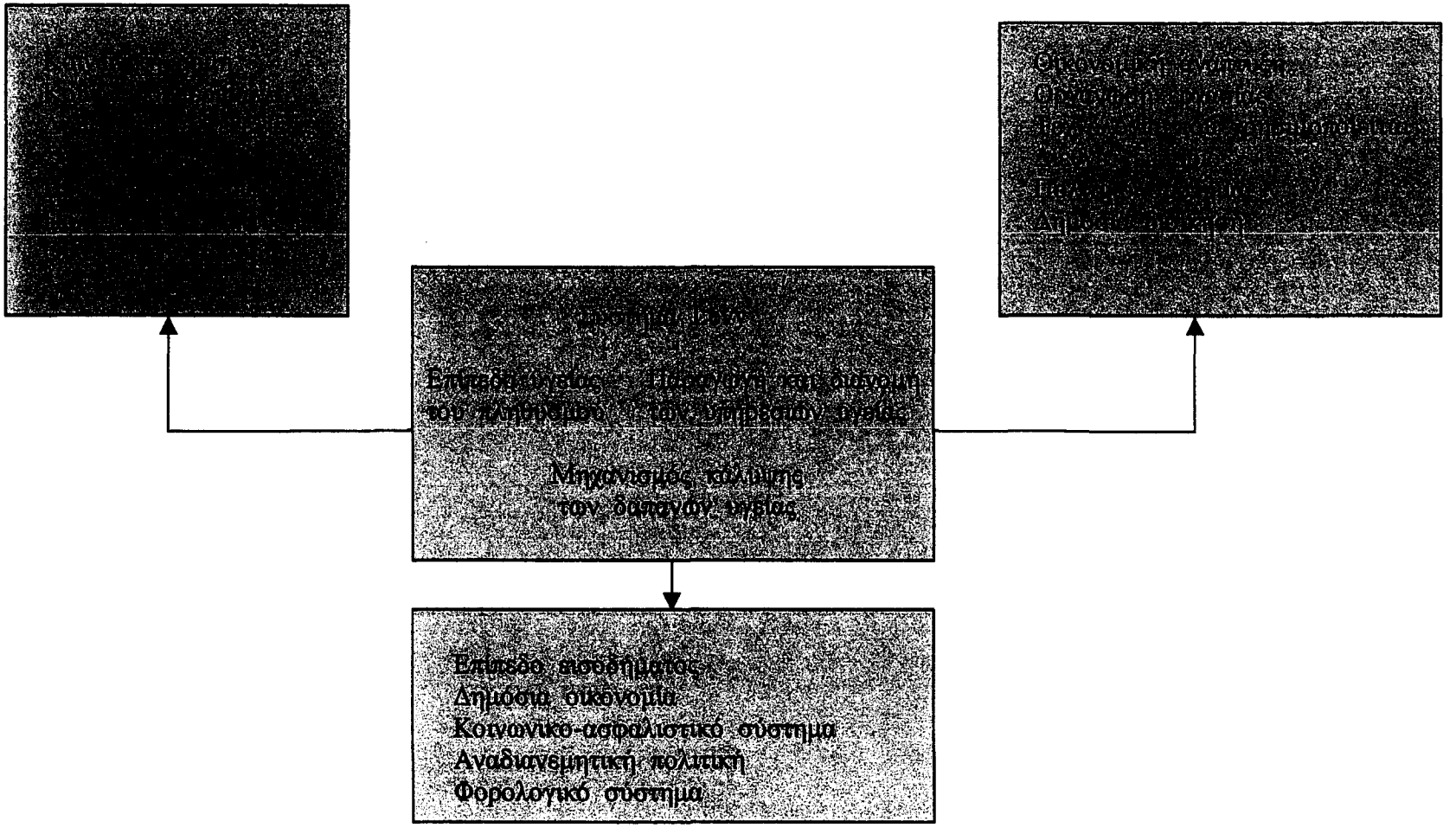
Σύμφωνα με τον πρώτο προσδιορισμό, το σύστημα υγείας ως σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών, μας βοηθά να εντοπίσουμε το εύρος του, τους φορείς παροχής των υπηρεσιών και τον ρόλο του στην οικονομική ανάπτυξη και περιλαμβάνει τα παρακάτω υποσυστήματα [12] :

1. ιατρικού κύκλου (κλασικές μονάδες περίθαλψης).
2. ιατροκοινωνικού κύκλου (περίθαλψη σε άτομα με προβλήματα κοινωνικής παθολογίας).

[11] Βλ. Levy E. (1975) *«L' Economie du Systeme de Sante»* p. 15, Dunod, Paris, αναφορά στο Σούλης Σ. (1994) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 18, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

[12] Σούλης Σ. (1994) Επιστημονική Ημερίδα του περιοδικού «Επιθεώρηση Υγείας» με θέμα : *«Επαγγέλματα Υγείας – Πληθωρισμός, Ανεπάρκεια, Ανυπαρξία»* Νοσοκομείο Άγιος Σάββας, 31 Μαρτίου – 1 Απριλίου 1995, Αθήνα.

Σχήμα 1.2.2. Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών



Πηγή : Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 36 (αναπροσαρμογή συστήματος Levy), Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

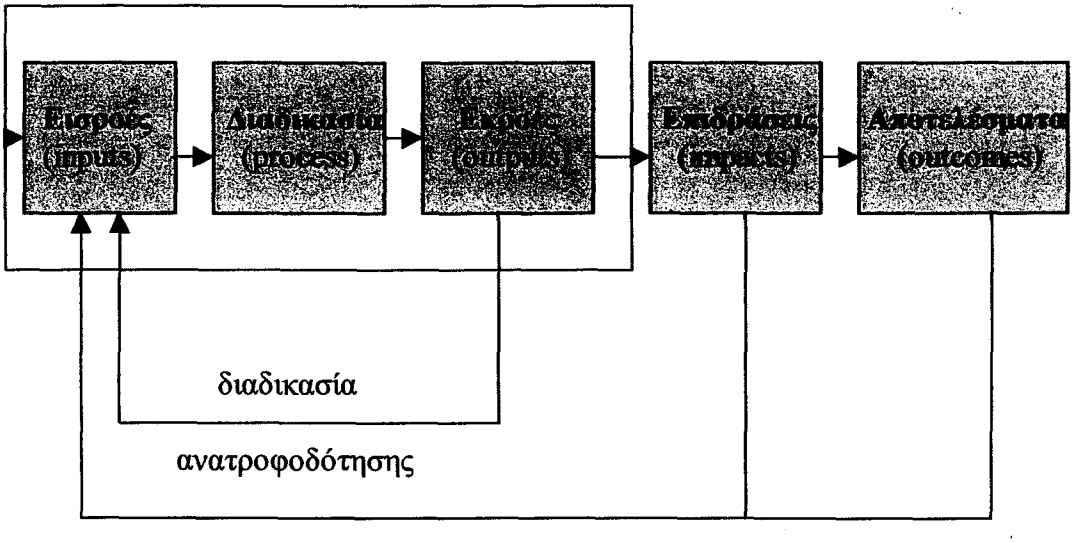
3. περιβάλλοντων τομέων (περιβαλλοντική υγιεινή).
4. εναλλακτικών μορφών φροντίδας (πχ κατ' οίκον νοσηλεία).
5. ερευνητικών κέντρων (υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων σχετικά με την υγεία).
6. εναλλακτικών μορφών ιατρικής (πχ ομοιοπαθητική).
7. παραγωγής (βιοϊατρική τεχνολογία – ιατρικό υλικό).
8. δευτερεύουσας παραγωγής (χρήση επαγγελματιών υγείας για άλλες υπηρεσίες, πχ. ασφαλιστικές εταιρείες).

Σύμφωνα με την εκδοχή του συστήματος υγείας ως ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής, αυτό περιλαμβάνει τα παρακάτω συστατικά στοιχεία [13] :

1. τις εισροές (ανθρώπινοι πόροι - οικονομικοί πόροι - υλικοτεχνική υποδομή και εξοπλισμός).
2. την διαδικασία (έλεγχος - διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση επανέλεγχος).
3. τις εκροές (νοσηλεία – επεμβάσεις – εργαστηριακές εξετάασεις).
4. τα αποτελέσματα (βελτίωση επιπέδου υγείας και ευημερίας).

Τα στοιχεία αυτά βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και αλληλοσυσχέτιση και προσδιορίζουν αρχικά την παραγωγική διαδικασία που προκαλείται από τον ασθενή που προσέρχεται στο σύστημα και στη συνέχεια, τις εκροές και κατ' επέκταση τα υγειονομικά αποτελέσματα, ώστε με βάση τα τελευταία, να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος. Σχηματικά αυτό απεικονίζεται (Σχήμα 1.2.3.)[14] :

Σχήμα 1.2.3. Το Σύστημα Υγείας ως Παραγωγική Διαδικασία



[13] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 70, Αθήνα.

[14] Μωραίτης Ε. (1985) *«Συστήματα υγείας»* Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας, αναπροσαρμογή στο Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 71, Αθήνα.

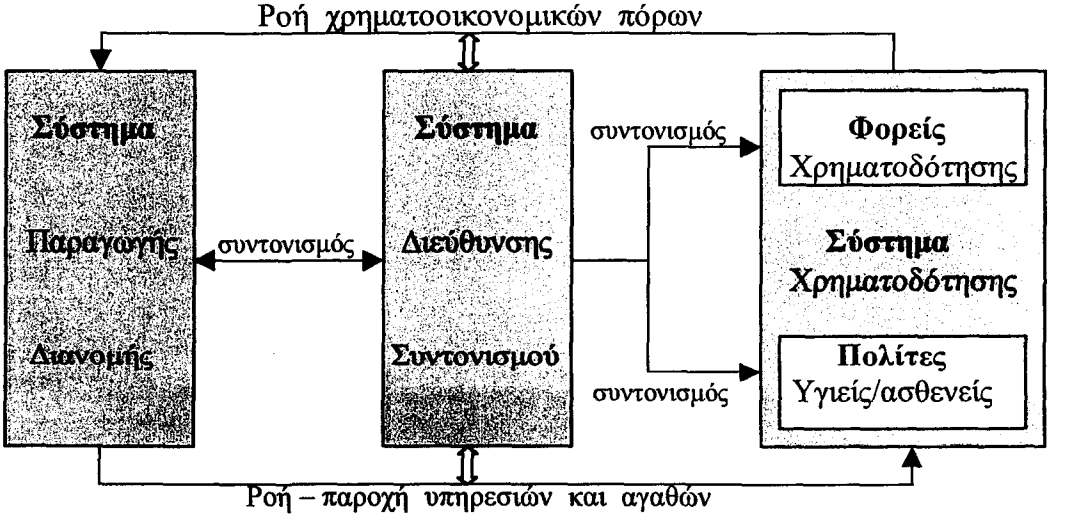
Με το σκεπτικό ότι ο ασθενής αποτελεί τον κύριο σκοπό των συστημάτων υγείας, αντιλαμβανόμαστε ότι θεωρείται το επίκεντρο και ο κύριος λόγος ύπαρξης των συστημάτων αυτών. [15] Το κύριο όμως χαρακτηριστικό των υγειονομικών συστημάτων είναι όπως προαναφέραμε η «πολυπλοκότητα» τους, που συνίσταται στις σχέσεις τους τόσο με τα εσωτερικά τους στοιχεία όσο και με το εξωτερικό περιβάλλον. Έτσι ο θεσμός των συστημάτων υγείας, επιτελεί πλέον λειτουργίες χρηματοδότησης, διαχείρισης, κατανομής πόρων και οργάνωσης της τεχνολογίας και του τρόπου παροχής των υπηρεσιών. [16]

Μια ενδιαφέρουσα από την σκοπιά της οικονομικής συστημικής ανάλυσης διάκριση στις λειτουργίες αυτές, έχει γίνει από τον Μπουρσανίδη, [17] ο οποίος προβαίνει σε μια αναλυτική παρουσίαση των βασικών λειτουργιών των υγειονομικών συστημάτων και σε μια οριοθέτηση τριών υποσυστημάτων τα οποία περιλαμβάνουν :

1. Το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού
2. Το σύστημα χρηματοδότησης (ζήτηση - αγοραστές)
3. Το σύστημα παραγωγής και διανομής (προσφορά - προμηθευτές)

Τα τρία αυτά υποσυστήματα ως συστατικά στοιχεία του συνολικού συστήματος υγείας, βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση και συγκροτούν ένα κύκλωμα από ροές, όπως απεικονόζεται στο σχήμα 1.2.4. :

Σχήμα 1.2.4. Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας [18]



[15] Hedinger F. (1968) *«The systems approach to health services : A framework»* p. 2-3, University of Iova, 1968.

[16] Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P., Thomas N. (1997) *«Contracting For Change. Contracts in Health, Social Care and Other Local Government Services»* p. 97-102, Oxford University Press.

[17] Μπουρσανίδης Χ. (1993) *«Ανάλυση Συστημάτων Υγείας και Πολιτική Υγείας»* Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

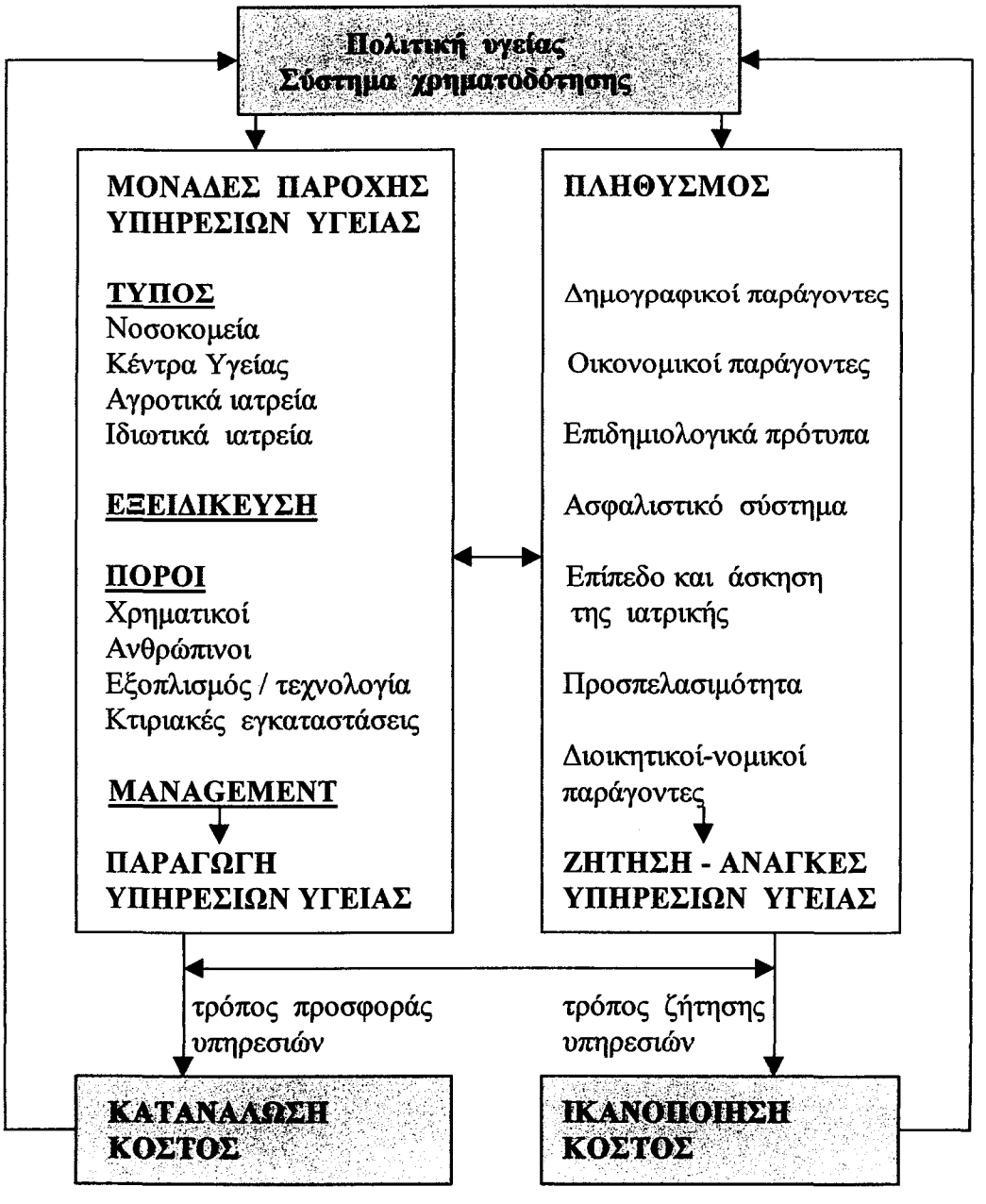
[18] Μπουρσανίδης Χ. (1996) *«Ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του Συστήματος Υγείας»* σελ. 57, Πρακτικά *Ημερίδας «Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα»*, Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Θεσσαλονίκη, 29 Μαρτίου 1996.

Κατά τον Καριώτη, από άποψη επιχειρησιακής μακροθεώρησης, ένα σύστημα υγείας, αποτελείται από μια σειρά από υποσυστήματα, τα κυριότερα από τα οποία είναι :

1. Η πολιτική υγείας.
2. Ο πληθυσμός ο οποίος εκφράζει την ζήτηση και καταναλώνει υγειονομικές υπηρεσίες.
3. Οι φορείς παραγωγής και διανομής υγειονομικών υπηρεσιών.

Στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, η δομή και η λειτουργία των συστημάτων υγείας, περιγράφεται στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 1.2.5.) [19] :

Σχήμα 1.2.5. Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας



[19] Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ.11-12, Εκδ. Euroclinica, Αθήνα.

Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο, τα κύρια οργανωτικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας, όπως προκύπτουν από τις ιδιαιτερότητες της οικονομικής και κοινωνικής οργάνωσης κάθε χώρας, είναι τα παρακάτω [20] :

1. Ο βαθμός της επίτευξης της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες.
2. Το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες υγείας.
3. Η μορφή των υπηρεσιών στις οποίες επικεντρώνεται το σύστημα.
4. Ο διαχωρισμός δημόσιου – ιδιωτικού στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.
5. Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος.

Σημειώνει επίσης, πως ένα σύστημα υγείας για να μπορέσει να επιτελέσει τον αρχικό του ρόλο, είναι αναγκαίο να πληρεί τρεις αρχές – προϋποθέσεις λειτουργίας, οι οποίες είναι [21] :

- Καθορισμός και συνεχής επαναδιατύπωση των στόχων της υγειονομικής πολιτικής.
- Καθορισμός των μέτρων και της διαδικασίας για την επίτευξη των στόχων του συστήματος.
- Εκτίμηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων σε σχέση με τους προκαθορισμένους στόχους.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση των μοντέλων των συστημάτων υγείας, οφείλουμε να αναφέρουμε πως είναι γενικά αποδεκτός στην διεθνή αλλά και στην ελληνική βιβλιογραφία, ο διαχωρισμός της υγειονομικής περίθαλψης σε δύο μορφές (νοσοκομειακή ή κλειστή και εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή) και σε τρία οργανωτικά επίπεδα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο). Η νοσοκομειακή περίθαλψη συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στο νοσοκομείο, ενώ η εξωνοσοκομειακή, αποτελείται από τις υπηρεσίες των γενικών ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. [22]

Σε επίπεδο οργάνωσης, το πρωτοβάθμιο αναφέρεται στην πρώτη επαφή του κοινού με το σύστημα υγείας, όπου παρέχονται κυρίως εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Το δευτεροβάθμιο, συνίσταται στην παροχή νοσοκομειακής φροντίδας από διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων, τα οποία διακρίνονται με κριτήριο τα τμήματα που διαθέτουν σε γενικά και ειδικά, με κριτήριο την διάρκεια της νοσηλείας σε οξείας νοσηλείας και χρονίων παθήσεων και με κριτήριο το εύρος των ειδικοτήτων και την γεωγραφική κάλυψη σε τοπικά, νομαρχιακά και περιφερειακά. [23]

---

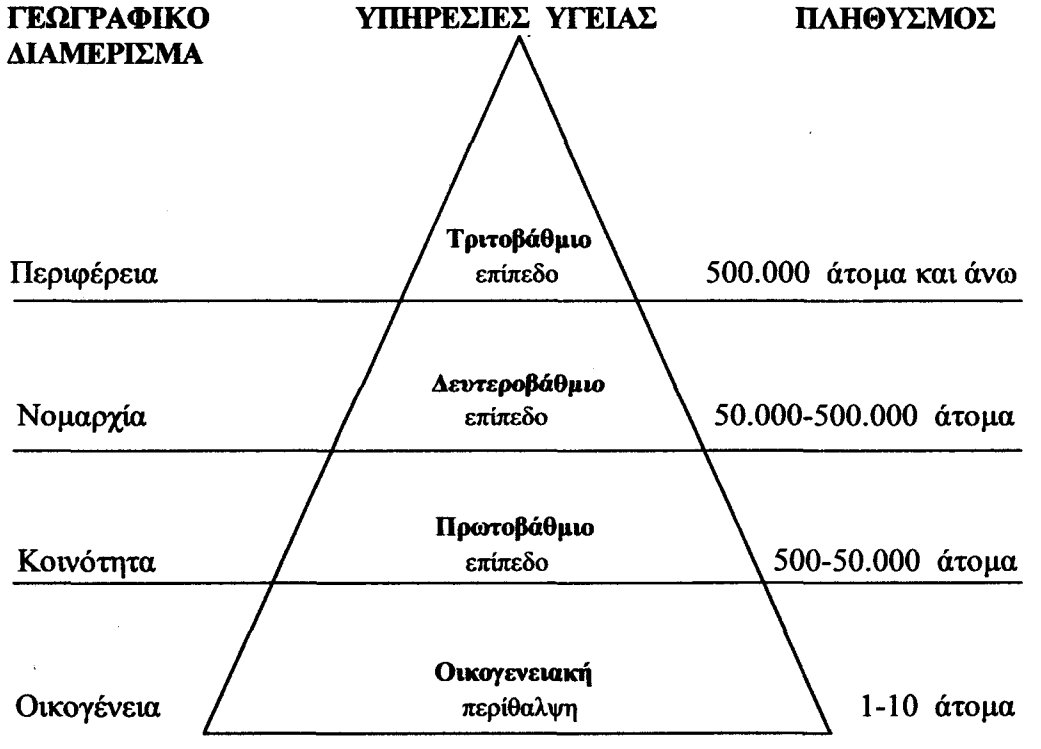
[20] Λιαρόπουλος Λ. (1989) *«Το Σύστημα Υγείας και η Οργάνωσή του»* σελ. 218 , Πρακτικά Α΄ Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας *«Οικονομικά και Υγεία»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[21] Λιαρόπουλος Λ. (1989) βλ. υποσ. 20, σελ. 216-217.

[22] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»*, σελ. 94-95, Αθήνα.

[23] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) βλ. υποσ. 22, σελ. 117-119.

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων και εξειδικευμένων υγειονομικών προβλημάτων, που απαιτούν υψηλή τεχνολογική υποδομή και ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις. Σημειώνεται, πως το κάθε επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού, σε μια συγκεκριμένη δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών και στην κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών. Επίσης, αναφέρουμε πως οι δραστηριότητες του κάθε επιπέδου διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά γενικά στα περισσότερα συστήματα εντοπίζουμε την διάκριση αυτή των επιπέδων, τα οποία λειτουργούν κάτω από συντονισμένη δράση και συνεργασία, σχηματίζοντας μια διοικητική πυραμίδα που στην χώρα μας, έχει την παρακάτω μορφή (Σχήμα 1.2.6.) [24] :



Όπως προκύπτει και από τις παραπάνω αναφορές, η επιστημονική αναζήτηση γύρω από τον προσδιορισμό των συστημάτων υγείας, έχει να επιδείξει μία πληθώρα προσεγγίσεων και κριτηρίων. Ωστόσο, τα κριτήρια διάκρισης των υγειονομικών συστημάτων που είναι περισσότερο αποδεκτά και υιοθετούνται και από τον ΟΟΣΑ [25] είναι η πηγή χρηματοδότησης, η μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών και η κρατική παρέμβαση. [26] Η μελέτη του

[24] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 48, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[25] Τα ίδια περίπου κριτήρια με τον ΟΟΣΑ υιοθετεί και ο Roemer, για την περιγραφή των συστημάτων υγείας και πιο συγκεκριμένα : α)τους πόρους που χρησιμοποιούνται, β)την οργάνωση των υγειονομικών προγραμμάτων, όπως αναπτύσσονται μέσα από το δίκτυο κράτος – κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση – εθελοντικές οργανώσεις, γ)την μέθοδο χρηματοδότησης, δ)την διαχείριση και τον προγραμματισμό και ε)την διανομή των υπηρεσιών. Βλ. Roemer M. (1993) *«National health systems of the world. The issues»*, Oxford University Press.

[26] OECD (1992) *«The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries»* p. 19, OECD.

κριτηρίου χρηματοδότησης ειδικότερα, επεκτείνεται και σε ζητήματα σχετικά με το ποιες ομάδες του πληθυσμού πληρώνουν τις υπηρεσίες και τι υπηρεσίες λαμβάνουν, ή ακόμη και σε ζητήματα σχετικά με τον φορέα ελέγχου των δαπανών.[27]

Ένα άλλο στοιχείο ανάλυσης της χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων, έχει να κάνει με την προέλευση των πόρων η οποία μπορεί να είναι : α)ο δημόσιος τομέας, β)ο ιδιωτικός τομέας ή γ)η ασφάλιση υγείας. [28] Σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση, οι πόροι χρηματοδότησης μπορεί να προέρχονται : α)από το δημόσιο (Ασφαλιστικά ταμεία, Υπουργείο υγείας κλπ), β)από τις εργοδοτικές εισφορές, γ)από την τοπική κοινότητα, δ)από τα νοικοκυριά, ε)από βοήθεια από το εξωτερικό, στ)από εθελοντικές οργανώσεις και ζ)από άλλες πηγές. [29]

Σχετικά με την αποζημίωση των προμηθευτών, για τους μεν γιατρούς, αυτή προκύπτει είτε ως μισθός, είτε κατά πράξη, είτε με βάση την λίστα των εγγεγραμμένων ασθενών. Για τα νοσοκομεία, οι μέθοδοι χρηματοδότησης μπορεί να είναι α)κατά ημέρα, β)κατά περίπτωση και γ)με σφαιρικό προϋπολογισμό.[30] Σημειώνεται, πως η επιλογή του τρόπου αποζημίωσης των προμηθευτών, έχει αποκτήσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη σημασία, λόγω της αναγκαιότητας για συγκράτηση του κόστους και βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Έτσι, στα πλαίσια των προσπαθειών για συγκράτηση του κόστους, θεωρούνται καταλληλότεροι τρόποι αποζημίωσης η αμοιβή σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στους καταλόγους για τους γιατρούς και ο προοπτικός σφαιρικός προϋπολογισμός για τα νοσοκομεία (βλ. επόμενο κεφάλαιο). [31]

Τέλος, η κρατική παρέμβαση, διασπάται στην οργάνωση και στην χρηματοδότηση του συστήματος και στην παροχή των υπηρεσιών με στόχους που διαφέρουν ανάλογα με τη φύση του συστήματος. Δηλαδή, η συμμετοχή του κράτους στην φροντίδα υγείας, μπορεί να εκφραστεί μέσα από τρεις μηχανισμούς : α)την οργάνωση και τον συντονισμό του συστήματος υγείας, β)την χρηματοδότηση της λειτουργίας του και γ)την άμεση παροχή υπηρεσιών.[32]

Αν και λόγω της πληθώρας των συνδυασμών και των επιλογών που υιοθετούνται στην πράξη μεταξύ των στοιχείων που συνθέτουν τα συστήματα υγείας, κανένα σύστημα σήμερα δεν ακολουθεί το αμιγές πρότυπο της παραδοσιακής μορφής του, θα αναφερθούμε στα τρία κλασικά μοντέλα που

---

[27] Smith B. A., Leiserson A. (1978) *«Poverty, development and health policy»* p.74 .

[28] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 279-281, Παπαζήσης , Αθήνα

[29] WHO (1978) *«Financing of health services»* p. 36, Report of a WHO study group, Technical report series 625, Geneva.

[30] OECD (1992) *«The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries»* p. 20, OECD.

[31] WHO (1981) *«Economic research into health service growth»* p. 14-16 , Report of a WHO Workshop, The Hague 24-27/3/71979, Copenhagen.

[32] Οικονόμου Χ. (1999) *«Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις»* σελ.466, στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999) *«Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους»*, Κριτική, Αθήνα.

έχουν επικρατήσει, τα οποία εμφανίζονται με διάφορες παραλλαγές : i)τα φιλελεύθερα (ιδιωτική ασφάλιση, ιδιωτικοί προμηθευτές, πχ ΗΠΑ), ii)τα μικτά (κοινωνική ασφάλιση, δημόσιοι και ιδιωτικοί προμηθευτές, πχ Γαλλία, Γερμανία) και iii)τα εθνικά (καθολική κάλυψη, χρηματοδότηση μέσω φορολογίας, δημόσιοι προμηθευτές, πχ Αγγλία, Σουηδία). [33]

2.3. Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας (συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης).

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας, ή αλλιώς συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης, έχουν σαν κλασικό εκπρόσωπο τις ΗΠΑ και χαρακτηρίζονται από την λειτουργία ενός συστήματος τιμών το οποίο διαμορφώνει την αγορά και παροχή των υπηρεσιών υγείας, με κριτήριο την ζήτηση που εκδηλώνεται για αυτές. Η υγειονομική κάλυψη στα συστήματα αυτά, παρέχεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και αποτελεί προσωπική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός. Με δεδομένο όμως το ότι η ζήτηση σε ένα σύστημα αγοράς, εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από το διαθέσιμο εισόδημα, τίθεται υπό αμφισβήτηση η άποψη των υποστηρικτών των συστημάτων αυτών για «κυριαρχία του καταναλωτή». [34]

Αντίθετα, η πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μεγάλων υγειονομικών ανισοτήτων, τόσο από το γεγονός ότι η κάλυψη εξαρτάται από τις οικονομικές δυνατότητες του ασθενή, όσο και από την παρατηρούμενη συγκέντρωση των υπηρεσιών στα αστικά κέντρα και την αδυναμία εφαρμογής περιφερειακών πολιτικών υγείας. [35] Η τελευταία αποδίδεται στις επιλογές στα πλαίσια της λοιπής δραστηριότητας του τριτογενούς τομέα, όπου οι προσπάθειες για προώθηση της περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών, προσανατολίζονται σε κίνητρα και επιχορηγήσεις, αγνοώντας τις ιδιαιτερότητες της αγοράς υγείας, με μικρά βέβαια αποτελέσματα . [36]

Επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στο Αμερικάνικο σύστημα υγείας το οποίο άλλωστε είναι το πλέον αντιπροσωπευτικό του «ελεύθερου – ιδιωτικού» μοντέλου, σημειώνουμε πως η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική, με αποτέλεσμα το 30% περίπου του πληθυσμού να είναι ανασφάλιστοι ή υποασφαλισμένοι, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό των εθνικών συστημάτων κυμαίνεται από 1% έως 2% του πληθυσμού. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού (74%) είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, με την παροχή υγειονομικής φροντίδας να γίνεται είτε από υπηρεσίες που ανήκουν στην ίδια την ασφαλιστική εταιρεία, είτε από συμβεβλημένους φορείς, είτε τέλος σε φορέα της προτίμησης του ασφαλισμένου.

---

[33] OECD (1987) *«Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries»* p.24, Paris.

[34] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»*, σελ. 83-84, Αθήνα.

[35] Klarman H.E. (1982) *«The Road to Cost-Effectiveness Analysis»* p. 585-587 - Milbank Memorial Fund / Health and Society, No 6 .

[36] Κυριόπουλος Γ. - Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 67 - Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Σχετικά με την κρατική συμμετοχή, αυτή περιορίζεται στα προγράμματα του Medicare και Medicaid, τα οποία χρηματοδοτούνται από την κεντρική και τις πολιτειακές κυβερνήσεις και καλύπτουν τα ασθενέστερα στρώματα του πληθυσμού (φτωχούς, ηλικιωμένους, ανάπηρους κλπ). Η παροχή των υπηρεσιών στα παραπάνω προγράμματα, γίνεται μέσα από συμβεβλημένα νοσοκομεία και γιατρούς, σε πολιτειακό επίπεδο. [37]

Άλλο ένα χαρακτηριστικό των συστημάτων αυτών, αποτελεί η χρηματοδότησή τους κυρίως από ιδιωτικές πηγές (ιδιωτική ασφάλιση υγείας) και η κατοχή των παραγωγικών συντελεστών από ιδιώτες (ιδιωτικοί προμηθευτές). Επισημαίνεται, ότι η χρηματοδότηση γίνεται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει κάθε άτομο σύμφωνα με τα ατομικά του χαρακτηριστικά. Αυτό το στοιχείο, παράλληλα με την αδυναμία εφαρμογής ενιαίας περιφερειακής πολιτικής υγείας, οδηγεί στην εμφάνιση προβλημάτων πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες και τον αποκλεισμό, τμημάτων του πληθυσμού από αυτές.

Επιπρόσθετα, η αγορά υπηρεσιών υγείας, παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες, όπως η έλλειψη κυριαρχίας του καταναλωτή και η ασυμμετρία στην πληροφόρηση μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, δηλαδή μεταξύ προμηθευτών και καταναλωτών. [38] Στα συστήματα λοιπόν αυτά, εμφανίζεται το πρόβλημα της αδυναμίας των χρηστών να εκφράσουν την ζήτηση του προϊόντος, με σκοπό την επίτευξη της μέγιστης δυνατής χρησιμότητας, παραβιάζοντας το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής. [39]

Αυτές λοιπόν οι ιδιαιτερότητες και οι ατέλειες της αγοράς υγείας καθώς και η πεποίθηση ότι η εγκαθίδρυση αγοράς υπηρεσιών υγείας πλήρους ανταγωνισμού αποτελεί εγχείρημα ουσιαστικά ανέφικτο, [40] οδήγησαν στην είσοδο παραγόντων κεντρικού σχεδιασμού, με αποτέλεσμα στις περισσότερες χώρες, η ιδιωτική ασφάλιση να λειτουργεί συμπληρωματικά των δημοσίων σχημάτων.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες μάλιστα, επιχειρείται τα τελευταία χρόνια μια σημαντική μεταρρύθμιση, με μέτρα όπως οι Health Maintenance Organizations, HMO's (Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας), [41] οι Preferred Provider Organizations, PPOs (Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών), καθώς και άλλα σχήματα,

---

[37] Phelps C. (1997) *«Health Economics»* p. 404-466, Addison Wesley, Reading, Massachusetts.

[38] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 35, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[39] Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ.19-20, Θεμέλιο, Αθήνα.

[40] Στην διαπίστωση αυτή οδηγούμασε από τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από τις πολιτικές που αντιμετωπίζουν την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό και ειδικότερα : α)από τον αποκλεισμό των ασθενών από την αγορά λόγω εισοδηματικών περιορισμών, β)από την δημιουργία ανισοτήτων (κοινωνικών και γεωγραφικών), γ)από την αδυναμία κάλυψης των αναγκών, δ)από την κερδοσκοπική συμπεριφορά του ιατρικού σώματος και ε)από την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών. Βλ. Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 63, Παπαζήσης, Αθήνα.

[41] Αναλυτική αναφορά στα μοντέλα HMO's και PPOs, στο επόμενο κεφάλαιο.

παράλληλα με την προώθηση ενός οικουμενικού ασφαλιστικού συστήματος που αποσκοπεί στην καθιέρωση ενός συστήματος «ελεγχόμενου ανταγωνισμού». [42]

Η προσπάθεια αυτή, έχει γίνει κυρίαρχη πρόταση στον χώρο της υγείας και αποτελεί - σύμφωνα με τους υποστηρικτές της - την μόνη λύση για μείωση του κόστους και αύξηση της αποδοτικότητας, ταυτόχρονα με τη διατήρηση του κοινωνικού χαρακτήρα των υγειονομικών υπηρεσιών. [43]

2.4. Τα μικτά συστήματα υγείας (συστήματα κοινωνικής ασφάλισης - το πρότυπο του Bismark).

Τα μικτά υγειονομικά συστήματα, στηρίζονται στο πρότυπο του Bismark - ο οποίος με μια σειρά νόμων που θέσπισε στη Γερμανία το 1880 θεμελίωσε το πρώτο οργανωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με ευθύνη εργατών και εργοδοτών - και χαρακτηρίζουν τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, με αντιπροσωπευτικότερους εκφραστές, την Γαλλία και τη Γερμανία. Υπηρετώντας την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από την συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, στηρίζονται χρηματοδοτικά στα κοινωνικοασφαλιστικά ταμεία, με εισφορές που υπολογίζονται με βάση το εισόδημα και τις δυνατότητες πληρωμής. Τα ταμεία αυτά, άλλοτε απαντώνται σαν κλάδοι ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων (Γερμανία) και άλλοτε συνθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα ασφάλισης υγείας (Γαλλία). Διευθύνονται από τους κοινωνικούς εταίρους και η λειτουργία τους επιβλέπεται και ρυθμίζεται από την κυβέρνηση. [44]

Το καθεστώς ασφάλισης του πληθυσμού, έχει στα συστήματα αυτά υποχρεωτικό χαρακτήρα, ενώ η ασφάλιση υγείας, θεωρείται καθολικό δικαίωμα, ανεξάρτητα από το εισόδημα και την υγειονομική κατάσταση των ατόμων. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των συστημάτων αυτών, έχει να κάνει με την κυριότητα των παραγωγικών συντελεστών , η οποία μπορεί να είναι ιδιωτική ή δημόσια, προσδίδοντας έτσι ένα μικτό πλαίσιο στην προσφορά των υπηρεσιών από τους προμηθευτές. Η επέμβαση των κυβερνήσεων στους τρόπους χρηματοδότησης των προμηθευτών είναι αναμφισβήτητη στα μικτά συστήματα υγείας, ενώ επεκτείνεται και σε θέματα συνολικού προγραμματισμού των υπηρεσιών, όπως η έγκριση ίδρυσης και λειτουργίας των ιδρυμάτων ή η περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών. [45]

Η επιδίωξη αυτή της περιφερειακοποίησης - η οποία ενδιαφέρει και την παρούσα μελέτη - φαίνεται πως στα συστήματα αυτά επιτυγχάνεται και σίγουρα τα αποτελέσματα είναι πιο ικανοποιητικά απ' ότι στα αντίστοιχα φιλελεύθερα συστήματα. Η ύπαρξη ενός εθνικού προγραμματισμού προσφοράς των

[42] Enthoven A. (1989) *«What Can Europeans Learn From Americans? Health Care Financing»*, Annual Supplement.

[43] Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 21-24, Θεμέλιο, Αθήνα.

[44] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 35 - ΕΞΑΝΤΑΣ, Αθήνα

[45] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»*, σελ. 90-91, Αθήνα.

υπηρεσιών υγείας, εντάσσεται στην γενικότερη φιλοσοφία της περιφερειακής ανάπτυξης στις χώρες αυτές, όπου η κρατική παρέμβαση είναι αναγκαία και δεδομένη.

Οι επεμβάσεις αυτές της κεντρικής διοίκησης με στόχο την περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, δεν εξασφαλίζουν κατ΄ ανάγκη την άριστη κατανομή των πόρων υγείας στις περιφέρειες. Η κρατική παρέμβαση είναι μεν θεσμοθετημένη γιατί οι πολιτικές υγείας δεν βασίζονται αποκλειστικά στο σύστημα της αγοράς, όμως η αρνητική πολλές φορές στάση των παραγόντων της προσφοράς - η οποία στηρίζεται στο μονοπώλιο της γνώσης που κατέχει το ιατρικό σώμα - αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στις προσπάθειες προγραμματισμού.

Εκτός αυτού, οι αυτονόητες δεσμεύσεις που προκαλεί η έντονη κρατική παρουσία, ανατρέποντας πολλές φορές το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, οδηγεί στην αμφισβήτηση της αναγκαιότητας του κεντρικού σχεδιασμού, παραγνωρίζοντας όμως τις πιθανότητες που έχει για να επιτύχει στον τομέα της περιφερειακής διάρθρωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Το ενδεχόμενο αυτής της επιτυχίας, αποκτά μεγαλύτερες πιθανότητες όταν υπάρχει κρατική παρέμβαση και συνολική περιφερειακή πολιτική υγείας, αλλά από την άλλη μεριά, οι ανισότητες στην κατανομή των πόρων, αποτελούν μια πραγματικότητα ακόμη και στα συστήματα της κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό αποδίδεται στις δυνάμεις της αγοράς και στην παγίωση πολιτικών συμφερόντων και σκοπιμοτήτων και φέρνει στην επιφάνεια το ζήτημα της αποκέντρωσης, το οποίο όμως θα μας απασχολήσει σε επόμενο κεφάλαιο. Η σύνδεση όμως περιφερειακοποίησης και κρατικού σχεδιασμού παραμένει δεδομένη και εκφράζεται αντιπροσωπευτικότερα, στα εθνικά συστήματα υγείας, στα μοντέλα δηλαδή της κρατικής παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας.

2.5. Τα εθνικά συστήματα υγείας (το πρότυπο του Beveridge).

Τα εθνικά συστήματα υγείας, με αντιπροσωπευτικό εκφραστή το National Health Service της Μεγάλης Βρετανίας, είχαν σαν εμπνευστή τον Beveridge και πιο συγκεκριμένα την μελέτη του για το σύστημα ασφάλισης και των συναφών υπηρεσιών (1942) και ειδικότερα το σχέδιό του, για την δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας.[46]

Κεντρικό σημείο των θέσεών του για την ιατρική περίθαλψη, ήταν ότι αυτή θα έπρεπε να καλύπτει όλο το φάσμα του πληθυσμού, ανεξαιρέτως του εύρους των αναγκών, τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και σε επίπεδο αποκατάστασης. Αποτέλεσμα, ήταν η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (1946), σαν διαπίστωση της ανεπάρκειας του προηγούμενου συστήματος και της αναγκαιότητας για ανάληψη της παροχής υπηρεσιών υγείας από το κράτος.

Με αφετηρία το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας, μια σειρά από χώρες όπως η Σουηδία, η Ιταλία, η Ελλάδα κλπ., ακολούθησαν αντίστοιχες πολιτικές -με μικρές διαφοροποιήσεις- και δημιούργησαν εθνικά συστήματα υγείας, στα οποία το κράτος έχει τον έλεγχο τόσο της παραγωγής, όσο και της διανομής των υπηρεσιών. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας (κρατικός προϋπολογισμός).

[46] Βλ. Beveridge W. (1942) *«Social Insurance and Allied Service»*, London.

Τα συστήματα αυτά, όπως είναι αντιληπτό, οριοθετούνται και λειτουργούν με βάση έναν κεντρικό προγραμματισμό, ο οποίος καθορίζει τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, με στόχο [47] :

α) την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων και την καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού.

β)τον σχεδιασμό και την επιλογή των προτεραιοτήτων της υγειονομικής πολιτικής, με γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού.

γ)την άρση των περιφερειακών ανισοτήτων υγείας, μέσα από την κατανομή των υγειονομικών πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες.

δ)την δωρεάν παροχή των υπηρεσιών και την κάλυψη του κόστους τους μέσα από την φορολογία, τις ασφαλιστικές εισφορές ή από ένα μικτό σύστημα.

ε)την αποκεντρωτική λειτουργία και λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγείας.

Σχετικά με την άρση των περιφερειακών ανισοτήτων, η επίτευξη πράγματι ή όχι της περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται οι υγειονομικοί πόροι, με αποτέλεσμα τα μοντέλα αυτά να προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών, σε διαφορετικά επίπεδα .

Ο διαχωρισμός των επιπέδων φροντίδας υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο, εντάσσεται σ' αυτή τη λογική και όπως συμβαίνει και στη χώρα μας, εξυπηρετεί την προσαρμογή της λειτουργίας του συστήματος στις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού αναφοράς, για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων.

Όπως όμως θα δείξουμε και παρακάτω με τη μελέτη της κατανομής των πόρων υγείας στην χώρα μας, αλλά και σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία και πραγματικότητα, η ιεραρχική αυτή προσέγγιση και αντιμετώπιση των αναγκών σε περιφερειακό επίπεδο, δεν εξασφαλίζει τον συντονισμό αναγκών και προσφοράς. Η υπερπροσφορά υπηρεσιών στα αστικά κέντρα, αποτελεί μία μόνο συνιστώσα του γενικού προβλήματος των υγειονομικών ανισοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο και της ανισότητας στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών. [48]

Πάντως πρέπει να σημειωθεί, πως από τα μοντέλα συστημάτων υγείας που αναφέρθηκαν προηγουμένως, η επίτευξη της περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών υγείας, επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στα εθνικά συστήματα. Αυτό γιατί η συγκεντρωτική μέθοδος χρηματοδότησης επιτρέπει τον προσανατολισμό της προσφοράς (προμηθευτών) εκεί όπου υπάρχει ανάγκη και η αγορά αδυνατεί να παρέμβει, ενώ επιπρόσθετα, η μονοπωλιακού τύπου κρατική

[47] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»*, σελ. 88-89, Αθήνα.

[48] Κυριόπουλος Γ. - Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 42-46, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

ιδιοκτησία στις υπηρεσίες υγείας, διευκολύνει την υλοποίηση των στόχων του κεντρικού σχεδιασμού.

Αποτελεί πάντως δύσκολο εγχείρημα -ακόμη και στην περίπτωση της κρατικής χρηματοδότησης- η ανακατανομή των υγειονομικών πόρων στις περιφέρειες , διότι αυτό σε επιστημονικό επίπεδο, προϋποθέτει μια σωστή προσέγγιση των υφιστάμενων διαφορών και σε επίπεδο πολιτικών εφαρμογών, απαιτεί μια ουσιαστική αξιολόγηση των προσφερομένων υπηρεσιών.

Η ορθολογική κατανομή τέλος των υγειονομικών πόρων, ακόμη κι αν επιτευχθεί, δεν αποτελεί την πλήρη επίλυση του προβλήματος της περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών . Ένα εθνικό σύστημα υγείας που θέλει να εξασφαλίζει μια σχετική ισότητα στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, οφείλει να προεκτείνει την πολιτική του παρέμβαση, στην εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες του συστήματος.

Η ανάλυση της έννοιας της πρόσβασης ή αλλιώς της προσπελασιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και των κριτηρίων που προσδιορίζουν τις ανισότητες στην υγεία, αποτελούν αντικείμενο μελέτης επόμενου κεφαλαίου.

2.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.

Η παρουσίαση των τριών παραδοσιακών μορφών των συστημάτων υγείας που προηγήθηκε, δεν αποσκοπεί στην εξάντληση των επί μέρους πρακτικών σε επίπεδο πολιτικών υγείας. Άλλωστε, η απλή καταγραφή των μοντέλων των υγειονομικών συστημάτων και του οργανωτικού πλαισίου που διέπει το καθένα από αυτά, δεν εξυπηρετεί άμεσα τον σκοπό αυτής της μελέτης. Το κυρίαρχο όμως στοιχείο που προκύπτει από αυτή την οριοθέτηση μεταξύ των συστημάτων, είναι η αναζήτηση της αιτίας των διαφοροποιήσεών τους.

Το ερώτημα λοιπόν που προκύπτει είναι το γιατί διαφοροποιούνται σε τέτοιο βαθμό οι υπηρεσίες υγείας στις διάφορες χώρες και η απάντησή του, απαιτεί μια προσέγγιση πολυπαραγοντικού χαρακτήρα, που θα λαμβάνει υπ' όψη της, το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και επιδημιολογικό πρότυπο της κάθε χώρας.

Στο σημείο αυτό βέβαια, οφείλουμε να επισημάνουμε την τάση σύγκλισης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, με την επικράτηση συστημάτων ιδιωτικού τύπου παροχής υπηρεσιών υπό εθνικό προγραμματισμό και σχεδιασμό (π.χ. Βέλγιο), ή με την συνύπαρξη ιδιωτικού και δημόσιου τύπου παροχής υπηρεσιών, υπό εθνικό προγραμματισμό και κοινωνικό έλεγχο (π.χ. Γαλλία) . Άλλωστε δεν θα πρέπει να αγνοούμε, πως ακόμη και σε χώρε όπου επικρατούν εθνικά υγειονομικά συστήματα, συνυπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας (π.χ. Ισπανία). [49]

Αν θέλουμε πάντως να εμβαθύνουμε στις πρακτικές και τις μεθόδους που υιοθετούνται σε κάθε σύστημα για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων και την προαγωγή της ανθρώπινης υγείας, πρέπει να εξετάσουμε την σημαντικότερη παράμετρο της λειτουργίας των συστημάτων αυτών, η οποία είναι η μορφή και η διαδικασία χρηματοδότησης των υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της ζήτησης των υπηρεσιών, η οποία στον υγειονομικό τομέα παρουσιάζει αρκετές

[49] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 35, Εξάντας, Αθήνα.

ιδιαιτερότητες, που ξεκινούν από την σχέση της με το ιατρικό σώμα και την κατεύθυνσή της από αυτό (προκλητή ζήτηση) και καταλήγουν στην διόγκωση του κόστους και την επιβάρυνση της κοινωνικής ασφάλισης.

Με δεδομένο ότι κανένα σύστημα υγείας δεν ακολουθεί στην πράξη απόλυτα το πρότυπο της θεωρητικής του προέλευσής και ότι κυρίαρχο αίτημα των σύγχρονων συστημάτων αποτελεί -πέρα από την διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας- η μείωση του κόστους των υπηρεσιών, αποκτά ενδιαφέρον η αξιολόγηση της άποψης που υποστηρίζει την είσοδο του ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας, χωρίς να υπονομευθεί ο κοινωνικός χαρακτήρας των υπηρεσιών. Οι παραπάνω διαστάσεις των υγειονομικών συστημάτων, θα αποτελέσουν το αντικείμενο του κεφαλαίου που ακολουθεί, στο οποίο θα επιχειρηθεί μια αναλυτική παρουσίαση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών, του ρόλου της ζήτησης και των προτάσεων για μείωση των δαπανών και είσοδο ανταγωνιστικών μεθόδων, στην αγορά των υγειονομικών υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο} ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

3.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις.

Η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των τρόπων χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων, βρίσκεται τα τελευταία χρόνια στο επίκεντρο του προβληματισμού για την αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών σε σχέση πάντα με το υψηλό κόστος που δαπανάται γι' αυτές. Έτσι, τα περισσότερα υγειονομικά συστήματα, υφίστανται μια σειρά από μεταρρυθμίσεις, με έμφαση στις προσπάθειες ελέγχου του κόστους και βελτίωσης της αποδοτικότητας των υπηρεσιών. [1]

Η οικονομική λοιπόν διάσταση της οργάνωσης και λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων, η οποία επιμερίζεται στην μελέτη των πηγών της χρηματοδότησης, του ύψους των δαπανών και των πολιτικών για την περιστολή του κόστους, αποτελεί το περιεχόμενο αυτού του κεφαλαίου. Η οικονομοκεντρική αυτή προσέγγιση των συστημάτων υγείας, αποσκοπεί στην απεικόνιση των πραγματικών αιτιών της αναποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, η οποία αποδίδεται κυρίως στην ανορθολογική διαχείριση και κατανομή των πόρων.

Με αφετηρία τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών, θα παρουσιάσουμε αρχικά τις πηγές των κεφαλαίων ανάλογα με το υγειονομικό σύστημα στο οποίο αναφερόμαστε, καθώς και τη σχέση του ύψους των δαπανών με την ζήτηση για υπηρεσίες η οποία ειδικά στον χώρο της υγείας, εμφανίζει σημαντικές ιδιομορφίες.

Στη συνέχεια, θα επεκταθούμε στην ερμηνεία της ανακολουθίας μεταξύ του ύψους των δαπανών και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και θα παρουσιάσουμε τους μηχανισμούς ελέγχου του κόστους που υιοθετήθηκαν κατά τη φάση αυτή της προσπάθειας για σταθεροποίηση των δαπανών υγείας διεθνώς.

Τέλος, θα επιχειρήσουμε να παρουσιάσουμε τις κύριες θέσεις αυτών που προτείνουν μια σειρά μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας, με την σύζευξη στοιχείων τόσο από την πλευρά του ανταγωνισμού όσο και από την πλευρά της κοινωνικής πολιτικής, που θα αποσκοπεί στην εξασφάλιση συνθηκών ισότητας και αποδοτικότητας για το σύστημα υγείας. Το μοντέλο αυτό του «ελεγχόμενου ανταγωνισμού», αποτελεί -σύμφωνα με τους υποστηρικτές του- τον μόνο τρόπο για εξασφάλιση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, ενώ ταυτόχρονα, οδηγεί στην ισχυροποίηση της θέσης του χρήστη, χωρίς να αναιρεί και να ανατρέπει τον πολιτικό και κοινωνικό χαρακτήρα των υγειονομικών συστημάτων. [2]

Σ' αυτό το σημείο, αξίζει να αναφέρουμε ότι επειδή κατά πρώτον τα υγειονομικά αποτελέσματα είναι τεχνικά δύσκολο να αξιολογηθούν και κατά

[1] Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»* σελ. 11-12, Θεμέλιο, Αθήνα.

[2] Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 21, Θεμέλιο, Αθήνα.

δεύτερο, ο τρόπος χρηματοδότησης επηρεάζει όλες τις πλευρές των υγειονομικών συστημάτων, θα επιχειρήσουμε μια αξιολόγηση των μορφών χρηματοδότησης, από τη σκοπιά της συγκράτησης του κόστους και της διατήρηση της ισότητας στην πρόσβαση των υγειονομικών συστημάτων. Η τελευταία αυτή άλλωστε έννοια, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την διαχείριση και τον τρόπο κατανομής των υγειονομικών πόρων, σε επίπεδο περιφερειών.

3.2. Πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα.

Το ζήτημα της προέλευσης των κεφαλαίων με τα οποία χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, από την άποψη της ετερότητας των πηγών και των εναλλακτικών μοντέλων που έχει να παρουσιάσει η διεθνής εμπειρία. Επιχειρώντας μια κατηγοριοποίηση των πηγών χρηματοδότησης - ακολουθώντας τα μοντέλα των συστημάτων υγείας - μπορούμε αρχικά να διακρίνουμε τρεις κύριες πηγές άντλησης κεφαλαίων :

α)τον ιδιωτικό τομέα
β)τον δημόσιο τομέα και
γ)την εξωτερική βοήθεια και συνεργασία [3]

Επεκτείνοντας την ανάλυσή μας για τις πηγές χρηματοδότησης, εντοπίζουμε στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα την ιδιωτική ασφάλιση, το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών και τις δωρεές των φιλανθρωπικών οργανώσεων. [4]

Όσο αφορά στον δημόσιο τομέα, τα κεφάλαια αντλούνται από την φορολογία (γενική φορολογία και ειδικοί φόροι) και από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζόμενων ή από τις εισφορές ομάδων πληθυσμού με κριτήριο το εισόδημα, στα πλαίσια πάντα της υποχρεωτικής καθολικής ασφάλισης. [5]

3.2.1. Ιδιωτική χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση υγείας).

Στα πλαίσια του συστήματος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, οι πόροι αντλούνται από τις εισφορές των ίδιων των ατόμων καθώς και των εργοδοτών και χρησιμοποιείται άλλοτε ως κύριο και άλλοτε ως συμπληρωματικό σχήμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών. [6] Οι ασφαλιστικές εταιρείες που συνθέτουν το ανταγωνιστικό πλαίσιο του συστήματος αυτού, λειτουργούν συνάπτοντας ειδικές συμφωνίες με τους προμηθευτές και εξασφαλίζουν ενός βαθμού ελευθερία στα άτομα, που μπορούν να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών επιπέδων κάλυψης, ανάλογα με τις εισοδηματικές τους δυνατότητες.

---

[3] Mach E., Abel-Smith B. (1983) *«Planning the Finances on the Health Sector : A Manual for Developing Countries»* p. 17-19, Geneva.

[4] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ.16 - Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[5] OECD (1992) *«The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries»* p. 19, OECD.

[6] Λιαρόπουλος Λ. (1993) *«Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα»* σελ. 21, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.

Το τελευταίο αυτό όμως στοιχείο που μπορεί για κάποιες ομάδες πληθυσμού να φαίνεται ικανοποιητικό μια και εξασφαλίζει την ελευθερία της επιλογής, ταυτόχρονα, οδηγεί άλλες πληθυσμιακές ομάδες στον αποκλεισμό από την ασφαλιστική κάλυψη, επειδή αδυνατούν να την αγοράσουν. [7]

Ένα άλλο στοιχείο αποκλεισμού που χαρακτηρίζει την ιδιωτική ασφάλιση, συνίσταται στην τακτική των διακρίσεων των ασφαλίστρων με κριτήριο τον βαθμό επικινδυνότητας τον ατόμων, που φτάνει στο σημείο να θέτει εκτός συστήματος κάποιες ομάδες υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ζήτημα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. [8]

Υπό τις συνθήκες αυτές, γίνεται αντιληπτό πως η ιδιωτική ασφάλιση και ο τρόπος χρηματοδότησης που υιοθετεί, δεν μπορεί να διαδραματίσει κυρίαρχο ρόλο στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αλλά αντίθετα, είναι προτιμότερο να λειτουργεί ως συμπληρωματική πηγή.

3.2.2. Δημόσια χρηματοδότηση (κοινωνική ασφάλιση υγείας και φορολογία)

Το πρότυπο οργάνωσης των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης του Bismark - για το οποίο έγινε αναφορά σε προηγούμενο κεφάλαιο - ακολουθήθηκε από τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες έχουν διαμορφώσει έναν κρατικής εποπτείας μηχανισμό, για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πληθυσμών τους.

Ο μηχανισμός αυτός, στηρίζεται στον θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, ο οποίος χρηματοδοτείται από τους κοινωνικούς εταίρους, πράγμα που σημαίνει πως έχει έναν ιδιαίτερα αναδιανεμητικό ρόλο, από την άποψη ότι συνήθως, οι εργοδοτικές εισφορές υπερβαίνουν τις αντίστοιχες εισφορές των εργαζομένων. [9] Απ' την άλλη βέβαια, αυτή η αναδιανεμητική φύση της κοινωνικής ασφάλισης, αντισταθμίζεται, από το ότι οι εργοδοτικές εισφορές μεταφέρονται στην αγορά μέσω της αύξησης των τιμών, η οποία τελικά επιβαρύνει το πραγματικό εισόδημα των καταναλωτών.

Το σύστημα επίσης της κοινωνικής ασφάλισης χαρακτηρίζεται από ένα υψηλό διοικητικό κόστος, λόγω του κατακερματισμού των ασφαλιστικών φορέων, καθώς και των διαδικασιών ελέγχου που απαιτεί αρχικά η είσπραξη και ο προσδιορισμός του ύψους των εισφορών και στη συνέχεια η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Αντίθετα, στις περιπτώσεις όπου πηγή της χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, είναι ευκολότερη η επιβολή φραγμών στην ανάπτυξη των δαπανών και η ένταξη της χρηματοδότησης στον γενικό σχεδιασμό της δημοσιονομικής πολιτικής της κυβέρνησης.[10] Σημειώνεται όμως πως ο

---

[7] Ρομπόλης Σ. (1995) *«Κοινωνική ή Ιδιωτική Ασφάλιση στην Υγεία;»* στο Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 78-81, Θεμέλιο, Αθήνα.

[8] Λιαρόπουλος Λ. (1993) *«Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα»* σελ. 22-26, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.

[9] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «*Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ.20, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[10] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «*Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ.23, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

περιορισμός των δημοσίων δαπανών σαν συνέπεια της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας από την φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός), λειτουργεί ενάντια στο δικαίωμα ικανοποίησης των αναγκών των χρηστών, οι οποίοι ενταγμένοι σ' ένα σύστημα περιορισμένων πόρων, είναι υποχρεωμένοι τις περισσότερες φορές να επιβαρύνονται με ένα υψηλό κόστος χρόνου, προκειμένου να καταναλώσουν τις υπηρεσίες που επιθυμούν.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο στοιχείο, είναι ότι η μέθοδος άντλησης των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τη γενική φορολογία, συναντά την αρνητική ως προς τους φόρους στάση των πολιτών. Για το λόγο αυτό, έχει θεσπιστεί σε ορισμένες χώρες η επιβολή ειδικών φόρων σε κάποια αγαθά, κυρίως σε αυτά που θεωρούνται επιβλαβή για την υγεία. Επιπρόσθετα, τα μέτρα αυτής της φιλοσοφίας και προσανατολισμού βοηθούν στην μείωση της κατανάλωσης επιβλαβών προϊόντων από τα άτομα και στην μεταβολή ενδεχομένως ολόκληρης της καταναλωτικής τους συμπεριφοράς.

Από την άλλη μεριά, σημειώνεται ότι η μορφή αυτή της φορολογίας στα επιβλαβή αγαθά, λειτουργεί αντιστρόφως προοδευτικά ως προς το εισόδημα, πλήττοντας κυρίως τα χαμηλά στρώματα τα οποία εμφανίζουν ροπή προς την κατανάλωση τέτοιων αγαθών (καπνός, αλκοόλ κλπ). [11]

Η θεωρητική προσέγγιση πάντως των παραπάνω τρόπων χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών, δεν σημαίνει πως η επιλογή του μοντέλου από το οποίο θα αντλούνται οι απαραίτητοι πόροι, συνιστά απλά ένα θεωρητικό εγχείρημα. Αντίθετα, είναι πολιτική επιλογή συνδυασμένη τόσο με τις εκάστοτε πολιτικές υγείας, όσο και με τους γενικότερους προσανατολισμούς της οικονομικής πολιτικής.

Ανεξάρτητα όμως από τον τρόπο χρηματοδότησης και το μοντέλο που ακολουθείται, αποτελεί κοινή διαπίστωση το ότι οι δαπάνες υγείας βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο - σε σχέση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα - φαινόμενο το οποίο όπως θα δούμε παρακάτω, είναι άμεσα συνδεδεμένο με αυτό που αποκαλούμε «προκλητή» και «υπερβάλλουσα ζήτηση». [12]

Τέλος, σημαντική παράμετρο για την επίτευξη της αποδοτικότητας του υγειονομικού τομέα, αποτελεί η επιλογή του μηχανισμού χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών (ιατροί - νοσοκομεία), ο οποίος συνδέεται με το γενικότερο χρηματοδοτικό πλαίσιο και το σύστημα υγείας κάθε χώρας, ζήτημα με το οποίο θα ασχοληθούμε στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

Εκτός λοιπόν από το βασικό ζήτημα της άντλησης των πόρων για την υγεία, προκύπτουν και άλλα ιδιαίτερα σημαντικά θέματα κατά την προσπάθεια περιστολής και ορθολογικής κατανομής των δαπανών, που αφορούν στον έλεγχο της προσφοράς και της ζήτησης και στην σχέση τους με το ύψος των δαπανών υγείας.

---

[11] Αναλυτική παρουσίαση των καταναλωτικών προτύπων των φτωχών και μη φτωχών νοικοκυριών στην Ελλάδα, στο Καράγιωργας Σ. κ.α. (1990) «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα. Τόμος Α'» σελ. 193-294, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[12] Νιάκας Δ. (1992) *«Υποδείγματα Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας και οι Επιδράσεις τους στην Πολιτική Υγείας»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ.45-46, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

3.3. Μηχανισμοί χρηματοδότησης και προγραμματισμός της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

3.3.1. Τρόποι αποζημίωσης ιατρών στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η προσπάθεια για επίτευξη της μεγιστοποίησης του υγειονομικού αποτελέσματος σε συνδυασμό με τον έλεγχο των δαπανών για τις υγειονομικές υπηρεσίες, έχει φέρει στο προσκήνιο το ζήτημα του τρόπου με τον οποίο αποζημιώνονται οι προμηθευτές των συστημάτων υγείας. Άλλωστε, οι κυριότεροι παράγοντες της προσφοράς - ιατρικό προσωπικό και νοσοκομεία - αποτελούν κυριαρχικούς παράγοντες για την παραγωγή και την κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Το ιατρικό προσωπικό, επιτελεί έναν κυρίαρχο ρόλο - ανεξάρτητα από το υγειονομικό σύστημα στο οποίο εντάσσεται - ο οποίος συνίσταται κυρίως στην μονοπωλιακού χαρακτήρα αποκλειστικότητα στην πληροφόρηση την οποία κατέχει. Αυτή, επιτρέπει στους ιατρούς να κατευθύνουν την ζήτηση και φυσικά να διαμορφώνουν την προσφορά, κατέχοντας μια εξέχουσα θέση στον μηχανισμό της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. [13] Η μελέτη λοιπόν του τρόπου αποζημίωσής τους, αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο βαθμό που μπορεί να επηρεάσει τον ρόλο και τη δραστηριότητά τους μέσα στο σύστημα.

Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης των ιατρών, είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, η αμοιβή με πάγιο μισθό και η κατά κεφαλή αμοιβή. Σημειώνουμε, ότι σε πολλές χώρες υιοθετείται ένας συνδυασμός των παραπάνω μεθόδων, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις (π.χ. ΗΠΑ) ο τρόπος αποζημίωσης είναι ελεύθερος και χωρίς περιορισμούς, σαν απόρροια της ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς. [14]

α)αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση

Ο κλασικός αυτός τρόπος αποζημίωσης των ιατρών, εξασφαλίζει την ελευθερία της επιλογής από την πλευρά των χρηστών, οι οποίοι μπορούν να επιλέξουν τόσο με ποιοτικά όσο και με οικονομικά κριτήρια. Στην δεύτερη περίπτωση, η επιλογή έχει να κάνει με το κατά πόσο ο ιατρός θα λειτουργεί ως ελεύθερος επαγγελματίας, ή στα πλαίσια συμβάσεων με ασφαλιστικούς φορείς. [15]

Με κάθε τρόπο όμως, υπάρχει ο κίνδυνος της δημιουργίας πληθωριστικών τάσεων στο σύστημα, οι οποίες στα πλαίσια των ιδιωτών ιατρών είναι αποτέλεσμα του ελεύθερου καθορισμού της αμοιβής των ιατρικών πράξεων, ενώ στα πλαίσια των συμβεβλημένων με ασφαλιστικούς φορείς ιατρούς, είναι συνέπεια της δημιουργίας «υπερβάλλουσας ζήτησης».

Αξιοσημείωτη τέλος είναι η παραοικονομική δραστηριότητα που λαβαίνει χώρα στα συστήματα χρηματοδότησης κατά πράξη, η οποία συνίσταται στην παρατηρούμενη πολλές φορές απόκλιση μεταξύ της αμοιβής των ιατρών από

[13] Abel- Smith B. (1976) *«Value for Money : A Comparative Study»*, Heinemann, London.

[14] Sandier S. (1989) *«The Payment of Physicians in Selected OECD countries»*, OECD, Paris.

[15] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ.51-52, Εξάντας, Αθήνα.

τους ασφαλισμένους και της δαπάνης που επιστρέφεται στον ασθενή από το φορέα του. [16]

β)αμοιβή με πάγιο μισθό

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, οι ιατροί αμείβονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν σε οποιοδήποτε φορέα (δημόσια νοσοκομεία - εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων - πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών - κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία) με πάγιο μισθό. [17]

Η πρακτική αυτή, μειώνει το κόστος του κάθε ιατρού στο σύστημα, ενώ ταυτόχρονα εξαφανίζει κάθε κίνητρο για τη δημιουργία τεχνητής ζήτησης και την πλασματική επιβάρυνση των ασφαλιστικών φορέων. Παράλληλα, η μέθοδος αυτή επιτρέπει τον μακρόπνοο σχεδιασμό και προγραμματισμό του υγειονομικού τομέα, με δεδομένο ότι δίνει την δυνατότητα προσέγγισης του ύψους των εξόδων για αμοιβές ιατρικής περίθαλψης.

Ταυτόχρονα όμως, έχουμε άρση της ελεύθερης επιλογής, αντιπαραγωγική συμπεριφορά του ιατρικού σώματος λόγω της έλλειψης ενδιαφέροντος και επιβαρύνσεις στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται, στα πλαίσια της απουσίας οικονομικών κινήτρων.

γ)αμοιβή κατά κεφαλή (αριθμός εγγεγραμμένων)

Ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης, αποτελεί μια σύγχρονη μέθοδο κατανομής των πόρων υγείας - ιδιαίτερα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο - στα πλεονεκτήματα της οποίας κεντρική θέση κατέχει η εξασφάλιση της ελευθερίας στην επιλογή ιατρού από το χρήστη, σε βαθμό που μας επιτρέπει να μιλάμε για κυριαρχία του καταναλωτή.

Την ίδια στιγμή, ο κάθε ιατρός διαθέτει ένα ισχυρό οικονομικό κίνητρο, ώστε να αυξήσει τον αριθμό των εγγραφομένων μέσα από την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών, με κίνδυνο όμως την μείωση του διαθέσιμου χρόνου και τις συνεχείς παραπομπές σε νοσοκομεία, λόγω της διόγκωσης του καταλόγου του ιατρού. [18]

Επιπρόσθετα, η χρηματοδοτική αυτή πολιτική, περιορίζει την προκλητή ζήτηση, γιατί η αμοιβή του ιατρού είναι προκαθορισμένη, προσδιορίζεται από τον αριθμό των ασφαλισμένων (κατά κεφαλή) και είναι ανεξάρτητη από τον όγκο των υπηρεσιών.

Σημειώνεται, ότι το σύστημα αυτό, ενσωματώνεται σε όλες τις προτάσεις για την εισαγωγή ανταγωνιστικών μεθόδων στα πλαίσια του κοινωνικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, και θεωρείται ως το πλέον κατάλληλο για

---

[16] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 123, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[17] Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Μέθοδοι και Κριτήρια Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *««Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 60, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[18] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 34, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

την συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή τους. [19] Για το λόγο αυτό, θα περιγράψουμε παρακάτω τα πιο αντιπροσωπευτικά παραδείγματα από την διεθνή εμπειρία, που έχουν να κάνουν με τη χρηματοδότηση της ανοικτής περίθαλψης και των ιατρικών υπηρεσιών, που βασίστηκαν σ' αυτό ακριβώς το μοντέλο της αμοιβής κατά κεφαλή.

Συμπερασματικά τέλος, αναφέρουμε ότι όσο αφορά στο μοντέλο και την πρακτική της αποζημίωσης του ιατρικού σώματος, ο έντονος προβληματισμός για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου, δεν έχει αποδώσει, με την έννοια ότι δεν έχουμε καταλήξει σε κάποιον ιδεατό τύπο. Αντίθετα, υποστηρίζεται ότι κάθε σύστημα μπορεί να αποτύχει αναφορικά με την σπατάλη πόρων ή το χαμηλό επίπεδο των υπηρεσιών, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και η διαμορφωμένη σε κάθε κοινωνία ηθική, στα πλαίσια της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. [20]

3.3.1.1. Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών. Το παράδειγμα των ΗΠΑ.

Στις ΗΠΑ τις τελευταίες δεκαετίες (από το 1960), έχει θεσμοθετηθεί ένας νέος τρόπος οργάνωσης και παροχής ιατρικής φροντίδας, ο οποίος συνοδεύεται από ένα αξιόλογο χρηματοδοτικό σχεδιασμό. Ο θεσμός συνίσταται στην δημιουργία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations ή HMOs) και αφορά στην παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από ομάδες ιατρών, που αμείβονται εκ των προτέρων, με καθορισμένο ποσό ετησίως. [21]

Τα μέλη που εγγράφονται έχουν την ευχέρεια της επιλογής του πακέτου των υπηρεσιών, του οποίου η χρήση είναι απεριόριστη. Πρόκειται όπως γίνεται αντιληπτό, για μια περίπτωση κατά κεφαλήν αποζημίωσης του ιατρικού σώματος, η οποία στην έκφανσή της αυτή, έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα όπως :

α)επειδή οι HMOs, πέρα από την παροχή, έχουν και την ευθύνη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών, επιδιώκουν την μείωση του κόστους και το επιτυγχάνουν, με τον έλεγχο στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

β)η έμφαση που δίνεται στις κλασικές αλλά και σε εναλλακτικές μορφές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, έχουν σαν συνέπεια την μείωση των περιστατικών που παραπέμπονται στην νοσοκομειακή περίθαλψη, την μείωση των ημερών νοσηλείας και κατά συνέπεια την μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

γ)το οργανωμένο πλαίσιο σύνδεσης της πρωτοβάθμιας με την δευτεροβάθμια περίθαλψη, το οποίο διαδικαστικά σημαίνει πως η οποιαδήποτε

[19] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 53, Εξάντας, Αθήνα.

[20] Abel- Smith B. (1994) *«An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing»* p.191-198, Longman.

[21] Folland S., Goodman A., Stano M. (1997) *«The Economics of Health and Health Care»* p. 266-269, Prentice Hall, New Jersey.

παραπομπή σε νοσηλεία απαιτεί έγκριση από τον γενικό ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των νοσοκομειακών δαπανών.

Από την άλλη μεριά, οι επικριτές των HMOs, επισημαίνουν τον κίνδυνο που υπάρχει - ιδιαίτερα στο αμερικάνικο περιβάλλον του ελεύθερου ανταγωνισμού - να εμφανιστούν φαινόμενα «αντίστροφης επιλογής» (βλέπε κεφάλαιο 2°, σελ. 30-31), με τον αποκλεισμό ομάδων με διαφορετικές πιθανότητες ασθενείας, λόγω ακριβώς του κερδοσκοπικού προσανατολισμού των οργανισμών. [22]

Η εξελιγμένη μορφή των HMOs βρίσκει έκφραση από το 1980 κι έπειτα στους Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organizations ή PPOs), οι οποίοι λειτουργούν ανταγωνιστικά ως προς τους HMOς και χαρακτηρίζονται από την παρέμβαση των ασφαλιστικών εταιριών και την σύναψη συμφωνιών με τους προμηθευτές (ιατροί, νοσοκομεία). [23] Στα πλαίσια των συμβάσεων αυτών, οι εταιρείες επιλέγουν τους συνεργάτες τους, οι οποίοι στην περίπτωση αυτή αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση. Τα πλεονεκτήματα των οργανισμών αυτών, είναι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα παρακάτω :

α)οι ασθενείς δεν δεσμεύονται από τις επιλογές των ασφαλιστικών εταιρειών μια και μπορούν να επιλέξουν από μια πληθώρα συμβεβλημένων ιατρών και νοσοκομείων, σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα, μπορούν με κάποια οικονομική επιβάρυνση, να ζητήσουν υπηρεσίες εκτός των PPOs. [24]

β)η ικανότητα των PPOs για διαπραγμάτευση των συμβολαίων και η επιλογή της κατά πράξη χρηματοδότησης, βοηθά στην συγκράτηση του κόστους, μια και οι οργανισμοί έχουν την ευελιξία της προσαρμογής των υπηρεσιών - και συνεπώς και του κόστους - ανάλογα με την περίπτωση και την σχετική αποζημίωση.

γ)τέλος ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης είναι ιδιαίτερα ελκυστικός για τους συμβεβλημένους ιατρούς και τους ωθεί στην προσφορά των υπηρεσιών τους, η οποία στο ανταγωνιστικό περιβάλλον που επικρατεί, μπορεί να αποδειχτεί εξαιρετικά κερδοφόρα.

Ο αντίλογος, επισημαίνει πως οι PPOs, δεν είναι παρά η έκφραση της επιθυμίας των ασφαλιστικών εταιρειών, να ανταγωνιστούν τους Οργανισμούς

---

[22] Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Μέθοδοι και Κριτήρια Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 64-66, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[23] Flynn R., Williams G. (1997) *«Contracting For Health. Quasi-Markets and the National Health Service»* p. 89-90, Oxford University Press, New York.

[24] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 116-118, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Διατήρησης της Υγείας και σημειώνει πως και σε αυτή την περίπτωση μπορεί να παρατηρηθούν φαινόμενα αποκλεισμού ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. [25]

3.3.1.2. Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Γαλλία).

Η προσπάθεια για την μείωση των δαπανών υγείας και την εισαγωγή ανταγωνιστικών μεθόδων σε μια χώρα με παγιωμένη την κοινωνική ασφάλιση όπως η Γαλλία, δεν ήταν εύκολη. [26] Η χρυσή τομή όμως βρέθηκε, με αποτέλεσμα την δημιουργία των Δικτύων Συντονισμένων Φροντίδων, κάτι αντίστοιχο με το πετυχημένο μοντέλο των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας των ΗΠΑ.

Στα δίκτυα αυτά, οι κύριοι προσανατολισμοί στρέφονται γύρω από την οργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, με τρόπο που θα επιτρέπει την καλύτερη δυνατή εκμετάλλευση των δυνατοτήτων της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την σταδιακή μείωση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στα πλαίσια των δικτύων, συμμετέχουν ασφαλιστικές εταιρείες, δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές και ομάδες ιατρών. [27]

Ο τρόπος αμοιβής των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται από τα δίκτυα αυτά, γίνεται εκ των προτέρων - όπως συμβαίνει και με τους HMOs - αφορά σε διάστημα ενός έτους και υπολογίζεται κατά κεφαλή. Σχετικά με τους συμβεβλημένους με τα δίκτυα ιατρούς, εφαρμόζεται ένα ευέλικτο σχήμα καταβολής αμοιβών, που μπορεί να είναι με μισθό, κατά κεφαλή , ή κατά πράξη και περίπτωση.

Η εμπειρία πάντως αυτής της μεταρρύθμισης, αποδεικνύει για ακόμη μια φορά πως οι προσπάθειες για την μείωση των δαπανών υγείας, ξεκινούν από την προαγωγή της ανοικτής περίθαλψης και την μείωση των νοσοκομειακών δαπανών, ενώ η εφαρμογή της σε μια χώρα με παράδοση στην κοινωνική ασφάλιση όπως η Γαλλία, ανοίγει τον δρόμο σε μεταρρυθμιστικές προτάσεις για την είσοδο του ελεύθερου ανταγωνισμού στην αγορά των υγειονομικών υπηρεσιών.

3.3.1.3. Ο Γενικός Ιατρός (Μ. Βρετανία).

Στα ίδια πλαίσια κινήθηκαν και οι μεταρρυθμίσεις στην Βρετανία, όπου επίκεντρο των πολιτικών υγείας στην προσπάθεια για την προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποτέλεσε ο θεσμός του γενικού-οικογενειακού ιατρού. Ο θεσμός αυτός, ο οποίος αποτελεί παραδοσιακά το κύριο χαρακτηριστικό του Βρετανικού συστήματος υγείας, πέρα από το ότι τυγχάνει αξιοσημείωτης αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο, αποτελεί και την αφετηρία

---

[25] Frech H.E. III (1996) *«Competition and Monopoly in Medical Care»* p.147-153, The American Enterprise Institute Press, Washington.

[26] Rosa J. J., Launois R. (1990) *«France»* in Scheffler R., Rossiter L. (1990) *«Advances in Health Economics and Health Services Research»* p. 180-190, JAI PRESS, London.

[27] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 58-60, Εξάντας, Αθήνα.

της λειτουργίας ολόκληρου του συστήματος, μια και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με αυτό. [28]

Πρακτικά, ο οικογενειακός ιατρός - συνήθως οργανωμένος σε ομαδικά γενικά ιατρεία - συμπεριλαμβάνει στην λίστα του έναν αριθμό πολιτών, οι οποίοι απευθύνονται σε αυτόν για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος υγείας. Αυτός με τη σειρά του, εκτός από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχει και την ευθύνη της μετέπειτα παραπομπής στα δημόσια νοσοκομεία, για την οποία πάντοτε απαιτείται ιατρικό παραπεμπτικό σημείωμα. [29]

Ο τρόπος αποζημίωσης των γενικών ιατρών, είναι κατά κεφαλή - με βάση δηλαδή τον αριθμό των εγγεγραμμένων στην λίστα του - ενώ η παροχή των υπηρεσιών τους δεν επιβαρύνει τους ασθενείς. Όσο αφορά στην σχέση τους με την Εθνική Υπηρεσία Υγείας, αυτή δεν είναι υπαλληλική, από την άποψη ότι η συνεργασία των ιατρών με την NHS, στηρίζεται σε συμβόλαια που αναθεωρούνται. [30]

Συμπερασματικά, η εμπειρία από τη λειτουργία του θεσμού στην Βρετανία είναι θετική και στην πρακτική αλλά και στην οικονομική της διάσταση. Η δεύτερη προσέγγιση, δείχνει μια σημαντική ορθολογικότητα στην διαχείριση των κονδυλίων την στιγμή που οι δείκτες υγείας εμφανίζονται αρκετά ικανοποιητικοί- ενώ ο ίδιος ο θεσμός δεν κρίνεται σε σχέση με άλλες χώρες, ιδιαίτερα δαπανηρός. [31]

Κάποιες όμως σημαντικές δυσλειτουργίες του θεσμού, οδήγησαν στην μεταρρύθμιση του συστήματος προς την απόδοση στους ιατρούς της ευθύνης της διαχείρισης ενός προϋπολογισμού, με τον οποίο πληρώνουν τις υπηρεσίες που αγοράζουν για λογαριασμό των ασθενών της λίστας τους. Με τον τρόπο αυτό και με μηχανισμούς που θα περιγράψουμε παρακάτω, λύθηκε εν μέρει το πρόβλημα της συσσώρευσης των αιτήσεων των ασθενών για νοσοκομειακή περίθαλψη - ιδιαίτερα για χειρουργικά περιστατικά - στους καταλόγους αναμονής.

Με το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα του 1991, ο ιατρός καθορίζει πλέον τις κλινικές προτεραιότητες στους ασθενείς του, ενώ διαχειρίζεται και κατανέμει τους πόρους που του προσδίδονται μέσω ενός ειδικού προϋπολογισμού, ανάλογα με το επίπεδο φροντίδας που χρειάζεται κάθε ασθενής. Σημειώνεται, πως η ένταξη ενός ιατρού ή ενός συνεταιρισμού οικογενειακών ιατρών στο σύστημα, προϋποθέτει ένα κατώτατο όριο εγγεγραμμένων, το οποίο συνεχών μειώνεται, εντάσσοντας στο σύστημα, ολοένα και περισσότερους ιατρούς.

---

[28] Ματσαγγάνης Μ. (1995) *«Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της : Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;»* στο Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 152-153, Θεμέλιο, Αθήνα.

[29] Γείτονα Μ. (1996) *«Ο Γενικός Γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και τις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας»* στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. επιμ. (1996) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 149-158, Θεμέλιο, Αθήνα.

[30] Ματσαγγάνης Μ. (1995) βλ. υποσ. 28, σελ. 154.

[31] Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1996) *«Ο Γενικός Γιατρός στην Ελλάδα και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης : Συγκλίσεις και Διαφοροποιήσεις»* στο Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 99-116, Θεμέλιο, Αθήνα.

Όπως προαναφέραμε, οι ιατροί αγοράζουν τις απαραίτητες υπηρεσίες από τα νοσοκομεία, πληρώνοντας μέσω του ετήσιου προϋπολογισμού που τους παρέχεται από περιφερειακές υγειονομικές αρχές, διαμεσολαβώντας για λογαριασμό των χρηστών, μια και με τον τρόπο αυτό διαπραγματεύονται για το ύψος των αμοιβών που καλούνται να πληρώσουν. [32]

Το σκεπτικό αυτής της απόφασης, στηρίχθηκε στον ήδη σημαντικό ρόλο που διαδραμάτιζε για χρόνια ο οικογενειακός ιατρός στο Βρετανικό σύστημα υγείας, που ουσιαστικά τον καθιστούσε έμμεσα υπεύθυνο για την κατανομή των πόρων στους ασθενείς του. Η ανάθεση λοιπόν ενός προϋπολογισμού και μιας αρμοδιότητας για την άμεση διαχείριση και κατανομή των πόρων, εξυπηρέτησε σκοπιμότητες τόσο σχετικές με την μείωση της νοσοκομειακής ζήτησης όσο και με άλλες, που έχουν να κάνουν με τη βελτίωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών.

Τα αποτελέσματα από την νέα αυτή διάσταση και το νέο ρόλο του οικογενειακού ιατρού, έχουν αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα σημαντικά και οι κυριότερες ως προς αυτό διαπιστώσεις, είναι οι ακόλουθες :

α)σύμφωνα με εκτιμήσεις, παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα την μείωση του χρόνου αναμονής για εισαγωγή μη επειγόντων περιστατικών.

β)η σχέση ισχύος των γενικών ιατρών, τους έδωσε μια διαπραγματευτική ικανότητα ως προς την διεκδίκηση από τα νοσοκομεία βελτιωμένων και οικονομικότερων υπηρεσιών για λογαριασμό των ασθενών τους, με συνέπεια την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών.

γ)οι επιθυμίες των ίδιων των καταναλωτών βρίσκουν καλύτερη έκφραση μέσα από τους ιατρούς τους - με τους οποίους έχουν άμεση σχέση - και ικανοποιούνται λόγω του διαμεσολαβητικού ρόλου των ιατρών και της ευελιξίας τους ως προς την σύναψη συμφωνιών .

δ)τέλος, η αποκλειστικότητα των οικογενειακών ιατρών για την μετέπειτα παραπομπή των ασθενών τους, έχει σαν συνέπεια την κατεύθυνση των τελευταίων στις κατάλληλες και μόνο υπηρεσίες και εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων υγείας. [33]

Από την άλλη, υποστηρίζεται πως οι διαχειριστικές απαιτήσεις του νέου συστήματος και η υπευθυνότητα για την κατανομή των πόρων, κρατά τους ιατρούς μακριά από την ανάληψη υποχρεώσεων σε περιπτώσεις με υψηλές απαιτήσεις σε υγειονομικές υπηρεσίες, δημιουργώντας έτσι φαινόμενα αποκλεισμού. [34]

---

[32] Κοντούλη- Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 66-67, Εξάντας, Αθήνα.

[33] Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P., Thomas N. (1997) *«Contracting For Change. Contracts in Health, Social Care and Other Local Government Services»* p. 55-56, Oxford University Press.

[34] Maynard A. (1990) *«The United Kindom»* in Scheffler R., Rossiter L. (1990) *«Advances in Health Economics and Health Services Research»* p. 11-15, JAI PRESS, London.

Επίσης, θεωρείται ότι η ανεξαρτησία των γενικών ιατρών στο νέο σύστημα, το καθιστά ιατροκεντρικό, κάτι βέβαια το οποίο είναι αντίθετο προς τις προσπάθειες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για απεμπλοκή των συστημάτων υγείας από τον μονοδιάστατο πρωταγωνιστικό ρόλο του ιατρικού σώματος. [35]

Τέλος, ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών στο σύστημα αυτό ο οποίος στηρίζεται στον αριθμό των ασθενών τους - θυμίζοντας αρκετά τους HMOs - υποστηρίζεται ότι δημιουργεί κίνητρο στους ιατρούς για αύξηση της αγοράς ασθενών, σε βάρος της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι οι ιατροί για να αυξήσουν τα εισοδήματά τους, ελαχιστοποιούν τον χρόνο που αφιερώνουν σε κάθε έναν ασθενή, παραβιάζοντας έτσι τον βασικό τους ρόλο, που έχει να κάνει με τον εντοπισμό των προβλημάτων των ασθενών και τον καθορισμό της μετέπειτα πορείας τους στο σύστημα. [36]

3.3.2. Τρόποι αποζημίωσης νοσοκομείων.

Η αύξηση του κόστους του υγειονομικού τομέα σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών υγείας αφορά στην παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών, έχει οδηγήσει στην ενδυνάμωση του προβληματισμού για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα (συνδυασμός εισροών και εκροών) των νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, το νοσοκομειακό κόστος, καλύπτει ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των συνολικών υγειονομικών δαπανών. [37]

Οι κυριότεροι μέχρι τώρα τρόποι αποζημίωσης των νοσοκομείων είναι είτε με ημερήσιο νοσήλιο, είτε με συνολική σφαιρική χρηματοδότηση. [38]

α)ημερήσιο νοσήλιο

Το κλασικό αυτό υπόδειγμα χρηματοδότησης, αφορά στην πληρωμή του αντιτίμου της νοσοκομειακής περίθαλψης από τον νοσηλευόμενο - είτε απ' ευθείας είτε μέσω του ασφαλιστικού του φορέα - και συναντάται με τρεις μορφές : το κλειστό, το σπαστό και το ανοικτό νοσήλιο. [39]

---

[35] Ματσαγγάνης Μ. (1995) *«Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της : Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;»* στο Κυριόπουλος Γ. (1995) *επιμ. «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 149-151, Θεμέλιο, Αθήνα.

[36] Για την ανάπτυξη του θεσμού του γενικού-οικογενειακού γιατρού στην χώρα μας, βλέπε : Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Ο (γενικός) γιατρός μας»* στο Κυριόπουλος Γ. (1996) *«Επίκαιρα και Διαχρονικά. Κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική»* σελ.111-114, Εξάντας, Αθήνα.

[37] OECD (1987) *«Financing and Delivering Health Care : A Comparative Analysis of OECD countries»* p. 94-98, OECD, Paris.

[38] Abel-Smith B. (1994) *«An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing»* p. 198-102, Longman.

[39] Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Μέθοδοι και Κριτήρια Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *««Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 61-63, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Περιληπτικά, στην πρώτη περίπτωση, αναφερόμαστε στην καταβολή ενός παγίου ποσού ανά ημέρα, ανεξαρτήτως του όγκου και του είδους των υπηρεσιών, στην δεύτερη απλά το τμήμα της ιατρικής φροντίδας είναι μεταβλητό και προστίθεται στην σταθερή αμοιβή της ξενοδοχειακής υποδομής και στην τελευταία, στην πάγια αμοιβή της νοσοκομειακής μονάδας, προστίθεται η αξία των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται, οι οποίες κοστολογούνται κατά πράξη.

Η εκ των υστέρων αυτή μορφή αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, έχει γίνει αντικείμενο σημαντικής κριτικής, λόγω των πληθωριστικών πιέσεων που υποστηρίζεται ότι προκαλεί στο σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα, να έχει εγκαταλειφθεί από όλα τα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα. [40]

Συγκεκριμένα, η χρηματοδότηση με ημερήσιο νοσήλιο, δυσχεραίνει τον έλεγχο των δαπανών των νοσοκομείων, ενώ με την αύξηση των ημερών νοσηλείας από τα νοσοκομεία, οδηγεί στην απορρόφηση πλασματικών εσόδων. Επίσης, η παρέμβαση του κράτους με την μορφή επιχορηγήσεων στα ελλείμματα του νοσοκομείου, δημιουργεί νέες πληθωριστικές πιέσεις στο σύστημα .Τέλος, το μοντέλο αυτό ανατρέπει τον βασικό σκοπό του νοσοκομείου που σχετίζεται με την παροχή ιατρικών φροντίδων, μια και ο κύριος προσανατολισμός του έχει να κάνει με την παραμονή των ασθενών σε νοσηλεία. [41]

β)σφαιρικός προϋπολογισμός

Η μορφή αυτή χρηματοδότησης των νοσοκομείων, βασίζεται στην πρόβλεψη και στην οικονομική διαχείριση της συνολικής επιχορήγησης των λειτουργιών του νοσοκομείου από το κράτος ή την ασφάλιση. Η μέθοδος αυτή συναντάται στη Γαλλία, την Βρετανία, την Ολλανδία και άλλες Ευρωπαϊκές κυρίως χώρες, και ουσιαστικά αποτελεί ένα σύστημα κατανομής πόρων σε ετήσια συνήθως βάση.

Η φιλοσοφία του μοντέλου αυτού, αφορά στην επιδίωξη των παρακάτω στόχων [42] :

α)έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών.
β)συγκράτηση των δαπανών στα πλαίσια του ρυθμού ανάπτυξης των εθνικών οικονομιών.
γ)βελτίωση της παραγωγικότητας και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

---

[40] Δερβένης Χ. (1997) *«Οι επιπτώσεις του Ενιαίου Φορέα Υγείας στην οργάνωση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων»* στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»* σελ. 113-133, Θεμέλιο, Αθήνα.

[41] Για μια σύντομη κριτική στον τρόπο χρηματοδότησης των νοσοκομείων με ημερήσιο νοσήλειο, βλέπε : Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 110-111, Εξάντας, Αθήνα και Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 125-127 και 198-199, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[42] Flynn R., Williams G. (1997) *«Contracting For Health. Quasi-Markets and the National Health Service»* p. 2-4, Oxford University Press, New York.

Γενικότερα, στοχεύει στον ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο της ιατρικής δραστηριότητας και επιδιώκει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, με την χρησιμοποίηση των πόρων και των μέσων που έχουν τα νοσοκομεία στη διάθεσή τους. Αναφερόμενοι λοιπόν στο υπόδειγμα του σφαιρικού προϋπολογισμού, εννοούμε την εκ των προτέρων αποζημίωση όλων των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου για ένα συνήθως έτος, με πηγή είτε την κοινωνική ασφάλιση (π.χ. Γαλλία) είτε τον κρατικό προϋπολογισμό (Βρετανία).

Η διαχείριση του προϋπολογισμού, αφορά το ίδιο το νοσοκομείο και με επίκεντρο αυτό ακριβώς το σημείο, έχουν γίνει σημαντικές μεταρρυθμίσεις, με σκοπό την αποκέντρωση και τη συμμετοχή διαφόρων υπευθύνων του νοσοκομείου στην κατάρτιση του προϋπολογισμού.

Για παράδειγμα, στην Βρετανία οι αλλαγές στην διαχείριση κατευθύνονται προς την ανάπτυξη κλινικών προϋπολογισμών μέσω της πλήρους κοστολόγησης των υπηρεσιών, ενώ στη Γαλλία, επιχειρείται η κατάτμηση του διαχειριστικού έργου του νοσοκομείου, με την σύνταξη τμηματικών προϋπολογισμών, ενταγμένων στον γενικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

Η εκ των προτέρων χρηματοδότηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, δεν εξαντλείται στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής εμπειρίας στην οποία μόλις αναφερθήκαμε. Αντίθετα, η αμερικανική εμπειρία έχει να επιδείξει μια αξιόλογη χρηματοδοτική λειτουργία, η οποία μάλιστα προτείνεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες ως κατάλληλη, τόσο για την ορθολογική κατανομή των πόρων, όσο και για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Η λειτουργία αυτή αφορά στην προοπτική χρηματοδότηση και περιγράφεται αμέσως παρακάτω.

γ)προοπτική χρηματοδότηση και ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες

Η προσπάθεια συγκράτησης του κόστους των δαπανών υγείας, η οποία χαρακτηρίζει τα τελευταία χρόνια τις πολιτικές υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, στις ΗΠΑ επικεντρώθηκε στον νοσοκομειακό τομέα με την υιοθέτηση της προοπτικής χρηματοδότησης. Σε συνδυασμό με το πρόγραμμα Medicare, [43] οδήγησε στην αντικατάσταση της εκ των υστέρων αποζημίωσης και του ημερήσιου νοσηλίου, από μια άλλη μορφή χρηματοδότησης , το σύστημα πληρωμής κατά περίπτωση.

Το μοντέλο αυτό, στηρίχθηκε στην ομαδοποίηση ομοίων περιπτώσεων ασθένειας και την κατηγοριοποίησή τους , σύμφωνα με εκ των προτέρων προσδιορισμένα χαρακτηριστικά. Η ομαδοποίηση αυτή, στις Διαγνωσμένες Κατηγορίες Ασθενών (Diagnostic Related Groups) όπως ονομάζονται, γίνεται με διάφορες μεταβλητές, όπως η αρχική διάγνωση, η βαρύτητα της ασθένειας, το φύλο, η ηλικία, ενώ προστέθηκαν σταδιακά κι άλλες παράμετροι, όπως η δεύτερη διάγνωση, δευτερεύουσες ασθένειες, χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλευτική κατάσταση. [44]

---

[43] Folland S., Goodman A., Stano M. (1997) *«The Economics of Health and Health Care»* p. 501-502, Prentice Hall, New Jersey.

[44] Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 37-39, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κύριος στόχος της πολιτικής αυτής, ήταν η εξασφάλιση της δυνατότητας των νοσοκομείων να προϋπολογίσουν τα έσοδά τους από το πρόγραμμα Medicare και να διαχειριστούν ορθολογικά τους πόρους, σε συνδυασμό με τον προγραμματισμό της συνολικής ιατρικής δραστηριότητας και την ποιοτική αναβάθμιση της νοσηλείας.

Η χρήση των DRGs, συνέβαλε σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση, γιατί η κατηγοριοποίηση του εξαιρετικά μεγάλου φάσματος των ασθενειών, με δεδομένο ότι κάθε μια απαιτεί διαφορετική αντιμετώπιση και φροντίδα και συνεπώς διαφορετικούς πόρους, βοήθησε στον προσδιορισμό των πόρων που απαιτούνται για την θεραπεία ομοίων περιπτώσεων, με αποτέλεσμα την συνολική εκ των προτέρων χρηματοδότηση από το Medicare. Τεχνικά, στηρίχθηκε στην αναλυτική κοστολόγηση των διαγνωστικών κατηγοριών και στην σύνδεση του κόστους με τις νοσοκομειακές δραστηριότητες, ώστε να εκτιμηθούν οι πόροι που απαιτούνται για κάθε διαγνωστική κατηγορία.

Η εφαρμογή του συστήματος αυτού, βρέθηκε όπως ήταν λογικό αντιμέτωπη με μια σειρά από προβλήματα μεθοδολογικού κυρίως χαρακτήρα. Για παράδειγμα, είναι ιδιαίτερα δύσκολη η ακριβής προσέγγιση της ασθένειας και η μετέπειτα κατάταξή της, ενώ ο περιορισμός του μόνο σε νοσοκομειακό επίπεδο, [45] αποκλείει την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, της οποίας οι πόροι είναι επίσης υψηλοί.

Η επικράτηση όμως της χρηματοδοτικής αυτής μεθόδου, μπορούμε να πούμε πως πέτυχε τους θεμελιώδεις στόχους της σχετικά με τη μείωση της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη και τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών. Συγκεκριμένα, η εφαρμογή των DRGs, είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση των ημερών νοσηλείας και των εισαγωγών και την ενίσχυση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, χωρίς επιβάρυνση στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών ή στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. [46]

Η επιτυχία μάλιστα του συστήματος της προοπτικής χρηματοδότησης και των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών, είχε σαν αποτέλεσμα τόσο την διερεύνηση των δυνατοτήτων επέκτασής του στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και την προσπάθεια εφαρμογής του και στον Ευρωπαϊκό χώρο, [47] ως μια μέθοδος αξιολόγησης της παραγωγικότητας, κατανομής των πόρων και προγραμματισμού των προσφερομένων υπηρεσιών των νοσοκομείων. [48]

---

[45] Ειδικότερα, η έμφαση στο σημείο αυτό δίνεται στην διάρκεια της νοσηλείας, η οποία αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα κόστους για τα νοσοκομεία. Βλ. Hellinger J. F. (1985) *«Recent evidence on case-based systems for setting hospital rates»* Inquiry, No 12, p. 78-91.

[46] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 118-122, Εξάντας, Αθήνα.

[47] Αναφορά στον τρόπο εφαρμογής των DRGs στις ΗΠΑ και σε χώρες της Ευρώπης και αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων έρευνας για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων στην Ελλάδα με τη χρήση DRGs, στο Πολύζος Ν. (1999) *«Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων, με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.G.s)»* σελ. 113-336, Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Αθήνα.

[48] Για μια κριτική στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες καθώς και για τις προοπτικές εφαρμογής τους στο Ελληνικό Σύστημα, βλ. Μπαλασοπούλου Α., Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Δρίζη Μ. (1992) *«Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 77-92, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

3.4. Σχέση ζήτησης και δαπανών υγείας. Παρεμβάσεις για τον έλεγχο της ζήτησης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η αγορά υγείας εμφανίζει σημαντικές ατέλειες, με κυριότερη την έλλειψη πληροφόρησης για το προϊόν από την πλευρά των χρηστών, η οποία τους αφαιρεί την δυνατότητα έκφρασης της ζήτησής τους για τις υπηρεσίες που επιθυμούν. [49] Η πληροφόρηση στην αγορά υγείας, αποτελεί μονοπωλιακό κτήμα του ιατρικού σώματος, το οποίο αντιπροσωπεύει πλέον και εκφράζει την ζήτηση του προϊόντος από τους καταναλωτές, οι οποίοι απ' την πλευρά τους, αδυνατούν να την προσδιορίσουν. [50]

Εκτός αυτού, επειδή ο χρήστης των υπηρεσιών δεν έχει άμεση σχέση με το κόστος της υπηρεσίας που επιθυμεί να καταναλώσει και επειδή ιδιαίτερα στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, δεν αντιλαμβάνεται τον όγκο της δαπάνης και ούτε επιθυμεί τον περιορισμό της, παρατηρείται το φαινόμενο της ιδιαίτερα υψηλής ζήτησης για υγειονομικές υπηρεσίες, το οποίο καλείται ως «ηθική βλάβη» (moral hazard). [51]

Ο ρόλος όμως του ιατρού ο οποίος ουσιαστικά αποτελεί και τον τελικό ρυθμιστή της ζήτησης και κατανάλωσης των υπηρεσιών, ενισχύει και τον όγκο της ιδιωτικής δαπάνης, μια και πάγια τακτική του ιατρικού σώματος, είναι η δημιουργία «προκλητής ζήτησης» (induced demand) - ιδιαίτερα για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας - με τις αντίστοιχες βέβαια «αμοιβές διαμεσολάβησης». Δημιουργείται λοιπόν στις περιπτώσεις αυτές, ένας ολόκληρος κύκλος παραοικονομικής δραστηριότητας και αμοιβών διαμεσολάβησης, ο οποίος διογκώνει την εθνική δαπάνη για την υγεία, χωρίς όμως να είναι ορατή τόσο η διαδικασία όσο και το μέγεθος της διόγκωσης. [52]

Το φαινόμενο βέβαια της προκλητής ζήτησης [53] δεν περιορίζεται μόνο στον ιδιωτικό τομέα. Πολλές φορές ο συνδυασμός των πλασματικών τιμών και αμοιβών στον δημόσιο τομέα και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ προμηθευτών (ιατρών) και χρηστών, διευκολύνουν την ανάπτυξη παραοικονομικών μεθόδων και δραστηριοτήτων, μέσω πάντα της αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Η αύξηση αυτή των δαπανών βέβαια, που προκαλείται από την υπερβάλλουσα ζήτηση λόγω της έλλειψης οικονομικών φραγμών, μπορεί να μην γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες κατά την διαδικασία της κατανάλωσης, πλήττει όμως τα εισοδήματά τους, είτε μέσω της αύξησης των εισφορών, είτε

---

[49] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα : Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 36-37, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[50] Για τις ατέλειες στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών, βλ. Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Κράτος ή Αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα.»* στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* σελ. 19-20, Θεμέλιο, Αθήνα.

[51] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 118-120, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[52] Για την παραοικονομία στον τομέα της υγείας, βλ. Κυριόπουλος Γ. (1993) *«Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 74-82, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[53] Μπέσης Ν. (1993) *«Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 12, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

μέσω της αύξησης των φόρων (ανάλογα με την μέθοδο χρηματοδότησης που υιοθετείται : ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση υγείας και κρατικός προϋπολογισμός).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί, ότι στα χρηματοδοτικά εκείνα συστήματα όπου οι αμοιβές των ιατρών υπολογίζονται «κατά πράξη», χωρίς τους απαραίτητους περιορισμούς στον όγκο των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχουν, αυξάνεται η πιθανότητα για τεχνητή διόγκωση της ζήτησης, με συνέπεια - πέρα από την αύξηση των δαπανών - την μείωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να συνδεθεί τόσο με το πλασματικό επίπεδο αμοιβών που προαναφέραμε, όσο και με την συνεχή διόγκωση του αριθμού των ιατρών, με συνέπεια οι τελευταίοι, θέλοντας να μείνουν εισοδηματικά ανεπηρέαστοι από τα παραπάνω, να επιδιώκουν την διατήρηση του εισοδήματός τους στα επίπεδα των προκαθορισμένων στόχων τους, μέσω της επιπλέον ζήτησης που προκαλούν. [54]

Ακόμη, η δράση αυτή του ιατρικού σώματος, μπορεί να αποδοθεί - πέρα από τα οικονομικά κίνητρα που προαναφέραμε - και στην αδυναμία εκτίμησης του ύψους των δαπανών ή στην ανασφάλεια για την ακρίβεια της διάγνωσης και τις πιθανές συνέπειες που θα έχει αυτή στην υγεία του ασθενή.

Η αύξηση βέβαια των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες - για την οποία καθοριστικός παράγοντας είναι η διόγκωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας - δεν αποδίδεται αποκλειστικά και μόνο στις δραστηριότητες του ιατρικού σώματος. Εξίσου σημαντικό στοιχείο στην αύξηση της ζήτησης, αποτελεί η μεταβολή των καταναλωτικών προτύπων των νοικοκυριών και η αναζήτηση της «καλής υγείας» σαν βασική προϋπόθεση ευημερίας.

Κατά τον Grossman, η παραπάνω τάση συνδέεται με τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου, που αναγνωρίζει την συμβολή της υγείας στην εργασία, αλλά και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Με αυτό το σκεπτικό, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ζήτηση για υγεία ως κατάσταση και ωφελεί τα άτομα τόσο εισοδηματικά - η απουσία ασθένειας μειώνει και την απουσία εισοδήματος- όσο και από την πλευρά της ποιότητας ζωής. [55]

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω φαινομένων διόγκωσης της ζήτησης, έχουν γίνει διάφορες προτάσεις, τόσο από την διάσταση της προσφοράς (προμηθευτές-ιατροί) όσο και από την πλευρά της ζήτησης (χρήστες υπηρεσιών). Μία λοιπόν πρόταση για μείωση της ζήτησης και των δαπανών, είναι αυτή που υποστηρίζει την αναγκαιότητα της επιβάρυνσης του καταναλωτή και της ποσοστιαίας συμμετοχής του κατά την κατανάλωση των υπηρεσιών, ειδικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το μέτρο αυτό βέβαια μπορεί να έχει και αρνητικά αποτελέσματα, όπως η στροφή προς την πιο δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη, ή ακόμη και η επιδείνωση της υγείας των ατόμων.

Από την άλλη πλευρά, προτείνεται για τον περιορισμό της υπερβάλλουσας ζήτησης στα δημόσια κυρίως συστήματα προσφοράς των υπηρεσιών, η υιοθέτηση της αποζημίωσης των ιατρών με μισθό, έτσι ώστε να εξασθενήσει το οικονομικό κίνητρο που ωθεί στην δημιουργία προκλητής ζήτησης.

Σε κάθε περίπτωση πάντως, το ζητούμενο είναι η ορθολογική μείωση των δαπανών, οι οποίες όπως αναφέραμε επιβαρύνουν το εισόδημα των

---

[54] Evans R.G. (1974) *«Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications»* in *«The Economics of Health and Medical Care»* p. 163-173, Wiley and Sons, New York.

[55] Grossman M. (1972) *«On the Concept of Health Capital and the Demand for Health»* p. 223-255, Journal of Political Economy No 80, v.2.

νοικοκυριών, ενώ ταυτόχρονα δεν εξασφαλίζουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα στις υπηρεσίες που παρέχονται. Στα κεφάλαια που ακολουθούν, θα διερευνήσουμε την αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών σε σχέση με τον πολυδάπανο χαρακτήρα τους και θα αναφερθούμε στις σύγχρονες προτάσεις και πολιτικές, για τον έλεγχο των δαπανών και τη συγκράτηση του κόστους.

3.5. Σχέση δαπανών και αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Πέρα από τις διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα, οι οποίες προέρχονται και αιτιολογούνται από τις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας, αποτελεί κοινή συνιστώσα των εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα, η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας σε σχέση με την γενική οικονομική άνοδο. Ειδικότερα τις τελευταίες τρεις δεκαετίες , οι ρυθμοί αύξησης των δαπανών υγείας - και ιδιαίτερα των δημοσίων δαπανών - στις χώρες του ΟΟΣΑ, υπερείχαν αισθητά της αντίστοιχης οικονομικής ανάπτυξης και απορροφούσαν ένα μεγάλο μέρος των εθνικών πόρων.

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1.3.1., η αύξηση των δαπανών υγείας αποτελεί φαινόμενο που χαρακτηρίζει τις περισσότερες χώρες, ανεξάρτητα από το σύστημα χρηματοδότησης που ακολουθούν. Οι διαφοροποιήσεις, έχουν να κάνουν με το ποιος τομέας απορροφά το κύριο ποσοστό των δαπανών, κάτι το οποίο εξαρτάται από τον προσανατολισμό του συστήματος υγείας κάθε χώρας, προς ιδιωτική ή δημόσια μορφή χρηματοδότησης. Για παράδειγμα, από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, προκύπτει ότι στη Νορβηγία το ποσοστό δαπανών υγείας που καλύπτεται από τον δημόσιο τομέα είναι για το 1989 95%, ενώ το αντίστοιχο των Ηνωμένων Πολιτειών - όπου επικρατεί η ιδιωτική χρηματοδότηση - μόλις 42% .[56]

Οι αυξητικές πιέσεις που ασκήθηκαν στις δαπάνες υγείας τα τελευταία χρόνια, ήταν διαφόρων προελεύσεων και με δεδομένο ότι σταθερά οι ρυθμοί των αυξήσεων αυτών υπερέβαιναν τους αντίστοιχους ρυθμούς της αύξησης του ΑΕΠ, είχαμε σαν αποτέλεσμα την εμπλοκή του συστήματος χρηματοδότησης των κοινωνικών υπηρεσιών και την αρχή μιας σειράς αμφισβητήσεων της τακτικής που ακολουθήθηκε. Βάση των αναζητήσεων αυτών, αποτέλεσε ο εντοπισμός των παραγόντων που ώθησαν τις δαπάνες υγείας σε τόσο υψηλά επίπεδα, καθώς και η διαπίστωση ότι η κατανομή των πόρων υγείας είναι ανορθολογική με αποτέλεσμα, να μην έχει επιτευχθεί η αναμενόμενη πρόοδος στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών.

Σχετικά με τις αιτίες διόγκωσης των δαπανών υγείας, αυτές εντοπίζονται κυρίως στην μεταπολεμική περίοδο, με αφετηρία την δημιουργία του κράτους-πρόνοιας στα πλαίσια του οποίου το κράτος έπρεπε να διασφαλίσει το δικαίωμα των πολιτών του για υγειονομική κάλυψη, χρηματοδοτώντας τις απαραίτητες υπηρεσίες.

Οι εξελίξεις επίσης τα επόμενα χρόνια που χαρακτηρίζονταν από την σταδιακή βελτίωση του επιπέδου των υπηρεσιών και τη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα, οδήγησαν κι αυτές με την σειρά τους στην αύξηση της ζήτησης για υγειονομικές υπηρεσίες και συνεπώς στην εκ νέου διόγκωση των δαπανών. Επιπρόσθετα, η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη - τις περισσότερες φορές ο χρήστης δεν έχει άμεση συμμετοχή στο κόστος - αλλά και η αύξηση του

[56] OECD (1994) *«New orientations for social policy»* p. 57-61, OECD, Paris.

διαθέσιμου εισοδήματος, σε συνδυασμό με την μεταβολή των καταναλωτικών προτύπων, αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες αύξησης του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης.

Προς αυτήν την εξέλιξη συνέβαλαν επίσης και παράγοντες σχετικοί με την γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Όπως μάλιστα θα δείξουμε και στο τρίτο μέρος της μελέτης, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από ηλικιωμένους στην χώρα μας, υπερβαίνει την αντίστοιχη άλλων ηλικιακών στρωμάτων.

Σημαντική τέλος ήταν και η διαμόρφωση τα τελευταία χρόνια ενός «σύγχρονου» επιδημιολογικού προτύπου στις βιομηχανικές χώρες, που χαρακτηρίζεται από αύξηση των νοσημάτων που σχετίζονται με τους σύγχρονους ρυθμούς ζωής και την μόλυνση του περιβάλλοντος. Νοσήματα για παράδειγμα όπως τα νεοπλάσματα ή οι καρδιοπάθειες, απαιτούν μακρόχρονη παρακολούθηση και υψηλού κόστους ιατρικές παρεμβάσεις και θεραπείες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3.1. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ (ΟΟΣΑ 1960-1989)

ΧΩΡΑ	1960	1989
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	4,5	7
ΑΥΣΤΡΙΑ	4,6	8,2
ΒΕΛΓΙΟ	3,4	7,2
ΚΑΝΑΔΑΣ	5,5	8,7
ΔΑΝΙΑ	3,6	6,3
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	3,9	7,3
ΓΑΛΛΙΑ	4,2	8,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4,7	8,2
ΕΛΛΑΔΑ	**3,2**	**5,1**
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	3,5	8,6
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	4	7,3
ΙΤΑΛΙΑ	3,3	7,6
ΙΑΠΩΝΙΑ	2,9	6,7
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ		7,4
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3,9	8,3
Ν.ΖΗΛΑΝΔΙΑ	4,4	7,1
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	3,3	7,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ		6,3
ΙΣΠΑΝΙΑ	1,5	6,3
ΣΟΥΗΔΙΑ	4,7	8,8
ΕΛΒΕΤΙΑ	3,3	7,8
ΤΟΥΡΚΙΑ		3,9
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	3,9	5,8
ΗΠΑ	4,1	11,8
Μ.ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ		**7,4**

Πηγή : OECD (1998) "Health Data : A Comparative Analysis of 29 Countries", Paris.

Οι παραπάνω παράγοντες, αποτελούν τα τελευταία χρόνια κοινό χαρακτηριστικό - με διαφοροποίηση μόνο ως προς την ένταση των φαινομένων - όλων των χωρών του ΟΟΣΑ, με αποτέλεσμα την παρουσία αυξητικών τάσεων στις δαπάνες υγείας.

Το ζητούμενο όμως δεν είναι τόσο η προσέγγιση του ύψους των δαπανών, όσο η εκτίμηση της αποδοτικότητάς τους, η οποία μπορεί να γίνει με αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων ως προς τα αποτελέσματά τους στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Αν και το παραπάνω εγχείρημα είναι εξαιρετικά

δύσκολο, με την χρησιμοποίηση των δεικτών υγείας (θνησιμότητας - νοσηρότητας - προσδόκιμου επιβίωσης,) αλλά και των δεικτών προσφοράς υπηρεσιών υγείας, είναι δυνατό να εκτιμηθεί η υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και στη συνέχεια να συσχετισθεί με το ύψος των δαπανών για υγειονομική κάλυψη και τον βαθμό επάρκειας των υπηρεσιών. [57]

Οι περισσότερες απόψεις πάνω στο θέμα αυτό, συγκλίνουν στην διαπίστωση της απουσίας θετικής συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου υγείας των πληθυσμών και των δαπανών υγείας, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην μη αποδοτική αξιοποίηση των τελευταίων. [58] Στα πλαίσια αυτά, προτείνονται μια σειρά από μέτρα ελέγχου του κόστους υγείας και βελτίωσης της σχέσης κόστους - αποδοτικότητας, με κεντρική ιδέα την αναθεώρηση των μηχανισμών κατανομής των πόρων, με σκοπό την αποκατάσταση του κοινωνικού οφέλους.

3.6. Προτάσεις για την μείωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η πραγματικότητα σχετικά με την αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια στην οποία περιληπτικά αναφερθήκαμε παραπάνω, έδωσε μια κοινή διάσταση στις προτάσεις και στις πολιτικές που ακολουθήθηκαν στις αναπτυγμένες χώρες σχετικά με τον έλεγχο του κόστους στις υπηρεσίες υγείας.

Σε μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των προτεινόμενων παρεμβάσεων, μπορούμε να διακρίνουμε τις απόψεις που εντάσσονται μέσα στο σύστημα υγείας και τη μορφή χρηματοδότησης που επικρατεί και τις απόψεις που συγκλίνουν σε μια ριζική αναδιάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων και την στροφή προς ένα μοντέλο, που θα συνδυάζει τον κοινωνικό χαρακτήρα των υγειονομικών υπηρεσιών, με στοιχεία ανταγωνιστικής αγοράς.

Οι παρεμβάσεις που εντάσσονται στην πρώτη κατηγορία αντιλήψεων, συνίστανται στην προσφορά και στη ζήτηση των υπηρεσιών, αφορούν δηλαδή τόσο την πλευρά των προμηθευτών (ιατροί-νοσηλευτικά ιδρύματα), όσο και την πλευρά των χρηστών (καταναλωτών).

α)πολιτικές παρέμβασης στην προσφορά (ιατρικό δυναμικό - νοσοκομεία)

Η εξέχουσα θέση των ιατρών σε κάθε υγειονομικό σύστημα, επειδή όπως αναφέραμε αποτελούν τον τελικό διανεμητή των υγειονομικών υπηρεσιών, οδήγησε στην διαπίστωση ότι αποτελούν τους πιο κρίσιμους παράγοντας στην προσπάθεια ελέγχου των δαπανών υγείας. Έτσι, τα τελευταία χρόνια βρίσκουν ολοένα και περισσότερη απήχηση, οι απόψεις σχετικά με την αναγκαιότητα της ευαισθητοποίησης του ιατρικού σώματος πάνω σε ζητήματα κόστους των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση πολιτικών όπως :

- Σταδιακός έλεγχος στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και περιορισμός των εισακτέων στις ιατρικές σχολές. Για μερικές μάλιστα

[57] Luce B.R., Manning W.C., Siegel J.E., Lipscomb J. (1996) *«Estimating Costs in Cost-Effectiveness Analysis»* in Gold M., Siegel J., Russell L., Weinstein M. (1996) *«Cost - Effectiveness in Health and Medicine»* p. 176-208, Oxford University Press.

[58] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 25-28, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

υπερκορεσμένες ειδικότητες,[59] έχει προταθεί ο φραγμός στην άσκησή τους, επειδή έχει ανατραπεί ολοκληρωτικά κάθε λογική στους συσχετισμούς προσφοράς και ζήτησης.[60] Οι προτάσεις αυτές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αν αναλογιστούμε ότι όπως προαναφέρθηκε, η υπερπροσφορά των ιατρικών υπηρεσιών οδηγεί σε τεχνητή αύξηση της ζήτησης, σε μια προσπάθεια ικανοποίησης των εισοδηματικών επιδιώξεων του ιατρικού σώματος.

- Επιβολή ορίων στις αμοιβές των ιατρών (π.χ. Γερμανία) και μεταβολή του τρόπου αποζημίωσής τους. Σχετικά με το δεύτερο, οι επικρατέστερες παρεμβάσεις αφορούν στην αντικατάσταση της κατά πράξη αμοιβής με την εισαγωγή πάγιας αντιμισθίας (salary), ή με την υιοθέτηση αμοιβής κατά κεφαλή εγγραφομένου (capitation), για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (π.χ. Δανία).

- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ιατρών πάνω σε θέματα κόστους, καθώς και έλεγχος της ποιότητας των ιατρικών πράξεων. Σε αυτά τα πλαίσια, προτείνεται η αξιολόγηση της ιατρικής δραστηριότητας, σε σχέση με το ύψος των αντίστοιχων δαπανών.[61]

Εξίσου σημαντικές είναι και οι ρυθμίσεις που προτείνονται σχετικά με την συγκράτηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο όπως αναφέρθηκε επιβαρύνει το σύνολο των δαπανών του υγειονομικού τομέα, κατά ποσοστό που υπερβαίνει το 50 %. Η επισήμανση αυτή, οδήγησε με τη σειρά της σε μια σειρά από μέτρα κυρίως χρηματοδοτικού χαρακτήρα, όπως :

- Κατάργηση του ημερήσιου νοσηλίου, το οποίο σαν κριτήριο χρηματοδότησης, υποστηρίχθηκε, ότι δυσχεραίνει τον έλεγχο των δαπανών και προκαλεί διόγκωση του έργου του νοσοκομείου, μέσω της αύξησης των ημερών νοσηλείας.

- Χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικού προϋπολογισμού, δηλαδή εκ των προτέρων χρηματοδότηση των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου. Την άποψη αυτή που ευδοκίμησε στα περισσότερα ανεπτυγμένα υγειονομικά

---

[59] Σύμφωνα με έρευνα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, τα ¾ των ειδικευμένων γιατρών της Αθήνας, απασχολούνται μόνο σε 12 ειδικότητες, ενώ το υπόλοιπο ¼ , στις υπόλοιπες 27. Οι ειδικότητες που συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικευμένων ιατρών είναι η Παθολογία (12%), η Βιοπαθολογία (10%), η Παιδιατρική (8%), η Μαιευτική-Γυναικολογία (8%), η Καρδιολογία (7%) και η Χειρουργική (7%). ΙΣΑ (1999) *«Ιατρικός Πληθωρισμός. Ένα κοινωνικό πρόβλημα»* σελ. 16-17, Αθήνα.

[60] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 199-200, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. Για τα κριτήρια επιλογής της ιατρικής ειδικότητας από τους φοιτητές της ιατρικής, βλ. Καλαματιανού Γ. (1993) *«Η εκροή πτυχιούχων γιατρών από τα ελληνικά πανεπιστήμια και η στελέχωση του εθνικού συστήματος υγείας. Μία στατιστική προσέγγιση»* σελ. 174-178, Παπαζήσης, Αθήνα.

[61] Για μια αναλυτική παρουσίαση της κατανομής του ιατρικού δυναμικού στην χώρα μας, βλ. Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* Εξάντας, Αθήνα, σελ. 39-43 και για ανάλυση των διεθνών τάσεων στην εξέλιξη του ιατρικού σώματος σελ. 54-56.

συστήματα, την διαδέχτηκαν νέες προτάσεις, που η εφαρμογή τους είχε να κάνει με την εισαγωγή ορίων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων (π.χ. Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες).

Πέρα από τις παρεμβάσεις στον μηχανισμό χρηματοδότησης των νοσοκομείων, αξιοσημείωτες προτάσεις έχουν καταγραφεί σχετικά με [62] :

- Την προώθηση εναλλακτικών μεθόδων παροχής υπηρεσιών - π.χ. κατ' οίκον νοσηλεία - που θα έχουν σαν αποτέλεσμα την μείωση του χρόνου νοσηλείας στα νοσοκομεία και συνεπώς την μείωση του κόστους.

- Την εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων στην διαχείριση των πόρων του νοσοκομείου, με σκοπό την συγκράτηση των νοσοκομειακών δαπανών.

- Την διεύρυνση της συμμετοχής κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων στον προγραμματισμό της λειτουργίας των νοσοκομείων, με την παρέμβαση επαγγελματιών υγείας.

β)πολιτικές παρέμβασης στη ζήτηση (η πλευρά του χρήστη)

Η παρέμβαση στην πλευρά της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, εστιάζεται κυρίως στο θέμα της συμμετοχής των χρηστών-καταναλωτών των υγειονομικών υπηρεσιών, στο κόστος της προσφερόμενης φροντίδας. Η άποψη αυτή, είχε σαν αφετηρία την προσπάθεια για μείωση της υπερβάλλουσας ζήτησης, η οποία όπως εξηγήσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, εκφράζεται από τον καταναλωτή, προκύπτει όμως κυρίως από την δραστηριότητα του προμηθευτή (ιατρού).

Ομοίως, η εφαρμογή αυτής της πολιτικής, υποστηρίζεται ότι θα «πλήξει» την υπερβάλλουσα ζήτηση, τόσο κατά την έκφρασή της, (χρήστης των υπηρεσιών), όσο και κατά την προέλευσή της (ιατρός). Συγκεκριμένα, η επιβάρυνση του χρήστη έχει σκοπό να τον κάνει περισσότερο συνειδητό - προκαλώντας μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος- ενώ επηρεάζει και τον ιατρό, ο οποίος όπως είπαμε, στηρίζει την προκλητή ζήτηση στο φαινόμενο της «ηθικής βλάβης» και στην επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα. [63]

Είναι λογικό, πως οι επιβαρύνσεις αυτές, αφορούν κυρίως σε ανάγκες περίθαλψης όχι άμεσες ή ιδιαίτερα επείγουσες, γιατί σε αντίθετη περίπτωση, μπορεί να οδηγηθούμε σε επιβάρυνση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών. Αυτό το στοιχείο αποτέλεσε και το κεντρικό σημείο της κριτικής ενάντια στην συμμετοχή του χρήστη, η οποία υποστηρίχθηκε ότι δημιουργεί ζήτημα διαιώνισης των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Ειδικότερα, επειδή η συμμετοχή στο κόστος, αποθαρρύνει τον ασθενή και περιορίζει την ζήτηση, δημιουργώντας - ιδιαίτερα στα κατώτερα εισοδηματικά

---

[62] Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Πολιτικές Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ.139-140, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[63] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 195-197, Εξάντας, Αθήνα.

στρώματα - ένα ακόμη φραγμό στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, όσο αφορά στα αποτελέσματα της παραπάνω πρακτικής, αμφισβητήθηκε το κατά πόσο συμβάλλει στην μείωση των συνολικών δαπανών υγείας και υποστηρίχθηκε ότι απλά μεταβάλλει την σύνθεση των δαπανών από ιδιωτικές σε δημόσιες ή αντιστρόφως. [64]

Αξιοσημείωτη τέλος, είναι και η άποψη που αποδέχεται την επιρροή παραγόντων σχετικών με τον τρόπο ζωής και τις ατομικές επιλογές στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών, η οποία αποτέλεσε την αφετηρία της υιοθέτησης μιας σειράς μέτρων ειδικής φορολογίας. Η φορολογία αυτή, επιβάλλεται σε προϊόντα όπως ο καπνός και το οινόπνευμα, η χρήση των οποίων επιβαρύνει την υγεία των ατόμων και επομένως, ευθύνεται για την αυξημένη από αυτά , χρήση των υπηρεσιών υγείας. [65]

Ανεξάρτητα από τις προτάσεις και τις παρεμβάσεις των κυβερνήσεων σε ζητήματα προσφοράς και ζήτησης τις οποίες περιγράψαμε παραπάνω, τα τελευταία χρόνια αποκτούν ιδιαίτερη απήχηση απόψεις, που προτείνουν σημαντικές οργανωτικές αλλαγές στην παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια των απόψεων αυτών, εντάσσονται και οι προτάσεις για προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αναβάθμιση του ρόλου του Γενικού ιατρού.

Επίσης, οι προσπάθειες για επίλυση των προβλημάτων της ανισότητας στην πρόσβαση και της διόγκωσης των δαπανών, βρίσκει έκφραση στα σχέδια για «παροχή φροντίδων υγείας με ελεγχόμενο κόστος διαμέσου της εισαγωγής κινήτρων ανταγωνισμού», όπως διατυπώθηκε από τον Αμερικανό οικονομολόγο Enthoven. [66]

Η εγκαθίδρυση μηχανισμού τιμών και ανταγωνισμού, έχει σαν σκοπό την ενίσχυση της θέσης του καταναλωτή και υποστηρίζεται ότι μπορεί να οδηγήσει στην παροχή της υψηλότερης ποιοτικά φροντίδας υγείας, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, χωρίς να ανατρέπει τον κοινωνικό χαρακτήρα των φροντίδων υγείας. Τα επιχειρήματα υπέρ της άποψης αυτής, στηρίζονται στα βασικά στοιχεία της έννοιας του ανταγωνισμού, σχετικά με την δυνατότητα επιλογής του καταναλωτή, την βελτίωση της ποιότητας και της τιμής μέσα από τον ανταγωνισμό των προμηθευτών και την δυνατότητα επίγνωσης και πρόβλεψης του κόστους. [67]

---

[64] Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Πολιτικές Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ.196-197, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[65] Abel-Smith B. (1984) *«Cost Containment in Health Care»*, Bedford Square press, London.

[66] Enthoven A. (1993a) *«The History and Principles of Managed Competition»* p.24-48, Health Affairs, Supplement.

[67] Οικονόμου Χ. (1999) *«Οι σύγχρονες εξελίξεις στα Συστήματα Υγείας. Προβλήματα και Τάσεις»* σελ. 475, στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999) *«Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους»*, Κριτική, Αθήνα.

3.7. Η προώθηση του Ελεγχόμενου Ανταγωνισμού στα συστήματα υγείας.

Η ιδέα της εισαγωγής τεχνικών και μεθόδων ελεγχόμενου ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα, ξεκίνησε όπως ήταν λογικό από τις ΗΠΑ και ειδικότερα από τον Enthoven, ο οποίος αντλώντας στοιχεία από την Αμερικάνικη εμπειρία της ελεύθερης αγοράς, πρότεινε την εφαρμογή παρόμοιων μεθόδων στα ευρωπαϊκά συστήματα.[68]

Η πρόταση προς την κατεύθυνση του ελεγχόμενου ανταγωνισμού - η οποία έχει γίνει κυρίαρχη για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα - συνίσταται στην εκμετάλλευση των πλεονεκτημάτων της αγοράς στον τομέα της αποδοτικότητας και της ισότητας.[69] Οι υποστηρικτές της, βασίστηκαν στις ατέλειες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, τις οποίες συνοπτικά παραθέτουμε παρακάτω :

- η ασυμμετρία στην πληροφόρηση μεταξύ αγοραστών (ασθενών) και προμηθευτών (ιατρών), οδηγεί τους πρώτους στο να εκχωρήσουν στους δεύτερους την εξουσία της επιλογής των υπηρεσιών που θα χρησιμοποιήσουν με το αντίστοιχο κόστος.[70] Έτσι, στις υπηρεσίες υγείας, ο παραγωγός καθορίζει όχι μόνο την προσφορά, αλλά και τη ζήτηση του προϊόντος, με συνέπεια την ανατροπή της συνθήκης της ελεύθερης επιλογής.

- η κοινωνική ασφάλιση, λειτουργεί ως χρηματοδότης των παρεχομένων υπηρεσιών (third party payment), με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην έχει άμεση σχέση με το κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνει και να μην επηρεάζεται από αυτό. Έτσι, προκύπτει η υπερκατανάλωση των υπηρεσιών, η οποία χαρακτηρίζεται ως «ηθική βλάβη» και ευθύνεται για την ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας.

- ίδια αποτελέσματα έχει η λειτουργία της ασφάλισης και στους προμηθευτές (ιατρούς) του συστήματος, οι οποίοι επίσης δεν έχουν άμεση σχέση με το κόστος των υπηρεσιών που παρέχουν, ενώ αντιθέτως έχουν το κίνητρο της αυξημένης προσφοράς υπηρεσιών το οποίο μετατρέπεται σε προκλητή ζήτηση από την μεριά των ασθενών, με τις συνέπειες τις οποίες αναφέραμε προηγουμένως.

- η ασφάλιση υγείας τέλος, αντιμετωπίζει το πρόβλημα της έλλειψης πληροφόρησης για το επίπεδο υγείας των ασφαλισμένων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η δυνατότητα της προσαρμογής του ασφαλίστρου στις αναμενόμενες δαπάνες του κάθε ασφαλισμένου. Στις περιπτώσεις μάλιστα

---

[68] Enthoven A. (1989) *«What Can Europeans Learns From Americans? Health Care Financing»*, Annual Supplement.

[69] Johnson B. (1985) *«What Can Americans Learn From Europeans? Health Care Financing Review»*, Annual Supplement.

[70] Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Η ευκαιρία-τομή για άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα μας»* στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Ανταπάτη»* σελ. 64-75, Θεμέλιο, Αθήνα.

των συστημάτων ιδιωτικής ασφάλισης, παρουσιάζεται το φαινόμενο της αντίστροφης επιλογής , με τον αποκλεισμό μεγάλου αριθμού ατόμων, τα οποία ενδεχομένως έχουν ανάγκη για μεγαλύτερο όγκο υπηρεσιών.

Οι ατέλειες βέβαια αυτές της αγοράς των υγειονομικών υπηρεσιών, έχουν προσδώσει στις περισσότερες χώρες έναν σημαντικό ρόλο στο κράτος, το οποίο παρεμβαίνει τόσο στη χρηματοδοτική, όσο και στην οργανωτική διάσταση των υγειονομικών συστημάτων. Από την άλλη όμως, η αδυναμία του κράτους στην επίτευξη της ορθολογικής χρήσης και της συγκράτησης των δαπανών, έφερε στην επιφάνεια τις προτάσεις για την εισαγωγή των ανταγωνιστικών εκείνων στοιχείων που θα επιφέρουν την αποδοτικότητα και την κοινωνική ισότητα των συστημάτων. [71]

Σημειώνεται, πως οι προτάσεις αυτές δεν εξαντλούνται στην μείωση της κρατικής παρέμβασης και στην εισαγωγή των ανταγωνιστικών στοιχείων, τα οποία δεν αρκούν για την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων. Μάλιστα η άποψη του Enthoven που αναφέρει ότι «τα Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας δεν έχουν να ζηλέψουν τίποτε από το αμερικανικό, γιατί ξοδεύουν λιγότερα, έχουν καλύτερα αποτελέσματα και έχουν περιορίσει σε σημαντικό βαθμό τις υφιστάμενες ανισότητες» [72] δείχνει πως οι προτάσεις αυτές, έχουν σαν κεντρική ιδέα περισσότερο την σύζευξη του ανταγωνισμού και των μηχανισμών της αγοράς με τον κεντρικό σχεδιασμό από τη μεριά του κράτους, παρά την κατάργηση του τελευταίου.[73]

Τεχνικά, η παραπάνω σύζευξη υποστηρίζεται ότι μπορεί να επιτευχθεί μέσω του διαχωρισμού της προσφοράς από τη ζήτηση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Σκοπός του διαχωρισμού είναι η ενίσχυση της θέσης του χρήστη, ενώ πιστεύεται ότι με αυτόν τον τρόπο, η ζήτηση όντας ανεξάρτητη από την προσφορά, θα εκφράζει τις πραγματικές επιθυμίες των καταναλωτών. Επιπρόσθετα, θα δοθεί η δυνατότητα ελέγχου της προσφοράς και εξουδετέρωσης του παραδοσιακού ρόλου ισχύος του ιατρικού σώματος, με τις γνωστές επιδράσεις στην κατανάλωση των υπηρεσιών από την προκλητή ζήτηση.

Η αποκατάσταση βέβαια της ισορροπίας μεταξύ καταναλωτών (ασθενείς), προμηθευτών (ιατροί) και χρηματοδότησης (ασφάλιση), η οποία προάγεται μέσω του ελεγχόμενου ανταγωνισμού, προϋποθέτει την εγκατάσταση μηχανισμών προοπτικής χρηματοδότησης και την εισαγωγή του σφαιρικού προϋπολογισμού για την αποζημίωση των προμηθευτών. Αυτή η διάσταση της προοπτικής χρηματοδότησης, κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητη για δύο κυρίως λόγους :

---

[71] Για μια αναλυτική παρουσίαση των απόψεων υπερ της αναγκαιότητας του ελεγχόμενου ή διευθυνόμενου ανταγωνισμού, βλ. Enthoven A. (1988) *«Theory and practice of managed competition in health care finance»* p. 67-74, Elsevier Science Publishers.

[72] Enthoven A. (1989) *«What Can Europeans Learns From Americans? Health Care Financing»*, Annual Supplement.

[73] Αντίστοιχα, βλ. Culyer T. (1989) *«Cost Containment in Europe Health Care Financing »* p. 21-32, Annual Supplement, σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα ως προς την συγκράτηση των δαπανών υγείας, στις χώρες με κρατικής παρέμβασης υγειονομικά συστήματα, στα οποία υιοθετήθηκαν πρακτικές προοπτικής χρηματοδότησης και σφαιρικού προϋπολογισμού.

α)η ικανοποίηση των αρχών της ισότητας και της αποδοτικότητας είναι περισσότερο εφικτή με παρέμβαση στην πλευρά της προσφοράς, σε σχέση με αντίστοιχες παρεμβάσεις στην ζήτηση, όπου τα αποτελέσματα είναι αμφιλεγόμενα [74] και

β)έχει αποδειχτεί ότι η εκ των υστέρων αποζημίωση των προμηθευτών συμβάλλει στην επικυριαρχία της πλευράς της προσφοράς, στον προσδιορισμό της ποσότητας και του κόστους των υπηρεσιών.

Παράλληλα, ιδιαίτερα σημαντική είναι η επισήμανση ότι οι τεχνικές αυτές, προϋποθέτουν την ύπαρξη μηχανισμών κεντρικού σχεδιασμού για την εφαρμογή των παραπάνω μεταρρυθμίσεων, γιατί σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει ο κίνδυνος της ενίσχυσης των ατελειών της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, από την εισαγωγή των ανταγωνιστικών στοιχείων. Επιπρόσθετα, ο ανταγωνισμός είναι δυνατό να έχει αρνητικά αποτελέσματα, απομακρύνοντας ορισμένες ευπαθείς ομάδες από τις υπηρεσίες υγείας, διευρύνοντας έτσι τις προϋπάρχουσες ανισότητες.

Συμπερασματικά, η παραπάνω πρόταση, συνιστά μια σημαντική εκδοχή εισαγωγής τεχνικών ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών, για καλύτερη ποιότητα, μικρότερο κόστος και ενίσχυση του δικαιώματος επιλογής του χρήστη, ο οποίος θα μπορεί να επιλέγει το είδος, την ποσότητα, αλλά και τον προμηθευτή της υπηρεσίας που θα καταναλώσει. Αυτό το αίτημα, αποτελεί θεωρητικά το συγκριτικό πλεονέκτημα του ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με αποτέλεσμα από τη μια να έχει γίνει η σημαντικότερη πρόταση για την άρση των συμπτωμάτων της ατελούς αγοράς των υγειονομικών υπηρεσιών και από την άλλη, να έχει αποτελέσει την αφετηρία για τις διαρθρωτικές αλλαγές που συντελούνται στις περισσότερες χώρες. [75]

Ενώ όμως η διεθνής κοινότητα εμφανίζει -ιδιαίτερα στην δεκαετία μας - μια σημαντική κινητικότητα διαρθρωτικών αλλαγών με την εισαγωγή στοιχείων ελεύθερου ανταγωνισμού και προοπτικής χρηματοδότησης, στην χώρα μας οι παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα αναχρονιστικές και κινούνται σε αντίθετη κατεύθυνση, με χαρακτηριστικά όπως η εκ των υστέρων χρηματοδότηση και η ενίσχυση της ιδιωτικής προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών.

3.8. Συμπερασματικές διαπιστώσεις.

Στο κεφάλαιο αυτό, εξετάστηκαν οι τρόποι - μοντέλα χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων, που όπως αναφέρθηκε, αποτελούν τα τελευταία χρόνια τον πυρήνα του προβληματισμού γύρω από την αναποτελεσματικότητα και το υψηλό κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών. Η προσέγγιση των μεθόδων χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων, έγινε στο επίπεδο των πηγών

[74] OECD (1992) *«The Reform of Health Care : A Comparative Analysis of Seven OECD Countries»*, OECD, Paris.

[75] Για τις προοπτικές στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών μέσω της προώθησης του ανταγωνισμού, βλ. Μπεαζόγλου Τ., Heffley D., Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. (1993) *«Είναι δυνατή η επίτευξη της Αποτελεσματικότητας με την προώθηση του Ανταγωνισμού στην Ασφάλιση Υγείας;»* σελ. 3-18, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τομ. 2, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1993, Αθήνα.

των κεφαλαίων, αλλά και των μηχανισμών αποζημίωσης των ιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που αποτελούν τους κύριους προμηθευτές των υπηρεσιών.

Παράλληλα, παρουσιάστηκαν κάποια εναλλακτικά υποδείγματα από την διεθνή εμπειρία, στα οποία επιχειρήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις προς την κατεύθυνση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Στη συνέχεια, διερευνήθηκε ο ρόλος της ζήτησης στην αύξηση των δαπανών υγείας, οι οποίες στις περισσότερες χώρες κινούνται δυσανάλογα τόσο ως προς την γενικότερη οικονομική ανάπτυξη, όσο και ως προς την εξέλιξη του επιπέδου υγείας των πληθυσμών.

Τέλος, με δεδομένο ότι παρά τις επιμέρους διαφορές, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι κοινής προέλευσης και επιδιώκουν τα ίδια αποτελέσματα, παρουσιάστηκαν οι κυριότερες μεταρρυθμιστικές προτάσεις για την επίτευξη των αποτελεσμάτων αυτών. Εξέχουσα θέση σε αυτές τις προτάσεις, κατέχει η εισαγωγή του ελεγχόμενου ανταγωνισμού, τα επιμέρους στοιχεία της οποίας, μόλις εξετάσαμε. Μάλιστα η εισαγωγή των ανταγωνιστικών τεχνικών στις περισσότερες χώρες και η εμπειρία της επιτυχούς εφαρμογής τους, καθιστά την πρόταση του ελεγχόμενου ανταγωνισμού ως μια ιδιαίτερα ελκυστική προοπτική για τη χώρα μας, δεδομένης της υφιστάμενης κατάστασης του υγειονομικού συστήματος.

Επειδή όμως οι προσπάθειες για την βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, συνδέονται όπως αναφέρθηκε με το γενικότερο υγειονομικό προφίλ της χώρας στις οποίες εφαρμόζονται, κρίνεται απαραίτητη η παρουσίαση των μεθόδων εκείνων που μας επιτρέπουν αρχικά την αξιολόγηση των υφιστάμενων υγειονομικών υπηρεσιών και στη συνέχεια, την εκτίμηση των πιθανών αποτελεσμάτων των μελλοντικών προγραμμάτων.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, θα επιχειρήσουμε μια μεθοδολογική προσέγγιση της αξιολόγησης των συστημάτων υγείας και των αποτελεσμάτων των ιατρικών φροντίδων στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και θα αναλύσουμε τον τρόπο και τα κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών και του επιπέδου υγείας στην χώρα μας, που θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, θα αναφερθούμε στην οριοθέτηση και τα μέτρα για την επίτευξη της αποδοτικότητας και της ισότητας, που έχουν αναχθεί σε κύριες προτεραιότητες των σύγχρονων πολιτικών υγείας στις περισσότερες χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ.

4.1. Εισαγωγικά.

Στα πλαίσια των προσπαθειών για την βελτίωση των υγειονομικών προγραμμάτων στις περισσότερες χώρες, σημαντικό ρόλο κατέχει η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, από την οποία προκύπτουν οι αδυναμίες των συστημάτων και καθορίζονται οι πολιτικές μέσω των οποίων θα επιδιωχτεί η βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. [1]

Η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί βασικό στοιχείο του προγραμματισμού και των πολιτικών υγειονομικής ανάπτυξης, επειδή αφενός σαν κριτική εκτίμηση μας επιτρέπει να εξετάσουμε το κατά πόσο οι πολιτικές που υιοθετήθηκαν ανταποκρίθηκαν στους προκαθορισμένους στόχους και αφετέρου, γιατί η χρήση πολλαπλών μεθόδων και κριτηρίων αξιολόγησης, μας επιτρέπει την συναγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων για τα αποτελέσματα μιας σχεδιαζόμενης παρέμβασης στο υγειονομικό σύστημα. [2]

Η διαδικασία της αξιολόγησης λοιπόν, περιλαμβάνει κυρίως τέσσερις μεταβλητές, οι οποίες καλύπτουν πληροφορίες που σχετίζονται με την οργάνωση και τη διαχειριστική αποδοτικότητα των υγειονομικών προγραμμάτων, καθώς και με την αποτελεσματικότητά τους, στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. [3] Οι μεταβλητές αυτές, αφορούν στην επάρκεια των διαθέσιμων πόρων σε σχέση με τις ανάγκες, στην κατανομή και την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών από τα άτομα, στην προσπελασιμότητα και την ποιοτική στάθμη των παρεχομένων υγειονομικών φροντίδων και στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων των αξιολογούμενων προγραμμάτων υγείας, στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. [4]

Όπως γίνεται αντιληπτό, η εξέλιξη αυτή στην διαδικασία της μέτρησης και της αξιολόγησης της υγείας, ήταν αποτέλεσμα της αντίστοιχης επαναδιατύπωσης της έννοιας της υγείας διεθνώς και ειδικότερα της θεώρησής της όχι απλά ως απουσία ασθένειας, αλλά ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». [5] Η νέα ολιστική αυτή προσέγγιση της υγείας που υιοθετήθηκε από την Π.Ο.Υ., σε συνδυασμό με την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών και την στενότητα των υγειονομικών πόρων, έγινε αιτία να οριοθετηθούν νέες πολιτικές στον χώρο της υγείας, με στόχους όπως η συγκράτηση του κόστους (cost-containment) και η αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (value for money). [6]

---

[1] Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999) *«Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω»* σελ.28, Εξάντας, Αθήνα.

[2] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 316-317, Παπαζήσης, Αθήνα.

[3] WHO (1994) *«Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Second Evaluation. Eight Report on the world heath situation»* p.91-95, v5, European Region, Copenhagen.

[4] Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας»* σελ. 122, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικά των Υπηρεσιών Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[5] WHO (1978) *«Global Strategy for Health for All by the Year 2000»*, Geneva.

[6] Abel-Smith B. (1994) *«An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing»* p. 149-162, Longman, London.

Με τα νέα λοιπόν δεδομένα που διαμορφώθηκαν στον χώρο της υγείας, η μέτρησή της και η αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων, απέκτησε έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, με την εμφάνιση δεικτών που συμπεριλάμβαναν και ποιοτικά στοιχεία - όπως η ευημερία [7] ή η ικανοποίηση των ασθενών - και την ιδιαίτερη έμφαση που δόθηκε στην οικονομική αξιολόγηση του τομέα της υγείας. Ενδεικτικά, αναφέρουμε πως τόσο στη διεθνή [8] όσο και στην Ελληνική βιβλιογραφία, γίνεται αναφορά εκτός από τους κλασικούς δείκτες υγείας και σε νέες μετρήσεις, όπως οι κλίμακες ανικανότητας, οι υγειονομικές απεικονίσεις και οι υγειονομικοί πίνακες. [9]

Αντίστοιχα, νέους τρόπους προσέγγισης με την χρησιμοποίηση νέων υγειονομικών δεικτών, έχει να επιδείξει και η οικονομική ανάλυση των αποτελεσμάτων των ιατρικών παρεμβάσεων σε σχέση με το κόστος των υπηρεσιών, όπως η χρησιμότητα και τα ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής. [10] Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται ολοένα και περισσότερο στις μέρες μας, όμως επιχειρώντας την εκτίμηση του επιπέδου υγείας τόσο στην ποσοτική όσο και στην ποιοτική του διάσταση, δίνουν ιδιαίτερη σημασία στις υποκειμενικές κρίσεις των ατόμων για την έννοια της ευημερίας, με αποτέλεσμα να μην θεωρούνται γενικά αντικειμενικοί και να αμφισβητείται πολλές φορές η ικανοποίηση των κριτηρίων που είναι αναγκαίο να πληρούν οι υγειονομικοί δείκτες. [11]

Συμπερασματικά, η λήψη αποφάσεων στον υγειονομικό τομέα στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην μέτρηση και στην αξιολόγηση των παρεχόμενων φροντίδων υγείας, η οποία αποτελεί μια πολυπαραγοντική διαδικασία που μεθοδολογικά υλοποιείται με την χρήση των δεικτών υγείας. Κατά συνέπεια, από τον βαθμό αξιοπιστίας των τελευταίων, καθορίζεται το κατά πόσο οι επιλογές όσο αφορά στον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας με στόχο την βελτίωση του υγειονομικού

---

[7] Weinstein M. (1981) *«Economic Assessments of Medical Practices and Technologies»* p. 309-330, Medical Decision Making 1, v.4.

[8] Βλ. Teeling Smith G. (1985) *«Measurement of Health»* Office of Health Economics, London.

[9] Οι κλίμακες ανικανότητας (disability scales) , αποτελούν μια πιο ευρεία προσέγγιση των συνεπειών της ασθένειας στα άτομα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ίδιων των ατόμων. Οι υγειονομικές απεικονίσεις (health profiles), συνιστούν ποσοτικές εκτιμήσεις της ευημερίας των ατόμων, με κριτήριο τις καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων και με στόχο την τελική υγειονομική απεικόνισή τους. Τέλος, οι υγειονομικοί πίνακες (health indices), αποτελούν συνδυασμούς επιμέρους εκδοχών της ποιότητας ζωής με στόχο επίσης την μέτρηση της υγείας με κριτήριο την ευημερία των ατόμων. Για μεγαλύτερη ανάλυση, βλ. Νιάκας Δ. (1992) *«Η Μέτρηση της Υγείας σε Σχέση με τον Προγραμματισμό και τη Διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας»* στο Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 112-113, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[10] Η χρησιμότητα (utility) , αποτελεί έναν τρόπο προσέγγισης των ιατρικών παρεμβάσεων σε σχέση με το κόστος, βασισμένη στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου, η οποία αποτυπώνεται σύμφωνα με κάποιο προτυποποιημένο μοντέλο. Τα ποιοτικών προσαρμοσμένα έτη ζωής (Quality Adjusted Life Years ή QALYs) , αποτελούν έναν συνδυασμό της χρησιμότητας με διάφορα δεδομένα της επιβίωσης των ατόμων , ώστε να αποτυπωθούν τόσο ποσοτικές (έτη ζωής), όσο και ποιοτικές μετρήσεις (υποκειμενική ποιότητα ζωής) βελτίωσης της υγείας . Βλ. Νιάκας Δ. (1992) υποσ. 9, σελ. 113-114.

[11] Ιδιαίτερα σχετικά με την χρησιμότητα των QALYs , έχουν διατυπωθεί σοβαρές επιφυλάξεις βλ. Weinstein M (1988) *«A QUALY is a QUALY or isn't ?»* p. 289-290 , Journal of Health Economics, v. 7. Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις αυτών των δεικτών, είναι δύσκολη η ικανοποίηση των λεγόμενων θεμελιωδών κριτηρίων των δεικτών υγείας, όπως η αξιοπιστία (reliability), η συγκρισιμότητα (comparability) και η πιστότητα (validity), βλ Νιάκας Δ. (1992) υποσ. 9, σελ. 114.

επιπέδου του πληθυσμού, θα στηρίζονται σε πραγματικά δεδομένα και αντικειμενικές μετρήσεις.

Τα τελευταία μάλιστα χρόνια, λόγω της ανάγκης για αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων σε συνδυασμό με τις προσπάθειες για μείωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών, έκαναν την εμφάνισή τους νέες τεχνικές εκτίμησης των προγραμμάτων υγείας, με αποτέλεσμα να διευρυνθεί ακόμη περισσότερο το εύρος των μετρήσεων που μας παρέχει η διαδικασία της αξιολόγησης, την οποία θα αναλύσουμε παρακάτω.

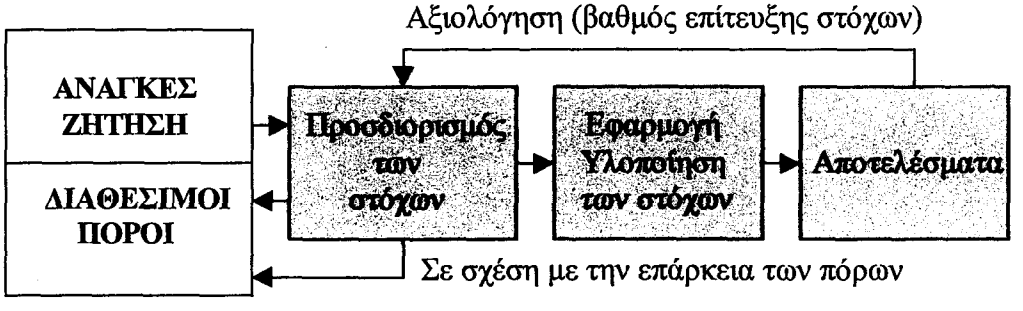
Στο κεφάλαιο λοιπόν αυτό, επιχειρούμε μια γενική επισκόπηση των μεθόδων και των δεικτών που χρησιμοποιούνται κατά την αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων. Σημειώνουμε πως η ανάλυση των κυριότερων δεικτών, καθώς και η ιδιαίτερη αναφορά στις έννοιες αποδοτικότητα και ισότητα, συνδέεται με την εφαρμογή των παραπάνω κριτηρίων και την χρησιμοποίηση μερικών από τους αναφερόμενους δείκτες, κατά την αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας που ακολουθεί στα επόμενα κεφάλαια.

4.2. Εννοιολογικό περιεχόμενο της αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Οι διαφορετικές προσεγγίσεις του χώρου της υγείας, συνδέονται με αντίστοιχες τεχνικές και μεθόδους αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών και έχουν σαν αφετηρία μια σειρά από στόχους, γενικού ή ειδικού χαρακτήρα. Σε κάθε πάντως περίπτωση, η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, αποσκοπεί στον εντοπισμό των προβλημάτων και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών παρεμβάσεων στον πληθυσμό, με στόχο την βελτίωση του επιπέδου της παρεχόμενης φροντίδας, σε συνδυασμό με τον έλεγχο των πόρων που χρησιμοποιούνται. [12]

Από την άποψη αυτή, η αξιολόγηση εντάσσεται στην συνολική διαδικασία του υγειονομικού προγραμματισμού (Σχήμα 1.4.1.) και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την λήψη ορθολογικών αποφάσεων που θα συνδράμουν στην πληρέστερη ικανοποίηση των επιδιώξεων μιας πολιτικής υγείας.

Σχήμα 1.4.1. Κλασικό μοντέλο υγειονομικού προγραμματισμού [13]



Η εννοιολογική προσέγγιση της αξιολόγησης, έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό την διεθνή βιβλιογραφία, με αποτέλεσμα να έχουν κατά καιρούς παρουσιαστεί διάφορες μέθοδοι που επιχειρούν να ταξινομήσουν και να ερμηνεύσουν τις μεταβλητές και τα κριτήρια που την συνθέτουν. Συγκεκριμένα,

[12] Τούντας Γ. (1986) *«Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας»* Materia Medica Greca, τ. 14, τ. 4, Αθήνα.

[13] Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ. 155, Euroclinica, Αθήνα.

επιτροπή της Π.Ο.Υ. πρότεινε το 1967 ένα μοντέλο αξιολόγησης που θα περιλάμβανε τις έννοιες της επάρκειας (adequacy), της αποδοτικότητας (efficiency) και της επιστημονικο-τεχνικής ποιότητας (scientific-technical quality). [14]
Η ίδια οργάνωση επανερχόμενη στο ίδιο θέμα το 1981 πρότεινε μια μέθοδο αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας [15] - από τον σχεδιασμό έως και την εφαρμογή τους - που θα περιλάμβανε την ανάλυση των παρακάτω εννοιών :

- Καταλληλότητα της υγειονομικής πολιτικής, σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, τις ανάγκες και τις ευρύτερες κοινωνικές και υγειονομικές προτεραιότητες.

- Επάρκεια των υπηρεσιών και των αντίστοιχων πόρων, με έμφαση στους τομείς ιδιαίτερης προτεραιότητας.

- Πρόοδος των υγειονομικών δραστηριοτήτων, με απολογιστική σύγκριση των πραγματοποιηθέντων και των σχεδιασμένων δραστηριοτήτων στον υγειονομικό τομέα.

- Αποδοτικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, με σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν.

- Αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, με μελέτη του βαθμού βελτίωσης της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού.

- Επίπτωση και επίδραση του συγκεκριμένου προγράμματος υγείας, στην συνολική υγειονομική και κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη.

Ταυτόχρονα, ο γενικότερος προβληματισμός για τις διαστάσεις της αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας, οδήγησε στην διατύπωση άλλων αντιλήψεων, ανάλογα με την οπτική γωνία από την οποία προσεγγιζόταν κάθε φορά η υγειονομική πολιτική. Μια τέτοια προσέγγιση είναι αυτή της American Public Health Association το 1969, [16] η οποία πρότεινε ένα μοντέλο αξιολόγησης που θα περιλάμβανε τις έννοιες :

- Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

- Ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

- Συνέχεια της υγειονομικής περίθαλψης.

- Αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

---

[14] WHO (1967) *«The efficiency of medical care : report of a study group»* Technical Report Series No 137, Geneva.

[15] WHO (1981) *«Evaluation of Health Programmes»* p. 16-18, Geneva.

[16] Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ. 154, Euroclinica, Αθήνα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η προσέγγιση της αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων του Cochrane το 1972, [17] η οποία πρότεινε σαν αντικείμενο μελέτης τις έννοιες :

- Ισότητα (equity) των υπηρεσιών υγείας, με έμφαση στην εξέταση των περιπτώσεων όπου οι υγειονομικές ανισότητες μπορούν να αποφευχθούν
- Αποτελεσματικότητα (effectiveness) των υγειονομικών υπηρεσιών, σε σχέση με τον βαθμό επίτευξης των επιδιωκόμενων στόχων.
- Αποδοτικότητα (efficiency) των υπηρεσιών υγείας, με συγκριτική αξιολόγηση της παραπάνω μεταβλητής ως προς τους πόρους που διατέθηκαν.

Οι προσεγγίσεις αυτές, καθώς και άλλες αντίστοιχες προσπάθειες διατύπωσης ενός συκεκριμένου εννοιολογικού περιεχομένου για την διαδικασία της αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων, [18] χαρακτηρίζονται από το ότι ανεξάρτητα από τις όποιες διαφορές στα μοντέλα που προτείνονταν, έχουν σαν αφετηρία ένα κοινό πυρήνα προβληματισμού : το γεγονός ότι η αποτίμηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και η εκτίμηση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων, αποτελούν διαδικασίες που συνδέονται άμεσα με τους συσχετισμούς μέσων και στόχων, αποτελεσμάτων και στόχων και αποτελεσμάτων και μέσων.

Ανεξάρτητα βέβαια από τον απολογιστικό χαρακτήρα της αξιολόγησης, τα στοιχεία που προκύπτουν και η πολλαπλότητα των τομέων που αφορούν, βοηθούν στον επαναπροσδιορισμό των υγειονομικών στόχων και προτεραιοτήτων, καθώς και των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξή τους. Ένας τρόπος χρησιμοποίησης των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης προς την κατεύθυνση της επαναδιαπραγμάτευσης των υγειονομικών προτεραιοτήτων, απεικονίζεται παρακάτω (Σχήμα 1.4.2).

Από το σχήμα αυτό, προκύπτει πως η διαδικασία της αξιολόγησης με τις επιμέρους αναφορές σε ζητήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα, το τεχνολογικό επίπεδο, την αποδοχή και την ποιότητα των υπηρεσιών, αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα των μελλοντικών επιλογών των προγραμμάτων υγείας, καθώς και των νέων υγειονομικών προτεραιοτήτων. Οι τελευταίες άλλωστε, καθορίζονται και διαμορφώνονται από μια ιδιαίτερα ευρεία δέσμη παραγόντων, που ξεκινούν από τα πραγματικά υγειονομικά προβλήματα του πληθυσμού και καταλήγουν στις πολιτικές πιέσεις που εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στην συγκράτηση του κόστους και στην άμβλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων. [19]

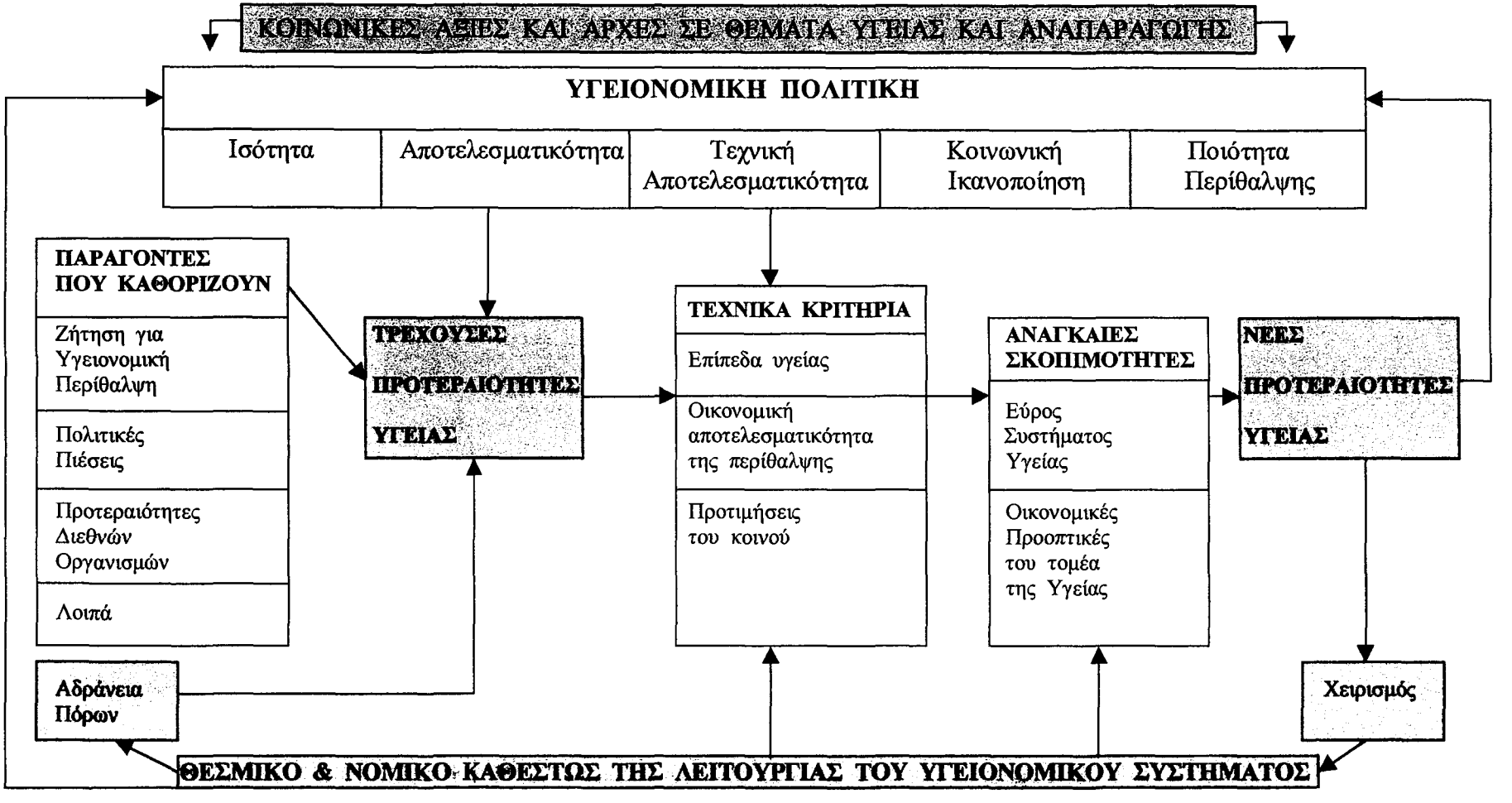
---

[17] Cochrane A. L. (1972) *«Effectiveness and Efficiency Random Reflections on Health Services»* p. 20-77, Nuffield Provincial Hospital Trust, London.

[18] Ενδεικτικά, αναφέρουμε την προσέγγιση της Π.Ο.Υ το 1982, σύμφωνα με την οποία οι τομείς αξιολόγησης της ιατρικής περίθαλψης, μπορούν να ταξινομηθούν κάτω από τους όρους : α)αποτελεσματικότητα, β)αποδοτικότητα γ)επάρκεια και δ)επιστημονικο-τεχνική ποιότητα των υπηρεσιών. Βλ. Vuori H.V. (1982) *«Quality Assurance of Health Services»* p.33-37, WHO, Copenhagen.

[19] Bobadilla J. L. (1996) *«Priority Setting and Cost Effectiveness»* p. 45-49 in Janovsky K. (1996) *«Health policy and systems development. An agenda for research»* WHO, Geneva.

Σχήμα 1.4.2. ΠΕΔΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ



Πηγή : Bobadilla J. L. (1996) *«Priority Setting and Cost Effectiveness»* p. 45-49 in Janovsky K. (1996) *«Health policy and systems development. An agenda for research»* WHO , Geneva.

4.3. Ταξινόμηση της αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων. Η Οικονομική αξιολόγηση.

Όπως προαναφέραμε, η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών, είναι μια ιδιαίτερα ευρεία και ευέλικτη διαδικασία, με δεδομένη την δυνατότητα που έχει να λαμβάνει κάθε φορά υπ΄ όψη της μια σειρά από διαφορετικούς παράγοντες, ανάλογα με το αντικείμενό που εξετάζεται, το οποίο μάλιστα δεν οριοθετείται πάντα με σαφήνεια. Υπό το πρίσμα αυτό, το εγχείρημα της ταξινόμησης μιας τέτοιας διαδικασίας είναι ιδιαίτερα περίπλοκο και δεν μπορεί να εξαντληθεί στα πλαίσια της παρούσας ανάλυσης.

Επιγραμματικά όμως, αναφέρουμε πως η κατηγοριοποίηση μιας τέτοιας διαδικασίας, μπορεί να γίνει με κριτήριο :

α)την συμβολή του συστήματος ή επιμέρους υπηρεσιών στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού,

β)τον τομέα – δημόσιο ή ιδιωτικό - στον οποίο εντάσσονται οι υπηρεσίες που αξιολογούνται και

γ)το στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας παροχής ιατρικών φροντίδων, το οποίο αξιολογείται μεμονωμένα, με στόχο να διερευνηθεί η αναγκαιότητα για επιμέρους παρεμβάσεις. [20]

Όλοι αυτοί οι διαφορετικοί τρόποι προσέγγισης και αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων, αποτέλεσαν και εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην προσπάθεια της οργάνωσης και του προγραμματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών, προσφέροντας πληροφορίες και εκτιμήσεις επιστημονικά τεκμηριωμένες. Η γενικά αποδεκτή τα τελευταία χρόνια όμως άποψη, ότι η παραγωγή και διανομή υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία, σε συνδυασμό με την ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των ιατρικών παροχών και του αντίστοιχου κόστους, οδήγησε στον εμπλουτισμό της διαδικασίας της αξιολόγησης, με μια σειρά από οικονομικά δεδομένα και αναλύσεις.

Στο σύγχρονο μάλιστα οικονομικό περιβάλλον, που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μεγάλων δημοσιονομικών ελλειμμάτων στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, η ανάγκη για εκτίμηση και αξιολόγηση των οικονομικών παραμέτρων των συστημάτων υγείας (health services evaluation, health program

[20] Οι διακρίσεις που προτείνονται με βάση τα παραπάνω κριτήρια αφορούν :

α)σε διάκριση μεταξύ γενικής (γενική αξιολόγηση των ιατρικών φροντίδων και της συμβολής τους στην βελτίωση του επιπέδου υγείας), τομεακής (αξιολόγηση των παραπάνω στα πλαίσια όμως μεμονωμένων τομέων υπηρεσιών) και ειδικής αξιολόγησης (αξιολόγηση μεμονωμένων παρεμβάσεων).

β)σε διάκριση της αξιολόγησης μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής παροχής ιατρικών φροντίδων, με δεδομένους τους διαφορετικούς επιδιωκόμενους στόχους των δημόσιων και των ιδιωτικών υπηρεσιών και

γ)σε διάκριση μεταξύ της αξιολόγησης των εισροών (εξέταση της ποσοτικής επάρκειας και της ποιότητας των πόρων με στόχο τον προσδιορισμό της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού), της αξιολόγησης της διαδικασίας (σε σχέση με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτή), της αξιολόγησης των εκροών (σε σχέση με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και την παραγωγικότητα του φορέα παροχής τους), της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων (στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού) και της κλινικής αξιολόγησης (η οποία αναζητά τις επιδράσεις μιας νέας ιατρικής μεθόδου σε επιλεγμένες ομάδες του πληθυσμού). Βλ. Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ.323-327, Παπαζήσης, Αθήνα.

evaluation), είναι κάτι παραπάνω από αναγκαία, δεδομένης της μεγάλης σημασίας που κατέχουν τα τελευταία χρόνια στον χώρο της υγείας, έννοιες όπως το «κόστος» και το «όφελος». [21]

Η οικονομική λοιπόν όπως αναφέρεται αξιολόγηση του τομέα της υγείας, συνιστά μια διαδικασία, που αποσκοπεί στην διευκόλυνση των υγειονομικών επιλογών, με δεδομένους τους περιορισμούς που προκύπτουν από την στενότητα των υγειονομικών πόρων και το υψηλό κόστος των υπηρεσιών. Το αντικείμενο μιας τέτοιας διαδικασίας, είναι ο προσδιορισμός της αποδοτικότητας ενός υγειονομικού προγράμματος, με την μελέτη του κόστους που συνεπάγεται η εφαρμογή του, σε συσχετισμό με τις εκροές και τα αποτελέσματα που προκύπτουν.

Η αφετηρία λοιπόν της οικονομικής αξιολόγησης, βρίσκεται στην μελέτη του κόστους των υπηρεσιών, έννοια από την οποία προκύπτουν και οι επιμέρους κατηγορίες – μέθοδοι της προσέγγισης αυτής και πιο συγκεκριμένα :

α)η ανάλυση κόστους-ωφέλειας (cost-benefit analysis)
β)η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis)
γ)η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis) και
δ)η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost-minimization analysis)

Στο σημείο αυτό, επισημαίνουμε πως το κόστος, ως βασικό στοιχείο όλων των μορφών οικονομικής αξιολόγησης, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αξιοπιστία της οικονομικής ανάλυσης ενός προγράμματος υγείας και γι' αυτό ο υπολογισμός του οφείλει να υπόκειται σε κάποιους μεθοδολογικούς κανόνες, όπως :

- Τα στοιχεία του κόστους πρέπει να είναι σχετικά με το εξεταζόμενο πρόγραμμα
- Οι κατηγορίες του κόστους πρέπει να μην υπερκαλύπτονται μεταξύ τους, ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα υπερυπολογισμού του ίδιου κόστους και
- Οι επιλεγόμενες κατηγορίες κόστους, πρέπει να καλύπτουν όλες τις πιθανές δαπάνες του προγράμματος. [22]

Επιπρόσθετα, αναφέρουμε πως η οικονομική αξιολόγηση προσπαθώντας να εκτιμήσει το κόστος και το όφελος ενός υγειονομικού προγράμματος, στηρίζεται στα δεδομένα του ιατρικού έργου, χωρίς να ειπεισέρχεται σε ζητήματα που άπτονται της αποτελεσματικότητάς του. Συγκεκριμένα, συγκρίνοντας τις διάφορες μορφές ιατρικών παρεμβάσεων, εξετάζει τις συνέπειές τους και ως προς το κόστος , με σκοπό την υιοθέτηση των επιλογών εκείνων που θα επιφέρουν τα μέγιστα αποτελέσματα , πάντα υπό το πρίσμα της αναγκαιότητας για ορθολογική κατανομή των πόρων. [23]

Τέλος, σχετικά με τους στόχους και το εύρος της οικονομικής αξιολόγησης, επισημαίνουμε ότι πολλές φορές, η επιδίωξη της

[21] Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας»* σελ. 124, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικά των Υπηρεσιών Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

[22] Creese A., Parker D. (1994) *«Cost analysis in primary health care. A training manual for programme managers»* p.5, WHO, Geneva.

[23] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 238, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

αποτελεσματικότητας, είναι αντίθετη με σημαντικές παραμέτρους της λειτουργίας ενός υγειονομικού συστήματος, όπως η ποιότητα και η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών. Επειδή λοιπόν τα ζητήματα αυτά δεν αποτελούν ερευνητικό πεδίο της οικονομικής αξιολόγησης, πολλές φορές τα αποτελέσματά της παρακάμπτονται, για να επιτευχθεί η ισότητα και η ικανοποίηση των απαιτήσεων του κοινού.

Ο προσανατολισμός λοιπόν της οικονομικής αξιολόγησης, εστιάζεται στην παροχή χρήσιμων πληροφοριών για το κόστος των υγειονομικών προγραμμάτων, οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν : α)στην επιλογή της πολιτικής εκείνης που θα επιφέρει κοινωνικά το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, β)στην υιοθέτηση εναλλακτικών τρόπων ιατρικής παρέμβασης με κοινό υγειονομικό αποτέλεσμα και γ)στην λήψη αποφάσεων που ικανοποιούν τους ίδιους τους ασθενείς. [24]

Ο προσανατολισμός αυτός, μεταφράζεται μεθοδολογικά με αποτύπωση των εισροών και των εκροών μιας συγκεκριμένης ιατρικής παρέμβασης, καθώς και άλλων εναλλακτικών παρεμβάσεων, με στόχο όπως προαναφέραμε την λήψη ορθολογικών αποφάσεων και επιλογών. [25] Ενώ όμως η προσέγγιση των εισροών και του κόστους είναι εφικτή και αποτυπώνεται σε χρηματικές μονάδες σε κάθε μοντέλο οικονομικής αξιολόγησης, οι εκροές και γενικότερα οι συνέπειες των ιατρικών παρεμβάσεων, αποτελούν το μεθοδολογικό γνώρισμα των διαφορετικών τύπων οικονομικής αξιολόγησης, στους οποίους θα αναφερθούμε αμέσως παρακάτω.

4.3.1. Η ανάλυση κόστους-ωφέλειας (cost-benefit analysis).

Η ανάλυση κόστους ωφέλειας , αποτελεί μια μορφή οικονομικής αξιολόγησης, που συγκρίνει το κόστος και το όφελος διαφορετικών εναλλακτικών παρεμβάσεων και χαρακτηρίζεται από την αποτίμηση σε χρηματικές μονάδες, τόσο των εισροών όσο και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή ενός υγειονομικού προγράμματος. [26]

Η οικονομική ανάλυση μάλιστα αυτής της μορφής, τυγχάνει ευρείας αποδοχής και εφαρμόζεται και σε επενδυτικά προγράμματα άλλων τομέων της οικονομικής ζωής, τα αποτελέσματα των οποίων μπορούν να συγκριθούν με τα αντίστοιχα των υγειονομικών προγραμμάτων.[27] Η αποτύπωση επίσης των ωφελειών σε νομισματικούς όρους, μας υποδεικνύει τον πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο κατανομής των υγειονομικών πόρων, με δεδομένο ότι και το άλλο μέρος του λόγου κόστους-ωφελειών, είναι εκφρασμένο σε χρηματικές μονάδες.

---

[24] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 239, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[25] Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G. (1997) *«Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes»* p.8-11, Oxford Medical Publications, New York.

[26] Gold M., Siegel J., Russell L., Weinstein M. (1996) *«Cost-Effectiveness in Health and Medicine»*p. 395, Oxford University Press, New York.

[27] Γεωργούση Ε. Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας»* σελ. 128, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικά των Υπηρεσιών Υγείας»* , Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

Με τον τρόπο αυτό, αξιολογούνται οι εναλλακτικές δυνατότητες παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας, με σύγκριση των σχετικών λόγων κόστους-ωφελειών [28] όπου :

$$Z\ (\text{λόγος κόστους-ωφελειών}) = \frac{\text{ωφέλειες (εκφρασμένες σε χρηματικούς όρους)}}{\text{κόστος (εκφρασμένο σε χρηματικούς όρους)}}$$

ή αλλιώς : $Z = \frac{B1+B2}{C1+C2}$ ή $Z = (B1+B2)-(C1+C2)$

όπου B1 και B2 τα άμεσα και έμμεσα οφέλη αντίστοιχα και C1 και C2 το άμεσο και το έμμεσο κόστος (σε μερικές περιπτώσεις, υπολογίζονται και τα μεγέθη C3 και B3, ως μη υλικό κόστος και οφέλη αντίστοιχα). [29]

Από το κύριο χαρακτηριστικό της ανάλυσης κόστους-ωφέλειας, την αποτίμηση δηλαδή σε χρηματικές μονάδες τόσο των εισροών, όσο και των αποτελεσμάτων μιας ιατρικής παρέμβασης, προκύπτει και το βασικό μειονέκτημά της. Αυτό συνίσταται στην αδυναμία έκφρασης των επιπτώσεων κάποιων ιατρικών παρεμβάσεων σε χρήμα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται η ανάγκη για έμμεση προσέγγιση του οφέλους, λόγω της πολυπλοκότητάς του.

Αυτό βέβαια είναι λογικό, λόγω της δυσκολίας εκτίμησης σε χρηματικούς όρους των πλεονεκτημάτων που προκύπτουν από την μείωση της θνησιμότητας ή την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, λόγω της βελτίωσης των υγειονομικών υπηρεσιών. [30] Άλλωστε, από την μελέτη των εισροών και των εκροών των συστημάτων υγείας, προκύπτει η παρουσία συγκεκριμένων όρων οργάνωσης και παραγωγής ανεξάρτητα από μορφή ή μοντέλο (Σχήμα 1.4.3), με αποτέλεσμα να δημιουργείται η ανάγκη για διαφορετική προσέγγιση των εκροών. [31]

Την διαφορετική αυτή προσέγγιση των εκροών στα υγειονομικά συστήματα, προγράμματα ή υπηρεσίες, την συναντάμε στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, η οποία ενώ έχει αρκετά κοινά με την ανάλυση κόστους-ωφέλειας, [32] αποτελεί παράλληλα την απάντηση στο μειονέκτημα της

---

[28] Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ. 50, Euroclinica, Αθήνα.

[29] Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G. (1997) *«Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes»* p.21, Oxford Medical Publications, New York.

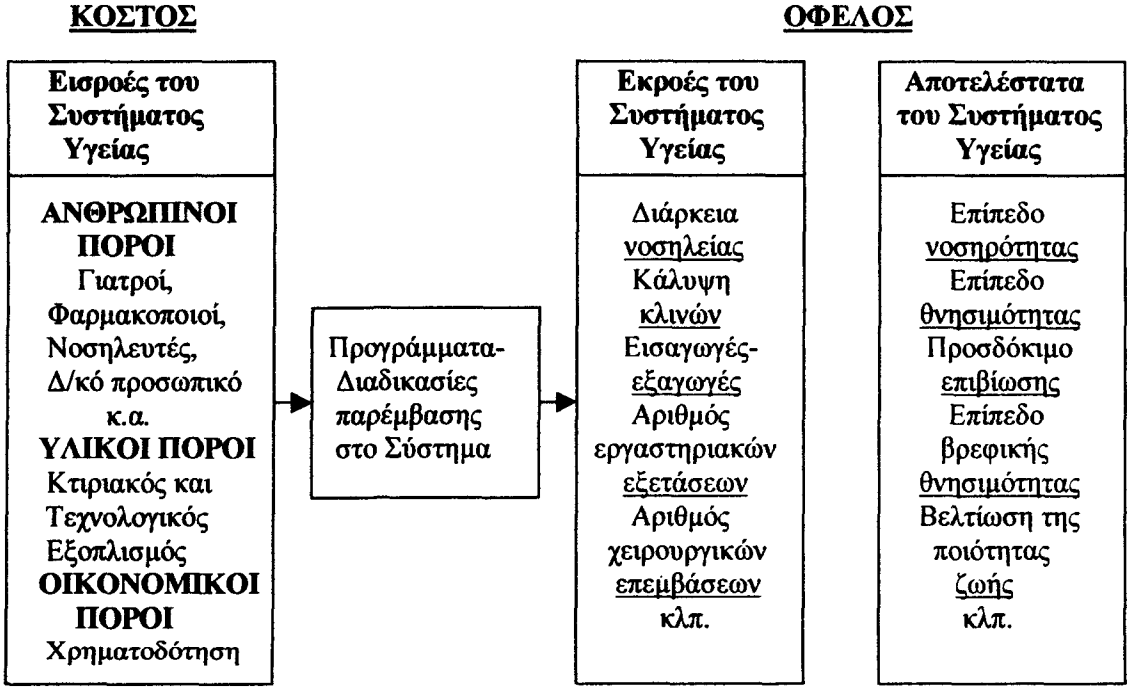
[30] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 332, Παπαζήσης, Αθήνα.

[31] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 130, Αθήνα.

[32] Σύμφωνα με τους Garber A. , Weinstein M. , Torrance G. και Kamlet M. (1996) *«Theoretical Foundations of Cost-Effectiveness Analysis»* p.28 , η ανάλυση κόστους-ωφέλειας και η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, έχουν βασικές ομοιότητες και ως προς τη μέθοδο και ως προς τα κριτήρια, με την διαφορά ότι ενώ η πρώτη είναι περισσότερο σχετική με ζητήματα οικονομικών της ευημερίας, η δεύτερη σαν τεχνική είναι περισσότερο ευέλικτη και γι' αυτό προτιμάται στις οικονομικές αναλύσεις του τομέα της υγείας. Βλ. Gold M. , Siegel J. , Russell L. , Weinstein M. (1996) *«Cost-Effectiveness in Health and Medicine»*, Oxford University Press, New York.

τελευταίας, σχετικά με την αδυναμία εκτίμησης των ωφελειών, σε χρηματικούς όρους. [33]

Σχήμα 1.4.3. Σύστημα Υγείας και Οικονομική Αξιολόγηση [34]



4.3.2. Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis).

Το κύριο χαρακτηριστικό της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας, προκύπτει από τον τρόπο με τον οποίο αποτιμώνται τα κοινωνικά οφέλη μιας ιατρικής παρέμβασης ή ενός υγειονομικού προγράμματος. Συγκεκριμένα, ενώ η εκτίμηση του κόστους γίνεται όπως και στην ανάλυση κόστους-ωφέλειας σε χρηματικές μονάδες, τα αντίστοιχα αποτελέσματα, αποτυπώνονται σε φυσικούς όρους, μέσω διαφόρων στατιστικών και άλλων υγειονομικών δεδομένων, όπως οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας κλπ.

Το πλεονέκτημα αυτής της ανάλυσης, εντοπίζεται σε αυτήν ακριβώς την μεθοδολογία εκτίμησης των υγειονομικών αποτελεσμάτων μιας παρέμβασης, η οποία επιτρέπει τον υπολογισμό της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού όπως αυτή εκφράζεται πχ. σε διασωθέντα έτη ζωής, σε σχέση πάντα με το κόστος που προκαλεί η συγκεκριμένη παρέμβαση. [35] Με βάση λοιπόν το υπόδειγμα που ακολουθεί, [36] τα οφέλη μιας ιατρικής παρέμβασης

[33] Phelps E., Mushlin A. (1991) *«On the (near) equivalence of cost-effectiveness and cost-benefit analysis»* p. 12-21, Technol Assess Health Care v. 7.

[34] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 328, Παπαζήσης, Αθήνα και Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 131, Αθήνα.

[35] Σούλης Σ. (1998) βλ. υποσ. 34, σελ. 332-333.

[36] Creese A. , Parker D. (1994) *«Cost analysis in primary health care. A training manual for programme managers»* p.44, WHO, Geneva.

εκφρασμένα π.χ. σε διασωθέντα έτη ζωής, προσδιορίζονται από τον συνδυασμό κόστους και αποτελεσματικότητας, σύμφωνα με την παρακάτω αναλογία :

$$X(\text{αναλογία κόστους-αποτελεσματικότητας}) = \frac{\text{κόστος παρέμβασης (σε χρημ. όρους)}}{\text{διασωθέντα έτη ζωής}}$$

και γενικότερα από τη σχέση : $X = \frac{C1+C2}{E}$

όπου C1 και C2 το άμεσο και έμμεσο κόστος αντίστοιχα και E τα οφέλη εκφρασμένα σε φυσικές μονάδες.

Η ανάλυση λοιπόν κόστους-αποτελεσματικότητας, επιδιώκει την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας ενός υγειονομικού προγράμματος εκφρασμένη σε κόστος ανά μονάδα αποτελέσματος, με μια τεχνική που παρέχει την δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης προγραμμάτων με διαφορετικές επιπτώσεις. [37]

Επιπρόσθετα, είναι εφικτό η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης, να χρησιμοποιεί πληροφορίες που προκύπτουν από άλλες μορφές αξιολόγησης, διευρύνοντας έτσι το πεδίο εφαρμογής της και παράλληλα κάνοντας περισσότερο αξιόπιστα τα συμπεράσματά της. [38] Για παράδειγμα, η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας ενός εμβολιασμού για την αντιμετώπιση μιας επιδημίας, μπορεί να γίνει σύμφωνα με την παρακάτω σχέση, που όπως θα δούμε, χρησιμοποιεί το αποτέλεσμα μιας άλλης μορφής αξιολόγηση,ς σχετικά με την δραστικότητα του εμβολίου :

$$\text{αποτελεσματικότητα εμβολιασμού} = \frac{\text{κόστος εμβολιασμού}}{\text{αριθμός εμβολιασμένων x δραστικότητα εμβολίου}}$$

Όπως γίνεται λοιπόν αντιληπτό, τα δεδομένα της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας, βοηθούν σημαντικά στην αξιολόγηση και τελικά στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών επενδυτικών προγραμμάτων στον υγειονομικό τομέα, [39] με

[37] Γεωργούση Ε. Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας»* σελ. 130, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικά των Υπηρεσιών Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[38] Creese A. , Parker D. (1994) *«Cost analysis in primary health care. A training manual for programme managers»* p.50, WHO, Geneva.

[39] Σύμφωνα με τον Weinstein, η επιλογή της ανάλυσης κόστους αποτελεσματικότητας, ενδείκνυται κυρίως στις περιπτώσεις που διερευνούμε τον τρόπο διάθεσης ενός δεδομένου προϋπολογισμού στον υγειονομικό τομέα, επιλέγοντας μεταξύ εναλλακτικών επενδυτικών προγραμμάτων. Βλ. Weinstein M. (1995) *«From cost-effectiveness ratios to resource allocation : where to draw the line?»* in Sloan F. (1995) *«Valuing Health Care. Costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies»* Cambridge University Press, New York.

γνώμονα το κόστος που επιφέρουν, σε σχέση με κάποια διασωθέντα έτη ζωής ή άλλης μορφής οφέλη, εκφρασμένα σε φυσικές μονάδες.[40]

Στο σημείο όμως αυτό, πρέπει να αναφέρουμε πως η συγκεκριμένη μεθοδολογία, παρουσιάζει μια αδυναμία ως προς την διαθεσιμότητα των στοιχείων, αλλά και ως προς την ποιοτική τους διάσταση, με δεδομένο ότι τα διασωθέντα έτη ζωής αξιολογούνται διαφορετικά από τα άτομα, υπό το πρίσμα μιας υποκειμενικότητας, η οποία δεν μπορεί να εκφραστεί στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας. [41]

Στα πλαίσια λοιπόν της ανάλυσης αυτής, δεν λαμβάνεται υπ' όψιν η αντίληψη του κάθε ατόμου για την χρησιμότητα ενός διασωθέντος έτους ζωής, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται ένα κενό στην αξιολόγηση της παρέμβασης, το οποίο καλύπτεται με την ανάλυση κόστους-χρησιμότητας, την οποία θα εξετάσουμε παρακάτω. [42]

Τέλος αναφέρουμε πως η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, χρησιμοποιήθηκε για την λήψη αποφάσεων στον υγειονομικό τομέα κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες [43] και μόνο τα τελευταία χρόνια, άρχισε να υιοθετείται σαν μέθοδος και στις αναπτυσσόμενες και υπανάπτυκτες χώρες, [44] ιδιαίτερα για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων σε συγκεκριμένα υγειονομικά προβλήματα (πχ. επιδημίες). [45]

4.3.3. Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis).

Στις προηγούμενες αναλύσεις, εντοπίσαμε μια αδυναμία σχετικά με την αξιολόγηση των ωφελειών των ατόμων από την εφαρμογή ενός υγειονομικού προγράμματος, με υποκειμενικά-ποιοτικά κριτήρια. Ιδιαίτερα στις αναλύσεις κόστους-οφέλους, η απόδοση των υποκειμενικών πλεονεκτημάτων που τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι αποκομίζουν σε χρηματικούς όρους, είναι εξαιρετικά δύσκολη, ενώ και στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, εκλείπει σε μεγάλο βαθμό η ποιοτική διάσταση των ωφελειών. [46]

---

[40] Donaldson C., Shackley P. (1997a) «Economic Evaluation» p. 949-971, in Detels R., Holland W., McEwen J., Omenn G. (eds) *«The methods of public health»* Oxford textbook of public health (third edition) v.2, Oxford University Press, Oxford.

[41] Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G. (1997) *«Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes»* p130-135, Oxford Medical Publications, New York.

[42] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 333, Παπαζήσης, Αθήνα.

[43] Ενδεικτικά αναφέρουμε : US Congress, Office of Technology Assessment (1994) *«Identifying health technologies that work, Searching for the evidence»*, U.S. Government Printing Office, Washington και Sloan F. (1995) *«Valuing Health Care. Costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies»* Cambridge University Press, New York.

[44] Για παράδειγμα βλ. : Ghana Health Assessment Project Team (1981) *«A quantitative method of assessing the health impact different diseases in less developing countries»* International Journal of Epidemiology, v. 10.

[45] Janovsky K. (1996) *«Health policy and systems development. An agenda for research»* p.53, WHO, Geneva.

[46] Γεωργούση Ε. Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας»* σελ. 131, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικά των Υπηρεσιών Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Η αποτίμηση μάλιστα των ωφελειών των ατόμων από την εφαρμογή ενός υγειονομικού προγράμματος σε φυσικούς όρους, περιορίζει την ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας στην σύγκριση διαφορετικών εναλλακτικών προτάσεων, που αποσκοπούν στα ίδια αποτελέσματα. [47] Αντίστοιχα, στην ανάλυση κόστους-οφέλους, επιτρέπεται η σύγκριση διαφορετικών προγραμμάτων με διαφορετικούς, στόχους, υπό τον περιορισμό όμως ότι τα αποτελέσματά τους μεταφράζονται σε χρηματικούς όρους.

Τα παραπάνω μειονεκτήματα, επιχειρεί να καλύψει η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας, η οποία επιτρέπει την σύγκριση διαφορετικών προγραμμάτων, με το κόστος τους εκφρασμένο - όπως και στις άλλες μορφές ανάλυσης - σε χρηματικούς όρους και τα αποτελέσματά τους, αποτιμώμενα σε μονάδες χρησιμότητας, σύμφωνα με την αναλογία : [48]

$$\Psi \text{ (αναλογία κόστους-χρησιμότητας)} = \frac{\text{κόστος παρέμβασης (σε χρημ. μονάδες)}}{\text{εκροές ποιότητας}}$$

δηλαδή : $\Psi = \frac{C1+C2}{U}$

όπου C1 και C2 το άμεσο και έμμεσο κόστος και U τα οφέλη σε μονάδες χρησιμότητας.

Η ιδιαιτερότητα αυτής της μορφής αξιολόγησης, συνίσταται στο ότι η αποτίμηση των αποτελεσμάτων επικεντρώνεται στην ποιοτική διάσταση της υγείας μετά την εφαρμογή του προγράμματος, με την προϋπόθεση μάλιστα ότι τα οφέλη μετατρέπονται σε κερδηθέντα έτη ζωής. [49]

Έτσι, το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου, είναι ότι μπορεί να αξιολογεί μόνο ένα υγειονομικό αποτέλεσμα, που αφορά στην βελτίωση της υγείας μετρούμενη σε προστιθέμενα ποιοτικά έτη ζωής, με την μέθοδο των QALYs (Quality Adjusted Life Years). Από την άλλη, με την χρήση του παραπάνω δείκτη (QALYs), η αξιολόγηση δεν περιορίζεται απλά στον υπολογισμό των διασωθέντων ετών ζωής όπως στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας,

[47] Οι εκροές (αποτελέσματα) μάλιστα των προγραμμάτων που αξιολογούνται από την ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, πρέπει να είναι εκφρασμένες σε κοινές φυσικές μονάδες για να είναι συγκρίσιμες. Για παράδειγμα, στην αποτίμηση των διασωθέντων ετών ζωής, υποθέτουμε πως όλα τα έτη ζωής είναι ισοδύναμα, ανεξάρτητα από την υποκειμενική τους χρησιμότητα.Έτσι, σε μια τέτοια ανάλυση, θεωρείται πως η πρόσθεση 10 ετών στη ζωή ενός ατόμου, ισοδυναμεί με την πρόσθεση 1 έτους σε 10 άτομα. Κατά συνέπεια, σε περιπτώσεις όπου η υπόθεση αυτή δεν ισχύει (πχ όταν αξιολογούνται οι επιπτώσεις σε ομάδες ή άτομα διαφορετικού υγειονομικού επιπέδου) δεν ενδείκνυται η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας. Βλ Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ. 157 - Euroclinica, Αθήνα.

[48] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 333, Παπαζήσης, Αθήνα.

[49] Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G. (1997) *«Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes»* p.8-11, Oxford Medical Publications, New York.

αλλά επεκτείνεται και στην χρησιμότητά τους, όπως μάλιστα αυτή γίνεται αντιληπτή από τα ίδια τα άτομα. [50]

Μία άλλη σημαντική αδυναμία των QALYs, αφορά στον τρόπο υπολογισμού των ποιοτικά προσαρμοσμένων ετών ζωής, τα οποία σύμφωνα με τον Wagstaff, [51] προκύπτουν από τον πολλαπλασιασμό των προβλεπόμενων ετών ζωής, επί την ποιότητά τους την περίοδο της ερώτησης. Η τελευταία μάλιστα παράμετρος για την ποιότητα των επόμενων ετών επαναπροσδιορίζεται, ανάλογα με την προβλεπόμενη μεταβολή του υγειονομικού status των ατόμων, έτσι ώστε ο υπολογισμός των QALYs να είναι πιο ευέλικτος.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο υπολογισμός των ποιοτικά προσαρμοσμένων ετών ζωής σε ένα άτομο ηλικίας 70 ετών με αναμενόμενη ζωή 20 επιπλέον έτη, θα έπρεπε να λάβει υπ' όψη του το αναμενόμενο επίπεδο υγείας για τα επόμενα αυτά έτη. Έτσι, αν την πρώτη δεκαετία, το επίπεδο υγείας προβλέπεται να είναι άριστο και την επόμενη αναμένεται επιβάρυνσή του λόγω των αυξημένων πιθανοτήτων για εμφάνιση ασθενειών που εμφανίζει η ηλικία μεταξύ 80 και 90 ετών, στο δεδομένο άτομο, ενώ θα αναμένονται 20 ακόμη έτη ζωής, θα αναλογούν 15 QALYs, σύμφωνα με τους παρακάτω υπολογισμούς [52] :

(10 έτη ζωής .1 QALY*/έτος) + (10 έτη ζωής . 0,5 QALY/έτος) = 15 QUALYs

*όπου ο θάνατος μετριέται με 0 και η τέλεια υγεία με 1.

Τα προβλήματα λοιπόν της μεθόδου αυτής τα οποία αποτέλεσαν και τον πυρήνα της κριτικής εναντίον της, [53] ξεκινούν από την ρευστότητα της ποιότητας των προσαρμοσμένων ετών ζωής στην κλίμακα μέτρησης των

[50] Επειδή η έννοια της χρησιμότητας είναι υποκειμενική, επιχειρείται συνήθως μια ταξινόμηση των ποιοτικών χαρακτηριστικών που σε γενικές γραμμές προσδιορίζουν την χρησιμότητα ενός προσαρμοσμένου έτους ζωής, σε σχέση με τις λειτουργίες που μπορεί να ασκήσει κάποιο άτομο κατά τα κερδηθέντα έτη. Έτσι, σημαντικές μεταβλητές στην αξιολόγηση αυτή, θεωρούνται στοιχεία όπως η ενεργητικότητα, η εργασία, η κοινωνική απομόνωση , η ζωή στο σπίτι κλπ. Βλ. Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 334, Παπαζήσης, Αθήνα..

[51] Wagstaff A. (1991) *«QALYs and the Equity-Efficiency Trade-Off»* p. 21-41, Journal of Health Economics, 10.

[52] Folland S. , Goodman A. , Stano M. (1997) *«The Economics of Health and Health Care»* p. 575-577, Prentice Hall, New Jersey.

[53] Με αφορμή την κριτική απέναντι στην μέθοδο των QALYs, έχουν διατυπωθεί σημαντικές διαφωνίες μεταξύ των μελετητών που πιστεύουν ότι η τεχνική αυτή είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και θα έπρεπε να αντικατασταθεί από απλούστερες μετρήσεις (Βλ. Cox D. , Fitzpatrick R. , Fletcher A. , Gore S. , Spiegelhalter D. , Jones D. (1992) *«Quality-of-life assessment : can we keep it simple ? »* p. 353-393 , R. Statist. Soc. A. , part 3.) και μεταξύ εκείνων που υποστηρίζουν πως οι υπολογισμοί είναι απλοϊκοί και θα έπρεπε να αντικατασταθούν με πιο σύνθετες μεθόδους, όπως οι ισοδυναμίες υγειών ετών (HYE : healthy-year equivbalents) και οι ισοδυναμίες διασωθέντων ετών νεαρής ηλικίας (SAVE : saved-young-life equivalents). (Βλ. Mehrez A. , Gafni A. (1989) *«Quality-adjusted life years, utility theory, and healthy-years equivalents»* p. 142-149 , Medical Decision-Making , 9 – Apr-June 1989 and Mehrez A. , Gafni A. (1991) *«The healthy-years equivalents : how to measure them using the standard gamble approach»* p. 140-146 , Medical Decision-Making , 11 – Apr-June 1991).

QALYs [54] και καταλήγουν στην αβεβαιότητα της επιλογής μεταξύ λιγότερων ετών τέλειας υγείας και περισσότερων ετών άρρωστης ζωής. [55]

Ανεξάρτητα όμως από τις παραπάνω αδυναμίες, η ανάλυση αυτή χρησιμοποιείται τόσο στην διερεύνηση της κατανομής των υγειονομικών πόρων, όσο και στην εφαρμογή προγραμμάτων έρευνας αγοράς και προσέγγισης της ζήτησης, στον ιδιωτικό τομέα. [56]

4.3.4. Η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost-minimization analysis).

Η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους, αποτελεί μια μέθοδο αξιολόγησης εναλλακτικών υγειονομικών προγραμμάτων ή παρεμβάσεων με κοινό αποτέλεσμα, όπου το μοναδικό κριτήριο επιλογής είναι το κόστος [57] το οποίο εκφράζεται με το άθροισμα των επιμέρους μορφών του και ειδικότερα :

$$C = C1+C2$$

όπου C1 και C2 το άμεσο και έμμεσο κόστος.

Ουσιαστικά, αποτελεί μια μορφή της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας, η οποία όμως επικεντρώνεται στην διερεύνηση του κόστους - με τον τρόπο που χρησιμοποιούν και οι υπόλοιπες αναλύσεις και με αποτύπωσή του σε χρηματικούς όρους - με σκοπό την επιλογή της φθηνότερης εναλλακτικής παρέμβασης.

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να αναφέρουμε, πως η εφαρμογή της ανάλυσης αυτής, προϋποθέτει πως είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ότι τα υγειονομικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων που συγκρίνουμε τείνουν ή είναι ισοδύναμα, έτσι ώστε να επιλέξουμε αποκλειστικά με κριτήριο το κόστος. [58] Κατά συνέπεια, η ανάλυση αυτή, ενδείκνυται και εφαρμόζεται κυρίως στην αξιολόγηση συγκεκριμένων παρεμβάσεων, όπου είναι είναι περισσότερο πιθανή

[54] Οι περισσότερες μελέτες, καταλήγουν σε τρεις βασικούς τύπους κλιμάκων μέτρησης της ποιότητας ζωής με υγειονομικά κριτήρια : α)τις ειδικές μετρήσεις (επιδημίες σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμών, ή ασθένειες σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες), β)τα γενικά υγειονομικά πρότυπα και γ)τις προτιμήσεις των ασθενών σε σχέση με βασικές μετρήσεις του επιπέδου υγείας. Βλ. Guyatt H., Feeny H., Patrick L. (1993) *«Measuring health-related quality of life»* p. 622-629, Annals of Internal Medicine 118.

[55] Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G. (1997) *«Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes»* p. 130-131, Oxford Medical Publications, New York.

[56] Για αναλυτική παρουσίαση των εφαρμογών των QALYs, βλ. Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G. (1997), βλ. υποσ. 55, σελ. 165-192.

[57] Torrance G., Siegel J., Luce B. (1996) *«Framing and Designing the Cost-Effectiveness Analysis»* p. 59, in Gold M., Siegel J., Russell L., Weinstein M. (1996) *«Cost-Effectiveness in Health and Medicine»*, Oxford University Press, New York.

[58] Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G. (1997) βλ. υποσ. 55, σελ. 11-12.

διαπίστωση όμοιων υγειονομικών αποτελεσμάτων από διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους. [59]

4.3.5. Απλούστερες τεχνικές - τύποι οικονομικής αξιολόγησης.

Ανάλογα με τον προσανατολισμό και τους στόχους της αξιολόγησης, μπορούμε να χρησιμοποιούμε διαφορετικές και πολλές φορές πιο συγκεκριμένες μεθόδους ανάλυσης όπως [60] :

- Η ανάλυση κόστους-ασθένειας (COI : cost-of illness analysis) από την οποία προκύπτουν οι οικονομικές επιπτώσεις μιας νόσου και
- Οι αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής (QOL : quality of life assessments) οι οποίες υπολογίζουν τις επιπτώσεις ενός προγράμματος, μιας τεχνολογίας, μιας υπηρεσίας ή και ολόκληρου του συστήματος στην ποιότητα ζωής των ασθενών. [61]

Ενώ λοιπόν η επιλογή μεταξύ των διαφορετικών τεχνικών αξιολόγησης διαμορφώνεται και επηρεάζεται από μια σειρά από παράγοντες όπως οι επιδιωκόμενοι στόχοι, οι διαθέσιμοι πόροι, η περίπτωση – πρόβλημα που εξετάζεται, καθώς και η διαθεσιμότητα αλλά και το είδος των στοιχείων, θεωρείται πως ο απλούστερος τρόπος αξιολόγησης ενός υγειονομικού συστήματος, είναι αυτός που επικεντρώνεται στην αναλυτική εκτίμηση των συντελεστών λειτουργίας του. [62]

Ανεξάρτητα όμως από αυτήν την διαπίστωση, η διαδικασία της αξιολόγησης [63] μπορεί να στηριχθεί και σε άλλες αξιόπιστες τεχνικές [64] όπως :

---

[59] Σαν παράδειγμα εφαρμογής της ανάλυσης ελαχιστοποίησης του κόστους, αναφέρουμε την μελέτη του Russell σχετικά με χειρουργικά περιστατικά με μία ημέρα νοσηλείας, στο Russell I. , Devlin B. , Fell M. , Glass J. , Newell J. (1977) *«Day-case surgery for hernias and haemorrhoids : a clinical, social and economic evaluation»* p. 844-847, Lancet.

[60] Η πολυπλοκότητα του υγειονομικού τομέα, έχει οδηγήσει στο να αναπτυχθούν αρκετές επιμέρους τεχνικές αξιολόγησης ανάλογα με τους επιδιωκόμενους στόχους και τα διαθέσιμα στοιχεία. Ενδεικτικά αναφέρουμε την ποιότητα της ευημερίας (QWB : quality of well-being , Βλ. Patrick D. , Bush J. , Chen M. (1973) *«Methods for measuring levels of well-being for a health status index»* p. 228-245 , Health Services Research , 8 , Fall.) και τους δείκτες υγειονομικής χρησιμότητας (HUI : health utility index , οι οποίοι αναλύονται σε τρία επιμέρους συστήματα, HUI1, HUI2 και HUI3, Βλ. Boyle H. , Torrance W. , Sinclair C. , Horwood P. (1983) *«Economic evaluation of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants»* p. 1330-1337, N. Eng. F. Med , 308.

[61] Σύμφωνα με τους Dolan, Gudex, Kind και Williams, η μελέτη των QOL, περιλαμβάνει την εκτίμηση των παρακάτω επιμέρους παραμέτρων : κινητικότητα (mobility) , φροντίδα για τον εαυτό μας (self-care) , συνήθεις δραστηριότητες (usual activities), πόνος-ενόχληση (pain-discomfort), και ανησυχία-κατάθλιψη (anxiety-depression). Βλ. Dolan P. , Gudex C. , Kind P. , Williams A. (1995) *«A social tariff for EuroQol : Results from a UK general population survey»* Discussion Paper No 138, Center for Health Economics, University of York, York.

[62] Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ. 158-159, Euroclinica, Αθήνα.

[63] Κατά τον Καριώτη, για την διενέργεια της αξιολόγησης ακολουθείται μια συγκεκριμένη διαδικασία, ανεξάρτητα από τον τύπο της. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει : 1)καθορισμός του αντικειμένου 2)προσδιορισμός των στόχων και διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων 3)επιλογή της μεθοδολογίας και του τύπου των μετρήσεων 4)συλλογή των δεδομένων

- Ο ποσοτικός προσδιορισμός και η αποτίμηση της επάρκειας του συστήματος με κριτήριο τους πόρους που διατίθενται και καταναλώνονται
- Η εκτίμηση της ποιοτικής στάθμης των προσφερομένων υπηρεσιών και
- Η εκτίμηση της βελτίωσης των δεικτών υγείας, σαν συνέπεια της εφαρμογής και της λειτουργίας ενός συστήματος.

Σε κάθε πάντως περίπτωση είναι δεδομένο πως η διενέργεια της αξιολόγησης, προαπαιτεί την εξασφάλιση μιας σειράς πληροφοριών, αναγκαίων για την διεξαγωγή των μετρήσεων και τον υπολογισμό των απαιτούμενων δεικτών . Οι πληροφορίες αυτές, εξαρτώνται από το είδος των μετρήσεων που πρόκειται να πραγματοποιηθούν και για το λόγο αυτό είναι χρήσιμο να έχει προσδιοριστεί η ταυτότητα των τελευταίων, πριν από την συγκέντρωση των στοιχείων, τα οποία συνήθως είναι στατιστικά δεδομένα, επιδημιολογικά στοιχεία και δείκτες υγείας. [65]

Πιο αναλυτικά, οι συνηθέστερες πηγές πληροφοριών [66] είναι :

1)στατιστικές που αφορούν στον πληθυσμό, την εξέλιξη και τη φυσική του κίνηση.

2)στατιστικές που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας (δομή, οργάνωση, λειτουργία).

3)τα ιατρικά αρχεία και οι φάκελλοι των ασθενών.

4)οι καταγραφές διαφόρων ασθενειών.

5)διάφορες επιδημιολογικές έρευνες.

6)οι γνώμες των ασθενών.

7)άλλες πηγές πληροφοριών, πολλές φορές ανεξάρτητες με τον υγειονομικό τομέα.

---

5)ανάλυση των δεδομένων και αποτελέσματα. Βλ. Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ. 159, Euroclinica, Αθήνα.

[64] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 336-337, Παπαζήσης, Αθήνα.

[65] WHO (1981) *«Evaluation of health programmes»* p.16-18, Geneva.

[66] Vuori V. (1982) *«Quality Assurance of Health Services»* p. 33-37, WHO, Copenhagen.

4.4. Δείκτες αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων και υπηρεσιών.

Η πολυπλοκότητα που συνήθως διακρίνει τα προγράμματα και κατά συνέπεια την αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών, δημιούργησε την ανάγκη συσχετισμού του διαθέσιμου υλικού της αξιολόγησης, με την χρήση ιδιαίτερων οντοτήτων περιγραφής πληροφοριών, τους δείκτες αξιολόγησης. [67] Οι δείκτες αυτοί, είναι συνήθως αριθμοί ή μεταβλητές, που επιτρέπουν την παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και βέβαια την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπαρχόντων και των προτεινόμενων μέσων παρέμβασης. [68]

Η επιλογή των δεικτών αξιολόγησης εξαρτάται από το αντικείμενο (είδος προγραμμάτων ή υπηρεσιών) και τον προσανατολισμό (με κριτήριο την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα κλπ) της αξιολόγησης, ενώ υπόκειται και σε περιορισμούς σχετικούς με τις πραγματικές δυνατότητες συλλογής των στοιχείων και διενέργειας των μετρήσεων. [69]

Επιπρόσθετα, η επιλογή των δεικτών πάνω στους οποίους θα στηριχθεί η διαδικασία της αξιολόγησης, θα πρέπει να εξασφαλίζει το ότι οι δείκτες θα εκπληρώνουν τις προϋποθέσεις της εγκυρότητας, της αντικειμενικότητας, της ευαισθησίας και της εξειδίκευσης. [70] Ειδικότερα, οι επιλεγόμενοι δείκτες θα πρέπει :

- Να μετρούν με σαφήνεια το προσδιορισμένο αντικείμενο (validity).
- Να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα σε όλους τους ερευνητές και κάτω από διαφορετικές ακόμη συνθήκες μέτρησης (objectivity).
- Να αντιδρούν και να αντανακλούν τις όποιες μεταβολές του φαινομένου που μελετάται (sensitivity) και
- Σε σχέση με το παραπάνω, να αντιδρούν στις μεταβολές αποκλειστικά και μόνο του φαινομένου που μελετάται (specificity).

4.4.1. Ταξινόμηση των δεικτών αξιολόγησης.

Επειδή το αντικείμενο της αξιολόγησης του τομέα της υγείας είτε ως σύστημα είτε ως μεμονωμένη παρέμβαση είναι ιδιαίτερα ευρύ με συνέπεια οι πιθανές μετρήσεις να είναι απεριόριστες, η ταξινόμηση των αντίστοιχων δεικτών αξιολόγησης είναι μια διαδικασία ιδιαίτερα δύσκολη. Τόσο λοιπόν στη διεθνή όσο και στην Ελληνική βιβλιογραφία, υπάρχουν προσπάθειες κατηγοριοποίησης των

[67] Καριώτης Π. (1992) *«Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία»* σελ. 160, Euroclinica, Αθήνα.

[68] Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ. (1999) *«Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω»* σελ. 38, Εξάντας, Αθήνα.

[69] WHO (1981) *«Evaluation of health programmes»* p.16-18, Geneva.

[70] WHO (1981) *«Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health For All by the Year 2000»* p. 11-40, Geneva.

δεικτών αυτών με διάφορα κριτήρια, οι οποίες ανάλογα με την οπτική της αξιολόγησης, προβαίνουν σε διάφορες ταξινομήσεις. [71]

Μια γενικά αποδεκτή κατάταξη των δεικτών αξιολόγησης, είναι αυτή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η οποία διακρίνει τις παρακάτω κατηγορίες δεικτών [72] :

1)Δείκτες υγειονομικής πολιτικής (επάρκεια πόρων, κατανομή πόρων, οργανωτικό πλαίσιο κλπ).

2)Κοινωνικοί-οικονομικοί δείκτες, που σχετίζονται με την υγεία (πληθυσμός, εισόδημα, διατροφή, κατοικία, εκπαίδευση, συνθήκες εργασίας κλπ).

3)Δείκτες επιπέδου υγείας (θνησιμότητα, βρεφική θνησιμότητα, θνητότητα, προσδόκιμο επιβίωσης, νοσηρότητα κλπ).

4)Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας (επάρκεια, ποιότητα, χρησιμοποίηση, προσπελασιμότητα, αποτελεσματικότητα κλπ).

5)Δείκτες κάλυψης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας (επίπεδο γενικής υγειονομικής γνώσης, εκπαίδευση ως προς την άμεση αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων, πυκνότητα παροχής κατάλληλου πόσιμου ύδατος, βαθμός προώθησης κατάλληλων μορφών διατροφής και έκταση της ενημέρωσης για θέματα παροχής φροντίδας σε παιδιά, για έλεγχο της κατανάλωσης φαρμάκων κλπ). [73]

Μια άλλη ιδιαίτερα χρήσιμη ταξινόμηση είναι αυτή του Σούλη, [74] σύμφωνα με την οποία, οι δείκτες αξιολόγησης των υπηρεσιών, προγραμμάτων ή και συστημάτων υγείας, διακρίνονται για λόγους μεθοδολογικής τακτικής, [75] σε μάκρο και μικρο-επίπεδο και ειδικότερα :

---

[71] Αναφέρουμε ενδεικτικά, την ταξινόμηση του Σούλη η οποία διακρίνει τους δείκτες αξιολόγησης : α)σε δείκτες μέτρησης ανθρώπινων και υλικών πόρων του συστήματος υγείας και β)σε δείκτες χρησιμοποίησης και λειτουργικότητας των υπηρεσιών υγείας. Βλ. Σούλης Σ. (1994) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ.197, Σημειώσεις , ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας – Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Επιπρόσθετα, αναφέρουμε την κατηγοριοποίηση του Martin ο οποίος κατέταξε τα δεδομένα και τους δείκτες αξιολόγησης στις κατηγορίες : α)δείκτες δημογραφίας , β)δείκτες ιατρο-υγιεινής, γ)δείκτες περιβαλλοντικοί, οικολογικοί και κοινωνικοί, δ)δείκτες κοινωνιολογικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί και ε)δείκτες συστημάτων και υπηρεσιών υγείας. Βλ. Σούλης Σ. (1991*) «Δημογραφία και Υγεία»* σελ. 2 , Σημειώσεις , ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας – Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

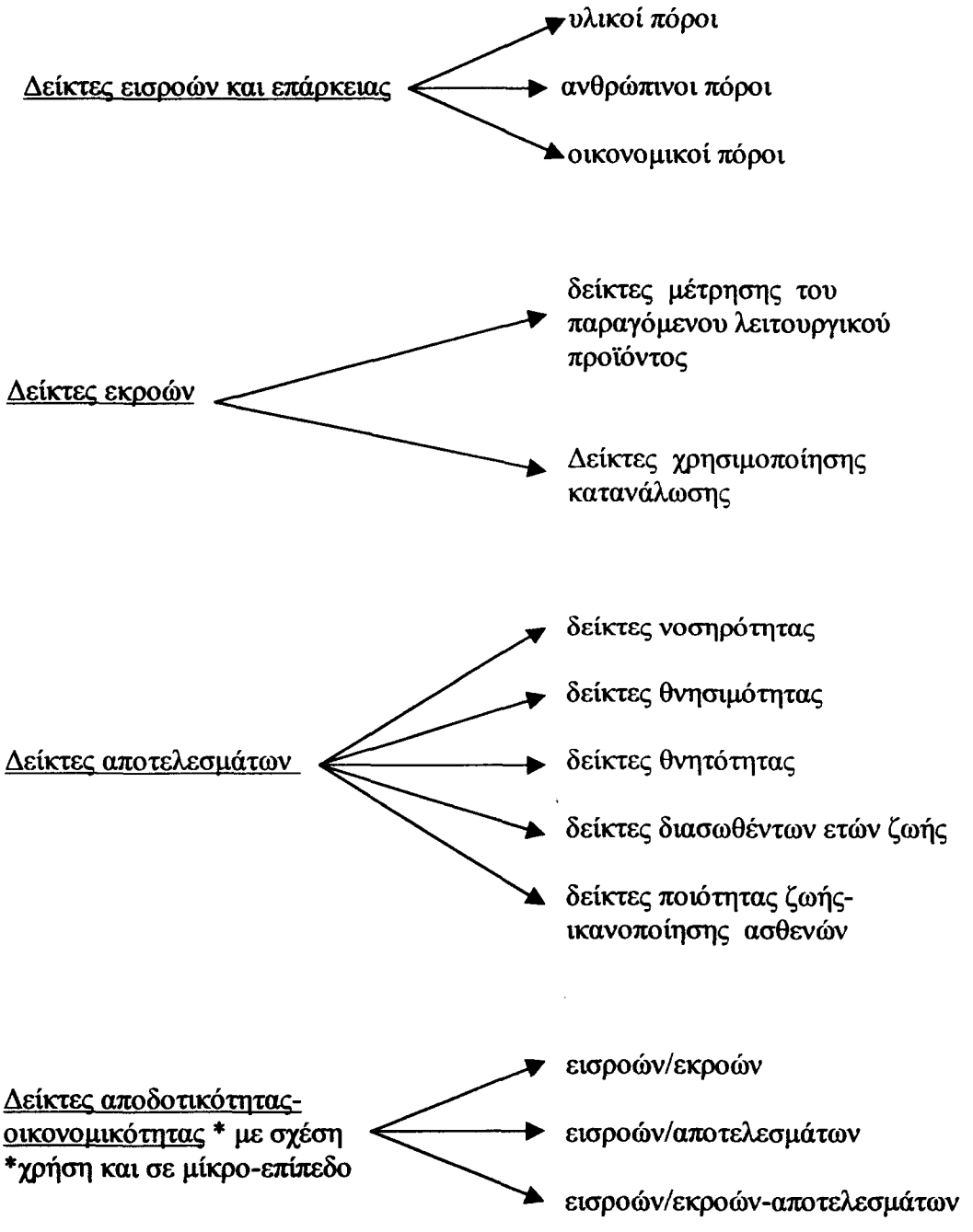
[72] WHO (1981) *«Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health For All by the Year 2000»* p. 11-40, Geneva.

[73] WHO (1993) *«Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Second evaluation. Eighth report on the world health situation»* p.38, v1 Global review , Geneva.

[74] Σούλης Σ. (1998*) «Οικονομική της Υγείας»* σελ. 340-345, Παπαζήσης, Αθήνα.

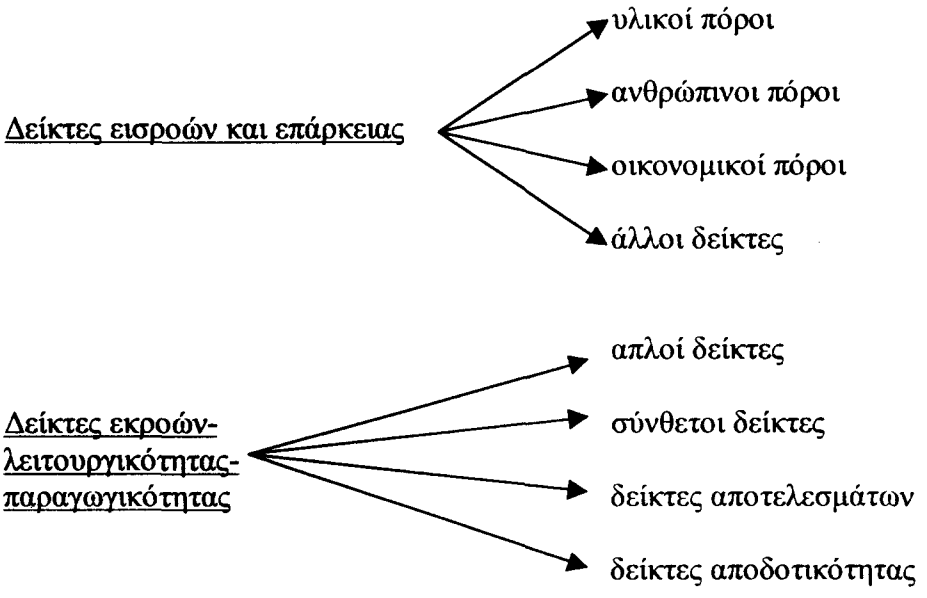
[75] Η διάκριση αυτή, ικανοποιεί την ανάγκη για αξιολόγηση κατά πρώτον των παραγωγικών δυνατοτήτων των υπηρεσιών υγείας και κατά δεύτερον της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού. Αντίστοιχα, ανάλογα με τις προτεραιότητες της αξιολόγησης, δημιουργούνται νέες κατηγοριοποιήσεις για λόγους μεθοδολογικής διευκόλυνσης κατά την χρήση των δεικτών, όπως

Α)ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΕ ΜΑΚΡΟ-ΕΠΙΠΕΔΟ



πχ. αυτή του Martin, που για την μελέτη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού , διακρίνει : 1)δημογραφικούς δείκτες, 2)δείκτες συνθηκών υγιεινής και περιβάλλοντος, 3)δείκτες διατροφής, 4)δείκτες διατιθέμενων πόρων και δραστηριοτήτων για την υγεία και 5)δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Βλ. Σούλης Σ. (1994) *«Ειδικά Θέματα Υγειονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής»* σελ.99-102 , Σημειώσεις , ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας – Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Β)ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΕ ΜΙΚΡΟ-ΕΠΙΠΕΔΟ



4.4.2. Ενδεικτικά παραδείγματα χρησιμοποίησης δεικτών αξιολόγησης.

Όπως προαναφέραμε, ο βασικός στόχος όλων των υγειονομικών προγραμμάτων και υπηρεσιών, είναι η μείωση των προβλημάτων και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, χωρίς όμως να αποκλείονται άλλοι ενδιάμεσοι στόχοι, όπως η αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, η βελτίωση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού κλπ. [76] Η διαδικασία λοιπόν της αξιολόγησης σαν βασική προϋπόθεση για την λήψη ορθολογικών αποφάσεων σχετικά με τον προγραμματισμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, [77] χρησιμοποιεί κάθε φορά τα στοιχεία και τις πληροφορίες εκείνες, που εναρμονίζονται με τους προκαθορισμένους στόχους.

Ενδεικτικά, αναφέρουμε την μελέτη ομάδας εργασίας του ΕΚΚΕ, [78] η οποία είχε σαν στόχο «την διερεύνηση των επιπτώσεων που έχουν στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού οι ιδιομορφίες της παρούσας (1988) μεταβατικής φάσης της οικονομικής, κοινωνικής και πολιτιστικής οργάνωσης της ελληνικής κοινωνίας». [79] Η εμπειρική λοιπόν αυτή έρευνα χρησιμοποίησε υπό το πρίσμα του παραπάνω στόχου πληροφορίες, οι οποίες με βάση το περιεχόμενό τους, ταξινομήθηκαν ως εξής [80] :

---

[76] Τριχόπουλος Δ. (1982) *«Επιδημιολογία. Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές»* σελ. 74-84, Παρισιάνος , Αθήνα.

[77] Τριχόπουλος Δ. , Κυριόπουλος Γ. (1984) *«Επιδημιολογία και Προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας»* σελ. 25-27, Ιατρικό Βήμα 4, Αθήνα.

[78] Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο., Κατουσέλλη Α., Κοτταρίδη Γ., Παππάς Π., Τσακίρη Ε., Φακιόλας Ν. (1988) *«Υγεία και Ελληνική κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα»*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[79] Μαδιανός Μ. , Ζάρναρη Ο., Κατουσέλλη Α., Κοτταρίδη Γ., Παππάς Π., Τσακίρη Ε., Φακιόλας Ν. (1988) βλ. υποσ. 78, σελ. 25.

[80] Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο., Κατουσέλλη Α. , Κοτταρίδη Γ., Παππάς Π., Τσακίρη Ε., Φακιόλας Ν. (1988) βλ. υποσ. 78, σελ. 26-27.

Α)Πρώτο μέρος ερωτηματολογίου (ανεξάρτητες μεταβλητές πληροφοριών) [81]

1. Πληροφορίες που αφορούν στα βασικά δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση, τόπο κατοικίας).

2. Στοιχεία που αφορούν στην ποιότητα της κατοικίας (τύπος κατοικίας, εξοπλισμός, πυκνοκατοίκηση, ρύπανση περιοχής, κοινωνικό περιβάλλον).

3. Δεδομένα που εκφράζουν ορισμένες πλευρές της καθημερινής ζωής (ελεύθερος χρόνος, συνθήκες εργασίας και ικανοποίηση, οικογενειακές σχέσεις).

4. Στοιχεία από τα οποία διαφαίνονται οι διαιτητικές συνήθειες του πληθυσμού αναφοράς (συχνότητα και σύνθεση γευμάτων, κατανάλωση βιομηχανοποιημένων τροφών)

5. Πληροφορίες σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των ατόμων, καθώς και αξιολόγησή της από τα ίδιους τους ασφαλισμένους.

Β)Δεύτερο μέρος ερωτηματολογίου (εξαρτημένες μεταβλητές πληροφοριών)

Σημειώνουμε, πως οι ερωτήσεις μέσα από τις οποίες προέκυψαν οι πληροφορίες σε αυτή τη φάση της έρευνας ήταν υποκειμενικές και για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκε διατύπωση που λάμβανε υπ' όψη της τους περιορισμούς που υπάρχουν σε τέτοιες έρευνες, [82] ειδικά μάλιστα όταν τα δεδομένα δεν υποστηρίζονται από εργαστηριακές εξετάσεις και κλινικές πληροφορίες. [83] Η καταγραφή των δεδομένων λοιπόν σε αυτό το τμήμα της έρευνας , αφορούσε :

1. Την χρήση φαρμάκων ή άλλων ουσιών.

2. Το ιατρικό ιστορικό των ερωτηθέντων (νόσοι, νοσηλείες, επεμβάσεις, ατυχήματα)

3. Το αντίστοιχο οικογενειακό ιστορικό

4. Την ανίχνευση συσχετίσεων μεταξύ συμπτωμάτων που εκφράζουν την γενική ψυχική κατάσταση των ερωτηθέντων και διαφόρων θετικών συμπτωμάτων παθολογικότητας.

---

[81] Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο., Κατουσέλλη Α., Κοτταρίδη Γ., Παππάς Π., Τσακίρη Ε., Φακιόλας Ν. (1988) *«Υγεία και Ελληνική κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα»* σελ. 36-37, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[82] Mac Mahon T. , Pugh H. (1970) *«Epidemiology : Principles and Methods»* Little-Brown , Boston.

[83] Η χρησιμοποίηση της μεθοδολογικής αυτής προσέγγισης, η οποία βασίζεται σε επιτόπια ανά νοικοκυριό ανίχνευση χωρίς την επιβεβαίωση των πληροφοριών από εργαστηριακές εξετάσεις και κλινικές δοκιμασίες τυγχάνει ευρείας αποδοχής, επειδή θα ήταν ιδιαίτερα πολυδάπανη η εφαρμογή ενός ερευνητικού σχεδιασμού – έστω και σε περιορισμένα γεωγραφικά όρια – που θα απαιτούσε την εργαστηριακή επαλήθευση της προφορικής δοκιμασίας. Βλ. Τριχόπουλος Δ. (1982) *«Επιδημιολογία. Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές»* σελ 380-392, Παρισιάνος , Αθήνα.

Προς επίτευξη βέβαια μεγαλύτερης αξιοπιστίας, η αξιολόγηση της κατάστασης ή της «θέσης» του ερωτώμενου, δεν στηρίχθηκε μόνο στην απάντησή του, αλλά ενισχύθηκε με την χρήση δεικτών, που είχαν σαν στόχο να διατυπώσουν μια συνισταμένη των απαντήσεων που δόθηκαν σε μια σειρά από ερωτήσεις, εκφρασμένη ποσοτικά. [84]

Έτσι στα πλαίσια της παραπάνω έρευνας, διακρίνουμε : [85]

α)δείκτης ποιότητας κατοικίας

β)δείκτης ποιότητας γειτονιάς

γ)δείκτης ικανοποίησης από την εργασία

δ)δείκτης κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου

ε)δείκτες σωματικής υγείας → δείκτης σωματικών συμπτωμάτων
ε)δείκτες σωματικής υγείας → δείκτης παρούσας σωματικής υγείας

ζ)δείκτες ψυχικής υγείας → γενικός δείκτης ψυχικής υγείας
ζ)δείκτες ψυχικής υγείας → συμπληρωματικός δείκτης ψυχ. Υγείας

η)ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής

Αντίστοιχα, η μελέτη των Παπαευαγγέλου και Τσίμπου για την «Ιατρική Δημογραφία», η οποία είχε σαν επίκεντρο την συσχέτιση της δημογραφίας ως ανάλυση πληθυσμιακών φαινομένων, με τις αντίστοιχες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές προεκτάσεις της, βασίστηκε κυρίως σε πληροφορίες που προέκυπταν από [86] :

- μη προτυποποιημένους δείκτες θνησιμότητας
- προτυποποιημένους δείκτες θνησιμότητας
- πίνακες επιβίωσης (γενεαλογικούς πίνακες, προσδόκιμο επιβίωσης)
- δείκτες γεννητικότητας-γονιμότητας
- δείκτες αναπαραγωγικότητας
- στοιχεία μετανάστευσης

[84] Μαδιανός Μ. , Ζάρναρη Ο. , Κατουσέλλη Α. , Κοτταρίδη Γ. , Παππάς Π. , Τσακίρη Ε. , Φακιόλας Ν. (1988) *«Υγεία και Ελληνική κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα»* , σελ. 27 , ΕΚΚΕ , Αθήνα.

[85] Μαδιανός Μ. , Ζάρναρη Ο. , Κατουσέλλη Α. , Κοτταρίδη Γ. , Παππάς Π. , Τσακίρη Ε. , Φακιόλας Ν. (1988) βλ. υποσ. 84 , σελ. 27-50.

[86] Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. (1992) *«Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός»*, ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Σε δημογραφικούς επίσης κυρίως δείκτες, εστιάζει την ανάλυσή του και ο Υφαντόπουλος, ο οποίος επιχειρεί την μέτρηση της «στάθμης υγείας κάθε νομού και κάθε περιφέρειας στην Ελλάδα». [87] Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιεί δείκτες που αναφέρονται στην βρεφική, νεογνική, μετανεογνική θνησιμότητα, στην ειδική προτυποποιημένη θνησιμότητα κατά αιτία θανάτου και στην προσδοκώμενη ζωή.

Επιπλέον, για την «μέτρηση των υγειονομικών αναγκών, την ιεράρχηση των περιφερειών σύμφωνα με τις ανάγκες τους και γενικότερα την ανάπτυξη ορθολογικών προγραμμάτων κατανομής των πόρων υγείας σύμφωνα με τις περιφερειακές ανάγκες», χρησιμοποιεί στα πλαίσια της οικονομικής προσέγγισης, [88] τον δείκτη ωφελιμότητας υγείας. [89]

Τέλος, στην ίδια έρευνα, επιχειρήθηκε η «ανάλυση της παραγωγικότητας του τομέα υγείας στην Ελλάδα» με τον προσδιορισμό της συνάρτησης παραγωγής, όπως προκύπτει από την τεχνική σχέση μεταξύ των εισροών-πόρων που επηρεάζουν την υγεία και των αντίστοιχων επιπέδων υγείας. Για την εκτίμηση των τελευταίων, χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες θνησιμότητας και ωφελιμότητας, [90] ενώ η ανάλυση των εισροών-πόρων σε περιφερειακό κυρίως επίπεδο, βασίστηκε στους παρακάτω δείκτες [91] :

- Δείκτης ιατρικού προσωπικού
- Δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού
- Δείκτης νοσοκομειακών κρεβατιών

---

[87] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 207-232 και 269-326, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[88] Στην ανάλυση αυτή, ο Υφαντόπουλος εντοπίζει τέσσερις βασικές κατηγορίες μεθόδων μέτρησης του επιπέδου υγείας (health status) : α)την επιδημιολογική ή βιοϊατρική προσέγγιση η οποία εξετάζει κυρίας τις ασθένειες και τους θανάτους ανά αιτία, β)την λειτουργική προσέγγιση η οποία ασχολείται με την με την εκτίμηση της ικανότητας των ατόμων να εκτελέσουν ορισμένες λειτουργίες, γ)την πολιτιστική προσέγγιση που ασχολείται με τα κριτήρια προσδιορισμού της ασθένειας και δ)την οικονομική προσέγγιση, η οποία αποβλέπει στην εκτίμηση του επιπέδου υγείας. Βλ. Υφαντόπουλος Γ. (1988) βλ. υποσ. 87, σελ. 235-236.

[89] Η χρησιμοποίηση του δείκτη ωφελιμότητας, γίνεται τόσο για κάθε μία από τις διαστάσεις ασθένειας – επί συνόλου 16 διαστάσεων με την κάθε μία να αντιπροσωπεύει μια ομάδα ασθενειών σύμφωνα με την καταχώρηση της Π.Ο.Υ. (Γενεύη 1967) - , όσο και για το σύνολό τους, με στόχο την δημιουργία ενός κοινωνικού δείκτη, που θα αποτυπώνει την κοινωνική ωφελιμότητα που προέρχεται από την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Βλ. Υφαντόπουλος Γ. (1988) βλ. υποσ. 87, σελ. 247 και 296-297.

[90] Η εφαρμογή της ωφελιμότητας στην αξιολόγηση των επιπέδων υγείας, αναπτύχθηκε από τον Wolfson και τον Torrance . Βλ. Wolfson D. (1974) *«A Health Index for Ontario»* Ministry of Treasury and Inter-government Affairs – Toronto , Torrance W. (1975) *«A Comment on Alternative Estimations of Population Health Status»* p. 70-72 , Inquiry v.12 και Torrance W. (1976) *«Social Preferences for Health Status : An Empirical Evaluation of Three Measurement Techniques»* p. 129-136 , Socioeconomic Planning Sciences v. 10. Επιπλέον , ο Yfantopoulos, χρησιμοποίησε τον δείκτη ωφελιμότητας, αναζητώντας την διαμόρφωσή του κάτω από τις επιρροές του κοινωνικο-οικονομικού συστήματος. Βλ. Yfantopoulos J. (1980) «The Economic of Health Status and Health Care Planning. A Theoretical and Empirical Analysis with Reference to Greece» University of York στο Υφαντόπουλος Γ. (1988) βλ. υποσ. 87, σελ. 240-241.

[91] Υφαντόπουλος Γ. (1988) βλ. υποσ. 87, σελ. 327-379.

Από τα παραπάνω παραδείγματα μελετών, [92] διαπιστώνουμε πως σε κάθε περίπτωση, επιχειρείται η ταξινόμηση των δεικτών και των πληροφοριακών στοιχείων γενικότερα, με κριτήριο τους γενικούς προσανατολισμούς της μελέτης-αξιολόγησης αλλά και τις επιμέρους διαστάσεις της υγειονομικής δραστηριότητας που εξετάζεται, με δεδομένο ότι οι στόχοι ενός υγειονομικού προγράμματος ή μιας υπηρεσίας, μπορεί να είναι αντίστοιχα γενικοί ή ειδικοί. [93]

Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αξιολόγησης μιας εξειδικευμένης ιατρικής παρέμβασης, αποτελεί η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους των Heaney , McAllister και MacMahon, η οποία αφορούσε στην μελέτη προγράμματος για την κατ' οίκον χορήγηση οξυγόνου σε ασθενείς στην Βόρεια Ιρλανδία. Στα πλαίσια λοιπόν της παραπάνω έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες σχετικοί με το συνολικό κόστος της χορήγησης ανά άτομο, με το αντίστοιχο κόστος ανά κατηγορία (φιάλες, οξυγόνο, αμοιβή παροχής), με την συνολική μηνιαία ποσότητα οξυγόνου που καταναλώνεται, καθώς και υποθετικοί δείκτες προσδιορισμού του κόστους, όπως κόστος (αναλυτικό και συνολικό) χορήγησης επί 5 ώρες ημερησίως και για 1 μήνα και κόστος χορήγησης επί 90 λεπτά ημερησίως και για 2 χρόνια . [94]

Ακόμη, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει – κυρίως για την προσέγγιση του κόστους – η ανάλυση του Jean-Philippe Assal [95] για την επιμόρφωση των διαβητικών ασθενών πάνω σε θέματα που αφορούν την συγκεκριμένη νόσο, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η μεθοδολογία που υιοθετείται στην μελέτη αυτή, επικεντρώνεται στην ταξινόμηση του κόστους που επιβαρύνει τους διαβητικούς και στην εκτίμηση της μείωσης που θα μπορούσε αυτό να υποστεί, από την εφαρμογή ενός προγράμματος επιμόρφωσης. Η μείωση αυτή υπολογίζεται ξεχωριστά για κάθε κατηγορία κόστους, χρησιμοποιώντας σαν μεταβλητές :

α)το ψυχολογικό κόστος (σωματική κατάπτωση κλπ).

β)το επαγγελματικό κόστος (αποκλεισμός από συγκεκριμένες επαγγελματικές δραστηριότητες).

γ)το οικογενειακό κόστος (περιθωριοποίηση λόγω της νόσου).

---

[92] Επίσης αναφέρουμε ενδεικτικά την μελέτη του Gutenschwager , στην οποία επιχειρήθηκε «η ερμηνεία της ασθένειας σαν κοινωνικό πρόβλημα που απορρέει από τον τρόπο οργάνωσης της σύγχρονης καπιταλιστικής κοινωνίας» με την χρήση στοιχείων τα οποία σε γενικές γραμμές σχετίζονταν με : α)την θνησιμότητα, β)νοσηρότητα, γ)την διατροφή, δ)την χρήση φαρμακευτικών ουσιών, ε)τον ρόλο και την επίδραση του περιβάλλοντος ζ)την εργασία και η)τα χαρακτηριστικά που προκύπτουν από τους σύγχρονους ρυθμούς ζωής (στρες, ελεύθερος χρόνος κλπ). Βλ. Gutenschwager G. (1989) *«Η πολιτική οικονομία της υγείας στη νεώτερη Ελλάδα»*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[93] Τούντας Γ. (1987) *«Κέντρα Υγείας. Η εξέλιξη του θεσμού και προϋποθέσεις για τη λειτουργία τους»* σελ. 63-68, Σύγχρονα Θέματα, 29.

[94] Heaney L. , McAllister D. , MacMahon J. (1999) *«Cost minimisation analysis of provision of oxygen at home : are the Drug Tariff guidelines cost effective ?»* p. 19-23, British Medical Journal 319, March 1999 (full text).

[95] Assal J.-F. (1995) *«Cost-Effectiveness of Diabetes Education»* p. 68-71, Pharmacoeconomics 8, sup. 1., Adis International , Limited , Geneva.

δ)το κοινωνικό κόστος (αισθήματα απομόνωσης λόγω της μη αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο).

ε)το οικονομικό κόστος (κόστος θεραπείας).

Κλείνοντας την αναφορά μας σε μια σειρά από παραδείγματα μελετών που αφορούν στην αξιολόγηση στον τομέα της υγείας, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον να παραθέσουμε την μεθοδολογία και τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα του Θεοδώρου σχετικά με την «εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ» η οποία συγκεκριμένα αποσκοπούσε «στην αξιολόγηση δύο διαφορετικών μορφών οργάνωσης και διανομής υπηρεσιών υγείας, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΙΚΑ». [96]

Η έρευνα αυτή, βασίστηκε σε έναν ιδιαίτερα σημαντικό όγκο στοιχείων τα οποία παρείχαν πληροφορίες σχετικά με :

- τις κατηγορίες των δικαιούχων της περίθαλψης (εργαζόμενοι, μέλη, συνταξιούχοι)
- τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δικαιούχων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μέγεθος και σύνθεση των νοικοκυριών)
- τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των δικαιούχων (επίπεδο εκπαίδευσης, απασχόληση, εισόδημα νοικοκυριού, ασφαλιστική σχέση)
- τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των δικαιούχων (είδος υγειονομικών προβλημάτων, χρόνιες παθήσεις κλπ)

Τα παραπάνω στοιχεία, συσχετίστηκαν με την κατανάλωση των υπηρεσιών, τον αριθμό των επισκέψεων σε παθολόγους και ιατρούς ειδικοτήτων, τις κατ' οίκον επισκέψεις, τις επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς και τις επισκέψεις στους παθολόγους του ΙΚΑ σε ιδιωτική βάση καθώς και με άλλα λεπτομερέστερα στοιχεία, όπως ο χρόνος παραμονής του ασφαλισμένου στον ίδιο παθολόγο, η συχνότητα αλλαγής του τελευταίου, οι παραπομπές στις άλλες ειδικότητες και η συνέχεια στην φροντίδα και των λοιπών μελών του νοικοκυριού.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν και οι ποιοτικές-υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασφαλισμένων, για θέματα σχετικά με τον τρόπο μετάβασης των ασθενών στα ιατρεία και τον απαιτούμενο για αυτό χρόνο, τον χρόνο αναμονής, τον τρόπο υποδοχής , το ωράριο και την ποιότητα της επίσκεψης, την σχέση με τον ιατρό και την γενικότερη ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες.

Η μεθοδολογία άντλησης πληροφοριών και στοιχείων στα πλαίσια των παραπάνω μελετών που παρουσιάστηκαν ενδεικτικά, [97] μας οδηγεί στο

[96] Θεοδώρου Μ. (1993) *«Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική Διερεύνηση Δύο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Γιατρού»* σελ. 25, ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.

[97] Επίσης για μια αναλυτική προσέγγιση-αξιολόγηση συγκεκριμένων υγειονομικών παρεμβάσεων και επιλογών, βλ. Kyriopoulos J. , Kornarou H. , Gitona M. , eds. (1996) *«Aids Economics. Cost Analysis, Management and Prospective Financing»* Exandas , Athens και Beazoglou T. , Benn P. , Cuckle H. , Haddow J. , Kyriopoulos J. , eds. (1999) *«Down Syndrome. Screening Policy and Economic Evaluations»* Exandas, Athens.

συμπέρασμα πως η διαδικασία της αξιολόγησης, καλείται να αντιμετωπίσει κάθε φορά μια σειρά από προβλήματα που σχετίζονται με τη φύση των δραστηριοτήτων που εξετάζονται, οι οποίες δεν επιτρέπουν εύκολα την εκτίμηση των αποτελεσμάτων σε σύγκριση με προκαθορισμένους αριθμητικούς στόχους. Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα αυτό, πολλές φορές είναι απαραίτητο να εφαρμοστούν και να χρησιμοποιηθούν σύνθετες μεταβλητές και δείκτες, που εξασφαλίζουν αξιοπιστία στην πληροφόρηση, ακόμη και όταν πρόκειται για ποιοτικές κρίσεις ή για εκτίμηση των επιδράσεων διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στον υγειονομικό τομέα. [98]

Ανεξάρτητα πάντως από την επεξεργασία των στοιχείων και την χρησιμοποίηση των αντίστοιχων δεικτών, [99] καθώς και τα προβλήματα που σχετίζονται με την αξιοπιστία των πληροφοριών που παρέχουν οι τελευταίοι, η θέση της αξιολόγησης στην διαδικασία της υγειονομικής ανάπτυξης παραμένει ιδιαίτερα σημαντική, μια και συνδέεται με τη λήψη αποφάσεων, είτε στο πολιτικό, είτε στο εκτελεστικό επίπεδο. [100]

4.5. Αξιολόγηση του τομέα της υγείας και υγειονομική πολιτική.

Η διαχειριστική διαδικασία για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη όπως σκιαγραφείται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στα πλαίσια του στόχου «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000», [101] περιλαμβάνει μια σειρά από ενέργειες οι οποίες ξεκινούν από τον σχεδιασμό και τον προϋπολογισμό των υγειονομικών προγραμμάτων και καταλήγουν στην αξιολόγηση και τον επαναπροσδιορισμό τους, μέσα από μια διαρκή πληροφοριακή υποστήριξη (Σχήμα 1.4.4) [102].

Οι στόχοι και οι προτεραιότητες που έχουν τεθεί από τις αποφάσεις της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας και της Περιφερειακής Επιτροπής της Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη, ήταν το αποτέλεσμα της προσπάθειας των 32 Ευρωπαϊκών χωρών-μελών της Π.Ο.Υ. για «το συνδυασμό της πραγματικότητας του σήμερα με τα οράματα του αύριο» μέσα από την υιοθέτηση κοινών στρατηγικών για την επίλυση των υγειονομικών προβλημάτων στις χώρες της Ευρώπης. [103] Έτσι, τα κράτη-μέλη, αποδέχτηκαν την στρατηγική που είχε σαν αφετηρία την προσπάθεια για «επίτευξη για όλους τους πολίτες του κόσμου έως το έτος 2000 ενός επιπέδου υγείας, το οποίο να τους επιτρέπει να έχουν μια κοινωνικά

---

[98] Γεωργούση Ε. (1989) *«Αξιολόγηση Προγραμμάτων Υγείας. Κατευθυντήριες αρχές για την εφαρμογή της στη Διαχειριστική Διαδικασία για την Εθνική Υγειονομική Ανάπτυξη»* σελ. 15, Μετάφραση του *«Health Programme Evaluation»* (WHO, GENEVA 1981), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

[99] Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, έγινε εκτενής χρήση των δεικτών εισροών και επάρκειας, των δεικτών εκροών και των δεικτών υγειονομικών αποτελεσμάτων (βλ. μέρος 2ο, κεφ. 2 και 3).

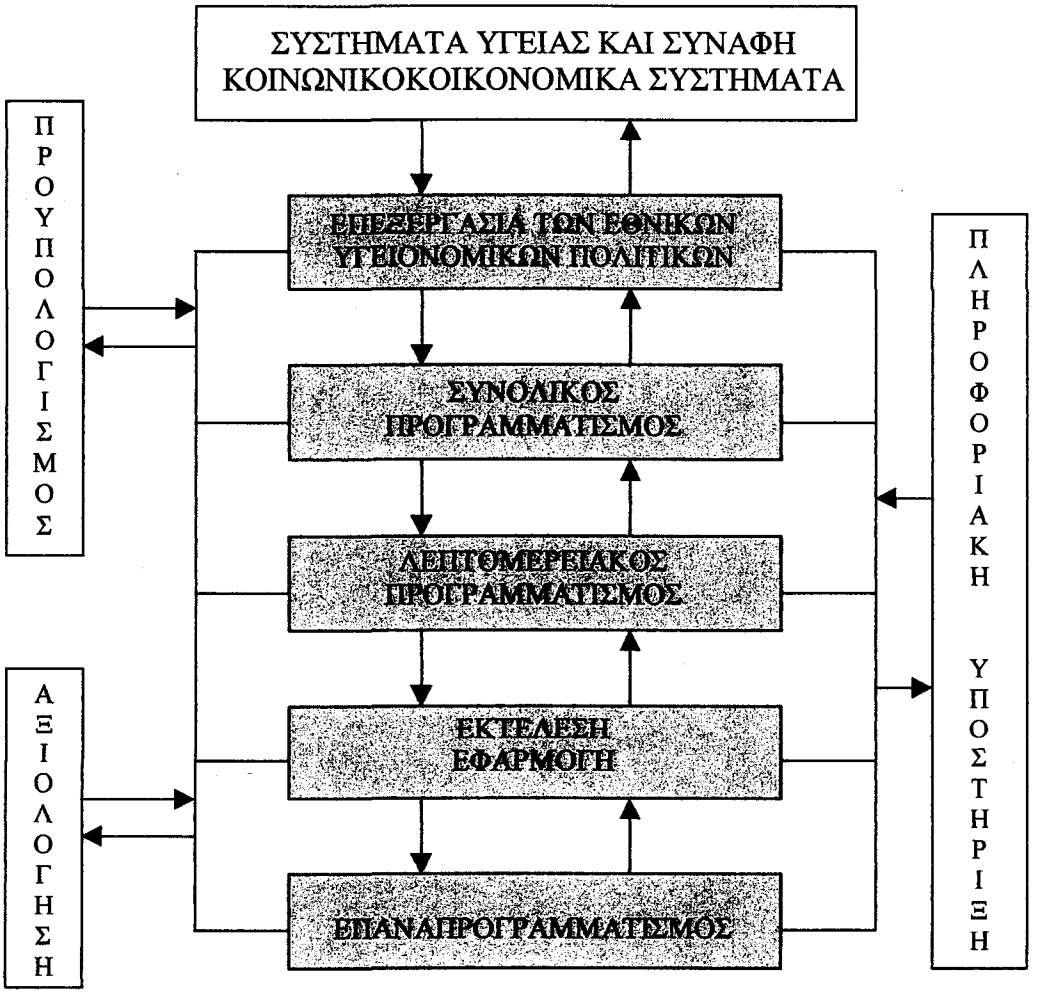
[100] Γεωργούση Ε. (1989), υποσημ. 98, σελ. 15-16.

[101] Για αναλυτική παρουσίαση της διαχειριστικής διαδικασίας για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη, βλ. WHO(1981) *«Managerial process for national health development. Guiding principles»* Health for All Series, No 5, Geneva και WHO (1993) *«Health for all targets. The Health Policy for Europe»* European Health for All Series, No 4, Copenhagen.

[102] Γεωργούση Ε. (1989), βλ. υποσ. 98, σελ. 17.

[103] WHO (1993) βλ. υποσ. 101, p. 1-4.

Σχήμα 1.4.4. Διαχειριστική Διαδικασία για την Εθνική Υγειονομική Ανάπτυξη



και οικονομικά παραγωγική ζωή» (Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, 1977) [104] και εκφραζόταν μέσα από την αποδοχή 38 στόχων που προσδιορίστηκαν αρχικά το 1980 [105], έγινε αποδεκτή η υιοθέτησή τους από τα κράτη-μέλη στα πλαίσια του

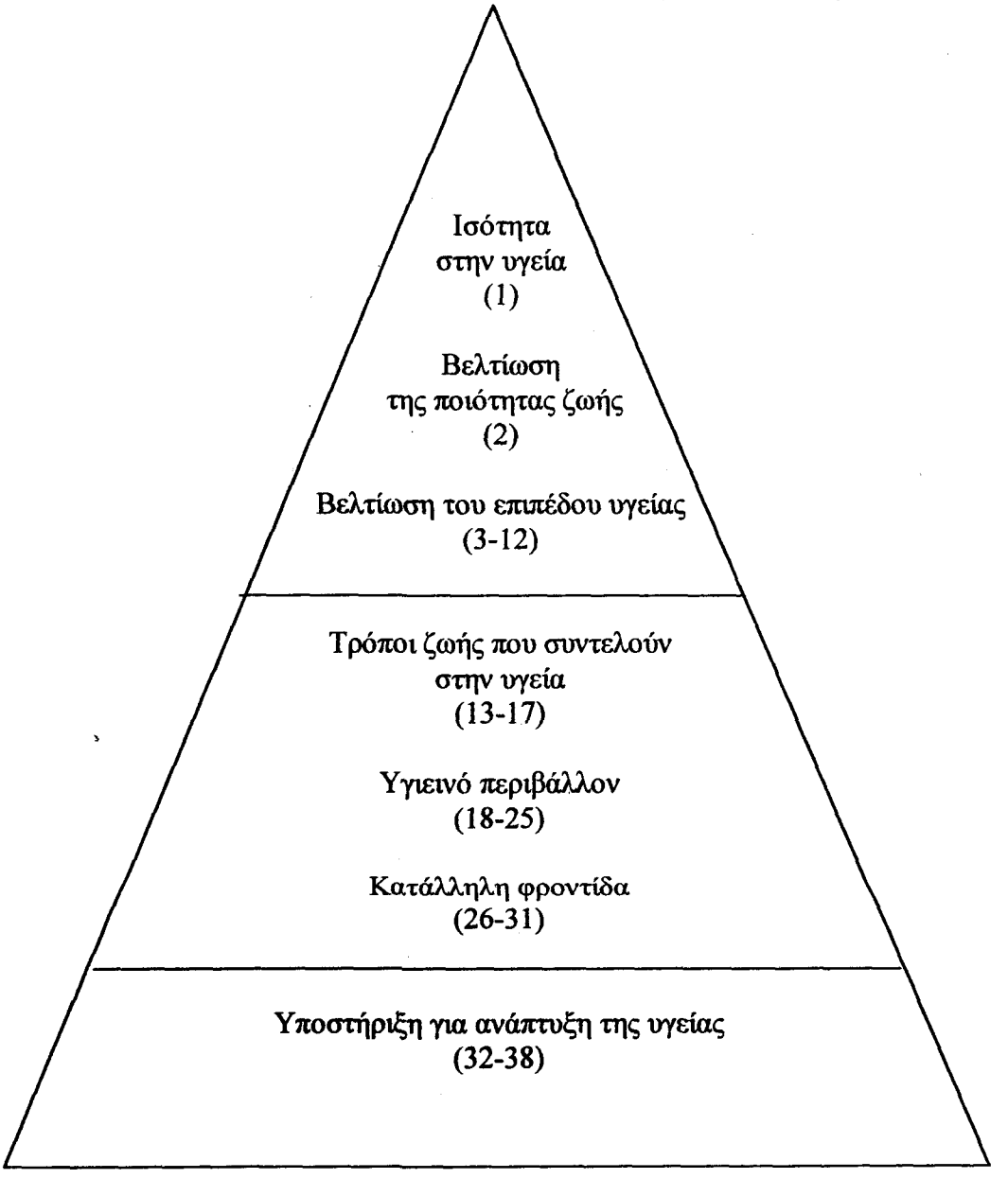
[104] Ένα χρόνο αργότερα, κατά τη Διεθνή Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε στην Alma-Ata της ΕΣΣΔ, χαρακτηρίστηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως κλειδί για την επίτευξη του στόχου αυτού και ως εστία των συστημάτων φροντίδας υγείας, μέσα από την αντιμετώπιση των βασικών αναγκών κάθε κοινότητας, από υπηρεσίες προσπελάσιμες στον τόπο κατοικίας και εργασίας, εύκολα προσιτές και αποδεκτές από όλους, με πλήρη συμμετοχή της κοινότητας. Βλ. Ομάδα Εργασίας : Γεννηματά Α. , Καρόκης Α. , Θεοδώρου Μ. , Τασόπουλος Ι. , Χριστοδούλου-Ταός Μ. *«Υγεία για Όλους 2000»* , σελ. 5-6, Τομέας Ιατρικής Οικονομίας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, ΕΟΦ, Μετάφραση του *«Health for all by the year 2000»* (WHO, Copenhagen 1986).

[105] Οι 38 στόχοι εγκρίθηκαν αρχικά κατά την συνάντηση του Περιφερειακού Συμβουλίου της ΠΟΥ για την Ευρώπη που έγινε στην Fez του Μαρόκου το 1980, κατά την οποία υιοθετήθηκε η πρώτη κοινή στρατηγική πολιτική υγείας για τα κράτη μέλη και πιο συγκεκριμένα, μια περιφερειακή στρατηγική υγείας για όλους το 2000.

Περιφερειακού Συμβουλίου της ΠΟΥ για την Ευρώπη το 1984, και επαναδιατυπώθηκαν από το ίδιο, τον Σεπτέμβριο του 1991. [106]

Οι στόχοι αυτοί - στην αναθεωρημένη τους έκδοση - εκφράζουν συγκεκριμένες θεμελιώδεις αρχές και προτεραιότητες που πρέπει να διακρίνουν τις πολιτικές υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες εμφανίζονται στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 1.4.5):

Σχήμα 1.4.5. Στόχοι για την «Υγεία για όλους στην Ευρώπη» [107]



[106] Στα πλαίσια του Περιφερειακού Συμβουλίου της ΠΟΥ για την Ευρώπη που έγινε στη Λισαβώνα τον Σεπτέμβριο του 1991, αναβαθμίστηκαν οι αρχικοί στόχοι και προσαρμόστηκαν στα νέα δεδομένα και προτεραιότητες, ενώ παράλληλα διατυπώθηκαν νέες κατευθύνσεις για την επίτευξη του στόχου «υγεία για όλους στην Ευρώπη έως το 2000». Βλ. WHO (1993) *«Health for all targets. The Health Policy for Europe»* p. 195, European Health for All Series, No 4, Copenhagen.

[107] WHO (1993) βλ. υποσ. 106, σελ. 6.

Η κατηγοριοποίηση αυτή των στόχων για την «Υγεία για όλους», έγινε με κριτήριο τόσο το αντικείμενο όσο και το χρονοδιάγραμμα της εκπλήρωσής τους. Έτσι, η πρώτη ομάδα αναφέρεται στους γενικούς στόχους της υγείας για όλους, η δεύτερη ομάδα περιγράφει τις αναγκαίες αλλαγές που πρέπει να γίνουν για την επίτευξη των στόχων και η τρίτη, αφορά το είδος της υποστήριξης που απαιτείται, ώστε να πραγματοποιηθούν οι αλλαγές. [108]

Πιο αναλυτικά, η κάθε ομάδα περιλαμβάνει τους παρακάτω στόχους [109] :

Α)ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΩΣ ΤΟ ΕΤΟΣ 2000

1) Ισότητα στην υγεία (μείωση των διαφορών τουλάχιστον κατά 25%)
2) Προσθήκη ζωής στα χρόνια
3) Καλύτερες ευκαιρίες για άτομα με αναπηρίες
4) Μείωση της νοσηρότητας και της αναπηρίας
5) Εξάλειψη επτά συγκεκριμένων ασθενειών [110]
6) Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (τουλάχιστον 75 χρόνια) [111]
7) Μείωση δεικτών βρεφικής θνησιμότητας (κάτω από 200/1.000 γεν. ζώντων).
8) Μείωση δεικτών μητρικής θνησιμότητας (κάτω από 15/100.000 γεννήσεις)
9) Περιορίζοντας τις ασθένειες του κυκλοφοριακού συστήματος (μείωση της θνησιμότητας κατά 15%)
10) Περιορίζοντας τον καρκίνο (μείωση της θνησιμότητας κατά 15%)
11) Μείωση των ατυχημάτων (κατά 25%)
12) Περιορίζοντας τις περιπτώσεις πνευματικών διαταραχών και αυτοκτονιών

Β) ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

- **Τρόποι ζωής που συντελούν στην υγεία**

13) Δημόσια πολιτική υγείας
14) Συστήματα κοινωνικής υποστήριξης
15) Γνώση και κίνητρα για υγιεινή συμπεριφορά
16) Προαγωγή θετικής συμπεριφοράς υγείας
17) Περιορισμός επιζήμιας για την υγεία συμπεριφοράς

---

[108] Ομάδα Εργασίας : Γεννηματά Α. , Καρόκης Α. , Θεοδώρου Μ. , Τασόπουλος Ι. , Χριστοδούλου-Ταός Μ. *«Υγεία για Όλους 2000»* , σελ. 6, Τομέας Ιατρικής Οικονομίας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, ΕΟΦ, Μετάφραση του *«Health for all by the year 2000»* (WHO, Copenhagen 1986).

[109] WHO (1993) *«Health for all targets. The Health Policy for Europe»* p. 195-198, European Health for All Series, No 4, Copenhagen.

[110] Ο στόχος αυτός αφορά στην εξάλειψη των κρουσμάτων ιλαράς, πολιομυελίτιδας, νεογνικού τετάνου, συγγενούς ερυθράς, διφθερίτιδας, συγγενούς σύφιλης και ενδημικής ελονοσίας στην Ευρώπη. Βλ. WHO (1993) βλ. υποσ. 109, σελ. 31-33.

[111] Επιπρόσθετα, ο στόχος αναφέρεται και στην ανάγκη για βελτίωση του επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών). Βλ. WHO (1993) βλ. υποσ. 109, σελ. 33-36.

- **Υγιεινό περιβάλλον**

18) Πολιτικές για υγιεινό περιβάλλον
19) Επίβλεψη, εκτίμηση και έλεγχος των κινδύνων του περιβάλλοντος
20) Ρύπανση του νερού
21) Προστασία από τη ρύπανση του αέρα
22) Ασφαλής τροφή
23) Προστασία από επικίνδυνα απόβλητα
24) Υγιεινές κατοικίες
25) Ασφαλείς συνθήκες εργασίας

- **Κατάλληλη φροντίδα**

26) Ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας βασισμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
27) Ορθολογική και προνομιακή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες
28) Περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
29) Παρέχοντες νοσοκομειακή περίθαλψη [112]
30) Συντονισμός των υπηρεσιών, για την παροχή φροντίδας σε ειδικές περιπτώσεις αναγκών [113]
31) Εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών [114]

Γ) ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

32) Έρευνα και υγεία για όλους
33) Πολιτικές υγείας για όλους
34) Διοίκηση σχεδιασμού και κατανομής πόρων
35) Συστήματα πληροφοριών υγείας
36) Σχεδιασμός, εκπαίδευση και χρησιμοποίηση του υγειονομικού προσωπικού για την υγεία για όλους
37) Εκπαίδευση του προσωπικού σε άλλους τομείς για την υποστήριξη της υγείας για όλους
38) Δεοντολογία –ηθική της υγείας [115]

---

[112] Στην αναθεωρημένη εκδοχή, ο στόχος αυτός επικεντρώνεται στην υποστήριξη που μπορεί να παρέχει η πρωτοβάθμια περίθαλψη στις άλλες μορφές (δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια) με στόχο την προαγωγή της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και την βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών. Βλ. WHO (1993) *«Health for all targets. The Health Policy for Europe»* p. 134-137 και 195-198, European Health for All Series, No 4, Copenhagen.

[113] Η αναθεώρηση του στόχου αυτού, επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση περιστατικών χρόνιων παθήσεων με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας Βλ. WHO (1993) υποσημ. 112, σελ. 137-140 και 195-198.

[114] Η αναδιατύπωση του στόχου αυτού επικεντρώνεται στην σημασία της αξιοποίησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Βλ. WHO (1993) βλ. υποσ. 112 , σελ. 140-146 και 195-198.

[115] Ο στόχος αυτός είναι εξ' ολοκλήρου αποτέλεσμα της αναθεώρησης των αρχικών στόχων της ΠΟΥ και αναφέρεται στην ανάπτυξη μηχανισμών που θα ενισχύουν τις ηθικές ισορροπίες που σχετίζονται με την λήψη αποφάσεων στον υγειονομικό τομέα. Βλ. WHO (1993) βλ. υποσ. 112, σελ. 182-186 και 196-198.

Οι στόχοι αυτοί έγιναν αποδεκτοί από τα κράτη-μέλη, ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στην δομή, την οργάνωση και την λειτουργία των συστημάτων υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών. [116] Η αποδοχή αυτή οφείλεται αφενός στο ότι τα προβλήματα στα οποία επικεντρώνονται οι στόχοι είναι κοινά στις περισσότερες χώρες και διαφοροποιούνται συνήθως ως προς την έντασή τους και αφετέρου, στο ότι η οριοθέτηση αυτή των στόχων, μπορεί να βοηθήσει τα κράτη-μέλη στην διατύπωση των δικών τους προτεραιοτήτων.

Η εμφάνιση βέβαια κυρίως κατά τη δεκαετία του '80 μιας σειράς από προβλήματα με ιδιαίτερα αρνητικές επιδράσεις στα συστήματα υγείας, [117] οδήγησε στο να καθοριστούν ως κυριότεροι στόχοι όλων των συστημάτων, η επίτευξη της επάρκειας και της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών και η μικρο και μακρο-οικονομική αποδοτικότητα. [118] Η επικέντρωση αυτή των προτεραιοτήτων του υγειονομικού σχεδιασμού των χωρών, στην προαγωγή της ισότητας και στην οικονομική αποδοτικότητα των συστημάτων, αποτελεί την έκφραση της ανάγκης για αντιμετώπιση των δυσκολιών που προήρθαν κατά πρώτον από τα νέα δημογραφικά [119] και τεχνολογικά δεδομένα και κατά δεύτερο από την αδυναμία εφαρμογής ενός ορθολογικού μοντέλου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών. [120]

---

[116] Η εξήγηση των διαφοροποιήσεων ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας μεταξύ των διαφόρων χωρών, έχει επιχειρηθεί από σειρά από θεωρίες όπως : α)οι θεωρίες της λαϊκής επιλογής, β)οι θεωρίες των ομάδων επιρροής, γ)οι θεωρίες της σύγκλισης και δ)οι θεωρίες των ταξικών σχέσεων . Για μια αναλυτική παρουσίαση και κριτική των θεωριών αυτών, βλ. Navarro V. (1989) *«Why some counties have national health insurance, others have national health services and the United States has neither»* p. 383-404, in International Journal of Health Services, vol. 19, No 3.

[117] Τα κυριότερα από τα προβλήματα αυτά, ήταν : α)η συνεχής αύξηση των δαπανών , β)η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες, γ)η αναποτελεσματική χρηματοδότηση των προμηθευτών, δ)η αύξηση του χρόνου αναμονής, ε)η ποικιλομορφία στο κόστος ανά μονάδα τόσο μεταξύ διαφόρων χωρών όσο και στο εσωτερικό τους , στ)οι ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών και ζ)η χαμηλή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υγειονομικών συστημάτων. Βλ. OECD (1992) *«The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries»* p. 16, Paris.

[118] OECD (1992) βλ. υποσ. 117, σελ. 14.

[119] Οι δημογραφικές αλλαγές και πιο συγκεκριμένα η γήρανση του πληθυσμού, επιδρά στην αύξηση των κοινωνικών δαπανών, κυρίως όμως προς την κατεύθυνση της κοινωνικής ασφάλισης και λιγότερο στις δαπάνες για την υγεία. Σύμφωνα μάλιστα με σχετική μελέτη του ΟΟΣΑ, η αύξηση των δαπανών για την υγεία κατά το διάστημα 1960-1981, οφείλεται κυρίως στην επέκταση της κάλυψης και στην βελτίωση του επιπέδου των υπηρεσιών και λιγότερο στην γήρανση του πληθυσμού. Βλ. Οικονόμου Χ. (1999) *«Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις»* σελ.470, στο Σακελλαρόπουλος Θ. κ.α. (1999) *«Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους»*, Κριτική, Αθήνα - Σκουτέλης Γ. *«Η γήρανση και τα προβλήματα που προκαλεί στην κοινωνική ασφάλιση»* σελ.297-302 και Ρομπόλης Σ. , Χλέτσος Μ. *«Δημογραφικές εξελίξεις και οικονομικές συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού στην κοινωνική ασφάλιση»* σελ.316-321 στο ΕΚΚΕ (1996) «Γήρανση και Κοινωνία», Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου, Αθήνα.

[120] Σχετικά με τους τρόπους χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών βλ. στο προηγούμενο κεφάλαιο. Για μια αναλυτική παρουσίαση των παρεμβάσεων στην προσφορά για την συγκράτηση του κόστους, βλ. Κοντούλη-Γείτονα Μ (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 49-145, Εξάντας, Αθήνα και ειδικά για την παρέμβαση στην προσφορά, βλ. Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ.198-200,

Έτσι, μπορεί οι προτεραιότητες των πολιτικών υγείας και οι τρόποι παρέμβασης να διαφέρουν από χώρα σε χώρα κάτω από την επιρροή των ιδιαίτερων κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών και υγειονομικών δεδομένων και αναγκών, [121] όμως οι προσπάθειες για την επίτευξη της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας, αποτελούν τον κοινό παρανομαστή των πολιτικών υγείας στις περισσότερες χώρες. Υπό το πρίσμα αυτό, η διαδικασία της αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων, έχει στραφεί κυρίως προς τις μετρήσεις εκείνες που σχετίζονται με την παρακολούθηση της απόδοσης και την εκτίμηση της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Βέβαια όπως γίνεται αντιληπτό, οι προτεραιότητες και οι στρατηγικές προς την επίτευξη της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, αναλύονται σε επιμέρους στόχους και μέτρα (βλ. WHO : Health for All Targets), ώστε να είναι πιο εύκολη η επαναξιολόγηση και επαναδιατύπωση των επιλογών που στοιχειοθετούν το σύνολο των πολιτικών υγείας που υιοθετούνται. Ενδεικτικά, αναφέρουμε την υιοθέτηση αντίστοιχων στόχων στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1979 με τον γενικό τίτλο Υγιείς Άνθρωποι (Healthy People) [122], οι οποίοι εντάχθηκαν σε ένα γενικότερο πλάνο, σύμφωνα με το παρακάτω σχέδιο δράσης [123] :

Α)ΣΤΟΧΟΙ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΣΤΟΧΟΙ	ΕΜΦΑΣΗ
Υγιείς νήπια (κάτω του 1 έτους)	35% λιγότεροι θάνατοι	Χαμηλό βάρος και άλλες ατέλειες κατά τη γέννηση
Υγιείς παιδιά (1 - 4 ετών)	20% λιγότεροι θάνατοι	Ανάπτυξη και εξέλιξη , σωματικές βλάβες
Υγιείς έφηβοι-νέοι (15 - 24 ετών)	20% λιγότεροι θάνατοι	Τροχαία ατυχήματα, αλκοόλ, ναρκωτικά
Υγιείς ενήλικες (25 - 64 ετών)	25% λιγότεροι θάνατοι	Καρδιακά επεισόδια, εγκεφαλικά, καρκίνοι.
Υγιείς ηλικιωμένοι (65 ετών και άνω)	20% λιγότερες μέρες ασθένειας	Λειτουργική απεξάρτηση, γρίπη, πνευμονία

Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. Τέλος, σχετικά με την πρακτική του Σφαιρικού Προϋπολογισμού στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων, βλ. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1992) *«Σφαιρικός Προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση ου Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού»*, Διδακτορική Διατριβή, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

[121] Όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενο κεφάλαιο, το σύστημα υγείας αφενός δεν μπορεί να απομονωθεί από το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί και αφετέρου το ίδιο εμφανίζει μια ροπή προς την πολυπλοκότητα, με αποτέλεσμα η λειτουργία του να επηρεάζεται τόσο από τις εσωτερικές σχέσεις των στοιχείων του, όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον, αποτελώντας το ίδιο ένα σημαντικό πεδίο αντιπαραθέσεων, κυρίως στην σφαίρα λήψης αποφάσεων. Βλ. Frenk J. (1994) *«Dimensions of health system reform»* p. 23-24, Health Policy, vol. 27, No 1, January 1994.

[122] Ο πλήρης τίτλος της αναφοράς είναι : *«Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention»* US Department of Health, Education and Welfare (USDHEW) Washington, D.C. : Government Printing Office (1979) Pub. No 79-55071.

[123] Omenn G. (1992) *«On the Status of Public Health : A view from the United States»* p.121-122 in Pan American Health Organization (1992) *«The Crisis of Public Health : Reflections for the Debate»* Scientific Publication No. 540, PAHO, Washington, D.C.

Β)ΤΡΟΠΟΙ ΔΡΑΣΗΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ "ΥΓΙΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΟΙ"

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΥΓΙΕΙΝΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
♦ Έλεγχος της πίεσης του αίματος	♦ Έλεγχος τοξικών και ραδιενεργών ουσιών	♦ Μείωση του καπνίσματος
♦ Οικογενειακός προγραμματισμός	♦ Ασφάλεια και υγιεινή στους χώρους εργασίας	♦ Μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών
♦ Εγκυμοσύνη και υγεία του βρέφους	♦ Πρόληψη ατυχημάτων και έλεγχος των σωματικών βλαβών	♦ Υγιεινή Διατροφή
♦ Ανοσοποίηση	♦ Στοματική υγιεινή	♦ Υγεία του σώματος και εξάσκηση
♦ Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες	♦ Εποπτεία και έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών	♦ Έλεγχος του stress και της βίαιης συμπεριφοράς

Στη συνέχεια (1980), η Δημόσια Υπηρεσία Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (Public Health Service), δημοσίευσε μια μελέτη με τίτλο : «Αντικειμενικοί στόχοι για την υγεία του έθνους το 1990» [124] η οποία αφορούσε στην οριοθέτηση της στρατηγικής που θα προωθούσε την βελτίωση του επιπέδου υγείας, την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, την υιοθέτηση υγιεινών μορφών ζωής και την ενημέρωση του κοινού. Όπως και στην περίπτωση της Ευρώπης, οι στόχοι ανανεώθηκαν και επαναδιατυπώθηκαν δέκα χρόνια αργότερα (1990) με προσανατολισμό το έτος 2000, στην μελέτη με τίτλο: «Υγιείς άνθρωποι το έτος 2000. Προώθηση της υγείας του έθνους και προληπτική αντιμετώπιση των ασθενειών». [125]

Το κείμενο αυτό, προσαρμοσμένο στα νέα δεδομένα, περιλάμβανε τέσσερις κύριους στόχους, οι οποίοι αναλύονται σε επιμέρους πεδία, τα οποία καθορίζουν λεπτομερώς τους προσανατολισμούς της πολιτικής υγείας που πρέπει να υιοθετηθεί [126] :

Α)ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ενημέρωση)

- Σωματική εξάσκηση
- Σωστή διατροφή
- Καπνός

---

[124] Ο πρωτότυπος τίτλος της μελέτης είναι : *«Health Objectives for the Nation 1990»*.

[125] Omenn G. (1992) *«On the Status of Public Health : A view from the United States»* p.121-124 in Pan American Health Organization (1992) *«The Crisis of Public Health : Reflections for the Debate»* Scientific Publication No. 540, PAHO, Washington , D.C.

[126] U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) *«Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives»* Washington D.C. : Government Printing Office , (1990).

- Ακλοόλ και ναρκωτικές ουσίες
- Οικογενειακός προγραμματισμός
- Ψυχική – πνευματική υγεία
- Βία και συμπεριφορά
- Εκπαίδευση στα πλαίσια της κοινότητας

Β)ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Ακούσιες σωματικές βλάβες
- Ασφάλεια και υγιεινή στους χώρους εργασίας
- Περιβαλλοντική υγεία
- Ποιοτητα του φαγητού και των φαρμάκων
- Στοματική υγεία

Γ)ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (έλεγχος)

- Υγεία της μητέρας και του παιδιού
- Καρδιακά επεισόδια και εγκεφαλικά
- Καρκίνοι
- Διαβήτης και χρόνιες καταστάσεις ανικανότητας
- Μετάδοση του AIDS
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες
- Ανοσοποίηση και μολυσματικές ασθένειες
- Κλινικές προληπτικές υπηρεσίες

Δ)ΣΤΟΧΟΙ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ (αντιμετώπιση προβλημάτων)

- Παιδιά
- Έφηβοι και νέοι
- Ενήλικες
- Ηλικιωμένοι

Μελετώντας τα παραπάνω, διαπιστώνουμε πως ο γενικός στόχος της προαγωγής της υγείας αποτελεί άμεση προτεραιότητα σε όλα τα συστήματα πολιτικής και κοινωνικο-οικονομικής οργάνωσης [127] – λόγω του ότι είναι κοινή η αίσθηση της μη επαρκούς ικανοποίησης των αναγκών υγείας [128] - με αποτέλεσμα πολλές χώρες να προβούν σε μια σειρά από μεταρρυθμίσεις [129] στα υγειονομικά τους συστήματα, ιδιαίτερα κατά τη δεκαετία του '80. [130]

---

[127] Etzioni A. (1977) *«Health as a Social Priority»* p. 8-14 , in Levin A. (1977) *«Health Services : The Local Perspective»*, The Academy of Political Science, vol. 32, No 3.

[128] WHO (1978) *«Financing of Health Services»* p. 15, Report of a WHO study group, Technical report series 625, Geneva.

[129] Για την μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της χώρας μας και την θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, βλ. μέρος 2^{ο}, κεφάλαιο 3.

[130] Για αναλυτική παρουσίαση των μεταρρυθμίσεων, βλ. OECD (1992) *«The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries»*, Paris.

Με δεδομένη όμως την γενικότερη κρίση του κράτους πρόνοιας [131] από τα μέσα κυρίως της δεκαετίας του '70, εμφανίστηκαν και ακολουθήθηκαν πολιτικές, οι οποίες αποσκοπούσαν στην αναμόρφωση - που πολλές φορές σήμαινε περιορισμό - των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Η εξέλιξη αυτή, για τον τομέα της υγείας σήμαινε πως αφενός ήταν αναγκαίο να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της διαρκούς αύξησης του κόστους λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων και αφετέρου πως έπρεπε να επιλυθεί το πρόβλημα της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών. [132] Με την ανάλυση των δύο αυτών εννοιών – αρχών οι οποίες υπό το πρίσμα των εξελίξεων που προαναφέραμε, προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις προτεραιότητες των πολιτικών υγείας στις περισσότερες χώρες, [133] θα ασχοληθούμε αμέσως παρακάτω.

4.5.1. Η έννοια της αποδοτικότητας των υγειονομικών συστημάτων.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναφερθήκαμε στις πηγές χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων και στις παρεμβάσεις για την συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών, τόσο στην πλευρά της ζήτησης όσο και στην πλευρά της προσφοράς. [134] Ουσιαστικά, οι παρεμβάσεις αυτές, αποτελούν την έκφραση των τάσεων των πολιτικών υγείας τα τελευταία χρόνια, οι οποίες προσανατολίζονται προς την αναζήτηση της αποδοτικότητας των συστημάτων και την μείωση των δαπανών για την υγεία. [135]

---

[131] OECD (1981) *«The welfare state in crisis»* p. 5-6 , Paris και Ploug N. , Kvist J. (1996) *«Social Security in Europe: Development or Dismantlement ?»* p. 25-37, Kluwer Law International, Hague.

[132] Όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η κριτική απέναντι στο κοινωνικό κράτος, είχε σαν αφετηρία τον πολυδάπανο χαρακτήρα του και την αποτυχία του να μειώσει τις κοινωνικές ανισότητες και να βελτιώσει την ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών. Για τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων κοινωνικής προστασίας βλ. Espin-Andersen et. (1996) *«Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economics»* United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) , SAGE Publications, London.

[133] Για μια αναλυτική παρουσίαση των χρηματοδοτικών προβλημάτων των υγειονομικών συστημάτων, βλ. Bernstein M. , Brodshaug- Bernstein J . (1988) *«Social Security. The System that Works»* p. 253-288 , Basic Books, Inc. , Publishers, New York (για τις ΗΠΑ) , Doyal L. with Pennell I. (1981) *«The Political Economy of Health»* p. 177-214 , Pluto Press, London (για το National Health Service της Μ. Βρετανίας) , Rosa J.-J. , Scheffler R. , Rossiter L. et. (1990) *«Advances in Health Economics and Health Services Research»* , Supplement 1 , JAI PRESS INC. , London (για τις μεταρρυθμίσεις σε Μ. Βρετανία, Ολλανδία, ΗΠΑ, Ελβετία, Καναδά, Γερμανία, Ιαπωνία, Γαλλία, Σουηδία και Ιταλία). Για τα χρηματοδοτικά προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, βλ. Θεοδώρου Μ. (1996) *«Χρηματοδοτικά προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος και Ενιαίος Φορέας Υγείας»* σελ. 30-50, Αθήνα.

[134] Αναλυτικότερα για τις πολιτικές ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας, Βλ. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) *«Πολιτική και Οικονομία της Υγείας»* σελ. 39-48 , Εξάντας / Πολιτικές Υγείας, Αθήνα και Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 193-213, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

[135] Σημειώνεται πως ο στόχος της συγκράτησης του αυξανόμενου κόστους των υπηρεσιών υγείας και της αποδοτικότερης χρήσης των διατιθέμενων πόρων, έχει υιοθετηθεί σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, ανεξάρτητα από τον τύπο οργάνωσης και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών. Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1992) *«Πολιτικές Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική»* σελ. 133-135 στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

Τα ερωτήματα που καλούμαστε να απαντήσουμε ερμηνεύοντας τις επιλογές αυτές στον χώρο της υγείας είναι : α)ποιοι παράγοντες κατέστησαν την επίτευξη της αποδοτικότητας και την αξιοποίηση των υγειονομικών πόρων, ζήτημα υψίστης πολιτικής και κοινωνικής προτεραιότητας ; και β)τι εννοούμε με τον όρο αποδοτικότητα και ποιες είναι οι πολιτικές εκείνες που θα οδηγήσουν στην επίτευξή της ;

Όσο αφορά στο πρώτο ερώτημα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών τα τελευταία χρόνια, [136] παράλληλα με την παρατεταμένη οικονομική κρίση, η οποία μειώνει τις προοπτικές για οικονομική ανάπτυξη σε μεγέθη αντίστοιχα της μεταπολεμικής περιόδου, έστρεψαν το ενδιαφέρον της μελέτης των υγειονομικών συστημάτων, προς την σκοπιά της αύξησης της αποδοτικότητας και της συγκράτησης του κόστους.

Αρχικά λοιπόν, εντοπίζουμε ως γεννεσιουργό αιτία του παραπάνω προβληματισμού, τις εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα και στη λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων οι οποίες συνοπτικά αφορούν :

- στην έκρηξη της ζήτησης για υγειονομικές υπηρεσίες. [137]
- στην συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών υγείας. [138]
- στην αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης με την εισαγωγή της βιο-ιατρικής τεχνολογίας και την νοσοκομειοκεντρική αντίληψη των υγειονομικών συστημάτων. [139]
- στην ανέλιξη του συστήματος υγείας, σε έναν από τους μεγαλύτερους παραγωγικούς τομείς των σύγχρονων οικονομιών. [140]

---

[136] Schieber G., Poulier J-P. (1989) *«International Health Care Expenditures Trends»* p. 169-177, Health Affairs 8 (3), Fall.

[137] Η αύξηση της ζήτησης κατά τους MacFarlan και Oxley, μπορεί σε μεγάλο βαθμό να αποδοθεί και στα κίνητρα των παρεχόντων την φροντίδα υγείας και ειδικότερα του ιατρικού σώματος, το οποίο πολλές φορές ενθαρρύνει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας πέραν του αναγκαίου, τόσο για λόγους εισοδηματικούς, όσο και για λόγους διασφάλισης και αξιοπιστίας της διάγνωσης. Στην πρακτική βέβαια αυτή, συνέβαλε και η αυξανόμενη κοινωνική ασφάλιση. Βλ. MacFarlan M. , Oxley H. (1995) *«Reforming Health Care»* OECD Economics Department , The OECD Observer , No 192, February – March 1995.

[138] Σημειώνεται πως ένα από τους λόγους για τους οποίους προέκυψε το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων για μείωση των δαπανών για την υγεία, είναι η επιβάρυνση που προκαλούν οι τελευταίες στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς μέσω της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών, η οποία αντιτίθεται στις επιδιωκόμενες πολιτικές για πάγωμα των μισθών , κάτω από τις πιέσεις της μείωσης του ρυθμού αύξησης του εθνικού προϊόντος. Βλ. WHO (1977) *«The role of health economics in national health planning and policy making»* p. 8-9 , Report of a working group, Copenhagen.

[139] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 45, Παπαζήσης, Αθήνα.

[140] Αξιοσημείωτο είναι πως στις περισσότερες χώρες, το 8%-10% του ΑΕΠ, αντιστοιχεί στην παραγωγική διαδικασία του τομέα της υγείας , ενώ απασχολείται το 4%-8% του συνολικού εργατικού δυναμικού. Βλ. Σούλης Σ. (1998) βλ. υποσ. 139, σελ. 42.

Η άλλη παράμετρος του ενδιαφέροντος για την αποδοτικότητα των υγειονομικών συστημάτων, εστιάζεται στις γενικότερες εξελίξεις σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και ειδικότερα :

- στην οικονομική κρίση και τον περιορισμό του ρυθμού ανάπτυξης. [141]
- στα δημοσιονομικά προβλήματα των οικονομιών στη δεκαετία του '80. [142]
- στην στενότητα των πόρων που προέκυψε από την κάμψη του ρυθμού μεγέθυνσης του ΑΕΠ στις περισσότερες χώρες κατά την περίοδο 1974-85. [143]

Επιπρόσθετα, μια έμμεση επίδραση προς την παρακολούθηση της απόδοσης των υγειονομικών συστημάτων, μπορεί να αποδοθεί :

- στις δημογραφικές μεταβολές και την αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου, όπου η γήρανση του πληθυσμού από τη μια και η εμφάνιση ασθενειών που απαιτούν πολυδάπανη θεραπεία από την άλλη, συντέλεσαν στην αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης. [144]
- στις κοινωνικο-οικονομικές διαφοροποιήσεις και τις αλλαγές των καταναλωτικών προτύπων στα πλαίσια των σύγχρονων ρυθμών ζωής και της μεγένθυσης των αστικών χώρων, όπου κατά κανόνα υιοθετούνται επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές, με συνέπεια να δημιουργείται αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες και αντίστοιχο κόστος. [145]

Παράλληλα με τα παραπάνω, αποτελεί κοινή διαπίστωση πως η αυξητική τάση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια, δεν συνοδεύτηκε από αντίστοιχη

---

[141] Κατά τον Robert Maxwell, αφετηρία της περιόδου της οικονομικής κρίσης η οποία απέφερε την μείωση της δημόσιας δαπάνης που προοριζόταν για υγειονομική φροντίδα, αποτελεί η πετρελαϊκή κρίση στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Maxwell R. (1995) *«Η Σωστή και Δίκαιη Χρήση των Υγειονομικών Πόρων»* σελ. 21-22, Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 7, τεύχος 2, Μάρτιος-Απρίλιος 1996, Αθήνα.

[142] Για τις συνέπειες των οικονομικών μεταβολών και ειδικότερα των δημοσιονομικών προβλημάτων στην διακύμανση στην Ευρώπη, Βλ. Wolfgang Z. (1994) *«Social welfare and economic changes»* p. 95-107, in WHO (1994) *«Economic change, social welfare and health in Europe»*, WHO Regional Publications European Series, No 54, Copenhagen.

[143] Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ο ρυθμός μεγέθυνσης του ΑΕΠ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν : την περίοδο 1974-75 2,3%, την περίοδο 1986-90 2,8% και την περίοδο 2,2%. Βλ. Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 42, Παπαζήσης, Αθήνα.

[144] Abel-Smith B. (1995) *«Η Κρίση της Κοινωνικής Πολιτικής και ο Ρόλος της Δημόσιας Υγείας»* σελ. 18, Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 7, τεύχος 4. Ιούλιος-Αύγουστος 1996, Αθήνα.

[145] Η άποψη ότι το επίπεδο υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από εξωγενείς ως προς το σύστημα υγείας παράγοντες, όπως οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, το περιβάλλον, ο τρόπος ζωής, το άγχος κλπ., είναι πλέον ευρέως αποδεκτή και για το λόγο αυτό οι προσπάθειες για την βελτίωση της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού, κινούνται προς αυτήν την κατεύθυνση. Φυσικά, η επιβάρυνση της υγείας των ατόμων από τους εξωγενείς αυτούς παράγοντες, επιβαρύνει το κόστος λειτουργίας του συστήματος υγείας. Βλ. Hill M. (1996) *«Social Policy : A comparative analysis»* p.96-99, Department of Social Policy, University of Newcastle Upon Tyne, Prentice Hall.

βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να αμφισβητείται τελικά το μέγεθος της ωφελιμότητας των ιατρικών παρεμβάσεων στα υγειονομικά αποτελέσματα. [146] Επιπρόσθετα, επανερχόμενοι στο ζήτημα της αύξησης των δαπανών υγείας σε σχέση με τον παραγόμενο εθνικό πλούτο, αντιλαμβανόμαστε πως στην περίπτωση που τα δύο μεγέθη δεν ακολουθούν παράλληλη πορεία, η συνεχής διόγκωση των δαπανών υγείας, στερεί πόρους από άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση, η πρόνοια κλπ. [147]

Οι παραπάνω λόγοι λοιπόν, κατέστησαν άμεση την ανάγκη για λήψη μέτρων ελέγχου και συγκράτησης των υγειονομικών δαπανών και έδωσαν έμφαση στην αναζήτηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. [148] Όσο αφορά στον προβληματισμό που προκύπτει από το δεύτερο ερώτημα που θέσαμε στην αρχή της ενότητας, η έννοια της αποδοτικότητας μπορεί να προσδιοριστεί εννοιολογικά με δύο κυρίως τρόπους [149] :

α)στην βάση της σχέσης εισροών-εκροών του συστήματος με τρόπο που να εξασφαλίζεται η παραγωγή συγκεκριμένων υγειονομικών αποτελεσμάτων με το μικρότερο δυνατό κόστος (τεχνική αποδοτικότητα) και

β)αναφορικά με τον συνδυασμό της κατανομής των πόρων στους διάφορους υγειονομικούς στόχους, ώστε να επιτευχθεί η μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους (επιμεριστική αποδοτικότητα).

Όπως λοιπόν προαναφέραμε, οι σύγχρονες πολιτικές υγείας των ανεπτυγμένων χωρών, συγκλίνουν ανεξάρτητα από την μορφή οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, στον έλεγχο τόσο του επιμέρους κόστους των παρεχόμενων φροντίδων, όσο και των συνολικών δαπανών υγείας. [150]

Στο σημείο αυτό, πριν αναφερθούμε στους κατευθυντήριους άξονες των πολιτικών για την συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών, οφείλουμε να διευκρινίσουμε πως η τελευταία, δεν συνδέεται αποκλειστικά με την περιστολή των δαπανών, αλλά έχει να κάνει κυρίως με την κατανομή των διαθέσιμων πόρων, με τρόπο ώστε «να είναι εξίσου αποδοτικοί για την κοινωνία τόσο στον τομέα της υγείας, όσο και στους άλλους τομείς». [151]

---

[146] Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 11, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

[147] Νιάκας Δ. (1991) *«Σύγχρονες Πολιτικές Συγκράτησης του Κόστους του Υγειονομικού Τομέα στον Διεθνή Χώρο και η Ελληνική Περίπτωση»* σελ. 27, Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 2, τεύχος 3, Μάιος-Ιούνιος 1991, Αθήνα.

[148] Από τις αρχές ιδιαίτερα της δεκαετίας του 1980, οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες προσανατολίστηκαν σε μέτρα ελέγχου των δαπανών υγείας και αύξησης της αποδοτικότητας, με την τελευταία μάλιστα, να αποτελεί πάγιο στόχο των πολιτικών υγείας ανεξάρτητα από τον τύπο του υγειονομικού συστήματος. Βλ. Abel -Smith B. (1984) *«Cost Containment in Health Care»* Bedford Square Press, London.

[149] Cairns j. , Donaldson C. (1993) *«Introduction to economics in the new NHS»* p. 2-3 , Health Policy , Special Issue : *«Economics in the new NHS»* vol. 25, September 1993.

[150] Γείτονα Μ. (1996) *«Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους»* σελ. 101 , Πρακτικά Ημερίδας : *«Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα»* Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

Έτσι, σε γενικές γραμμές, η συγκράτηση του κόστους επιδιώκεται αρχικά μέσω παρεμβάσεων στην ζήτηση (χρήστες) και στην προσφορά (προμηθευτές) των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και στον τομέα της διοίκησης-διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων, [152] ενώ πολλές μεταρρυθμίσεις προς την ίδια κατεύθυνση, έχουν συντελεστεί και αφορούν στην γενικότερη οργανωτική δομή των συστημάτων, όπως [153] :

- Η εγκαθίδρυση Εθνικών Συστημάτων Υγείας τη δεκαετία του '80, όπου η συγκράτηση του κόστους επιτυγχάνεται χάρις στον συγκεντρωτικό έλεγχο του κράτους στην παραγωγή, οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών.

- Η εναρμόνιση με τους προσανατολισμούς της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για αναβάθμιση του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με την πολυδάπανη νοσοκομειακή περίθαλψη.

- Η ενίσχυση του ρόλου του γενικού ιατρού, ως ρυθμιστή των δαπανών υγείας και ενεργοποίηση του διαμεσολαβητικού του ρόλου ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και στον χρήστη.

- Η εισαγωγή ανταγωνιστικών στοιχείων στην αγορά των υπηρεσιών υγείας που συνίστανται κυρίως στον διαχωρισμό της προσφοράς από τη ζήτηση και στην ενίσχυση της θέσης του καταναλωτή και του διαπραγματευτικού ρόλου του χρηματοδότη. [154]

- Η προώθηση του ανταγωνισμού μεταξύ οργανισμών κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης.

Αντίστοιχα , σημαντικές παρεμβάσεις έχουν συντελεστεί σε σχέση με τον προγραμματισμό των υγειονομικών υπηρεσιών, όπου κυρίαρχο ρόλο κατέχει η οικονομική ανάλυση και αξιολόγηση με σκοπό τον εντοπισμό και την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας. [155] Από τη σκοπιά λοιπόν της συγκεκριμένης ενότητας, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην αποδοτική κατανομή των δαπανών

---

[151] Culyer A. J. (1990) *«Cost Containment in Europe»* p. 29-40, in OECD (1990) *«Health Care Systems in Transition. The search for efficiency»*, Paris

[152] Για παρουσίαση των κύριων παρεμβάσεων για την μείωση των δαπανών υγείας τόσο στην προσφορά όσο και στη ζήτηση και των πολιτικών εφαρμογής σύγχρονων τεχνικών οργάνωσης των μονάδων υγείας, βλ. κεφάλαιο 3 (μέρος 1ο).

[153] Γείτονα Μ. (1996) *«Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους»* σελ. 104-106 , Πρακτικά Ημερίδας : *«Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα»* Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

[154] Επίσης, αναφορικά με την προώθηση του ελεύθερου ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα, βλ. κεφάλαιο 3 (μέρος 1ο).

[155] Νιάκας Δ. (1991) *«Σύγχρονες Πολιτικές Συγκράτησης του Κόστους του Υγειονομικού Τομέα στον Διεθνή Χώρο και η Ελληνική Περίπτωση»* σελ. 28, Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 2, τεύχος 3, Μάιος-Ιούνιος 1991, Αθήνα.

και των διατιθέμενων πόρων, με την διαδικασία της οικονομικής αξιολόγησης να αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη του παραπάνω στόχου και ειδικότερα [156] :

- Με την μελέτη της περιφερειακής κατανομής των πόρων σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες και σε συνδυασμό με τις ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της κάθε περιφέρειας.

- Με την εισαγωγή των κριτηρίων του οφέλους και της αποδοτικότητας, με τρόπο που να επιφέρει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα σε σχέση με τους διατιθέμενους πόρους.

- Με την εισαγωγή των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας και της χρησιμότητας, τα οποία επιτρέπουν την σύγκριση του κόστους διαφορετικών ιατρικών παρεμβάσεων με βάση τα κριτήρια της βελτίωσης και της επέκτασης τόσο της διάρκειας όσο και της ποιότητας ζωής. [157]

Είναι εμφανές λοιπόν, πως η οικονομική αξιολόγηση, μας δίνει την ευκαιρία να συγκρίνουμε την υφιστάμενη κατανομή των υγειονομικών πόρων σε σχέση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα και να αναζητήσουμε τις άριστες εκείνες επιλογές που θα μας εξασφαλίσουν την επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας. Για το λόγο αυτό, θεωρείται ιδιαίτερα απαραίτητη διαδικασία για την συγκράτηση του κόστους, ικανοποιώντας παράλληλα, τα κριτήρια του οφέλους και της αποδοτικότητας, όπως προκύπτουν από την διάθεση των πόρων υγείας. [158]

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης και στο επόμενο μέρος, θα επιχειρήσουμε αυτή ακριβώς την διερεύνηση του τρόπου κατανομής των πόρων που δεσμεύονται σε διαπεριφερειακό επίπεδο, σε σχέση με τις αντίστοιχες ανάγκες και τα αντίστοιχα αποτελέσματα, όπως περιγράφονται με την υιοθέτηση διαφόρων κριτηρίων των υγειονομικών αναγκών (π.χ. διαπεριφερειακές ροές ασθενών) και με την χρησιμοποίηση τα ων αρνητικών δεικτών υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα κλπ).

Πριν όμως προχωρήσουμε στην μελέτη του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος, θα προβούμε - με δεδομένους τους προσανατολισμούς της παρούσας μελέτης - σε μια προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας της ισότητας στην υγεία, ώστε στη συνέχεια, με την επιλογή του κατάλληλου κριτηρίου και τα συμπεράσματα της αξιολόγησης της κατανομής των πόρων, να μπορέσουμε να εκτιμήσουμε το εύρος των υγειονομικών ανισοτήτων στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας.

---

[156] Γείτονα Μ. (1996) *«Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους»* σελ. 106-107 , Πρακτικά Ημερίδας : *«Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα»* Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

[157] Επιπρόσθετα, η ραγδαία εξέλιξη των ιατρικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων, παράλληλα με την εξάπλωση της παραγωγής και της κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, έχει στρέψει το ενδιαφέρον της οικονομικής αξιολόγησης τόσο στην ορθολογική κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας όσο και στον έλεγχο της φαρμακευτικής κατανάλωσης. Βλ. Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1992) *«Πολιτικές Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική»* σελ. 141, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[158] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1992) βλ. υποσ. 157, σελ. 148.

4.5.2. Προσδιορισμός των υγειονομικών ανισοτήτων και πολιτικές διασφάλισης της ισότητας στην υγεία.

Το φαινόμενο των υγειονομικών ανισοτήτων, έχει επισημανθεί πολλές φορές τόσο στη διεθνή όσο και στην Ελληνική βιβλιογραφία, και η αντιμετώπισή του, έχει αναχθεί σε κύρια προτεραιότητα κατά τον σχεδιασμό όλων των μορφών των υγειονομικών συστημάτων. Η παρουσία μάλιστα του φαινομένου στις περισσότερες βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες, οδήγησε την διεθνή κοινότητα στην υιοθέτηση μιας παγκόσμιας στρατηγικής, με σκοπό την μείωση των ανισοτήτων που παρατηρούνται, είτε μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, είτε μεταξύ διαφορετικών χωρών. [159]

Η εννοιολογική προσέγγιση όμως των υγειονομικών ανισοτήτων, αποτελεί ένα ζήτημα που άλλοτε έχει σαν πεδίο αναφοράς το επίπεδο και την υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και άλλοτε, τον τρόπο παροχής και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα. [160] Αλλιώς, οι υγειονομικές ανισότητες διακρίνονται σε ανισότητες ως προς τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές, με τις πρώτες να αντανακλούν την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών δομών στο επίπεδο υγείας και τις δεύτερες να αποτελούν έκφραση των διαφοροποιήσεων στην κατανάλωση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας. [161]

Στο σημείο αυτό αναφέρουμε, πως στα πλαίσια της παρούσας μελέτης θα ασχοληθούμε κυρίως με τις ανισότητες όπως αυτές διαμορφώνονται στο εσωτερικό των χωρών, είτε ανάμεσα σε γεωγραφικές περιφέρειες είτε ανάμεσα σε κοινωνικά στρώματα και τάξεις και όχι με τις ανισότητες σε διακρατικό επίπεδο. Αυτό, γιατί στην δεύτερη περίπτωση κάτω από τις πιέσεις του διεθνή ανταγωνισμού και των εθνικών συμφερόντων, είναι δύσκολο να αναδυθούν συνεργασίες και πολιτικές για την άρση των ανισοτήτων, κάτι όμως το οποίο αποτελεί κυρίαρχο ζήτημα και προτεραιότητα σε εθνικό επίπεδο. [162]

Επανερχόμενοι στο θέμα της διάκρισης των υγειονομικών ανισοτήτων και σε σχέση με τις απαιτούμενες στρατηγικές για την αντιμετώπισή τους, θα χρησιμοποιήσουμε σαν κριτήριο τον αναπόφευκτο ή όχι χαρακτήρα τους και θα επικεντρωθούμε στις περιπτώσεις εκείνες, όπου το φαινόμενο των ανισοτήτων είναι αναστρέψιμο. Έτσι, μελετώντας τους παράγοντες που συνδράμουν στην

---

[159] Όπως προαναφέραμε, ο 1ος στόχος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την «Υγεία για όλους έως το 2000» αφορά στην ισότητα και πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι «μέχρι το έτος 2000, οι υπάρχουσες διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ χωρών και μεταξύ κοινωνικών ομάδων στις ίδιες τις χώρες, θα πρέπει να μειωθούν τουλάχιστον κατά 25%, με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των υποβαθμισμένων χωρών και πληθυσμιακών ομάδων» Βλ. WHO (1985) *«Targets for Health for All»* p. 11, WHO Regional Office for Europe, European Health for All series, No 1, Copenhagen.

[160] Σουλιώτης Κ. (1999) *«Οι Υγειονομικές Ανισότητες στην Ελλάδα και ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα»* Εισήγηση στο Ελληνικό Παράρτημα του European Institute of Social Security, Αθήνα, 11 Ιανουαρίου 1999.

[161] Σούλης Σ. (1994) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 27-28 , Σημειώσεις , ΤΕΙ Αθηνών , Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας , Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

[162] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα.»* σελ. 45, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

διαμόρφωση της υγειονομικής ταυτότητας του κάθε ατόμου, διαπιστώνουμε πως η τελευταία καθορίζεται από μια σειρά από παράγοντες και συγκεκριμένα [163] :

- την κοινωνικοοικονομική δομή της κοινωνίας (σχέσεις και τρόπος παραγωγής, κοινωνική διαστρωμάτωση).
- πολιτικοοικονομικούς παράγοντες (επίπεδο ανάπτυξης – προγραμματισμός του τομέα της υγείας).
- κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (τρόπος ζωής, συνθήκες στέγασης και εργασίας, κοινωνικές ανισότητες).
- μορφωτικούς – ψυχολογικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, ήθη και έθιμα, συμπεριφορές απέναντι στην υγεία).
- οικολογικούς παράγοντες (επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας οικοσυστήματος).
- γεωγραφικούς παράγοντες (κλιματολογικές συνθήκες, φυσικός πλούτος και παραγωγικότητα της γης, επικοινωνιακό δίκτυο).
- δημογραφικούς παράγοντες (εξέλιξη του πληθυσμού, φυσική κίνηση του πληθυσμού, μετανάστευση, οικογενειακός προγραμματισμός).
- υγειονομικούς παράγοντες (επίπεδο υγειονομικών, επιδημιολογικών, ιατρικών γνώσεων , διατροφή , κληρονομικές καταβολές).

Αντίστοιχα, σύμφωνα με την Whitehead, μπορούμε να προσδιορίσουμε τους παρακάτω καθοριστικούς παράγοντες των διαφοροποιήσεων και των ανισοτήτων στην υγεία [164] :

1. Φυσική, βιολογική διαφοροποίηση.
2. Συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται ως επιβλαβής για την υγεία , ελεύθερα επιλεγμένη.
3. Παροδικό πλεονέκτημα υγείας ομάδων που υιοθετούν νωρίτερα συμπεριφορά προαγωγής της υγείας (με την προϋπόθεση ότι και οι άλλες ομάδες μπορούν να υιοθετήσουν αντίστοιχες συμπεριφορές).
4. Επιβλαβής για την υγεία συμπεριφορά, με τον βαθμό επιλογής του τρόπου ζωής να είναι περιορισμένος (λόγω της ύπαρξης διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων).
5. Έκθεση σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής και συνθήκες εργασίας.

[163] Σούλης Σ. (1994) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 26-27, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

[164] Whitehead M. (1990) *«The concepts and principles of equity and health»* p. 4, (discussion paper EYR/ICP/RPD 414), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

6. Ανεπαρκής πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και άλλες δημόσιες υπηρεσίες.

7. Αρνητική κοινωνική κινητικότητα σχετική με την υγεία (οι ασθενείς υποβαθμίζονται στην κοινωνική κλίμακα).

Έχοντας υπ' όψη μας τα παραπάνω, εντοπίζουμε διαφοροποιήσεις που θεωρούνται αναπόφευκτες και ανάγονται στις φυσικές - βιολογικές διαφορές που υπάρχουν από άτομο σε άτομο και διαφοροποιήσεις που δεν μπορούν να αποδοθούν σε τέτοιους παράγοντες και θεωρούνται περιττές και άδικες. [165]

Πιο συγκεκριμένα, είναι ευνόητο πως δεν είναι δυνατή η επίτευξη μιας κατάστασης όπου όλοι σε έναν πληθυσμό θα έχουν το ίδιο επίπεδο υγείας, θα αντιμετωπίζουν στην ζωή τους τις ίδιες ασθένειες και θα έχουν την ίδια διάρκεια ζωής. Κάτι τέτοιο, αφενός δεν είναι επιθυμητό και αφετέρου δεν είναι επιτεύξιμο, λόγω των διαφορών στην λειτουργία των οργανισμών των ατόμων, από την επίδραση της ηλικίας, του φύλου και γενικά των βιολογικών τους διαφοροποιήσεων. [166] Στην περίπτωση λοιπόν αυτή, οι διαφοροποιήσεις είναι αναπόφευκτες και δεν κατατάσσονται στις ανισότητες στην υγεία, ενώ αντίστοιχα, δεν θεωρούνται άδικες οι διαφορές που ωφείλονται σε προσωπικές στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων, οι οποίες όμως αποτελούν συνειδητές επιλογές τους και δεν είναι επιβεβλημένες από κοινωνικούς ή οικονομικούς παράγοντες. [167]

Στην τελευταία περίπτωση, το ερώτημα που τίθεται αφορά στο κατά πόσο οι προσωπικές επιλογές συμπεριφοράς υγείας ελέγχονται από τα ίδια τα άτομα και δεν αποδίδονται στην επίδραση άλλων παραγόντων, [168] οι οποίοι μάλιστα λειτουργούν ενισχύοντας ο ένας τον άλλον, με αποτέλεσμα ορισμένες ομάδες να είναι περισσότερο ευάλωτες στην κακή υγεία. Έτσι, ενώ οι διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας, οι οποίες πηγάζουν από ελεύθερες επιλογές καλά πληροφορημένων ατόμων που έχουν ίδιες δυνατότητες επιλογής δεν είναι άδικες και δεν αποτελούν στόχο της πολιτικής για την άρση των υγειονομικών

---

[165] Whitehead M. (1990) *«The concepts and principles of equity and health»* p. 6-7, (discussion paper EYR/ICP/RPD 414), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

[166] Για παράδειγμα, είναι αναπόφευκτες οι διαφοροποιήσεις στην υγεία ατόμων διαφορετικής ηλικίας, όπου παρατηρείται μια επιβάρυνση της υγείας των ηλικιωμένων , η οποία όμως είναι απόρροια της λειτουργίας του οργανισμού και της φυσικής διαδικασίας των γηρατειών και δεν δημιουργεί αίσθημα αδικίας. Αντίστοιχα, διαφοροποιήσεις που είναι αναπόφευκτες μια και υπάγονται στην κατηγορία των βιολογικών παραλλαγών, είναι αυτές που αφορούν σε νόσους και συγκεκριμένα υγειονομικά προβλήματα των δύο φύλων, όπου κι εκεί υπερισχύει η μοναδικότητα της βιολογικής λειτουργίας των ατόμων.

[167] Βλ. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996)*«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 54-55, Αθήνα και Whitehead M. (1990) βλ. υποσ. 165, σελ. 7-9.

[168] Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα απόλυτα ελεγχόμενων συμπεριφορών από τα άτομα, σχετίζεται με κάποιες καταστάσεις και δραστηριότητες που επιλέγονται παρά τον γενικά αποδεκτό επικίνδυνο χαρακτήρα τους (π.χ. ριψοκίνδυνα σπορ). Από την άλλη μεριά, επιλογές όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η απουσία σωματικής άσκησης ή ακόμη και η αποφυγή της χρησιμοποίησης συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών λόγω θρησκευτικών δοξασιών και πεποιθήσεων, δεν είναι σαφές το κατά πόσο είναι ανεπηρέαστες από το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Βλ. Whitehead M. (1990) βλ. υποσ. 165, σελ. 8.

ανισοτήτων, δεν συμβαίνει το ίδιο με τις επιλογές που συσχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον. [169]

Οι τελευταίες, θεωρούνται άδικες, αθέμιτες και περιττές και η άρση τους περιλαμβάνεται στην στρατηγική της Π.Ο.Υ. για την ισότητα στην υγεία, όπως συμβαίνει και με τις διαφορές που προκύπτουν από την έκθεση σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής και εργασίας, την ανεπαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την αρνητική κοινωνική κινητικότητα των ασθενών. (βλ. παράγοντες διαφοροποιήσεων). [170]

Επανερχόμενοι στην πρώτη διάκριση που κάναμε ανάμεσα σε ανισότητες ως προς τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές, εντοπίζουμε τους προσανατολισμούς που πρέπει να έχει μια πολιτική προώθησης της ισότητας στην υγεία, οι οποίοι είναι :

α)προς την επίτευξη της ισότητας στο τελικό αποτέλεσμα, με την έννοια της άρσης των υγειονομικών ανισοτήτων σε επίπεδο πληθυσμιακών ομάδων (με γεωγραφικά και κοινωνικά κριτήρια) και

β)προς την επίτευξη της ισότητας στην πρόσβαση και στην προσπέλαση στις προσφερόμενες υπηρεσίες (είτε ανάμεσα σε γεωγραφικές περιφέρειες είτε ανάμεσα σε κοινωνικά στρώματα και τάξεις).

Τόσο όμως από την προηγούμενη αναφορά μας όσο και από άλλες μελέτες, προκύπτει μια άμεση σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ατόμων και της υγειονομικής τους κατάστασης, με τις κοινωνικοοικονομικές μάλιστα ανισότητες να εκφράζονται τόσο σε σχέση με τη νόσο και το θάνατο, όσο και σε σχέση με την πρόσβαση και κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Εξαιρετικά εντυπωσιακά στοιχεία για την συσχέτιση της κοινωνικής θέσης των ατόμων με τις υγειονομικές ανισότητες και τα οξυμένα προβλήματα που οφείλονται σε αυτές, προκύπτουν από την έρευνα των Townsend και Davidson, γνωστή ως «Black Report» [171] η οποία αφορά στην παρουσία του εν λόγω προβλήματος στη Βρετανία. Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω έρευνα, παρατηρείται μια ιδιαίτερη συσχέτιση μεταξύ θνησιμότητας και επαγγελματικής τάξης, με τα ποσοστά θνησιμότητας της κατηγορίας των μερικά εκπαιδευμένων χειρωνακτών, να είναι διόμισυ φορές μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα της κατηγορίας των επαγγελματιών.

Η ταξική μάλιστα κατηγοριοποίηση της θνησιμότητας διαφαίνεται από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής των ατόμων, με τα παιδιά των οικογενειών της πρώτης κατηγορίας (μερικώς ειδικευμένοι χειρώνακτες), να διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου απ' ότι τα παιδιά της δεύτερης (επαγγελματίες) κατά το διάστημα από την γέννηση, μέχρι την συμπλήρωση του πρώτου μήνα της ζωής τους. Οι ανισότητες βέβαια επεκτείνονται και στη συνέχεια, με

[169] Le Grand J. (1987) *«Three essays on equity»* p. 21, London School of Economics, October 1987.

[170] Dahlgren G., Whitehead M. (1992) *«Πολιτικές και Στρατηγικές της Ισότητας στην Υγεία»* σελ. 5, WHO Regional Office for Europe , Copenhagen (μετάφραση του discussion paper EYR/ICP/RPD 414-2, Επιστημονική επιμέλεια – μετάφραση : Γείτονα Μ. , Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

[171] Βλ. Townsend P., Davidson N. (1982) *«Inequalities in Health»* Penguin, Great Britain.

αποτέλεσμα μέχρι τη συμπλήρωση ενός έτους ζωής, να παρουσιάζονται δύο θάνατοι βρεφών σε οικογένειες ειδικευμένων και τρεις σε οικογένειες ανειδίκευτων χειρωνακτών, έναντι ενός θανάτου βρέφους, σε οικογένειες επαγγελματιών. [172]

Σχετικά με τις αιτίες θανάτου, από τα στοιχεία που αφορούν τόσο στα παιδιά (βλ. υποσημ. 172) όσο και στους ηλικιωμένους [173], προκύπτει μια έκδηλη σύνδεση των αιτιών της θνησιμότητας, αρχικά με το περιβάλλον ανάπτυξης των παιδιών, τις προϋποθέσεις ασφάλειας και την παροχή της απαιτούμενης φροντίδας και στη συνέχεια, με το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, τις συνθήκες στέγασης και εργασίας και τον τρόπο ζωής.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν οι περισσότερες μελέτες, οι οποίες συσχετίζουν τον κοινωνικό προσδιορισμό των ατόμων με τις διαφοροποιήσεις στην νοσηρότητα και τη θνησιμότητα [174] , με ιδιαίτερη έμφαση στην συνάφεια του εργασιακού περιβάλλοντος, με την πρόκληση συγκεκριμένων ασθενειών και ατυχημάτων (Cullen & Siegrist 1984 , Theorell & Floderus-Myrhed 1977, Friedman et 1958 , H.M.S.O 1978). [175]

Αντίστοιχες μελέτες έχουν γίνει και στη χώρα μας (Μπαμπανάσης 1981, Καράγιωργας κ.α. 1990), με κύριο προσανατολισμό την σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας και την διαμόρφωση και εξέλιξη του νοσολογικού φάσματος ανάμεσα σε διαφορετικές επαγγελματικές και εισοδηματικές κατηγορίες πληθυσμού.

---

[172] Σημειώνουμε, πως η θνησιμότητα υπόκειται και σε ταξική κατηγοριοποίηση και ως προς τις αιτίες θανάτου, οι οποίες σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι, οι κυριότερες αιτίες θανάτου για τα βρέφη μέχρι ενός έτους είναι οι αναπνευστικές ασθένειες και τα ατυχήματα, τα οποία αποτελούν τον κυρίαρχο παράγοντα θνησιμότητας για τα παιδιά από 1 έως 14 ετών. Είναι βέβαια ιδιαίτερα εντυπωσιακό το γεγονός ότι τα παιδιά της τάξης των ανειδίκευτων και μερικώς ειδικευμένων χειρωνακτών, έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα να πεθάνουν από κάποιο ατύχημα, σε σχέση με τα παιδιά της τάξης των επαγγελματιών. Βλ. Townsend P. , Davidson N. (1982) *«Inequalities in Health»* Penguin , Great Britain.

[173] Από την ίδια έρευνα, διακρίνουμε την «προτίμηση» κάποιων επαγγελματικών ομάδων σε συγκεκριμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος του πνεύμονα ή το έλκος δωδεκαδακτύλου, οι οποίες προκαλούν μεγαλύτερη θνησιμότητα στις χαμηλότερες επαγγελματικές κατηγορίες, σε σχέση με τις κατηγορίες των λεγόμενων «ευγενών» επαγγελμάτων.

[174] Για παράδειγμα βλ. την ανάλυση των δεικτών υγείας των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων στην Μ. Βρετανία στο Σισσούρας Α. , Καρόκης Α. (1992) *«Στρατηγικές προσέγγισης για την (χάραξη) Πολιτικής Υγείας. Το ζήτημα της ισότητας (equity) και των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην Υγεία»* σελ. 51-61, Κοινωνία - Οικονομία - Υγεία , τ.1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992, Αθήνα.

[175] Οι Cullen J. & Siegrist J. στο *«Breakdown in human adaptation to "stress". Toward a multidisciplinary approach»* vol. 1 , Martinus Nijhoff Publishers, Boston (1984) , πραγματεύονται την συσχέτιση της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής θέσης και του εισοδήματος , με την θνησιμότητα από στεφανιαίο νόσημα ή ισχαιμική καρδιακή ασθένεια. Οι Theorell T. & Floderus-Myrhed B. στο *«"Workload" and risk of myocardial infraction : a prospective psycho-social analysis»* p. 17-21 , International Journal of Epidemiology , No 6 (1977) , ασχολούνται με την σχέση των συνθηκών της χειρωνακτικής εργασίας (π.χ. έκθεση σε θόρυβο, άρση βαρέων φορτίων κλπ) με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Ακόμη βλ. Friedman M. , Rosenman R.H. , Carol V. (1958) *«Changes in serum cholesterol and blood clotting time in bed subjected to cyclic variation of occupational stress»* Circulation , No 17 , σχετικά με την αύξηση της χοληστερόλης του αίματος σε μη χειρώνακτες λόγω της έντασης και του άγχους της εργασίας και HMSO (1978) *«Office of population cencuses and surveys : occupational morality 1970-72»* για τις έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ εργατών και επαγγελματιών σχετικά με τις αιτίες θανάτου στην Βρετανία. Βλ. Ραβάνης Χ. (1995) *«Κοινωνία και Υγεία»* σελ. 198-205, στο Ποταμιανός Α. κ.α. *«Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας»*, Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα.

Σύμφωνα λοιπόν με τη μελέτη του Μπαμπανάση, [176] το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, η υψηλή θνησιμότητα και η έξαρση των θανάτων από ασθένειες όπως η ελονοσία και η φυματίωση, που παρουσιάζονταν στην χώρα μας κατά το πρώτο μισό του 20ου αιώνα, οφείλονταν κυρίως στις άσχημες συνθήκες διατροφής, κατοικίας, υγιεινής στους χώρους εργασίας και διαβίωσης γενικότερα. Σημειώνει επίσης, ότι τα παραπάνω φαινόμενα χαρακτήριζαν τα φτωχά στρώματα, των οποίων μάλιστα η κατάσταση δεν βελτιώθηκε αισθητά, παρά τις βελτιώσεις που συντελέστηκαν γενικότερα στο επίπεδο υγείας στη χώρα μας μεταπολεμικά. [177]

Ιδιαίτερα εμπεριστατωμένη, θεωρείται και η μελέτη των Καράγιωργα κ.α., [178] στην οποία επιδιώκεται η αποτύπωση του νοσολογικού φάσματος των ασθενών ανά επαγγελματική κατηγορία και από την οποία προέκυψαν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα στοιχεία, όπως [179] :

- Οι εργαζόμενοι σε χειρωνακτική εργασία (γεωργοί - κτηνοτρόφοι και τεχνίτες - εργάτες), εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα από λοιμώξεις, κακώσεις και ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος, ενώ είναι περισσότερο επιρρεπείς σε ατυχήματα.

- Για τους διευθυντές, τα ανώτερα στελέχη, τους επιστήμονες και τους ελεύθερους επαγγελματίες που συνήθως ζουν κάτω από τον αστικό τρόπο διαβίωσης και το έντονο stress, οι συχνότερες ασθένειες είναι οι καρδιοπάθειες, τα νεοπλάσματα, οι νόσοι του πεπτικού συστήματος και τα τροχαία ατυχήματα.

- Οι υπάλληλοι γραφείου, οι έμποροι και οι εργαζόμενοι στην παροχή υπηρεσιών, παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα από νόσους του πεπτικού συστήματος, κυκλοφοριακά, τροχαία ατυχήματα και αναπνευστικά.

Μεταφέροντας την ανάλυσή μας στο ζήτημα της πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών από τα άτομα με κριτήριο τα κοινωνικοοικονομικά τους χαρακτηριστικά, διαπιστώνουμε και εκεί έναν μεγάλο βαθμό συσχέτισης. Συγκεκριμένα, διάφορες μελέτες Titmuss (1968) έχουν αποδείξει πως οι ανώτερες εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού, μπορούν και έχουν την γνώση ώστε να αξιοποιούν με καλύτερο τρόπο τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. [180] Επιπρόσθετα, πολλές φορές παρατηρούνται φαινόμενα υπερχρησιμοποίησης μερικών υπηρεσιών (κυρίως προληπτικής ιατρικής) από τις περισσότερο προνομιούχες ομάδες, τη στιγμή που τα φτωχότερα στρώματα,

[176] Μπαμπανάσης Σ. (1981) *«Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα, 1900-1981»* στην Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Β΄ -Γ΄ 4μηνο, τεύχος 42-43.

[177] Μπαμπανάσης Σ. (1981) βλ. υποσ. 176, σελ. 115-121.

[178] Καράγιωργας Σ. κ.α. (1990) *«Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα»* ΕΚΚΕ , Αθήνα.

[179] Καράγιωργας Σ. κ.α. (1990) βλ. υποσ. 178, σελ. 765-785.

[180] Για αναλυτική παρουσίαση των παραμέτρων που διαμορφώνουν την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, βλ. Titmuss R.M. (1968) *«Commitment to welfare»* Allen & Unwin, London.

χρησιμοποιούν πολύ λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις ανάγκες τους. [181]

Οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, είναι κυρίως το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο, [182] ενώ σημαντική επίσης είναι η επίδραση της μορφής του συστήματος υγείας, αλλά και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του ασφαλιστικού συστήματος.

Για παράδειγμα, το κόστος μετακίνησης επηρεάζει περισσότερο τα χαμηλά εισοδήματα, [183] ενώ η έλλειψη πληροφόρησης σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, στερεί την δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της υγείας τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές να γίνονται αντικείμενο εκμετάλλευσης [184] ή στην καλύτερη περίπτωση, να μην αξιοποιούν τον χρόνο της ιατρικής επίσκεψης, στον βαθμό που θα την αξιοποιούσε ένας ενημερωμένος ασθενής. [185]

Εκτός όμως από την ποιοτική αυτή διάσταση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ουσιαστικά προβλήματα αποκλεισμού αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως οι εθνικές μειονότητες - που πέραν των άλλων έχουν να αντιμετωπίσουν και τους γλωσσικούς και πολιτιστικούς περιορισμούς κατά την πρόσβαση - , οι μετανάστες και το ξένο εργατικό δυναμικό, οι ηλικιωμένοι με πρόβλημα μετακίνησης, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι χρονίως πάσχοντες κλπ. [186]

Ειδικά για τους τελευταίους, έχει γίνει αναφορά σε πολλές μελέτες σχετικά με την υποβάθμιση των ασθενών και την γενικότερη τάση των αρρώστων να γίνονται φτωχοί, ακριβώς λόγω της στέρησης που προκαλεί η ασθένεια στο εισόδημα, την εργασία, την εκπαίδευση, αλλά και τις αναγκαίες υπηρεσίες

---

[181] Βλ. Martini C. J. M. et al (1977) *«Health indices sensitive to medical care varition»* p. 293 International Journal of Health Services , No 7. Ακόμη, για την εκτίμηση των διαφορών στην συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων μεταξύ φτωχών και μη φτωχών στις ΗΠΑ (σαν δείκτη χρησιμοποίησης των διαθέσιμων υπηρεσιών) , βλ. Kleinman et al (1981) *«Use of ambulatory Medical Care by the poor. Another look at equity»* p. 1011-1029, Medical Care, v. 19.

[182] Για την επίδραση του μορφωτικού επιπέδου και του εισοδήματος στο επίπεδο υγείας, βλ. Corman H. , Grossmann M. (1985) *«Determinants of neonatal morbidity rates in the USA : a reduced form model»* p. 213-236, Journal of Health Economics, No 4 .

[183] Whitehead M. (1990) *«The concepts and principles of equity and health»* p. 11 , (discussion paper EYR/ICP/RPD 414), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

[184] Η εκμετάλλευση νοείται κυρίως ως προς την χαμηλή ποιότητα της φροντίδας από τους επαγγελματίες της υγείας – για την οποία βέβαια μπορεί να ευθύνεται και η χαμηλή ποιότητα των εγκαταστάσεων ή η ανεπάρκεια του εξοπλισμού που παρατηρείται σε υποβαθμισμένες περιοχές - . Ο μικρός όμως σχετικά αριθμός των παραπομπών των ασθενών από χαμηλά κοινωνικά στρώματα σε υπηρεσίες ιατρών ειδικοτήτων, που έχει παρατηρηθεί στην Αγγλία, προσδίδει και ποσοτική διάσταση στο φαινόμενο της εκμετάλλευσης, με απρόβλεπτες συνέπειες. Βλ. Blaxter M. (1984) *«Equity and consultation rates in general practice»* p. 1963-1967 , British Medical Journal , No 288.

[185] Ραβάνης Χ. (1995) « Κοινωνία και Υγεία» σελ. 202, στο Ποταμιανός Α. κ.α. *«Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας»*, Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα.

[186] Για τα προβλήματα αποκλεισμού από τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και για τις όψεις του φαινομένου σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού, βλ. ΕΚΚΕ (1996) *«Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής»* σελ. 251-270 και 275-520, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Α', Αθήνα.

υγείας. [187] Με δεδομένη λοιπόν την επίδραση της οικονομικής κατάστασης των ατόμων: α)στους δείκτες θνησιμότητας και θνητότητας, β)στο δείκτη νοσηρότητας, γ)στο προσδόκιμο επιβίωσης, δ)στην πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες και ε)στους δείκτες επίπτωσης, [188] διαπιστώνουμε πως μεταξύ φτώχειας και υγείας υφίσταται μια αλληλοτροφοδοτούμενη σχέση, που οδηγεί αφενός στην οικονομική και κοινωνική καθήλωση των αρρώστων και αφετέρου στην στασιμότητα ή και επιδείνωση της υγειονομικής τους κατάστασης, λόγω της μη δυνατότητας εξασφάλισης της απαραίτητης φροντίδας και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης. [189]

Από την οπτική της δομής και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας, προκύπτουν στοιχεία τόσο για το πεδίο και τη φύση των ανισοτήτων, όσο και για την αντιμετώπισή τους, με δεδομένο όμως το ότι μια τέτοια προσπάθεια, υπόκειται σε περιορισμούς που υπερβαίνουν το σύστημα υγείας, αλλά συνδέονται με το γενικότερο πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο. Θεωρείται λοιπόν, πως στα δημόσια συστήματα, ευδοκιμούν περισσότερο οι εξισωτικές απόψεις και μεταφράζονται σε πολιτικές εξασφάλισης ίσων ευκαιριών στην πρόσβαση. Αντίθετα, στα φιλελεύθερα συστήματα, που διέπονται από τους κανόνες της αγοράς, αποκλείονται όσοι αδυνατούν να πληρώσουν, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ζήτημα ανισότητας στην πρόσβαση και

[187] Για τα προβλήματα των χρονίως πασχόντων σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση, την απασχόληση, τις συνθήκες διαβίωσης και την κοινωνική τους ένταξη, βλ. Αμήρα Α. (1996) *«Χρονίως πάσχοντες και κοινωνικός αποκλεισμός»* σελ. 55-76 στο ΕΚΚΕ (1996) *«Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής»*, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Β' , Αθήνα.

[188] Μάρδας Γ. (1996) *«Η Ανισότητα στην Υγεία»* σελ.43 , Επιθεώρηση Υγείας , τ. 7, Νο 3, Μάιος-Ιούνιος 1996, Αθήνα.

[189] Η αμφίδρομη αυτή σχέση μεταξύ υγειονομικών ανισοτήτων και κοινωνικής τάξης, εκφράζεται σε θεωρητικό επίπεδο με την εμφάνιση δύο θεωριών, οι οποίες έχουν σαν επίκεντρο αντιπαράθεσης την κατεύθυνση της παραπάνω σχέσης, η οποία ερμηνεύεται διαφορετικά στα πλαίσια της κάθε θεωρίας. Συγκεκριμένα, η υλιστική ή δομική (materialist or structuralist) προσέγγιση, θεωρεί πως προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου υγείας του πληθυσμού είναι η κοινωνική τάξη και κατ' επέκταση οι υγειονομικές ανισότητες, αποτελούν την συνέπεια των ανισοτήτων στο εισόδημα, στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στις συνθήκες διαβίωσης και γενικότερα, σε όλα τα στοιχεία του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ατόμων. Βλ. Townsend P. , Davidson N. (1982) *«Inequalities in Health. The Black Report»* p. 114 , Pelican Books και Whitehead M. (1988) *«The Health Divide»* p. 306-315 , Penguin Books, London. Αντιθέτως, η δεύτερη προσέγγιση, στηρίζεται στην έννοια της φυσικής, κοινωνικής ή υγειονομικής διάκρισης (natural, social or health selection) και θεωρώντας την υγεία ως στοιχείο κοινωνικής διάκρισης, δέχεται πως τελικά προσδιορίζει και την κοινωνική τάξη του ατόμου, με την έννοια ότι επιτρέπει ή αποκλείει την προσπάθεια για ανοδική κοινωνική κινητικότητα . Βλ. Stern J. (1983) *«Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differential»* p. 27-49 , Journal of Social Policy, No 12 και Illsley R. (1985) *«Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant deaths»* p. 1520-1524, British Medical Journal, No 2. Τέλος, το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων, αποδίδεται στα πλαίσια μιας άλλης προσέγγισης που στηρίζεται στην αρχή ότι τα υγειονομικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής, ο οποίος βέβαια καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον. Βλ. Blane D. (1985) *«An Assesment of the Black Report's Explanation of Health Inequalities»* p. 432-445 , Sociology of Health and Illness, No 7. Για μια πλήρη παρουσίαση των προσεγγίσεων για την ερμηνεία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, βλ. Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 58-64, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, εξ΄ αιτίας των εισοδηματικών διαφοροποιήσεων των ατόμων. [190]

Τέλος, σχετικά με τον ρόλο της ανάπτυξης του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στην διαμόρφωση των υγειονομικών ανισοτήτων, το παράδειγμα της χώρας μας όπως αναφέρεται στην μελέτη των Καράγιωργα κ.α. με τίτλο «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα» (1990), δείχνει υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας σε ασθενείς που υπάγονται σε ασφαλιστικά ταμεία με χαμηλές παροχές. Το γεγονός αυτό, εντάσσεται στα πλαίσια των γενικότερων ανισοτήτων που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού της χώρας μας, [191] λόγω της αποσπασματικής ανάπτυξης του ασφαλιστικού συστήματος και των υφιστάμενων διαφοροποιήσεων στον βαθμό της ασφαλιστικής κάλυψης. [192]

Όπως προαναφέραμε, το πρόβλημα των υγειονομικών ανισοτήτων δεν περιορίζεται στα πλαίσια των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων των ατόμων, αλλά σε μεγάλο βαθμό εκδηλώνεται και σε γεωγραφικό επίπεδο, με την εμφάνιση περιφερειακών ανισοτήτων τόσο ως προς τους δείκτες υγείας, όσο και ως προς την ποσότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το πρόβλημα βέβαια αυτό, στην γεωγραφική-περιφερειακή του διάσταση, συνδέεται με τα γενικότερα προβλήματα και τις διακυμάνσεις στους ρυθμούς ανάπτυξης των περιφερειών, όπου παρατηρούνται με τη σειρά τους έντονες διαφοροποιήσεις.

Το φαινόμενο μάλιστα αυτό, απαντάται σε μόνιμη βάση στις περισσότερες χώρες και αποτελεί παράμετρο των προβλημάτων που προέκυψαν από την ανασύνταξη της σχέσης κεντρικού και τοπικού, την μείωση των κρατικών επιχορηγήσεων προς το τοπικό επίπεδο και την μείωση των δαπανών του κοινωνικού κράτους από τα μέσα της δεκαετίας του '70, δημιουργώντας συνθήκες υποβάθμισης στον κοινωνικό - και όχι μόνο - χαρακτήρα της τοπικής ανάπτυξης. [193]

Έτσι, από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί πως οι κάτοικοι περιφερειών με υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης βρίσκονται σε καλύτερο υγειονομικό επίπεδο – όπως εκφράζεται από τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και προσδοκώμενης ζωής - από τους κατοίκους περιφερειών που βρίσκονται σε οικονομική στασιμότητα και παρακμή. Ενδεικτικά αναφέρουμε την μελέτη των Townsend, Phillimore & Beattie όπου μεταξύ άλλων, διαπιστώθηκε η ύπαρξη έντονων διαφοροποιήσεων στους δείκτες θνησιμότητες μεταξύ των περιφερειών

---

[190] Williams A. (1993) *«Equity in Health Care : The role of ideology»* p. 287-298 in Van Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F. (επιμ.) (1993) *«Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective»*, Oxford University Press, 1993.

[191] Για μια αναλυτική προσέγγιση των διαφοροποιήσεων στην ασφαλιστική κάλυψη και ειδικότερα στις παροχές συντάξεως μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων της χώρας μας, βλ. Υφαντόπουλος Γ. (1990) *«Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α και της Ε.Ο.Κ»* σελ. 219-247 στο *«Διανομή Εισοδήματος και Οικονομικές Ανισότητες»*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, καλοκαίρι 1990.

[192] Καράγιωργας Σ. κ.α. (1990) *«Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα»* σελ. 731-868, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[193] Γετίμης Π. (1993) *«Τοπική Ανάπτυξη και η Κρίση του Κοινωνικού Κράτους»* σελ.507-513 , στο *«Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα»*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 3ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

της βόρειας και νοτιοανατολικής Βρετανίας, οι οποίοι συνδυάζονταν με αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες. [194]

Όσο αφορά στην ερμηνεία του φαινομένου των περιφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων, προβάλλονται αντίστοιχες προσεγγίσεις , όπως και στην περίπτωση των κοινωνικών ανισοτήτων οι κυριότερες από τις οποίες αποδίδουν το πρόβλημα [195] :

- στην διάκριση των υγιών ατόμων μέσα στις περιφέρειες , στα οποία στηρίζεται η ανάπτυξη της περιφέρειάς τους (θεωρία της φυσικής, κοινωνικής και υγειονομικής διάκρισης).

- στις υφιστάμενες κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις των περιφερειών, (στην οικονομική ανάπτυξη, στο εισόδημα, στην απασχόληση, στις συνθήκες διαβίωσης κλπ.), οι οποίες οδηγούν σε υγειονομικές ανισότητες (θεωρία της κοινωνικής αιτιολογίας).

- στις ατομικές επιλογές και στον τρόπο ζωής που υιοθετούν τα άτομα, κάτω από τις ξεχωριστές βιολογικές, οικολογικές, κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε περιφέρεια και που διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Ανεξάρτητα πάντως από τις απόψεις που προβάλλονται για την εξήγηση των περιφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων, αποτελεί κοινή θέση το γεγονός ότι το κλειδί για την άρση των ανισοτήτων αυτών, βρίσκεται στην προσπάθεια για ισόρροπη ανάπτυξη των περιφερειών σε όλους τους τομείς (οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό). [196] Η διαδικασία αυτή της περιφερειακής ανάπτυξης, λόγω της σχέσης αιτιότητας της οργάνωσης και λειτουργίας του ευρύτερου περιβάλλοντος με το επίπεδο υγείας, θα βοηθήσει παράλληλα τόσο στην οικονομική ενδυνάμωση των περιφερειών, όσο και στην επίτευξη καλύτερων υγειονομικών αποτελεσμάτων. Μια τέτοια προοπτική, στηρίζεται σε επιλογές που αφορούν στους παρακάτω στόχους [197] :

---

[194] Συγκεκριμένα, αναφέρουμε πως στην περιφέρεια της βόρειας Βρετανίας που βρίσκονταν στην φάση της ύφεσης, η ανεργία ήταν 18,9% , το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ήταν 5154 και η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν 11‰ , ενώ τα αντίστοιχα μεγέθη στην νοτιοανατολική περιφέρεια η οποία βρισκόταν σε φάση ανόδου ήταν 9,9% , 5402 και 9,3‰. Βλ. Townsend P., Phillimore P. , Beattie A. (1988) *«Health and Deprivation. Inequality and the North»* P. 18-25, Croom Helm.

[195] Αντίστοιχα, οι παραπάνω προσεγγίσεις ερμηνεύουν το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγείαν (βλ. υποσημ. 189). Για μια πλήρη παρουσίαση των προσεγγίσεων για την ερμηνεία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, βλ. Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 68-69, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[196] Η έννοια της περιφερειακής ανάπτυξης έχει έναν πολυπαραγοντικό χαρακτήρα και συνδέεται με διαδικασίες οικονομικής ανάπτυξης (μείωση ανεργίας, μείωση των ανισοτήτων στην κατανομή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, βελτίωση της παραγωγικότητας, προώθηση της τεχνολογικής προόδου κλπ) που ταυτόχρονα σημαίνει κοινωνική, πολιτιστική και περιβαλλοντική ανάπτυξη. Βλ. Κόνσολας Ν. (1985) *«Περιφερειακή Οικονομική Πολιτική»* σελ. 219, Παπαζήσης, Αθήνα.

[197] Νιάκας Δ. (1993) βλ. υποσ. 195, σελ. 77.

1. βελτίωση του βιοτικού επιπέδου
2. δίκαιη κατανομή των κοινωνικών παροχών
3. εξασφάλιση ενός επιπέδου διαβίωσης, εκπαίδευσης κλπ
4. εξασφάλιση απασχόλησης
5. ανάπτυξη τοπικού κράτους με αποκεντρωτικό χαρακτήρα
6. συγκράτηση του πληθυσμού
7. προστασία του περιβάλλοντος
8. κοινωνικές παροχές δίκαια κατανεμημένες και ποιοτικά αναβαθμισμένες

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφέρουμε πως η άνιση περιφερειακή ανάπτυξη δεν οδηγεί απλά ορισμένες περιφέρειες σε οικονομικό μαρασμό και κατ' επέκταση στην εμφάνιση υγειονομικών προβλημάτων λόγω των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας (για την περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας στη χώρα μας, βλ. μέρος 2°, κεφάλαια 2 και 3). Ταυτόχρονα, η εντατική οικονομική ανάπτυξη ορισμένων περιφερειών και κυρίως των αστικών κέντρων, όπου παρατηρείται έντονη πληθυσμιακή συγκέντρωση, ρύπανση , καταστροφή του περιβάλλοντος, έντονοι ρυθμοί και χαμηλή ποιότητα ζωής, οδηγεί στην εμφάνιση νέων ασθενειών και υγειονομικών προβλημάτων, προσδίδοντας έναν διττό χαρακτήρα στο πρόβλημα.

Σε κάθε περίπτωση πάντως, η περιφερειακή ανάπτυξη, φαίνεται σαν αναγκαία προϋπόθεση για την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων, που αντανακλούν μια σειρά από ανισότητες που αλυσιδωτά σχετίζονται με την κατανομή του πληθυσμού και των παραγωγικών μέσων, την κατανομή των οικονομικών δραστηριοτήτων, την εκπαίδευση και την απασχόληση, τις συνθήκες διαβίωσης και την κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών.

Συνοψίζοντας την αναφορά μας στις κοινωνικές και περιφερειακές ανισότητες στην υγεία, καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα [198] :

1. Οι κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης και δυσμενέστερους δείκτες θνησιμότητας .
2. Οι κατώτερες τάξεις είναι περισσότερο ευάλωτες σε χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, οι οποίες τους στερούν τη δυνατότητα και τις προϋποθέσεις για ανοδική κοινωνική κινητικότητα.
3. Τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες και χρησιμοποιούν κυρίως τις εξωτερικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και τις μονάδες επείγουσας θεραπείας, ενώ κάνουν λιγότερη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών.

[198] Whitehead M. (1991) *«The concepts and principles of equity in health»* p. 2-3, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.

4. Μεγάλες τέλος ανισότητες τόσο στα υγειονομικά αποτελέσματα, όσο και στην προσφορά και κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών, εμφανίζονται σε γεωγραφικό επίπεδο – ειδικότερα μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών - σαν συνέπεια της άνισης και άναρχης ανάπτυξης των περιφερειών.

Η κατάσταση αυτή, καθιστά αναγκαία την οριοθέτηση μιας στρατηγικής, που θα οδηγεί στην μείωση των γεωγραφικών και κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και σύμφωνα με τις αρχές της «κοινωνικής δικαιοσύνης» [199] και του «δικαιώματος για προστασία της υγείας» [200] θα εξασφαλίζει ισότιμες κατανομές και ίση πρόσβαση. Ο σχεδιασμός και η οργάνωση βέβαια μιας τέτοιας στρατηγικής, προϋποθέτει έναν εννοιολογικό προσδιορισμό της ισότητας και μια οριοθέτηση των αρχών και των κριτηρίων που πρέπει να ικανοποιούνται για την επίτευξή της.

Το θέμα αυτό έχει απασχολήσει έντονα τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια, όπου άρχισε να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην ερμηνεία και άρση των υγειονομικών ανισοτήτων, με αποτέλεσμα να έχουν διατυπωθεί ποικίλες προσεγγίσεις της ισότητας και των αρχών της. Ένδεικτικά, για τον προσδιορισμό της ισότητας μπορούμε να αναφέρουμε μια σειρά από προσεγγίσεις με αρχές όπως [201] :

1. η παροχή ίσων ευκαιριών, διανομής και χρησιμοποίησης.
2. η εξασφάλιση ενός ελάχιστου ορίου ασφαλείας.
3. η επίτευξη του μεγαλύτερου δυνατού ωφέλους για τον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων.
4. η βελτίωση του επιπέδου των χαμηλότερων εισοδηματικών κατηγοριών.
5. η κατανομή των υπηρεσιών με τρόπο που να μην δημιουργεί αίσθημα αδικίας.
6. η κατανομή σύμφωνα με το δικαίωμα παροχής όπως αυτό καθορίζεται από τα κριτήρια που ισχύουν στο κάθε σύστημα υγείας.
7. η μεγιστοποίηση της υγείας στο επίπεδο της κοινότητας.
8. η ισότητα στο υγειονομικό αποτέλεσμα, όταν αυτό διαμορφώνεται από παράγοντες που ελέγχονται από τα άτομα.
9. η επίτευξη της ισότητας που βασίζεται στην ικανότητα προσδιορισμού της από τα ίδια τα άτομα.

---

[199] Κατά τον Σισσούρα, η αποδοχή της αρχής της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία σημαίνει α)πως ανεξάρτητα από το κόστος, θα πρέπει να υιοθετούνται πολιτικές μείωσης των ανισοτήτων και β)πως οι πολιτικές αυτές είναι πιθανό να συγκρούονται με την επίτευξη και τις αρχές της αποδοτικότητας. Βλ. Σισσούρας Α. (1993) *«Ανισότητες στην Υγεία και (χάραξη) Πολιτικής Υγείας : Ανοικτά Ζητήματα»* σελ. 337-338 , στο *«Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα»*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 3ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

[200] Σύμφωνα με τον Κρεμαλή, ως δικαίωμα για προστασία της υγείας, ορίζεται «το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα κατά του κράτους ή άλλων φορέων δημόσιας διοίκησης να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα ή να απέχουν από δραστηριότητες προς εξασφάλιση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των ατόμων» Σχετικά με την ισότιμη παροχή, αυτή νοείται ως «κατανομή των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού». Βλ. Κρεμαλής Κ. (1987) *«Το Δικαίωμα για Προστασία της Υγείας. Από τις κοινωνικές ασφαλίσεις ασθένειας, στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας»* σελ. 56-57 και 18-26 αντίστοιχα, Αθήνα.

[201] Pereira J. (1993) *«What does equity in health means»* p. 19-48, Journal of Social Policy, v. 22 , part 1, January 1993.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα όσο και ρεαλιστική είναι η προσέγγιση του Enthoven [202], σύμφωνα με την οποία οι αρχές που ικανοποιούν την επίτευξη της ισότητας στην υγεία, αφορούν :

1. στην εξασφάλιση ενός ελάχιστου ορίου περίθαλψης για όλους και στην κατοχύρωση της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες, μέσω των λειτουργιών της κοινωνικής ασφάλισης.

2. στην υποχρέωση της βοήθειας όσων έχουν ανάγκη, από όσους έχουν την οικονομική δυνατότητα.

3. στην ισότητα των ευκαιριών στην φροντίδα υγείας.

4. στην διατομεακή συνεργασία στον τομέα της υγείας για την διόρθωση των ατελειών της αγοράς υγείας.

Με δεδομένο λοιπόν το ότι η ισότητα στην υγεία συνδέεται με μια σειρά από αιτιολογικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τα υγειονομικά αποτελέσματα των ατόμων, [203] θα ασχοληθούμε με έναν από αυτούς - τον τρόπο παροχής της υγειονομικής φροντίδας - αναζητώντας τις πολιτικές εκείνες που θα εξασφαλίζουν την δημιουργία ίσων ευκαιριών στην υγεία και ελαχιστοποίηση των διαφοροποιήσεων. [204]

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως όσο αφορά στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, θεμελιώδη ρόλο για την προαγωγή της ισότητας παίζει το κριτήριο με το οποίο διανέμονται οι υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό. Η επιλογή βέβαια του κριτηρίου αυτού, σχετίζεται με το σύστημα υγείας, το οποίο ανάλογα με τον τύπο την φιλοσοφία και τους προσανατολισμούς του, μπορεί να κατανέμει τις υπηρεσίες [205] :

---

[202] Η προσέγγιση αυτή θεωρείται ρεαλιστική, επειδή αφενός απορρίπτει ως δυνατότητα την πλήρη ισότητα και στρέφεται προς την εξασφάλιση ενός ελάχιστου αλλά ικανοποιητικού επιπέδου υγειονομικής προστασίας και αφετέρου επειδή αναγνωρίζει τις ατέλειες της αγοράς υγείας και τις ελευθερίες των ατομικών επιλογών. Αναλυτικότερα, βλ. Enthoven A. (1988) *«Theory and practice of managed competition in health care finance»* p. 2-8, Elsevier Science Publishers.

[203] Σισσούρας Α. , Καρόκης Α. , Καλομενίδης Κ. , Μητρόπουλος Ι. (1998) *«Κοινωνικοοικονομικές Ανισότητες στο Επίπεδο της Υγείας και στη Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό. Αποτελέσματα Εμπειρικής Έρευνας στον Πληθυσμό της Πάτρας»* σελ. 690-692 , στο *«Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός»* Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 6^{Ο} Συνέδριο, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 27-29 Νοεμβρίου 1996, Αθήνα.

[204] Whitehead M. (1991) *«The concepts and principles of equity in health»* p. 9 ,WHO , Regional Office for Europe, Copenhagen.

[205] Outka G. (1974) *«Social Justice and Equal Access to Health Care»* p. 11-31, Journal of the Religious Ethics, No 2, στο Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 79, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

- Στον καθένα με κριτήριο την αμοιβή του.
- Στον καθένα με κριτήριο την προσφορά του στην κοινωνία.
- Ομοίως με το παραπάνω και επιπλέον με συνεκτίμηση της εκφρασμένης ζήτησης σε περιβάλλον ανταγωνιστικής αγοράς.
- Στον καθένα με κριτήριο τις ανάγκες του.
- Με όμοιο τρόπο θεραπείας για όμοιες περιπτώσεις.

Ουσιαστικά βέβαια, το ζήτημα της υιοθέτησης του κατάλληλου κριτηρίου διανομής των υπηρεσιών με τρόπο που να ικανοποιεί την αρχή της ισότητας, έχει να κάνει με την επιλογή μεταξύ του προσδιορισμού της τελευταίας με βάση την εκφρασμένη ζήτηση για υπηρεσίες ή με βάση την ανάγκη. Ενώ όμως φαινομενικά η επιλογή του πρώτου κριτηρίου προσδίδει περισσότερη ικανοποίηση στα άτομα γιατί ανταποκρίνεται στις επιθυμίες και τις προτιμήσεις τους, ουσιαστικά, η παροχή διαφορετικών υπηρεσιών ανάλογα με τις δυνατότητες πληρωμής, είναι αντίθετη με την επιδίωξη της ισότητας. Από την άλλη, η διανομή των υπηρεσιών με κριτήριο την ανάγκη, αποδεσμεύει την πρόσβαση στις υπηρεσίες από τους περιορισμούς της ικανότητας πληρωμής, γι' αυτό και θεωρείται πως ικανοποιεί περισσότερο την αρχή της ισότητας. [206]

Σύμφωνα λοιπόν με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, στα πλαίσια της παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών, η έννοια της ισότητας μπορεί να σημαίνει [207] :

- ίση πρόσβαση στις διαθέσιμες φροντίδες
- όμοιες θεραπείες για όμοιες περιπτώσεις ασθένειας
- ίση κατά κεφαλή δαπάνη υγείας
- ίση πρόσβαση για ίση ανάγκη
- ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη
- ίση γεωγραφική κατανομή
- ελάχιστο επίπεδο κάλυψης των αναγκών
- οριακή κάλυψη των αναγκών υγείας

Βέβαια είναι ευνόητο, πως οι αρχές αυτές της ισότητας δεν μπορούν να καλυφτούν ταυτόχρονα, λόγω του αντιφατικού τους χαρακτήρα. Για παράδειγμα, είναι αδύνατη η ταυτόχρονη ικανοποίηση της ίσης κατά κεφαλή δαπάνης και της ισότητας στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση με βάση την ανάγκη, γιατί ακριβώς η ικανοποίηση της μιας αρχής, αποκλείει την άλλη. Έτσι, πολλές φορές, επιδιώκεται η «άνιση» κατανομή των υπηρεσιών, με την έννοια ότι αυτή γίνεται με βάση τις υγειονομικές ανάγκες των ατόμων και με έμφαση στις κατηγορίες εκείνες του πληθυσμού, με τις μεγαλύτερες ανάγκες και τους δυσμενέστερους δείκτες υγείας. [208]

---

[206] Cullis J., West P. (1979) «The Economics of Health» p. 76, Martin Robertson, Oxford και in Van Doorslaer E. , Wagstaff A. (1993) *«Equity in the finance and delivery of health care : concepts and definitions»* p. 7-19 in Van Doorslaer E. , Wagstaff A. , Rutten F. (επιμ.) (1993) *«Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective»* Oxford University Press.

[207] Mooney G. (1987) *«Economics, Medicine and Health Care»* p. 108, Wheatsheaf Books, Brighton.

[208] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 47, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κλείνοντας την αναφορά μας στην έννοια της ισότητας στην υγεία, θα αναφερθούμε στον γενικά αποδεκτό [209] προσδιορισμό της Whitehead –ο οποίος υιοθετείται και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας- στα πλαίσια του οποίου η ισότητα στην υγεία και πιο συγκεκριμένα στην φροντίδα υγείας, προσεγγίζεται μέσω τριών αρχών [210] :

α)ίση πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας για ίση ανάγκη.
β)ίση χρησιμοποίηση για ίδιες ανάγκες.
γ)ίση ποιότητα φροντίδας για όλους.

Αναλύοντας τις παραπάνω αρχές, η ίση πρόσβαση αφορά στο δικαίωμα του καθενός στις διαθέσιμες υπηρεσίες, στην δίκαιη γεωγραφική κατανομή των τελευταίων, στην αναγωγή της ανάγκης σαν μοναδικό κριτήριο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και στην εξισορρόπηση των φροντίδων υγείας προς όφελος της πλειονότητας. Ο ορισμός δηλαδή αυτός, προωθεί την κατάργηση όλων των εμποδίων στην πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες, που προκύπτουν από την κοινωνικοοικονομική τους θέση. [211]

Η αρχή της ίσης χρησιμοποίησης, αφορά στην άρση των περιορισμών στη χρήση των υπηρεσιών, που αποδίδονται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Ουσιαστικά, ο ορισμός αυτός παραπέμπει στην έρευνα των παραγόντων αυτών και στην ανεύρεση των αναγκαίων παρεμβάσεων είτε στην προσφορά είτε στην ζήτηση των υπηρεσιών, για την μείωση των διαφοροποιήσεων στην χρήση και ιδιαίτερα αυτών που είναι σε βάρος των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού. [212] Σημειώνεται πως η αρχή αυτή χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, γιατί πολλές φορές η μη χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών δεν οφείλεται σε αδικίες που συνδέονται με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, αλλά σε προσωπικές επιλογές που ανάγονται σε ηθικούς, θρησκευτικούς και άλλους λόγους.

Τέλος, η έννοια της ίσης ποιότητας φροντίδας υγείας, αφορά στις εκροές ή αλλιώς στην ποιότητα του παραγόμενου προϊόντος των υπηρεσιών, με σκοπό κάθε άτομο να μπορεί να προσλαμβάνει εκείνη την ποσότητα της φροντίδας, που

---

[209] Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της έννοιας της ισότητας έχει αποτελέσει πεδίο σημαντικών αντιπαραθέσεων σε επιστημονικό επίπεδο. Για παράδειγμα, ο Le Grand, αμφισβητώντας την σημασία της κατανομής των υπηρεσιών, εστιάζει την προσοχή του στις ατομικές επιλογές, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως μπορεί μια δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών σε άτομα με διαφορετικές επιλογές και στάσεις ζωής, να δημιουργεί ανισότητες στην χρήση και στο επίπεδο υγείας και απ' την άλλη, να μην υφίσταται πρόβλημα ισότητας όταν οι διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας προέρχονται από ελεύθερες επιλογές των ίδιων των χρηστών. Βλ. Le Grand J. (1987) *«Three essays on equity»* p. 6-13, London School of Economics, October 1987.

[210] Whitehead M. (1991) *«The concepts and principles of equity in health»* p. 11-14, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.

[211] Μητρόπουλος Ι., Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) *«Θέσπιση κριτηρίων ισότητας στην περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας»* σελ. 58-63, Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 5, τεύχος 4 , Ιούλιος – Αύγουστος 1994, Αθήνα.

[212] Καρόκης Α. , Σισσούρας Α. , Μητρόπουλος Ι. (1994) *«Η Πρόταση για Περιφερειακή Κατανομή των Υγειονομικών Πόρων και η Ισότητα»* σελ. 40-46, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 5, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1994, Αθήνα.

θα του αποφέρει το μέγιστο δυνατό υγειονομικό αποτέλεσμα. [213] Η ικανοποίηση βέβαια της αρχής αυτής, προϋποθέτει την ύπαρξη μηχανισμών αξιολόγησης και ελέγχου των υπηρεσιών, που θα εξασφαλίζουν ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη για όλο τον πληθυσμό. [214]

Από την ανάλυση που προηγήθηκε γύρω από τον προβληματισμό και τις εννοιολογικές αναζητήσεις της ισότητας στην υγεία, προκύπτει πως η τελευταία αποτελεί μια ευρεία έννοια, που προσδιορίζεται από μια σειρά αιτιολογικών παραγόντων, που διαμορφώνουν τόσο το επίπεδο υγείας, όσο και τον τρόπο παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών. Η άρση των υγειονομικών ανισοτήτων, αποτελεί άμεση προτεραιότητα των πολιτικών υγείας των σύγχρονων κρατών και μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από «διατομεακή δράση» [215] που θα μπορεί να λάβει υπ' όψη της όλες τις κοινωνικοοικονομικές συνιστώσες που τεκμηριωμένα πλέον επιδρούν - έστω και έμμεσα - στην υγεία. Δεν πρέπει άλλωστε να ξεχνάμε πως η εξασφάλιση της ισότητας στην υγεία επιβάλλεται από μια σειρά από παράγοντες, που πηγάζουν τόσο από αισθήματα αλληλεγγύης και φροντίδας, όσο και από λόγους που σχετίζονται με την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

4.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.

Στο πρώτο αυτό μέρος της μελέτης, εξετάσαμε αρχικά τις αντιπαραθέσεις που αναπτύσσονται στο επίπεδο των βασικών εννοιολογικών αναζητήσεων για την υγεία και την κοινωνική πολιτική, επιχειρώντας να τις συνδέσουμε με τις αντίστοιχες πρακτικές στον χώρο των υγειονομικών συστημάτων. Η ειδική αναφορά στο κράτος πρόνοιας κρίθηκε απαραίτητη, αφενός λόγω του ότι οι υπηρεσίες υγείας - οι οποίες αποτελούν αντικείμενο της συγκεκριμένης μελέτης - αποτέλεσαν μια από τις κυριότερες συνιστώσες του και αφετέρου επειδή η κρίση του στις αρχές της δεκαετίας του 80, σηματοδότησε μια σειρά από διαρθρωτικές αλλαγές στη μορφή των σύγχρονων συστημάτων υγείας.

Στη συνέχεια, εξετάσαμε τις ιδεολογικές αφετηρίες και τις μορφές των κυριότερων υγειονομικών συστημάτων, επιχειρώντας να επισημάνουμε τις μεταξύ τους διαφοροποιήσεις, καθώς και τα αίτιά τους. Το συμπέρασμα που προκύπτει από την μελέτη του οργανωτικού πλαισίου των υγειονομικών συστημάτων, είναι ότι *κανένα σύστημα υγείας δεν αποτελεί απλή απεικόνιση της θεωρητικής του προέλευσης*, αλλά αντιθέτως συνδέεται με το διαφορετικό κάθε φορά οικονομικό,

---

[213] Σισσούρας Α. , Καρόκης Α. , Καλομενίδης Κ. , Μητρόπουλος Ι. (1998) *«Κοινωνικοοικονομικές Ανισότητες στο Επίπεδο της Υγείας και στη Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό. Αποτελέσματα Εμπειρικής Έρευνας στον Πληθυσμό της Πάτρας»* σελ. 692 , στο *«Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός»* Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 6ο Συνέδριο, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 27-29 Νοεμβρίου 1996, Αθήνα.

[214] Σισσούρας Α. (1993) *«Ανισότητες στην Υγεία και (χάραξη) Πολιτικής Υγείας : Ανοικτά Ζητήματα»* σελ. 340, στο *«Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα»*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 3ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

[215] Η «διατομεακή δράση» αποτελεί μια πολύπλοκη προσέγγιση που κρίνεται αναγκαία ακριβώς επειδή οι περισσότερες περιοχές πολιτικής επιδρούν έστω και έμμεσα στην υγεία, χωρίς όμως η επίδραση αυτή να τονίζεται ιδιαίτερα και να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά των σχεδιασμό των πολιτικών αυτών. Βλ. Σισσούρας Α. (1993) *«Ανισότητες στην Υγεία και (χάραξη) Πολιτικής Υγείας : Ανοικτά Ζητήματα»* σελ. 340-341 , στο *«Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα»*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 3ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

κοινωνικό, πολιτικό και επιδημιολογικό πρότυπο της χώρας στην οποία αναπτύσσεται.

Επιπρόσθετα, επιχειρήσαμε μια ανάλυση του χρηματοδοτικού πλαισίου των υγειονομικών συστημάτων, μέσα από την προσέγγιση των πηγών, των μηχανισμών αποζημίωσης των προμηθευτών των υπηρεσιών (γιατροί, νοσοκομεία), καθώς και των παρεμβάσεων που έχει να επιδείξει η διεθνής εμπειρία, για τον έλεγχο της ζήτησης και την μείωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών.

Με το κεφάλαιο λοιπόν αυτό, κλείνουμε την αναφορά μας στο γενικότερο πεδίο του προβληματισμού γύρω από την υγεία, που σχετίζεται με τον εννοιολογικό προσδιορισμό της - όπως αυτός διαμορφώνεται στα πλαίσια των σύγχρονων οικονομικών εξελίξεων και της κρίσης του κοινωνικού κράτους - με τον τρόπο ανάπτυξης και λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων, καθώς και με την αξιολόγηση των τελευταίων σχετικά με την επίτευξη της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Η τελευταία αυτή διάσταση, μας απασχόλησε στο κεφάλαιο που προηγήθηκε και ουσιαστικά προαναγγέλλει το αντικείμενο του επόμενου μέρους, που συνίσταται στην απεικόνιση της Ελληνικής πραγματικότητας στο χώρο της υγείας και κύρια στην εκτίμηση των διαπεριφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων. Το κριτήριο μάλιστα που θα χρησιμοποιήσουμε στα πλαίσια της ανάλυσης αυτής, αφορά στην κατανομή των δαπανών και των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην εκτίμηση των υγειονομικών αποτελεσμάτων (επίπεδο υγείας) με προσανατολισμό προς την κατεύθυνση της αναζήτησης των μεταξύ τους συσχετίσεων.[216]

Η ανάλυσή μας, επιχειρείται με την παρουσίαση των σχετικών δεικτών υγειονομικής κατάστασης και κατανομής των υγειονομικών πόρων σε δύο περιόδους για λόγους σκοπιμότητας. Η πρώτη περίοδος, αφορά στο διάστημα πριν την μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και επικεντρώνεται στην πορεία των παραπάνω μεγεθών και δεικτών, σε μια περίοδο που αρχικά χαρακτηριζόταν από υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης και στη συνέχεια βρέθηκε αντιμέτωπη με μια γενικότερη κρίση, που σηματοδότησε και την μείωση της έκτασης των κοινωνικών προγραμμάτων που ακολούθησε. Η δεύτερη περίοδος, αφορά στο διάστημα από την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ έως τις μέρες μας, με σκοπό την αξιολόγηση του εγχειρήματος της μείωσης των γεωγραφικών ανισοτήτων, η οποία αποτέλεσε βασική προτεραιότητα κατά την θεσμοθέτηση και το σχεδιασμό της ελληνικής εκδοχής του εθνικού συστήματος υγείας.

Η απεικόνιση της ελληνικής πραγματικότητας στις υπηρεσίες υγείας που αποτελεί αντικείμενο του επόμενου μέρους της μελέτης, έχει ως αφετηρία το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώθηκε η παροχή υγειονομικής φροντίδας στη χώρα μας, στα πλαίσια της ανάπτυξης και εξέλιξης του ασφαλιστικού συστήματος. Έτσι αρχικά επιχειρούμε στο κεφάλαιο που ακολουθεί, μια ιστορική αναδρομή καθώς και μια παρουσίαση των σύγχρονων εξελίξεων στην κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα (χρηματοδότηση, φορείς, εύρος παροχών), στα πλαίσια της οποίας εντάσσεται και η παροχή υγειονομικής φροντίδας.

---

[216] Ο προσανατολισμός της μελέτης προς το ύψος και την κατανομή των πόρων σε σχέση με τα υγειονομικά αποτελέσματα, δεν αγνοεί την γενική διαπίστωση σχετικά με την μικρή σχέση των δαπανών για την υγεία και της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Βλ. Abel Smith B. (1994) *Έκθεση για λογαριασμό της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*, London School of Economics, 1994. Απλά, σε επίπεδο δράσης τίθεται συνήθως ως πρωταρχικός στόχος η μεγιστοποίηση της απόδοσης της παρεχόμενης φροντίδας και η επίτευξη της ισότητας στην πρόσβαση, στόχους τους οποίους επιχειρούμε να αξιολογήσουμε ως προς τον βαθμό της επίτευξής τους στα πλαίσια της μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις.

Όσο αναπτύσσεται η οργάνωση της κοινωνίας, τόσο δυσκολότερο είναι στον άνθρωπο να καλύψει τις κοινωνικές του ανάγκες. Η πραγματικότητα αυτή, οδήγησε στην λήψη διαφόρων μέτρων από οργανωμένες ομάδες, που αποβλέπουν στην ανακούφιση και την προστασία όσων δεν έχουν τα μέσα να ικανοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες. Η προσπάθεια αυτή για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων του πληθυσμού και την εξασφάλιση ικανοποιητικών κοινωνικών συνθηκών ζωής, χαρακτηρίζεται με τον όρο «κοινωνική προστασία». [1]

Η κοινωνική προστασία, αποτελεί έναν γενικότερο όρο, ο οποίος συμπεριλαμβάνει, την κοινωνική πρόνοια, την κοινωνική ασφάλιση και τις παροχές που σχετίζονται με την υγεία, τη στέγαση την παιδεία και τη διατροφή και προσδιορίζεται μέσα από την προοπτική της άσκησης κοινωνικής πολιτικής, η οποία αποτέλεσε το βασικό συστατικό του κράτους πρόνοιας. [2] Στη χώρα μας, η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής συνδέθηκε με τον τρόπο ανάπτυξης του κράτους- ευημερίας, το οποίο χαρακτηρίστηκε από μια έντονη δυσλειτουργία στο πεδίο της συνεργασίας και του συντονισμού των φορέων που παρέχουν κοινωνική βοήθεια.

Ειδικότερα, η Ελληνική εκδοχή του κράτους-πρόνοιας, παρουσίασε σημαντικές ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις άλλες χώρες στις οποίες αναπτύχθηκε . Οι ιδιαιτερότητες αυτές, που είχαν να κάνουν με στοιχεία τόσο οικονομικά (χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της παραγωγικής διαδικασίας, περιορισμένη συγκέντρωση του κεφαλαίου, χαμηλό ποσοστό μισθωτής εργασίας), όσο και δημογραφικά (διευρυμένη οικογένεια) καθυστέρησαν την εμφάνισή του στην Ελλάδα και εμπόδισαν την πλήρη ανάπτυξή του. [3]

Συγκεκριμένα, όσο αφορά στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης [4] - η διαμόρφωση του οποίου προσδιόρισε σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο κάλυψης

---

[1] Μάρδας Γ. (1993) *«Οργάνωση και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης»* σελ. 137, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα.

[2] Πολλοί μελετητές της εξέλιξης και διαμόρφωσης του κράτους-πρόνοιας, θεωρούν ως πρόδρομο της δημιουργίας του τον θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία ενσάρκωνε την ευθύνη της κοινωνίας μέσω του κράτους, απέναντι στα άτομα – πολίτες της. Βλ. Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ., Ξυδέας Ε. (1993) *«Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ΙΚΑ»* σελ. 17, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.

[3] Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) *«Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας»* σελ. 71, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ, Θεσσαλονίκη.

[4] Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, δεν ταυτίζεται με την έννοια της κοινωνική ασφάλειας. Συγκεκριμένα, η κοινωνική ασφάλεια θεωρείται

των υγειονομικών αναγκών - το κύριο πρόβλημα της ανάπτυξής του, εντοπίζεται στην αποσπασματική κρατική παρέμβαση, η οποία χωρίς συνοχή και μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, παρουσίασε μεγάλη καθυστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες ενώ παράλληλα, έως τις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας, άφηνε ακάλυπτο ένα μεγάλο μέρος των εργαζομένων. [5]

Όπως αναφέρθηκε, η αποσπασματική αυτή ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, οφείλεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο επιχειρήθηκε η διαμόρφωση του κράτους-πρόνοιας, από το οποίο όμως απουσίαζαν τόσο οι μηχανισμοί κατανομής των πόρων, όσο και οι μηχανισμοί, που θα εξασφάλιζαν μια κοινωνική διάσταση στην λειτουργία της καπιταλιστικής οικονομίας.

Οι κοινωνικές ασφαλίσεις λοιπόν, άρχισαν να αναπτύσσονται στην Ελλάδα, αργότερα από άλλες χώρες, με βασική αιτία την υστέρηση στην ανάπτυξη. Αυτό ήταν αναπόφευκτο, με δεδομένο ότι η κοινωνική ασφάλιση σαν θεσμός, εξελίσσεται παράλληλα προς την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη. Έτσι η μη έγκαιρη διαμόρφωση του εθνικού κράτους, ο αργοπορημένος κρατικός σχηματισμός και το γεγονός ότι η Ελλάδα μπήκε σε διαδικασίες βιομηχανικής επανάστασης με καθυστέρηση ενός περίπου αιώνα, αποτέλεσαν τα κύρια αίτια αυτής της καθυστέρησης. [6]

1.2. Ιστορική αναδρομή στις κοινωνικές ασφαλίσεις στην Ελλάδα.

Η κοινωνική ασφάλιση παρουσιάστηκε στην χώρα μας σαν θεσμός [7] με τη δημιουργία του ΝΑΤ (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο) το 1836, το οποίο βέβαια άρχισε να λειτουργεί μερικές δεκαετίες αργότερα (1861). Ακολούθησε η δημιουργία αντίστοιχων Οργανισμών από άλλες κατηγορίες εργαζομένων, όπως οι μεταλλωρύχοι (1882), οι σιδηροδρομικοί (1907), οι αρτεργάτες κ.α.

Στα πρώτα του στάδια, ο σκοπός του θεσμού, ήταν η προστασία των επιζώντων των οικογενειών των εργαζομένων μετά το θάνατο των τελευταίων,

---

προέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, με το σκεπτικό ότι η τελευταία, αποτελεί σύστημα προστασίας των εργαζομένων, ενώ στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλειας, η προστασία απευθύνεται σε όλο το φάσμα του πληθυσμού. Επίσης ουσιαστική είναι και η διαφοροποίησή τους σε επίπεδο χρηματοδότησης, με την κοινωνική ασφάλιση να αντλεί πόρους κυρίως από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, ενώ η κοινωνική ασφάλεια χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό.

[5] Ρουπακιώτης Χ. (1990) *«Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης»* σελ. 15-16, Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα.

[6] Σκουτέλης Γ. (1990) *«Κοινωνικές Ασφαλίσεις : Ανάπτυξη και Κρίση»* σελ. 32, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[7] Μέτρα σχετικά με την κοινωνική προστασία, έχουν αναπτυχθεί στον ελληνικό χώρο πολλούς αιώνες πριν, χωρίς όμως να μπορούμε να προσδώσουμε σε αυτά τον χαρακτήρα θεσμού. Για παράδειγμα, τόσο στην Αρχαία Αθήνα όσο και κατά τη Βυζαντινή περίοδο, συναντάμε στοιχειώδη μέτρα που θυμίζουν την κοινωνική ασφάλιση κατά της ασθένειας. (θεσμός των «δημοσιευόντων ιατρών» στην Αρχαία Αθήνα - ιδρυματική περίθαλψη των απόρων στο Βυζάντιο), Βλ. Σκουτέλης Γ. 1990 *«Κοινωνικές Ασφαλίσεις : Ανάπτυξη και κρίση»* σελ. 31, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα και Σταθοπουλος Π. (1996) *«Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση»* σελ. 105-124, Εκδ. Έλλην, Αθήνα.

ενώ σταδιακά εξελίχθηκε στην σημερινή του μορφή, με την κάλυψη κατά των κινδύνων γήρατος, αναπηρίας και θανάτου. Το επόμενο βήμα προς την εξέλιξη του θεσμού έγινε το 1861, όταν το κράτος ανέλαβε την προστασία των δημοσίων υπαλλήλων και των στρατιωτικών, με την χορήγηση σύνταξης στις κατηγορίες αυτές. Ταυτόχρονα, έχουμε την εισαγωγή του θεσμού της επικουρικής ασφάλισης και τη δημιουργία του Μετοχικού Ταμείου Στρατού και του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων.

Οι προσανατολισμοί λοιπόν του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης εκείνη την περίοδο, φαίνεται να είναι προς την κατεύθυνση της διατήρησης της δημόσιας διοίκησης και της δημιουργίας κοινωνικο-ασφαλιστικών αρχών στις επαγγελματικές ομάδες που σχετίζονταν με τον στρατό, τον κλήρο και τον τομέα των κατασκευών βασικών έργων υποδομής. [8]

Οι νέες συνθήκες όμως που διαμορφώθηκαν από την εγκατάσταση των προσφύγων από τη Μ. Ασία και την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας, οδήγησαν - έπειτα από μια σειρά κινητοποιήσεων - στην ψήφιση νόμου (2868/1922) με τον οποίο θεσπιζόταν η υποχρεωτική ασφάλιση των μισθωτών κατά κλάδους ή επιχειρήσεις, η οποία εξασφαλιζόταν από την ίση εισφορά εργοδοτών και εργαζομένων. Το πρόβλημα μάλιστα της υγειονομικής φροντίδας των προσφύγων ήταν τόσο μεγάλο, ώστε η κυβέρνηση με το Ν.Δ. της 13/12/1922, συνέστησε το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως το οποίο είχε ευρύτερες αρμοδιότητες από το προγενέστερό του (1918) Υπουργείο Περιθάλψεως. [9]

Η όλη διαδικασία της ίδρυσης ασφαλιστικών ταμείων αυτοτελώς εργαζομένων, ξεκίνησε το 1925 με την σταδιακή ασφάλιση διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, [10] όμως ο αριθμός των ασφαλισμένων ήταν περιορισμένος, μια και μεγάλες κατηγορίες εργαζομένων, όπως οι εργάτες γης ή όσοι εργάζονταν σε περιοχές όπου ο θεσμός δεν είχε ακόμη εφαρμοστεί [11]παρέμεναν εκτός κοινωνικής ασφάλισης. Παρά λοιπόν τη δημιουργία των ταμείων αυτών (βλ. υποσ. 9), ενώ το 1925 λειτουργούσαν 21 ασφαλιστικοί φορείς με κάλυψη 17.000 ατόμων, η κατάσταση το 1934 είχε απλά διαμορφωθεί σε ποσοστό 9% (208.911) επί του συνολικού αριθμού των εργαζομένων (2.300.000). [12]

---

[8] Ρομπόλης Σ. (1991) *«Κοινωνική Ασφάλιση. Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές»* σελ. 18, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ, Θεσσαλονίκη και Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) *«Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας»* σελ. 77, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ, Αθήνα.

[9] Σταθοπουλος Π. (1996) *«Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση»* σελ.157-159, Εκδ. Έλλην, Αθήνα).

[10] Στα πλαίσια της ίδρυσης ταμείων κύριας ασφάλισης, είχαμε την ασφάλιση των ιατρών (ΤΣΑΥ 1928), των δικηγόρων (Ταμείο Νομικών 1929), των εφημεριδοπωλών (1929), των κληρικών (ΤΑΚΕ 1930), των εκτελωνιστών (1931), των τυπογράφων (1931), των αυτοκινητιστών (ΤΣΑ 1931), των τεχνικών (ΤΣΜΕΔΕ 1934) και των εργατών τύπου (1934). Αργότερα ο θεσμός επεκτάθηκε στην κάλυψη των εμπόρων και των επαγγελματοβιοτεχνών.

[11] Η εφαρμογή του συστήματος ξεκίνησε από την Αθήνα, τον Πειραιά και τη Θεσσαλονίκη, και η επέκτασή του σε άλλες πόλεις, ξεκίνησε στα τέλη του 1938. Βλ. Ρομπόλης Σ. (1991) βλ. υποσ. 8, σελ. 19.

[12] Προβόπουλος Γ. (1987) *«Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος»* σελ. 19, ΙΟΒΕ, Αθήνα και Ρομπόλης Σ. (1991), βλ. υποσ. 8, σελ. 19.

Επίσης, η ασφαλιστική κάλυψη αφορούσε μόνο στον τομέα των συντάξεων, ενώ πρόσθετες παροχές χορηγήθηκαν μόνο έπειτα από τη δημιουργία των οργανισμών επικουρικής ασφάλισης που ακολούθησε. [13] Η σκοπιμότητα της ίδρυσης των φορέων αυτών, είχε να κάνει με την παροχή συμπληρωματικών παροχών σε χρήμα, σε συγκεκριμένες κατηγορίες μισθωτών.

Το προφίλ ωστόσο του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας -και ειδικότερα σχετικά με την κάλυψη της μεγάλης ομάδας των ανασφάλιστων μισθωτών - δεν μεταβλήθηκε παρά με την σύσταση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων την 1η Δεκεμβρίου 1937, [14] με την οποία επιτεύχθηκε η γενίκευση της ασφάλισης των μισθωτών του αστικού πληθυσμού, στους κλάδους σύνταξης και ασθενείας. [15]

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

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

Ο ασφαλιστικός χάρτης της χώρας μας, άλλαξε με δύο σημαντικά μέτρα με τα οποία η ασφαλιστική κάλυψη , επεκτάθηκε σε δυο τομείς που μέχρι τότε παρέμεναν ακάλυπτοι. Αρχικά (1945), με την ίδρυση του Οργανισμού Ανεργίας , εγκαινιάστηκε η κάλυψη κατά του κινδύνου της ανεργίας , η οποία βέβαια αρχικά περιοριζόταν στους μισθωτούς των βιομηχανικών επιχειρήσεων, για να επεκταθεί αργότερα [16] σε όλους τους μισθωτούς. [17]

---

[13] Η ίδρυση των ταμείων επικουρικής ασφάλισης ξεκίνησε το 1925 με την ίδρυση του Ταμείου Επικουρικής Ασφαλίσεως και Προνοίας Προσωπικού Εμπορικών, Βιοτεχνικών, Βιομηχανικών και Επαγγελματικών Επιμελητηρίων, ενώ η ίδρυση του Ταμείου Επικουρικής Ασφαλίσεως Μισθωτών (ΤΕΑΜ) με τον Ν. 997/1979, οδήγησε στην παροχή ασφαλιστικής κάλυψης σε ένα μεγάλο μέρος μισθωτών οι οποίοι μέχρι τότε ήταν χωρίς επικουρική ασφάλιση.

[14] Πρόκειται για εφαρμογή του Ν. 6298/1934 «περί ιδρύσεως του ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων», ο οποίος αντικατέστησε τον Ν. 5733/1932, ο οποίος δεν εφαρμόστηκε λόγω της πτώσης της κυβέρνησης του Ελ. Βενιζέλου το Μάρτιο του 1933.

[15] Η ίδρυση του ΙΚΑ, αποσκοπούσε «στην υποχρεωτική και καθολική ασφάλιση προσώπων τα οποία, εντός των ορίων της χώρας, παρέχουν κατά κύριο επάγγελμα και έναντι αμοιβής εξαρτημένη εργασία, καθώς και των προς αυτά εξομοιωμένων». Βλ. Σολωμός Γ. (1999) *«Η κοινωνική ασφάλιση σε μετάβαση. Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998»* σελ. 26, Νέα Σύνορα, Αθήνα.

[16] Η επέκταση της κάλυψης σε όλους τους μισθωτούς έγινε το 1949 (ΝΔ 1255/49). Έπειτα (1954) ακολούθησε η υπαγωγή στον φορέα του Λογαριασμού Στρατευομένων Μισθωτών, ενώ λίγα χρόνια αργότερα (1958) με το ΝΔ 3868/58, συστάθηκε ένας ιδιαίτερος φορέας για την παροχή οικογενειακών επιδομάτων (Διανεμητικός Λογαριασμός Οικογενειακών Επιδομάτων Μισθωτών). Τελικά, με το ΝΔ 212/69, ο οργανισμός μετονομάστηκε σε Οργανισμό Απασχολήσεως

Στη συνέχεια (1961) μετά από μια προσπάθεια που ξεκίνησε από το 1955, είχαμε την ψήφιση του Ν. 4169/61, «περί δημιουργίας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων» (ΟΓΑ), με τον οποίο οι αγρότες και τα μέλη των οικογενειών τους, απέκτησαν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και παροχές συντάξεων σε περιπτώσεις γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου. Με τη σύσταση του ΟΓΑ, η ασφαλιστική κάλυψη , επεκτάθηκε στο σύνολο περίπου του πληθυσμού της χώρας, ενώ η προσπάθεια για καθολική ασφάλιση, ολοκληρώθηκε σταδιακά, με την διεύρυνση της προστασίας του ΟΓΑ [18] και του ΙΚΑ [19] (1982), καθώς και την επέκταση της ασφάλισης σε νέες κατηγορίες δικαιούχων (1984-85). [20]

Τέλος, οι εξελίξεις στον χώρο των κοινωνικών ασφαλίσεων στη χώρα μας, ολοκληρώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990, με την ίδρυση του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων με τον Ν. 1266/82 και την παράλληλη σύσταση μιας σειράς από φορέων, [21] ενώ η δημιουργία του ΕΣΥ το 1983 με τον Ν. 1398/83, σηματοδότησε την αναμόρφωση στον τομέα της υγείας που ακολούθησε.

Συνοπτικά, μελετώντας την χρονολογική σειρά με την οποία ιδρύθηκαν οι ασφαλιστικοί φορείς στη χώρα μας (πίνακας 2.1.1), διαπιστώνουμε περισσότερο την τάση για ικανοποίηση των αναγκών συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων, οι οποίες συνδέονταν με την διαχείριση της κρατικής εξουσίας (π.χ. στρατιωτικοί), παρά την ουσιαστική κάλυψη των εργαζομένων με την μεγαλύτερη ανάγκη. [22]

Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) και λειτουργεί μέχρι σήμερα ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, υπαγόμενος στο Υπουργείο Εργασίας. Βλ. Σκουτέλης 1990 *«Κοινωνικές Ασφαλίσεις : Ανάπτυξη και Κρίση»* σελ. 37-38, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[17] Προβόπουλος Γ.(1987) *«Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος»* σελ. 20, ΙΟΒΕ, Αθήνα .

[18] Με τον Ν. 1296/82, η ασφάλιση του ΟΓΑ επεκτάθηκε στον υπερήλικο πληθυσμό και με τον Ν. 1287/82, στις αγρότισσες.

[19] Με τον Ν. 1305/82, η ασφάλιση του ΙΚΑ, γενικεύτηκε σε ολόκληρη την επικράτεια.

[20] Το 1984, εντάχθηκαν στους δικαιούχους οικογενειακών επιδομάτων οι σύζυγοι στρατευμένων, φυλακισμένων ή επαναπατρισθέντων συζύγων, ενώ λίγο αργότερα (1985), ψηφίστηκε νόμος για την διεύρυνση της κάλυψης για ανεργία (Ν. 1545/85).

[21] Οι φορείς αυτοί είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Ν. 1278/82), καθώς και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου, η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία και η Κρατική Φαρμακαποθήκη, που ιδρύθηκαν με τον Ν. 1316/83.

[22] Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) *«Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας»* σελ. 77, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ, Θεσσαλονίκη και Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ., Ξυδέας Ε. (1993) *«Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ΙΚΑ»* σελ. 19, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.1. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1836	♦ *Ίδρυση Αλληλοβοηθητικών ταμείων*
1836	♦ *ΝΑΤ*
1852	♦ *Αξιωματικών του Στρατού*
1856	♦ *Αξιωματικών του Πολεμικού Ναυτικού*
1861	♦ *Μετοχικό Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων*
1861	♦ *Λειτουργία του ΝΑΤ*
1882	♦ *Μεταλλευτών*
1907	♦ *Ταμείο Συντάξεων Σιδηροδρόμων*
1928	♦ *Υγειονομικών (ΤΣΑΥ)*
1929	♦ *Νομικών*
1929	♦ *Εφημεριδοπωλών*
1930	♦ *Κληρικών (ΤΑΚΕ)*
1931	♦ *Εκτελωνιστών*
1931	♦ *Τυπογράφων*
1932	♦ *Αυτοκινητιστών (ΤΣΑ)*
1934	♦ *Μηχανικών (ΤΣΜΕΔΕ)*
1934	♦ *Εργατών Τύπου*
1934	♦ *Επαγγελματοβιοτεχνών (ΤΕΒΕ)*
1935	♦ *Χρηματιστών*
1937	♦ *Ίδρυση του ΙΚΑ*
1940	♦ *Εμπόρων (ΤΑΕ)*
1945	♦ *Ασφάλιση ανεργίας*
1958	♦ *Θέσπιση Οικογενειακών επιδομάτων*
1961	♦ *Ασφάλιση Αγροτών (ΟΓΑ)*
1982	♦ *Γενίκευση της κάλυψης του ΙΚΑ*
1982	♦ *Επέκταση της κάλυψης του ΟΓΑ*
1982	♦ *Δημιουργία αυτοτελούς Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων*
1982	♦ *Ίδρυση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας*
1983	♦ *Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου*
1983	♦ *Σύσταση Εθνικού Συστήματος Υγείας*

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί

1.3. Οι οργανωτικές δομές του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος.

Η σταδιακή διαμόρφωση του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, σε ένα οικονομικό περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζονταν από μια περιορισμένη διάθεση πόρων στον κοινωνικό τομέα, δημιούργησε την σημερινή εικόνα ενός κατακερματισμένου, άνισου και ιδιαίτερα ασαφούς συστήματος, το οποίο βρίσκεται μονίμως στην δίνη των λειτουργικών του προβλημάτων.

Η αποσπασματική οικοδόμηση του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, σκιαγράφησε και τα σημερινά του χαρακτηριστικά σχετικά με την πολυδιάσπαση των φορέων και την «απουσία ασφαλιστικής ενότητας».[23] Παράλληλα, αναδύεται το πρόβλημα των ασφαλιστικών ανισοτήτων, τόσο σε

[23] Προβόπουλος Γ. (1987) *«Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος»* σελ. 24, ΙΟΒΕ, Αθήνα .

επίπεδο παροχών στα μέλη των φορέων, όσο και σε επίπεδο εισφορών και χρηματοδοτικού πλαισίου γενικότερα. [24]

Ιδιαίτερα επίσης ανησυχητικές διαστάσεις, έχει λάβει η τάση για βαθμιαία αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για την κάλυψη των υγειονομικών και των ασφαλιστικών αναγκών των ασφαλισμένων, η οποία οδήγησε στην ανάπτυξη παραοικονομικών δραστηριοτήτων, ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, όπου τις περισσότερες φορές τα νοικοκυριά υποχρεούνται στην καταβολή παράτυπων επιπλέον αμοιβών, για να εξασφαλίσουν την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. [25]

Η απουσία προκαθορισμένων στόχων και κατευθύνσεων κατά τη διαμόρφωση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας, κάτω από την επίδραση κοινωνικών, πολιτικών, οικονομικών και άλλων συγκυριών, συνδέεται αναμφίβολα με την σημερινή μορφή του θεσμού, ο οποίος χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός ετερόκλητου πλήθους φορέων, με διαφορές τόσο ως προς το νομικό καθεστώς και την χρηματοδότηση , όσο και ως προς το επίπεδο των παροχών. [26]

Επίσης, η ανάθεση της κοινωνικοασφαλιστικής ευθύνης σε μεγάλο αριθμό φορέων με διαφορετικού τύπου ασφαλιστικές παροχές [27] και πολλαπλές δραστηριότητες, έχει προσδώσει στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας μας, έναν «μικτό» χαρακτήρα, που συνίσταται στην ύπαρξη στοιχείων που παραπέμπουν άλλοτε στην κοινωνική ασφάλιση και άλλοτε στην κοινωνική ασφάλεια. [28] Έτσι,

---

[24] Σύμφωνα με την εκτίμηση της Πετρινιώτη, η αδυναμία της «ομογενοποίησης» στην κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα, συνδέεται με την διαδικασία ανάπτυξης των ασφαλιστικών ταμείων κάτω από την πίεση των συνδικαλιστικών οργανώσεων και της ενδοτικότητας των κυβερνήσεων, οι οποίες με την μορφή ανταλλάγματος, εξαγόραζαν την συναίνεση στους ρυθμούς μεταβολής των αμοιβών, προσφέροντας προνομιακούς ασφαλιστικούς όρους. Βλ. Πετρινιώτη Ξ. (1993) *«Κράτος, εργασιακές σχέσεις και κοινωνική πολιτική. Σε αναζήτηση μιας νέας ισορροπίας;»* σελ. 162-163, στο Γετίμης Π., Γράβαρης Δ. (1993) *«Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[25] Κυριόπουλος Γ. (1997) *«Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας : Το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας»* στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Ανταπάτη»* σελ. 20, ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα .

[26] Για μια αναλυτική παρουσίαση της σημερινής εικόνας του συστήματος, βλ. Βοζίκης Γ. (1986) *«Κοινωνική Πρόνοια και Κοινωνική Ασφάλιση»* σελ.88-145, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Αθήνα.

[27] Παρατηρείται το φαινόμενο της παροχής επικουρικής ασφάλισης από κύριους φορείς, της παροχής υγειονομικής περίθαλψης από φορείς επικουρικής ασφάλισης κ.α. το οποίο κατά τον Προβόπουλο, αποδίδεται στην ανεξαρτητοποίηση φορέων από το γενικό σύστημα παροχών έπειτα από πιέσεις ομάδων εργαζομένων σε συγκεκριμένους κλάδους. Βλ. Προβόπουλος Γ. (1987) *«Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος»* σελ. 31, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[28] Πέρα από τις κύριες διαφοροποιήσεις μεταξύ κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής ασφάλειας σχετικά με το φάσμα της κάλυψης και την χρηματοδότηση, παρατηρούνται και άλλες επιμέρους διαφοροποιήσεις . Συγκεκριμένα, στην κοινωνική ασφάλιση, οι παροχές των φορέων αναπροσαρμόζονται με βάση τις αμοιβές και τον χρόνο ασφάλισης, ενώ στην κοινωνική ασφάλεια παρατηρείται μια ομοιομορφία στις παροχές . Ομοιομορφία επίσης παρουσιάζει και η οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας τα οποία χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ενός μόνο φορέα ο οποίος φέρει και την ευθύνη της διαχείρισης των πόρων, σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση, όπου οι πολλοί

στο ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα λειτουργούν τόσο φορείς που χρηματοδοτούνται από το κράτος, όσο και φορείς που στηριζόμενοι στις εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων, παρέχουν προστασία σε συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων. [29]

Το πολλαπλό αυτό σύστημα των ασφαλιστικών φορέων στη χώρα μας, πέρα από τα οργανωτικά-λειτουργικά προβλήματα που παρουσιάζει, ενοχοποιείται και για το ότι προκαλεί το αίσθημα της άνισης μεταχείρισης των ασφαλισμένων διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων. Διάφορες έρευνες, [30] απέδειξαν πώς στην δεκαετία του '80 υπήρχαν σημαντικές ανισότητες στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Σημειώνεται, πως οι ανισότητες αυτές (οι οποίες αφορούν κυρίως στο επίπεδο των παροχών) συνεχίστηκαν και μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ, μια και μόνο τα εύρωστα οικονομικά ταμεία κατάφεραν να αναπροσαρμόσουν τις παροχές τους υπό το καθεστώς των πληθωριστικών πιέσεων - χωρίς επιβάρυνση της ποιότητας της κάλυψης - σε αντίθεση με τους ελλειμματικούς φορείς , οι οποίοι προέβησαν σε μείωση του επιπέδου των παροχών τους. [31]

Τέλος, οι ανισότητες μεταξύ των φορέων σε συνδυασμό με το ότι η καθολική ασφάλιση αποτελεί μία θεωρητική υπόσχεση, πέρα από το ότι οδήγησαν στην ανάπτυξη «άτυπου μηχανισμού συνασφάλισης» [32] έθεσαν υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα και τον ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης και οδήγησαν στην ταχεία ανάπτυξη της ιδιωτικής-κερδοσκοπικής ασφάλισης, η οποία όμως όπως θα δούμε σε επόμενα κεφάλαια δεν μπορεί να αποτελέσει την εναλλακτική λύση στα προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης.

1.4. Αξιολόγηση των παροχών του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος.

Αναφερθήκαμε στην σημερινή εικόνα του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, καθώς και στα προβλήματα που παρουσιάζει με την ύπαρξη εύρωστων και ελλειμματικών ταμείων. Ενώ όμως η παραπάνω διαφοροποίηση,

---

αυτοδιοικούμενοι φορείς, βρίσκονται υπό την κρατική εποπτεία (βλ. Προβόπουλος 1987 *«Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος»* σελ. 32, ΙΟΒΕ, Αθήνα και Μάρδας (1993) *«Οργάνωση και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης»* σελ. 155, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα.

[29] Η ύπαρξη στοιχείων τόσο κοινωνικής ασφάλειας όσο και κοινωνικής ασφάλισης, είναι εμφανής στην χώρα μας. Για παράδειγμα, ενώ οι παροχές του ΙΚΑ είναι στενά συνδεδεμένες με τις αποδοχές των ασφαλισμένων και τον χρόνο ασφάλισής τους ακολουθώντας το κλασικό μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, στην περίπτωση του ΟΓΑ, ακολουθείται το σύστημα της κοινωνικής ασφάλειας, μια και οι παροχές στους αγρότες, χρηματοδοτούνται από τα φορολογικά έσοδα του κράτους Βλ. Γεωργακόπουλος Θ., Πατσουράτης Β. (1997) *«Δημόσια Οικονομική»* σελ. 424, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα.

[30] Βλ. Καράγιωργας – Υφαντόπουλος (1990) *«Οι διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα»* ΕΚΚΕ.

[31] Για μια αναλυτική εκτίμηση των ανισοτήτων στην ασφαλιστική κάλυψη, βλ. Υφαντόπουλος Γ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Η διαδικασία υπέρβασης των ανισοτήτων»* σελ. 239-245, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Ανταπάτη»*, ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα .

[32] Κυριόπουλος Γ. (1997) *«Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας : Το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας»* σελ. 21, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Ανταπάτη»*, ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα .

παραπέμπει σε προβλήματα διαχειριστικού χαρακτήρα, οι συνέπειές της είναι εμφανείς κυρίως στον τομέα των παροχών.

Θέλοντας να προσεγγίσουμε την έννοια των ασφαλιστικών παροχών δεχόμαστε την άποψη που τις θεωρεί ως μέτρα που προσανατολίζονται στην πρόληψη, επανόρθωση ή ακόμη και στην μείωση των οικονομικών και βιολογικών επιπτώσεων από προκαθορισμένους κινδύνους. [33]

Μια πρώτη προσπάθεια κατηγοριοποίησης των ασφαλιστικών παροχών, οδηγεί στη διάκριση μεταξύ παροχών σε χρήμα - αναπληρωματικών ή συμπληρωματικών ως προς το εισόδημα που χάθηκε λόγο του ασφαλιστικού κινδύνου - και παροχών σε είδος.

Η διάκριση αυτή, αφορά στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι, οι οποίοι βέβαια δεν είναι προβλέψιμοι και για το λόγο αυτό, οι παροχές σε χρήμα είναι περισσότερο συγκεκριμένες από τις αντίστοιχες παροχές σε είδος, οι οποίες χορηγούνται με κριτήριο την εμφανιζόμενη ανάγκη.

Χρηματικές παροχές, αποτελούν οι συντάξεις και τα επιδόματα τα οποία καταβάλλονται περιοδικά και σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς και διάφορα άλλα βοηθήματα και δαπάνες , των οποίων η καταβολή γίνεται μόλις εμφανιστεί ο κίνδυνος (εφάπαξ).

Παροχές σε είδος, συνιστούν κυρίως η ιατρική , νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, καθώς και η αντιμετώπιση της ανεργίας η οποία προσανατολίζεται είτε στην οριστική λύση του προβλήματος με την εύρεση εργασίας, είτε στην δημιουργία των προϋποθέσεων που θα διευκολύνουν την εύρεσή της (π.χ. επαγγελματική κατάρτιση ή επιμόρφωση ανέργων).



Με κριτήριο την επαγγελματική προέλευση της πληθυσμιακής ομάδας που καλύπτεται, καθώς και το περιεχόμενο της ασφαλιστικής προστασίας,

[33] Σκουτέλης Γ. (1990) *«Κοινωνικές Ασφαλίσεις : Ανάπτυξη και Κρίση»* σελ. 45, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

κατηγοριοποιούμε τους φορείς που την παρέχουν, οι οποίοι συνήθως λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Ανάλογα λοιπόν με το είδος των παροχών, έχουμε :

- **φορείς κύριας ασφάλισης** (παροχή πολλών ειδών παροχών ή τουλάχιστον κύριας σύνταξης)
- **φορείς επικουρικής ασφάλισης**(παροχή επικουρικής σύνταξης, συμπληρωματικής ως προς τις παροχές της κύριας ασφάλισης)
- **φορείς ασθενείας** (παροχή περίθαλψης)
- **φορείς πρόνοιας και αγωγής** (παροχή εφάπαξ βοηθημάτων)
- **φορείς αλληλοβοηθείας** (συμπληρωματικές παροχές)

1.5. Χρηματοδοτικό πλαίσιο του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα.

Αναφερθήκαμε προηγουμένως στην διάκριση των ασφαλιστικών συστημάτων σχετικά με τη σύνδεση ή όχι του ύψους των παροχών με τις καταβαλλόμενες εισφορές [34] καθώς και στα καθολικής ασφάλισης συστήματα, τα οποία χρηματοδοτούνται από την φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός). Τόσο όμως η ιδεολογική προέλευση των συστημάτων και ο προσδιορισμός των στόχων τους, [35] όσο και οι τεχνικές που ακολουθούνται για την χρηματοδότηση των παροχών και του αντίστοιχου διοικητικού κόστους, τείνουν να αποκλίνουν κατά την εφαρμογή τους από τις φιλοσοφικές τους καταβολές.

Συγκεκριμένα, στην πράξη, παρατηρείται μια τάση σύγκλισης των διανεμητικών και των κεφαλαιοποιητικών συστημάτων -που αποτελούν τις κύριες μορφές συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης- με την υιοθέτηση πρακτικών που χαρακτηρίζουν και τα δύο συστήματα. [36] Έτσι, στα σύγχρονα ασφαλιστικά συστήματα, εμφανίζεται η τάση της δημιουργίας αποθεματικών κεφαλαίων, ενώ παράλληλα, υιοθετούνται και τεχνικές που στηρίζονται στην περιορισμένου χρόνου αντιστοιχία μεταξύ εισφορών και παροχών.

Στη χώρα μας, η ποικιλομορφία των παροχών που απονέμουν οι ασφαλιστικοί φορείς, εκφράζει μια αντίστοιχη πολλαπλότητα στον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται οι παροχές αυτές, με κύριο μάλιστα χαρακτηριστικό, την χρηματοδοτική ανισορροπία στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Έτσι, οι κοινωνικές δαπάνες στη χώρα μας, προέρχονται κυρίως

---

[34] Όταν δεν υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ παροχών και εισφορών, το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης κατατάσσεται στα διανεμητικά. Σε αντίθετη περίπτωση, αναφερόμαστε στα ανταποδοτικά κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα. Βλ. Σκουτέλης Γ. (1990) *«Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση»* σελ. 55, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[35] Εκτός από τα συστήματα καθολικής κάλυψης, διακρίνουμε συστήματα με σκοπό απλά την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης, καθώς και συστήματα με αναπροσαρμοζόμενη πολιτική παροχών (βλ υποσημείωση 34 περί ανταποδοτικών συστημάτων).

[36] Στα πλαίσια των διανεμητικών συστημάτων, οι εισφορές που εισπράττονται σε ένα χρονικό διάστημα, αναλαμβάνουν και το κόστος των παροχών για το διάστημα αυτό. Ο υπολογισμός βέβαια των απαιτούμενων ποσών γίνεται βάσει εκτιμήσεων και για το λόγο αυτό τα συστήματα αυτά διακρίνονται από κάποια αβεβαιότητα ως προς την εξασφάλιση της ασφαλιστικής κάλυψης. Στα κεφαλαιοποιητικά συστήματα, οι εισφορές χρησιμοποιούνται για την δημιουργία αποθεμάτων, η διατήρηση των οποίων εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την ασφαλιστική κάλυψη.

από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, από κρατική χρηματοδότηση , από προσόδους περιουσίας των ασφαλιστικών φορέων, καθώς και από άλλες πηγές.

Αναλύοντας την διάρθρωση των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης (πίνακας 2.1.2.) στη χώρα μας, διαπιστώνουμε πως το κύριο μέρος της χρηματοδότησης καλύπτεται από τις εισφορές των εργαζομένων [37] και των εργοδοτών. [38]

Ειδικότερα, οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων κυμαίνονται γύρω στο 60 % και ακολουθεί σαν δεύτερη πηγή εσόδων η κοινωνική εισφορά με ποσοστό γύρω στο 30%, για την οποία μάλιστα αξίζει να επισημάνουμε πως τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει αυξητική τάση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.2. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΕΣΟΔΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΤΟΣ	ΕΙΣΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛ/ΝΩΝ %	ΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ %	ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ % ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ + ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΙΣΦΟΡΑ %	ΠΡΟΣΟΔΟΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ %	ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ %
1981	34,15	37,72	**71,87**	25,38	2,25	0,47
1982	33,62	36,39	**70,01**	27,66	1,93	0,37
1983	33,55	36,39	**69,94**	27,66	1,97	0,4
1984	35,07	37,55	**72,62**	24,71	2,03	0,62
1985	35,09	37,77	**72,86**	24,06	1,9	1,15
1986	34,73	37,17	**71,9**	25,43	1,82	0,82
1987	31,36	35,17	**66,53**	30,42	1,76	1,27
1988	25,55	33,54	**59,09**	38,44	1,69	0,76
1989	31,4	42	**73,4**	23,82	1,83	0,93
1990	28,85	32,5	**61,35**	36,01	1,87	0,75
1991	28,89	32,8	**61,69**	34,44	2,5	1,34
1992	29,16	30,62	**59,78**	35,49	3,8	0,82

Πηγή : Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, Σειρά Ετών.

Στην κοινωνική εισφορά, κατατάσσονται οι επιχορηγήσεις του κράτους προς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, είτε άμεσες είτε με κάλυψη των ελλειμμάτων των φορέων , καθώς και ποσά που καταβάλλονται με την μορφή των φόρων υπέρ τρίτων. Οι φόροι αυτοί αποτελούν ειδικές επιβαρύνσεις των

[37] Όσο αφορά στον τρόπο υπολογισμού των εισφορών αυτός διαφέρει ανάλογα με την κατηγορία του εργαζόμενου. Για παράδειγμα, στους μισθωτούς, υπολογίζεται ως ποσοστό επί του μισθού, ενώ στους αυτοτελώς εργαζόμενους, η εισφορά είναι πάγια και ομοιόμορφη. Σε αυτή βέβαια την περίπτωση, οι όποιες διαφορές στο ύψος της εισφοράς, έχουν να κάνουν με την κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασφαλισμένος.

[38] Οι εισφορές των εργοδοτών -οι οποίες βέβαια υπάρχουν μόνο στη μισθωτή εργασία - υπολογίζονται και αυτές με βάση το μισθό του ασφαλισμένου.

πολιτών σε διάφορα προϊόντα (π.χ. αλκοόλ), ενώ σε μερικές περιπτώσεις είτε είναι συνδεδεμένοι με άλλους φόρους, είτε απλά αποτελούν μια απόδοση ενός ποσοστού από τους κρατικούς φόρους στα ασφαλιστικά ταμεία. [39]

Εδώ αξίζει να επισημάνουμε, πως τα έσοδα από κοινωνικούς πόρους, δεν κατανέμονται ισότιμα στα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν αφενός ταμεία που καλύπτουν μεγάλο μέρος των δαπανών τους μέσω της κοινωνικής εισφοράς και αφετέρου να υπάρχουν φορείς όπου οι κοινωνικοί πόροι έχουν ασήμαντη συμβολή στην χρηματοδότησή τους.

Μια άλλη πηγή χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης, αποτελούν τα έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών από την εκμετάλλευση των περιουσιακών τους στοιχείων. [40] Ο τρόπος αξιοποίησής τους, αφορά κυρίως στην επένδυση των αποθεματικών κεφαλαίων των ασφαλιστικών ταμείων, με τη μορφή χρεογράφων, ακινήτων, καταθέσεων κλπ. Τέλος, η κοινωνική ασφάλιση αντλεί σε μικρό ποσοστό πόρους, από διάφορα άλλα μη σταθερά έσοδα των φορέων, τα οποία προκύπτουν είτε από επιβολή προστίμων, [41] είτε από διάφορες δωρεές ή ακόμη και από εκδόσεις με πρωτοβουλία των φορέων.

Συμπερασματικά, τόσο στη χώρα μας, όσο και σε άλλες χώρες οι οποίες υιοθετούν διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης, ο επιδιωκόμενος στόχος της χορήγησης παροχών, παραμένει ο ίδιος. Οι παροχές μάλιστα αυτές, δεν πρέπει να δίδονται με την έννοια της κοινωνικής συμπαράστασης, αλλά με το πνεύμα της ουσιαστικής βοήθειας από το κράτος σε όσους έχουν πραγματική ανάγκη και σύμφωνα με το αυτοτελές δικαίωμα για κοινωνική προστασία. [42] Η αδυναμία όμως που παρατηρείται ως προς την κάλυψη των αναγκών των

---

[39] Γεωργακόπουλος Θ., Πατσουράτης Β. (1997) *«Δημόσια Οικονομική»* σελ. 433, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα.

[40] Η διαχείριση βέβαια των αποθεματικών των ασφαλιστικών φορέων δεν γίνεται κατά τον πλέον επωφελή τρόπο, με αποτέλεσμα, την απώλεια σημαντικών εσόδων. Για αναλυτική παρουσίαση της διαχείρισης των διαθεσίμων του ΙΚΑ, βλ. Προβόπουλος Γ. (1985) *«Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση. Το πρόβλημα του ΙΚΑ»* σελ. 55-58, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[41] Στο σημείο αυτό, οφείλουμε να αναφέρουμε πως προκύπτουν τεράστιες απώλειες εσόδων για την κοινωνική ασφάλιση, λόγω της ανεπάρκειας των υπηρεσιών εσόδων των ταμείων και της αδυναμίας είσπραξης των καθυστερούμενων οφειλών, που έχουν σαν αποτέλεσμα την υπεξαίρεση ενός μεγάλου ποσοστού των εισφορών των εργαζομένων οι οποίες έχουν παρακρατηθεί και δεν αποδίδονται από τους εργοδότες. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ, οι οφειλές προς αυτό, αυξήθηκαν από 14,8 δισεκατομμύρια (Απρίλιος 1982), σε 95 δισεκατομμύρια (Νοέμβριος 1989). Η ανοχή βέβαια αυτή γύρω από την μη καταβολή των εισφορών της εργοδοσίας, παρατηρείται τόσο για επιχειρήσεις του ιδιωτικού, όσο και για επιχειρήσεις του δημόσιου τομέα, με συνέπεια την «συνέχιση της ασυδοσίας του κεφαλαίου σε βάρος της κοινωνικής ασφάλισης» και την «καταλήστευση» ενός μεγάλου τμήματος των πόρων της τελευταίας. Βλ. Ρουπακιώτης Χ. (1990) *«Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης»* σελ. 50-52, Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα.

[42] Βλ. Μάρδας Γ. (1998) *«Το Σύγχρονο Κοινωνικό Κράτος»* σελ. 50, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή. Επίσης, για την νομική θεμελίωση της κρατικής ευθύνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας, βλ. Κρεμαλής Κ. (1987) *«Το Δικαίωμα για Προστασία της Υγείας»* σελ. 119-168, Αθήνα.

ασφαλισμένων, φέρνει στην επιφάνεια εκτός από το ζήτημα της εξεύρεσης νέων πηγών εσόδων και αυτό του ελέγχου των δαπανών.[43]

1.6. Οι δαπάνες για την κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα.

Οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης, διατίθενται στην χώρα μας είτε μέσω του δημοσίου, είτε μέσω των αυτοτελών ασφαλιστικών οργανισμών, οι οποίοι πραγματοποιούν και το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής δαπάνης. Πέρα όμως από την σύγκριση των δαπανών του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών (πίνακας 2.1.3.), από την οποία προκύπτει μια σταδιακή αύξηση του ποσοστού που καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, σε ένα περιβάλλον όπου οι συνολικές δαπάνες αυξάνονται συνεχώς, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη της διάρθρωσης των δαπανών αυτών.

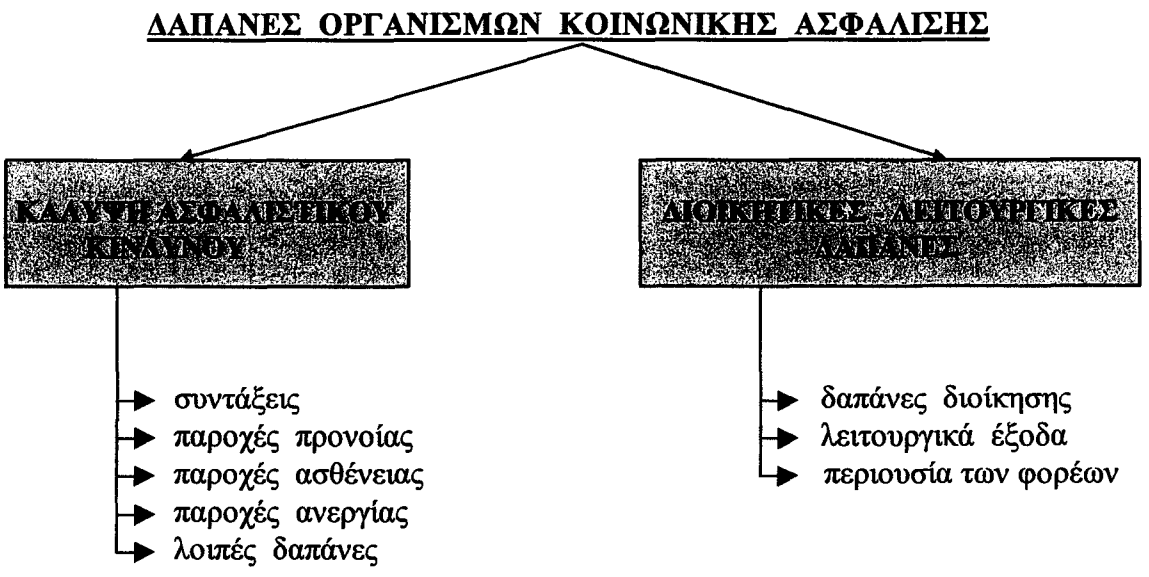
Συγκεκριμένα, οι δαπάνες του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, διακρίνονται σε δαπάνες που αφορούν αποκλειστικά στην κάλυψη των ασφαλιστικών κινδύνων και σε δαπάνες που έχουν να κάνουν με το διοικητικό και λειτουργικό κόστος του συστήματος. Οι πρώτες, κατηγοριοποιούνται σε δαπάνες σύνταξης, παροχών προνοίας, ασθένειας, ανεργίας και άλλες (λοιπές) δαπάνες (π.χ. οικογενειακά επιδόματα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.3. ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ (1980-1992)

ΕΤΟΣ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
1980	171.594	71,7	67.630	28,3	**239.224**
1981	225.444	71,6	89.426	28,4	**314.870**
1982	336.392	72,1	130.135	27,9	**466.527**
1983	432.326	73,2	158.368	26,8	**590.694**
1984	549.625	74,7	186.555	25,3	**736.180**
1985	685.601	73,3	249.174	26,7	**934.775**
1986	829.190	72,3	317.458	27,7	**1.146.648**
1987	967.728	72,1	375.318	27,9	**1.343.046**
1988	1.200.984	71,7	473.138	28,3	**1.674.122**
1989	1.434.427	70,5	599.241	29,5	**2.033.668**
1990	1.758.430	69,6	768.416	30,4	**2.526.846**
1991	2.158.027	70,2	915.006	29,8	**3.073.033**
1992	2.449.134	70,5	1.025.827	29,5	**3.474.961**

ΠΗΓΗ : Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1992.

[43] Όπως υποστηρίζεται, από την σχέση και τον προσδιορισμό των εσόδων και των δαπανών, εξαρτάται και η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Συγκεκριμένα, είναι ιδιαίτερα σημαντική η διατήρηση σε μακροπρόθεσμη βάση τόσο της συσχέτισης εσόδων και δαπανών, όσο και των άλλων βασικών στοιχείων του συστήματος που είναι το ύψος και ο χρόνος των εισφορών, οι χρόνοι συνταξιοδότησης, οι όροι συμμετοχής των εργοδοτών και των εργαζομένων στο σύστημα, κλπ. Βλ. Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ., Ξυδέας Ε. (1993) *«Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ΙΚΑ»* σελ. 17, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.



Όσο αφορά στην διάρθρωση των δαπανών, η μελέτη των εξόδων των Οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (πίνακας 2.1.4.), δείχνει μια σαφή υπερίσχυση των δαπανών για συντάξεις, σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών. Το ποσοστό μάλιστα των δαπανών για συντάξεις ,αυξάνεται διαχρονικά (από 57,3% το 1980 σε 63,2% το 1993 επί του συνόλου των δαπανών για κοινωνική προστασία),κάτι βέβαια το οποίο συνδέεται άμεσα με τις δημογραφικές εξελίξεις [44] που συντελέστηκαν στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες, οι οποίες είχαν σαν κύριο χαρακτηριστικό, την γήρανση του πληθυσμού.[45]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.4. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ (1980-1993)

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ %	ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ %	ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΙΑΣ %	ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ %	ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ %
1980	57,3	8,8	17,7	3,3	12,9
1985	65	8,8	9,7	3,1	13,4
1990	66	4,9	10,6	4,2	14,3
1993	63,2	5,4	12,8	4,4	14,2

Πηγή : Εθνικοί Λογαριασμοί

[44] Για το κόστος περίθαλψης των ηλικιωμένων και την σύνδεσή του με την ηλικία συνταξιοδότησης, βλ. Bernstein M. & Brodshaug-Bernstein J. (1988) *«Social Security. The system that works»* p.156-249, Basic Books, New York.

[45] Ενδεικτικά, αναφέρουμε πως τα ποσοστά των ηλικιακών ομάδων στη χώρα μας ήταν το 1981 23,7%, 63,6% και 12,7% για τις ομάδες 0-14, 15-64 και 65 και άνω αντίστοιχα, ενώ τα ποσοστά αυτά το 1986, έγιναν 20,5%, 66% και 13,5% αντίστοιχα, γεγονός που αφενός δείχνει μια αύξηση των μεγαλύτερων ηλικιών και αφετέρου, είχε δυσμενείς επιπτώσεις στο ασφαλιστικό πρόβλημα της χώρας. Βλ. Μάρδας Γ. (1993) *«Η κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η περίπτωση της Ελλάδας»* σελ. 72-73, στο Δουλκέρη Τ. επιμ. (1993) *«Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα»* Πρακτικά Διημερίδας του Ελληνικού Τμήματος Γυναικείων Ερευνών, Παπαζήσης, Αθήνα.

Η συνεχής βέβαια αυτή αύξηση του μεριδίου των συντάξεων, μπορεί να αποδοθεί πέρα από την αύξηση του αριθμού των δικαιούχων και στην σταδιακή επέκταση του επιπέδου των συντάξεων, [46] σαν αποτέλεσμα της εξέλιξης των βασικών μεγεθών της οικονομίας (ονομαστικοί μισθοί, πληθωρισμός, κλπ). [47]

Αξιοσημείωτες επίσης, είναι και οι μεταβολές που συντελέστηκαν στα μεγέθη των δαπανών των άλλων κατηγοριών. Ειδικότερα, παρατηρούμε μια διαχρονική μείωση του ποσοστού των δαπανών για πρόνοια και ασθένεια, ενώ αντίθετα, οι παροχές ανεργίας και τα διάφορα οικογενειακά επιδόματα, δεν παρουσίασαν αξιοσημείωτες μεταβολές.

Με δεδομένους λοιπόν τους παραπάνω συσχετισμούς και τα χρηματοδοτικά προβλήματα που εμφανίζει ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης, [48] καθώς και τα προβλήματα οργανωτικής ενότητας που μαστίζουν τον θεσμό από την γέννησή του, έχει ενταθεί ο προβληματισμός για την αναγκαιότητα τόσο της μεταρρύθμισης του συστήματος, [49] όσο και της αναγνώρισης του συμπληρωματικού ρόλου τον οποίο μπορεί να διαδραματίσει η ιδιωτική ασφάλιση. [50]

---

[46] Προβόπουλος Γ. (1987) *«Κοινωνική Ασφάλιση»* σελ. 38, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[47] Νεκταρίου Μ.(1996) *«Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα»* σελ.21, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.

[48] Σύμφωνα με τον Θεοδωρόπουλο, τα χρηματοδοτικά προβλήματα του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης, έχουν σαν αφετηρία την εξαιρετική σημασία που αποκτά η οικονομική λειτουργία του κράτους στα πλαίσια της ανάπτυξης του κοινωνικού του χαρακτήρα. Η λειτουργία αυτή, αφορά στην διασφάλιση των όρων συντήρησης και αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης - που αποτελεί την βάση όλου του συστήματος παραγωγής - και αναλαμβάνεται από το κράτος, με αποτέλεσμα την συνεχή αύξηση των κρατικών δαπανών για την εκπλήρωσή της. Βλ. Θεοδωρόπουλος Σ. (1993) *«Το κοινωνικό κράτος σήμερα. Ρόλος, προβλήματα και προοπτικές. Η Ελληνική εμπειρία»* σελ. 320-321, στο *«Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα»* Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 3° Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα. Κατά τον Σούλη, η ισορροπία των δαπανών κοινωνικής ασφάλειας, διαμορφώνεται από την γήρανση του πληθυσμού, σε συνάρτηση με το βαθμό εξάρτησης και το επίπεδο ανεργίας. Βλ Σούλης Σ. (1994) *«Ειδικά Θέματα Υγειονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής»* σελ. 209-213, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

[49] Ανεξάρτητα πάντως από τα σημαντικά - οικονομικής κυρίως φύσης - προβλήματα του θεσμού, παραμένει σίγουρο το γεγονός ότι το κόστος της εξασφάλισης ενός επιπέδου κοινωνικής προστασίας γενικότερα, πρέπει να αποτελεί μια από τις βασικές κοινωνικές προτεραιότητες και δεν μπορεί να αξιολογείται μόνο με οικονομικά κριτήρια και κριτήρια αποδοτικότητας. Εξ ΄άλλου, σε σχέση με την ανάπτυξη, έχει αποδειχτεί από μελέτες του ΟΟΣΑ, ότι η υιοθέτηση χαμηλών κοινωνικών δαπανών δεν επηρεάζουν αυξητικά τους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης. Αντίθετα,, μπορούμε να πούμε πως η κοινωνική ασφάλιση μέσω του παραγωγικού-επενδυτικού ρόλου που επιτελεί συνδράμοντας στην αύξηση της αποδοτικότητας της εργασίας, αποτελεί μέσο για την επιτάχυνση της ανάπτυξης. Βλ. Ρουπακιώτης Χ. (1990) *«Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης»* σελ. 123, Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα.

[50] Για τον συμπληρωματικό αυτό ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ως προς την κοινωνική ασφάλιση, βλ. Λιαρόπουλος Λ. 1993) *«Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική Στην Ελλάδα»* σελ. 17-18 και 117-121, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.

1.7. Η κρίση στην Κοινωνική Ασφάλιση και ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα.

Τα οργανωτικά προβλήματα που εμφανίζει η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα μας, καθώς και τα προβλήματα χρηματοδότησης, συνδέονται αφενός με την έλλειψη ασφαλιστικής ενότητας στα πλαίσια ενός συστήματος με πολυάριθμους φορείς [51] και αφετέρου με την ανυπαρξία ενός ορθολογικού τρόπου χρηματοδότησης. [52] Η ανεπάρκεια όμως που παρατηρείται στους τομείς αυτούς, δημιούργησε σοβαρά προβλήματα όσο αφορά στην έκταση και την ποιότητα των παροχών των φορέων, όπου πρωτοστατούν επαγγελματικές ομάδες με ισχυρή δυνατότητα πίεσης, οι οποίες κατορθώνουν και εξασφαλίζουν ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση.

Τίθεται λοιπόν ζήτημα ύπαρξης ασφαλιστικών κενών, μια και η καθολική ασφάλιση αποτελεί απλά μια υπόσχεση, ενώ η πραγματικότητα στιγματίζεται από έντονες διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της παρεχόμενης προστασίας. Παράλληλα, ο αριθμός των φορέων, οι γραφειοκρατικές δομές και ο διοικητικός συγκεντρωτισμός, καθιστούν το σύστημα ιδιαίτερα αναποτελεσματικό, αλλά ταυτόχρονα και άνισο, τόσο στο ζήτημα της κατανομής των πόρων, όσο και σε αυτό της προσπελασιμότητας και των παροχών.

Συγκεκριμένα, τα κυριότερα χαρακτηριστικά - προβλήματα του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας, που ανάγονται στην εσωτερική δομή και διάρθρωσή του, είναι τα παρακάτω [53] :

- Ύπαρξη πολλαπλών φορέων που συνεπάγεται ανισότητα στην παροχή για τις διάφορες ασφαλιστικές ομάδες.
- Έλλειψη θεσμικού πλαισίου που θα κατοχυρώνει την ενιαία λειτουργία του συστήματος.
- Απουσία επιστημονικής θεμελίωσης ενός Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας.
- Έλλειψη συντονισμού μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και της κεντρικής διοίκησης.

---

[51] Στις μέρες μας, οι ασφαλιστικοί φορείς ανέρχονται σε 330, με την εποπτεία τους να εκχωρείται σε 5 υπουργεία. Εντυπωσιακό όμως στοιχείο αναφορικά με τον κατακερματισμό και την πολυπλοκότητα του συστήματος, αποτελούν και οι διαφορετικές δραστηριότητες των φορέων (κύρια και επικουρική σύνταξη, υγεία, πρόνοια κλπ). Βλ. Σταθόπουλος Π. (1996) *«Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση»*, σελ.193, Εκδ. Έλλην, Αθήνα.

[52] Νεκταρίου Μ. (1996) *«Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα»* σελ. 124, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.

[53] Αμίτσης Γ. (1993) *«Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Πολιτικής : Σύνδεση με την πρακτική του κράτους-ευημερίας»* σελ. 88-91, στο Δουλκέρη Τ. επιμ. (1993) *«Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα»* Πρακτικά Διημερίδας του Ελληνικού Τμήματος Γυναικείων Ερευνών, Παπαζήσης, Αθήνα.

- Σύγχυση γύρω από τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής πρόνοιας, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των ασφαλιστικών οργανισμών.

- Εμφάνιση λειτουργικών αδυναμιών στην καθημερινή πρακτική και στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, λόγω της υστέρησης σε σύγχρονα μηχανογραφικά μέσα.

- Έλλειψη μελετών και συγκριτικών ερευνών σχετικά με την Ελληνική πραγματικότητα στην κοινωνική ασφάλιση, οι οποίες θα συμβάλουν στην προώθηση των θεμάτων της κοινωνικής ασφάλισης.

Σαν συνέπεια των παραπάνω, τα τελευταία χρόνια έκαναν και στην χώρα μας την εμφάνισή τους διάφορα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα, με στόχο την καλύτερη κάλυψη των κινδύνων που καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Σε αυτό το σημείο, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διευκρινίσουμε πως η ιδιωτική ασφάλιση δεν λειτουργεί ανταγωνιστικά σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση, αλλά αντίθετα έχει έναν συμπληρωματικό ως προς αυτήν ρόλο. [54] Ο ρόλος αυτός, συνίσταται στην δυνατότητα επιλογών που προσδίδει η ιδιωτική ασφάλιση στα άτομα, σχετικά με το είδος, τον φορέα και τον χρόνο στον οποίο θα παρασχεθούν οι αναγκαίες υπηρεσίες για την κάλυψη του συγκεκριμένου κινδύνου.

Οι διαφορές βέβαια μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης δεν εξαντλούνται στο πεδίο δράσης τους.. Σημαντική επίσης είναι και η διαφοροποίησή τους σε επίπεδο στόχων, με την κοινωνική ασφάλιση να εμφανίζει έναν ιδιαίτερα προνοιακό χαρακτήρα, την στιγμή που η ιδιωτική ασφάλεια λειτουργεί αποκλειστικά με οικονομικά κριτήρια .

Επιπρόσθετα, η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική και οι φορείς της (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες), λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους, έχοντας αναπτύξει αξιόλογους μηχανισμούς άντλησης κεφαλαίων, με τα οποία χρηματοδοτούν τις παροχές τους. Αντίθετα, η κοινωνική ασφάλιση λειτουργεί διανεμητικά, με τρόπο που οι σημερινές εισφορές των κοινωνικών ετέρων, καλύπτουν τις σημερινές ανάγκες των ασφαλισμένων. [55]

Τέλος, η ιδιωτική ασφάλιση στην χώρα μας, αρκείται στην κάλυψη των οικονομικών κινδύνων και δεν επεκτείνεται στον τομέα της παροχής υπηρεσιών όπως η κοινωνική ασφάλιση. Αντίθετα, η παρέμβασή της, οδηγεί απλά στην αύξηση της αγοραστικής δύναμης των ασφαλισμένων, οι οποίοι όμως ικανοποιούν τις όποιες ανάγκες για υπηρεσίες από τις δημόσιες υπηρεσίες και από την υπάρχουσα γενικότερη υποδομή.

Βλέπουμε λοιπόν, πως η ιδιωτική ασφάλιση, αναλαμβάνει την κάλυψη κινδύνων που δεν περιλαμβάνονται στα πλαίσια της κοινωνικής προστασίας, καθώς και κινδύνων που καλύπτονται μερικά ή ανεπαρκώς. Από αυτό προκύπτει πως η ιδιωτική ασφάλιση έχει έναν καθαρά συμπληρωματικό ρόλο, που συνίσταται στην εξασφάλιση των ατόμων για την άμεση αντιμετώπιση του όποιου κινδύνου θα παρουσιαστεί. Αυτό μάλιστα, γίνεται ανεξαρτήτως

[54] Λιαρόπουλος Λ. (1993) *«Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική Στην Ελλάδα»* σελ. 21, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.

[55] Λιαρόπουλος Λ. (1993) βλ. υποσ. 54, σελ. 22.

επαγγελματικής κατηγορίας του ασφαλισμένου-πελάτη, ανατρέποντας τις ανισότητες του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο ευνοεί συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες.

Από την άλλη βέβαια, το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης λόγω του κεφαλαιοποιητικού - επενδυτικού του χαρακτήρα, καθώς και του στόχου των φορέων του για οικονομική ευημερία, υπόκειται στους δικούς του περιορισμούς, που έχουν να κάνουν με την επιλογή ασφαλιστικών προγραμμάτων αλλά και πελατών, που δεν θα θέσουν σε κίνδυνο την επίτευξη του παραπάνω στόχου.

1.8. Συμπεράσματα.

Η καθυστέρηση προς την αναμόρφωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που παρατηρήθηκε στην χώρα μας , με δεδομένη την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος λόγω της διαχειριστικής-δημοσιονομικής του κρίσης, έδωσε το έναυσμα για την διείσδυση του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της ασφάλισης. [56]

Για λόγους που έχουν να κάνουν κυρίως με τις επιδιώξεις των δύο αυτών μοντέλων ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση και ο συμπληρωματικός ρόλος που καλείται να διαδραματίσει δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την κοινωνική ασφάλιση και την κοινωνική αλληλεγγύη την οποία προάγει. [57] Επίσης, τα όποια επιθυμητά αποτελέσματα είναι δυνατό να επιτευχθούν στα πλαίσια των ιδιωτικών φορέων κάλυψης των αναγκών - λόγω της ανταγωνιστικότητας μεταξύ των φορέων - δεν μπορούν και δεν πρέπει να οδηγήσουν σε στασιμότητα προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των παροχών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Προς την κατεύθυνση αυτή, κρίνεται εξαιρετικά αναγκαία η οργανωτική αναδιάρθρωση και η εισαγωγή χρηματοδοτικών νεωτερισμών στα πλαίσια της γενικότερης μεταρρύθμισης του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος. Εκτιμάται, πως σημείο αφετηρίας προς την προσπάθεια αυτή, θα μπορούσε να αποτελέσει η σύσταση Ενιαίου Φορέα Ασφάλισης, με στόχο την τιθάσευση των ελλειμμάτων και την εξασφάλιση της διαχρονικής ισότητας στην μεταχείριση των ασφαλισμένων. [58]

Η προώθηση μάλιστα της άποψης για την σύσταση ενιαίου φορέα ασφάλισης, αποκτά ολοένα και περισσότερους υποστηρικτές , που αποδίδουν ένα

---

[56] Η διείσδυση αυτή εκφράζεται : α)με την είσοδο αλλοδαπών εταιρειών στην ελληνική αγορά, β)με την δημιουργία ευρείας οικονομικές βάσης από τις ελληνικές ασφαλιστικές εταιρείες, μέσα από συνεργασίες με αντίστοιχες εταιρείες του εξωτερικού και τραπεζικούς οργανισμούς, γ)με την διεθνοποίηση των ελληνικών ασφαλιστικών εταιρειών. Βλ. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1996) *«Τα οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια λειτουργίάς του ιδιωτικού τομέα. Η περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα»* σελ.410, στο *«Όρια και σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού»*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 5° Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

[57] Ρομπόλης Σ. (1995) *«Κοινωνική ή Ιδιωτική Ασφάλιση στην Υγεία;»* σελ. 79, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η Πολιτική Υγείας Στην Ελλάδα»*, ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα.

[58] Για τις προοπτικές ενός ενιαίου φορέα στην υγεία, βλ . Σκουτέλης Γ. (1995) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Ρεαλισμός και Ουτοπία» σελ.103-108, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η Πολιτική Υγείας Στην Ελλάδα»*, ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα.

μεγάλο μέρος των προβλημάτων που αντιμετωπίζει σήμερα η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα μας, στην περιστασιακή επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, ακριβώς λόγω της έλλειψης ενός οργανωτικού πλαισίου εναρμονισμένης λειτουργίας των φορέων. [59]

Έτσι, με δεδομένες τις δυσοίωνες προβλέψεις για τις δημογραφικές εξελίξεις και το κόστος της κοινωνικής ασφάλισης, θεωρείται σχεδόν βέβαιο πως μόνο η προώθηση του παραπάνω ενιαίου σχήματος, θα καταστήσει δυνατή την συστηματική λήψη μέτρων για την εξυγίανση, την ορθολογική χρηματοδότηση και την ικανοποίηση της υπόσχεσης για καθολική και ισότιμη κάλυψη, στα πλαίσια του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η ανάγκη εξ' άλλου για αποτελεσματική οργάνωση των λειτουργιών της κοινωνικής προστασίας γενικότερα, κρίνεται επιτακτική, καθώς η οικονομική κρίση αυξάνει και παγιώνει τους κινδύνους κοινωνικής διάσπασης και κλονισμού των κοινωνικών ισορροπιών. [60]

[59] Αντίστοιχα, προωθείται στον τομέα της υγείας το σχέδιο για την σύσταση ενός ενιαίου φορέα, με διάφορες εκδοχές (ενοποίηση κλάδων ασφάλισης σε ένα ταμείο, συγκρότηση ειδικού διοικητικού φορέα, κοινοπραξία φορέων, ομοσπονδία) με σκοπό α)την διασφάλιση ίσων ευκαιριών στην χρήση των υπηρεσιών υγείας και β)την βελτίωση της διοικητικής ικανότητας του συστήματος υγείας. Αναλυτική παρουσίαση της επιχειρηματολογίας υπέρ της σύστασης του Ενιαίου Φορέα Υγείας και των εκδοχών της, στο : Μπουρσανίδης Χ. (1996) *«Ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας»* σελ. 54-84 στο *«Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα»* Πρακτικά Ημερίδας, Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

[60] Τσουλουβή - Πετμεζίδου Μ. (1992) *«Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική»* σελ. 51-57, Εξάντας, Αθήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{ο} ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΤΟ ΕΣΥ

2.1. Εισαγωγή.

Η εξελικτική πορεία της πολιτικής υγείας στην χώρα μας, εκτείνεται από την λήψη απλών, αποσπασματικών μέτρων για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών (π.χ. επιδημίες) κατά τις πρώτες δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα, έως την διαμόρφωση και θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στις αρχές της δεκαετίας του '80. Όλη αυτή η περίοδος, χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα σημαντικές εξελίξεις και γεγονότα στον Ελλαδικό χώρο, τα οποία προσδιόρισαν και τις επιλογές σχετικά με τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας στην χώρα μας.

Από την άλλη, η διεθνής εμπειρία από πολύ νωρίς, έχει να επιδείξει μια οργανωμένη προσπάθεια για την προάσπιση της υγείας μέσω της καθιέρωσης των κοινωνικών ασφαλίσεων, με αφετηρία τις μεταρρυθμίσεις του Bismark στην Γερμανία οι οποίες οδήγησαν στην ολοκλήρωση του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος, το 1889. Την ίδια στιγμή όμως, ενώ η υπόλοιπη Ευρώπη δείχνει να ακολουθεί το γερμανικό παράδειγμα, [1] στην Ελλάδα, οργανωμένες προσπάθειες προς την κατεύθυνση της χάραξης μιας ενιαίας υγειονομικής πολιτικής, εμφανίζονται με σημαντική καθυστέρηση.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, επιχειρείται μια σύντομη προσέγγιση της εξέλιξης της φροντίδας υγείας στην χώρα μας, μέχρι την σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

2.2. Η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Ιστορική αναδρομή.

2.2.1. Τα πρώτα μέτρα του νεοελληνικού κράτους, μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα.

Αν θέλουμε να προσεγγίσουμε τα μέτρα υγειονομικής πολιτικής στην χώρα μας, μπορούμε να ορίσουμε σαν αφετηρία την δεύτερη δεκαετία του 20ου αιώνα, διότι απλά μέχρι εκείνο το σημείο, οι νομοθετικές παρεμβάσεις της κρατικής εξουσίας στα θέματα υγείας, ήταν ιδιαίτερα ανεπαρκείς, [2] ενώ

[1] Αναφέρουμε παραδειγματικά την περίπτωση της Βρετανίας, όπου η επιβολή των κοινωνικών μεταρρυθμίσεων από τον πρωθυπουργό Lloyd George με αποκορύφωμα τον νόμο για την ασφάλιση υγείας το 1911, ήταν σε μεγάλο ποσοστό εμπνευσμένη από το γερμανικό μοντέλο.

[2] Από την απαρχή του ανεξάρτητου βίου του Ελληνικού κράτους μέχρι την περίοδο που εξετάζουμε, δεν είχε γίνει καμία σοβαρή προσπάθεια για την υγειονομική οργάνωση της χώρας , εκτός από τα στοιχειώδη μέτρα της οθωνικής περιόδου για την αντιμετώπιση θανατηφόρων λοιμών όπως η χολέρα (1828 και 1854) και η πανώλη (1837). Μια δέσμη στοιχειωδών μέτρων που επιχειρήθηκαν να θεσπιστούν την περίοδο αυτή, βρέθηκε αντιμέτωπη με την αδυναμία πραγματοποίησης οποιουδήποτε σχεδίου για την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, λόγω της έλλειψης γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Η περίοδος που ακολούθησε (2^{ο} μισό του 19^{ου} αιώνα) χαρακτηριζόταν από μια ολοκληρωτική παράλυση της σχετικής νομοθεσίας και κατά συνέπεια των υγειονομικών υπηρεσιών, απόρροια και των οικονομικών δυσχερειών της χώρας εξ' αιτίας τόσο της διόγκωσης των στρατιωτικών δαπανών , όσο και του εξωτερικού χρέους.

οποιαδήποτε φιλόδοξη προσπάθεια, αδυνατούσε να προχωρήσει κυρίως λόγω της έλλειψης υποδομής, ακόμη και σε ανθρώπινο δυναμικό. [3]

Οι οικονομικές μάλιστα επιλογές των Ελληνικών κυβερνήσεων κατά το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, έκαναν απαγορευτική την οποιαδήποτε σκέψη για αύξηση των δαπανών για την δημόσια υγεία. Σε αυτό συνέβαλαν τόσο οι διεθνείς εξελίξεις σχετικά με την μεταβολή των διπλωματικών και στρατιωτικών ισορροπιών στο βαλκανικό χώρο, [4] οι οποίες οδήγησαν στην αύξηση των στρατιωτικών δαπανών, όσο και η «δημοσιονομική παραφροσύνη» της περιόδου, που εκφραζόταν με την υπέρμετρη προσφυγή σε εξωτερικό δανεισμό, για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων των προϋπολογισμών των κυβερνήσεων Τρικούπη. [5]

Ενδεικτικά, όσο αφορά στους προσανατολισμούς της οικονομικής πολιτικής της περιόδου, αναφέρουμε πως οι στρατιωτικές δαπάνες ενώ μέχρι το 1875 ήταν σε λογικά επίπεδα [6] (περίπου 25% επί του προϋπολογισμού), από εκείνο το σημείο κι έπειτα, φθάνουν σε ποσοστό περίπου 45%, ενώ αντίστοιχα σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε και στο ποσοστό των δημοσίων επενδύσεων, οι οποίες ενώ μέχρι το 1880 κυμαινόταν μεταξύ 2% και 4%, από εκείνο το σημείο κι έπειτα, ανέβηκαν στο 7,5% έως και 10% επί του προϋπολογισμού. Λογικά λοιπόν, οι δαπάνες για την δημόσια υγεία, μειώθηκαν από 400.000 που ήταν το 1859 σε 326.000 το 1908, την στιγμή που για το ίδιο διάστημα, ο προϋπολογισμός είχε επταπλασιαστεί (από 19,4 σε 134 εκατομμύρια δραχμές).

Στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, η έκταση της νοσηρότητας ήταν ιδιαίτερα μεγάλη και αποκαλύφθηκε μέσα από τις γενικές επιστρατεύσεις της πολεμικής περιόδου 1912-1922, γεγονός που οδήγησε στην ψήφιση του νόμου *«Περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας»* το 1914, ο οποίος όμως δεν εφαρμόστηκε εξ΄ αιτίας της έλλειψης πιστώσεων αλλά και προσωπικού. [7]

Εξαίρεση στις αποτυχημένες προσπάθειες του παρελθόντος, αποτέλεσαν οι προσπάθειες των στρατιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών, για την αντιμετώπιση

---

[3] Πανουτσοπούλου Κ. (1984) *«Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες τάσεις»* σελ. 100-124, Εκδ. Γρηγόρης, Αθήνα.

[4] Οι βαλκανικοί εθνικισμοί που ήρθαν στη επιφάνεια μετά το τέλος του Ρωσοτουρκικού πολέμου (1877), απειλούσαν για ενδοβαλκανικές συρράξεις, γεγονός που επηρέασε σημαντικά και τις δημοσιονομικές επιλογές του Ελληνικού κράτους.

[5] Τζόκας Σ. (1998) *«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός στην Ελλάδα στα τέλη του 19ου αιώνα. Υπανάπτυξη ή Εξαρτημένη Ανάπτυξη;»* σελ. 21-31, ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα.

[6] Όπως προαναφέραμε, μέχρι το 1875 δεν ήταν ορατή η απειλή πολέμου μια οι τύχες των βαλκανικών κρατών, είχαν αφεθεί στις Μεγάλες Δυνάμεις, γεγονός που δεν επέτρεπε τον οραματισμό «Μεγάλων Ιδεών». Βλ. Τζόκας Σ. (1998) υποσ. 5, σελ. 23.

[7] Τόσο αυτός ο νόμος όσο και άλλοι σχετικοί νόμοι της περιόδου, χαρακτηρίζονταν από την απουσία προληπτικών μέτρων, γεγονός που δείχνει την κρατούσα αντίληψη για τον ρόλο του κράτους-επιτηρητή. Για παράδειγμα, στην συζήτηση του νόμου *«Περί ιδρύσεως αντιφυματικών ιατρείων, νοσοκομείων κλπ.»* προτάθηκαν μέτρα όπως η στείρωση των φυματικών, ενώ δεν έγινε καμία πρόβλεψη για δαπάνη ίδρυσης ιατρείων ή νοσοκομείων. Βλ. Καπανίδης Ν. 1988 *«Η κλειστή περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος, 1909-1940»* σελ. 60-65, Διδακτορική διατριβή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.

των υγειονομικών κινδύνων που προκαλούνταν από τις εχθροπραξίες. [8] Το εύρος όμως των προσπαθειών αυτών ήταν ιδιαίτερα περιορισμένο, ενώ κάτι αντίστοιχο συνέβη και με το Υπουργείο Περιθάλψεως, το οποίο ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη το 1917, με σκοπό την περίθαλψη των προσφύγων.

Ενώ λοιπόν, η έλλειψη πολιτικής βούλησης, η γραφειοκρατική δυσκαμψία και η άρνηση του ιατρικού σώματος, [9] διαμόρφωσαν ιδιαίτερα αρνητικές προϋποθέσεις στην προσπάθεια για αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, η έλευση των προσφύγων του 1922-1923, ήρθε να κλονίσει τα παραπάνω δεδομένα και να ανατρέψει τον τρόπο αντιμετώπισης των υγειονομικών κινδύνων.

2.2.2. Η πρόκληση του 1922-1923. Η ανάγκη για κρατική παρέμβαση προς την αναμόρφωση του υγειονομικού τομέα.

Η είσοδος ενός πολύ σημαντικού αριθμού προσφύγων από τη Μ. Ασία το 1922, οδήγησε στην *«σαφή επιδείνωση της υγείας του ελληνικού λαού»* [10] με κύριο χαρακτηριστικό την έξαρση της ελονοσίας, ιδιαίτερα στην Βόρεια Ελλάδα, η οποία δέχτηκε τον μεγαλύτερο όγκο των προσφύγων. Με δεδομένο μάλιστα το πρόβλημα στέγασης που προέκυψε στην περιοχή, καθώς και τις σημαντικότατες ανεπάρκειες του αποχετευτικού συστήματος και του δικτύου υδροδότησης, αντιλαμβανόμαστε πως ο κίνδυνος επιδημιών ήταν κάτι παραπάνω από ορατός. [11]

Αντίστοιχα προβλήματα αντιμετώπιζε όμως και η Αθήνα, όπου η έλλειψη αποχετευτικού συστήματος και η ελαττωματική υδροδότηση από τη μια και η απουσία του κράτους από τις λειτουργίες κοινωνικής ωφέλειας από την άλλη, δημιούργησαν συνθήκες διαβίωσης που ευνοούσαν την εξάπλωση ασθενειών όπως ο τύφος και η ελονοσία. [12]

Ενώ λοιπόν η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν τραγική, η διαπίστωση ότι τα χρηματοδοτούμενα από τον ευεργετισμό ιδρύματα δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των τεράστιων υγειονομικών αναγκών, ενίσχυε ολοένα και περισσότερο την προσπάθεια συντονισμού και προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η προσπάθεια προς την κατεύθυνση της ίδρυσης ενός δημόσιου φορέα για την άσκηση υγειονομικής πολιτικής, ξεκινούσε με κύριο στόχο την ανάπτυξη ενός ασφαλιστικού συστήματος, στο οποίο θα

---

[8] Ειδικότερα, το 1912, οργανώθηκε το Γραφείο Υγιεινής Μακεδονίας και το 1915, η Διασυμμαχική Μακεδονική Επιτροπή.

[9] Η στάση του ιατρικού σώματος ως προς την κρατική παρέμβαση για την προάσπιση της υγείας των πολιτών ήταν αρνητική, διότι στον ιατρικό κόσμο, επικρατούσε η αντίληψη πως κάτι τέτοιο θα οδηγούσε στην υπαλληλοποίηση του επαγγέλματος. Βλ. Λιάκος Α. (1993) *«Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών»* σελ. 320, Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.

[10] Ζηλίδης Χ. (1988) «Η ανοικτή περίθαλψη στην ελληνική ύπαιθρο 1922-1983» σελ. 31, Διδακτορική διατριβή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.

[11] Λιάκος Α. (1993) βλ. υποσ. 9, σελ. 322-324.

[12] Μπίρης Κ. (1966) «Αι Αθήναι, από τον 19ον εις τον 20όν αιώνα» σελ. 255, Αθήνα.

εντάσσονταν πέρα από την ασφάλιση από τους υγειονομικούς κινδύνους και η ασφάλεια και υγιεινή στους χώρους εργασίας. [13]

Τα πρώτα λοιπόν μέτρα που πάρθηκαν, αφορούσαν στην προστασία στους χώρους εργασίας και προς την κατεύθυνση αυτή, θεσπίστηκαν διάφοροι νόμοι σχετικά με την αποζημίωση των κινδύνων που προκαλούνται από εργατικά ατυχήματα. [14] Η ικανοποίηση όμως της γενίκευσης της κοινωνικής ασφάλισης, αποτελούσε ακόμη και έπειτα από τον Ν. 2868/20-7-1922 «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων», έναν στόχο που δεν επιτεύχθηκε, άσχετα με το αν προέβλεπε την ίδρυση ταμείων ανά επιχείρηση. Τόσο λοιπόν η ανεπαρκής χρηματοδότηση εξ΄ αιτίας του μικρού αριθμού ασφαλισμένων, όσο και η ασυντόνιστη δράση των φορέων, κράτησαν την ασφάλιση κατά της ασθένειας σε πολύ χαμηλά επίπεδα. [15]

Ενώ λοιπόν ήδη μετά το 1922 η είσοδος των προσφύγων είχε κάνει επιτακτική την ανάγκη για θέσπιση μέτρων προς την ανάγκη μιας συστηματικής κάλυψης κατά της ασθένειας, η οικονομική κρίση της δεκαετίας του '30, απειλούσε να οδηγήσει σε εξαθλίωση τις μεγάλες μάζες του πληθυσμού, επαναφέροντάς τες σε παλαιότερες καταστάσεις, όπου οι συνθήκες διαβίωσης, είχαν σαν αποτέλεσμα την εξάπλωση των επιδημιών. [16]

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω συγκυριών και έπειτα από πιέσεις που ασκήθηκαν από το Διεθνές Γραφείο Εργασίας [17], η κυβέρνηση του Βενιζέλου, ψήφισε τελικά τον νόμο 5733/1932 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», με κύριο άξονα την δημιουργία του ΙΚΑ, [18] ο οποίος όμως δεν εφαρμόστηκε, λόγω της πτώσης της κυβέρνησης Βενιζέλου. Προς την ίδια κατεύθυνση, ακολούθησε το 1934 η ψήφιση του Ν. 6298/1934 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» από το

---

[13] Στα πλαίσια αυτά, εντοπίζουμε ήδη από το 1914 κάποια σημαντικά νομοθετήματα, των οποίων όμως η εφαρμογή, έγινε με μεγάλη καθυστέρηση. Ενδεικτικά, αναφέρουμε τον Ν. 346/1914, *«Περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας»*, ο οποίος αποτέλεσε μεν την πρώτη προσπάθεια ενοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών, όμως οι διατάξεις του, εφαρμόστηκαν μετά το 1922. Για περισσότερα νομοθετήματα της περιόδου, βλ Θωμόπουλος Ε. (1977) *«Η ιστορία της κοινωνικής προστασίας από των αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα»* σελ. 175, Παπαζήσης, Αθήνα.

[14] Τέτοιος νόμος ήταν ο Ν. 3934/21-11-1911 *«Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και περί ωρών εργασίας»*, ενώ ακόμη σημαντικότερος ήταν ο Ν. 551/8-1-1915 *«Περί ευθύνης προς αποζημίωση των εξ' ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων»*. Αναλυτικότερα, βλ. Μαστρογιάννης Ι. (1960) *«Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεωτέρας Ελλάδος 1821-1960»* σελ. 81-100, Αθήνα.

[15] Περάκης Μ.(1955) *«Η Ιστορία της Κοινωνικής Ασφαλίσεως»* σελ. 62-64, Ηράκλειο.

[16] Για παράδειγμα, αναφέρουμε την έξαρση της επιδημίας χολέρας κατά το 1854, σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση της εποχής . Αναλυτικότερα, βλ. Σακελλαρόπουλος Θ. (1994) *«Οι κρίσεις στην Ελλάδα 1830-1857. Οικονομικές, Κοινωνικές και Πολιτικές όψεις»* σελ. 158-161, Κριτική, Αθήνα.

[17] Για τον ρόλο του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, βλ . Λιάκος Α. (1993) *«Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών»* σελ. 184-204, Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.

[18] Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη δεκαετία του 1980. Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 249-250, Διδακτορική Διατριβή , Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Λαϊκό Κόμμα, το οποίο όμως φρόντισε να κάνει την εφαρμογή του λιγότερο δαπανηρή, [19] με μέτρα όμως που επιβάρυναν το εισόδημα των εργαζομένων, χωρίς ταυτόχρονα επιτυγχάνεται ο στόχος της καθολικής ασφάλισης. [20] Τελικά όμως, η εφαρμογή του νόμου, ακολούθησε τους βραδείς ρυθμούς που χαρακτήριζαν γενικότερα την επέκταση του συστήματος των κοινωνικών ασφαλίσεων, [21] με συνέπεια η λειτουργία του ΙΚΑ να αρχίσει στις 1/12/1997, με περιορισμένο όμως εύρος. [22]

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθούμε σε δύο γεγονότα, που σκιαγραφούν τον τρόπο δράσης των ελληνικών κυβερνήσεων και αντανακλούν την απουσία μιας ενιαίας κρατικής πολιτικής στον τομέα της υγείας.. Από την μια λοιπόν, διακρίνουμε την συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας για επίκληση βοήθειας από το εξωτερικό, η οποία βρήκε έκφραση το 1928 στο πρόσωπο του τότε υφυπουργού Υγιεινής Απόστολου Δοξιάδη, ενώ από την άλλη, διαπιστώνουμε μια ανεξήγητη καθυστέρηση προς την τελική σύσταση του Υπουργείου Υγιεινής, η οποία λόγω του περιστασιακού χαρακτήρα των πολιτικών επιλογών έγινε με καθυστέρηση δέκα ετών. [23]

Όσο αφορά στην σημασία της παρέμβασης της Οργάνωσης Υγείας της Κ.Τ.Ε., με την κατάρτιση προγράμματος για την οργάνωση του Υγειονομικού Συστήματος της Ελλάδας, αξίζει να αναφερθούμε τόσο στην έκθεση που συντάχθηκε για την απεικόνιση της υγειονομικής πραγματικότητας στην χώρα μας, όσο και στην αίσθηση που προκάλεσε η μη εφαρμογή του προγράμματος, στερώντας από την χώρα μας μια μοναδική ευκαιρία για εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

Όσο αφορά λοιπόν στα πορίσματα της έρευνας της επιτροπής υγιεινολόγων της Οργάνωσης Υγείας της ΚΤΕ, αυτά ήταν ιδιαίτερα απογοητευτικά για την υγειονομική οργάνωση της χώρας. [24] Σε γενικές πάντως

---

[19] Μπαμπανάσης Σ. (1984) *«Η εξέλιξη των κοινωνικών ασφαλίσεων και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα 1835- 1983»* σελ. 221, στο «Εισηγήσεις πάνω σε θέματα κοινωνικής ασφάλειας», Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

[20] Σημαντικό αρνητικό σημείο του νόμου ήταν το ότι άφηνε έξω από την ασφαλιστική κάλυψη σημαντικά τμήματα του πληθυσμού, όπως οι αγρότες, οι άνεργοι κλπ.

[21] Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ. (1993) *«Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ΙΚΑ»* σελ. 19, ΙΝΕ (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ), Αθήνα.

[22] Η ισχύς του νόμου, αφορούσε μέχρι τα τέλη του 1938, μόνο τις περιφέρειες της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης.

[23] Ο πρώτος νόμος «Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου Περίθαλψης μετονομαζόμενου σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας» (Ν. 2882/1922), δεν εφαρμόστηκε λόγω της Μικρασιατικής καταστροφής. Την ίδια τύχη, είχε και το Ν.Δ. της 31/12/1922, σύμφωνα με το οποίο το Υπουργείο Περιθάλψεως, το οποίο είχε ιδρυθεί το 1917, θα μετονομαζόταν σε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως. Λίγοι αργότερα όμως (1926) το Υπουργείο καταργείται από τον Πάγκαλο και οι αρμοδιότητές του εκχωρούνται στο Υπουργείο Εσωτερικών για να ξανασυσταθεί την ίδια χρονιά με το Ν.Δ. της 28/8/1926. Τέλος, λίγο αργότερα (1928), συστήνεται το Υφυπουργείο Υγιεινής, το οποίο προσωρινά αυτονομήθηκε σε Υπουργείο ένα χρόνο αργότερα, για να ξαναενταχθεί στο Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως το 1932.

[24] Η έρευνα ολοκληρώθηκε στις 7 Απριλίου 1929 και η εκθέσεις που συντάχθηκαν, περιλάμβαναν σχόλια όπως «Η Ελλάδα είναι επικίνδυνη χώρα από άποψη υγιεινής», ή «Η

γραμμές, τα μέλη της επιτροπής, πέρα από τις διαπιστώσεις σχετικά με τις δυσμενείς συνθήκες υγιεινής που επικρατούσαν στην Ελλάδα, προέβησαν και σε κάποιες προτάσεις που προσανατολίζονταν στην ανάληψη ρόλων από τις τοπικές αρχές, στην αλλαγή του τρόπου εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας και στην βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων των νοσοκομείων.

Προς την κατεύθυνση αυτή, προτάθηκε η σύσταση ενός κεντρικού οργανισμού με ρόλο συντονιστικό, που θα αναλάμβανε να συγκεντρώσει τις μέχρι τότε διάσπαρτες υπηρεσίες του υγειονομικού τομέα. Στο νέο σύστημα, εξέχουσα θέση θα είχαν τα Κέντρα Υγείας, τα οποία θα διοικούνταν από τα Κέντρα Διαμερίσματος, που θα υπήρχαν σε κάθε γεωγραφική περιφέρεια και τα οποία θα αναλάμβαναν και το ερευνητικό μέρος για την συγκεκριμένη περιοχή.

Ειδικά για τις περιοχές Αθήνας, Πειραιά και περιχώρων, με στόχο την συγκέντρωση των εκεί υπηρεσιών, αλλά και με επιφόρτιση για τον έλεγχο της διασφάλισης της υγιεινής σε κατοικίες και σε χώρους εργασίας, ιδρυόταν η Μητροπολιτική Υπηρεσία Υγιεινής. Η εφαρμογή του εν λόγω προγράμματος, είχε σχεδιαστεί να γίνει σταδιακά -ώστε να ολοκληρωνόταν μετά από πέντε περίπου χρόνια - και για το λόγο αυτό, ιδρύθηκε τον Αύγουστο του 1929 το προπαρασκευαστικό Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών, το οποίο όμως κάτω από τις πιέσεις ενός ιδιαίτερα αρνητικό περιβάλλοντος, [25] δεν μπόρεσε να ολοκληρώσει το έργο του.

Το πρόγραμμα λοιπόν ματαιώθηκε, η ευκαιρία για υγειονομική οργάνωση της χώρας χάθηκε και ως μοναδική κληρονομιά της Επιτροπή Υγείας της ΚΤΕ, έμμεινε η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, η οποία ιδρύθηκε το 1929 και με την μετέπειτα δράση της, αποτέλεσε έναν σημαντικό παράγοντα παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγιεινής, κατάρτισης υγειονομικού προσωπικού, αλλά και μελετών πάνω σε διάφορα υγειονομικά προβλήματα. [26]

Τελειώνοντας την αναφορά μας στην περίοδο αυτή του μεσοπολέμου, αξίζει να επισημάνουμε πως οι ανεπάρκειες της νοσοκομειακής υποδομής της χώρας, οι οποίες έγιναν περισσότερο εμφανείς με την είσοδο των προσφύγων αλλά και με την επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης ως απόρροια της οικονομικής κρίσης του 1929, οδήγησαν στην λήψη μέτρων για την αναβάθμιση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στα πλαίσια αυτά, εντάσσεται και η έκδοση του Α.Ν. 965/1937 *«Περί Οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων»*, με τον οποίο τέθηκαν οι πρώτες βάσεις για την μετέπειτα οργάνωση της νοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα.

παρούσα κατάσταση εγκυμονεί κινδύνους για την Ελλάδα αλλά και για την Ευρώπη γενικότερα». Για περισσότερη ανάλυση σχετικά με την έκθεση αλλά και τις «ιδιωτικές» διαπιστώσεις της επιτροπής, βλ. Λιάκος Α. (1993) *«Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών»* σελ. 327-330, Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.

[25] Το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών, βρέθηκε από την ίδρυσή του αντιμέτωπο, τόσο με τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, όσο και με την Ιατρική Σχολή.

[26] Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη δεκαετία του 1980. Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 253, Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα και Λιάκος Α. (1993) *«Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών»* σελ. 333, Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.

Με κύρια πηγή χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό, επιδιωκόταν η σύσταση κρατικών νοσοκομείων, τα οποία θα ελέγχονταν από το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως και θα ήταν στελεχωμένα με εξειδικευμένο και καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό. [27]

Τέλος, για την αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών για νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου, ψηφίστηκε ένας ακόμη Αναγκαστικός Νόμος (2769/1941), ο οποίος έδινε το δικαίωμα της «Προσωρινής ίδρυσης νοσοκομείων» στους υπουργούς υγείας και οικονομικών, με τρόπο που διευκόλυνε τις διοικητικές διαδικασίες. Η εξέλιξη βέβαια αυτών των ιδρυμάτων, ανέτρεψε τον αρχικό τους προσωρινό χαρακτήρα, μια και τελικά, τα ιδρύματα αυτά εξακολουθούσαν να λειτουργούν και μετά το τέλος του πολέμου, επειδή οι ανάγκες για νοσοκομειακή περίθαλψη παρέμειναν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα. [28]

Αναφερθήκαμε λοιπόν στην περίοδο όπου εντοπίζονται τα πρώτα δείγματα άσκησης κρατικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, η οποία σηματοδοτείται από την είσοδο των προσφύγων της Μ. Ασίας το 1922, καθώς και από την οικονομική κρίση που ακολούθησε λίγα χρόνια αργότερα (1929). Σε μια χώρα μάλιστα όπου η υγειονομική υποδομή ήταν σχεδόν ανύπαρκτη, αντιλαμβανόμαστε πως οι προσπάθειες αυτές με τη λήψη μέτρων παροχής υπηρεσιών υγείας, δεν μπόρεσαν να κρύψουν τις μεγάλες αδυναμίες του κράτους να αντιμετωπίσει τα υγειονομικά προβλήματα του πληθυσμού.

Η περίοδος που ακολούθησε, η οποία με την σειρά της σηματοδοτήθηκε από τα γεγονότα του εμφυλίου πολέμου - την στιγμή μάλιστα που η χώρα βρισκόταν ακόμη σε φάση ανασυγκρότησης από τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο - έχει να επιδείξει κάποιες σημαντικές μεταρρυθμίσεις, όμως οι ελλείψεις και οι αδυναμίες σε στελέχη και εξοπλισμό, εξακολουθούσαν να διαμορφώνουν ένα ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο παρεχομένων υπηρεσιών.

2.2.3. Η υγειονομική πολιτική στην Ελλάδα, μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου.

Η γενικότερη κατάσταση που επικρατούσε στην Ελλάδα μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, σηματοδότησε τις εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα καθώς και τα μέτρα που θεσπίστηκαν, για την αντιμετώπιση των αυξημένων αναγκών που προέκυψαν λόγω του πολέμου. Ενώ όμως στις υπόλοιπες χώρες, η προσπάθεια για ανασυγκρότηση -κυρίως σε οικονομικό επίπεδο- είχε ξεκινήσει αμέσως μετά το τέλος του πολέμου, στην Ελλάδα, αυτή η προσπάθεια καθυστέρησε λόγω του εμφυλίου πολέμου, ο οποίος επιπλέον δημιούργησε πρόσθετα προβλήματα, τόσο ως προς τις ανθρώπινες ζωές που χάθηκαν, όσο και ως προς τις υλικές απώλειες. [29]

---

[27] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 82-83, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[28] Λαδά Χατζοπούλου Α. (1978) *«Η δημόσια υγεία - περίθαλψη στην Ελλάδα : Ιστορική εξέλιξη - Σημερινά προβλήματα»* σελ. 5, Σύγχρονα Θέματα, περίοδος β' , χρόνος 1ος, τεύχος 3, Δεκέμβριος 1978.

[29] Αγαπητός Γ. (1997) *«Εξελίξεις και Διαρθρωτικά Προβλήματα της Ελληνικής Οικονομίας (1950-1993)»* , τόμος Α' , σελ. 49, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα.

Στον υγειονομικό τομέα, χρειάστηκε πάλι η βοήθεια από το εξωτερικό ώστε να διαπιστωθούν οι ανεπάρκειες σε εγκαταστάσεις και εξειδικευμένο προσωπικό που στερούσαν από τον πληθυσμό τις υπηρεσίες εκείνες που απαιτούνταν για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νόσων, που εκείνη την περίοδο βρίσκονταν σε έξαρση. [30] Ειδικότερα, στα πλαίσια της συμφωνίας που υπογράφηκε το 1947 μεταξύ Ελλάδας και ΗΠΑ η οποία αφορούσε στην παροχή βοήθειας για την ανασυγκρότηση της χώρας, ειδική ομάδα της Αμερικάνικης Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας, δραστηριοποιήθηκε στην Ελλάδα, με σκοπό την διαπίστωση της υφιστάμενης κατάστασης στον υγειονομικό τομέα και την περαιτέρω δράση, δεδομένης της βοήθειας των ΗΠΑ.

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην έκθεση της ομάδας, η οποία αφορούσε στο οικονομικό έτος 1951-52, είναι ενδεικτικά για το επίπεδο υγείας του Ελληνικού πληθυσμού, καθώς και για το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, ενώ η έκθεση αυτή, συγκρινόμενη με την αντίστοιχη της ομάδας της Οργάνωσης Υγείας της ΚΤΕ, δείχνει πως η εικοσαετία που προηγήθηκε, πέρασε σχεδόν ανεκμετάλλευτη σχετικά με την οργάνωση της φροντίδας υγείας στην χώρα μας. Έτσι, οι επισημάνσεις και αυτής της ομάδας, αφορούσαν στην ανεπαρκή υποδομή σε εγκαταστάσεις και προσωπικό και ειδικότερα, στην άθλια κατάσταση των 52 κέντρων υγείας και στην ελλιπή στελέχωσή τους από εξειδικευμένο προσωπικό, στην έλλειψη οχημάτων μεταφοράς ασθενών, στην συγκέντρωση του νοσηλευτικού προσωπικού στην Αθήνα [31] και στην προβληματική εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού. [32]

Το πρόβλημα της ανισοκατανομής των υγειονομικών υπηρεσιών στην χώρα μας, ήταν ιδιαίτερα έντονο την περίοδο εκείνη και αφορούσε τόσο στην περιφερειακή κατανομή των κλινών και του εξοπλισμού, όσο και στην κατανομή του υγειονομικού προσωπικού. [33] Το φαινόμενο αυτό, επιχειρήθηκε να αντιμετωπιστεί με ένα ριζοσπαστικό για την εποχή νομοθέτημα, το Ν.Δ. 2592/1953, το οποίο αποσκοπούσε στην οργάνωση ενός αποκεντρωτικού - οικονομικά και διοικητικά - υγειονομικού συστήματος.

Με το εν λόγω λοιπόν νομοθέτημα *«Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως»*, επιχειρήθηκε η οργάνωση της υγειονομικής πολιτικής της χώρας σε περιφερειακό επίπεδο, με μια σειρά από καινοτομίες, όπως η διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων, η συγκέντρωση των πόρων σε ένα ταμείο και η παροχή κινήτρων σε γιατρούς για να εργαστούν στην ύπαιθρο. Από το γεγονός όμως και μόνο, ότι τα παραπάνω «αιτήματα» επαναδιατυπώθηκαν κατά την

[30] Εκείνη την περίοδο, ο Ελληνικός πληθυσμός, βρίσκονταν αντιμέτωπος με την φυματίωση, η οποία μάλιστα είχε προσβάλει έναν μεγάλο αριθμό ατόμων, ενώ σε έξαρση βρίσκονταν και τα αφροδίσια νοσήματα.

[31] Η συγκέντρωση αυτή έχει και ποιοτική διάσταση, αφού και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργάζονταν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία, εργάζονταν κυρίως πρακτικές νοσοκόμες. Βλ. Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη δεκαετία του 1980. Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 257, Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

[32] Οικονόμου Χ. (1996) βλ. υποσ. 31, σελ. 256-258.

[33] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως από τους 8500 γιατρούς, οι 4100 ήταν εγκατεστημένοι στην Αθήνα, ενώ από τους 96 μικροβιολόγους που υπήρχαν στο σύνολο των νοσοκομείων, οι 68 υπηρετούσαν σε νοσοκομεία της Αττικής.

συζήτηση για το ΕΣΥ τριάντα χρόνια αργότερα, συμπεραίνουμε ότι για άλλη μία φορά, ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα για τον τομέα της υγείας στην χώρα μας, δεν μπόρεσε να εφαρμοστεί, για λόγους που θα εξετάσουμε παρακάτω.

Επιχειρώντας μια παρουσίαση των βασικών παραμέτρων του Ν.Δ. 2592/1953, ιδιαίτερη σημασία για την λειτουργία του όλου συστήματος, είχε η σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Ιατρικής Αντιλήψεως, το οποίο είχε έναν γνωμοδοτικό ρόλο ως προς την ίδρυση και την λειτουργία των ιδρυμάτων υγείας.

Επιπρόσθετα, για την τόνωση της αποκεντρωτικής-περιφερειακής διάστασης του συστήματος, η χώρα χωρίζεται σε υγειονομικές περιφέρειες, στις οποίες συστήνονται ειδικές υπηρεσίες του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας για τον συντονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και Περιφερειακά Συμβούλια Ιατρικής Αντιλήψεως, με ρόλο σχετικό τόσο με την καταγραφή των αναγκών των περιφερειών, όσο και με την έγκριση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων ή των τιμών των ιατρικών πράξεων. Τα τελευταία, -όσο αφορά στην καταγραφή των αναγκών των νοσοκομείων- συνεργάζονταν και με τις Επιτροπές Ιατρικής Αντιλήψεως, οι οποίες συστάθηκαν στην πρωτεύουσα κάθε επαρχίας ή νομού, με στόχο την παρακολούθηση της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και στην περαιτέρω εισήγηση για την λήψη των απαραίτητων μέτρων. [34]

Πέρα από διαχειριστικό-διοικητικό μέρος, το νομοθέτημα είχε να επιδείξει μια σειρά από σημαντικές μεταρρυθμίσεις σχετικά με το πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο. Όσο αφορά στο ιατρικό προσωπικό, δίνονταν όπως προαναφέραμε σημαντικά οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς που θα εργάζονταν σε απομακρυσμένες περιοχές, ενώ όσο αφορά στην εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών, προβλεπόταν σε κάθε περιφέρεια η ύπαρξη ενός κεντρικού νοσοκομείου, η ύπαρξη γενικών νοσοκομείων με συγκεκριμένες ειδικότητες, καθώς και η ίδρυση κοινοτικών υγειονομικών σταθμών στις απομακρυσμένες περιοχές. [35]

Μια σημαντική τέλος καινοτομία της προσπάθειας αυτής, είχε να κάνει με την εύρεση των απαιτούμενων πόρων για την εφαρμογή των παραπάνω, με πηγές τόσο από τις περιφέρειες (πιστώσεις δήμων και κοινοτήτων), όσο και από το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας και τους Ασφαλιστικούς φορείς.

Ενώ όμως το ριζοσπαστικό και πρωτοποριακό [36] αυτό σχέδιο, έτυχε μεγάλης αποδοχής με αποτέλεσμα την ομόφωνη ψήφισή του στην Βουλή, η μετέπειτα εφαρμογή του διέφερε κατά πολύ με το αρχικό σχέδιο. Συγκεκριμένα, μια

---

[34] Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη δεκαετία του 1980. Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 259-260, Διδακτορική Διατριβή , Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

[35] Για τα κεντρικά νοσοκομεία απαιτούνταν δυναμικότητα 150 κλινών, ενώ για τα γενικά, απαιτούνταν 60 τουλάχιστον κλίνες και ειδικότητες όπως παθολογία, μαιευτική, χειρουργική καθώς και μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο. Πρόβλεψη όμως υπήρχε και για τα ειδικά νοσοκομεία (π.χ. μαιευτήρια), τα οποία θα εξυπηρετούσαν πληθυσμούς σε διαπεριφερειακή βάση.

[36] Ειδικά οι ρυθμίσεις που προέβλεπαν την κατανομή των πόρων υγείας στις περιφέρειες με κριτήρια σχετικά με τον πληθυσμό, την πρόσβαση και τις ανάγκες, ήταν ιδιαίτερα πρωτοποριακές και χαρακτήριζαν τον σχεδιασμό μεταγενέστερων υγειονομικών συστημάτων. (π.χ. NHS).

σειρά από τροποποιήσεις βασικών διατάξεων, είχαν σαν αποτέλεσμα την μερική τελικά εφαρμογή του διατάγματος και κατά συνέπεια την υποβάθμιση ολόκληρου του εγχειρήματος για την οργάνωση ενός συστήματος υγείας, που θα μπορούσε να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού της χώρας.

Οι λόγοι λοιπόν για τους οποίους αλλοιώθηκε ο χαρακτήρας του καινοτόμου αυτού νομοθετήματος, συνίστανται αφενός στον ιδιαίτερα συγκεντρωτικό χαρακτήρα του συστήματος διοίκησης των δημόσιων υπηρεσιών,[37] που ερχόταν σε σύγκρουση με την αποκεντρωτική φύση του διατάγματος και αφετέρου στις πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις της εποχής, που οδήγησαν σε έντονα φαινόμενα αστικοποίησης.[38]

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, (πίνακας 2.2.1.) η αύξηση που παρατηρήθηκε στον αστικό πληθυσμό μεταξύ 1951 και 1961 ήταν 5,6%, την στιγμή που για το ίδιο διάστημα, ο αγροτικός πληθυσμός, μειώθηκε κατά 3,7%, γεγονός που αποδεικνύει έναν τρόπο κατανομής του πληθυσμού, αντίθετο προς την οποιαδήποτε επιδίωξη για περιφερειακοποίηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.1. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΕΤΟΣ	ΑΣΤΙΚΟΣ %	ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ %	ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΣ %	ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ %	ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ %	ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ %
1920	22,9		15,2		61,9	
1928	31,1	8,2	14,5	-0,7	54,4	-7,5
1940	32,8	1,7	14,8	0,3	52,4	-2
1951	**37,7**	4,9	**14,8**	0	**47,5**	-4,9
1961	**43,3**	**5,6**	**12,9**	-1,9	**43,8**	**-3,7**
1971	53,2	9,9	11,6	-1,3	35,2	-8,6
1981	58,1	4,9	11,6	0	30,3	-4,9

Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα 1988, β)Ίδιοι υπολογισμοί.

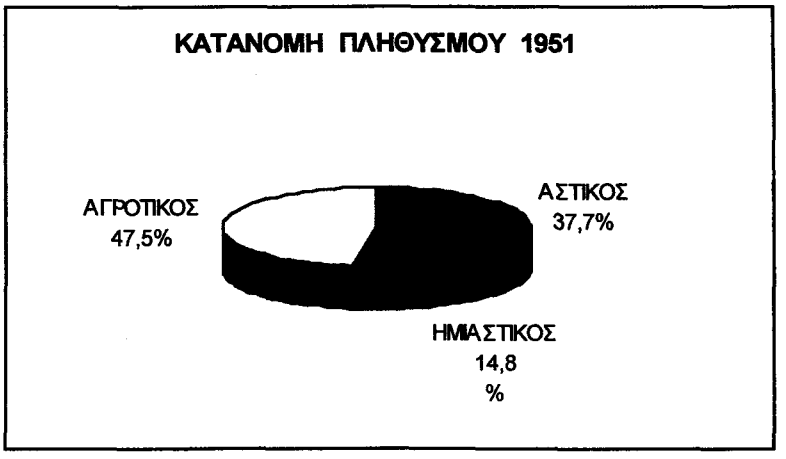
Όσο για τους λόγους της αστικοποίησης αυτής, η εξήγησή τους δεν αποτελεί αντικείμενο αυτής της μελέτης, όμως επιγραμματικά αναφέρουμε την πολιτική αστάθεια, την ανεργία και τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης. Οι συνέπειές της βέβαια, επηρέασαν την ματαίωση της εφαρμογής του νομοσχεδίου τόσο έμμεσα, διαμορφώνοντας μια σειρά από αρνητικά δεδομένα ως προς την περιφερειακή ανάπτυξη της χώρας, όσο και άμεσα, με την μετακίνηση των επαγγελματιών υγείας στα αστικά κέντρα.

Συμπερασματικά λοιπόν, η μη πλήρης εφαρμογή του τολμηρού αυτού εγχειρήματος προς την *«οργάνωση ενός σύγχρονου υγειονομικού συστήματος, στηριγμένου στη βάση της διοικητικής και οικονομικής αποκέντρωσης των*

[37] Αξίζει σε αυτό το σημείο να επισημάνουμε, πως κατά την μεταπολεμική περίοδο, παρατηρείται μια σταδιακή διεύρυνση του ρόλου του κράτους, οι υπηρεσίες του οποίου αποτελούσαν την μοναδική ελπίδα απασχόλησης για εκατοντάδες χιλιάδες ανέργων. Βλ. Τσουκαλάς Κ. (1986) *«Κράτος, Κοινωνία, Εργασία, στη μεταπολεμική Ελλάδα»* σελ. 21-24, Θεμέλιο, Αθήνα.

[38] Για μια ανάλυση των δημογραφικών εξελίξεων της περιόδου, βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 28-42, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα.

υπηρεσιών με συμμετοχή των κοινωνικών φορέων στη λήψη των αποφάσεων» [39] συνίσταται στην ακαταλληλότητα του γενικότερου θεσμικού και κοινωνικοοικονομικού μοντέλου ανάπτυξης που ακολούθησε η χώρα μας.





Ενώ λοιπόν όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα, η Ελλάδα, ακόμη κι εκείνη την περίοδο της ταχείας οικονομικής ανάπτυξης [40] διατηρούσε τον κατεξοχήν αγροτικό χαρακτήρα της, το πρόβλημα της ασφαλιστικής κάλυψης των αγροτών, αντιμετωπίστηκε αρκετά αργότερα από όλες τις άλλες παραγωγικές ομάδες της χώρας. Συγκεκριμένα, με τον Ν. 4169/1961 «Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και την σύσταση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), επιχειρήθηκε η διευθέτηση όλων των ασφαλιστικών ζητημάτων που αφορούσαν στους αγρότες [41] και ταυτόχρονα η ολοκλήρωση της ασφαλιστικής κάλυψης του ελληνικού πληθυσμού.

---

[39] Με αυτόν τον τρόπο παρουσιάστηκαν οι επιδιώξεις του διατάγματος από τον τότε Υπουργό Κοινωνικής Πρόνοιας Κ. Αδαμόπουλο, στην εισηγητική του έκθεση κατά την 33η Συνεδρίαση της Βουλής στις 26/8/1953, Βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 156-157, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα.

[40] Μάνεσης Α. (1986) *«Η εξέλιξη των πολιτικών θεσμών στην Ελλάδα : αναζητώντας μια δύσκολη νομιμοποίηση»* σελ. 24-26 στο *«Η Ελλάδα σε εξέλιξη»*, Εξάντας, Αθήνα.

[41] Ζηλίδης Χ. (1989), βλ. υποσ. 39, σελ. 199.

Με βάση λοιπόν τον νόμο αυτό, [42] προβλεπόταν η υπαγωγή στον ΟΓΑ όλων όσων ασχολούνταν με εργασίες αγροτικής φύσης και όσο αφορά στην φροντίδα υγείας [43] η παροχή περίθαλψης ασθένειας στους ασφαλισμένους καθώς και στα μέλη των οικογενειών τους. [44] Στο χρηματοδοτικό επίπεδο, ο νόμος καθόριζε αρχικά [45] εισφορά ύψους 2% επί της συνολικής ετήσιας ακαθάριστης προσόδου από την άσκηση του αγροτικού επαγγέλματος, καθώς και εισφορά από την δημιουργία ενός πρόσθετου ποσοστού στον φόρο εισοδήματος και στα τέλη χαρτοσήμου και ειδική εισφορά από την κατανάλωση τσιγάρων, καφέ, ποτών και ειδών πολυτελείας. [46]

Επιχειρώντας μια αξιολόγηση του παραπάνω νομοσχεδίου, μπορούμε να πούμε πως γενικά ανταποκρινόταν στον στόχο της ασφαλιστικής κάλυψης των αγροτών, σε μια περίοδο όπου η ανάγκη για παροχή προστασίας στον αγροτικό πληθυσμό ήταν άμεση. Οι απόψεις όμως που εντοπίζουν την σκοπιμότητα της νομοθετικής αυτής παρέμβασης του κράτους, στην προσπάθεια συγκράτησης του αγροτικού πληθυσμού -στον οποίο εμφανιζόταν μια έξαρση της μετανάστευσης την περίοδο εκείνη- στην ύπαιθρο και στις γεωργικές εργασίες, αναδεικνύουν μια λαθεμένη τακτική ως προς την εξασφάλιση εργατικών χεριών στη γεωργία. [47]

Από την άλλη μεριά βέβαια και ανεξαρτήτως κινήτρων, το νομοσχέδιο αποτέλεσε μια σημαντική προσπάθεια για την ανατροπή των σημαντικών ανισοτήτων μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των αγροτών. Τα προβλήματα όμως εξακολούθησαν να παραμένουν, τόσο στο επίπεδο διαβίωσης του αγροτικού πληθυσμού, όσο και στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και φαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ οι σοβαρότατες ελλείψεις σε υποδομή και προσωπικό, καθιστούσαν την ποιότητα της γενικότερης περίθαλψης των αγροτών, ιδιαίτερα χαμηλή.

---

[42] Σημειώνεται πως η προσπάθεια για την παροχή μιας ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό είχε ξεκινήσει από το 1955, με την θέσπιση του Ν. 3487/1955, σύμφωνα με τον οποίο τέθηκε σε εφαρμογή η οργάνωση ενός ιατρικού δικτύου, το οποίο χαρακτηριζόταν από την σύσταση φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας με πληθυσμιακά κυρίως κριτήρια. Διάφορα όμως προβλήματα της εποχής, όπως οι ανεπαρκείς συγκοινωνίες ή η έλλειψη ιατρείων και προσωπικού, οδήγησαν στην συνέχιση της ανεπαρκής κάλυψης των αναγκών. Βλ. Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη δεκαετία του 1980. Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 264, Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

[43] Σύμφωνα με τον Ν.4169/1961, δημιουργήθηκαν πέρα από τον κλάδο παροχής υγειονομικής περίθαλψης , ο κλάδος παροχής σύνταξης λόγω γήρατος, καθώς και ο κλάδος παροχής αποζημίωσης για ζημιές λόγω χαλαζιού ή παγετού.

[44] Προβόπουλος Γ. (1987) *«Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος»* σελ.20, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[45] Η συγκεκριμένη διάταξη καταργήθηκε το 1964.

[46] Μπερνάρης Α. (1967) *«Ιστορικόν και προβλήματα του ΟΓΑ»* σελ. 162, στα *«Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου Αγροτικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα 26-29 Απριλίου 1966»*.

[47] Σακελλαρόπουλος Θ. (1992) *«Η μεταπολεμική αγροτική πολιτική και οι μακροπρόθεσμες τάσεις αλλαγής της»* σελ. 113-115, στο Σακελλαρόπουλος Θ. *«Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα»*, Πληροφόρηση.

Συμπερασματικά, η περίοδος που εξετάσαμε, πέρα από τις δύο αυτές παρεμβάσεις της κρατικής εξουσίας στον τομέα της υγείας, χαρακτηρίζεται από μια στασιμότητα, όσο αφορά στην οργάνωση ενός συστήματος παροχής φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Σε μια περίοδο μάλιστα που χαρακτηρίζεται από έντονους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης και ενώ σε άλλες χώρες η μεταπολεμική διόγκωση των μηχανισμών αυτής της ανάπτυξης, συναρτάται με την αύξηση των κοινωνικών δαπανών και την δημιουργία δικτύων συνδεδεμένων με το κράτος πρόνοιας, στην Ελλάδα, η κοινωνική μέριμνα αφενός εμφανίστηκε αρκετά χρόνια αργότερα και αφετέρου, αναπτύχθηκε με εξαιρετικά αργούς ρυθμούς. [48]

2.3. Οργανωτικές και οικονομικές διαστάσεις του υγειονομικού τομέα, μέχρι την μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι επιλογές στα πλαίσια των πολιτικών υγείας που ακολούθησε η χώρα μας στο διάστημα που περιγράψαμε, διαμόρφωσαν μια κατάσταση που χαρακτηριζόταν από ένα κατακερματισμένο ασφαλιστικό σύστημα, με διαφορετικές διαδικασίες και ποιότητα παροχών και διαφορετικό τρόπο χρηματοδότησης.

Επίσης, η απουσία μιας συντονισμένης και ενιαίας πολιτικής υγείας, οδήγησε στην διαμόρφωση σημαντικών γεωγραφικών ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών, αποτέλεσμα τόσο της στενότητας των δαπανών, όσο και της άνισης κατανομής των υγειονομικών πόρων.

2.3.1. Η εξέλιξη και διάρθρωση των κοινωνικών δαπανών πριν το ΕΣΥ.

Όσο αφορά λοιπόν στο ύψος των κοινωνικών δαπανών και ειδικότερα των δαπανών υγείας στη χώρα μας την περίοδο εκείνη, διαπιστώνουμε αφενός ότι σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, η χώρα μας εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό επί του ΑΕΠ και στις δύο κατηγορίες, ενώ ταυτόχρονα, η μεταβολή τους από το 1975 έως το 1980, ήταν σχετικά χαμηλή, γεγονός που αποδεικνύει και την στασιμότητα ολόκληρου του συστήματος (πίνακας 2.2.2.).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει και η σύνθεση των κοινωνικών δαπανών και των δαπανών υγείας, σε μια περίοδο, όπου η επικρατούσα στην ευρωπαϊκή ήπειρο Κεϋνσιανή αντίληψη για το κράτος πρόνοιας και τον κρατικό παρεμβατισμό, υποστήριξε τον αναπτυξιακό ρόλο του δημοσίου τομέα και την προτεραιότητα του κράτους, στην ικανοποίηση των αναγκών για κοινωνικές υπηρεσίες. [49]

---

[48] Τσουκαλάς Κ. (1986) *«Κράτος, Κοινωνία, Εργασία, στη μεταπολεμική Ελλάδα»* σελ. 88-90, Θεμέλιο, Αθήνα.

[49] Κυριόπουλος Γ. (1990) *«Ο Υγειονομικός Τομέας στην δεκαετία του '80 : Κέρδη και Ζημίες»* σελ. 50-51, Επιθεώρηση Υγείας , τομ. 1 , τεύχ. 7 , Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1990, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.2. ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ						
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ (% ΑΕΠ)			ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (% ΑΕΠ)		
ΧΩΡΑ	1975	1980	ΜΕΤΑΒΟΛΗ	1975	1980	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
ΒΕΛΓΙΟ	26,7	30,4	3,7	5,9	6,5	0,6
ΓΑΛΛΙΑ	18,4	22,6	4,2	7	7,6	0,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	26,2	25,7	-0,5	8,8	8,8	0
ΔΑΝΙΑ	24,2	26	1,8	6,5	8,7	2,2
ΕΛΛΑΔΑ	**9**	**11,6**	**2,6**	**3,4**	**3,6**	**0,2**
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	15,6	21,3	5,7	5,5	5,6	0,1
ΗΠΑ	14,5	13,4	-1,1	8,2	9,1	0,9
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	17,1	19,2	2,1	7,7	8,7	1
ΙΣΠΑΝΙΑ		16,8	16,8	4,9	5,6	0,7
ΙΤΑΛΙΑ	21	21,2	0,2	6,2	7	0,8
ΚΑΝΑΔΑΣ	15,4	15	-0,4	7,2	7,3	0,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	22,4	26	3,6	5,1	6,2	1,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	29,6	28,3	-1,3	7,5	7,9	0,4
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ		13,6	13,6	5,6	5,8	0,2
ΣΟΥΗΔΙΑ	21,2	25,9	4,7	7,9	9,4	1,5
ΠΗΓΗ : α)OECD (1988) "The future of social protection", β)OECD : (1990) "Health care system in transition. The search for efficiency", γ)OECD (1998) "Health Data" Paris.						

Έτσι, όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2.2.3.), μεταξύ 1975 και 1980, παρατηρείται μια στασιμότητα στην εξέλιξη των δημοσίων κοινωνικών δαπανών όλων των κατηγοριών στη χώρα μας, γεγονός που συνδέεται άμεσα με την κοινωνικο-οικονομική συγκυρία και πιο συγκεκριμένα με την οικονομική κρίση της περιόδου. Η οικονομική αυτή κρίση λοιπόν, αφορμή της οποίας αποτέλεσαν οι ανατιμήσεις του πετρελαίου της δεκαετίας του '70, δημιούργησε μια σειρά από οικονομικά προβλήματα, όπως (πληθωρισμό, ανεργία, στασιμότητα), τα οποία με τη σειρά τους δημιούργησαν σοβαρά χρηματοδοτικά προβλήματα στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.[50]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.3. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ (σε σταθερές τιμές 1980) 1975-1980											
ΕΤΟΣ	ΠΑΙΔΕΙΑ	%	ΥΓΕΙΑ	%	ΠΡΟΝΟΙΑ	%	ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ	%	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ	%	ΑΕΠ
1975	39362	2,85	14984	1,08	4255	0,31	34149	2,47	16447	1,19	1382640
1980	49840	2,91	22000	1,29	6000	0,35	41400	2,42	18100	1,06	1710934
*σε εκατομμύρια δραχμές											
ΠΗΓΗ : Καραγιαννόπουλος Ε. (1990) "Δαπάνες, κόστος, χρηματοδότηση δημόσιας εκπαίδευσης 1970 - 1989. Τάσεις, εξελίξεις, τεύχ. Β, ΥΠΕΠΘ, Μάιος 1990											

[50] Νιάκας Δ. - Κυριόπουλος Γ. (1989) *«Πόσο κοστίζει η υγεία σήμερα. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και η ελληνική εμπειρία»* σελ. 18-22, Ιατρικό Βήμα, τεύχ. 5, περ. Β΄, Σεπτέμβριος 1989.

Όσο αφορά στις επιμέρους δαπάνες για κοινωνική προστασία, η σύγκρισή τους με τις αντίστοιχες δαπάνες των υπολοίπων χωρών της Ευρώπης (πίνακας 2.2.4.), επιβεβαιώνει πως η χώρα μας το 1980 δαπανούσε για κοινωνικές παροχές, χαμηλότερο ποσοστό επί του ΑΕΠ, από τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρώπης για όλες τις κατηγορίες παροχών. Ακόμη, για ορισμένες κατηγορίες παροχών, όπως τα επιδόματα για ασθένεια, αναπηρία και εργατικά ατυχήματα, ή τα οικογενειακά επιδόματα, η χώρα μας, εμφανίζει την περίοδο εκείνη, το χαμηλότερο ποσοστό (πίνακας 2.2.4.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.4. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΕΠ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1980)

ΧΩΡΑ	ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ, ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ & ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΕΡΓΙΑΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ	ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ
ΒΕΛΓΙΟ	11	5,4	3,4	2,4	2,8	0,2
ΔΑΝΙΑ	10	7,7	2,5	3	2,8	0,3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	11,9	7	3,4	0,9	2,6	0,3
ΕΛΛΑΔΑ	**6,1**	**3,5**	**0,9**	**0,3**	**0,2**	**0,1**
ΙΣΠΑΝΙΑ	7,2	4,5	1,8	2,7	0,5	0,2
ΓΑΛΛΙΑ	10,5	6	2,2	1	2,6	0,5
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	6,2	7,1	1,3	1,6	1,7	0,6
ΙΤΑΛΙΑ	9,9	5,6	1,9	0,4	1,2	0,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	12	5,7	4,3	0,1	2,2	0,3
ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ	9,5	5,9	7	1,8	2,6	0,1
ΠΟΡΤΟΓΑΛΛΙΑ	4,6	3,7	1,8	0,3	0,8	0,1
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	8,5	5	2	1,5	2,3	0,3
ΜΕΣΟΣ	**9,0**	**5,6**	**2,7**	**1,3**	**1,9**	**0,3**

ΠΗΓΗ: α)Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) : "Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη" σελ 70-79, Λουξεμβούργο β)Eurostat : Βάση δεδομένων ESSPROS, Δημογραφικές στατιστικές και έρευνα εργατικού δυναμικού, γ)OECD (1998) "Health Data", Paris.

Εξειδικεύοντας ακόμη περισσότερο την ανάλυση των παροχών κοινωνικής προστασίας στην χώρα μας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης, διαπιστώνουμε έναν σαφή προσανατολισμό στον τομέα των συντάξεων, παράλληλα με την υποβάθμιση άλλων παροχών, όπως η υγεία ή τα επιδόματα μητρότητας. Όπως προκύπτει λοιπόν από τον πίνακα 2.2.5., οι δαπάνες της χώρας μας για υγεία (συμπεριλαμβανομένων και των δαπανών για κάλυψη ασθένειας, αναπηρίας και εργατικών ατυχημάτων), αποτελούσαν το 1980 το 26% των συνολικών δαπανών για κοινωνική προστασία, τη στιγμή που ο αντίστοιχος μέσος όρος για την Ευρώπη ήταν 37,7 %.

Ενώ λοιπόν το ποσοστό για τις δαπάνες υγείας ήταν το μικρότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά των άλλων κοινοτικών κρατών, το ακριβώς αντίθετο συνέβαινε με τις παροχές γήρατος, για τις οποίες η χώρα μας δαπανούσε το

μεγαλύτερο ποσοστό (61,9 %), το οποίο φυσικά υπερέβαινε και τον κοινοτικό μέσο όρο (42,8%). Αυτό, αποδίδεται τόσο στην αύξηση της μέσης σύνταξης, όσο και στην αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω του ορίου συνταξιοδότησης και την επέκταση της συνταξιοδοτικής κάλυψης. Σε γενικές γραμμές πάντως, οι συσχετισμοί των κοινωνικών δαπανών στην χώρα μας την περίοδο εκείνη, αποτελούν μια σημαντική ένδειξη της διαχρονικής υστέρησης της Ελλάδας, ως προς την ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας,[51] η οποία ήταν απόρροια κυρίως των χρηματοδοτικών προβλημάτων της εποχής.[52]

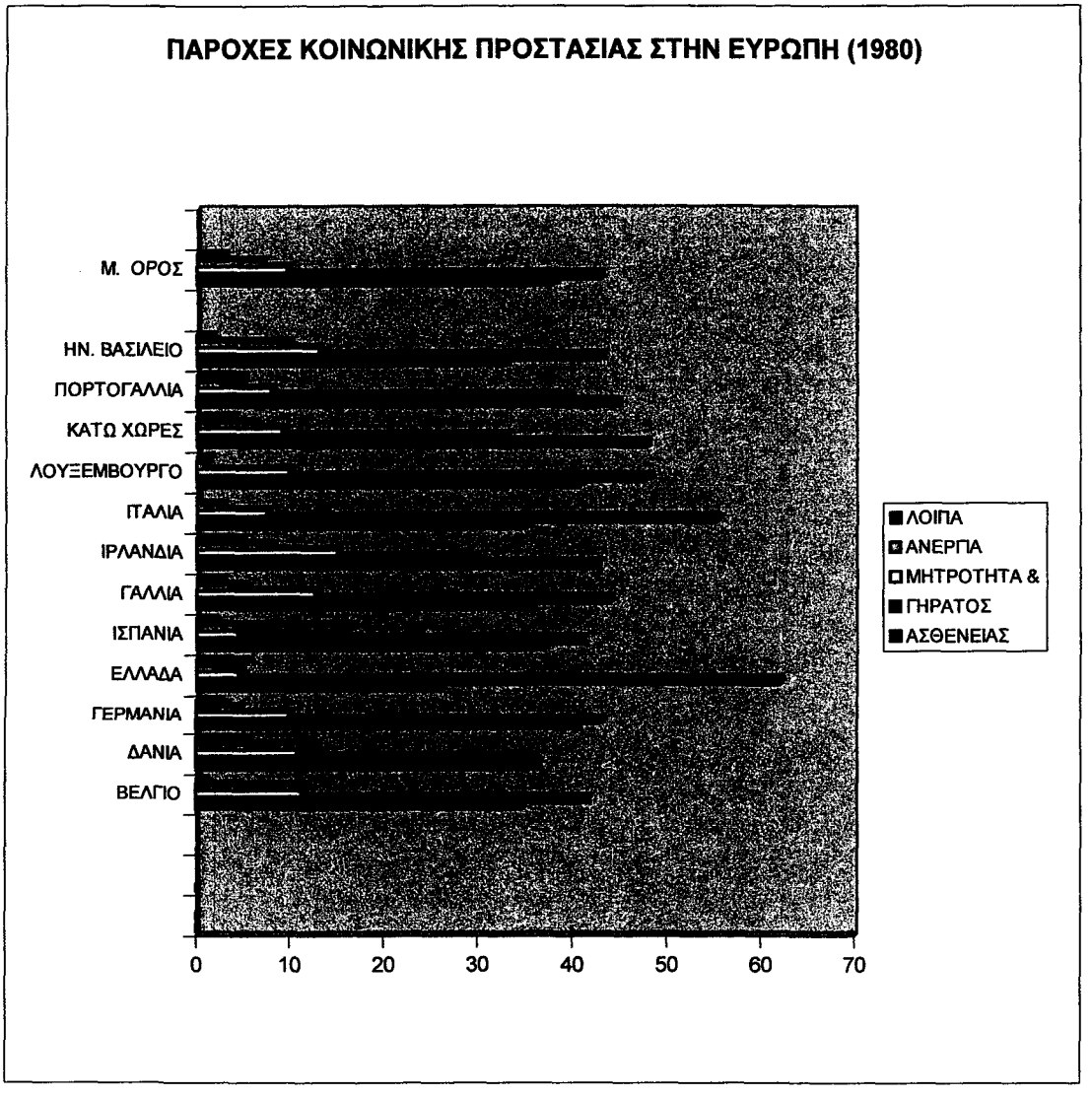
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.5. ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ (% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ) ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1980)

ΧΩΡΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ & ΕΡΓ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	ΓΗΡΑΤΟΣ	ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΑΝΕΡΓΙΑ	ΛΟΙΠΑ
ΒΕΛΓΙΟ	34,6	41,5	11,3	11,6	0,9
ΔΑΝΙΑ	35,8	35,7	10,8	12,9	4,8
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	40,5	42,7	9,9	4,5	2,5
ΕΛΛΑΔΑ	**26,0**	**61,9**	**4,5**	**2,5**	**5,1**
ΙΣΠΑΝΙΑ	36,9	40,8	4,4	16,2	1,8
ΓΑΛΛΙΑ	35,6	43,9	12,7	5,1	2,7
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	42,5	29,7	15,1	7,8	4,9
ΙΤΑΛΙΑ	34,9	55,1	7,5	2,3	0,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	40,4	47,5	10,0	0,9	1,2
ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ	47,8	32,9	9,2	6,1	3,9
ΠΟΡΤΟΓΑΛΛΙΑ	44,8	39,4	8,0	2,8	5,0
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	32,9	42,8	13,1	9,6	1,6
Μ. ΟΡΟΣ	**37,7**	**42,8**	**9,7**	**6,9**	**2,9**

ΠΗΓΗ : EUROSTAT (1995) "Η Ευρώπη σε αριθμούς" σελ. 208 - Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων , Λουξεμβούργο.

[51] Σταθόπουλος Π. (1996) *«Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση»* σελ. 188-189, ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.

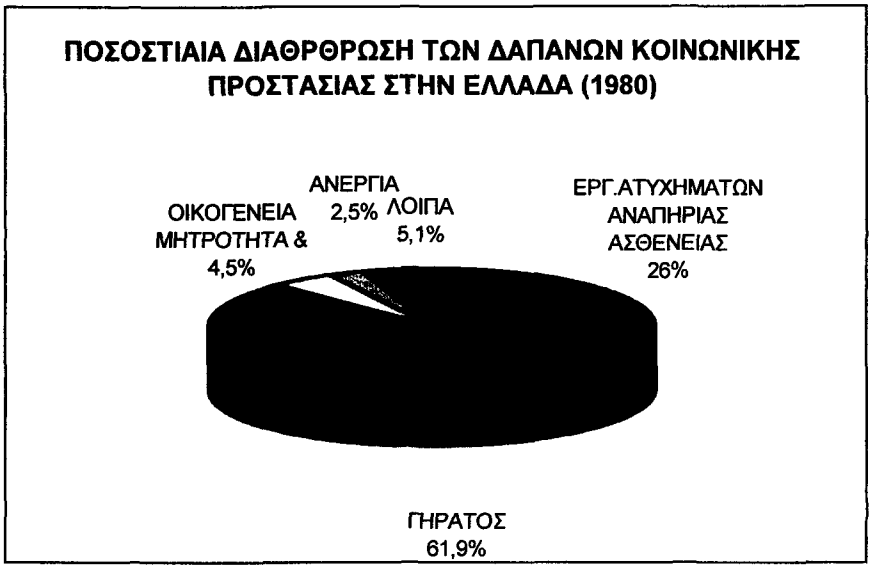
[52] Ενδεικτικά αναφέρουμε, πως στις αρχές της δεκαετίας του '80 ο πληθωρισμός ήταν 24.8 % ετησίως, ενώ η ανεργία, ως συνέπεια της οικονομικής ύφεσης και του περιορισμού της δυνατότητας μετανάστευσης κυρίως στην Δ. Ευρώπη, παρουσίασε έξαρση φθάνοντας το 1982 στο 6% περίπου του εργατικού δυναμικού. Για περισσότερα στοιχεία βλ. Αγαπητός Γ. (1997) *«Εξελίξεις και διαρθρωτικά προβλήματα της Ελληνικής οικονομίας (1950-1993)»* σελ. 268-279, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα και Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας (1985) *«Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987»* σελ.31-38, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα.



2.3.2. Οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα πριν το ΕΣΥ.

Επιστρέφοντας στην αξιολόγηση του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας πριν την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, εντοπίζουμε μια αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία ειδικά μετά το 1975, οι οποίες όμως εξακολουθούσαν να είναι μικρότερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (πίνακας 2.2.6.) Εδώ είναι ενδιαφέρον να επισημάνουμε, πως ο δημόσιος τομέας παρουσιάζει ένα σημαντικό ποσοστό συμμετοχής στις συνολικές δαπάνες, το οποίο μάλιστα αυξήθηκε μεταξύ 1975 και 1980. [53]

[53] Κυριόπουλος Γ. (1990) *«Ο Υγειονομικός Τομέας στην δεκαετία του '80 : Κέρδη και Ζημίες»* σελ. 51-52, Επιθεώρηση Υγείας , τομ. 1, τεύχ. 7, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1990, Αθήνα.



Συγκεκριμένα, αναλύοντας την διάρθρωση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, κατά το διάστημα 1975-1980 (πίνακας 2.2.6.) σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού, διαπιστώνουμε :

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.6. ΔΗΜΟΣΙΕΣ, ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ (ΟΟΣΑ 1975-1980)

ΧΩΡΑ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ			ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ		
	1975	1980	ΜΕΤΑΒΟΛΗ	1975	1980	ΜΕΤΑΒΟΛΗ	1975	1980	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	5,4	4,6	-0,8	2,1	2,7	0,6	7,5	7,3	-0,2
ΑΥΣΤΡΙΑ	5	5,3	0,3	2,2	2,4	0,2	7,2	7,7	0,5
ΒΕΛΓΙΟ	4,7	5,4	0,7	1,2	1,1	0	5,9	6,5	0,6
ΚΑΝΑΔΑΣ	5,5	5,5	0	1,7	1,8	0,1	7,2	7,3	0,1
ΔΑΝΙΑ	5,9	7,7	1,8	0,6	1	0,4	6,5	8,7	2,2
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	5	5,1	0,1	1,4	1,4	0	6,4	6,5	0,1
ΓΑΛΛΙΑ	5,4	6	0,6	1,6	1,6	0	7	7,6	0,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	7	7	0	1,8	1,8	0	8,8	8,8	0
ΕΛΛΑΔΑ	**2**	**2,9**	**0,9**	**1,4**	**0,7**	**-0,7**	**3,4**	**3,6**	**0,2**
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	5,1	5,5	0,4	0,7	0,7	0	5,8	6,2	0,4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	6,7	7,1	0,4	1	1,6	0,6	7,7	8,7	1
ΙΤΑΛΙΑ	5,2	5,6	0,4	0,6	1,2	0,6	5,8	6,8	1
ΙΑΠΩΝΙΑ	4	4,5	0,5	1,5	1,9	0,4	5,5	6,4	0,9
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	4,7	5,7	1	0,4	0,5	0,1	5,1	6,2	1,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	5,5	5,9	0,4	2	2	0	7,5	7,9	0,4
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	4,9	5,3	0,4	1,8	0,7	-1,1	6,7	6	-0,7
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	5,7	5,9	0,2	0,3	1,1	0,8	6	7	1
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	3,3	3,7	0,4	2,3	2,1	-0,2	5,6	5,8	0,2
ΙΣΠΑΝΙΑ	3,8	4,5	0,7	1,1	1,1	0	4,9	5,6	0,7
ΣΟΥΗΔΙΑ	7,1	8,7	1,6	0,8	0,7	0	7,9	9,4	1,5
ΕΛΒΕΤΙΑ	4,6	4,6	0	2	2,3	0,3	6,6	6,9	0,3
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	5	5	0	0,5	0,6	0,1	5,5	5,6	0,1
ΗΠΑ	3,5	3,9	0,4	4,7	5,2	0,5	8,2	9,1	0,9
ΜΟΡΟΣ	**5**	**5,5**	**0,5**	**1,5**	**1,6**	**0,1**	**6,5**	**7**	**0,6**

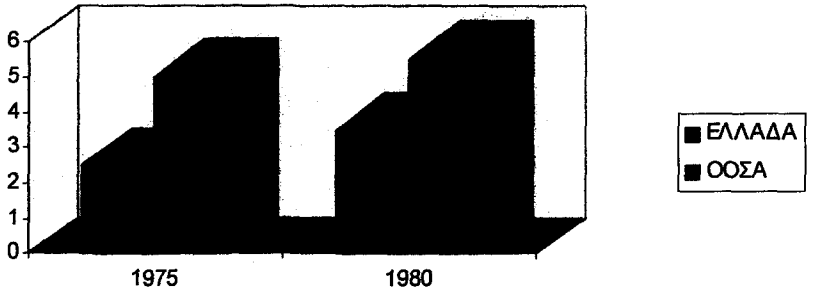
ΠΗΓΗ : α)OECD (1987) «Financing and Delivering Health Care. A comparative analysis of OECD countries" Paris, β)OECD (1990) «Health care systems in transition. The search for efficiency» Paris, γ)OECD (1998) "Health Data", Paris, δ)Ίδιοι υπολογισμοί.

α)όσο αφορά στο σύνολο των δαπανών υγείας, η χώρα μας όπως προαναφέραμε, εμφανίζει χαμηλότερο ποσοστό από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ η μεταβολή μεταξύ 1975 και 1980, είναι επίσης μικρότερη (+0,2% έναντι +0,6%). Έτσι, το 1980, το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας της Ελλάδας σε σχέση με το ΑΕΠ, ήταν κατά 3,4 ποσοστιαίες μονάδες μικρότερο, από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

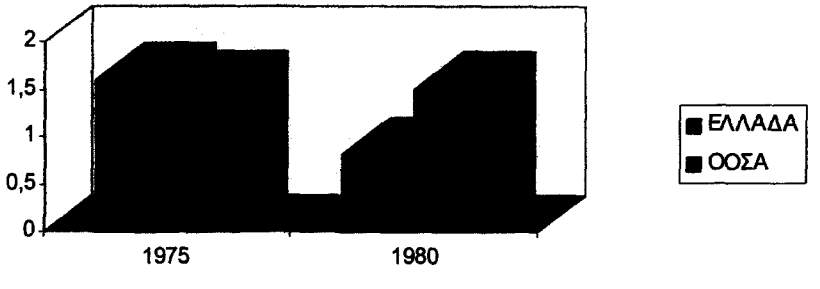
β)σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες, διαπιστώνουμε αφενός πως αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας στη χώρα μας (2% επί του ΑΕΠ το 1975 έναντι 3,4% των συνολικών δαπανών επί του ΑΕΠ και 2,9% το 1980 έναντι 3,6% αντίστοιχα) και αφετέρου πως η αύξησή τους, είναι αυτή που οδήγησε στην σχετική διατήρηση της αναλογίας των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας με τις αντίστοιχες δαπάνες στις χώρες του ΟΟΣΑ.

γ)τέλος, η εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών υγείας μεταξύ 1975-1980, αποδεικνύει πως η οπισθοχώρησή τους (από 1,4% επί του ΑΕΠ σε 0,7%), κατά το διάστημα που εξετάζουμε, δεν ακολουθεί μια ενιαία πολιτική των χωρών του ΟΟΣΑ, μια και σε γενικές γραμμές οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, παραμένουν σταθερές. Αντίθετα, η μείωση που παρατηρείται στην Ελλάδα, συνδέεται με την αύξηση του βαθμού συμμετοχής του δημόσιου υγειονομικού τομέα, σαν αποτέλεσμα της προσπάθειας για θεμελίωση του κράτους πρόνοιας στην χώρα μας.

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΕΠ (ΕΛΛΑΔΑ-ΟΟΣΑ 1975-1980)



ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΕΠ (ΕΛΛΑΔΑ-ΟΟΣΑ 1975-1980)



2.3.3. Μεθοδολογικά προβλήματα κατά τη μέτρηση των δαπανών υγείας.

Στο σημείο αυτό, είναι χρήσιμο να αναφερθούμε στα μεθοδολογικά προβλήματα της μέτρησης των δαπανών υγείας, τα οποία δυσχεραίνουν σημαντικά τις διεθνείς συγκρίσεις. Ειδικότερα, ο διαφορετικός τρόπος λήψης των δεδομένων από χώρα σε χώρα, οι δυσκολίες ως προς την απεικόνιση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών συστημάτων και οι πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές, δημογραφικές και πολιτιστικές διαφορές των χωρών, καθιστούν πολλές φορές τις διεθνείς συγκρίσεις, ανακριβείς.[54]

Επειδή όμως δεν υπάρχει προκαθορισμένος κοινός τρόπος συλλογής των δεδομένων από όλες τις χώρες, δεν είναι λίγες οι φορές που τα μεγέθη που προβάλλονται τόσο όσο αφορά στο Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα, όσο και σχετικά με τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας, τίθενται υπό αμφισβήτηση.

Στην περίπτωση λοιπόν της χώρας μας, θεωρείται από πολλούς μελετητές (Κυριόπουλος-Νιάκας 1994, βλ. υποσημ. 54), ότι τα στοιχεία του ΟΟΣΑ για τις δημόσιες και κυρίως για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, είναι υποτιμημένα.[55] Έτσι, ενώ σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΟΟΣΑ, το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ ήταν το 1975 3,4 % και το 1980 3,6 %, όπως προκύπτει από τους εθνικούς λογαριασμούς της χώρας μας, τα ποσοστά αυτά είναι 5,1% και 6,5% αντίστοιχα.[56]

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας, κατά το διάστημα 1975-1980 διαμορφώνονται σε σχέση με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ ως εξής (πίνακας 2.2.7.) :

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.7. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΛΛΑΔΑ-ΟΟΣΑ 1975-1980)

	1975		1980		1975	1980
	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΛΛΑΔΑ	2,6	2,5	3,8	2,7	5,1	6,5
ΟΟΣΑ	5	1,5	5,5	1,5	6,5	7

Πηγή : α)OECD (1990) «Health care systems in transition. The search for efficiency» Paris, β)Εθνικοί λογαριασμοί, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.

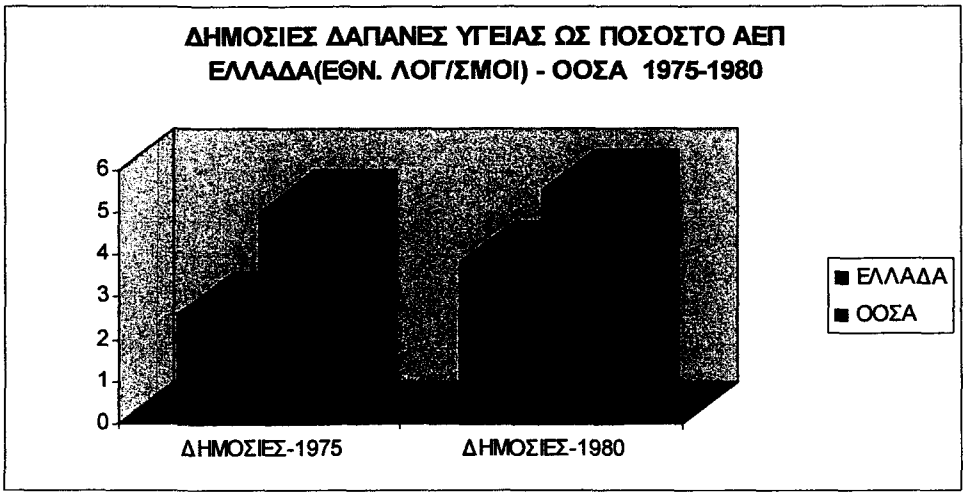
Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, πως σύμφωνα με τους παραπάνω υπολογισμούς, οι προηγούμενες παρατηρήσεις μας κυρίως για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανατρέπονται, μια και οι τελευταίες, αποτελούν ένα πολύ σημαντικό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας και παραμένουν για το

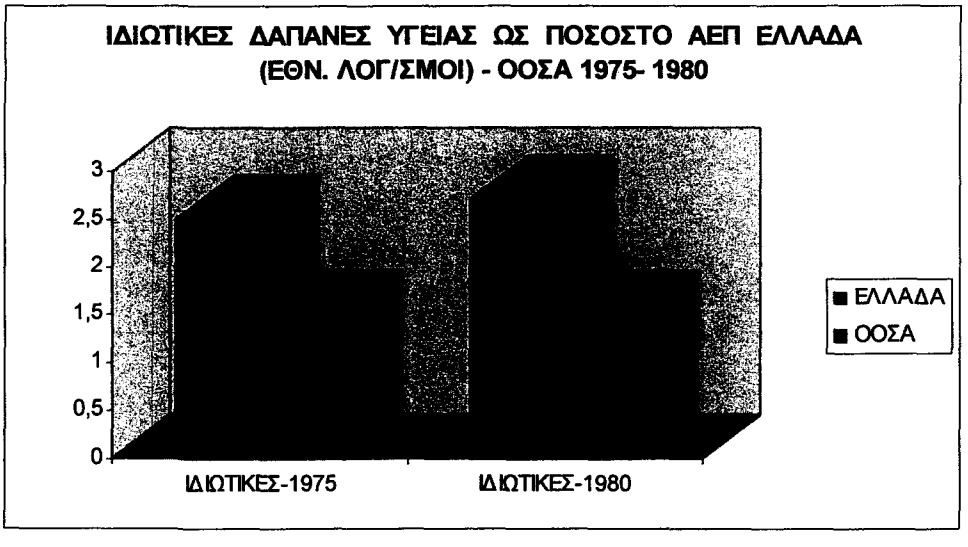
[54] Κυριόπουλος Γ. - Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 131-135, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

[55] Ανδρουτσόπουλος Δ., Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. (1993) *«Προσπάθεια εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα 1970 - 1990»* σελ. 307, στο Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , τόμ. 10 , τεύχ. 5 , Σεπτ. - Οκτ. 1993.

[56] Κυριόπουλος Γ. Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 58-59, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

διάστημα που εξετάζουμε σταθερές και πάνω από τον αντίστοιχο μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Όσο αφορά στις δημόσιες δαπάνες, αυτές εξακολουθούν να αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και για το διάστημα 1975-1980, εμφανίζουν μία από τις μεγαλύτερες μεταβολές σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ και φυσικά υπερβαίνουν κατά πολύ τον αντίστοιχο μέσο όρο του Οργανισμού (1,2 ποσοστιαίες μονάδες ως προς το ΑΕΠ, έναντι 0,5).





Οι αποκλίσεις αυτές μεταξύ των εκτιμήσεων του ΟΟΣΑ και των δεδομένων των Εθνικών Λογαριασμών, δημιουργούν όπως είδαμε σημαντικές δυσχέρειες στην διασταύρωση και σύγκριση δεδομένων σχετικά με τις δαπάνες υγείας. Το παράδειγμα της χώρας μας μάλιστα, αποδεικνύει μια σημαντική διαστρέβλωση των δαπανών και κυρίως των ιδιωτικών δαπανών υγείας από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, τη στιγμή που και οι εκτιμήσεις του Οργανισμού, στηρίζονται συνήθως στην επεξεργασία δεδομένων των Εθνικών Λογαριασμών.

Η εξήγηση λοιπόν των παραπάνω αποκλίσεων, βρίσκεται στο ότι ο υπολογισμός των δαπανών από μέρους του ΟΟΣΑ γίνεται σε αμοιβές συντελεστών παραγωγής και όχι σε τιμές αγοράς και στο ότι συνήθως δεν λαμβάνονται υπ' όψη κατά τον υπολογισμό των δαπανών, οι επιχορηγήσεις του κράτους στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα.[57]

Από αυτές βέβαια τις αποκλίσεις, που αφορούν κυρίως στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ενισχύονται και οι ενδείξεις για την ύπαρξη μεγάλης παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα, η οποία σχετίζεται κυρίως με τις δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Η διερεύνηση του ύψους αυτής της παραοικονομικής δραστηριότητας και οι παρενέργειές της στις πολιτικές σχεδιασμού και κατανομής των πόρων στον υγειονομικό τομέα, θα μας απασχολήσει σε επόμενο κεφάλαιο.

2.3.4. Η διάρθρωση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα, πριν το ΕΣΥ.

Επανερχόμενοι στο ζήτημα της διάρθρωσης των δαπανών υγείας και έχοντας λάβει υπ' όψη μας τα παραπάνω μεθοδολογικά προβλήματα και τις αποκλίσεις των δεδομένων του ΟΟΣΑ και των Εθνικών Λογαριασμών, συμπεραίνουμε πως η ελληνική πραγματικότητα σχετικά με την πορεία των δαπανών υγείας, έχει να επιδείξει ένα παράδοξο όσο αφορά στην επίδραση του οικονομικού περιβάλλοντος στην διαμόρφωση και εξέλιξη των δαπανών αυτών. Συγκεκριμένα, ενώ στις περισσότερες χώρες οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης, με την συνδρομή του ευνοϊκού οικονομικού περιβάλλοντος, στην Ελλάδα, συνέβη ακριβώς το αντίθετο.

Οι δαπάνες υγείας στην χώρα μας και ειδικότερα οι δημόσιες δαπάνες, δεν παρουσίασαν την περίοδο 1960-1975 μεγάλη αύξηση όπως συνέβη με τις υπόλοιπες χώρες που στα πλαίσια των υψηλών ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης, επιχείρησαν και θεμελίωσαν το κράτος πρόνοιας. Ενώ λοιπόν το 1960 διατίθεται για την υγεία το 4,2% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, με το 61% του συνόλου των δαπανών να προέρχεται από τον δημόσιο τομέα, στην Ελλάδα, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 3,3% και 48% αντίστοιχα.[58]

Το παράδοξο αυτό φαινόμενο ενισχύεται, αν λάβουμε υπ' όψη μας ότι, ενώ την περίοδο αυτή, η Ελλάδα είχε να επιδείξει έναν από τους μεγαλύτερους ρυθμούς αύξησης του ΑΕΠ ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι ρυθμοί αύξησης των δαπανών για την υγεία ήταν όπως προαναφέραμε σχετικά χαμηλοί. Αντίθετα, την περίοδο που ακολούθησε μετά το 1975, η εικόνα αντιστράφηκε, με το ΑΕΠ να αυξάνεται με χαμηλούς ρυθμούς και τις δαπάνες υγείας να παρουσιάζουν σημαντική αύξηση (πίνακας 2.2.8).

---

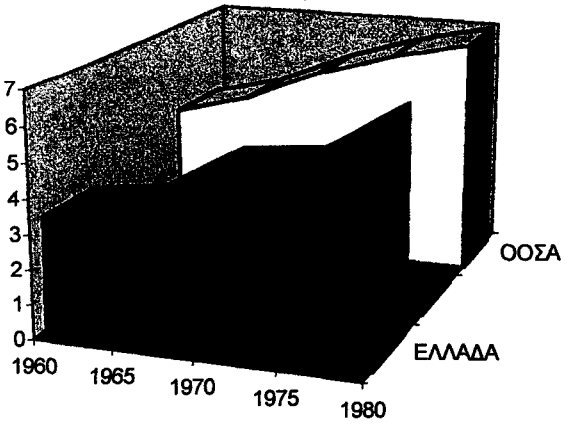
[57] Κυριόπουλος Γ. (1993) *«Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 61-62, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[58] Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. (1989) *«Πόσο κοστίζει η υγεία σήμερα. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και η ελληνική εμπειρία»* σελ. 18-19, Ιατρικό Βήμα, τεύχ. 5, περ. Β', Σεπτέμβριος 1989.

Το φαινόμενο αυτό, μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά από παράγοντες, που είτε σχετίζονται άμεσα με το χώρο της υγείας, είτε επηρέασαν έμμεσα την πορεία των δαπανών υγείας, έχοντας να κάνουν με ζητήματα πολιτικών επιλογών και στόχων ή με εξελίξεις οικονομικού, δημογραφικού και κοινωνικού χαρακτήρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.8. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (% ΑΕΠ, ΕΛΛΑΔΑ-ΟΟΣΑ 1960-1980)					
	1960	**1965**	**1970**	**1975**	**1980**
ΕΛΛΑΔΑ	3,3	3,6	4,9	5,1	6,5
ΟΟΣΑ	4,2	4,8	5,8	6,5	7
ΠΗΓΗ : α)OECD (1998) "Health Data", Paris, β)Εθνικοί λογαριασμοί, γ)Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1992) "Σφαιρικός προυπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού" σελ. 92-96 , Διδακτορική διατριβή, Αθήνα.					

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΕΠ (ΕΛΛΑΔΑ - ΟΟΣΑ 1960-1980)



Συγκεκριμένα, οι γενικότερες εξελίξεις στη χώρα μας από τις αρχές της δεκαετίας του '70, συνδέονται με μια σειρά από παράγοντες, οι οποίοι δημιούργησαν αυξητικές τάσεις στις δαπάνες υγείας, ενώ αντίστοιχα, όμοια φαινόμενα παρατηρήθηκαν στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ.

Συγκεκριμένα, το φαινόμενο μπορεί να αποδοθεί :

1. Στις δημογραφικές αλλαγές και ιδιαίτερα στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, κυρίως σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες. Η αύξηση αυτή των ηλικιωμένων, οδήγησε στην αύξηση του κόστους για την υγεία, με δεδομένο ότι τα άτομα αυτά έχουν μεγαλύτερες ανάγκες για υγειονομική φροντίδα, ενώ επιπρόσθετα, ο χρόνος νοσηλείας τους είναι περισσότερος.

2. Στην ανάπτυξη της τεχνολογίας που σχετίζεται με την ιατρική επιστήμη και στην διόγκωση των ιατρικού προσωπικού και των επαγγελμάτων υγείας

γενικότερα, που είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση των επενδύσεων για την υγεία, αλλά και των λειτουργικών δαπανών.

3. Στις νέες συνθήκες διαβίωσης που χαρακτηρίζουν τις βιομηχανικές χώρες και που συνδέθηκαν με την διαμόρφωση ενός υγειονομικού προτύπου, το οποίο χαρακτηρίζεται από την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων (νεοπλάσματα, ατυχήματα, ψυχικές νόσοι), τα οποία απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες με ιδιαίτερα υψηλό κόστος.

4. Στην διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, την αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος και την μεταβολή των καταναλωτικών προτύπων, παράγοντες που αύξησαν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και κατά συνέπεια και το αντίστοιχο κόστος.

5. Τέλος, η αύξηση των δαπανών υγείας, μπορεί ακόμη να αποδοθεί στην αυξανόμενη και προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η οποία σε συνδυασμό με τις υψηλές αμοιβές, δημιούργησε μια αύξηση τόσο στον όγκο, όσο και στην αξία των υπηρεσιών υγείας, στις περισσότερες χώρες. [59]

Εκτός όμως από τους παραπάνω παράγοντες οι οποίοι με κάποιες διαφοροποιήσεις ως προς την ένταση, εμφανίστηκαν στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, η αύξηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα - και κυρίως των δημοσίων δαπανών - σε μια περίοδο οικονομικής στασιμότητας, συνδέεται με την γενικότερη προσπάθεια για την θεσμοθέτηση προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, η οποία σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες, παρουσίασε στη χώρα μας μια σημαντική υστέρηση. Η υπανάπτυξη αυτή, η οποία ήταν αποτέλεσμα της υποβάθμισης των κοινωνικών αναγκών και προτεραιοτήτων την περίοδο οικονομικής ανάπτυξης που προηγήθηκε, η οποία ενώ παρείχε τις χρηματοδοτικές δυνατότητες για την ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα πέρασε ανεκμετάλλευτη, επιχειρήθηκε πλέον να αντιμετωπιστεί, με την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης σε όλο τον πληθυσμό. [60]

Έτσι, επιχειρώντας μια ευρύτερη απεικόνιση της εξέλιξης των δαπανών υγείας, πριν την εφαρμογή του ΕΣΥ (πίνακας 2.2.9.), συμπεραίνουμε :

α)όπως δείξαμε και παραπάνω (πίνακας 2.2.8.) οι δαπάνες υγείας στην χώρα μας βρίσκονταν κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο του ΟΟΣΑ και παρουσίασαν σημαντικές αυξητικές τάσεις, αφενός αργότερα από τις υπόλοιπες χώρες και αφετέρου όταν οι γενικότερες οικονομικές συγκυρίες, δεν ήταν ευνοϊκές (μετά το 1975).

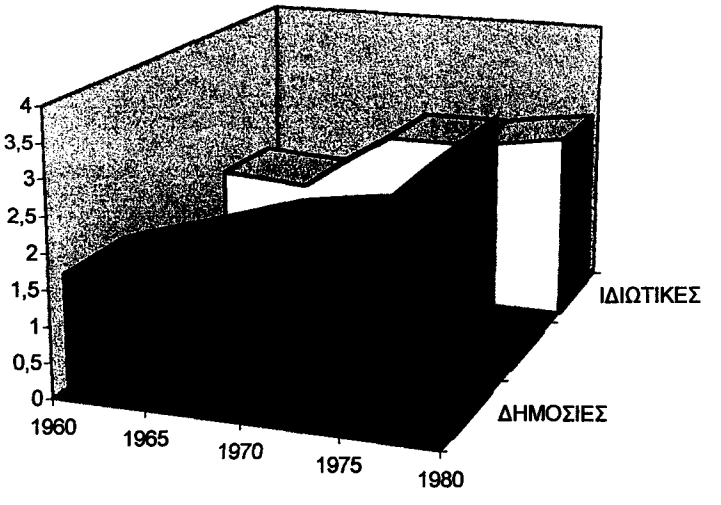
---

[59] Μπέσης Ν. (1993) *«Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας. - Ειδικά Κλαδικά Θέματα 1.»* σελ. 25, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[60] Νιάκας Δ. - Κυριόπουλος Γ. (1989) *«Πόσο κοστίζει η υγεία σήμερα. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και η ελληνική εμπειρία»* σελ. 19-21 - Ιατρικό Βήμα , τεύχ. 5, περ. Β΄, Σεπτέμβριος 1989 και Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 57-62, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.9. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΕΠ (1960-1980)					
	1960	**1965**	**1970**	**1975**	**1980**
ΔΗΜΟΣΙΕΣ	1,6	2	2,4	2,6	3,8
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	1,7	1,6	2,5	2,5	2,7
ΠΗΓΗ : α)Εθνικοί λογαριασμοί, β)ίδιοι υπολογισμοί.					

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ % ΑΕΠ (1960-1980)

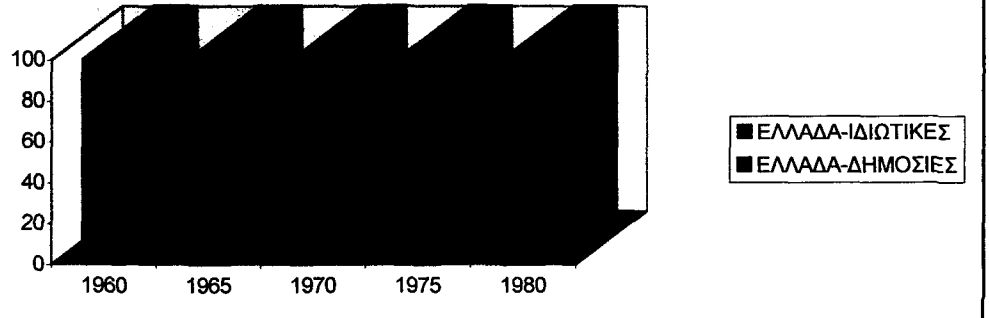


β)η διόγκωση αυτή των δαπανών υγείας, αφορά κυρίως στις δημόσιες δαπάνες, οι οποίες παρουσιάζουν μετά το 1975 μια ραγδαία αύξηση, σε αντίθεση με τις ιδιωτικές, οι οποίες παραμένουν σχετικά σταθερές (πίνακας 2.2.10). Στο σημείο αυτό, πρέπει να διευκρινίσουμε, πως η σύνθεση των δαπανών υγείας σε δημόσιες και ιδιωτικές, διαμορφώνεται κυρίως από το οργανωτικό σχήμα κάθε χώρας με αποτέλεσμα να εμφανίζονται εκτεταμένες διαφορές μεταξύ χωρών, στο ποσοστό δημόσιας συμμετοχής (πίνακας 2.2.11). Έτσι, χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Ελβετία, παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά δημόσιας συμμετοχής μια και στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση, αντίθετα με χώρες όπως η Δανία, η Ισλανδία, η Ιρλανδία το Ην. Βασίλειο, όπου ο περιορισμένος ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης, δικαιολογεί τα υψηλά ποσοστά της δημόσιας συμμετοχής. [61]

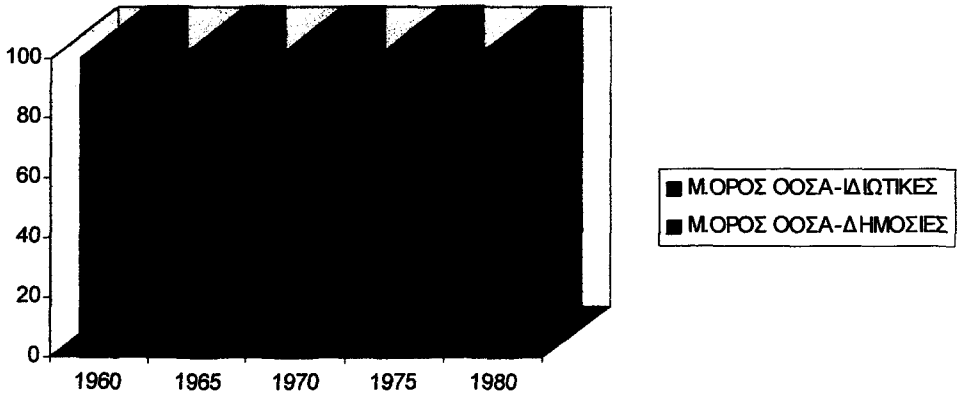
[61] Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η. (1990) *«Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός»* σελ. 19-23, European Institute of Social Security, Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.10. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΛΛΑΔΑ - ΟΟΣΑ 1960-1980)					
ΕΛΛΑΔΑ	**1960**	**1965**	**1970**	**1975**	**1980**
ΔΗΜΟΣΙΕΣ	48	55	49	51	58
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	52	45	51	49	42
Μ. ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ	**1960**	**1965**	**1970**	**1975**	**1980**
ΔΗΜΟΣΙΕΣ	61	67,6	72,1	76,2	79
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	39	32,4	27,9	23,8	21
Πηγή : α)OECD (1987) «Financing and Delivering Health Care. A comparative analysis of OECD countries" Paris, β)Εθνικοί λογαριασμοί, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.					

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1960-1980)



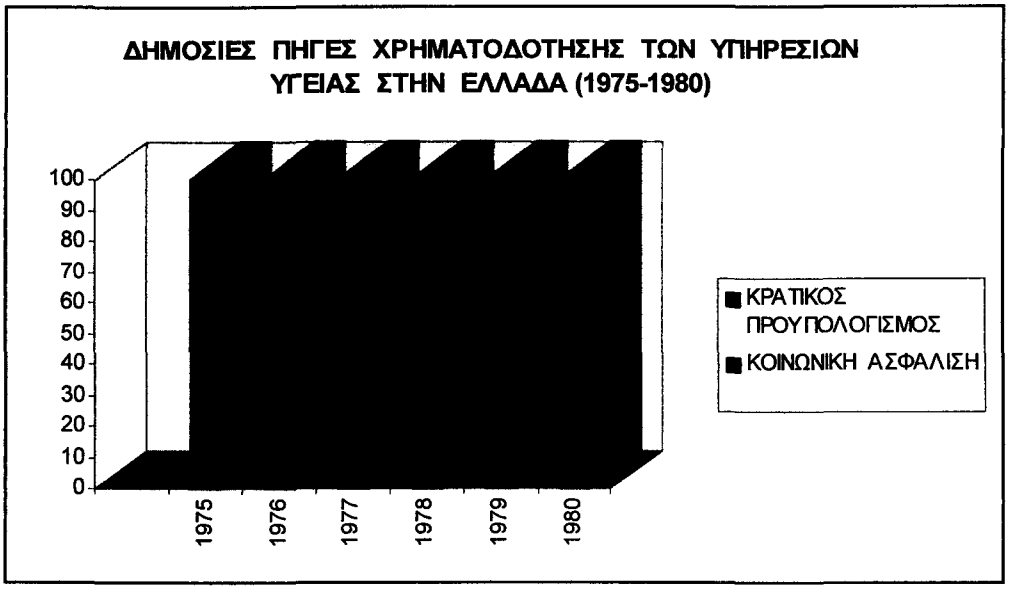
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ Μ.ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ (1960-1980)



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.11. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ (1960-1980)					
ΧΩΡΑ	**1960**	**1965**	**1970**	**1975**	**1980**
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	47,6	54	55,8	73,8	62,5
ΑΥΣΤΡΙΑ	65,3	64,7	59,1	60,8	62,3
ΒΕΛΓΙΟ	61,6	75,3	87	80,9	87,4
ΚΑΝΑΔΑΣ	43,1	50,3	70,2	76,6	74,4
ΔΑΝΙΑ	88,7	85,9	86,3	91,9	85,2
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	54,5	64,3	72,1	78,6	78,2
ΓΑΛΛΙΑ	57,8	68,1	71,7	72,2	72
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	67,5	70,9	74,2	80,2	79,3
ΕΛΛΑΔΑ	**48**	**55**	**49**	**51**	**58**
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	40	46,2	47,4	58,4	82,6
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	76	76,2	77,8	82,5	93,5
ΙΤΑΛΙΑ	83,1	87,8	86,4	86,1	87,8
ΙΑΠΩΝΙΑ	60,4	61,4	69,8	72	70,8
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ				94,8	
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	33,3	68,7	84,3	76,5	78,6
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ				82,6	83,5
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	77,8	80,9	91,6	96,2	98,4
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ				58,9	68,9
ΙΣΠΑΝΙΑ		52,6	54,7	70,4	73,5
ΣΟΥΗΔΙΑ	72,6	79,5	86	90,2	92
ΕΛΒΕΤΙΑ		60,8		66,5	65,4
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	85,2	85,8	87	90,3	90,4
ΗΠΑ	24,7	26,2	37	42,5	42,5
Μ.ΟΡΟΣ	**61**	**67,6**	**72,1**	**76,2**	**79**
Πηγή : α)OECD (1987) «Financing and Delivering Health Care. A comparative analysis of OECD countries" Paris, β)Εθνικοί λογαριασμοί, γ)Ιδιοι υπολογισμοί.					

γ)αξιοσημείωτη επίσης, είναι εκτός από την αύξηση του βαθμού συμμετοχής του δημοσίου τομέα και η διαφοροποίηση των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, οι οποίες εμφανίζουν μια αυξητική τάση υπέρ του κρατικού προϋπολογισμού σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση (πίνακας 2.2.12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.12. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1975-1980)		
ΕΤΟΣ	**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ %**	**ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ %**
1975	59,2	40,8
1976	58,8	41,2
1977	56,7	43,3
1978	57	43
1979	55,2	44,8
1980	58	42
Πηγή : Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ. (1991) "Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα" σελ. 61, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.		



δ)μια ακόμη παρατήρηση για τους ρυθμούς εξέλιξης των δαπανών υγείας στην χώρα μας, προκύπτει από τη μελέτη της ελαστικότητας των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ (πίνακας 2.2.13), με τον ρυθμό αύξησης των πρώτων να υπερβαίνει τον αντίστοιχο του ΑΕΠ. Το γεγονός αυτό, συνδέεται με την διαφοροποίηση των προτεραιοτήτων της υγειονομικής πολιτικής στη χώρα μας και τις προσπάθειες εγκαθίδρυσης ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα , καθώς και με πολιτικές υποκατάστασης του ιδιωτικού τομέα από τον δημόσιο. [62]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.13. ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΕΠ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ (1960-74 και 1975-84)

ΧΩΡΑ	1960-74	1675-84
ΕΛΛΑΔΑ	**1,8**	**1,8**
ΒΕΛΓΙΟ	1,3	1,5
ΔΑΝΙΑ	1,9	1,4
ΓΑΛΛΙΑ	1,6	2,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1,2	0,9
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	2,3	0,9
ΙΤΑΛΙΑ	0,9	1,3
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1,5	0,5
ΙΣΠΑΝΙΑ	1,7	2,1
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	2,1	1
ΗΠΑ	1,8	1,2
Μ. ΟΡΟΣ	**1,6**	**1,3**

Πηγή : α)OECD (1987) «Financing and Delivering Health Care. A comparative analysis of OECD countries", Paris, β)OECD (1990) "Heath Care Systems in Transition : The Search for Efficiency", Paris.

[62] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 60-61, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας , Αθήνα.

ε)ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει και η κατανομή των δαπανών υγείας στους διάφορους τομείς της υγειονομικής φροντίδας, με το νοσοκομειακό τομέα να κατέχει την σημαντικότερη θέση στο σύστημα υγείας στην χώρα μας, την περίοδο που εξετάζουμε. Ειδικότερα, όπως προκύπτει από τον πίνακα 2.2.14, που αφορά στην κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας στην χώρα μας μεταξύ 1970 και 1982, οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη παρουσίασαν μια αύξηση του ποσοστού τους επί του συνόλου των δημοσίων δαπανών υγείας - από 40,1% σε 49,5% - εις βάρος βέβαια των δαπανών κυρίως για πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι οποίες μειώθηκαν από 17,3 σε 13,4 ποσοστιαίες μονάδες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.14. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΛΛΑΔΑ-Μ. ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ 1970-1982)

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ			ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ			ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ			ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ		
	1970	1982	1970-1982	1970	1982	1970-1982	1970	1982	1972-1982	1970	1982	1970-1982
ΕΛΛΑΔΑ	40,1	49,5	**9,4**	17,3	13,4	**-3,9**	19,1	14,8	**-4,3**	23,5	22,3	-1,2
Μ.ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ	50,9	54,2	**3,3**	20,2	21,3	**1,1**	12,4	9,9	**-2,5**	18,2	16,5	-1,7

Πηγή : α)OECD (1985) "Measuring Health Care 1960-1983", Paris, β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Το μέγεθος αυτό της ανάπτυξης της ιδρυματικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποδεικνύεται με σαφήνεια αν συγκρίνουμε τα στοιχεία της χώρας μας με τα αντίστοιχα μεγέθη των χωρών του ΟΟΣΑ (μέσο όρο) Συγκεκριμένα, αξιοσημείωτη είναι η διαφοροποίηση τόσο του μεγέθους αύξησης των δημοσίων δαπανών για νοσοκομειακή φροντίδα (αύξηση 9,4 ποσοστιαίων μονάδων για την Ελλάδα, έναντι 3,3 για τον ΟΟΣΑ), όσο και της μεταβολής των δαπανών για πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου η τάση για μικρή αύξηση στις χώρες του ΟΟΣΑ (αύξηση 1,1 ποσοστιαίων μονάδων), δεν ισχύει για την Ελλάδα, όπου παρατηρείται μείωση κατά 3,9 ποσοστιαίες μονάδες. [63]

Στο σημείο αυτό, επισημαίνουμε ότι η αύξηση του κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας με επιβάρυνση κυρίως στον κρατικό προϋπολογισμό, συνδέεται με την πολιτική καθήλωσης των νοσηλείων, η οποία οδήγησε στην δημιουργία ελλειμμάτων στα δημόσια νοσοκομεία. Έτσι, όπως βλέπουμε παρακάτω (πίνακας 2.2.15) λίγο πριν την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ (η οποία διεύρυνε ακόμη περισσότερο το πρόβλημα), η κύρια πηγή εσόδων των νοσοκομείων, ήταν σαφώς ο κρατικός προϋπολογισμός, ενώ και το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών, αφορούσε στην νοσοκομειακή περίθαλψη (πίνακας 2.2.16).

[63] Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η. (1990) *«Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός»* σελ. 23-24, European Institute of Social Security, Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.15. ΠΗΓΕΣ ΕΣΟΔΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (1981-1982)			
ΕΤΟΣ	ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΛΟΙΠΑ
1981	51,5	38,9	9,6
1982	57,9	33,6	8,2
Πηγή : Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1992.			

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.16. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ (1970-1980)				
ΕΤΟΣ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΛΟΙΠΑ
1970	20,5	29,9	29,3	20,9
1975	18,6	47,5	29,1	4,6
1980	20,3	49,6	25,4	5,3
Πηγή : Μπέσης (1993) "Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας" σελ. 90, ΙΟΒΕ, Αθήνα.				

ζ)τέλος, η μελέτη του μεγέθους της σύνθεσης και της κατανομής των δαπανών υγείας στην χώρα μας πριν την εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ολοκληρώνεται με την αναφορά στην εξέλιξη των επενδύσεων του υγειονομικού τομέα (πίνακας 2.2.17). Ειδικότερα, από διάφορες μελέτες, προκύπτει ότι μεταξύ 1970 και 1980 η σημαντική αύξηση των δημοσίων επενδύσεων, οδήγησε σε αντίστοιχα σημαντική αύξηση κυρίως των επενδύσεων σε μηχανήματα και εξοπλισμό. Το διάστημα αυτό, οι ιδιωτικές επενδύσεις υπολείπονταν των αντίστοιχων δημοσίων, κατάσταση όμως η οποία ανατράπηκε αργότερα, με τη ραγδαία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Οι εξελίξεις όμως αυτές, καθώς και η ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών επενδύσεων που έλαβε χώρα στα τέλη της δεκαετίας του '80, θα μας απασχολήσει σε επόμενο κεφάλαιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.17. ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1970-1980)					
ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	ΚΤΙΡΙΑ, ΓΗΠΕΔΑ	ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ, ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1970	203	107	175	135	310
1975	398	319	404	313	717
1980	455	385	290	550	840
Πηγή : Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση , Ε., Δρίζη Μ. (1993) "Οι Επενδύσεις Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα" σελ.148, στο Κυριόπουλος Γ., Λέβετ Τ., Νιάκας Δ. (1993) "Η Διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.					

Μελετώντας τις δαπάνες υγείας στην χώρα μας πριν τη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, διαπιστώνουμε μια σημαντική υστέρηση από τις άλλες χώρες, όσο αφορά στο ύψος των δαπανών υγείας αλλά και των κοινωνικών δαπανών γενικότερα. Επίσης, είδαμε πως το μεγαλύτερο βάρος των κοινωνικών δαπανών αφορούσε στον τομέα των συντάξεων, ενώ οι δαπάνες υγείας, κατανέμονταν κυρίως στην νοσοκομειακή περίθαλψη, εις βάρος της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπρόσθετα, εντοπίσαμε το Ελληνικό παράδοξο στην εξέλιξη των

δαπανών υγείας, με την αύξηση των δημοσίων κυρίως δαπανών, να υφίσταται αργότερα από τις υπόλοιπες χώρες και σε μη ευνοϊκές οικονομικές συνθήκες.

Οι διαπιστώσεις αυτές, σκιαγραφούν αφενός έναν αποσπασματικό μέχρι τότε τρόπο οργάνωσης των κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ ειδικότερα όσο αφορά στον τομέα της υγείας, οι αναφορές περιγράφουν ένα σύστημα υγειονομικής φροντίδας με σημαντικές ελλείψεις ως προς την υποδομή και με υπηρεσίες χαμηλού επιπέδου.[64] Μια σημαντική ακόμη διάσταση της ανεπάρκειας του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας πριν την εφαρμογή του ΕΣΥ, αφορούσε στην υγειονομική προστασία του πληθυσμού της υπαίθρου, των ορεινών περιοχών και των νησιών, απ' όπου έλλειπαν οι κατάλληλες υγειονομικές μονάδες και το εξειδικευμένο προσωπικό, με αποτέλεσμα η κάλυψη των αναγκών υγείας αυτών των πληθυσμών, να είναι αναποτελεσματική. Η διάσταση αυτή της υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα μας πριν το ΕΣΥ, δηλαδή η άνιση και χωρίς συντονισμό κατανομή των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των μεγάλων αστικών κέντρων και της υπαίθρου, θα μας απασχολήσει στην ενότητα που ακολουθεί.

2.4. Η περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας πριν το ΕΣΥ.

2.4.1. Νοσοκομειακή περίθαλψη και επαγγέλματα υγείας.

Ένα άλλο λοιπόν χαρακτηριστικό του τρόπου κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού εκείνη την περίοδο, ήταν όπως προαναφέραμε, οι έντονες περιφερειακές διαφοροποιήσεις στην κατανομή των πόρων υγείας. Για παράδειγμα, όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα (2.2.18), το μεγαλύτερο ποσοστό των θεραπευτηρίων, ήταν συγκεντρωμένο στα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, απορροφώντας και τον μεγαλύτερο όγκο των δαπανών υγείας. Κατά συνέπεια, η συγκέντρωση της νοσοκομειακής υποδομής σε αυτές τις περιφέρειες, δημιουργούσε μια άνιση κατανομή και στους υπόλοιπους υγειονομικούς πόρους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.18. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981)

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΔΗΜΟΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ και ΝΠΙΔ	ΣΥΝΟΛΟ *	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΧΩΡΑΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	22	133	155	**26,01**
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	13	39	52	**8,72**
Πελοπόννησος	17	52	69	**11,58**
Ιόνιοι Νήσοι	5	8	13	**2,18**
Ήπειρος	4	18	22	**3,69**
Θεσσαλία	4	59	63	**10,57**
Μακεδονία	28	104	132	**22,15**
Θράκη	4	17	21	**3,52**
Νήσοι Αιγαίου	9	15	24	**4,03**
Κρήτη	8	37	45	**7,55**
Σύνολο Ελλάδος	**114**	**482**	**596**	**100,00**

*δεν περιλαμβάνονται οι Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί.

Πηγή : ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981.

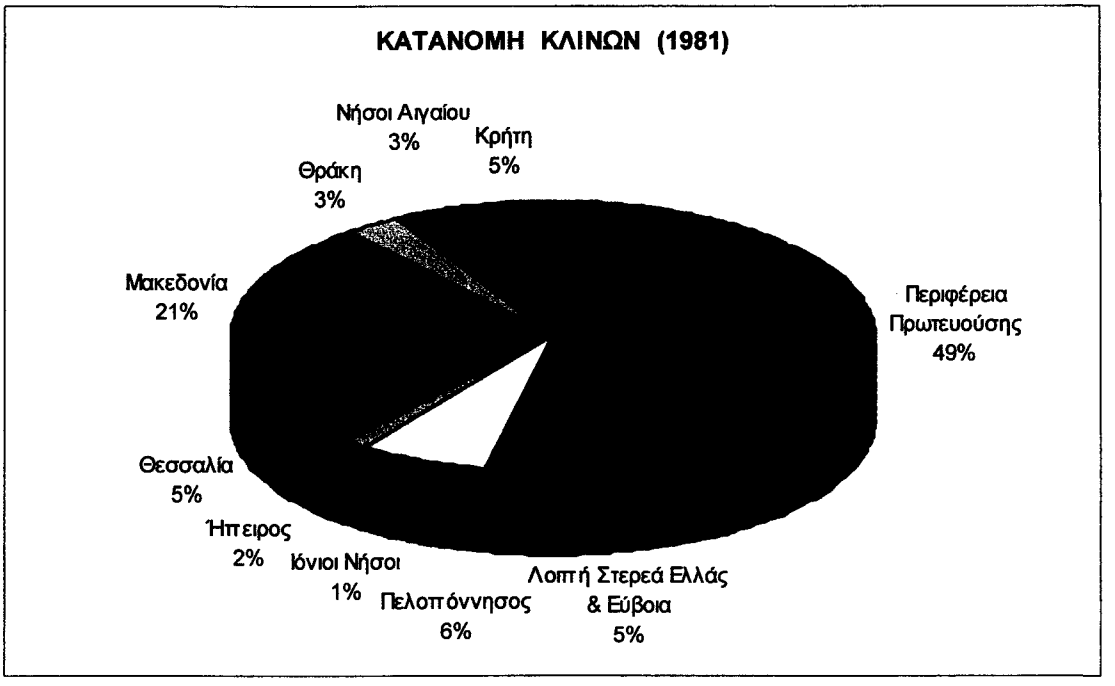
[64] Σταθόπουλος Π. (1996) *«Κοινωνική Πρόνοια : μια γενική θεώρηση»* σελ. 195-196, Έλλην, Αθήνα.



Επίσης και η κατανομή των νοσοκομειακών κλινών επιβεβαιώνει την συγκέντρωση αυτή και επιπρόσθετα, συγκρινόμενη με την κατανομή του πληθυσμού ανά περιφέρεια, μας αποδεικνύει πως οι συνθήκες αντιμετώπισης των υγειονομικών προβλημάτων, ήταν ιδιαίτερα άνισες. Σύμφωνα λοιπόν με τον παρακάτω πίνακα (2.2.19) το μισό περίπου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας (48,44 %) (38,98% των δημοσίων και 55,24% των ιδιωτικών κλινών), ήταν συγκεντρωμένο στην περιφέρεια της Αθήνας, ενώ μαζί με την περιφέρεια της Μακεδονίας, όπου ο κύριος βέβαια όγκος των κλινών συγκεντρώνεται στην Θεσσαλονίκη, εμφανίζουν συγκέντρωση κλινών σε αναλογία 7/10 περίπου, επί του συνόλου της χώρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.19. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981)

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ *	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΧΩΡΑΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	7.419	14.608	22.027	**48,44**
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	987	1.218	2.205	**4,85**
Πελοπόννησος	1.847	1.098	2.945	**6,48**
Ιόνιοι Νήσοι	450	176	626	**1,38**
Ήπειρος	500	335	835	**1,84**
Θεσσαλία	691	1.509	2.200	**4,84**
Μακεδονία	4.586	5.179	9.765	**21,47**
Θράκη	595	638	1.233	**2,71**
Νήσοι Αιγαίου	1.059	303	1.362	**3,00**
Κρήτη	898	1.376	2.274	**5,00**
Σύνολο Ελλάδος	**19.032**	**26.440**	**45.472**	**100,00**
*δεν περιλαμβάνονται οι νευροψυχιατρικές κλίνες				
Πηγή : ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981.				



Αντίστοιχα ενδιαφέροντα στοιχεία για την προσφορά των υγειονομικών υπηρεσιών στην χώρα μας πριν από την εφαρμογή του ΕΣΥ, προκύπτουν και από την ανάλυση της κατανομής των πόρων σε σχέση με τον πληθυσμό της κάθε περιφέρειας. Σύμφωνα λοιπόν με τον πίνακα 2.2.20, το 1981, ενώ στο σύνολο της χώρας αναλογούσαν 46,68 κλίνες ανά 10000 κατοίκους, η μόνη περιφέρεια που υπερέβαινε αυτό το ποσοστό ήταν η περιφέρεια της Αθήνας, στην οποία ο αντίστοιχος δείκτης, ήταν 72,76. Επίσης, κοντά στον μέσο όρο του συνόλου της χώρας, βρίσκονταν η περιφέρεια της Μακεδονίας (46,02), ενώ υψηλό δείκτη, εμφάνιζε και η περιφέρεια της Κρήτης (45,28). Την ίδια στιγμή, οι περιφέρειες της Λοιπής Στερεάς Ελλάδας (στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η Εύβοια) και της Ηπείρου, παρουσίαζαν μια ιδιαίτερα χαμηλή αναλογία (20,05 και 25,73 αντίστοιχα).

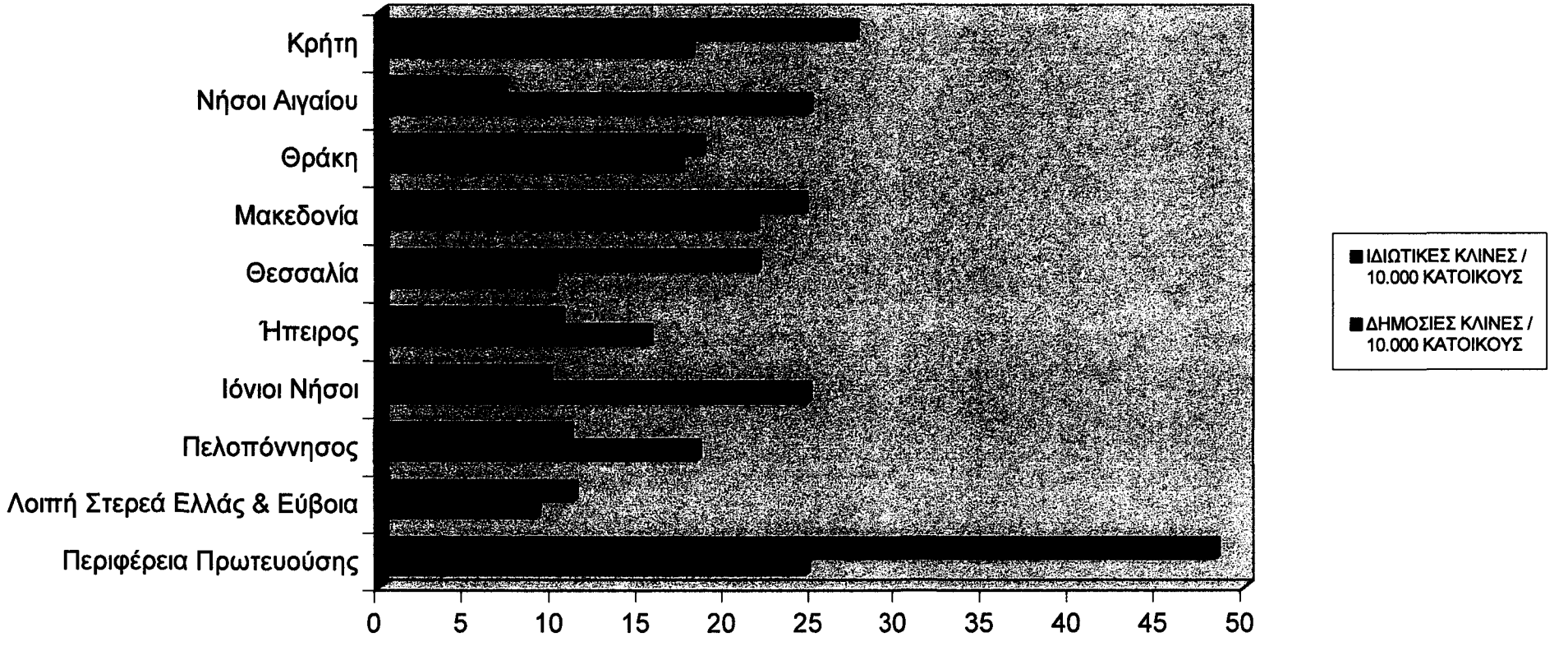
Αποτέλεσμα των παραπάνω συσχετισμών ήταν η δημιουργία διαπεριφερειακών εξαρτήσεων, με συνέπεια την κάλυψη του 60% περίπου της νοσηλευτικής κίνησης της χώρας, από τα θεραπευτήρια της περιφέρειας της πρωτεύουσας και του νομού Θεσσαλονίκης. [65] Στο σημείο αυτό, με δεδομένες τις ανισότητες ως προς την κατανομή των κλινών, θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε τις υγειονομικές αδυναμίες των περιφερειών ως προς την νοσηλεία των κατοίκων τους και να επισημάνουμε το μέγεθος των εξαρτήσεων στις οποίες αναφερθήκαμε παραπάνω.

Οι υγειονομικές αυτές αδυναμίες, κρίνονται από τον βαθμό συγκράτησης των ασθενών για νοσηλεία εντός των ορίων της περιφέρειας. Έτσι όπως είναι φανερό (πίνακας 2.2.21.),την περίοδο εκείνη, μόνο η Αττική και η περιφέρεια της Μακεδονίας λόγω των μεγάλων νοσηλευτικών μονάδων Αθήνας - Θεσσαλονίκης θεωρούνται αυτόνομες υγειονομικές περιφέρειες. Την ίδια στιγμή, στην περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας και Ευβοίας, πάνω από το μισό των κατοίκων που νοσηλεύονται, καλύπτονται από θεραπευτήρια εκτός

[65] ΚΕΠΕ (1979) *«Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως. Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας»* σελ. 17, Αθήνα.

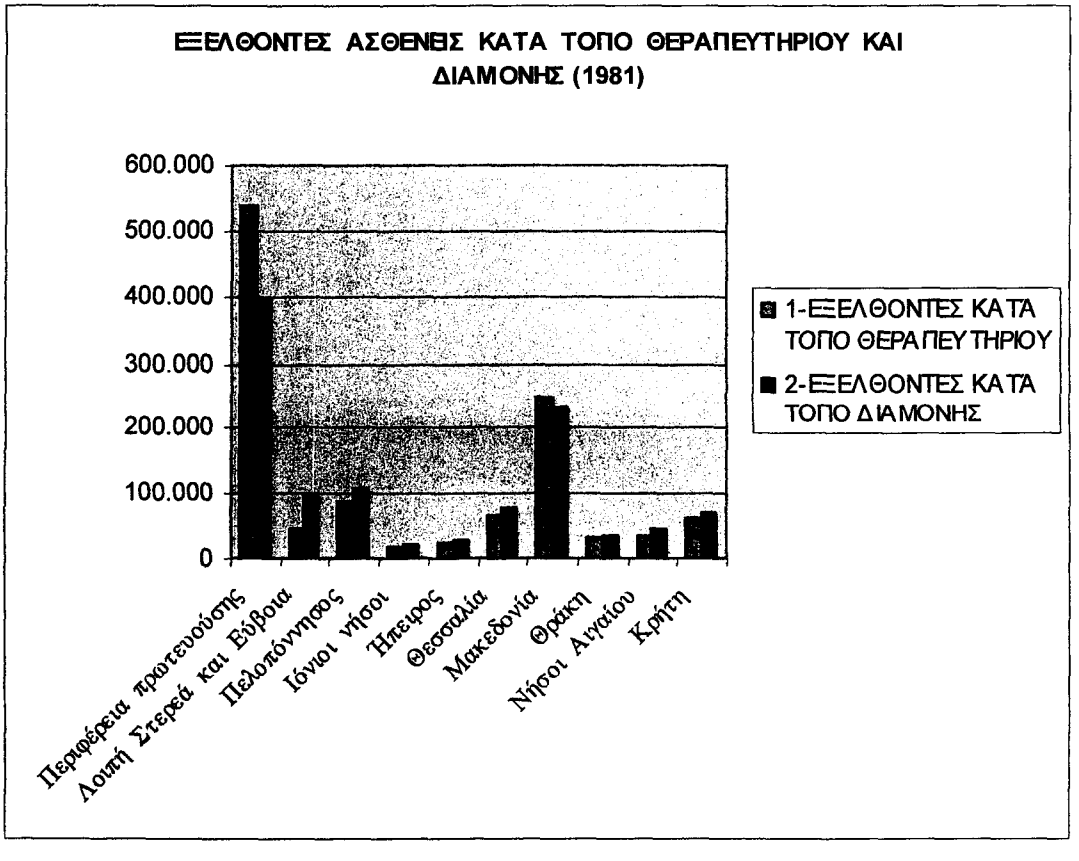
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.20. ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ, ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981)								
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ***	**% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΧΩΡΑΣ**	**ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΛΙΝΕΣ**	**ΔΗΜ. ΚΛΙΝΕΣ/ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**	**ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ**	**ΙΔ.ΚΛΙΝΕΣ/ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**	**ΣΥΝΟΛΟ ** ΚΛΙΝΩΝ**	**ΣΥΝ. ΚΛΙΝΕΣ/ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	3.027.331	**31,08**	7.419	24,51	14.608	48,25	22.027	72,76
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	1.099.841	**11,29**	987	8,97	1.218	11,07	2.205	20,05
Πελοπόννησος	1.012.528	**10,40**	1.847	18,24	1.098	10,84	2.945	29,09
Ιόνιοι Νήσοι	182.651	**1,88**	450	24,64	176	9,64	626	34,27
Ήπειρος	324.541	**3,33**	500	15,41	335	10,32	835	25,73
Θεσσαλία	695.654	**7,14**	691	9,93	1.509	21,69	2.200	31,62
Μακεδονία	2.121.953	**21,79**	4.586	21,61	5.179	24,41	9.765	46,02
Θράκη	345.220	**3,54**	595	17,24	638	18,48	1.233	35,72
Νήσοι Αιγαίου	428.533	**4,40**	1.059	24,71	303	7,07	1.362	31,78
Κρήτη	502.165	**5,16**	898	17,88	1.376	27,40	2.274	45,28
Σύνολο Ελλάδος	**9.740.417**	**100,00**	**19.032**	**19,54**	**26.440**	**27,14**	**45.472**	**46,68**
* σύμφωνα με την απογραφή 5/4/1981.								
** δεν περιλαμβάνονται οι νευροψυχιατρικές κλίνες και οι κλίνες των κοινοτικών υγειονομικών σταθμών.								
Πηγή : α)ΕΣΥΕ : Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981, Αθήνα, β)ΕΣΥΕ : Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1982, Αθήνα, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.								

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ / 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (1981)



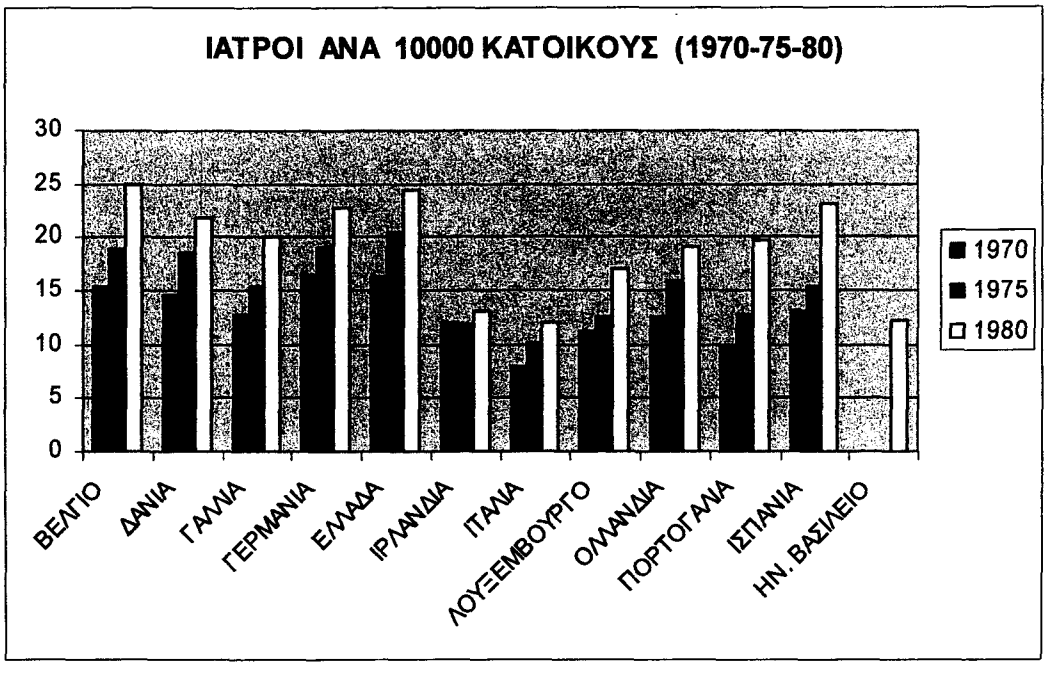
της περιφέρειας, που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα. Αντίστοιχα, επίσης υψηλό ποσοστό αδυναμίας συγκράτησης των ασθενών για νοσηλεία, εμφανίζουν οι περιφέρειες του Αιγαίου και του Ιονίου (25,83% και 20,96%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.21. ΔΙΑΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΡΟΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (1981)				
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1 ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΠΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ	2 ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ 1 - 2	ΡΟΕΣ
Περιφέρεια πρωτευούσης	539.424	397.527	**141.897**	**35,69**
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	44.314	93.158	-48.844	-52,43
Πελοπόννησος	85.816	106.979	-21.163	-19,78
Ιόνιοι νήσοι	16.618	21.026	-4.408	-20,96
Ήπειρος	24.284	27.845	-3.561	-12,79
Θεσσαλία	64.287	74.473	-10.186	-13,68
Μακεδονία	246.002	231.036	**14.966**	**6,48**
Θράκη	29.195	34.789	-5.594	-16,08
Νήσοι Αιγαίου	33.798	45.567	-11.769	-25,83
Κρήτη	60.735	68.606	-7.871	-11,47
Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981, β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



Όπως είναι αναμενόμενο, αντίστοιχα φαινόμενα ανισοκατανομής των πόρων υγείας, προκύπτουν και από την μελέτη των συσχετισμών που αφορούν στους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, ενώ ο αριθμός των ιατρών της χώρας μας κρίνεται ικανοποιητικός σε σχέση με τον πληθυσμό - όπως προκύπτει και από διεθνείς συγκρίσεις (πίνακας 2.2.22) - η κατανομή τους στις περιφέρειες της χώρας ήταν ιδιαίτερα άνιση και η υποχρέωση της μονοετούς υπηρεσίας υπαίθρου για τους απόφοιτους της ιατρικής που ψηφίστηκε το 1968, δεν αρκούσε για την επίλυση των προβλημάτων υγείας του αγροτικού πληθυσμού. [66]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.22. ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1970-1980)			
ΧΩΡΑ	**1970**	**1975**	**1980**
ΒΕΛΓΙΟ	15,43	18,89	24,92
ΔΑΝΙΑ	14,61	18,57	21,74
ΓΑΛΛΙΑ	12,84	15,36	20,05
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	16,43	19,2	22,65
ΕΛΛΑΔΑ	16,22	20,36	24,34
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	12,08	11,83	13,05
ΙΤΑΛΙΑ	7,82	10,2	12,01
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	11,29	12,59	17,01
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	12,49	16,02	19,07
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	9,67	12,71	19,69
ΙΣΠΑΝΙΑ	13,14	15,35	23,07
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ			12,2
Πηγή : ΟΟΣΑ "OECD Health Data : A Comparative Analysis of 29 Countries 1998", Paris.			



[66] Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 42 – Εξάντας / Πολιτικές υγείας, Αθήνα.

Αναφορικά λοιπόν με το ιατρικό σώμα, η Ελλάδα παρουσιάζει μεταξύ 1970 και 1980 μια από τις υψηλότερες αναλογίες σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συγκεκριμένα κατέχει την δεύτερη θέση το 1970 με αναλογία 16,22 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους, την πρώτη το 1975 (αναλογία 20,36) και τη δεύτερη το 1980 (αναλογία 24,34). Η χώρα μας λοιπόν, εμφανίζει ένα διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ιατρών, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ανεργίας στον κλάδο, ενώ εξίσου σημαντικό ήταν και το υψηλό κόστος της ιατρικής εκπαίδευσης σε συνδυασμό με την μακροπρόθεσμη απόσβεση.

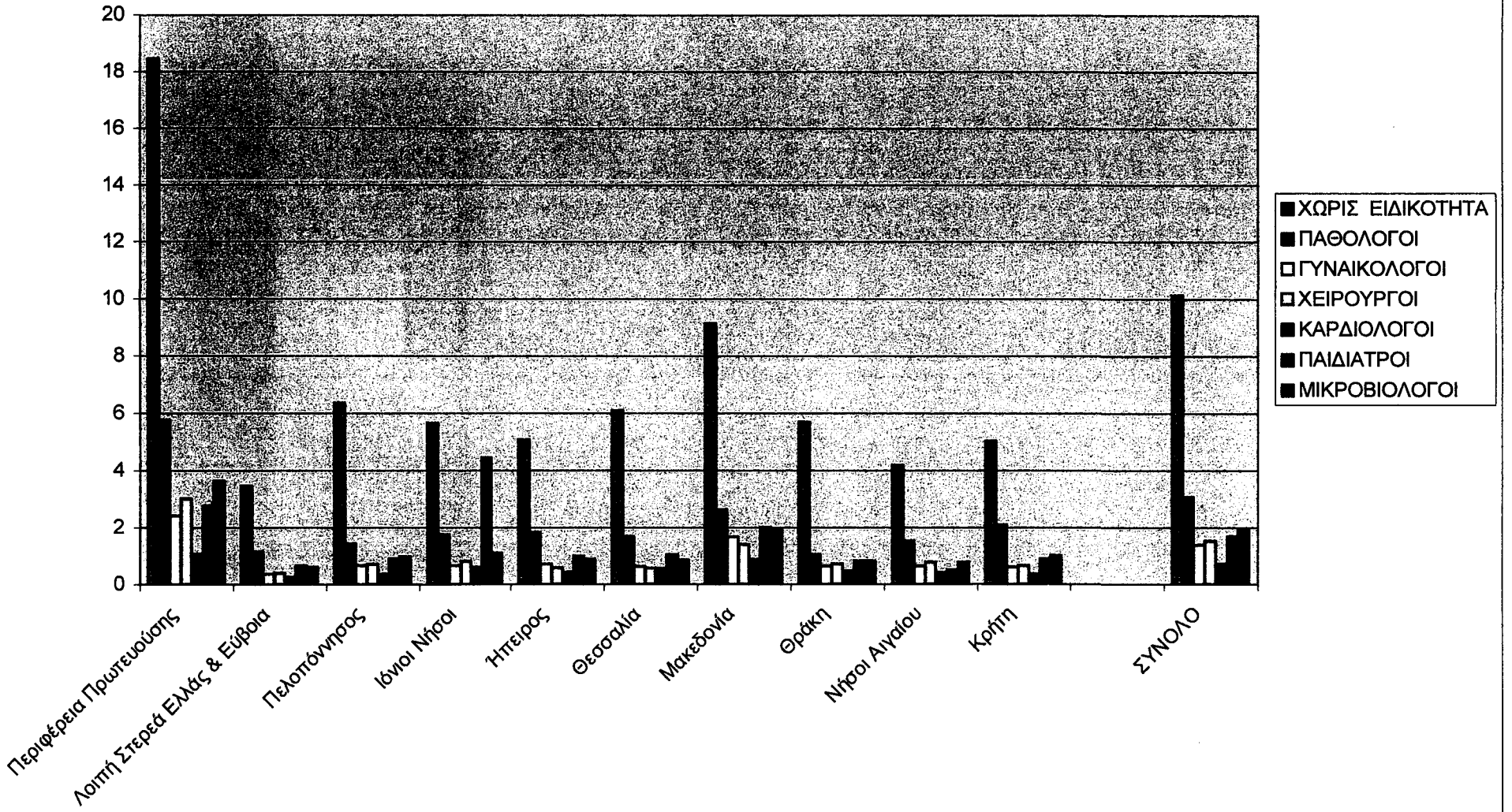
Η δημογραφική όμως έκρηξη του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα, δεν ήταν αρκετή ώστε να μειωθούν οι περιφερειακές ανισότητες που προέκυπταν από την κατανομή του. Έτσι, οι αντίστοιχοι δείκτες της αναλογίας των ιατρών με τους κατοίκους των περιφερειών της χώρας μας το 1981 (πίνακας 2.2.23), αναδεικνύουν τα σημαντικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν ορισμένες περιφέρειες εξαιτίας των ελλείψεων που προέκυπταν από την συγκέντρωση του ιατρικού σώματος στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

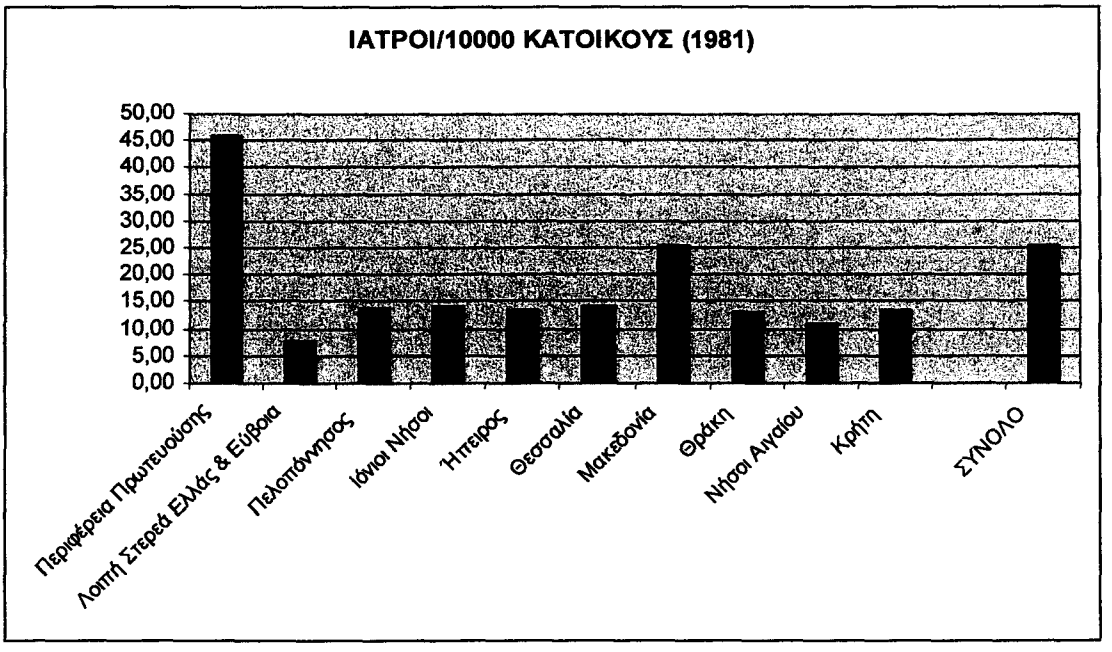
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.23. ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981)	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΙΑΤΡΟΙ/10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	45,76
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	7,91
Πελοπόννησος	13,90
Ιόνιοι Νήσοι	13,91
Ήπειρος	13,22
Θεσσαλία	14,07
Μακεδονία	25,26
Θράκη	12,86
Νήσοι Αιγαίου	10,76
Κρήτη	13,32
ΣΥΝΟΛΟ	**25,38**
* σύμφωνα με την απογραφή 5/4/1981	
Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981, β)ΕΣΥΕ, Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1982, γ)Ιδιοι υπολογισμοί.	

Σε σχέση μάλιστα με συγκεκριμένες ειδικότητες, η συγκέντρωση αυτή στα μεγάλα αστικά κέντρα, δημιουργούσε σοβαρά προβλήματα, λόγω της υποτυπώδους παρουσίας ιατρών αυτών των ειδικοτήτων, που δεν αρκούσε για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων υγειονομικών προβλημάτων σε τοπικό επίπεδο (πίνακας 2.2.24). Ενδεικτικά, αναφέρουμε πως το 1981, οι περισσότερες περιφέρειες εκτός της Πρωτεύουσας και της Μακεδονίας, υστερούσαν σημαντικά από τον δείκτη του συνόλου της χώρας σε παιδίατρους, παθολόγους και μικροβιολόγους και οδοντιάτρους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.24. ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (1981)							
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΧΩΡΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ**	**ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ**	**ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ**	**ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ**	**ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ**	**ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ**	**ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΙ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	18,45	5,76	2,4	3	1,06	2,75	3,62
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	3,45	1,15	0,35	0,39	0,25	0,65	0,6
Πελοπόννησος	6,34	1,43	0,66	0,7	0,36	0,9	0,97
Ιόνιοι Νήσοι	5,64	1,75	0,66	0,82	0,6	4,43	1,09
Ήπειρος	5,05	1,82	0,71	0,59	0,43	0,99	0,89
Θεσσαλία	6,09	1,68	0,62	0,57	0,55	1,05	0,85
Μακεδονία	9,12	2,62	1,66	1,4	0,87	1,99	1,96
Θράκη	5,68	1,04	0,64	0,7	0,46	0,81	0,81
Νήσοι Αιγαίου	4,18	1,52	0,63	0,77	0,4	0,49	0,77
Κρήτη	5,02	2,09	0,6	0,66	0,36	0,88	1
ΣΥΝΟΛΟ	**10,12**	**3,06**	**1,38**	**1,52**	**0,7**	**1,68**	**1,94**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ, "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1982", Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.							

ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ / 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ 1981

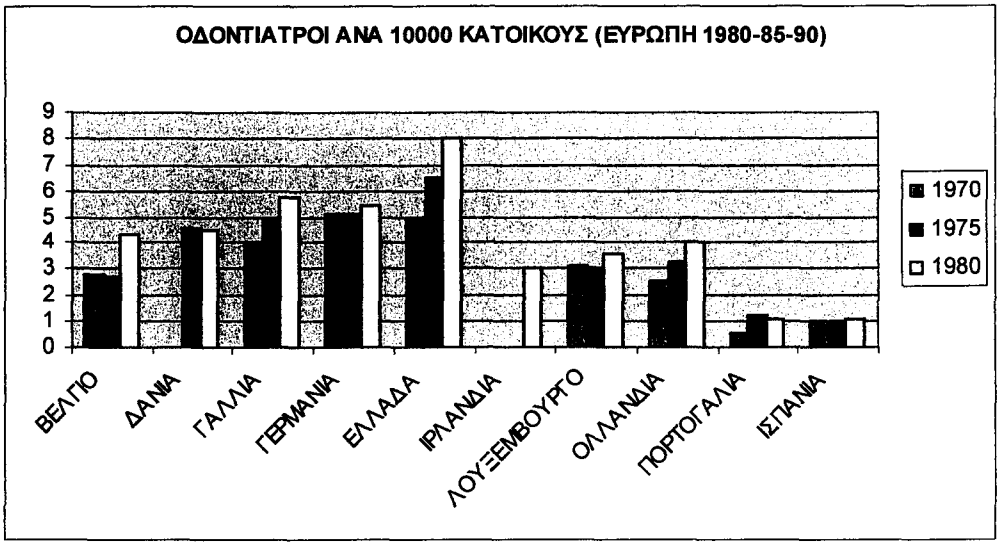




Σχετικά με τους τελευταίους, αναφέρουμε ότι η χώρα μας το διάστημα που εξετάζουμε, εμφανίζει – όπως και με τους ιατρούς στο σύνολό τους – έναν από τους υψηλότερους δείκτες σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (πίνακας 2.25). Το κύριο όμως πρόβλημα, παραμένει και εδώ η περιφερειακή κατανομή των οδοντιάτρων, (πίνακας 2.2.26), ενώ αξίζει να αναφέρουμε πως τα προβλήματα ανεργίας του κλάδου, μπορούν να αποδοθούν τόσο στην υπερπροσφορά της εν λόγω ειδικότητας, όσο και στην μεταβολή της νοσηρότητας στις οδοντικές ασθένειες, οι οποίες πλέον αντιμετωπίζονται με εξειδικευμένες τεχνικές που μειώνουν το σύνολο των υπηρεσιών που απαιτούνται. [67]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.25. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (ΕΥΡΩΠΗ 1970-1980)			
ΧΩΡΑ	**1970**	**1975**	**1980**
ΒΕΛΓΙΟ	2,82	2,74	4,36
ΔΑΝΙΑ		4,58	4,53
ΓΑΛΛΙΑ	4,05	4,95	5,75
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	5,14	5,14	5,4
ΕΛΛΑΔΑ	5	6,55	7,96
ΙΡΛΑΝΔΙΑ			3,04
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	3,12	3,06	3,59
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	2,58	3,27	4,02
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	0,56	1,23	1,1
ΙΣΠΑΝΙΑ	1	0,97	1,06
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ			3,13
Πηγή : OECD (1998) "Health Data", Paris.			

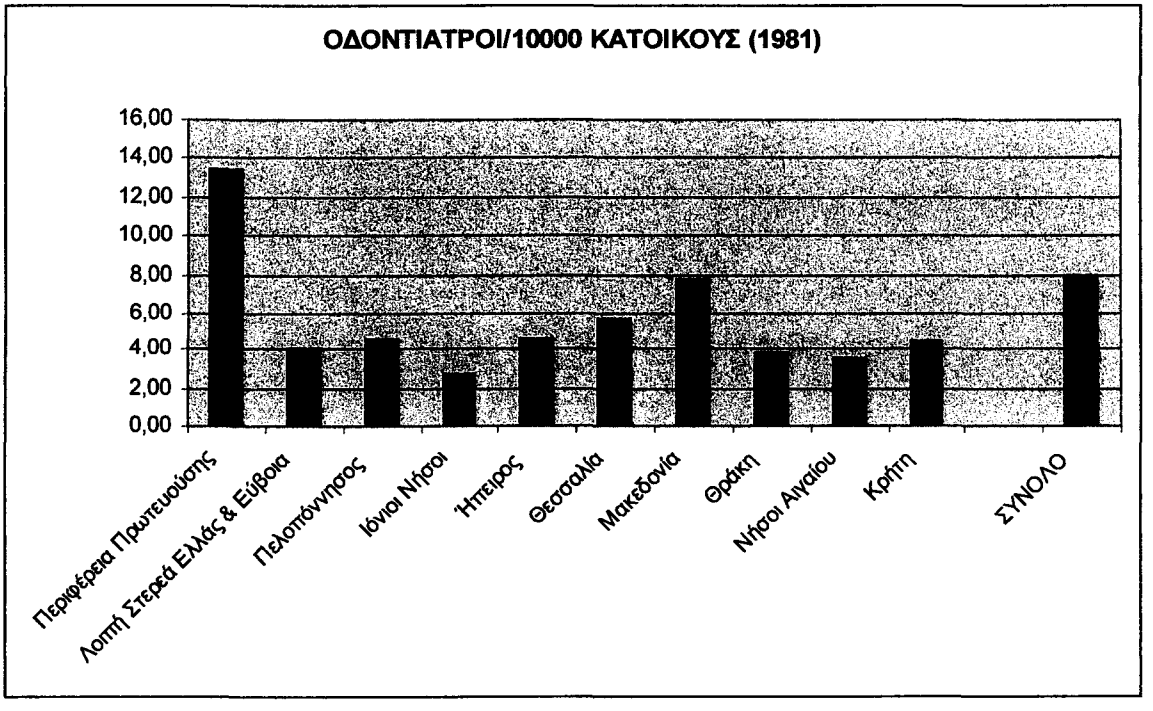
[67] Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 58, Εξάντας, Αθήνα.



Όπως λοιπόν προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η χώρα μας κατέχει κατά το διάστημα 1970-1980, μία από τις υψηλότερες αναλογίες οδοντιάτρων και κατοίκων. Συγκεκριμένα, το 1975 η Ελλάδα κατέχει την δεύτερη θέση με αναλογία 5 οδοντίατρους ανά 10000 κατοίκους, το 1975 ανέρχεται στην πρώτη θέση (με αναλογία 6,55/ 10000 κατοίκους) για να παραμείνει σε αυτήν και το 1980, παρουσιάζοντας ακόμη μεγαλύτερο δείκτη (7,96/10000 κατοίκους).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.26. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981)	
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ/10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	13,43
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	4,07
Πελοπόννησος	4,59
Ιόνιοι Νήσοι	2,68
Ήπειρος	4,59
Θεσσαλία	5,71
Μακεδονία	7,77
Θράκη	3,79
Νήσοι Αιγαίου	3,50
Κρήτη	4,46
ΣΥΝΟΛΟ	**7,93**
* σύμφωνα με την απογραφή 5/4/1981	
Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981, β)ΕΣΥΕ, Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1982, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.	

Η άνιση περιφερειακή κατανομή όμως, παραμένει το κύριο πρόβλημα και αυτής της ειδικότητας, η οποία εμφανίζει ανάλογη συγκέντρωση στα αστικά κέντρα Αθήνας και Θεσσαλονίκης, ενώ η σημαντικότερες ελλείψεις εμφανίζονταν στις περιφέρειες των Ιονίων Νήσων, της Θράκης και των Νήσων Αιγαίου. Επίσης, είναι χρήσιμο να επισημάνουμε, πως η δημόσια δαπάνη για οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα το 1981 αποτελούσε μόλις το 2% του συνόλου των δημοσίων δαπανών υγείας . Το γεγονός αυτό, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι αυξημένες - όπως προκύπτει από σχετικές έρευνες – ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού για οδοντιατρική περίθαλψη, συνδέονται άμεσα με την ανεπαρκή δημόσια δαπάνη και την απουσία προγραμμάτων δημόσιας υγείας με επίκεντρο την αντιμετώπιση των στοματικών νόσων. [68]

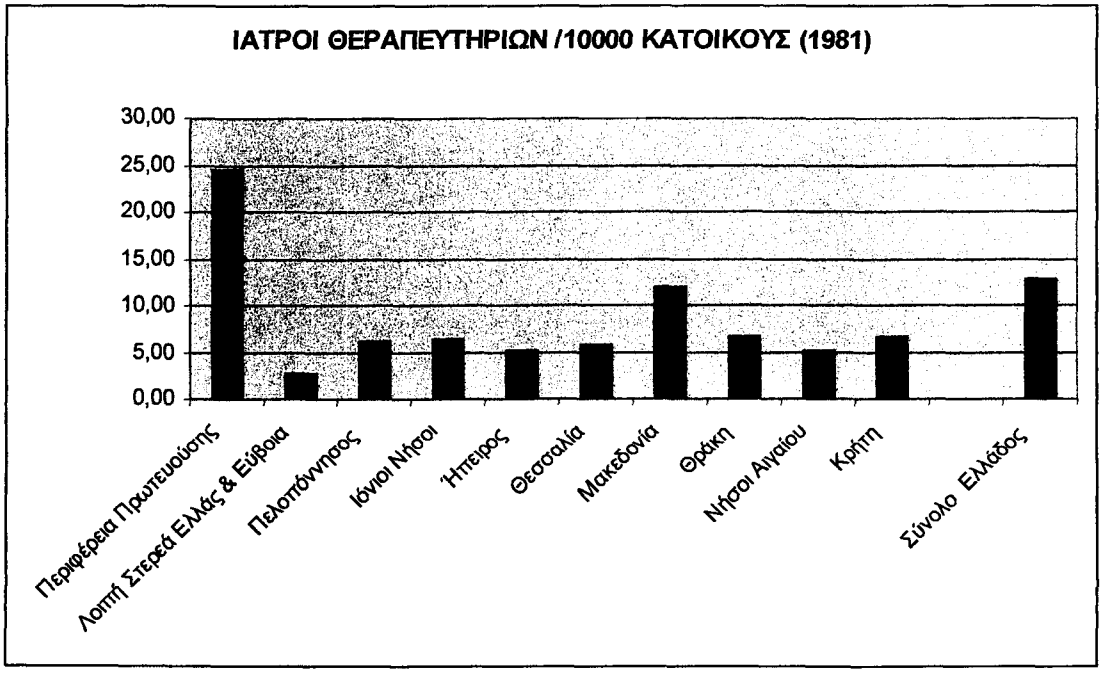


Δεδομένης της άνισης περιφερειακής κατανομής των ιατρών, η μελέτη της στελέχωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από ιατρικό προσωπικό, επιβεβαιώνει και εκφράζει την απροθυμία του ιατρικού σώματος να απασχοληθεί στις αγροτικές περιοχές. Εξετάζοντας λοιπόν τον αριθμό των ιατρών που υπηρετούσαν σε δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια το 1981, διαπιστώνουμε σημαντικές αποκλίσεις ανά περιφέρεια (πίνακας 2.2.27), οι οποίες γίνονται πιο εμφανείς, αν συγκριθούν με τον αριθμό των κατοίκων.

Εδώ βέβαια οφείλουμε να επισημάνουμε, ότι η συγκέντρωση του μεγαλύτερου αριθμού των ιατρών στις δυο μεγάλες πόλεις Αθήνα και Θεσσαλονίκη, εκφράζει και ενοχοποιεί ταυτόχρονα, την αντίστοιχη συγκέντρωση που παρατηρείται στην υλικοτεχνική υποδομή, στερώντας από την άσκηση των καθηκόντων τους την απαιτούμενη επιστημονική υποστήριξη.

[68] Κωλέτση- Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»* σελ. 46-48, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας – Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.27. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΣΑΝ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981)			
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ***	**ΙΑΤΡΟΙ**	**ΙΑΤΡΟΙ/10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	3.027.331	7433	24,55
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	1.099.841	310	2,82
Πελοπόννησος	1.012.528	620	6,12
Ιόνιοι Νήσοι	182.651	116	6,35
Ήπειρος	324.541	169	5,21
Θεσσαλία	695.654	395	5,68
Μακεδονία	2.121.953	2526	11,90
Θράκη	345.220	226	6,55
Νήσοι Αιγαίου	428.533	219	5,11
Κρήτη	502.165	336	6,69
Σύνολο Ελλάδος	**9.740.417**	**12350**	12,68
* σύμφωνα με την απογραφή 5/4/1981			
Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981, β)ΕΣΥΕ, Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1982, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.			



Η μελέτη της περιφερειακής κατανομής των πόρων υγείας και πιο συγκεκριμένα του ανθρώπινου δυναμικού, δεν θα μπορούσε να μην περιλαμβάνει και τους φαρμακοποιούς, οι οποίοι στην χώρα μας και για το διάστημα που εξετάζουμε, δεν φαίνεται να κατέχουν αντίστοιχη θέση με τους ιατρούς , όσο αφορά στην αναλογία τους με τον πληθυσμό.

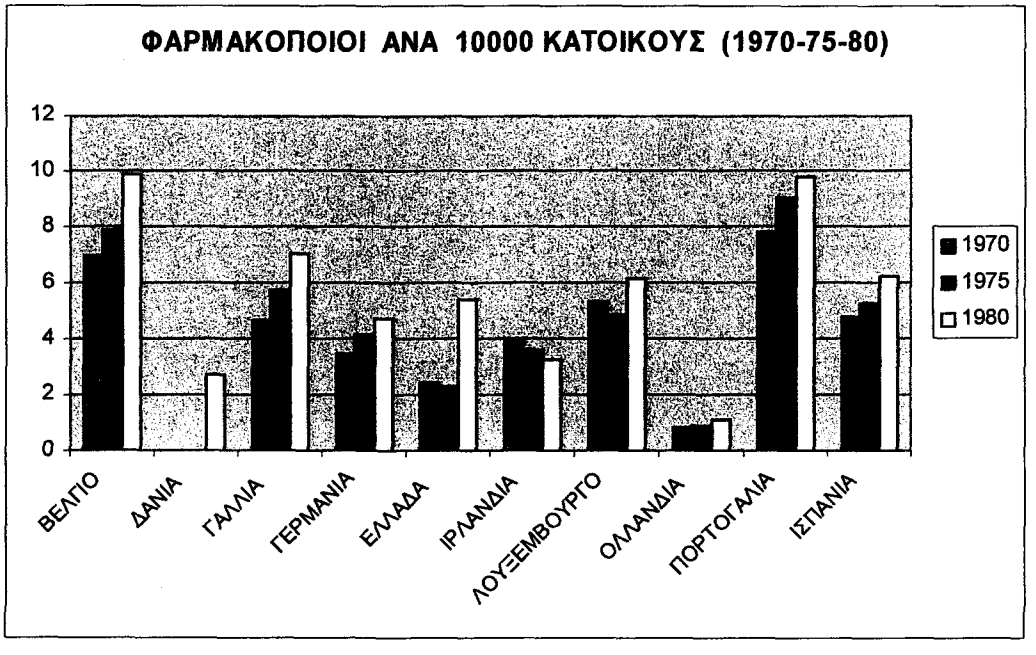
Έτσι, σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 2.2.28, η χώρα μας το 1970, βρίσκονταν σε μία από τις τελευταίες θέσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο αφορά στην αναλογία φαρμακοποιών και

κατοίκων (2,41 φαρμακοποιοί ανά 10000 κατοίκους), ενώ και το 1975, η αναλογία ήταν εξίσου χαμηλή (2,25 φαρμακοποιοί ανά 10000 κατοίκους). Αξιοσημείωτη, θεωρείται η μεταβολή που παρατηρείται το 1980 – από το σημείο άλλωστε εκείνο ο ρυθμός αύξησης άρχισε να μεγαλώνει – με τον σχετικό δείκτη να ανέρχεται στο 5,36 και την απασχόληση ολοένα και περισσότερων φαρμακοποιών στο ελεύθερο επάγγελμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.28. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1970-1980)

ΧΩΡΑ	1970	1975	1980
ΒΕΛΓΙΟ	6,98	7,85	9,83
ΔΑΝΙΑ	0	0	2,69
ΓΑΛΛΙΑ	4,59	5,7	7,02
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	3,44	4,14	4,66
ΕΛΛΑΔΑ	2,41	2,25	5,36
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	3,99	3,6	3,25
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	5,32	4,82	6,11
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	0,81	0,88	1,08
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7,79	9,06	9,78
ΙΣΠΑΝΙΑ	4,76	5,23	6,23

Πηγή : ΟΟΣΑ "OECD Health Data : A Comparative Analysis of 29 Countries 1998", Paris.



Εξετάζοντας λοιπόν την περιφερειακή κατανομή των φαρμακείων στην χώρα μας, διαπιστώνουμε πως αυτή σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την αντίστοιχη των ιατρών, με συνέπεια την λειτουργία ενός συμπλέγματος κατευθυνόμενης συνταγογραφίας, η οποία τελικά επηρεάζει και τον όγκο της φαρμακευτικής κατανάλωσης.[69] Το σύμπλεγμα αυτό, ξεκινά από την φαρμακευτική βιομηχανία, η οποία στην χώρα μας χαρακτηρίζεται από την

[69] Σχετικά με τις τάσεις της κατανάλωσης φαρμάκων στην Ελλάδα, βλ. Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ (1996) *«Φαρμακοοικονομία. Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης»* σελ. 79-97, Εξάντας , Αθήνα.

κυριαρχία επιχειρήσεων με διεθνική μορφή οργάνωσης [70], συνεχίζεται στις εταιρείες διανομής και καταλήγει στην αγορά (φαρμακεία) μέσω του ιατρικού σώματος. Η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας λοιπόν στη χώρα μας την περίοδο εκείνη, σε συνδυασμό με την κατάσταση του νοσηλευτικού συστήματος [71] και την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, οδήγησαν στην διάθεση ενός μεγάλου αριθμού φαρμάκων στην κυκλοφορία [72], με συνέπεια την διόγκωση των φαρμακευτικών δαπανών.

Μετά από την μικρή αυτή αναφορά στις ιδιοτυπίες του φαρμακευτικού τομέα, μπορούμε να επιβεβαιώσουμε τα παραπάνω, μελετώντας τον τρόπο με τον οποίο τα φαρμακεία ήταν κατανεμημένα στις γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας το 1981 (πίνακας 2.2.29).

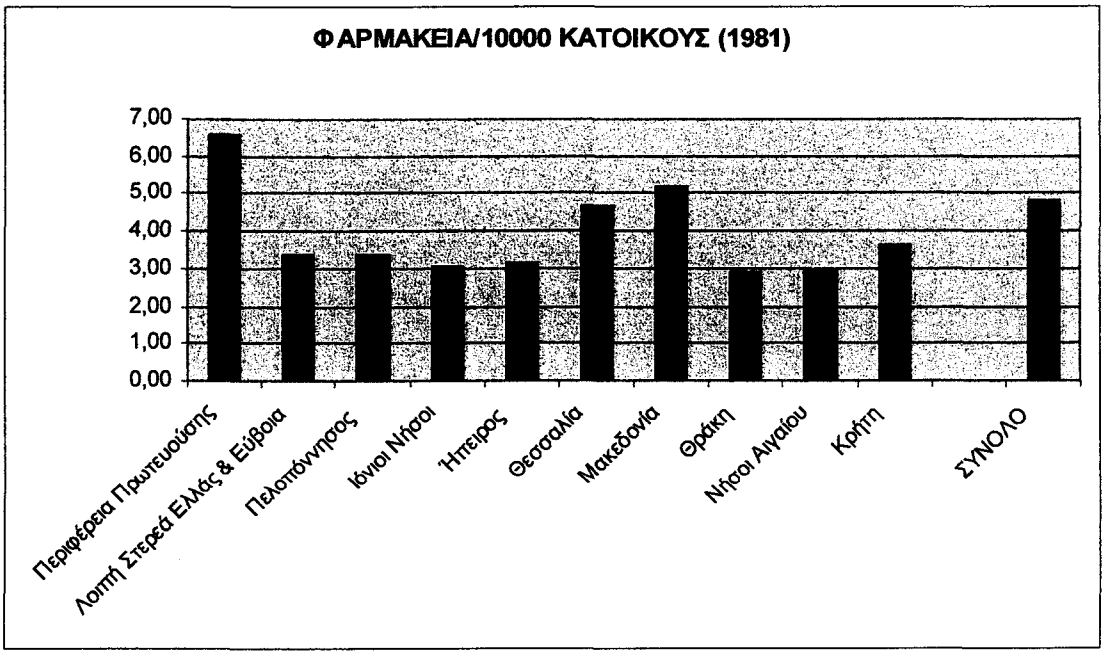
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.29. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981)	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ/10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	6,57
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	3,34
Πελοπόννησος	3,35
Ιόνιοι Νήσοι	3,07
Ήπειρος	3,14
Θεσσαλία	4,63
Μακεδονία	5,17
Θράκη	2,90
Νήσοι Αιγαίου	2,94
Κρήτη	3,64
ΣΥΝΟΛΟ	**4,81**
* σύμφωνα με την απογραφή 5/4/1981	
Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981, β)ΕΣΥΕ, Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1982, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.	

[70] Αντωνοπούλου Λ. (1987) *«Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Ανεπτυγμένου Κόσμου. Αναφορά στις απαρχές της Ελληνικής εμπειρίας»* σελ. 82, Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη.

[71] Σχετικά με τους παράγοντες διαμόρφωσης της φαρμακευτικής κατανάλωσης, υποστηρίζεται ότι υπάρχει ένας «συμψηφιστικός νόμος» ανάμεσα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την φαρμακευτική και την νοσοκομειακή . Έτσι, η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, συμπίπτει συνήθως με χαμηλές δαπάνες νοσηλείας, κάτι το οποίο επιβεβαιώθηκε και στη χώρα μας, όπου η διόγκωση των εξωνοσοκομειακών δαπανών, συνδέθηκε με την ανεπάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης. Βλ. Αντωνοπούλου Λ. (1987) υποσ. 70, σελ. 96.

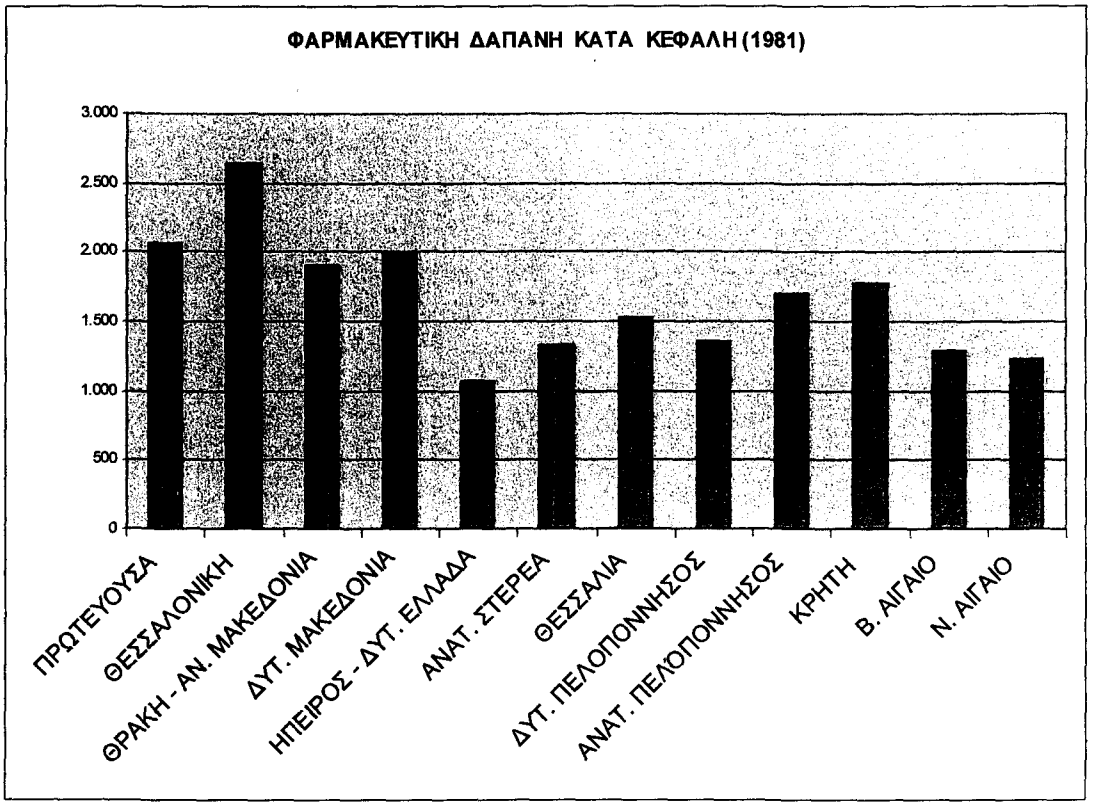
[72] Για τις διαστάσεις της «πολυφαρμακείας» στην Ελλάδα, τις νομοθετικές παρεμβάσεις στην διαδικασία παραγωγής φαρμάκων, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να εξασφαλιστεί ο έλεγχος της διακίνησης και κατά συνέπεια του σχετικού κόστους, βλ. ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία»* σελ. 322-338, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

Διαπιστώνουμε λοιπόν μια ανάλογη συγκέντρωση – όπως και με τους ιατρούς – των φαρμακείων στα αστικά κέντρα, με μοναδικές περιφέρειες που υπερβαίνουν τον δείκτη φαρμακεία / 10.000 κατοίκους που αφορά στο σύνολο της χώρας, αυτές της πρωτεύουσας και της Μακεδονίας. Το γεγονός αυτό, επιβεβαιώνει την διατυπωμένη θέση σχετικά με τον προσδιορισμό της φαρμακευτικής κατανάλωσης (πίνακας 2.2.30), από την πυκνότητα ιατρών και φαρμακείων.[73]



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.30. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ (1981)	
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΔΡΑΧΜΕΣ
ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ	2.060
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	2.645
ΘΡΑΚΗ - ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.900
ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.993
ΗΠΕΙΡΟΣ - ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑ	1.069
ΑΝΑΤ. ΣΤΕΡΕΑ	1.323
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1.535
ΔΥΤ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.355
ΑΝΑΤ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.706
ΚΡΗΤΗ	1.772
Β. ΑΙΓΑΙΟ	1.277
Ν. ΑΙΓΑΙΟ	1.219
ΠΗΓΗ : Τερζή Γ. - Κουτσογιάννη Κ. (1986) "Διερεύνηση Προσδιοριστικών Παραγόντων της Κατανάλωσης Φαρμάκων κατά Γεωγραφική Περιφέρεια στην Ελλάδα" σελ. 88-89, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 3, Αθήνα.	

[73] Γεωργούση Ε., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ., Δρίζη Λ. (1992) *«Προσδιοριστικοί παράγοντες της φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ελλάδα Περιφερειακή προσέγγιση»* σελ. 317-320, Materia Medica Greca, No 20, Αθήνα.



Συνεχίζοντας την ανάλυσή μας για την κατανομή των επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας πριν το ΕΣΥ, θα εξετάσουμε το νοσηλευτικό καθώς και το διοικητικό προσωπικό που στελεχώνει τις υγειονομικές υπηρεσίες. Ειδικά, όσο αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, επισημαίνουμε δύο χαρακτηριστικά, που παρατηρούνται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες :

α)Οι αναλογίες που προκύπτουν σχετικά με την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό, διαφέρουν τόσο από χώρα σε χώρα, όσο και σε σχέση με τους αντίστοιχους δείκτες κατανομής των ιατρών.

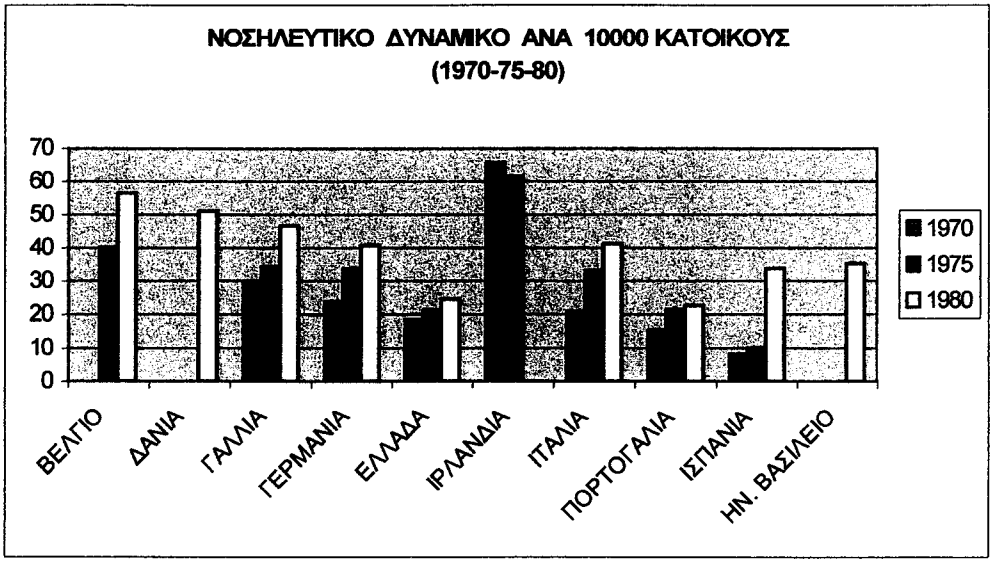
β)Αναλύοντας τα παραπάνω, διαπιστώνουμε μια σχετική ανεπάρκεια στις περισσότερες χώρες ως προς την προσφορά του νοσηλευτικού και μαιευτικού δυναμικού, με την κατάσταση να τείνει να αναστραφεί τα τελευταία χρόνια, με την αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης και την παροχή οικονομικών κινήτρων και ευκαιριών επαγγελματικής ανέλιξης. [74]

Στη χώρα μας ειδικότερα, η χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών κατά την περίοδο που εξετάζουμε, συνδεόταν με την απουσία σχεδιασμού σχετικά με την εκπαίδευση και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας και κατ' επέκταση με την ελλιπή προσφορά σε νοσηλευτικό

[74] Για αναλυτική αναφορά στους στόχους και τις προσδοκίες των νοσηλευτών και νοσηλευτριών από την άσκηση του επαγγέλματός τους , καθώς και για αξιολόγηση της εκπαίδευσής τους, βλ. Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ. (1994) *«Ικανοποίηση και Προσδοκίες των Νοσηλευτών / τριών από την άσκηση του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος στα Δημόσια Νοσοκομεία»*, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., επιμ. (1994) *«Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 89-118 , Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.

αλλά και διοικητικό προσωπικό. [75] Η τελευταία είναι εμφανής και από την σύγκριση της χώρας μας με τα αντίστοιχα διεθνή μεγέθη ως προς την αντιστοιχία νοσηλευτικού προσωπικού και κατοίκων (πίνακας 2.2.31).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.31. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ* ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1970-1980)			
ΧΩΡΑ	**1970**	**1975**	**1980**
ΒΕΛΓΙΟ	0	39,95	56,31
ΔΑΝΙΑ	0	0	50,74
ΓΑΛΛΙΑ	29,83	34,25	46,3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	23,68	33,53	40,37
ΕΛΛΑΔΑ	18,29	21,05	24,47
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	65,37	61,3	0
ΙΤΑΛΙΑ	20,75	32,94	40,94
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	15,4	21,28	22,55
ΙΣΠΑΝΙΑ	7,97	10,01	33,52
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ			35,14
*με 2ετή τουλάχιστον εκπαίδευση			
ΠΗΓΗ : ΟΟΣΑ "OECD Health Data : A Comparative Analysis of 29 Countries 1998", Paris.			



Η αναλογία λοιπόν νοσηλευτικού δυναμικού και πληθυσμού στην χώρα μας, κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και συγκεκριμένα το 1970 ο σχετικός δείκτης νοσηλευτικού δυναμικού ανά 10000 κατοίκους, ήταν 18,29, το 1975 21,05 και το 1980 24,47.

[75] Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 34-35, Εξάντας, Αθήνα.

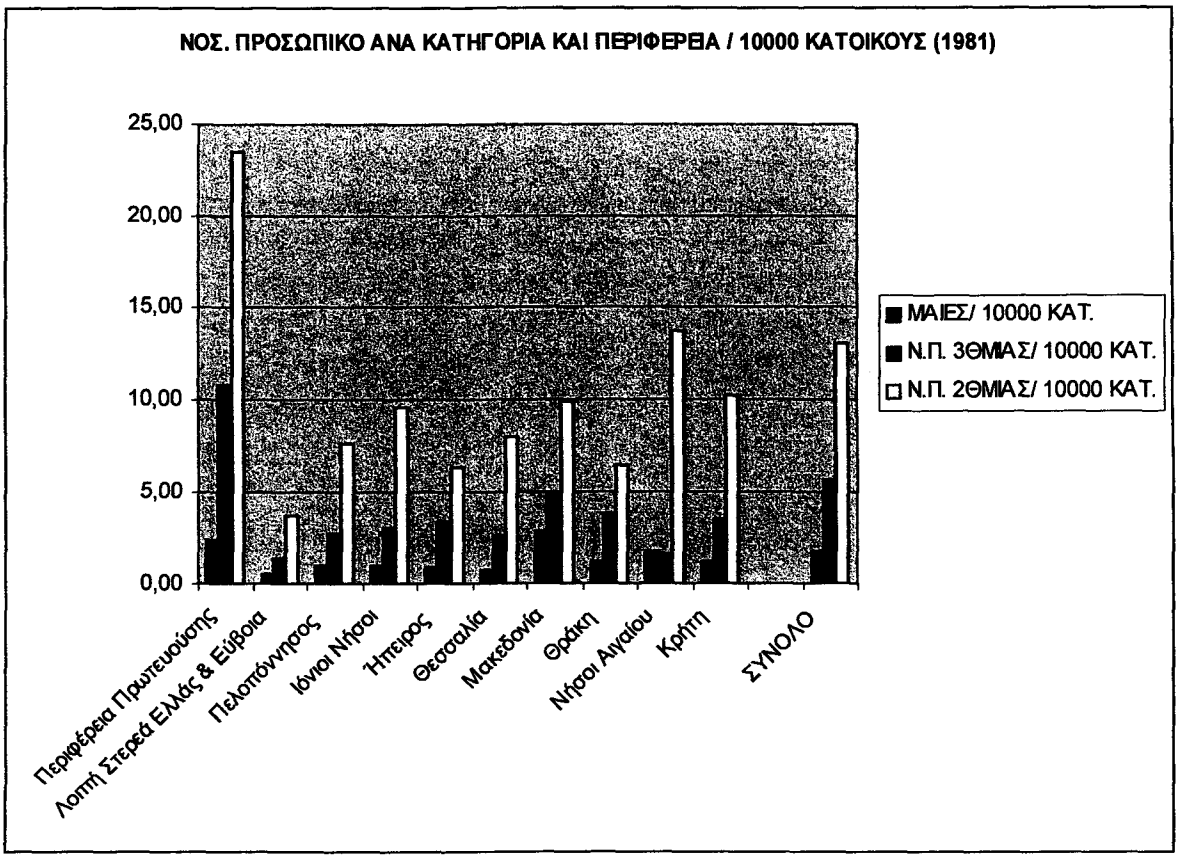
Στο σημείο αυτό σημειώνουμε πως διάφορες μελέτες [76], θέτουν υπό αμφισβήτηση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ που αφορούν στο νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα μας, η οποία εστιάζεται στο κατά πόσο αυτά πραγματικά αφορούν σε άτομα με διετή εκπαίδευση, ενώ παράλληλα, διαπιστώνονται αποκλίσεις από τα αντίστοιχα στοιχεία της ΕΣΥΕ και πιο συγκεκριμένα, των Στατιστικών Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής. Σε γενικές γραμμές πάντως, η θέση της χώρας μας είναι ιδιαίτερα χαμηλή όσο αφορά στην αναλογία των νοσηλευτών / τριών με τους κατοίκους, ενώ ταυτόχρονα, οι ανάγκες για νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα αυξημένες σε ορισμένες περιφέρειες, λόγω του άναρχου τρόπου κατανομής τους.

Ενδεικτικά, από τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα (2.2.32), προκύπτει πως η αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κατηγοριών με τον πληθυσμό, είναι στις περιφέρειες της πρωτεύουσας και της Μακεδονίας μεγαλύτερη του αντίστοιχου δείκτη του συνόλου της χώρας. Αξιοσημείωτη επίσης, είναι η αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν οι πρακτικές), με τον πληθυσμό των περιφερειών της πρωτεύουσας (23,51), των Νήσων Αιγαίου (13,70) και της Κρήτης (10,18).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.32. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (1981)

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΜΑΙΕΣ/ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	Ν.Π. 3ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ/ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	Ν.Π. 2ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ/ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	2,44	10,75	23,51
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	0,53	1,40	3,66
Πελοπόννησος	0,96	2,70	7,63
Ιόνιοι Νήσοι	0,99	3,07	9,53
Ηπειρος	0,86	3,42	6,32
Θεσσαλία	0,78	2,63	7,93
Μακεδονία	2,84	4,94	9,92
Θράκη	1,19	3,79	6,46
Νήσοι Αιγαίου	1,79	1,63	13,70
Κρήτη	1,23	3,50	10,18
ΣΥΝΟΛΟ	**1,78**	**5,60**	**12,99**
* σύμφωνα με την απογραφή 5/4/1981.			
**περιλαμβάνονται και οι πρακτικές.			
Πηγή : ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1981, β)ΕΣΥΕ : Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1982, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.			

[76] Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 62, Εξάντας, Αθήνα.



Τέλος, όσο αφορά στη σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο την εκπαιδευτική τους υποδομή, διαπιστώνουμε πως η εκπαίδευση του μεγαλύτερου μέρους των νοσηλευτών / τριών, δεν είναι ικανοποιητική και κατά συνέπεια, η στελέχωση του υγειονομικού τομέα από επαγγελματίες υγείας αυτής της κατηγορίας, θεωρείται και ποιοτική ανεπαρκής. [77]

2.4.2. Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στην χώρα μας πριν την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την δημιουργία των Κέντρων Υγείας, χαρακτηριζόταν από την ύπαρξη σημαντικών ελλείψεων στις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά και από έντονες περιφερειακές διαφοροποιήσεις ως προς την κατανομή των φορέων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Οι γενικότερες βέβαια κατευθύνσεις της υγειονομικής πολιτικής στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες, στηρίζονταν την περίοδο εκείνη στην ταύτιση της έννοιας της υγείας με την περίθαλψη και κατά συνέπεια, η έμφαση για την αντιμετώπιση των ασθενειών, δίνονταν στον θεραπευτικό τομέα

[77] Στο σημείο αυτό, σημαντικές ευθύνες για την ελλιπή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας μας, μπορούν να αποδοθούν τόσο στην ποιότητα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης η οποία την καθιστά μη επιθυμητή από τους υποψηφίους, όσο και στην διαδικασία και τον τρόπο εισαγωγής των σπουδαστών στις νοσηλευτικές σχολές. Βλ Δημολιάτης Γ., Μπόσμου Φ., Γκούμα Β. (1991) *«Ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση»* σελ. 19-27, Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος 1991.

και στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της ανάπτυξης των υπόλοιπων υγειονομικών υπηρεσιών. [78]

Παράλληλα, για την σαφή στροφή του συστήματος προς την θεραπευτική ιατρική, ενοχοποιείται και το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων, του οποίου η ανάπτυξη, χαρακτηριζόταν από την αναγκαιότητα της προσφυγής του ίδιου του ασφαλισμένου στις υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού του φορέα, [79] κάτι βέβαια το οποίο γινόταν μετά την εκδήλωση της ασθένειας. [80] Στα πλαίσια λοιπόν αυτού του τύπου υγειονομικής οργάνωσης, η προληπτική και διαγνωστική ιατρική, δεν μπορούσε να προωθηθεί και αποτελούσε απλά τον προθάλαμο των νοσοκομειακών υπηρεσιών, οι οποίες βέβαια, είχαν και περισσότερες θεραπευτικές δυνατότητες.

Η πρωτοβάθμια λοιπόν περίθαλψη, παρεχόταν από : α)τα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς, β)τα ιατρεία και πολυϊατρεία των ασφαλιστικών φορέων, γ)τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δ)τα ιατρεία των αγαθοεργών ιδρυμάτων και δ)τα ιδιωτικά ιατρεία.

Τη στιγμή όμως που η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, εκφράζει από το 1978 στο συνέδριο της Alma-Ata της ΕΣΣΔ για την πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μια νέα αντίληψη για τον ρόλο της τελευταίας ως προς την επίτευξη του στόχου «Υγεία για Όλους ως το 2000», [81] στην χώρα μας, οι δημόσιες δαπάνες που διετίθεντο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (πίνακας 2.2.33), αποτελούσαν το 1980 το 0,5 % του ΑΕΠ, σημειώνοντας σε σχέση με το 1970, αύξηση μόλις κατά 0,1 % (ποσοστό 0,4%). [82]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.33. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΑΕΠ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (1980)	
ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	**% ΣΤΟ ΑΕΠ**
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	0,5
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1,7
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	0,6
Πηγή : α)OECD (1990) "Health care systems in transition. The search for efficiency" Paris, β)Εθνικοί λογαριασμοί, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.	

Επιχειρώντας μια σύντομη περιγραφή της δραστηριότητας των φορέων παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης πριν το ΕΣΥ, θα ξεκινήσουμε από τα αγροτικά ιατρεία, τα οποία ιδρύθηκαν το 1955 με το Ν.Δ. 3487, το οποίο

[78] Μωραΐτης Ε. (1985) *«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Σύγχρονη εννοιολογική θεώρηση»* σελ. 295-301, Ιατρική No 48.

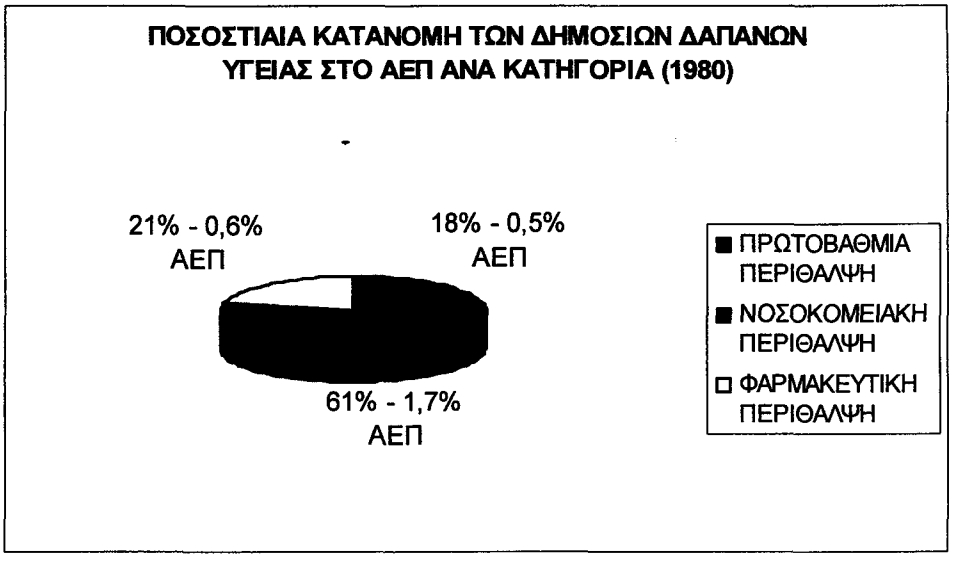
[79] ΚΕΠΕ (1979) *«Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως. Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 65, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[80] Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 17-18, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

[81] WHO (1986) *«Health for All 2000»* p.7, Copenhagen.

[82] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 174, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

αποτέλεσε την αφετηρία και την βάση της ανάπτυξης του συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού.



Ο θεσμός των αγροτικών ιατρείων, αποσκοπούσε στην παροχή συμβουλευτικής, διαγνωστικής, αλλά και περιορισμένης θεραπευτικής και φαρμακευτικής φροντίδας, στα πλαίσια της ίδρυσης ενός δικτύου ιατρείων, σε χωριά και κωμοπόλεις σε ολόκληρη τη χώρα. Τα ιατρεία αυτά ήταν δύο κατηγοριών: α)τα κοινοτικά και β)τα αγροτικά [83] με διαφορές ως προς την στελέχωση αλλά και τον πληθυσμό της περιφέρειας. [84]

Όσο αφορά στους υγειονομικούς σταθμούς, ιδρύθηκαν το 1953 με το Ν.Δ. 2592 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεων» το οποίο μεταξύ άλλων, περιλάμβανε (άρθρο 16) την θεσμοθέτηση της λειτουργίας «Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών» για την κάλυψη των αναγκών ανοικτής περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού της χώρας, σε επίπεδο συνδέσμων κοινοτήτων με πληθυσμό 5000-8000 κατοίκους. [85]

Ενώ όμως η ίδρυση των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, αποτελούσαν την βάση για την οργάνωση ενός περιφερειακού συστήματος εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, η μετέπειτα εξέλιξή τους, η οποία

[83] Η κατάταξη αυτή μεταβλήθηκε το 1964 με το Ν.Δ. 4440, με την μετονομασία των κοινοτικών ιατρείων σε αγροτικά ιατρεία Α΄ τάξης και των αγροτικών ιατρείων, σε αγροτικά ιατρεία Β΄ τάξης.

[84] Τα κοινοτικά ιατρεία, ιδρύονταν στην έδρα κάθε δήμου ή κοινότητας των οποίων ο πληθυσμός υπερέβαινε τις 3.000 κατοίκους και η στελέχωσή τους, περιλάμβανε έναν ιατρό, μία μαία και μια επισκέπτρια αδελφή. Τα αγροτικά ιατρεία, στελεχώνονταν από έναν ιατρό και κάλυπταν περιοχές με λιγότερους από 3000 κατοίκους. Βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 198, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

[85] Οι υγειονομικοί σταθμοί είχαν δυναμικότητα 6 κλίνες και στελεχώνονταν από ένα γιατρό, μία αδελφή και έως δύο υπαλλήλους που εντάσσονταν στο βοηθητικό προσωπικό. Αργότερα, με το Ν.Δ. 3487/55 , θεσμοθετήθηκε η ίδρυση υγειονομικών σταθμών 10 κλινών, ενώ πέντε χρόνια αργότερα, δόθηκε με το Ν.Δ. 4111/60 η δυνατότητα ίδρυσης υγειονομικών σταθμών με δύναμη 15 κλίνες, σε κωμοπόλεις με πληθυσμό άνω των 5000 κατοίκων, των οποίων η στελέχωση αυξήθηκε κατά έναν ιατρό και μία νοσοκόμα.

παρουσίασε σημαντικές αποκλίσεις από τον αρχικό σχεδιασμό, δεν ανταποκρίνονταν στις αρχικές προσδοκίες. Συγκεκριμένα, η χωροταξική κατανομή των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών (πίνακας 2.2.34), παρουσιάζει σημαντικές ανισότητες, ενώ ταυτόχρονα, σε καμία περίπτωση δεν εφαρμόστηκε η ίδρυση του προβλεπόμενου αριθμού τους [86].

Ενδεικτικά, αναφέρουμε πως στην Πελοπόννησο και στα Νησιά του Αιγαίου, η απόκλιση μεταξύ προβλεπόμενων και ιδρυθέντων ιατρείων, ήταν 15% και 16,5% αντίστοιχα, δημιουργώντας σημαντικές αδυναμίες στην παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στις συγκεκριμένες περιφέρεις, ενώ και στις υπόλοιπες, παρατηρούνται αποκλίσεις -σε μικρότερο βέβαια βαθμό- οι οποίες βέβαια διαμορφώνουν και την διαφορά στο σύνολο της χώρας, η οποία είναι περίπου 9% (συνολική ίδρυση του 91% των προβλεπόμενων ιατρείων).

Επίσης, σχετικά με τους υγειονομικούς σταθμούς, παρατηρούμε αντίστοιχες ανισότητες, παρά το γεγονός ότι ο αριθμός τους ξεπέρασε τους προβλεπόμενους. Έτσι, περιφέρειες όπως η Ήπειρος, η Θεσσαλία και η Μακεδονία, διαθέτουν σε σχέση με τις υπόλοιπες λιγότερους υγειονομικούς σταθμούς, ενώ η όλη λογική της κατανομής τους, δεν φαίνεται να έχει λάβει υπόψη της την μεγαλύτερη θεραπευτική τους εμβέλεια σε σχέση με τα αγροτικά ιατρεία. Αντίθετα, δεν παρατηρείται κάποια ιδιαίτερη ανάπτυξή τους σε περιοχές με συγκοινωνιακά προβλήματα (πχ. Στα Νησιά του Αιγαίου) όπου οι υγειονομικοί σταθμοί θεωρούνται καταλληλότεροι. [87]

Τέλος, επισημαίνουμε πως διαχρονικά, παρατηρείται μια τάση μείωσης του αριθμού των αγροτικών ιατρείων και υποκατάστασής τους από τους υγειονομικούς σταθμούς, λόγω της μετανάστευσης και της μείωσης του πληθυσμού απομακρυσμένων χωριών, με αποτέλεσμα τα αγροτικά ιατρεία που λειτουργούσαν σε τέτοια χωριά να πάψουν να λειτουργούν. Σε αντικατάσταση λοιπόν των αγροτικών αυτών ιατρείων, ιδρύθηκαν στους πλησιέστερους μεγαλύτερους οικισμούς υγειονομικοί σταθμοί, που εξυπηρετούσαν βέβαια περισσότερα χωριά. [88]

Συμπερασματικά, η εξωνοσοκομειακή υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού της υπαίθρου, όσο αφορά στα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς, παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις, οι οποίες φαίνονται από τις αναλογίες των τελευταίων με τους κατοίκους, αλλά και με τους οικισμούς ευθύνης (πίνακας 2.2.34). Έτσι, η αναλογία κατοίκων και ιατρείων είναι για το σύνολο της χώρας 2.535, με διακύμανση από 2024 για τα Νησιά του Αιγαίου, έως 3.150 για τη Στερεά Ελλάδα.

---

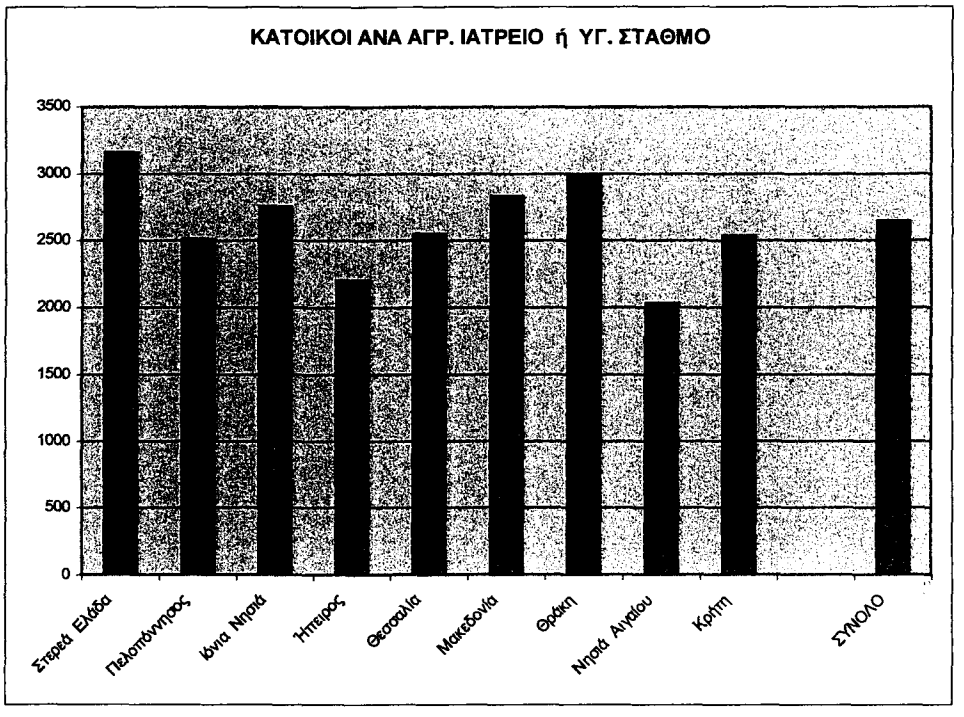
[86] Για πολλά χρόνια μέχρι το 1968 όπου παρουσιάστηκε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα για την ανάπτυξη του συστήματος εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην ύπαιθρο, η ίδρυση και κατάργηση των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, δεν βασιζόταν σε κάποιο συγκεκριμένο σχεδιασμό. Έτσι, το 1968 με το Β.Δ. 592/68 , το οποίο αποτελούσε τροποποίηση του Β.Δ. 150 του ίδιου έτους, προβλεπόταν η ίδρυση 1550 Αγροτικών ιατρείων (759 Α΄ τάξης και 791 Β΄ τάξης) και 91 Υγειονομικών σταθμών (68 με δύναμη 6 κλινών, 13 με δύναμη 10 κλινών και 10 με δύναμη 15 κλινών).

[87] Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 208, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

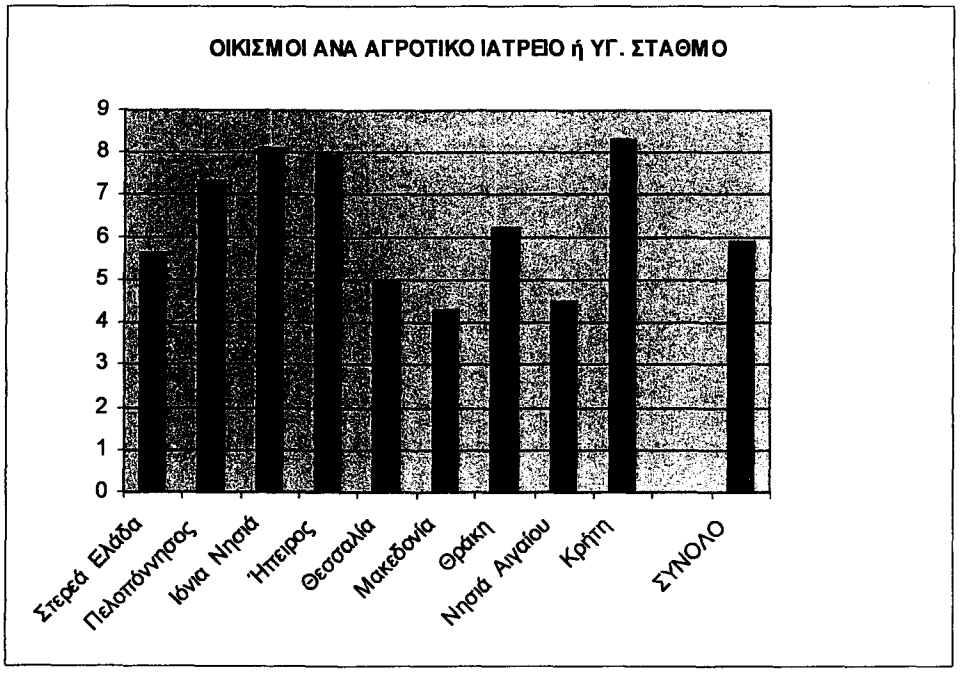
[88] Υφαντόπουλος Γ. (1985) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ.74, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.34. ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΙΔΡΥΘΕΝΤΑ ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ						
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ		ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ		ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ Α.Ι. ή Υ.Σ	ΟΙΚΙΣΜΟΙ ΑΝΑ Α.Ι. ή Υ.Σ.
	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΑ	ΙΔΡΥΘΕΝΤΑ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΙ	ΙΔΡΥΘΕΝΤΕΣ		
Στερεά Ελάδα	235	226	14	20	3.150	5,6
Πελοπόννησος	280	237	16	27	2.507	7,3
Ιόνια Νησιά	54	49	3	4	2.750	8,1
Ήπειρος	109	107	6	5	2.197	7,9
Θεσσαλία	167	148	8	10	2.544	4,9
Μακεδονία	366	343	18	20	2.829	4,3
Θράκη	71	69	6	6	2.977	6,2
Νησιά Αιγαίου	152	127	10	16	2.024	4,5
Κρήτη	116	105	10	18	2.529	8,3
ΣΥΝΟΛΟ	**1.550**	**1.411**	**91**	**126**	**2.640**	**5,9**

Πηγή : Ζηλίδης Χ. (1989) "Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού", σελ. 209, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.



Όσο αφορά στον αριθμό των οικισμών που καλύπτουν τα αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί (πίνακας 2.2.34), η αντίστοιχη αναλογία για το σύνολο της χώρας είναι 5,9%, τη στιγμή που η αντίστοιχη αναλογία για τη Μακεδονία είναι 4,3% και για την Κρήτη 8,3%. Η ανισοκατανομή αυτή, μπορεί να οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στον τρόπο οικιστικής ανάπτυξης της κάθε περιοχής, όμως πρακτικά σημαίνει πως σε ορισμένες περιφέρειες όπου ο αριθμός των οικισμών που καλύπτονται είναι μεγάλος, η εξυπηρέτηση του πληθυσμού, είναι εξαιρετικά δυσχερής.



Η ανισοκατανομή των φορέων αυτών παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, δεν αποτέλεσε τον μοναδικό λόγο για τον οποίο οι υπηρεσίες που παρέχονταν στους πληθυσμούς της υπαίθρου, με έμφαση σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιφέρειες, δεν ήταν επαρκείς για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών.

Σημαντικά επίσης προβλήματα, προέκυπταν αναφορικά με τη στελέχωση των φορέων αυτών από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που αποτελούν και τους κύριους παράγοντες λειτουργίας τους. Ενώ λοιπόν παρατηρούνται αποκλίσεις μεταξύ του προβλεπόμενου και του πραγματικού αριθμού του προσωπικού που υπηρετούσε στα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς, [89] Έτσι, σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2.2.35), τα στοιχεία του 1975, δείχνουν ελλείψεις στην στελέχωση των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού εκτός από τις μαίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.35. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ (1975)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ
ΓΙΑΤΡΟΙ	1.534	1.212
ΜΑΙΕΣ	863	920
ΝΟΣΟΚΟΜΟΙ	863	696
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	330	175

Πηγή : ΚΕΠΕ (1976) "Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία" σελ.157, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

Ένα λοιπόν πολύ σημαντικό πρόβλημα που είχαν να αντιμετωπίσουν τα αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί, ήταν το πρόβλημα του ανθρώπινου δυναμικού και κυρίως το πρόβλημα της άρνησης των ιατρών να εργασθούν στην ύπαιθρο. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις προς την κατεύθυνση αυτή, με την θέσπιση υποχρεωτικής θητείας για ένα χρόνο των νέων γιατρών, σε καμιά περίπτωση δεν οδήγησαν στην κάλυψη του συνόλου των προβλεπόμενων θέσεων, με αποτέλεσμα να παρατηρείται υστέρηση από 35% (1967) έως 7,9% (1980).

Αντίθετα, το αποτέλεσμα των νομοθετικών αυτών παρεμβάσεων, ήταν η στελέχωση του μεγαλύτερου αριθμού των φορέων αυτών, από γιατρούς άπειρους και ανειδίκευτους, οι οποίοι υπηρετούσαν στα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς, αμέσως μετά το τέλος των σπουδών τους. Επιπρόσθετα, η ανυπαρξία μέτρων σχετικά με την στελέχωση των αγροτικών ιατρείων από συγκεκριμένες ειδικότητες, δημιουργούσε στους αγροτικούς ιατρούς, προβλήματα επιστημονικής υποστήριξης του έργου τους από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

[89] Σημειώνουμε πως αμφισβητείται και η προβλεπόμενη στελέχωση των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, με σημαντικές ενστάσεις σχετικά με την αποδοτικότητα της λειτουργίας τους σε σχέση με τον αριθμό του προσωπικού που υπηρετεί σε αυτά. Θεωρείται για παράδειγμα ιδιαίτερα ελλιπής η στελέχωση ενός αγροτικού ιατρείου Β΄ τάξεως από έναν ιατρό και κατ΄ εξαίρεση μία μαία, χωρίς πρόβλεψη για θέση νοσοκόμου.

Όσο αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, πέρα από τις αριθμητικές ελλείψεις, παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα εκπαιδευτικής ανεπάρκειας με αποτέλεσμα την χαμηλή επιστημονική στάθμη και την υποβάθμιση του ρόλου του. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 1976, το νοσηλευτικό προσωπικό των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, αποτελούνταν κατά 9,3% από νοσηλεύτριες τριετούς φοίτησης, κατά 43,2% από μονοετούς φοίτησης και κατά 30,9% από πρακτικές. [90]

Η στελέχωση λοιπόν των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών σε προσωπικό, ήταν ελλιπής τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, ενώ παρατηρούνται και προβλήματα άνισης γεωγραφικής κατανομής, που συνδέονται βέβαια και με την αντίστοιχη κατανομή των φορέων. Έτσι, έπειτα από πολλές διακυμάνσεις, επιτεύχθηκε τελικά στις αρχές της δεκαετίας του 1980 η λειτουργία των προβλεπόμενων αγροτικών ιατρείων, η κατανομή του προσωπικού όμως τόσο σε αυτά, όσο και στους υγειονομικούς σταθμούς, ήταν όπως φαίνεται παρακάτω (πίνακας 2.2.36) άνιση και ανεπαρκής.

Με δεδομένο λοιπόν το γεγονός ότι η αναλογία του 1 αγροτικού ιατρού προς 2274 κατοίκους στην πράξη δεν επιτεύχθηκε λόγω της συχνής μη κάλυψης των προβλεπόμενων θέσεων, η περιφερειακή κατανομή των ιατρών, δείχνει την ύπαρξη ανισοτήτων, με την ύπαρξη αναλογιών από 1821 στα Νησιά Αιγαίου, μέχρι και 2746 στη Θράκη. Σημειώνουμε επίσης, ότι οι παραπάνω δείκτες είναι εμφανώς δυσμενέστεροι σε σχέση με τους αντίστοιχους άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη μας και την ποιοτική διάσταση, στην οποία αναφερθήκαμε παραπάνω. [91]

Σχετικά με την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού, παρατηρούμε πως κατά μέσο όρο, η αντιστοιχία ανά κάτοικο είναι 3564 για τις μαίες και 4492 για τις νοσοκόμες, με απόκλιση από 3133 για τη Θράκη έως 4565 για τα Νησιά του Ιονίου για τις μαίες και αντίστοιχη απόκλιση από 3574 στα Νησιά του Αιγαίου έως 6163 στα Ιόνια Νησιά για τις νοσοκόμες. Αν όμως οι παραπάνω αποκλίσεις με εξαίρεση τα Ιόνια Νησιά δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές, οι αντίστοιχες αποκλίσεις από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, είναι ενδεικτικές της ανεπάρκειας της χώρας μας σε νοσηλευτικό δυναμικό που υπηρετεί σε πρωτοβάθμιους φορείς. [92]

Η αριθμητική ανεπάρκεια βέβαια του νοσηλευτικού προσωπικού των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, συνδέεται άμεσα και με τη χαμηλή εκπαιδευτική τους στάθμη, η οποία απεικονίζεται στο ποσοστό των πρακτικών, οι οποίες το 1976 αποτελούσαν το 30,86% του συνόλου των νοσοκόμων που εργάζονταν στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς

---

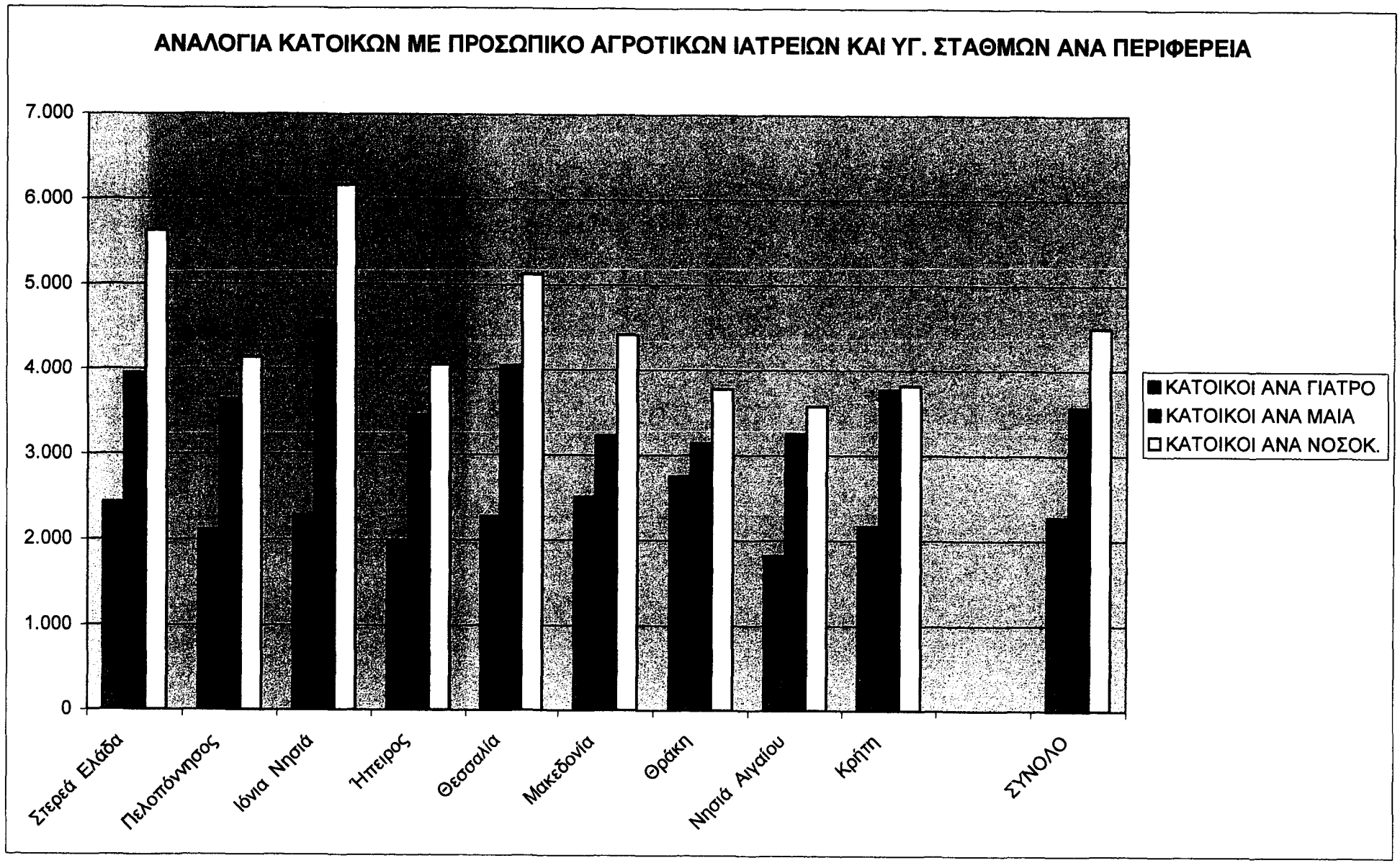
[90] Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 227, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

[91] Ενδεικτικά αναφέρουμε, πως οι αντίστοιχες αναλογίες ήταν στην Βρετανία 1/1600, στην Ιταλία 1/1250 και στη Δανία 1/850. Βλ. WHO (1972) *"Approaches to National Health Planning"* p. 22-24 , Public Health Papers, No 46, Geneva.

[92] Για το νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί σε φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι αντίστοιχοι δείκτες είναι για την Φιλανδία 1/410 (μόνο για διπλωματούχες νοσοκόμες), ενώ στη Σκωτία 1/1230. Βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) υποσ. 90, σελ. 226.

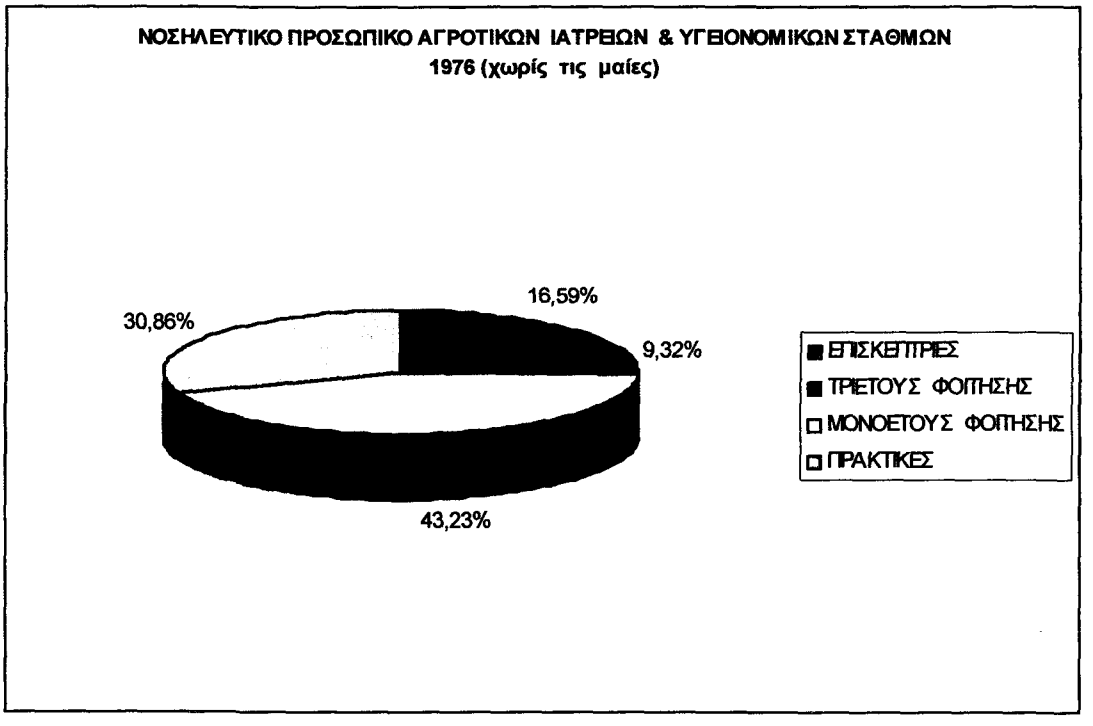
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.36. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ												
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΓΙΑΤΡΟΙ Α.Ι.**	**ΓΙΑΤΡΟΙ Υ.Σ.**	**ΣΥΝΟΛΟ**	**ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ**	**ΜΑΙΕΣ Α.Ι.**	**ΜΑΙΕΣ Υ.Σ.**	**ΣΥΝΟΛΟ**	**ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΜΑΙΑ**	**ΝΟΣΟΚ. Α.Ι.**	**ΝΟΣΟΚ. Υ.Σ.**	**ΣΥΝΟΛΟ**	**ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚ.**
Στερεά Ελάδα	248	30	278	2.428	148	23	171	3.947	99	21	120	5.625
Πελοπόννησος	265	37	302	2.108	141	34	175	3.638	127	27	154	4.134
Ιόνια Νησιά	49	5	54	2.283	22	5	27	4.565	16	4	20	6.163
Ήπειρος	113	6	119	1.976	62	6	68	3.458	52	6	58	4.054
Θεσσαλία	169	16	185	2.271	93	11	104	4.041	69	13	82	5.123
Μακεδονία	364	34	398	2.502	282	27	309	3.223	204	22	226	4.407
Θράκη	75	6	81	2.746	64	7	71	3.133	52	7	59	3.770
Νησιά Αιγαίου	133	24	157	1.821	73	15	88	3.250	63	17	80	3.574
Κρήτη	118	23	141	2.164	61	20	81	3.767	53	21	74	3.814
ΣΥΝΟΛΟ	**1.534**	**181**	**1.715**	**2.274**	**946**	**148**	**1.094**	**3.564**	**735**	**138**	**873**	**4.492**

Πηγή : Υφαντόπουλος Γ. (1985) "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις" σελ. 68-69, ΕΚΚΕ, Αθήνα.


ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΥΓ. ΣΤΑΘΜΩΝ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
0
ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ
ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΜΑΙΑ
ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚ.
Στερεά Ελάδα
Πελοπόννησος
Ιόνια Νησιά
Ήπειρος
Θεσσαλία
Μακεδονία
Θράκη
Νησιά Αιγαίου
Κρήτη
ΣΥΝΟΛΟ

σταθμούς, με τις βοηθούς νοσοκόμες (μονοετούς φοίτησης) να ακολουθούν με ποσοστό 43,23 % (πίνακας 2.2.37).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.37. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ* ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ (1976)				
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**	**ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΤΑΜΟΙ**	**ΣΥΝΟΛΟ**	**%**
ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΕΣ	86	28	114	**16,59**
ΤΡΙΕΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	57	7	64	**9,32**
ΜΟΝΟΕΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	260	37	297	**43,23**
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ	190	22	212	**30,86**
ΣΥΝΟΛΟ	**593**	**94**	**687**	**100,00**
*χωρίς τις μαίες				
Πηγή : α)ΚΕΠΕ (1976) "Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία" σελ. 300, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, μαζί με τα προβλήματα ελλείψεων σε κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, και την ελλιπή τροφοδοσία με φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό, [93] αποτέλεσαν τους παράγοντες για τους οποίους, οι

[93] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως έκθεση που αφορά στην κτιριακή κατάσταση των υγειονομικών σταθμών, χαρακτηρίζει ακατάλληλο το 28,9% των κτιρίων, κατάλληλα με προϋπόθεση την εκ νέου διαρρύθμισή τους το 43,9%, ενώ κατάλληλα προς χρήση μόλις το 27,2%. Επίσης, σύμφωνα με εκτιμήσεις των ίδιων των αγροτικών ιατρών για τον εξοπλισμό των ιατρείων, το 27,2% με κριτήριο την ποσότητα, το 35,3% με κριτήριο την ποιότητα και το 27,5% με κριτήριο την καταλληλότητα στη χρήση, χαρακτηρίζει τον εξοπλισμό ως καθόλου ικανοποιητικό. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το σύστημα τροφοδοσίας των αγροτικών ιατρείων χαρακτηρίζεται ως καθόλου ικανοποιητικό, από το 36,5% των αγροτικών ιατρών. Αναλυτικότερα για την κτιριακή υποδομή, τον εξοπλισμό και την τροφοδοσία, καθώς και για τα λειτουργικά

υπηρεσίες που παρέχονταν από τα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς, αμφισβητήθηκαν ως προς την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά τους, γεγονός άλλωστε που συνδέεται και με την αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών ιατρείων. [94]

Όπως αναφέραμε παραπάνω, ένας άλλος σημαντικός φορέας παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, είναι τα ιατρεία και πολυϊατρεία των ασφαλιστικών φορέων, με σημαντικές όμως διαφορές ως προς το είδος, την έκταση, την ποιότητα, αλλά και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών. [95] Την περίοδο λοιπόν που εξετάζουμε (1983), το ΙΚΑ διέθετε 261 υγειονομικούς σχηματισμούς, τους οποίους συνέθεταν ιατρεία, πολυϊατρεία, υγειονομικοί σταθμοί και σταθμοί Α΄ Βοηθειών (πίνακας 2.2.38), στους οποίους εργάζονταν 3.700 ιατροί, 2.415 νοσηλευτικό προσωπικό και 902 υπάλληλοι άλλων κατηγοριών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.38. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΙΚΑ (1983-84)

ΦΟΡΕΑΣ	ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΕΠΑΡΧΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ	42	10	15	67
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	39	24	90	153
ΣΤΑΘΜΟΙ Α΄ ΒΟΗΘΕΙΩΝ	6	2	1	9
ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ (που λειτουργούν σαν ιατρεία ΙΚΑ)	1	1	30	32
ΣΥΝΟΛΟ	**88**	**37**	**136**	**261**

Πηγή : Ζηλίδης Χ. (1989) "Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού" σελ. 187, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος - Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

Όπως γίνεται αντιληπτό, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη που παρείχε το ΙΚΑ, κάλυπτε σε σχέση με άλλους φορείς ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, όμως ο τρόπος παροχής παρουσίαζε σημαντικές ατέλειες και η ποιότητα των υπηρεσιών ήταν χαμηλή. Σημαντικά προβλήματα, αφορούσαν στις κτιριακές εγκαταστάσεις των πολυϊατρείων – μια και τα περισσότερα κτίρια δεν ήταν κατασκευασμένα για να λειτουργήσουν ως τέτοια – στην τεχνολογική υποδομή –η οποία ήταν άμεσα εξαρτώμενη από την οικονομική κατάσταση του ιδρύματος – αλλά και στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών. [96]

προβλήματα των αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών, βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 229-244, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

[94] Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΚΕΠΕ , τα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια ανέρχονταν το 1976 σε 12000 (περιλαμβάνονται και οι ιατροί τού ΙΚΑ) Βλ. ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία»* σελ. 165, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[95] Σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, γίνεται διάκριση μεταξύ της έμμεσης κάλυψης των ιατρικών αναγκών, με την καταβολή τμήματος ή και του συνόλου της αξίας της επίσκεψης στον ιδιώτη ιατρό – η οποία χρησιμοποιείται από τους περισσότερους ασφαλιστικούς φορείς - και της άμεσης κάλυψης από ιατρεία του ίδιου του φορέα (π.χ. ΙΚΑ).

Σχετικά με το τελευταίο, η κατανομή των ιατρείων και η ακανόνιστη προσέλευση των ασφαλισμένων για υπηρεσίες, δημιούργησαν φαινόμενα συνωστισμού και ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων στα πολυϊατρεία των αστικών κέντρων. [97] Η υποβάθμιση επίσης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης του ΙΚΑ την περίοδο εκείνη, μπορεί να αποδοθεί στην αδυναμία παροχής ουσιαστικής φροντίδας «κατ' οίκον», στην έλλειψη δεδομένου τρόπου παραπομπής από τον γενικό ιατρό στους γιατρούς ειδικοτήτων, στο ότι ατόνησε ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, καθώς και στα γενικότερα οργανωτικά προβλήματα που αφορούν στην συνολική ανάπτυξη του συστήματος εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. [98]

Μία άλλη επισήμανση σχετικά με τον τρόπο και την ποιότητα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας του ΙΚΑ, αφορά στην περιφερειακή κατανομή των ιατρών του ιδρύματος και τις επισκέψεις των ασφαλισμένων σε αυτούς, στοιχεία τα οποία εμφανίζουν μια μορφή συσχέτισης της προσφοράς με τη συχνότητα των επισκέψεων, [99] η οποία με τη σειρά της εξηγεί και την αυξημένη ζήτηση και κατά συνέπεια την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών [100] (πίνακας 2.2.39).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.39. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΙΚΑ (1977)

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ / ΙΑΤΡΟ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ	ΦΑΡΜΑΚΑ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ
ΑΝ. ΣΤΕΡ. ΕΛΛΑΔΑΣ & ΝΗΣΩΝ	938	6,5	1,3	8,2
ΚΕΝΤ. & ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	807	5,8	1	7,8
ΠΕΛΟΠ. & ΔΥΤ. ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	817	5,5	0,8	7,9
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	755	6,7	0,7	8,9
ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	882	6,6	1,2	9,9
ΚΡΗΤΗΣ	680	7,1	1,4	8,6
ΗΠΕΙΡΟΥ	931	5	0,8	6,5
ΘΡΑΚΗΣ	678	4,8	0,7	7,3
ΝΗΣΩΝ ΑΝΑΤ. ΑΙΓΑΙΟΥ	705	5,6	0,9	8,2
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	**869**	**6,2**	**1,2**	**8,2**

Πηγή : ΚΕΠΕ (1979) *"Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως. Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας" σελ. 74, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.*

[96] ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία»* σελ. 162-163, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[97] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το 1980, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ που αντιστοιχούσαν σε κάθε εξωνοσοκομειακή μονάδα ήταν 13.500, με την αντίστοιχη αναλογία να είναι για την περιοχή της Αθήνας 29.000, για την περιοχή του Πειραιά 15.700 και για την περιοχή της Θεσσαλονίκης, 17700 ασφαλισμένοι ανά εξωνοσοκομειακή μονάδα.

[98] ΚΕΠΕ (1979) *«Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως. Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 73, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[99] ΚΕΠΕ (1979) υποσ. 98, σελ. 74.

[100] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 119-120, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Τελειώνοντας την αναφορά μας στις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχονται από τα ιατρεία και τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών φορέων, επισημαίνουμε πως η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, οι ανισότητες στο φάσμα των παροχών και η ανυπαρξία ολοκληρωμένου πλέγματος για την παροχή υπηρεσιών από τους ασφαλιστικούς φορείς σε αυτό το επίπεδο, αποδεικνύεται από την διόγκωση της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες, η οποία με τη σειρά της, οδηγεί σε αύξηση του κόστους της ανοικτής περίθαλψης. [101]

Όπως προαναφέραμε, υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, παρέχονταν και από διάφορα αγαθοεργή ιδρύματα, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, το ΠΙΚΠΑ κλπ., χωρίς όμως να έχει εκτιμηθεί με ακρίβεια – για εκείνη τουλάχιστον την περίοδο - τόσο η υποδομή τους, όσο και η προσέλευση των ασθενών σε αυτά

Ενδεικτικά, αναφέρουμε πως οι εξωνοσοκομειακές υγειονομικές υπηρεσίες μέσω του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, παρέχονταν από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του, τα κέντρα υγείας και τα κέντρα αιμοδοσίας, ενώ ιδιαίτερα σημαντική ήταν η πρωτοβουλία για την επιμόρφωση του κοινού σε θέματα σχετικά με την «κατ΄ οίκον» νοσηλεία, την φροντίδα της μητέρας των βρεφών και των ηλικιωμένων και την παροχή πρώτων βοηθειών. [102]

Όσο αφορά στο ΠΙΚΠΑ, οι προσανατολισμοί του ήταν σχετικοί με την προστασία της μητρότητας, των παιδιών και της οικογένειας γενικότερα, ενώ οι δραστηριότητες που ανέπτυξε, περιλάμβαναν και προγράμματα προληπτικής ιατρικής (πχ. προληπτική οδοντιατρική φροντίδα). Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η παροχή της φροντίδας κάλυπτε το σύνολο της χώρας και γινόταν από τους συμβουλευτικούς σταθμούς, τα παιδικά ιατρεία και τις κινητές ιατρικές μονάδες.

Οι προσπάθειες αυτές των ιδρυμάτων «αγαθοεργού πρωτοβουλίας», ασφαλώς ήταν αξιόλογες, όμως τόσο η έλλειψη συντονισμού με άλλους φορείς, όσο και τα γενικότερα προβλήματα προγραμματισμού και σπατάλης πόρων που αντιμετώπισαν, μας κάνει ιδιαίτερα επιφυλακτικούς ως προς την συμβολή τους στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας μας. [103]

Ένα μεγάλο φάσμα επίσης υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας, τόσο από ιατρούς ειδικοτήτων, όσο και από εργαστηριακές υπηρεσίες, [104] παρέχονταν στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Η ανάπτυξη όμως της πρωτοβάθμιας

---

[101] Το αυξημένο αυτό κόστος επιβαρύνει εκ νέου τους ασφαλισμένους, οι οποίοι πέραν του ασφαλίστρου τους, καλούνται να πληρώσουν και την αμοιβή της ιατρικής πράξης που τους παρέχεται.

[102] ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία»* σελ. 172-173, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[103] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το 1983, η παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό γινόταν από δέκα ιατρεία, από τρία κέντρα αιμοδοσίας, από Σταθμούς πρώτων βοηθειών σε τρεις πόλεις και βέβαια από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του. Βλ. Ζηλίδης Χ. (1989*) «Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 188, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

[104] Σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις (πχ. καρκίνοι), προβλεπόταν εκτός από την διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων και η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Βλ. ΚΕΠΕ (1976) υποσ. 102, σελ. 163.

φροντίδας σε αυτό το επίπεδο, ήταν αντιμέτωπη με δύο κυρίως κατηγορίες προβλημάτων :

α)Αυτά τα οποία από την περιφερειακή κατανομή και ειδικότερα τη συγκέντρωση των εξωτερικών ιατρείων στις περιοχές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την δημιουργία συνωστισμού και πολλές φορές την αδυναμία εξυπηρέτησης των ασθενών.

Παράλληλα, η άνιση κατανομή των εξωτερικών ιατρείων ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την επαρχία, στερούσε από τους ασθενείς της τελευταίας την δυνατότητα κάλυψης από ορισμένες ειδικές ιατρικές υπηρεσίες, λόγω της απουσίας σχετικής τεχνολογικής υποδομής και εξειδικευμένου προσωπικού. Εκτός αυτού, οι κάτοικοι των περιοχών αυτών είχαν να αντιμετωπίσουν και τις δυσχέρειες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, λόγω της απόστασης του τόπου κατοικίας από τα πλησιέστερα νοσοκομεία.

β)Τα προβλήματα τα οποία συνδέονταν με την γενικότερη κατάσταση και λειτουργία των νοσοκομείων και ειδικότερα με την έλλειψη κτιριακής υποδομής, την έλλειψη ειδικευμένων εργαστηρίων για την διενέργεια εξετάσεων, καθώς και εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού, αλλά και τις γενικότερες οργανωτικές αδυναμίες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Συγκεκριμένα, τα κύρια οργανωτικά προβλήματα των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, αφορούν στο ελλιπές ωράριο λειτουργίας, στην έλλειψη προγραμματισμού στις επισκέψεις των ασθενών και στην ανυπαρξία κατάταξης και συνεχούς παρακολούθησης των περιστατικών. [105]

Σε σχέση με τα παραπάνω, οι δυσλειτουργίες των εξωτερικών ιατρείων, διαμορφώνουν και τον τρόπο σύνδεσης της ανοικτής με την κλειστή περίθαλψη στα πλαίσια των νοσοκομείων και επηρεάζουν και την λειτουργία του νοσηλευτικού τμήματος, καθώς και την κατανομή των κρεβατιών. Ουσιαστικά, πρόκειται για πρόβλημα λειτουργικής διασύνδεσης των δύο μορφών περίθαλψης στα πλαίσια των νοσοκομείων, που εκδηλώνεται με την αδυναμία εκμετάλλευσης των δυνατοτήτων της κάθε μιας και αξιοποίησης της υπάρχουσας υποδομής.

Τέλος, όσο αφορά στην εκτίμηση του μεγέθους αλλά και του είδους των υπηρεσιών που παρέχονταν από τα εξωτερικά ιατρεία την περίοδο που εξετάζουμε, (πίνακας 2.2.40), διαπιστώνουμε πως το 1982, στα 750 εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων και στα 191 των ειδικών, εξετάστηκαν 3.157.800 και 783.400 ασθενείς αντίστοιχα (σύνολο 3.941.200). Όπως είναι αναμενόμενο, το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών ήταν παθολογικά (23,91%) και χειρουργικά (16,17%), ενώ το μικρότερο ποσοστό, αφορούσε στα νευρολογικά (2,13%) και στα ουρολογικά περιστατικά (2,83%). [106]

Όπως επισημάναμε παραπάνω, από την περίοδο στην οποία αναφερόμαστε, είχε παρατηρηθεί μια ραγδαία αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών ιατρείων, των οποίων όμως ο ακριβής αριθμός δεν μπορεί να προσδιοριστεί λόγω έλλειψης σχετικών στοιχείων.

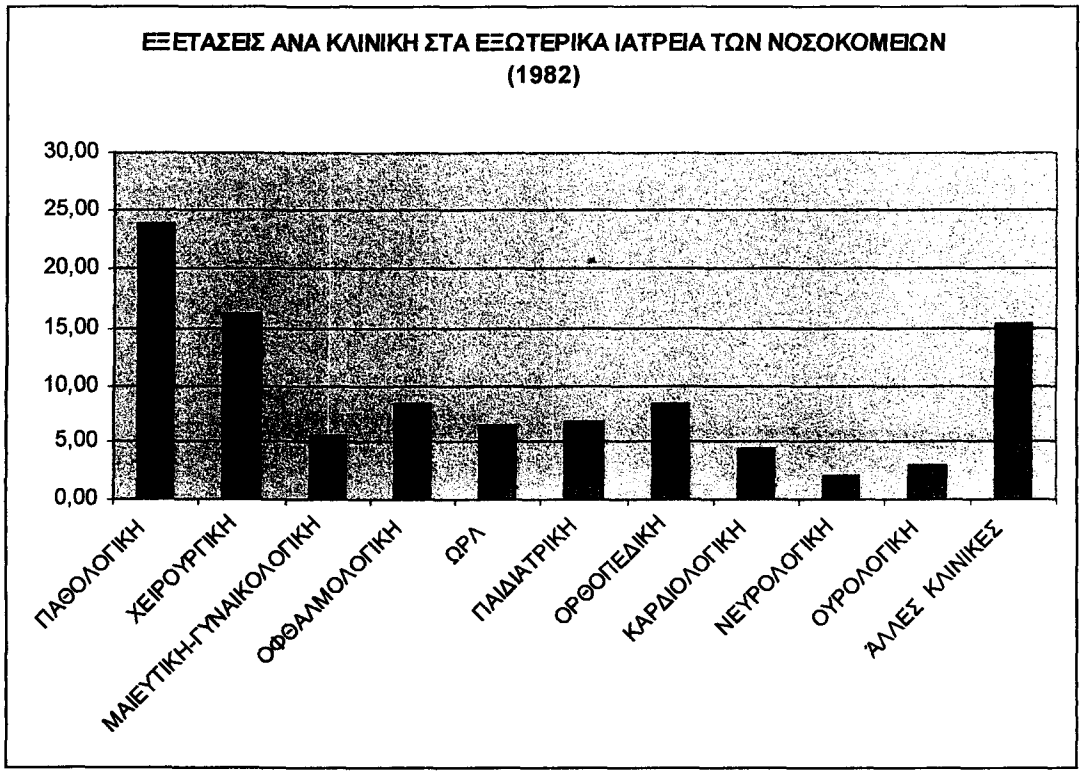
---

[105] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 73, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[106] Υφαντόπουλος Γ. (1988), υποσ. 105, σελ. 70-74.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.40. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (1982)				
ΚΛΙΝΙΚΕΣ	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ**	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**	**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ**	**Μ.ΟΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ**
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	135	942.304	23,91	6.980
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	132	637.343	16,17	4.828
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	93	219.125	5,56	2.356
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	72	328.686	8,34	4.565
ΩΡΛ	66	246.856	6,26	3.740
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	63	262.685	6,67	4.170
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	62	333.779	8,47	5.384
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	47	171.379	4,35	3.646
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	36	84.012	2,13	2.334
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	37	111.550	2,83	3.015
ΆΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	198	603.481	15,31	3.048
ΣΥΝΟΛΟ	**941**	**3.941.200**		

Πηγή : α)Υφαντόπουλος Γ. (1988) "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις" σελ. 74, ΕΚΚΕ, Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Επιπρόσθετα, ο μη σαφής διαχωρισμός των ιατρών σε νοσοκομειακούς και μη, με τους περισσότερους ιατρούς που εργάζονται σε νοσοκομείο να διατηρούν παράλληλα ιδιωτικό ιατρείο και να παρέχουν υπηρεσίες συνάπτοντας συμβάσεις με ασφαλιστικούς φορείς, κάνει πολύ δύσκολο το

έργο της εκτίμησης της υποδομής της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην ανοικτή περίθαλψη. Διάφορες πάντως μελέτες, [107] έχουν υπολογίσει πως ο αριθμός των ιατρών που ασκούσαν την περίοδο που εξετάζουμε ιδιωτικό επάγγελμα, ανερχόταν περίπου στις 12.000, (ποσοστό 65 με 70% του συνόλου των ιατρών). Στον αριθμό βέβαια αυτό, συμπεριλαμβάνονταν και οι ιατροί του ΙΚΑ, οι οποίοι μάλιστα σταδιακά επιδίωξαν και πέτυχαν την μείωση της ημερήσιας απασχόλησής τους, με αποτέλεσμα την έντονη ανάπτυξη των ιδιωτικών ιατρείων. [108]

Συμπερασματικά, ο μεγάλος αριθμός των ιδιωτικών ιατρείων στην χώρα μας, αποτελεί μια ένδειξη για την λειτουργική ανεπάρκεια και τις γενικότερες αδυναμίες των άλλων φορέων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ από την άλλη μεριά, η αύξηση της ανοικτής περίθαλψης μέσω των ιδιωτικών ιατρείων, αφενός δημιουργεί ένα σημαντικό κόστος [109] και αφετέρου, αμφισβητείται ως προς την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. [110]

2.4. Αξιολόγηση της υγειονομικής κατάστασης του Ελληνικού πληθυσμού πριν το ΕΣΥ.

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού μιας χώρας, καθώς και οι αντίστοιχοι δείκτες που την εκφράζουν, σχετίζονται άμεσα με την γενικότερη ανάπτυξη της χώρας, η οποία σαν έννοια περιλαμβάνει τόσο το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, όσο και το επίπεδο της προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών.

Έτσι και στη χώρα μας, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, οι οποίες είναι συνάρτηση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων αλλά και της επίδρασης άλλων εξωγενών ως προς αυτά παραγόντων, [111] αποτελούν μια ένδειξη της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών. Ερευνούμε λοιπόν το κατά πόσο οι αδυναμίες της εκφραζόμενης κατά το διάστημα που εξετάζουμε πολιτικής υγείας να γεφυρώσει τις ανισότητες ως προς την παρεχόμενη περίθαλψη, συντηρούν αντίστοιχες ανισότητες στην επικράτηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας, μεταξύ διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων.

---

[107] ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία»* σελ. 164-165, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[108] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 66, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[109] Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1981/82 της ΕΣΥΕ, το κόστος της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που παρείχαν τα ιδιωτικά ιατρεία ήταν το 1982 52 δις. δρχ. (σελ. 27-34, Αθήνα 1986).

[110] Οι ενστάσεις ως προς την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχουν τα ιδιωτικά ιατρεία, βασίζονται στην αδυναμία άμεσης επιστημονικής υποστήριξης του έργου του μεμονωμένου ιατρού, από άλλους συναδέλφους ή εργαστηριακές υπηρεσίες. Βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 189, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

[111] Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο. κ.α. (1988) *«Υγεία και Ελληνική κοινωνία. Εμπειρική έρευνα»* σελ. 18, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Οι δύο αυτές έννοιες, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, με το σκεπτικό ότι η εξέλιξή τους, αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο η οργάνωση των σύγχρονων κοινωνιών, οδηγεί στην υπερίσχυση συγκεκριμένων μορφών και προτύπων ασθένειας. [112] Σημαντική επίσης βαρύτητα, αποκτά και η μελέτη των δημογραφικών δεδομένων μιας χώρας - ιδιαίτερα σε επίπεδο περιφερειών – η οποία μας δίνει την δυνατότητα να εκτιμήσουμε την επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, η μετανάστευση και η σύνθεση του πληθυσμού, στην διαμόρφωση των υγειονομικών προτύπων των ατόμων. [113]

Ξεκινώντας λοιπόν την προσέγγιση της υγειονομικής κατάστασης του Ελληνικού πληθυσμού την περίοδο που εξετάζουμε, θα μελετήσουμε την πληθυσμιακή σύνθεσή του κατά ηλικιακή ομάδα, λαμβάνοντας υπόψη μας, πως η παρουσία μεγάλου ποσοστού ηλικιωμένων, τροποποιεί το είδος των υγειονομικών αναγκών και ταυτόχρονα αυξάνει την έκτασή τους. Εκτός βέβαια από τον άμεσο αυτό τρόπο, η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, επιδρά έμμεσα στην γενικότερη υγειονομική εικόνα του πληθυσμού, μια και η μείωση του ενεργού πληθυσμού έχει αρνητικές επιπτώσεις πάνω στις συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής. [114]

Ομοίως, η μελέτη των ηλικιακών ομάδων σε συνδυασμό με το φύλο, μας βοηθά στην περαιτέρω προσέγγιση των υγειονομικών αναγκών των ατόμων και εξηγεί μια σειρά από δημογραφικές εξελίξεις, όπως η μείωση της γεννητικότητας και η μεταβολή των οικογενειακών προτύπων με την σταδιακή είσοδο των γυναικών στην αγορά εργασίας. [115]

Η κατανομή λοιπόν του Ελληνικού πληθυσμού το 1981, χαρακτηριζόταν με κριτήριο την ηλικιακή ομάδα, τον τόπο κατοικίας και το φύλο, από το μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων και την συσσώρευση των ατόμων που ανήκουν στις παραγωγικές ηλικίες στις αστικές περιοχές (πίνακας 2.2.41), καθώς και από την αριθμητική υπεροχή των γυναικών απέναντι στους άνδρες (πίνακας 2.2.42).

Σχετικά με την γενικότερη εξέλιξη του πληθυσμού, διαπιστώνουμε πως συγκριτικά με προηγούμενα έτη, παρατηρείται μια τάση μετακίνησης του πληθυσμού από τις αγροτικές προς τις αστικές περιοχές, με επίκεντρο όπως προαναφέραμε τις ηλικίες από 15 έως 44 ετών (πίνακας 2.2.43). Εκτός όμως από τα μεταναστευτικά ρεύματα που επηρεάστηκαν από τον γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό μαρασμό της υπαίθρου, παρατηρείται μια αντίστοιχη μείωση της γεννητικότητας στις αγροτικές περιοχές (πίνακας 2.2.44), διαμορφώνοντας έτσι την γενικότερη εικόνα της κατανομής του πληθυσμού.

---

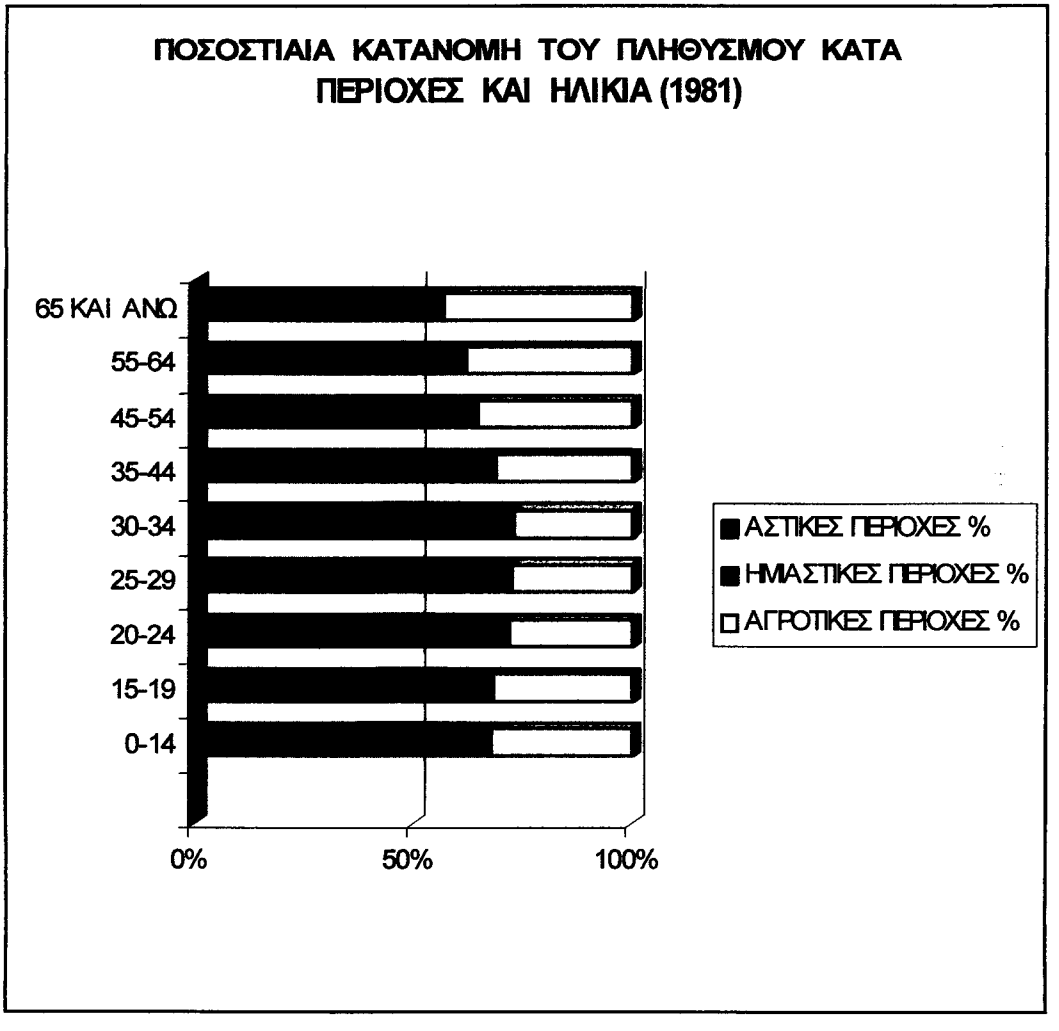
[112] Gutenschwarer G. (1989) *«Η πολιτική οικονομία της υγείας στην νεότερη Ελλάδα»* σελ. 14, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[113] Ρουμελιώτου Α., Νεστορίδου Α., Γεωργακοπούλου Θ., Ανδριώτη Δ. (1995) *«Δημογραφικές εξελίξεις και οικογένεια»* σελ. 37-39, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Δ., Μαργαριτίδου Β., Συμεωνίδου Χ., επιμ. «Υγεία, Κοινωνική Προστασία και Οικογένεια», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

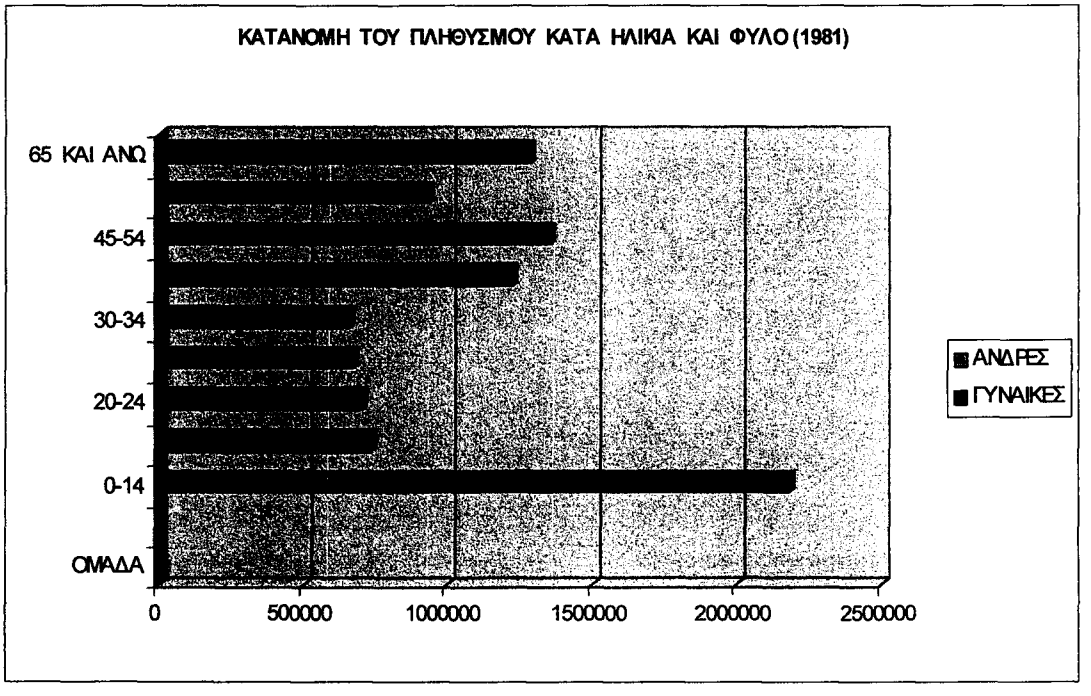
[114] Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. (1983) *«Κοινωνικές και Υγειονομικές επιπτώσεις από τις δημογραφικές εξελίξεις του ελληνικού πληθυσμού: 1960-2001»* σελ. 81-86, Αθήνα.

[115] Ρουμελιώτου Α., Νεστορίδου Α., Γεωργακοπούλου Θ., Ανδριώτη Δ. (1995) βλ. υποσ 113, σελ. 47-49.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.41. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ (1981)			
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ
	%	%	%
0-14	23,7	25,6	23
15-19	7,6	7,5	7
20-24	8,1	7	5,8
25-29	7,6	6,5	5,3
30-34	7,6	6,4	5,2
35-44	13	12,5	11,5
45-54	13,3	13,3	14,5
55-64	8,7	8,7	10,5
65 ΚΑΙ ΑΝΩ	10,4	12,5	17,2
ΠΗΓΗ : α)ΕΣΥΕ (1982) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος" σελ. 29, β)Ίδιοι υπολογισμοί.			



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.42. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ (1981)		
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	**ΑΝΔΡΕΣ**	**ΓΥΝΑΙΚΕΣ**
0-14	1.125.548	1.053.042
15-19	377.316	355.280
20-24	354.577	346.395
25-29	342.198	329.525
30-34	326.187	330.039
35-44	589.453	633.658
45-54	654.618	699.456
55-64	439.878	488.178
65 ΚΑΙ ΑΝΩ	570.795	713.207
ΣΥΝΟΛΟ	**4.780.570**	**4.948.780**
ΠΗΓΗ : α)ΕΣΥΕ (1982) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος" σελ. 30, β)Ίδιοι υπολογισμοί.		



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.43. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (%) ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ (1951-1981)						
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	**1951**			**1981**		
	ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	**ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**	**ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**	**ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**	**ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**	**ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**
0-14	23,2	29,1	33,1	23,7	25,6	23
15-44	52,9	47,8	43,1	43,7	39,9	34,8
45-64	17,9	16,3	16,5	22	22	25
65 ΚΑΙ ΑΝΩ	6	6,8	7,3	10,4	12,5	17,2
Πηγή : α)ΕΣΥΕ Αποτελέσματα απογραφής πληθυσμού 1951, 1981, β)Ίδιοι υπολογισμοί.						

Συγκεκριμένα, μελετώντας τον ειδικό δείκτη γεννητικότητας,[116] διαπιστώνουμε πως μεταπολεμικά ακολουθεί μια πτωτική πορεία ιδιαίτερα στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, γεγονός που ανατρέπει κατά κάποιο τρόπο τις αντιλήψεις που συνδέουν την αναπαραγωγή των αγροτών με την επιδίωξη της εξασφάλισης του απαραίτητου εργατικού δυναμικού στα πλαίσια της οικογενειακής εργασίας.[117]

Σημαντικές επίσης μεταβολές παρατηρούνται στην εξέλιξη του δείκτη αναπαραγωγικότητας[118] (πίνακας 2.2.45), με κυριότερη την αύξηση της γεννητικότητας στις νεώτερες ηλικίες έναντι των μεγαλύτερων,[119] γεγονός βέβαια που συνδέεται με την αποφυγή των προβλημάτων της ύστερης εγκυμοσύνης και κατά συνέπεια με τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.44. ΕΙΔΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΕΣ (1961-1981)

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	1961	1971	1981
Αστικές	57,3	62,8	61,7
Ημιαστικές	67,9	67,4	55,8
Αγροτικές	81,6	69,8	59,2
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	**68,6**	**65,5**	**60,4**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας, β)ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού (1961-1971-1981).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.45. ΕΙΔΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΕΣ (1961-1981)

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	1961			1981		
	15-29	30-44	ΣΥΝΟΛΟ	15-29	30-44	ΣΥΝΟΛΟ
Αστικές	224,7	129	353,7	302,4	104,4	406,8
Ημιαστικές	252,4	168,5	420,9	306,3	81,5	387,8
Αγροτικές	300,7	212,1	512,8	356,3	85,2	441,5

Πηγή : α)ΕΣΥΕ, Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας, β)ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού (1961-1971-1981), γ)Ίδιοι υπολογισμοί.

[116] Η χρησιμοποίηση του ειδικού αυτού δείκτη, μας εξασφαλίζει μια λεπτομερέστερη προσέγγιση της γεννητικότητας, διότι αφορά στον αριθμό των γεννήσεων που αναλογούν σε 1.000 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας μεταξύ 15 και 49 ετών. Κατά συνέπεια, λαμβάνουμε υπόψη μας κατά τον προσδιορισμό της γεννητικότητας, τόσο την επίδραση του φύλου όσο και την επίδραση της ηλικιακής σύνθεσης.

[117] Κουτσογιαννόπουλος Β. (1984) *«Ιατρική Δημογραφία»* σελ. 41-42, Ιωάννινα και Εδιπίδης Θ. (1970) *«Υγιεινή»* σελ. 315-360, Παρισιάνος, Αθήνα.

[118] Ο δείκτης αναπαραγωγικότητας αφορά στον αριθμό των παιδιών που αποκτά μια γυναίκα κατά μέσο όρο, σε όλη την γόνιμη ζωή της ή σε διάφορες ηλικιακές φάσεις (ειδικός κατά ηλικία δείκτης αναπαραγωγικότητας). Για περισσότερη ανάλυση, βλ. Σταθόπουλος Γ. (1985) *«Εισαγωγή στην Υγιεινή»* σελ. 35-52, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

[119] Πολύζος Ν. (1981) *«Δημογραφική πρόκληση»* σελ. 117-164, Εξάντας , Αθήνα.

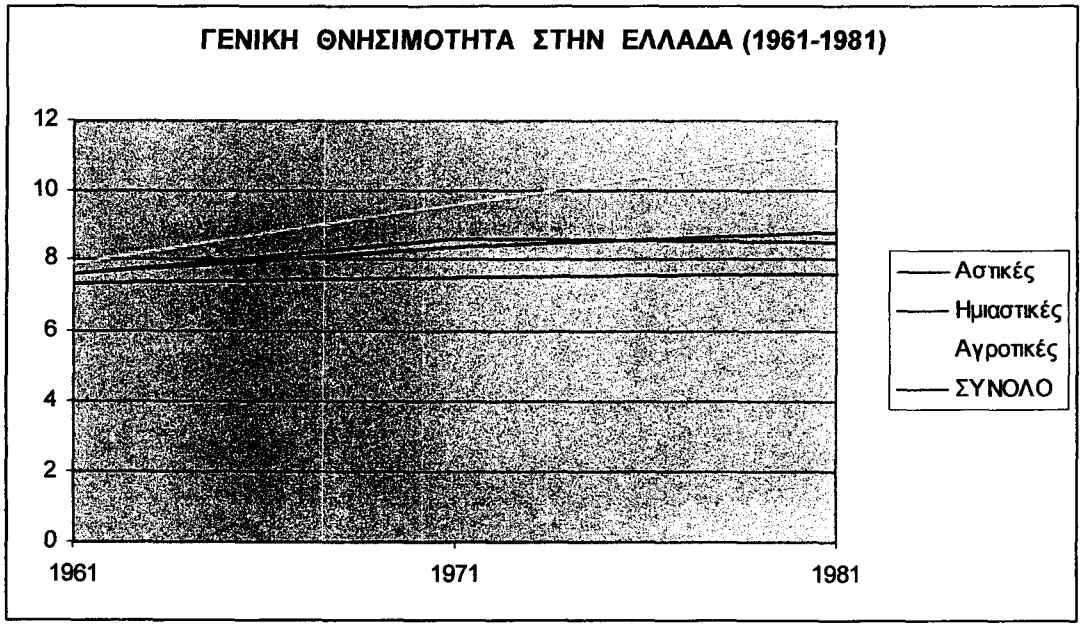
Η αναφορά μας σε όλα αυτά τα δημογραφικά δεδομένα, γίνεται γιατί η εξέλιξη των δημογραφικών παραγόντων, συνδέεται και διαμορφώνει σημαντικά τις αντίστοιχες εξελίξεις στην υγειονομική κατάσταση των ατόμων. [120] Έτσι, παράγοντες όπως η γεννητικότητα και η αναπαραγωγικότητα, συνδέονται σημαντικά με την ανανέωση του πληθυσμού, την ηλικιακή σύνθεσή του και κατ' επέκταση τη φθορά του. Η τελευταία, απεικονίζεται όπως έχουμε ήδη αναφέρει με την μέτρηση της θνησιμότητας, η οποία αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα του βαθμού γήρανσης του πληθυσμού και κατ' επέκταση του βαθμού εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων από τον ενεργό πληθυσμό. [121]

Η εξέλιξη λοιπόν της γενικής θνησιμότητας στην χώρα μας, (πίνακας 2.2.46) επιβεβαιώνει τις παραπάνω διαπιστώσεις και αποδεικνύει τον σημαντικό βαθμό συσχέτισης της δομής του πληθυσμού - η οποία επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις μεταναστευτικές τάσεις των πληθυσμών - με την διαμόρφωση των υγειονομικών προτύπων στις διάφορες περιοχές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.46. ΓΕΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΕΣ (1961-1981)

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	1961	1971	1981
Αστικές	7,3	7,5	7,6
Ημιαστικές	7,6	8,6	8,5
Αγροτικές	7,9	9,6	11,3
ΣΥΝΟΛΟ	7,6	8,4	8,8

Πηγή : ΕΣΥΕ Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας.



[120] Σιάμπος Γ. (1993) *«Δημογραφία»* σελ. 19-23, Εκδ. «Το Οικονομικό», Αθήνα.

[121] Τσαούσης Δ. (1997) *«Κοινωνική Δημογραφία»* σελ. 28-34, Gutenberg, Αθήνα.

Με δεδομένη λοιπόν την θετική συσχέτιση της εκροής μεταναστών με την γήρανση του πληθυσμού, [122] καθώς και την μείωση της γεννητικότητας στις αγροτικές περιοχές, διαπιστώνουμε μια συνεχή αύξηση του δείκτη θνησιμότητας στις περιοχές αυτές - από 7,9 θανάτους σε 1000 κατοίκους το 1961, σε 11,3 θανάτους σε 1.000 κατοίκους το 1981 - ο οποίος υπερβαίνει κατά πολύ τον αντίστοιχο δείκτη στο σύνολο της χώρας (8,8). Η εξέλιξη βέβαια αυτή, μπορεί να οφείλεται στην δημογραφική αποδυνάμωση των αγροτικών περιοχών λόγω της μετανάστευσης [123] και κατ΄ επέκταση στην αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων, [124] όμως μπορεί μέχρι ενός σημείου να ερμηνευθεί και ως ένδειξη της επιδείνωσης της υγείας του αγροτικού πληθυσμού, ενισχύοντας τον ρόλο των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας.

Η παραπάνω υπόθεση, μπορεί να αξιολογηθεί με την μελέτη της βρεφικής θνησιμότητας (αριθμός θανάτων ηλικίας κάτω του 1 έτους επί 1.000 γεννήσεων ζώντων), η οποία αποτελεί έναν αρκετά ευαίσθητο δείκτη της υγειονομικής κατάστασης ενός πληθυσμού (πίνακας 2.2.47). Διαπιστώνουμε λοιπόν, πως στη χώρα μας παρατηρήθηκε μεταπολεμικά και μέχρι την περίοδο που εξετάζουμε μια ταχεία μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σε όλες τις περιοχές, γεγονός που ενδεχομένως αποτελεί μια ένδειξη βελτίωσης των υγειονομικών συνθηκών, αφού η βρεφική θνησιμότητα προέρχεται κυρίως από προληπτές νόσους που μπορούν με τις κατάλληλες φροντίδες να αποφευχθούν. [125]

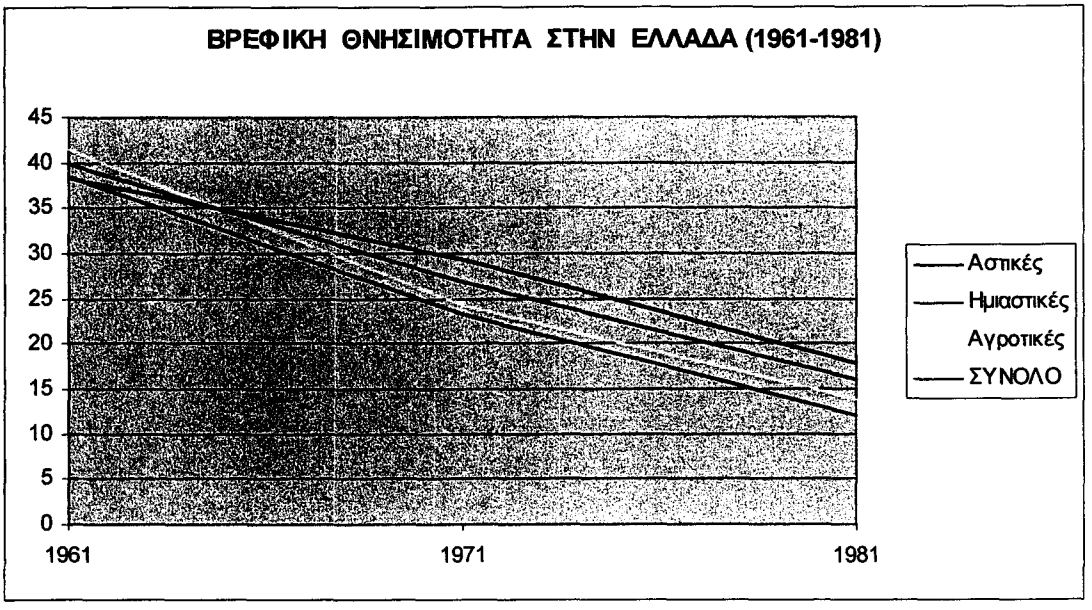
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.47. ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΕΣ (1961-1981)			
ΠΕΡΙΟΧΕΣ	**1961**	**1971**	**1981**
Αστικές	38,3	29,3	17,8
Ημιαστικές	38,6	23,4	12,2
Αγροτικές	41,4	24,2	13,9
ΣΥΝΟΛΟ	**39,9**	**26,9**	**16,2**
Πηγή : ΕΣΥΕ, Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας.			

[122] Pressat R. (1975) *«Κοινωνική Δημογραφία»* σελ. 41, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[123] Derruau M. (1987) *«Ανθρωπογεωγραφία»* σελ.128-140, Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης, Αθήνα.

[124] Στο σημείο αυτό μπορούμε να αναφέρουμε πως η πτώση της θνησιμότητας που παρατηρήθηκε μεταπολεμικά στον ανεπτυγμένο κόσμο , δεν αποτέλεσε τον ουσιαστικότερο παράγοντα γήρανσης του πληθυσμού, αφού όπως παρατηρήθηκε αφενός ωφέλησε όλες τις ηλικίες και αφετέρου, αποδίδεται κυρίως στον έλεγχο των περιβαλλοντολογικών παραγόντων που συνέτειναν στην διαμόρφωση της θνησιμότητας σε υψηλά επίπεδα , στην ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου. Βλ. Pressat R. (1975) *«Κοινωνική Δημογραφία»* σελ. 40-41, ΕΚΚΕ, Αθήνα

[125] Αυτό αφορά κυρίως στην όψιμη βρεφική θνησιμότητα (θάνατοι βρεφών από 28 έως 365 ημερών), η οποία δεν περιλαμβάνει τους θανάτους που οφείλονται σε διάφορα συμβάντα κατά τον τοκετό. Βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 74-76, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος – Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.



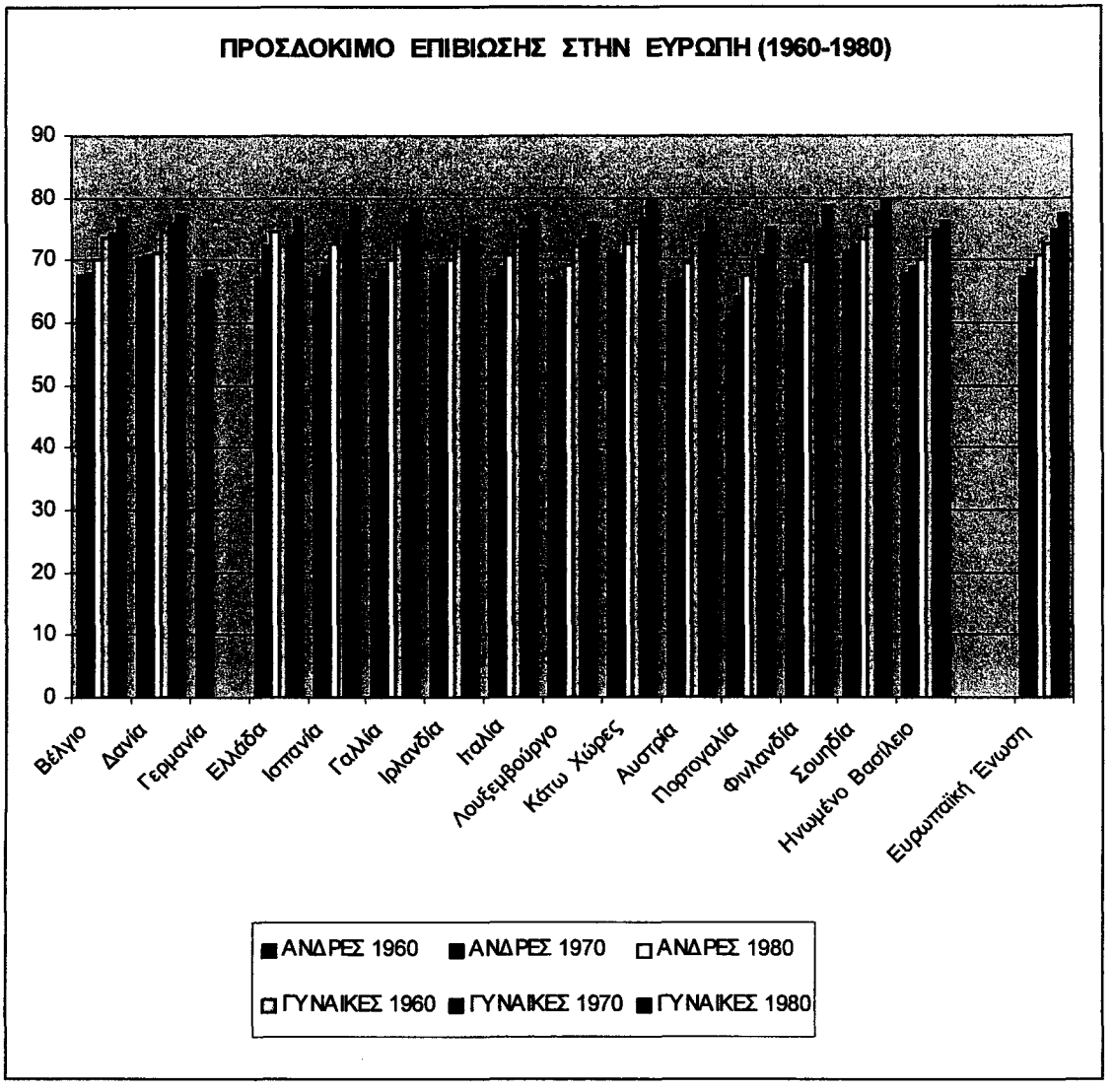
Η εξέλιξη στους δείκτες θνησιμότητας, επηρέασε και το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, το οποίο στη χώρα μας είναι αρκετά υψηλό (πίνακας 2.2.48), χωρίς όμως να μπορούμε να το αποδώσουμε αποκλειστικά στην βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών και όχι σε μια σειρά από άλλους παράγοντες, όπως το κλίμα, η κοινωνική συνοχή της ελληνικής οικογένειας ή ο διαφορετικός σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τρόπος εκβιομηχάνισης.[126]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.48. ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ (1960-1980)

ΧΩΡΑ	ΑΝΔΡΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
	1960	1970	1980	1960	1970	1980
Βέλγιο	67,7	67,8	70	73,5	74,2	76,8
Δανία	70,4	70,7	71,2	74,4	75,9	77,3
Γερμανία	67,2	68,2				
Ελλάδα	**67,3**	**72,2**	**74,5**	**72,4**	**73,8**	**76,8**
Ισπανία	67,4	69,2	72,5	72,2	74,8	78,6
Γαλλία	66,9	68,4	70,2	73,6	75,9	78,4
Ιρλανδία	68,1	68,8	70,1	71,9	73,5	75,6
Ιταλία	67,2	69	70,6	72,3	74,9	77,4
Λουξεμβούργο	66,5	67,1	69,1	72,2	73,4	75,9
Κάτω Χώρες	71,5	70,7	72,7	75,3	76,5	79,3
Αυστρία	66,2	66,9	69,4	72,7	74,1	76,6
Πορτογαλία	61,2	64,2	67,7	66,8	70,8	75,2
Φινλανδία	65,5	66,5	69,9	72,5	75	78,5
Σουηδία	71,5	72,2	73,4	75,5	77,7	79,6
Ηνωμένο Βασίλειο	67,9	68,7	70,2	73,7	75	76,2
Ευρωπαϊκή Ένωση	**67,3**	**68,5**	**70,7**	**72,7**	**74,8**	**77,4**

Πηγή : Eurostat (1995) *"Η Ευρώπη σε αριθμούς"* σελ. 144, Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες.

[126] Οι υγειονομικές εξελίξεις στην χώρα μας, επηρεάστηκαν σημαντικά από το γεγονός ότι σε αντίθεση με τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα δεν πέρασε το στάδιο της υψηλής εκβιομηχάνισης του δευτερογενούς τομέα. Βλ. Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 158, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.



Η τελευταία άποψη, επιβεβαιώνεται και από την σύγκριση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας στην χώρα μας με τον αντίστοιχο άλλων χωρών, από την οποία προκύπτει πως μολονότι μεταπολεμικά παρατηρείται όπως προαναφέραμε μια σταδιακή μείωση της βρεφικής θνησιμότητας στη χώρα μας, ο σχετικός δείκτης εμφανίζεται την περίοδο που εξετάζουμε, υψηλότερος σε σύγκριση με τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση αυτές της Ανατολικής Ευρώπης (πίνακας 2.2.49). Αυτό ίσως μπορεί να συσχετιστεί με την καθυστέρηση της ανάπτυξης των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και με το χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης που ακολούθησε η χώρα μας. [127]

Το γεγονός βέβαια ότι η συχνότητα των θανάτων, προσδιορίζεται σε μεγάλο ποσοστό από τον τρόπο ζωής, την κοινωνική διάρθρωση και την οικονομική ανάπτυξη και λιγότερο από το επίπεδο των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών που χαρακτηρίζει μια χώρα, φαίνεται και από την σύγκριση της προτυποποιημένης θνησιμότητας μεταξύ των χωρών της Ευρώπης

[127] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 158-161 , Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

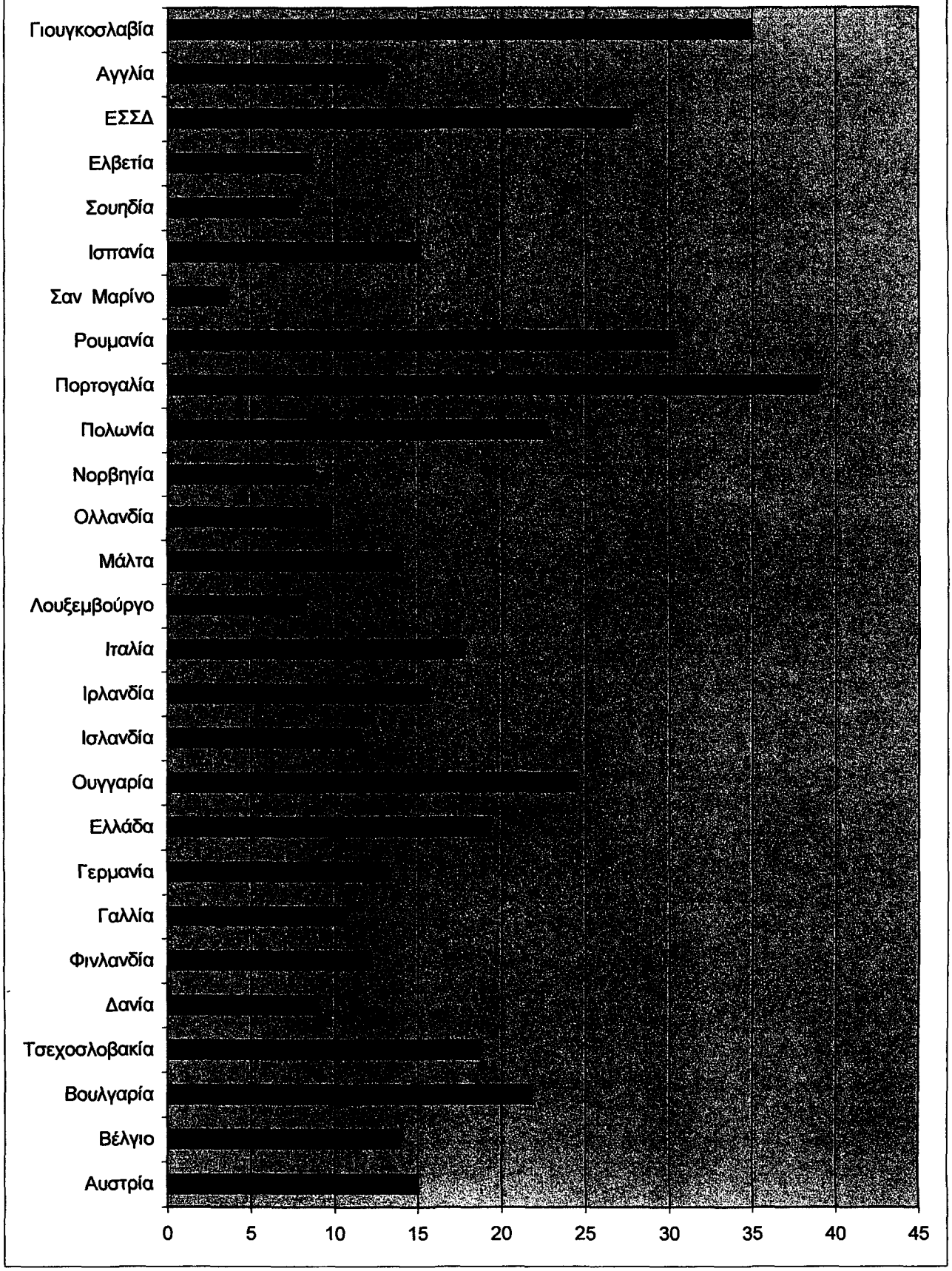
(πίνακας 2.2.50), η οποία δεν ακολουθεί την αναμενόμενη πορεία που προδιαγράφεται από την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας που παρέχεται σε κάθε μία από τις χώρες αυτές. Για παράδειγμα, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες - με εμφανή την μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα - ακολουθώντας τις γενικότερες τάσσεις που παρατηρούνται στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, [128] τη στιγμή που ο τρόπος λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος της χώρας, χαρακτηριζόταν από πολύπλευρες και σημαντικές αδυναμίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.49 ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.		
ΧΩΡΕΣ	**ΕΤΟΣ**	**ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 1.000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ**
Αυστρία	1978	15
Βέλγιο	1978	13,9
Βουλγαρία	1978	21,8
Τσεχοσλοβακία	1978	18,7
Δανία	1978	8,9
Φινλανδία	1977	12
Γαλλία	1978	10,6
Γερμανία	1978	13,2
Ελλάδα	1978	19,3
Ουγγαρία	1978	24,4
Ισλανδία	1978	11,3
Ιρλανδία	1977	15,6
Ιταλία	1977	17,7
Λουξεμβούργο	1978	8,1
Μάλτα	1977	13,8
Ολλανδία	1978	9,6
Νορβηγία	1978	8,6
Πολωνία	1978	22,6
Πορτογαλία	1975	38,9
Ρουμανία	1978	30,3
Σαν Μαρίνο	1978	3,5
Ισπανία	1978	15,1
Σουηδία	1978	7,8
Ελβετία	1978	8,6
ΕΣΣΔ	1974	27,7
Αγγλία	1978	13,1
Γιουγκοσλαβία	1977	34,9
Πηγή : WHO (1981) *"Health Services in Europe"*, vol. 2, Copenhagen.		

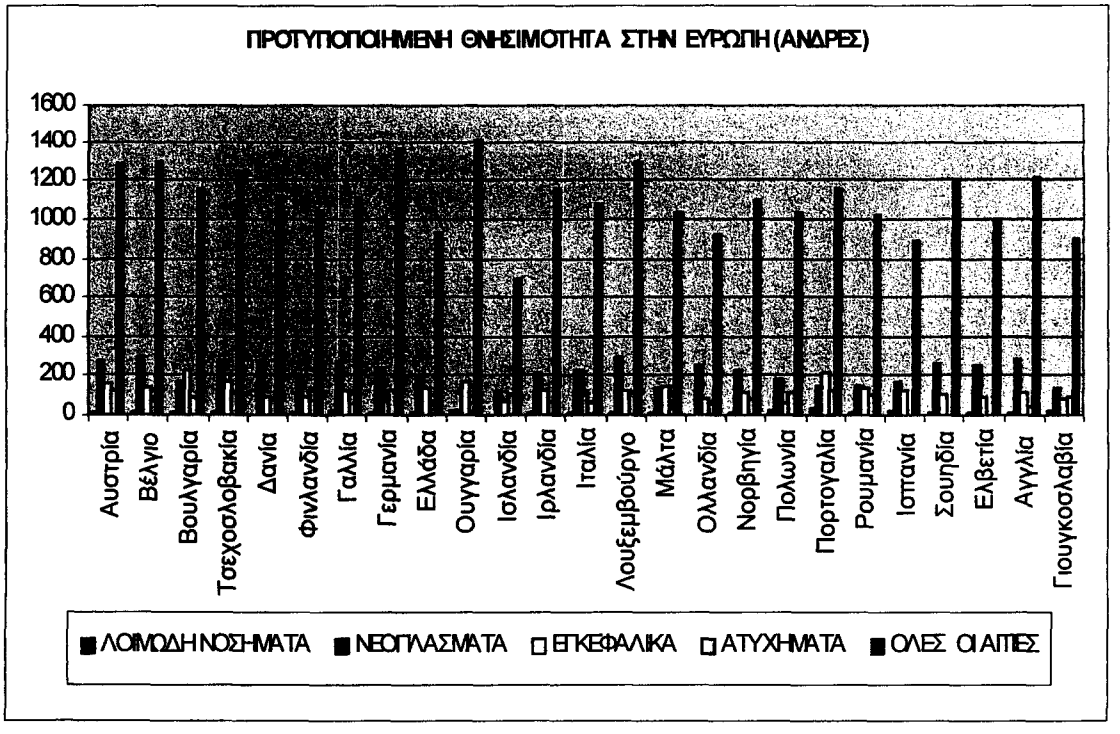
Από την άλλη βέβαια, η εσφαλμένη όπως παρουσιάσαμε κατανομή των υγειονομικών πόρων και οι σημαντικές αδυναμίες στην υποδομή και την στελέχωση των υπηρεσιών υγείας που χαρακτήριζαν το σύστημα υγείας στην χώρας μας την περίοδο στην οποία αναφερόμαστε, δεν μπορεί παρά να ενοχοποιούνται - έστω κι αν κάτι τέτοιο δεν μπορεί να εκτιμηθεί ποσοτικά - για τις περιφερειακές ανισότητες που εμφανίζονται στον δείκτη θνησιμότητας.

[128] Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις»* σελ. 224, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.50 ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (ΑΝΔΡΕΣ) ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ					
ΧΩΡΕΣ	**ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**	**ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ**	**ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ**	**ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**	**ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ**
Αυστρία	10,7	273,8	162,6	128,5	1.286
Βέλγιο	11,9	294,5	138,1	94,5	1.295
Βουλγαρία	14,5	169,1	221,9	91,8	1.163
Τσεχοσλοβακία	10,4	269	171,3	108,9	1.243
Δανία	5	271,4	88,5	79,6	1.129
Φινλανδία	12,9	198,1	92,5	133,7	1.049
Γαλλία	17,5	270,6	123,6	114,8	1.116
Γερμανία	10,9	237,2	71,7	119,8	1.367
Ελλάδα	**15,1**	**207,7**	**134,6**	**64,2**	**926**
Ουγγαρία	22,1	22,1	175,8	148,1	1.409
Ισλανδία	4,4	124,1	66,5	98,4	695
Ιρλανδία	11,3	210,5	125	66,8	1.152
Ιταλία	12,6	228,6	128,3	72	1.080
Λουξεμβούργο	6,3	298,5	129,5	111,7	1.292
Μάλτα	8	139,9	141,9	41,5	1.027
Ολλανδία	4,6	253,6	78,9	55,5	918
Νορβηγία	7,3	226,4	118,8	74,6	1.096
Πολωνία	24,8	179,1	57	117,3	1.034
Πορτογαλία	31	146,2	220,3	119,6	1.154
Ρουμανία	14,6	147,6	131,2	99,7	1.025
Ισπανία	20,5	172,8	124,7		886
Σουηδία	7,5	261	103,2		1.198
Ελβετία	8,3	250,2	95,9		996
Αγγλία	5,8	280,8	116,3	47,6	1.211
Γιουγκοσλαβία	22,5	134,1	82,4	91,7	900
Πηγή : WHO (1981) *"Health Services in Europe"*, vol. 2, Copenhagen.					



Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα (2.2.51), ο οποίος δείχνει την θνησιμότητα στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας ανά κατηγορία πληθυσμού (αστικός - ημιαστικός - αγροτικός), διαπιστώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα της θνησιμότητας σε περιφερειακό επίπεδο, οι οποίες συνδέονται και με την άνιση κατανομή των πόρων υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.51. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ* ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΦΥΛΟ (1972-1974)

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΑΣΤΙΚΟΣ		ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΣ		ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Πρωτεύουσα	1.091	784				
Στερεά-Εύβοια	1.031	595	1.021	708	979	701
Πελοπόννησος	1.047	772	944	712	916	751
Ιόνια Νησιά	859	561	1.073	748	1.037	785
Ήπειρος	967	652	971	688	1.026	640
Θεσσαλία	1.030	687	1.110	751	1.004	734
Μακεδονία	1.006	734	1.040	751	994	733
Θράκη	1.249	795	1.041	799	1.108	725
Αιγαίο	1.054	827	971	676	908	691
Κρήτη	974	652	734	589	804	706
Σύνολο χώρας	**1.060**	**762**	**996**	**745**	**957**	**719**

*ανά 100.000 κατοίκους.

Πηγή : α)ΚΕΠΕ (1976) *"Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία"* σελ. 402-419, (πίνακες 9-18), Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Για παράδειγμα, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, η περιοχή της Θράκης εμφανίζει έναν ιδιαίτερα υψηλό δείκτη θνησιμότητας, ο οποίος μάλιστα υπερβαίνει τον αντίστοιχο δείκτη του συνόλου της χώρας και για τις τρεις κατηγορίες του πληθυσμού. Ομοίως, υψηλά ποσοστά θνησιμότητας παρατηρούνται και στις περιφέρειες της Θεσσαλίας, της Ηπείρου και της Μακεδονίας για τους άνδρες στον ημιαστικό και αγροτικό πληθυσμό, καθώς και στον αστικό πληθυσμό των νήσων του Αιγαίου και στον ημιαστικό και αγροτικό των Ιονίων Νήσων. [129] Ασφαλή βέβαια συμπεράσματα για την σχέση μεταξύ της κατανομής και πιο συγκεκριμένα της έλλειψης υγειονομικών πόρων στις παραπάνω περιφέρειες και των αντίστοιχων δεδομένων θνησιμότητας δεν μπορούν να προκύψουν, όμως σίγουρα, στο βαθμό που η θνησιμότητα επηρεάζεται από τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, η ανισοκατανομή των πόρων, μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τους σχετικούς δείκτες.

Όπως όμως προαναφέραμε, η θνησιμότητα σαν δείκτης υγείας, επηρεάζεται πέρα από τις διαθέσιμες υγειονομικές υπηρεσίες και από παράγοντες όπως η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, η συγκέντρωσή του στα αστικά κέντρα μέσα από διαδικασίες εσωτερικής μετανάστευσης, οι συνθήκες διαβίωσης (κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση),οι ευρύτερες συνθήκες του περιβάλλοντος

[129] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 169, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

(ρύπανση) και γενικότερα οι ρυθμοί ζωής των ατόμων, όπως διαμορφώνονται από τα κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά δεδομένα της εποχής. [130]

Η παραπάνω διαπίστωση, επιβεβαιώνεται κατά κάποιο τρόπο και από την σχετικά υψηλή θνησιμότητα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, όπου από την μια έχουμε συγκέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών και από την άλλη, έχουμε όλες τις αρνητικές συνέπειες από την εντατική αστικοποίηση, την ραγδαία ανάπτυξη του δευτερογενούς τομέα και τους σύγχρονους ρυθμούς ζωής. [131]

Τέλος, στην αναζήτηση των διαφοροποιήσεων στους υγειονομικούς δείκτες που θα μας επιτρέψουν να τις συνδέσουμε με αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στην κατανομή των πόρων υγείας, θα λάβουμε υπόψη μας και τον δείκτη βρεφικής θνησιμότητας, γνωρίζοντας πως το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει σημαντικά την διαμόρφωσή του, ιδιαίτερα σχετικά με την όψιμη βρεφική θνησιμότητα.

Σύμφωνα λοιπόν με τον παρακάτω πίνακα (2.2.52) παρατηρούμε - όπως και με τη γενική θνησιμότητα - ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στην περιφέρεια της Θράκης, ενώ αντίστοιχα υψηλά θεωρούνται και ποσοστά των περιφερειών της Μακεδονίας, της Ηπείρου και της Πελοποννήσου. Από την άλλη μεριά, το υψηλό ποσοστό της περιοχής της πρωτεύουσας, ερμηνεύεται τόσο από τους παράγοντες που ήδη προαναφέραμε κατά την αξιολόγηση της γενικής θνησιμότητας, όσο και από την σχετικά υψηλή γεννητικότητα στην περιφέρεια αυτή - και γενικότερα στα αστικά κέντρα σε σχέση με τις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές - σαν συνέπεια της εισροής μεταναστών, νεαρής κυρίως ηλικίας. [132]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.52. ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗΣ (1981)

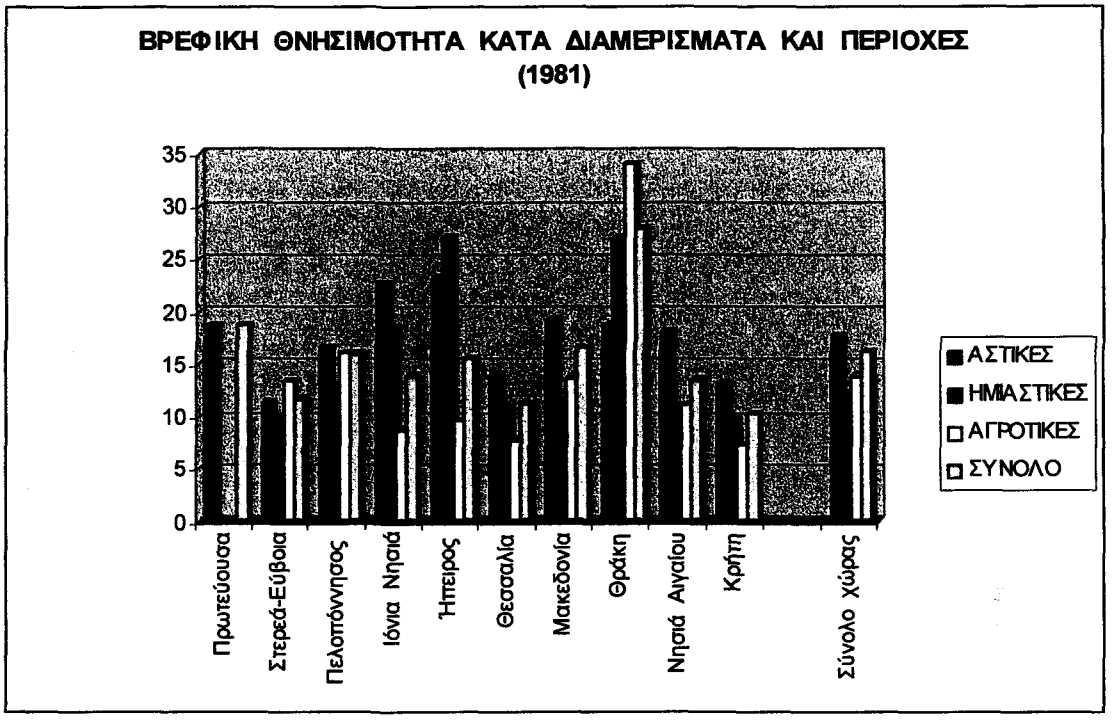
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΟΧΩΝ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΣΤΙΚΕΣ	ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ	
Πρωτεύουσα	18,7			18,7
Στερεά-Εύβοια	11,4	10	13,4	11,8
Πελοπόννησος	16,6	12,8	16,1	16
Ιόνια Νησιά	22,8	18,5	8,6	13,9
Ήπειρος	23,2	27	9,6	15,5
Θεσσαλία	13,9	10,8	7,8	11,3
Μακεδονία	19,2	11,5	13,7	16,6
Θράκη	18,7	27	34	27,9
Νησιά Αιγαίου	18,1	11	11,1	13,5
Κρήτη	13,2	9,8	7,3	10,4
Σύνολο χώρας	**17,8**	**12,2**	**13,9**	**16,2**

Πηγή : ΕΣΥΕ (1982) *"Στατιστική της Φυσικής Κίνησης του Πληθσμού"*.

[130] ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80. Υγεία»* σελ. 35-37, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[131] Για μια ανάλυση των γενικότερων χαρακτηριστικών των μεγαλουπόλεων και των συνεπειών στην καθημερινή ζωή των ατόμων, βλ. Τσαούσης Δ. (1997) *«Η Κοινωνία μας. Οργάνωση, Λειτουργία, Δυναμική»* σελ. 102-107, Gutenberg, Αθήνα.

[132] Για την σύνδεση της γεννητικότητας με τις διαδικασίες αστικοποίησης και εκβιομηχάνισης, βλ. Μουσούρου Λ. (1998) *«Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας»* σελ. 61-66, Gutenberg, Αθήνα.



2.6. Συμπεράσματα.

Στο κεφάλαιο αυτό, επιχειρήθηκε μια ευρεία παρουσίαση των δεδομένων που συνέθεταν την εικόνα του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας πριν την μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχικά, έγινε μια ιστορική αναδρομή στο θεσμικό πλαίσιο της οργάνωσης της φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, όπως διαμορφώθηκε από τις γενικότερες ιστορικές συγκυρίες (Μικρασιατική καταστροφή, Β' Παγκόσμιος πόλεμος), και το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον κάθε περιόδου.

Στη συνέχεια, αναφερθήκαμε στις γενικότερες παραμέτρους της κοινωνικής πολιτικής και με επίκεντρο το ύψος και την κατανομή των κοινωνικών δαπανών, διαπιστώσαμε την υστέρηση της χώρας μας - σε σχέση κυρίως με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες - τόσο ως προς την ποσοτική, όσο και ως προς την ποιοτική εξέλιξη των κοινωνικών παροχών.

Αντίστοιχα, από την σύγκριση των δαπανών υγείας στη χώρα μας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, προκύπτει μια διαφορετική ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, με την αύξηση στις δημόσιες κυρίως δαπάνες υγείας, να συντελείται αφενός καθυστερημένα ως προς τις διεθνείς εξελίξεις και αφετέρου σε μια περίοδο όπου το γενικό οικονομικό κλίμα της χώρας ήταν μη ευνοϊκό. [133]

Επιπρόσθετα, όσο αφορά στις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα, παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση στην συμμετοχή της γενικής φορολογίας σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση (ασφαλιστικά ταμεία), με επίκεντρο κυρίως την νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία καταλαμβάνει και το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής δαπάνης.

[133] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 59, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Από την άλλη μεριά, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατέχουν παραδοσιακά ένα υψηλό ποσοστό στην χώρα μας, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην ανεπάρκεια του δημοσίου συστήματος ως προς την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των ατόμων, αλλά και στον κατακερματισμό και την αναποτελεσματικότητα του ασφαλιστικού συστήματος.

Στη συνέχεια και με δεδομένη την απουσία κριτηρίων τόσο ως προς την χρηματοδότηση όσο και ως προς την κατανομή των πόρων του υγειονομικού τομέα, εξετάσαμε την περιφερειακή διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας, για την νοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την διαπεριφερειακή σύγκριση των δεικτών προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών, αφορούσαν από τη μια στην συγκέντρωση των υπηρεσιών στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και από την άλλη στις σημαντικότατες ελλείψεις που παρατηρούνταν στις υπόλοιπες περιφέρειες, τόσο ως προς την κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, όσο και ως προς την στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό.

Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου, διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αδυναμίας διασφάλισης της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες - σε γεωγραφικό κυρίως επίπεδο - και της εξέλιξης του επιπέδου υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Η τελευταία, προσεγγίστηκε με τη χρήση υγειονομικών δεικτών, όπως η γενική και η βρεφική θνησιμότητα καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης, αφού πρώτα εξετάστηκαν τα γενικότερα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της χώρας μας (ηλικιακή σύνθεση, φύλο κλπ.).

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν, εστιάζονται κατ΄ αρχήν στα ικανοποιητικά μεγέθη του προσδόκιμου επιβίωσης και της γενικής θνησιμότητας στην Ελλάδα, χωρίς όμως να συμβαίνει κάτι ανάλογο και με την βρεφική θνησιμότητα, όπου η θέση της χώρας μας για την περίοδο που εξετάσαμε, δεν θεωρείται ικανοποιητική. [134] Εκτός αυτού, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά των παραπάνω δεικτών σε περιφερειακό επίπεδο, χωρίς όμως να μπορούμε να τις συνδέσουμε άμεσα με την ανισοκατανομή των υγειονομικών πόρων, λόγω της αλληλεπίδρασης και άλλων παραγόντων, όπως η δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού, το κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον κλπ. [135]

Αυτό όμως δεν σημαίνει πως, η κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού, παρά το γεγονός ότι διαμορφώνεται σε ένα γενικά ευνοϊκό περιβάλλον σε ότι αφορά στο κλίμα, την διατροφή και τον βαθμό εκβιομηχάνισης, δεν επιβαρύνεται από τις εκτεταμένες χωρικές και κοινωνικές ανισότητες στην κατανομή και την χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Αντίθετα, η έλλειψη στοιχειωδών παρεμβάσεων προς την κατεύθυνση της υλοποίησης μιας περιφερειακής υγειονομικής πολιτικής, μαζί με το υψηλό κόστος και την παραοικονομική δραστηριότητα του υγειονομικού τομέα, αποτέλεσαν τα σημαντικότερα τρωτά σημεία του υγειονομικού μας συστήματος την περίοδο που εξετάσαμε. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας στην οργάνωση του συστήματος υγείας στην χώρα μας, ήταν η συνειδητοποίηση της

[134] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 174, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[135] Τσαούσης Δ. (1997) *«Κοινωνική Δημογραφία»* σελ. 109-114, Gutenberg, Αθήνα.

αναγκαιότητας για μια πλήρη και ουσιαστική αναδιοργάνωση του υγειονομικού τομέα, για λόγους σχετικούς με την ισότητα στην πρόσβαση, αλλά και την αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας που ακολούθησε, ήταν συνέπεια της παραπάνω διαπίστωσης και για το λόγο αυτό οι εμπνευστές του, προσανατολίστηκαν στην δημόσια προαγωγή και διανομή των φροντίδων για όλο τον πληθυσμό, ανεξάρτητα από εισόδημα, κοινωνική τάξη και ασφαλιστικό φορέα. [136] Το κατά πόσο όμως η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, ταυτίστηκε με την υλοποίηση των προβλεπόμενων στόχων της αυτοδυναμίας των υγειονομικών υπηρεσιών και της παροχής «ίσης φροντίδας για ίση ανάγκη», [137] αποτελεί αντικείμενο μελέτης του κεφαλαίου που ακολουθεί.

[136] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 41-42, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[137] Όπως θα δούμε και παρακάτω, η Ελληνική εκδοχή του ΕΣΥ, βασίστηκε στις βασικές αρχές των εθνικών συστημάτων υγείας «δωρεάν φροντίδα στον τόπο χρησιμοποίησης» και «ίση φροντίδα για ίση ανάγκη», παρουσιάζοντας αρκετές ομοιότητες με το Βρετανικό ΕΣΥ. Βλ. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991), υποσ. 136, σελ. 42.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{Ο} ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.

3.1. Εισαγωγικά.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, διαπιστώνουμε πως μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, ο υγειονομικός τομέας στην χώρα μας χαρακτηριζόταν από εκτεταμένες κοινωνικοοικονομικές και χωρικές ανισότητες, καθώς και από κατακερματισμό και χαμηλή ποιότητα στις υγειονομικές παροχές. Οι αδυναμίες αυτές είχαν επισημανθεί από διάφορες επιστημονικές ομάδες εργασίας, οι οποίες τόνιζαν την αναγκαιότητα για αλλαγή και αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

Ενδεικτικά, οι σχετικές μελέτες του ΚΕΠΕ (1972-1976-1979), καταλήγουν στην διαπίστωση ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξεταστούν στα πλαίσια ενός προγράμματος μακροχρόνιας προοπτικής με στόχο την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή επαρκών υπηρεσιών, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.[1] Συμφωνούν επίσης, πως η κατάτμηση και οι διαφοροποιήσεις τόσο στη χρηματοδότηση όσο και στην έκταση και την ποιότητα των παροχών που χαρακτηρίζουν την ασφάλιση ασθένειας, αποτελούν στοιχεία κατηγοριοποίησης του πληθυσμού ως προς το εύρος της υγειονομικής προστασίας, η οποία καθορίζεται ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. [2]

Ακόμη, διαπιστώνεται μια σημαντική συμπίεση των πόρων που διατίθενται για την υγεία σε σχέση με τις άλλες χώρες της ΕΟΚ με αποτέλεσμα όχι μόνο την ελλιπή σε έκταση και ποιότητα κάλυψη του πληθυσμού, αλλά και την συνεχή αύξηση της επιβάρυνσης των ασθενών, με το μέρος της δαπάνης που δεν καλύπτεται από την ασφάλιση. [3] Όσο αφορά στην περιφερειακή διάσταση των ανισοτήτων, σημειώνεται πως η πολιτική που υιοθετήθηκε μέχρι πρόσφατα, «ελάχιστα ανταποκρίθηκε στην ανάγκη για ορθολογική και ισομερή κατανομή πόρων για την υγεία» με αποτέλεσμα η υγειονομική οργάνωση της χώρας να είναι αντίθετη τόσο σε σχέση με τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, όσο και σε σχέση με τις επιδιώξεις της συγκράτησης του πληθυσμού, της διεύρυνσης των δυνατοτήτων απασχόλησης και γενικότερα της ανάπτυξης σε περιφερειακό επίπεδο. [4]

Ειδικότερα ως προς την παραπάνω διάσταση που ενδιαφέρει ιδιαίτερα στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, το πρόβλημα εστιάζεται στην άνιση γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων, η οποία οδηγεί σε διαπεριφερειακές εξαρτήσεις οι οποίες εκδηλώνονται όπως δείξαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, με την συρροή των ασθενών στα μεγάλα αστικά

---

[1] ΚΕΠΕ (1972) *«Σχέδιον Προτύπου Μακροχρόνιου Αναπτύξεως της Ελλάδος, 1973-1987, Υγεία, Οριστική Έκθεσις»* σελ. 1-3 και 198, Αθήνα.

[2] ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80, Υγεία»* σελ. 106-107, Πρόγραμμα Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[3] ΚΕΠΕ (1976) βλ. υποσ. 1, σελ. 112.

[4] ΚΕΠΕ (1979) *«Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως, Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 13-15, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. [5] Επιπρόσθετα, η προσπάθεια που έγινε με τον νόμο 2592/1953 (βλ. προηγούμενο κεφάλαιο) για περιφερειακή οργάνωση της περίθαλψης, δεν εφαρμόστηκε σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό, αλλά τροποποιήθηκε στην βάση της διοικητικής οργάνωσης της χώρας σε νομούς, με αποτέλεσμα την στέρηση της δυνατότητας δημιουργίας αυτοδύναμων και ανεξάρτητων ως προς την περίθαλψη περιφερειών και γενικότερα της περιφερειακοποίησης του συστήματος υγείας. [6]

Υπό το πρίσμα των παραπάνω προβλημάτων, στοιχειοθετήθηκαν την περίοδο πριν την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ μια σειρά από προτάσεις, οι οποίες προσανατολίζονταν προς την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος πάνω σε νέες βάσεις, είτε με την σύσταση ενός Εθνικού Οργανισμού Υγείας για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού [7] είτε με την σύσταση ενός συντονιστικού οργάνου το οποίο θα ελέγχει όλους τους ασφαλιστικούς φορείς υγείας. [8]

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως παρατηρείται μια γενικότερη συμφωνία των μελετητών σχετικά με την αναγκαιότητα σύστασης ενός ενιαίου φορέα υγείας, σημειώνεται όμως πως θεωρείται πιο επιτεύξιμη η επιδίωξη του συντονισμού των υφιστάμενων φορέων με στόχο την βραχυπρόθεσμη επίλυση των προβλημάτων που έπλητταν ιδιαίτερα τα φτωχά στρώματα του πληθυσμού.[9] Αντίστοιχα, οι περισσότερες μελέτες εντοπίζουν και επισημαίνουν την δυσαρέσκεια των πολιτών από τις αδυναμίες της ασφάλισης ασθένειας, όπως η ύπαρξη ανισοτήτων, η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, η μη καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η εξάρτηση της ασφάλισης από την απασχόληση αλλά και μια σειρά από οργανωτικές δυσλειτουργίες. [10]

Τελικά, η ιδέα για την θεσμοθέτηση ενός δημόσιου εθνικού συστήματος υγείας του οποίου την ευθύνη της λειτουργίας θα είχε το κράτος, τύγχανε ευρείας αποδοχής και αποτελούσε πεποίθηση πως ένα τέτοιο σύστημα, θα μπορούσε να επιφέρει τόσο την ισότιμη παροχή όσο και την

---

[5] ΚΕΠΕ (1979) *«Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως, Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 16-17, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[6] ΚΕΠΕ (1979) βλ. υποσ. 5, σελ. 16.

[7] Η πρόταση αυτή διατυπώθηκε το 1965, από τους Ζαφείρα και Ελευθερίου και είχε σαν αφετηρία την δημιουργία ενός μοναδικού ασφαλιστικού φορέα υγείας για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε όλες τις μορφές φροντίδας υγείας (ιατρική, νοσοκομειακή, φαρμακευτική). Βλ. Ζαφείρας Θ., Ελευθερίου Α. (1965) *«Καθολική υγειονομική ασφάλισις. Συμβολή εις την λύσιν του υγειονομικού και ιατρικού προβλήματος της χώρας»* σελ. 57-75, Πειραιεύς.

[8] Η πρόταση αυτή ανήκει στον Πάτρα, ο οποίος το 1972, διατυπώνει την αναγκαιότητα για ευρύτερο σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής στη χώρα μας, με την σύσταση του «Ανώτατου Υγειονομικού Συμβουλίου» το οποίο θα αναλάμβανε να σχεδιάσει και να αναπροσαρμόσει τα προγράμματα υγείας στις νέες ανάγκες και αντιλήψεις. Βλ. Πάτρας Λ. (1972) *«Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής»* σελ. 25-26 και 211-216, Αθήνα.

[9] Τόσο η πρόταση του Πάτρα, όσο και η αντίστοιχη της ομάδας εργασίας του ΚΕΠΕ (1976), θεωρούν την σύσταση ενός ενιαίου φορέα υγείας ως βραχυπρόθεσμα ανέφικτη, λόγω της κατάτμησης των φορέων, της αντίστοιχης διαφοροποίησης των νομικών καθεστώτων και των μεγάλων θεσμικών αλλαγών που απαιτούσε μια τέτοια πολιτική. Βλ. Πάτρας Λ. (1972) υποσημ. 8, σελ. 211-216 και ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80, Υγεία»* σελ. 138, Πρόγραμμα Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[10] Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο. κ.α. (1988) *«Υγεία και Ελληνική κοινωνία. Εμπειρική έρευνα»* σελ. 237, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

περιφερειακοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών. Την πορεία και τους παράγοντες που επηρέασαν την θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην χώρα μας, θα εξετάσουμε αμέσως παρακάτω.

3.2. Η πορεία προς την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ.

Πολλοί μελετητές, προβάλλουν το συνδικαλιστικό ιατρικό κίνημα της περιόδου 1974-1981, σαν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθόρισαν την θεσμοθέτηση αλλά και τους προσανατολισμούς του ΕΣΥ, στο οποίο μάλιστα αποδίδουν έναν έντονο ιατροκεντρικό χαρακτήρα, στηρίζοντας την άποψη αυτή στην μεγάλη έκταση που καταλαμβάνουν οι ρυθμίσεις που αφορούν στις εργασιακές σχέσεις των ιατρών. [11]

Επιχειρώντας μια σύντομη περιγραφή της συνδικαλιστικής δράσης των νοσοκομειακών ιατρών που είχε σαν κεντρικό αίτημα την πλήρη και αποκλειστική απασχόλησή τους στα πλαίσια του εθνικού συστήματος υγείας του οποίου επιδίωκαν την εγκαθίδρυση, μπορούμε να θεωρήσουμε ως αφετηρία της, το πρώτο πανελλαδικό συνέδριο των νοσοκομειακών ιατρών το 1976, στο οποίο έκανε την εμφάνισή του το ριζοσπαστικό αίτημα της κοινωνικοποίησης της υγείας. [12]

Έπειτα από έντονες πιέσεις από την πλευρά του ιατρικού κινήματος, συγκροτείται δυο χρόνια αργότερα (1978) από τον τότε υπουργό υγείας Δοξιάδη, μια επιστημονική ομάδα με πρόεδρο τον Β. Φίλια, στην οποία ανατέθηκε η μελέτη του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού. [13] Η ομάδα, παρέδωσε το πόρισμά της ένα χρόνο αργότερα και με το σκεπτικό - το οποίο δεν ήταν αντίθετο με τις υπουργικές επιδιώξεις (βλ. υποσημ. 12) - ότι ο θεσμός του νοσοκομειακού ιατρού πρέπει να εξεταστεί στην βάση της γενικότερης δομής του υγειονομικού συστήματος, προχώρησε στην υποβολή προτάσεων για μια ευρύτερη μεταρρύθμιση. [14]

---

[11] Η άποψη αυτή αναπτύσσεται από τον Τούντα στην συζήτηση στρογγυλής τράπεζας για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, στα πλαίσια του Α Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας (Αθήνα 1989). Στην παραπάνω βέβαια θέση ότι δηλαδή οι γιατροί κατ' αποκλειστικότητα διαμόρφωναν και εξακολουθούν να διαμορφώνουν την πολιτική υγείας στην χώρα μας, αντιτάχθηκαν τόσο ο Γλυνάτσης, όσο και ο Παπαδέλλης, ενώ αποτέλεσε γενική διαπίστωση, η άποψη σχετικά με τον υποβαθμισμένο ρόλο των χρηστών (άποψη που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από τον Καμμά). Βλ. *«Πρακτικά Α Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας»* σελ. 490-497, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1989.

[12] Σημειώνεται πως η έντονη πολιτικοποίηση των ιατρών σε συνδυασμό με τις οργανωτικές αδυναμίες των πολιτικών κομμάτων την περίοδο μετά τη δικτατορία - γεγονός που επέτρεπε την ανάληψη ακηδεμόνευτων πρωτοβουλιών - λειτούργησε ενθαρρυντικά στο ανύπαρκτο μέχρι τότε συνδικαλιστικό κίνημα των νοσοκομειακών ιατρών, οι οποίοι ιδρύοντας μαζικές ενώσεις (ΕΙΝΑΠ και ΕΙΝΒΕΘ), επιδίωξαν την αλλαγή του συστήματος υγείας και την λειτουργία του σε «αυτοδιαχειριστικά πλαίσια». Βλ. Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 178, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα και Γρίβας Κ. (1984) *«Δημόσια Υγεία ή η Κακοποίηση της Κοινωνικοποίησης»* σελ. 37-40, Εκδ. Στοχαστής, Αθήνα.

[13] Ουσιαστικά επρόκειτο για ανάθεση επεξεργασίας ενός γενικότερου σχεδίου αναμόρφωσης του συστήματος υγείας, εν όψει της ένταξης της χώρας στην ΕΟΚ. Βλ. Γρίβας Κ. (1984) υποσημ. 13, σελ. 40-41 και 44.

[14] Βλ. Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 20α, σελ. 6, Αύγουστος 1979.

Οι προτάσεις αυτές - γνωστές ως Σχέδιο Φίλια - επικεντρώθηκαν στην ανάγκη δημιουργίας ενός Ενιαίου Συμβουλίου Υγείας, το οποίο θα αποτελούσε τον προπομπό της σταδιακής ενοποίησης των ταμείων σε έναν Ενιαίο Φορέα Υγείας. Ακόμη, το σχέδιο προέβλεπε την αύξηση των δαπανών για την υγεία, την διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, την κρατικοποίηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τον προγραμματισμό των νοσοκομειακών κλινών, τον έλεγχο της λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών, την δημιουργία πολυϊατρείων για την καλύτερη οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την δημιουργία εθνικής φαρμακαποθήκης και εθνικής φαρμακοβιομηχανίας, και την σύσταση ενός κεντρικού οργάνου εκπαίδευσης. [15]

Σχετικά με τον θεσμό του νοσοκομειακού ιατρού, μπορεί η πλειοψηφία της ομάδας να υποστήριζε την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών ιατρών χωρίς το δικαίωμα άσκησης του επαγγέλματός τους ιδιωτικά, όμως αρκετοί εκπρόσωποι του υπουργείου στην ομάδα, πρότειναν την μη άρση του παραπάνω δικαιώματος, κάτω βέβαια από κάποιες προϋποθέσεις. [16]

Το θέμα αυτό, αποτέλεσε και το σημείο τριβής μεταξύ του υπουργείου και των νοσοκομειακών ιατρών, όταν λίγο αργότερα (Μάρτιος 1980), δόθηκε στην δημοσιότητα ένα δεύτερο σχέδιο - γνωστό ως Σχέδιο Δοξιάδη - για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας, το οποίο υιοθετούσε τις περισσότερες από τις προτάσεις της επιστημονικής ομάδας, με εξαίρεση τον θεσμό των νοσοκομειακών ιατρών.

Σχετικά με το ζήτημα αυτό, το άρθρο 44 του νομοσχεδίου προέβλεπε την προσωρινότητα των επιμελητών και των βοηθών (του 95% δηλαδή του συνόλου των νοσοκομειακών ιατρών) και την μονιμότητα μόνο των διευθυντών και μάλιστα μετά την πάροδο τριών ετών. Η προνομιακή αντιμετώπιση των διευθυντικών στρωμάτων, φαίνεται κι απ' το γεγονός ότι ενώ στους διευθυντές επιτρεπόταν ακόμη και η άσκηση ιδιωτικής ιατρικής στο νοσοκομείο, στους επιμελητές προβλέπονταν απασχόληση στα πλαίσια συμβάσεων που ανανεώνονταν κάθε τρία χρόνια Τέλος, τα κρατικά νοσοκομεία, θα μπορούσαν ανάλογα με τις ανάγκες, να προσλαμβάνουν ιατρούς οι οποίοι θα αμείβονταν κατά περίπτωση ή με ωραία αποζημίωση. [17]

Κατά τα άλλα, όπως προαναφέραμε τα κοινά σημεία με το Σχέδιο Φίλια ήταν αρκετά. [18] Συγκεκριμένα, με το νομοσχέδιο Δοξιάδη, συστήνονταν το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και διαιρούνταν η χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες σε κάθε μία από τις οποίες συστήνονταν τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας. Ακόμη, σε επίπεδο νομών, ιδρύονταν οι Τομείς Υγείας και σε κάθε τομέα του νομού, η Τοπική Επιτροπή Υγείας. Επίσης, προβλεπόταν ο διαχωρισμός των νοσοκομείων σε Περιφερειακά, Νομαρχιακά και Τοπικά και η Δημιουργία

[15] Βλ. Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 20α, σελ. 18-19 και 37-39, Αύγουστος 1979.

[16] Η πρόταση αφορούσε στην εξυπηρέτηση ιδιωτών στο νοσοκομείο πέραν του ωραρίου εργασίας, ή στην παρακολούθηση νοσηλευομένων ιδιωτών σε κλίνες του νοσοκομείου, σε ποσοστό που δεν θα ξεπερνούσε το 10-15% του συνόλου των κλινών. Βλ. Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη Δεκαετία του 1980. Το Παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 274, Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

[17] Οικονόμου Χ. (1996) Βλ. υποσ. 16, σελ. 275.

[18] Για μια ευρεία κριτική και παράθεση των κοινών σημείων στα Σχέδια Φίλια και Δοξιάδη, βλ. Γρίβας Κ. (1984) *«Δημόσια Υγεία ή η Κακοποίηση της Κοινωνικοποίησης»* σελ. 45-47, Εκδ. Στοχαστής, Αθήνα.

Κέντρων Υγείας για την εξυπηρέτηση των κατοίκων των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών. [19]

Την δημοσίευση του νομοσχεδίου, διαδέχθηκαν οι αντιδράσεις του ιατρικού συνδικαλισμού, με επίκεντρο πάντα το αίτημα για πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών ιατρών. [20] Αντιδράσεις που αμφισβητούνται ως προς τα κίνητρα, αφενός γιατί στηρίζονταν σε μια ασαφή άρνηση του σχεδίου Δοξιάδη - τη στιγμή που είχε γίνει αποδεκτό το παρεμφερές σχέδιο Φίλια - και αφετέρου γιατί σε αντιπαραβολή με το νομοσχέδιο, δεν προβλήθηκαν εναλλακτικές προτάσεις ικανές να συσπειρώσουν την πλειοψηφία των ιατρών. [21]

Τελικά, οι αντιδράσεις και οι κινητοποιήσεις των ιατρών, είχαν ως αποτέλεσμα την μη ψήφιση του νομοσχεδίου, οι ομοιότητές του όμως με το αντίστοιχο σχέδιο της επόμενης (σοσιαλιστικής) κυβέρνησης [22] που έμελλε να αλλάξει ριζικά το τοπίο στον υγειονομικό τομέα στην χώρα μας, έχουν καθιερώσει το σχέδιο Δοξιάδη ως προπομπό της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Αυτό πάντως που διαφαίνεται από όλη αυτήν την πορεία και τις εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα, είναι η κυριαρχία του ιατρικού σώματος στην λήψη αποφάσεων, η οποία γίνεται ακόμη πιο έκδηλη κατά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ με τον Ν. 1397/83, στον οποίο πρωτοστατούν όπως θα δούμε παρακάτω οι ρυθμίσεις των εργασιακών σχέσεων των ιατρών. [23]

---

[19] Σύμφωνα με το νομοσχέδιο, τα Περιφερειακά νοσοκομεία θα κάλυπταν μεγάλο αριθμό ειδικοτήτων, τα νομαρχιακά τους γενικούς τομείς της ιατρικής και τα τοπικά θα παρείχαν πρωτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Όσο αφορά στα Κέντρα Υγείας, τα έξοδα λειτουργίας τους θα περιλαμβάνονταν στους προϋπολογισμούς των κρατικών νοσοκομείων της περιφέρειάς τους, με τα οποία θα βρίσκονταν υπό καθεστώς διασύνδεσης. Βλ. Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχη 27 και 28, 1980.

[20] Έπειτα από την γενική συνέλευση στις 30/4/1980, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, τάχθηκε κατά του νομοσχεδίου χαρακτηρίζοντάς το αντιϊατρικό και αντιοικονομικό, ενώ λίγο αργότερα (7-8/6/98) ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος αποφάσισε ανάλογα με την εξέλιξη του διαλόγου με το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, να αντιδράσει με απεργιακές κινητοποιήσεις. Βλ. Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, τεύχος 7, 1980.

[21] Πολλοί υποστηρίζουν πως η εμμονή στο αίτημα της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, αποτελούσε την αντίδραση του ιατρικού σώματος στην απερχόμενη απειλή την οποία ένιωθαν από την προοπτική της ένταξης της χώρας στην ΕΟΚ και τον ανταγωνισμό που ενδεχομένως θα δημιουργούνταν με τον ερχομό ξένων ιατρών στην Ελλάδα. Βλ. Χριστόπουλος Χ. (1980) *«Υγεία και ΕΟΚ»* στο Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, τεύχος 7, 1980.

[22] Η κριτική της αντιπολίτευσης στο νέο νομοσχέδιο, συμπεριλάμβανε στο οπλοστάσιο των επιχειρημάτων της, αυτές ακριβώς τις ομοιότητες με τις προτάσεις Δοξιάδη, υποστηρίζοντας πως οι θεσμικές αλλαγές που προτείνονταν, δεν ήταν κάτι το καινούριο.

[23] Κατά μία άλλη άποψη, ο ιατρικός συνδικαλισμός βρέθηκε εγκλωβισμένος στην κομματική κηδεμονία των ηγετών του – μελών του κυβερνώντος κόμματος, γεγονός που επέτρεψε να γίνει αποδεκτό το νέο σχέδιο αναμόρφωσης του χώρου της υγείας από την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, χωρίς αντιπαραθέσεις και αντιδράσεις, αλλά αντίθετα με μια θριαμβολογική υπεράσπιση των κυβερνητικών επιλογών στο χώρο της υγείας. Όλα αυτά βέβαια, στα πλαίσια του έντονου κρατικού συνδικαλισμού της εποχής, που στον ιατρικό χώρο, μετέτρεψε τα στοιχεία της κριτικής και εναντίωσης σε στοιχεία κατάφασης και υποστήριξης των επιλογών του κυβερνώντος κόμματος, άσχετα αν αυτές εξέφραζαν ή όχι τα συμφέροντα του ιατρικού σώματος. Βλ. Γρίβας Κ. (1984) *«Δημόσια Υγεία ή η Κακοποίηση της Κοινωνικοποίησης»* σελ. 42-43, Εκδ. Στοχαστής, Αθήνα.

3.3. Η υγειονομική μεταρρύθμιση. Αρχές και Θεσμικό πλαίσιο του ΕΣΥ.

Όπως είχε προαναγγελθεί προεκλογικά, [24] μετά από την ανάληψη της εξουσίας από τη νέα κυβέρνηση, ένα από τα πρώτα νομοσχέδια που ήρθαν στη βουλή για ψήφιση, ήταν αυτό που αφορούσε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο σχετικός νόμος (1397/83), είχε σαν αφετηρία μια σειρά από αρχές, που παραπέμπουν στην φιλοσοφία των εθνικών υγειονομικών συστημάτων. Οι αρχές αυτές ήταν [25] :

α)η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, που δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους.

β)οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του θέση.

γ)η προστασία της υγείας, είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και η παροχή των υπηρεσιών πρέπει να γίνεται χωρίς την ύπαρξη οικονομικών φραγμών που μπορεί να στερούν τις υπηρεσίες από κάποια άτομα ή ομάδες.

δ)οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στον σχεδιασμό και προγραμματισμό της υγειονομικής πολιτικής και φυσικά να ελέγχουν την εφαρμογή των καθορισμένων πολιτικών υγείας.

Στα ίδια πλαίσια αρχών, προσδιορίζεται και η ανάγκη για «ριζική βελτίωση της υγείας», η οποία κατατάσσεται στις άμεσες προτεραιότητες του πενταετούς αναπτυξιακού προγράμματος (1983-1987), όπου οριοθετείται σαν κεντρικός στόχος «η δημιουργία ενός συστήματος παροχής υγείας υψηλού επιπέδου και κοινωνικά δίκαιου, η κοινωνικοποίηση της υγείας, η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας που θα εξασφαλίζει το δικαίωμα του πολίτη για ποιοτικά ανώτερη περίθαλψη, την άρση των ανισοτήτων και αδικιών που υπάρχουν σήμερα και την πραγματοποίηση των αρχών της αποκέντρωσης και της συνέχειας στην περίθαλψη». [26]

Βασικός λοιπόν κατευθυντήριος άξονας της νέας πολιτικής, ήταν το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον, [27] ενώ ως ειδικότερες παράμετροι που

---

[24] Το άρθρο 164 του προεκλογικού «Συμβολαίου με το Λαό» αναφέρει σαν βασικό στόχο της μελλοντικής κυβερνητικής πολιτικής του ΠΑΣΟΚ στον τομέα της υγείας, «την κοινωνικοποίηση του συστήματος υγείας και την απεξάρτησή της από τους νόμους του κέρδους».

[25] Βλ. Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983, σελ. 1. Ακόμη, στην αναγκαιότητα της θεμελίωσης του νέου συστήματος στις παραπάνω αρχές, αναφέρεται και η ομιλία του Γρ. Σολωμού κατά την διάρκεια της συζήτησης του νομοσχεδίου στην Βουλή. Βλ. Πρακτικά Συνεδριάσεων της Βουλής, σελ. 1338-1341, Περίοδος Γ΄, Σύνοδος Β΄, Συνεδρίαση ΛΖ΄, Τρίτη 23/8/1983.

[26] Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας – ΚΕΠΕ (1985) *«Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987. Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση»* σελ. 187, Αθήνα.

[27] Μάρδας Γ. (1993) *«Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης»* σελ. 102, Εκδ. Το Οικονομικό, Αθήνα. Αναλυτικότερη παρουσίαση των βασικών επιδιώξεων της υγειονομικής πολιτικής, γίνεται στα προκαταρκτικά του πενταετούς αναπτυξιακού προγράμματος 1983-1987, όπου αναφέρεται ότι «η δημιουργία ενός συστήματος υγείας υψηλού επιπέδου και κοινωνικά δίκαιου, που θα εξασφαλίζει το δικαίωμα για ίση και υψηλής στάθμης περίθαλψη σε

θα επέτρεπαν την δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, που θα ικανοποιούσε τις αρχές τις οποίες προαναφέραμε, καθορίζονταν [28] :

α)η εφαρμογή διαδικασιών αποκέντρωσης και κοινωνικού ελέγχου, για την οργανωτική, διοικητική και λειτουργική αποκέντρωση στον χώρο της υγείας.

β)η εφαρμογή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης και λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών, μέσα από διαδικασίες ενιαίου προγραμματισμού και ισότιμης κατανομής των πόρων.

γ)η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των Κέντρων Υγείας, τα οποία αναλαμβάνουν και τις υπηρεσίες πρόληψης και υγειονομικής ενημέρωσης του πληθυσμού.

δ)η εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Με αφετηρία λοιπόν το κοινωνικό συμφέρον και με στόχους την αντιμετώπιση της εμπορευματοποίησης της υγείας, την παροχή δωρεάν υπηρεσιών, την βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την ισότητα στην περίθαλψη, την βελτίωση της εκπαίδευσης και την θεσμοθέτηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 1397/83, το νέο πλαίσιο οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας.

Η νέα πολιτική στον χώρο της υγείας, είχε ξεκινήσει από το 1982, όπου με τον Ν. 1278/1982, είχε συσταθεί το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), [29] το οποίο αποτελούσε το επιτελικό όργανο της κρατικής εξουσίας και είχε την ουσιαστική ευθύνη της διαμόρφωσης της εθνικής στρατηγικής στον τομέα της υγείας. Η σύνθεση του ΚΕΣΥ, περιλάμβανε εκπροσώπους των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (ιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτές κλπ), των χρηστών, καθώς και του Υπουργείου Υγείας. Οι αρμοδιότητές του, σχετίζονταν με την παροχή γνωμοδοτήσεων για θέματα που αφορούσαν στον προγραμματισμό των υλικών και ανθρώπινων πόρων, στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, στην αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και γενικότερα σε όλες τις παραμέτρους της πολιτικής υγείας, για την οποία το ΚΕΣΥ ασκούσε έναν γνωμοδοτικό, εποπτικό και ελεγκτικό ρόλο. [30]

όλους τους πολίτες, την καταπολέμηση των βασικών ασθενειών της εποχής μας και την αποτελεσματική και ορθολογική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί την συνισταμένη της αναπτυξιακής πολιτικής για την υγεία. Βλ. Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας – ΚΕΠΕ (1985) *«Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987. Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση»* σελ. 378, Αθήνα.

[28] Βλ. Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983, σελ. 5.

[29] Στα πρώτα επίσης σημαντικά βήματα για την οργάνωση του υγειονομικού τομέα, εντάσσεται και η ίδρυση με τον Ν. 1316/1983 τριών οργανισμών, του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης, που οριοθετούσε την δραστική παρέμβαση και συμμετοχή του κράτους στην οργάνωση της παραγωγής, διανομής και εμπορίας των φαρμάκων.

[30] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 179, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Σε πρώτη φάση λοιπόν στα πλαίσια του ΕΣΥ, επιχειρήθηκε η εισαγωγή του προγραμματισμού στις υπηρεσίες υγείας, [31] με την διαίρεση της χώρας σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες - οι οποίες συγκροτήθηκαν με το Π.Δ. 31/86 (πίνακας 2.3.1.) - και την σύσταση στην έδρα της κάθε περιφέρειας των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ), τα οποία θα είχαν επίσης συμβουλευτικό ρόλο, αντίστοιχη σύνθεση με το ΚΕΣΥ [32] και θα ευθύνονταν για τον σχεδιασμό και την λειτουργία του συστήματος υγείας γενικότερα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΙ (ΠΔ. 31/86)

ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΝΟΜΟΙ
1η Υγειονομική Περιφέρεια	Αττικής - Βοιωτίας - Ευβοίας - Φθιώτιδας - Φωκίδας
2η Υγειονομική Περιφέρεια	Κορινθίας - Αχαΐας - Αργολίδας - Αρκαδίας - Μεσσηνίας - Ηλείας-Λακωνίας-Αιτωλοακαρνανίας-Κεφαλληνίας-Ζακύνθου
3η Υγειονομική Περιφέρεια	Άρτας- Ιωαννίνων - Θεσπρωτίας - Πρεβέζης - Λευκάδας - Κερκύρας
4η Υγειονομική Περιφέρεια	Μαγνησίας - Λάρισας - Καρδίτσας - Τρικάλων
5η Υγειονομική Περιφέρεια	Θεσσαλονίκης - Πιερίας - Κοζάνης - Καστοριάς - Πέλλας - Ημαθίας - Φλώρινας - Κιλκίς - Χαλκιδικής
6η Υγειονομική Περιφέρεια	Δράμας - Σερρών -Καβάλας
7η Υγειονομική Περιφέρεια	Ροδόπης - Ξάνθης - Έβρου
8η Υγειονομική Περιφέρεια	Λέσβου - Χίου - Σάμου - Κυκλάδων -Δωδεκανήσων
9η Υγειονομική Περιφέρεια	Χανίων - Ρεθύμνου - Ηρακλείου - Λασηθίου

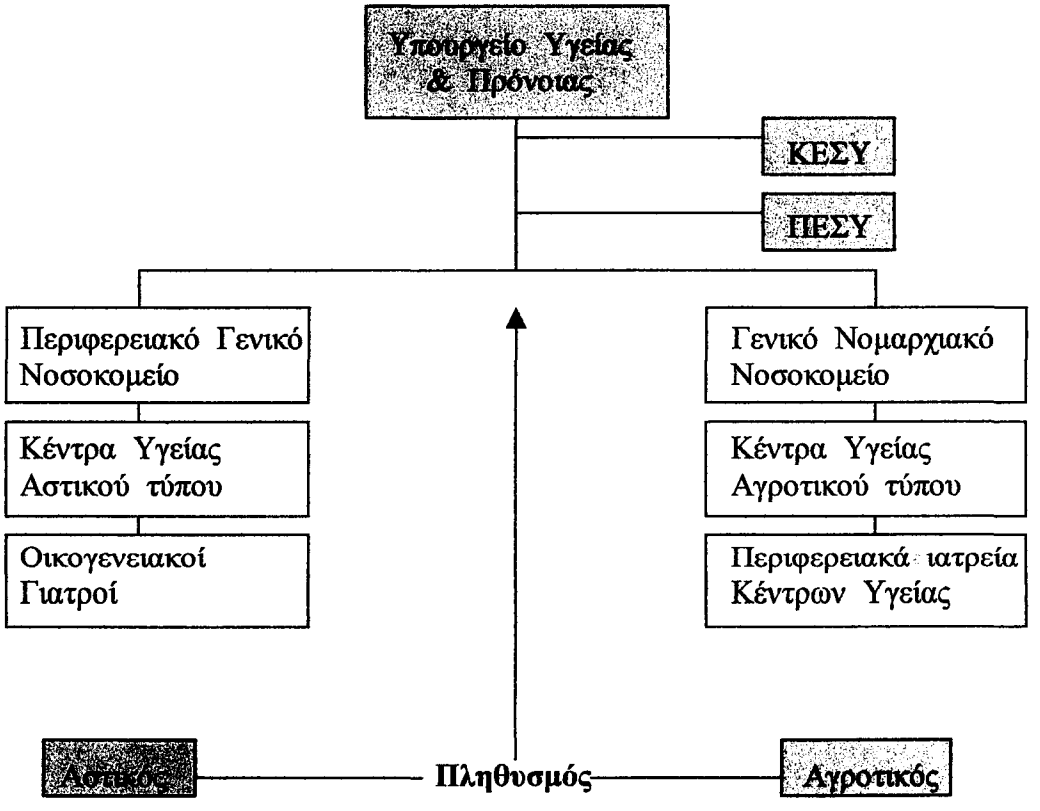
[31] Στα ίδια πλαίσια εντασσόταν και η σύσταση του ΚΕΣΥ ένα χρόνο νωρίτερα, του οποίου όμως ο ρόλος έχει αποδυναμώθηκε σταδιακά, ως αποτέλεσμα των γενικότερων ασαφειών που χαρακτήριζαν από την αρχή της εφαρμογής του συστήματος, τις σχέσεις μεταξύ των οργάνων του κεντρικού σχεδιασμού. Βλ. Κυριόπουλος Γ. (1990) *«Ο Υγειονομικός Τομέας στην Ελλάδα : από την υπανάπτυξη στην κρίση»* σελ. 113 , στο Προβόπουλος Γ. , Υφαντόπουλος Ι. , Στεφάνου-Νικολακοπούλου Η., επιμ. (1990) *«Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός»* European Institute of Social Security, Ελληνικό τμήμα, Αθήνα.

[32] Η ίδρυση των ΠΕΣΥ, προσανατολιζόταν στην επίτευξη της αποκέντρωσης των υπηρεσιών και στην συμμετοχή της κοινότητας στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση των υγειονομικών προγραμμάτων, η οποία προτείνονταν και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η σύνθεση όμως των ΠΕΣΥ, με την συμμετοχή της κοινότητας να ενσαρκώνεται μέσω των αντιπροσώπων της τοπικής αυτοδιοίκησης, καθιστούσε λιγότερο άμεση την έκφραση και διατύπωση των πραγματικών αναγκών σε τοπικό επίπεδο, γεγονός που αποτελούσε σημαντικό μειονέκτημα ως προς την ικανοποίηση της θεμελιακής αρχής του ΕΣΥ σχετικά με την συμμετοχή του κοινού στον σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας.

Η προσπάθεια για την εισαγωγή του προγραμματισμού στις υπηρεσίες υγείας, ήταν στην χώρα μας ταυτόσημη μεταξύ άλλων και με την λήψη μέτρων για την περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, κάτι άλλωστε που διακρίνει τα περισσότερα εθνικά υγειονομικά συστήματα. Εκτός λοιπόν από την παρέμβαση στην εξωτερική διάρθρωση των υπηρεσιών με την διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες (πίνακας 2.3.1.), μια σειρά από ρυθμίσεις, στοιχειοθετούσαν την αντίστοιχη παρέμβαση στην εσωτερική δομή του συστήματος, με την οργάνωση των επιπέδων περίθαλψης και του τρόπου με τον οποίο κινείται ο ασθενής στο σύστημα. [33]

Πιο συγκεκριμένα, διαχωρίζεται η περίθαλψη - η οποία «παρέχεται με δαπάνες του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων» - και τα επίπεδα λειτουργίας του συστήματος σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο [34] και επιδιώκεται η ανάπτυξη της υγειονομικής αυτοδυναμίας σε κάθε επίπεδο αναγκών, μέσα από ένα ιεραρχημένο σε περιφερειακή βάση πλαίσιο υπηρεσιών, με τον ασθενή να κινείται από το κατώτερο επίπεδο στο ανώτερο (σχήμα 2.3.1.). [35]

Σχήμα 2.3.1. Η κίνηση του ασθενή στο σύστημα υγείας (ΕΣΥ)



Για την πρωτοβάθμια φροντίδα - η οποία αποτελούσε ίσως τον κυριότερο άξονα του Ν. 1397/83 [36] - καθιερώνεται μια νέα οργανωτική διάρθρωση, στην

[33] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 183-184, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[34] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 5, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[35] Νιάκας Δ. (1993), βλ. υποσ. 33, σελ. 187.

βάση της θεσμοθέτησης των κέντρων υγείας - αστικού και μη αστικού τύπου - που αποτέλεσαν και μια από τις βασικότερες καινοτομίες του νόμου, ενώ αντίστοιχη αναφορά συναντάμε και στο σχέδιο Δοξιάδη, το οποίο όπως προαναφέραμε δεν ψηφίστηκε.[37] Τα κέντρα υγείας,[38] συνιστούν «αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού» με την ευθύνη της οικονομικής και διοικητικής τους λειτουργίας να βαρύνει τα νοσοκομεία, ενώ αντίστοιχη διασύνδεση αναπτύσσονταν και σε λειτουργικό - επιστημονικό επίπεδο.[39]

Υπηρεσίες επίσης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρέχονταν και από τα περιφερειακά ιατρεία, τα οποία συνιστούσαν «αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας» και διακρίνονταν σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας - σε περιοχές με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση - και σε ιατρεία που θα λειτουργούσαν συγκεκριμένες ημέρες και ώρες. Όσο αφορά στην χρηματοδότηση, οι λειτουργικές δαπάνες τόσο των κέντρων υγείας όσο και των περιφερειακών τους ιατρείων, θα βάρυναν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου στο οποίο εντάσσονταν.[40]

Σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας, για τα αγροτικά (μη αστικού τύπου) κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία,[41] προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών από γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις προβλέπονται και κατ΄ οίκον επισκέψεις. Ακόμη, στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών, προβλέπεται η λειτουργία μονάδας νοσηλείας για παραμονή ασθενών που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση. Το τακτό ωράριο

---

[36] Η έμφαση που δίνονταν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τονίστηκε ιδιαίτερα και στην Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/83 (σελ. 5), ενώ σε σχέση με την προοπτική της σταδιακής υποκατάστασης της μέχρι τότε υπερβάλλουσας χρήσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών από εξωνοσοκομειακές φροντίδες στα κέντρα υγείας (σελ. 7), αναφερόταν ότι αυτή απέβλεπε τόσο σε οικονομικά όσο και σε κοινωνικά οφέλη.

[37] Για μια σύγκριση του σχεδίου Δοξιάδη με τον Ν. 1397/1983 ως προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη, βλ. Καφαντάρης Σ. (1991) *«Τα οικονομοτεχνικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Ιδεολογία και ανάλυση»* σελ. 170-174, στο Συμπόσιο Π.Φ.Υ., 25-27/10/1991.

[38] Σημειώνουμε, πως η θεσμοθέτηση των κέντρων υγείας, συνιστά μεταφορά σε αυτό το επίπεδο της περίθαλψης, της σκανδιναβικής εκδοχής του ΕΣΥ. Για αναλυτική παρουσίαση των συστημάτων υγείας στις σκανδιναβικές χώρες, βλ. WHO (1994) *«Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Eighth report on the world health situation»* p. 139-147 (Finland), 226-232 (Norway), 253-259 (Sweden), vol. 5, European Region, Copenhagen. Ακόμη για το Σουηδικό σύστημα, βλ. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 366-379, Αθήνα και ειδικότερα για τον Οικογενειακό Γιατρό στο σουηδικό σύστημα υγείας, βλ. Ματσαγγάνης Μ. (1995) *«Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της : Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;»* σελ. 149-172, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[39] Για την διασύνδεση των κέντρων υγείας με τα νοσοκομεία στα οποία υπάγονται, βλ. Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας : Άρθρο 19, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[40] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας : Άρθρο 14, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[41] Για μια αναλυτική παρουσίαση της ανοικτής περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού στα πλαίσια του ΕΣΥ, βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 319-331, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

λειτουργίας των κέντρων υγείας καθορίζεται σε 8ωρο για 5 ημέρες την εβδομάδα, με εφημερία όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά ιατρεία, λειτουργούν επίσης σε τακτό 8ωρο καθημερινό ωράριο, ενώ ορισμένα από αυτά (τα 24ωρης ετοιμότητας), εφημερεύουν επιπλέον όλες τις ημέρες και ώρες, εξυπηρετώντας παράλληλα και τον πληθυσμό της γύρω περιοχής. [42]

Για τα κέντρα υγείας των αστικών περιοχών (αστικού τύπου), προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών από ιατρούς ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων - όπως και στα μη αστικού τύπου - και από οικογενειακούς ιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής. [43] Οι τελευταίοι, μπορούν να δέχονται τους ασθενείς στα κέντρα υγείας ή στα περιφερειακά τους ιατρεία, καθώς και να τους επισκέπτονται κατ΄ οίκον όταν κρίνεται αναγκαίο. Η επιλογή των οικογενειακών ιατρών γίνεται μία φορά το χρόνο και ελεύθερα από τους ίδιους τους πολίτες, οι οποίοι καλούνται να επιλέξουν μεταξύ των γιατρών των κέντρων υγείας της πόλης τους. [44]

Από την άλλη, ο κάθε οικογενειακός γιατρός αναλαμβάνει την ιατρική φροντίδα 1.800 έως 2.500 ατόμων, τα οποία μπορεί να παραπέμπει στους ειδικούς ιατρούς και στα εργαστήρια των κέντρων υγείας, καθώς και στα εξωτερικά ιατρεία του συνδεδεμένου νοσοκομείου ή ακόμη και να εισηγείται την νοσηλεία σε αυτό, όταν κρίνει απαραίτητο. Όσο αφορά στο ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικού τύπου, προβλέπεται ο ορισμός του είτε ενιαία είτε κατά περιοχή, έπειτα από απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του αρμόδιου για την περιφέρεια ΠΕΣΥ. Ακόμη, προβλέπεται για τις ώρες και ημέρες που δεν λειτουργεί το κέντρο υγείας η εφημερία οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι ορίζονται από τον γιατρό (με βαθμό Διευθυντή) του κέντρου υγείας, που είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του και εκλέγεται από τους άλλους συναδέλφους του στο κέντρο υγείας. [45]

Για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, προβλεπόταν επίσης η σταδιακή κατάργηση των μονάδων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και των αντίστοιχων θέσεων εργασίας και η επανακατάταξη του προσωπικού που υπηρετούσε σε αυτές, σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. [46] Στο ίδιο άρθρο τέλος, προβλέπεται η απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από τα Ασφαλιστικά ταμεία, των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα Κέντρα Υγείας.

---

[42] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 18, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[43] Για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών, προβλέπεται η υπηρεσία στα κέντρα υγείας αστικού τύπου, οικογενειακών παιδιάτρων που αναλαμβάνουν την φροντίδα 1.200 έως 2.000 παιδιών. Βλ. Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 17, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[44] Σημειώνεται, πως σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1397/83, οι πολίτες έχουν επίσης, το δικαίωμα να ζητήσουν από το διοικητικό συμβούλιο του συνδεδεμένου με το κέντρο υγείας νοσοκομείου την αλλαγή του οικογενειακού τους ιατρού πριν το τέλος του έτους, αφού πρώτα αιτιολογήσουν το αίτημά τους.

[45] Το ίδιο καθεστώς ως προς τον υπεύθυνο συντονισμού της επιστημονικής λειτουργίας, προβλεπόταν και για τα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών. Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 18, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[46] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 16, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

Αξίζει να αναφέρουμε, πως η θεσμοθέτηση των κέντρων υγείας, θεμελίωνε μια νέα αντιμετώπιση και ερμηνεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δίνοντάς της έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα σύμφωνο με την διακήρυξη της Alma-Ata (ΕΣΣΔ, Σεπτέμβριος 1978). [47] Η προσέγγιση της εν λόγω διακήρυξης για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εστιάστηκε στην υπέρβαση του κλασικού ρόλου της ως προς την παροχή εξωνοσοκομειακής ιατρικής περίθαλψης και στην επέκτασή της σε πεδία και κατευθύνσεις σχετικά με [48]:

1. την διαφώτιση του πληθυσμού σε ζητήματα υγείας.
2. την εξασφάλιση καλής και σωστής διατροφής.
3. την εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης, καθώς και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής.
4. την υγειονομική περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού.
5. τον εμβολιασμό για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα.
6. την πρόληψη και καταπολέμηση των επιδημικών νόσων που αναπτύσσονται σε τοπικό επίπεδο.
7. την κατάλληλη θεραπεία κοινών νόσων και τραυματισμών και την παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.

Έτσι, ο σκοπός των κέντρων υγείας όπως ορίζεται από το άρθρο 15 του Ν. 1397/83, είναι :

- η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που αναρρώνουν.
- η παροχή πρώτων βοηθειών.
- η διακομιδή των αρρώστων στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
- η οδοντιατρική περίθαλψη.
- η προληπτική ιατρική και η διαφώτιση του πληθυσμού.
- η ιατρική έρευνα.
- η ιατρική της εργασίας.
- η σχολική υγιεινή.
- η οικογενειακός προγραμματισμός.
- η εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών.
- η κοινωνική φροντίδα.
- η παροχή φαρμάκων.

---

[47] Σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma-Ata, η οποία συνέχισε και αργότερα να επιβεβαιώνει τον πάντα επίκαιρο χαρακτήρα της (Διασκέψεις της Π.Ο.Υ. σε Ottawa και Riga), οι αρχές που πρέπει να διέπουν την γενικότερη πολιτική υγείας κάθε χώρας αφορούν : α)στην σφαιρική θεώρηση της υγείας, ως φαινομένου που καθορίζεται από οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, β)στον καθορισμό νέων προτεραιοτήτων στην υγειονομική πολιτική με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, γ)στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και στην στροφή προς τις μεθόδους εκείνες που μπορούν να εφαρμοστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, δ)στην συμμετοχή των υγειονομικών στελεχών και της κοινότητας στο σχεδιασμό των υγειονομικών προγραμμάτων και ε)στον συνεχή προγραμματισμό και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βλ. WHO (1978) *«Alma - Ata 1978 : Primary Health Care»* στο Health for All Series, No 1, Geneva.

[48] Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν. (1995) *«Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας»* σελ. 13-14, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Επίσης ορίζεται πως έπειτα από γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να αναθέτει στα κέντρα υγείας και άλλες αρμοδιότητες. [49] Συνοψίζοντας, μπορούμε να εστιάσουμε την λειτουργική αποστολή των κέντρων υγείας στην παροχή [50] :

α)ιατρικής περίθαλψης (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση).

β)προληπτικών υπηρεσιών (εμβολιασμοί, υγιεινή περιβάλλοντος και εργασίας, οικογενειακός προγραμματισμός) και

γ)κοινωνικής φροντίδας, για ευπαθείς κυρίως ομάδες του πληθυσμού (π.χ. υπερήλικες).

Η προσπάθεια λοιπόν που έγινε με τον Ν.1397/1983, για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στηρίχτηκε στην δημιουργία των κέντρων υγείας, τα οποία θα αποκτούσαν σταδιακά έναν πολυδύναμο χαρακτήρα - με την έννοια της ενοποίησης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας - καθώς και μια λειτουργική αυτονομία, καλύπτοντας πλήρως τις ανάγκες για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στην περιοχή τους. [51]

Η ελλιπής όμως εκτέλεση των προβλεπόμενων προγραμμάτων και ειδικότερα η μη υλοποίηση της λειτουργίας των κέντρων υγείας στις αστικές περιοχές και της έκδοσης των Προεδρικών Διαταγμάτων για την κατάργηση των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης σύμφωνα με το άρθρο 16, οδήγησαν στο να διατηρηθούν τα χαρακτηριστικά της πολυδιάσπασης του συστήματος, της διαφοροποίησης στον τρόπο και τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών και της διατήρηση των ανισοτήτων στο εύρος και την ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. [52]

Για τη δευτεροβάθμια (και τριτοβάθμια) περίθαλψη, προβλέπεται η διάκριση των νοσοκομείων σε γενικά και ειδικά. Τα γενικά νοσοκομεία, διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες και χωρίζονται με τη σειρά τους σε νομαρχιακά και περιφερειακά. Τα νομαρχιακά νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν σε κάθε νομό, αποσκοπούν κυρίως στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού στο επίπεδο του νομού τους, ενώ τα περιφερειακά

---

[49] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 15, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα. Ακόμη, με την ίδια διαδικασία, προβλέπεται και η έκδοση ενός ενιαίου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας (διαδικασία παροχής των υπηρεσιών, δικαιώματα και υποχρεώσεις του προσωπικού κλπ) των κέντρων υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων. Βλ. άρθρο 14.

[50] Βλ. Ζηλίδης Χ. (1989) *«Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού»* σελ. 320, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα και ΚΕΣΥ, 21η Ολομέλεια 20-21/3/85, απόφαση αρ. 7 (για αναλυτική παρουσίαση του σκοπού και της οργάνωσης των κέντρων υγείας).

[51] Για μια αξιολόγηση της λειτουργίας των κέντρων υγείας στην Ελλάδα, βλ. Οικονόμου Χ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Η Εφαρμογή του Θεσμού των Κέντρων Υγείας»* σελ. 83-93, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3 , τεύχ. 2 , Απρίλιος – Ιούνιος 1994, Αθήνα.

[52] Θεοδώρου Μ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»* σελ. 95, στο Θεοδώρου Μ., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Ρούπας Θ., Σισσούρας Α., Υφαντόπουλος Γ. (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

λειτουργούν στην έδρα της κάθε υγειονομικής περιφέρειας, επιδιώκοντας την κάλυψη των αναγκών του συνόλου του πληθυσμού της. Επιπρόσθετα, τα περιφερειακά νοσοκομεία, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας (τριτοβάθμια περίθαλψη), ενώ αντίστοιχες δραστηριότητες αναπτύσσονται και στα νομαρχιακά νοσοκομεία, στα μέτρα βέβαια των δυνατοτήτων τους. [53]

Τέλος, για τα ειδικά νοσοκομεία στα οποία περιλαμβάνονται όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μία ειδικότητα, ορίζεται σύμφωνα με το ίδιο άρθρο του Ν.1397/1983, η υπαγωγή τους στην εποπτεία του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., ενώ προβλέπεται έπειτα από γνωμοδότηση του Κ.Ε.Σ.Υ. και σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η κάλυψη των αναγκών περισσότερων υγειονομικών περιφερειών. [54]

Πέρα από την οργάνωση των επιπέδων περίθαλψης, μια άλλη ρύθμιση του ΕΣΥ που θεωρήθηκε θεμελιακή, αφορούσε στον έλεγχο της παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών και στον περιορισμό της δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα υγείας. [55] Έτσι, τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου που επιχορηγούνταν από το δημόσιο προϋπολογισμό μετατράπηκαν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, [56] ενώ απαγορεύτηκε η ίδρυση, επέκταση καθώς και η μεταβίβαση των μετοχών των ιδιωτικών κλινικών. [57] Το τελευταίο αυτό μέτρο, συνάντησε πολλές αντιδράσεις, τόσο από την αντιπολίτευση όσο και από το ιατρικό σώμα, πολλά μέλη του οποίου ασκούσαν μέχρι τότε - είτε μεμονωμένα είτε σε ομάδες - την ιατρική, σε ιδιωτικές κλινικές μιας ή περισσότερων ειδικοτήτων.

Η αντιμετώπιση αυτή του ιδιωτικού τομέα υγείας, η οποία εστιάστηκε μονόπλευρα στον περιορισμό του αριθμού των φορέων και των κλινών (πίνακας 2.3.2.), παράλληλα με την πολιτική ελέγχου των τιμών που υιοθετήθηκε μέσα από την κρατική παρέμβαση, οδήγησαν στην υποχώρηση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα και ειδικότερα [58] :

---

[53] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 8, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[54] Οι διατάξεις αυτές για την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, αποσκοπούσαν στην επίτευξη της αποκέντρωσης και της δυνατότητας κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού κάθε περιφέρειας μέσα στα όριά της, στόχοι βέβαια που δεν επιτεύχθηκαν, κυρίως λόγω της άνισης κατανομής των πόρων υγείας και γενικότερα της άνισης περιφερειακής ανάπτυξης, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις και τις αδυναμίες (ελλιπής εξοπλισμός, έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού κλπ) που χαρακτηρίζουν το σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας.

[55] Οι εμπνευστές της μεταρρύθμισης, θεωρούσαν την έντονη εμπορευματοποίηση της υγείας, καθώς και την χρησιμοποίηση της κοινωνικής ασφάλισης από τον ιδιωτικό τομέα μέσω των συμβάσεων των ασφαλιστικών ταμείων με τις ιδιωτικές κλινικές, σαν τους βασικούς παράγοντες στασιμότητας του υγειονομικού συστήματος και ανισοκατανομής των υπηρεσιών. Βλ. Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη Δεκαετία του 1980. Το Παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 278, Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

[56] Η ίδια διάταξη προέβλεπε και την μετατροπή των νοσοκομείων που ήταν στην ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και των θεραπευτηρίων κοινωφελούς χαρακτήρα, για τα οποία προβλεπόταν ένα μεταβατικό στάδιο εποπτείας για την άρση των νομικών προβλημάτων που καθυστερούσαν την μετατροπή.

[57] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 6, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[58] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 55, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

α)στην χρεοκοπία και κατά συνέπεια στην διακοπή της λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών μικρής δυναμικότητας.

β)στην υποβάθμιση της παρεχόμενης ποιότητας περίθαλψης σε πολλές ιδιωτικές κλινικές οι οποίες παρέμειναν σε λειτουργία και χρησιμοποιούνταν κυρίως για μακρά νοσηλεία.

Επισημαίνεται πως από την άλλη μεριά, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια που παρείχαν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας παρουσίασαν μια σημαντική ανάπτυξη, λόγω της πολυτελούς ξενοδοχειακής τους υποδομής και της επιθυμίας των καταναλωτών που είχαν την δυνατότητα να πληρώσουν, να αποφύγουν την γραφειοκρατική δυσκαμψία του δημόσιου συστήματος. [59] Σημειώνεται, πως στις περιπτώσεις αυτές, το κόστος επιβαρύνει κυρίως τους ασθενείς, μια και ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει τις περισσότερες φορές ένα μόνο μέρος του συνολικού κόστους, που αφορά κυρίως στα νοσήλεια και στα φάρμακα και λιγότερο στις ιατρικές πράξεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΣΥ (1980-1987)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ			ΚΛΙΝΕΣ		
	1980	1987	% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	1980	1987	% ΜΕΤΑΒΟΛΗ
Δημόσια	112	136	21,43	25.905	35.290	36,23
Ιδιωτικά	468	267	-42,95	25.075	15.900	-36,59
ΝΠΙΔ (Φιλανθρωπικά)	28	5	-82,14	8.347	243	-97,09
ΣΥΝΟΛΟ	**608**	**408**	**-32,89**	**59.327**	**51.433**	**-13,31**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ, "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1980, 1987", β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Μια άλλη επίσης διάταξη του Ν. 1397/83, η οποία προσανατολιζόταν στον περιορισμό της ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας, αφορούσε στην πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών ιατρών, οι οποίοι καλούνταν να κλείσουν τα ιδιωτικά ιατρεία που τηρούσαν και να προσφέρουν τις

[59] Παρόμοια αλματώδη ανάπτυξη παρουσίασαν και τα ιδιωτικά μαιευτήρια, για λόγους όμως που κυρίως συνδέονται με την τάση και προτίμηση των γυναικών να προσφεύγουν σε ιδιώτες ιατρούς. Βλ. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 55, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. Επίσης, επειδή παρόλο που απαγορεύτηκε η ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων, δεν υπήρχε αντίστοιχος περιορισμός που να αφορά στην παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών, παρατηρείται κατά την δεκαετία του '80 το φαινόμενο της δημιουργίας ενός μεγάλου αριθμού διαγνωστικών κέντρων, τα οποία άλλαξαν σημαντικά το προφίλ του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Βλ. Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) *«Οργάνωση και Χρηματοδότηση»* σελ. 60, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των διαγνωστικών κέντρων την περίοδο 1986-1991, ήταν 25,8%. Βλ. Μπέσης Ν. (1993) *«Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 95, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

υπηρεσίες τους στο ΕΣΥ σε οκτάωρη βάση. [60] Το θέμα αυτό, δέσποσε στον ιατρικό κόσμο και ώθησε έναν μεγάλο αριθμό ιατρών να εγκαταλείψει το σύστημα, παρά τις μισθολογικές αυξήσεις που προβλέπονταν για την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο ΕΣΥ. [61] Στα πλαίσια μάλιστα της κριτικής και του προβληματισμού, έχει αποδοθεί πολλές φορές σε αυτή τη ρύθμιση, η ευθύνη για την μη αποδοτική εργασία των γιατρών στο ΕΣΥ, λόγω της έλλειψης κινήτρων. [62]

Δυστυχώς, οι συζητήσεις γύρω από την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών στο ΕΣΥ, επισκίασαν μερικά από τα πραγματικά προβλήματα της χώρας μας την περίοδο εκείνη, όπως η διαρκής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, η ανάγκη προσαρμογής του συστήματος στις δημογραφικές εξελίξεις και στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, η άθλια περίθαλψη που παρεχόταν σε ψυχικά ασθενείς, η αναγκαιότητα για βελτίωση της ιατρικής εκπαίδευσης κλπ. [63] Βέβαια και η φύση του νομοσχεδίου με 18 από τα 47 άρθρα να ρυθμίζουν τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών, ενισχύει την άποψη σχετικά με την κεντρική θέση του ιατρικού σώματος στην οργάνωση του συστήματος υγείας [64] και την αναμενόμενη μετέπειτα επικέντρωση των συζητήσεων και του προβληματισμού, στις προαναφερόμενες διατάξεις.

Γενικά θα μπορούσε να υποστηριχτεί πως η υγειονομική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, διατηρεί μια ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας, επειδή συνιστά την μοναδική ίσως θεμελιωμένη και σαφή πρόταση πολιτικής υγείας. Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, άνοιξε τον δρόμο για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, αποτέλεσε την αφετηρία για την ανάπτυξη του δημόσιου ενδιαφέροντος για την υγεία και έθεσε στην ελληνική πραγματικότητα, τα ευρέως διαδεδομένα σε άλλα υγειονομικά συστήματα προβλήματα, σχετικά με την οργάνωση και τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας.

Όμως, το σύστημα δεν κατάφερε να εκπληρώσει μεγάλο μέρος από τους στόχους του, λόγω της μη εφαρμογής σημαντικών προβλεπόμενων ρυθμίσεων και εξ' αιτίας των σημαντικών λειτουργικών δυσχερειών που εμφανίστηκαν στην εξέλιξή του. Συγκεκριμένα, μια σειρά από παράγοντες όπως : α)η έλλειψη

---

[60] Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας : Άρθρο 24, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[61] Για το μισθολόγιο των γιατρών του ΕΣΥ, βλ. Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας : Άρθρο 30, ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

[62] Πολύζος Ν. (1994) *«Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Περίθαλψη»* σελ. 142, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

[63] Βενιέρης Δ. (1997) *«Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης»* σελ. 166, στο Κυριόπουλος Γ. , Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»* Θεμέλιο, Αθήνα.

[64] Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο, ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας των ρυθμίσεων του Ν. 1397/83, ερμηνεύεται από το γεγονός ότι το ευνοϊκό πολιτικό και χρονικό περιβάλλον κατά το οποίο διατυπώθηκε το Ε.Σ.Υ, διαμορφώθηκε υπό την έμπνευση και επιρροή του ιατρικού σώματος, που διέθετε ένα σημαντικό κοινωνικοπολιτικό βάρος. Βλ. Κυριόπουλος Γ. (1990) *«Ο Υγειονομικός Τομέας στην Ελλάδα : από την υπανάπτυξη στην κρίση»* σελ. 104 , στο Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι. , Στεφάνου-Νικολακοπούλου Η., επιμ. (1990) *«Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση – Διοίκηση - Προγραμματισμός»* European Institute of Social Security, Ελληνικό τμήμα, Αθήνα.

παράδοσης στην πολιτική υγείας στη χώρα μας και η μη αφομοίωση της εμπειρίας άλλων χωρών, β)η διατήρηση των κατακερματισμένων ασφαλιστικών υπηρεσιών και η ματαίωση της προβλεπόμενης ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, γ)οι υπερβολικές φιλοδοξίες των εμπνευστών του συστήματος σε σχέση με την επικρατούσα συγκυρία και δ)η έλλειψη συντονισμού και σχεδιασμού αποτελεσματικής διαχείρισης και κατανομής των υφιστάμενων πόρων και η γενική παραμέληση της οργάνωσης του συστήματος χρηματοδότησης, ευθύνονται για την μερική εφαρμογή της μεταρρύθμισης.[65]

Όσο αφορά στις λειτουργικές δυσχέρειες και στις αντιοικονομίες του συστήματος, αυτές εστιάζονται :[66]

- Στην υποτίμηση της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων που εκφράστηκε με την καθυστέρηση της πολιτικής υγείας σχετικά με : α)τον έλεγχο της ιατρικής δημογραφίας, β)την αναστροφή της σχέσης γενικών / ειδικών γιατρών, γ)τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη των απαιτούμενων ειδικοτήτων, δ)την βελτίωση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, και ε)την ισότητα στην κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού.

- Στην παραμέληση της αξιολόγησης του παραγόμενου έργου, η οποία είναι απαραίτητη για τον στρατηγικό σχεδιασμό και την πολιτική του συστήματος, στα πλαίσια του στόχου της αύξησης της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας.

- Στην συστημική ανεπάρκεια του ΕΣΥ, στην διατήρηση της νοσοκομειοκεντρικής αντίληψής του και στην απουσία ενότητας των επιπέδων οργάνωσης (δυσκαμψία ως προς την διαδικασία λήψης αποφάσεων, ασάφειες στις σχέσεις κεντρικής διοίκησης – οργάνων κεντρικού σχεδιασμού – περιφερειακών διοικήσεων – μονάδων υγείας, παρουσία προβλημάτων σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης κλπ).

- Στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας με τις γνωστές συνέπειες (αύξηση του κόστους για την ικανοποίησή της, αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, έξαρση της παραοικονομίας, στενότητα και σπατάλη πόρων κλπ) και στην διατήρηση των ανισοτήτων.

- Στην μονοδιάστατη αντιμετώπιση του ιδιωτικού τομέα υγείας, η οποία προσανατολιζόμενη αποκλειστικά στην μείωσή του αριθμού των ιδιωτικών κλινών, οδήγησε σε συνδυασμό με τις ποσοτικές και ποιοτικές ανεπάρκειες του δημόσιου συστήματος, στην αύξηση του αριθμού των πολυτελών

---

[65] Βλ. Βενιέρης Δ. (1997) *«Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης»* σελ. 166, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»* Θεμέλιο, Αθήνα και Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 188 , Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[66] Κυριόπουλος Γ. (1990) *«Ο Υγειονομικός Τομέας στην Ελλάδα : από την υπανάπτυξη στην κρίση»* σελ. 103-115 , στο Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Στεφάνου-Νικολακοπούλου Η., επιμ. (1990) *«Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός»* European Institute of Social Security, Ελληνικό τμήμα, Αθήνα.

κλινικών και διαγνωστικών κέντρων, τα οποία αποτέλεσαν την «επενδυτική αιχμή» του ιδιωτικού τομέα.

- Στις δυσκαμψίες της αγοράς εργασίας και ειδικότερα στο σύστημα αμοιβών και στην παροχή κινήτρων, που οδήγησαν στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, στην εμφάνιση παραοικονομικών δραστηριοτήτων και στην χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος.

Ανεξάρτητα πάντως από τα παραπάνω, η υγειονομική μεταρρύθμιση του 1983, αποτέλεσε την μεγαλύτερη νομοθετική τομή στην εξέλιξη του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας, σε μια περίοδο μάλιστα η οποία συνέπεσε με την εισαγωγή Εθνικών Συστημάτων Υγείας στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Η τάση λοιπόν της εποχής για μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας, μεταφράστηκε σε προσπάθεια για ικανοποίηση του καθολικού δικαιώματος στις υπηρεσίες υγείας, δίκαιη περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και αποτελεσματικό έλεγχο του κόστους. [67]

Ενώ όμως το ΕΣΥ στοχεύοντας στην εφαρμογή σημαντικών αλλαγών στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, προέβλεπε σχεδόν τα πάντα σε οργανωτικό επίπεδο καθώς και σε ότι αφορούσε στις εργασιακές σχέσεις των ιατρών, σύνδεση μεταξύ προγραμματισμού και χρηματοδότησης του συστήματος ουσιαστικά δεν υπήρχε, με αποτέλεσμα ο βασικός στόχος της αποτελεσματικής διαχείρισης των υφιστάμενων πόρων, [68] να μην μπορεί να επιτευχθεί. Τα διαχειριστικά – χρηματοδοτικά αυτά προβλήματα που προέκυψαν από την μη ορθολογική διαχείριση των πόρων υγείας, σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης των πολιτών, οδήγησαν στην υπονόμευση του ΕΣΥ, η οποία εκδηλώθηκε με μια νέα νομοθετική παρέμβαση - αυτή τη φορά από την νεοφιλελεύθερη κυβέρνηση - με σκοπό την αναμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

3.4. Οι παρεμβάσεις για την αναμόρφωση και την αποκατάσταση του ΕΣΥ.

Κάτω από τις πολιτικές και οικονομικές συγκυρίες που διαμορφώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90 και που συνδέονταν κατά κύριο λόγο με την ιδεολογική κυριαρχία του νεοφιλελευθερισμού, η τότε κυβέρνηση προέβη σε μια πολιτική υπονόμευση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, [69] μεταβάλλοντας σημαντικά σημεία του νόμου του 1983. Συγκεκριμένα, το 1992 ψηφίζεται ο Ν. 2071 για τον «Εκσυγχρονισμό και οργάνωση του Συστήματος Υγείας», που στόχευε στην αναμόρφωση του ΕΣΥ, με τρόπο όμως που ουσιαστικά σήμαινε αλλαγή της φιλοσοφίας του. [70]

---

[67] Abel-Smith B. (1992) *«Cost Containment and new Priorities in Health Care»* Avebury, London, αναφορά στο Καρόκης Α. , Σισσούρας Α. (1994) *«Οργάνωση και Χρηματοδότηση»* σελ. 57, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»* , Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

[68] Βλ. OECD (1994) *«The Reform of Health Care Systems»* Paris.

[69] Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Κράτος ή Αγορά; Η Κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό Τομέα»* σελ.15-16, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ.. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* Θεμέλιο, Αθήνα.

Στα πλαίσια της νεοφιλελεύθερης αυτής προοπτικής, επιχειρήθηκε ο περιορισμός της ευθύνης του κράτους και η εγκατάσταση μιας ανταγωνιστικής αγοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες, μέσα από την αναβάθμιση του ιδιωτικού τομέα, τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών, την προαγωγή της ελεύθερης επιλογής των πολιτών και τελικά την μεταφορά ενός σημαντικού βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος, στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.[71] Ειδικότερα, οι μεταβολές που επιχειρήθηκαν σε σχέση με τον Ν. 1397/1983, αφορούσαν [72] :

- Στην διοικητική αυτονόμηση των Κέντρων Υγείας και στην χρηματοδότησή τους - η οποία μέχρι τότε γίνονταν μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία συνδέονταν - κατευθείαν από τις νομαρχίες. Η επιλογή αυτή δημιούργησε σημαντικά προβλήματα, λόγω της αδυναμίας των διευθύνσεων υγιεινής των νομαρχιών, να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα. [73]

- Στην εισαγωγή του θεσμού των ιατρών μερικής απασχόλησης, στους οποίους παρεχόταν το δικαίωμα της άσκησης ιδιωτικού έργου. Με αυτή τη ρύθμιση, οι ιατροί που απασχολούνταν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ήταν πλέον ελεύθεροι να αποφασίσουν την μορφή της απασχόλησής τους, επιλέγοντας την πλήρη και αποκλειστική ή τη μερική απασχόληση - και την παράλληλη άσκηση ιδιωτικής ιατρικής - με αρκετά όμως χαμηλότερους μισθούς. Αξίζει να σημειωθεί πως η σημαντική διαφοροποίηση στους μισθούς, έκανε τους περισσότερους γιατρούς διστακτικούς απέναντι στην μερική απασχόληση, με αποτέλεσμα το εργασιακό αυτό καθεστώς να επιλεγεί μόνο από 400 γιατρούς του ΕΣΥ. [74]

---

[70] Όπως προκύπτει και από την Εισηγητική Έκθεση του Ν. 2071/1992 (σελ. 1), η φιλοσοφία των προτεινόμενων αλλαγών εγκλωβιζόταν σε μια προσπάθεια ιδεολογικής αντιπαράθεσης και κριτικής του Ν. 1397/1983 και λιγότερο σε μια προσπάθεια εναρμόνισης του συστήματος με τις διεθνείς εξελίξεις και προτεραιότητες για την επίτευξη της ισότητας και της αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας.

[71] Είναι γενικά παραδεκτό, πως τα μέτρα που υιοθετούνται με τον Ν. 2071/92, δεν συνιστούν μια ολοκληρωμένη πρόταση με σαφείς στόχους και σχεδιασμό. Βλ. Νιάκας Δ. (1992) *«Οι νέες προτάσεις για την υγεία : Ο τετραγωνισμός του κύκλου»* σελ. 3-16, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1 τεύχ 1, Αθήνα. Παράλληλα, έντονη κριτική ασκήθηκε και για τον νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα των διατάξεων, την έμφαση στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, την υποβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και την απουσία διαδικασιών αξιολόγησης και διατάξεων σχετικά με την διασφάλιση της ισότητας. Βλ. Παπασπύρου Σ. (1992) *«Οι θέσεις της ΠΟΕΔΗΝ Για Εθνική Στρατηγική στην Υγεία»* σελ. 34-37, Δημόσιος Τομέας, τεύχ. 77, Αθήνα.

[72] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 197-198, Αθήνα.

[73] Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) *«Οργάνωση και Χρηματοδότηση»* σελ. 61-62, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

[74] Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. επιμ. (1995) *«Μελέτη – Πρόταση για την Οργάνωση – Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού»* σελ. 16-17, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

- Στην απελευθέρωση της λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων,[75] εφόσον εξασφαλίζουν κάποιες προϋποθέσεις που σχετίζονται με την ποιότητα της τεχνολογίας που χρησιμοποιούν και το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολούν.[76]

- Στην εξασφάλιση της ελευθερίας επιλογής του φορέα παροχής των υπηρεσιών υγείας, μέσα από την εγγύηση από την πλευρά της πολιτείας, της ύπαρξης τόσο ιδιωτικών όσο και δημόσιων οργανισμών. Αυτή η μετατόπιση των προτεραιοτήτων από την διασφάλιση της πλήρους πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας - η οποία αποτελούσε τον κύριο στόχο του Ν. 1397/1983 – στην επίτευξη της αυξημένης ελευθερίας επιλογής των πολιτών, συνιστά και την μεγαλύτερη μεταρρύθμιση του Ν. 2071/1992, η οποία όπως προαναφέραμε, οριοθετούσε την αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος.[77]

Τελικά δύο χρόνια αργότερα, με την επάνοδο του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία, ψηφίζεται ο Ν. 2194/1994 για την «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», με τον οποίο επαναφέρονται οι στόχοι της μεταρρύθμισης του 1983. Συγκεκριμένα, καταργούνται οι ρυθμίσεις του Ν.2071/1992 και επαναφέρονται οι διατάξεις του Ν. 1278/1982 σχετικά με συγκρότηση του ΚΕΣΥ, καθώς και οι διατάξεις του Ν.1397/1983 για το ΕΣΥ. Έτσι ενδεικτικά, με τον Ν. 2194/1994 τα Κέντρα Υγείας επανέρχονται σε διοικητικοοικονομική διασύνδεση με τα νοσοκομεία, ενώ επαναφέρεται και η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών.[78]

Ουσιαστικά, επρόκειτο για μια προσπάθεια επαναδιατύπωσης της αρχικής φιλοσοφίας του ΕΣΥ, χωρίς όμως να αλλοιώνεται ο πυρήνας, οι προσανατολισμοί και οι στόχοι του συστήματος.[79] Άλλωστε, όπως αναφέρεται και στην Εισηγητική Έκθεση του νόμου, η φιλοδοξία του συγκεκριμένου νομοσχεδίου δεν ήταν η επίλυση όλων των προβλημάτων του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Αντίθετα, προς την κατεύθυνση μιας συνολικής μεταρρύθμισης που θα μπορούσε να ανταποκριθεί σε έναν τέτοιο στόχο, η κυβέρνηση δρομολόγησε τις απαραίτητες διαδικασίες, ώστε σε συνεργασία με Έλληνες και ξένους ειδικούς στον χώρο της υγείας, να επεξεργαστεί

---

[75] Ν.2071/1992 – Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, Άρθρο 11, ΦΕΚ 123, 15/7/1992, Αθήνα.

[76] Οι όροι, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών, ρυθμίζονταν από το Π.Δ. 247, Άρθρα 1-37, ΦΕΚ 93, 21/6/1991, Αθήνα.

[77] Στον Ν.2071/1992, προβλέπονταν ακόμη η σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου για την αξιοποίηση της περιουσίας των νοσοκομείων, καθώς και η θέσπιση αντικειμενικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού, που όμως δεν εφαρμόστηκαν, όπως και άλλες άλλωστε διατάξεις (ΠΦΥ, επιτροπές δεοντολογίας κλπ). Βλ. Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. επιμ. (1995) *«Μελέτη – Πρόταση για την Οργάνωση – Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού»* σελ. 17, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

[78] Ν. 2194/1994 – Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 34 Α΄, 16/3/1994, Αθήνα.

[79] Εισηγητική Έκθεση για το σχέδιο νόμου «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», σελ. 2.

συγκεκριμένες προτάσεις και να οριοθετήσει ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας του ΕΣΥ. [80]

Έτσι, στις αρχές του 1994 το Υπουργείο Υγείας συγκρότησε δύο επιτροπές, μία από έλληνες και μία από ξένους ειδικούς, οι οποίες ανέλαβαν να αναδείξουν τις ανεπάρκειες και τις ελλείψεις του συστήματος υγείας και να προτείνουν μέτρα για την αναμόρφωσή του. Το πόρισμα της επιτροπής των ξένων εμπειρογνωμόνων το οποίο κατατέθηκε τον Ιούνιο του 1994 σε συνεργασία με την ελληνική επιτροπή, αρχικά επισημαίνει τις αδυναμίες του συστήματος υγείας [81] και στην συνέχεια σκιαγραφεί το πλαίσιο και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προτεινόμενης μεταρρύθμισης που αφορούν [82]:

- Στον εκσυγχρονισμό και στην οικοδόμηση ενός πολυτομεακού συστήματος υγείας, με έμφαση στην υγειονομική ενημέρωση και πρόληψη. [83]

- Στην δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ) στον οποίο θα ενταχθούν αρχικά τα κύρια ταμεία, μεταβιβάζοντας όλους τους πόρους που προορίζουν για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.

- Στην σύσταση και λειτουργία Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων με διαχειριστικές μεταξύ άλλων αρμοδιότητες των πόρων του ΕΦΥ και με στόχο την αποκέντρωση του συστήματος. [84]

- Στην εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα αμείβεται κατά κεφαλή ασφαλισμένου. [85]

- Στην υιοθέτηση συστήματος αμοιβής κατά πράξη για τους ειδικευμένους ιατρούς και στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων από σφαιρικούς προϋπολογισμούς, που θα προέρχονται από τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια.

---

[80] Εισηγητική Έκθεση για το σχέδιο νόμου «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», σελ. 4.

[81] Οι αδυναμίες αυτές σύμφωνα με το πόρισμα, αφορούν στην υπανάπτυξη της δημόσιας υγείας, στην αντιδεοντολογική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, στον πληθωρισμό ιατρών ειδικοτήτων και στην αδύναμη οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επισημαίνεται ακόμη ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από το σύστημα υγείας, καθώς και η ασυνέχεια στις πολιτικές υγείας που έχουν υιοθετηθεί κατά καιρούς. Βλ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) *«Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 9 και 19-34, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φαρμέτρικα, Αθήνα.

[82] Abel-Smith B. κ.α. (1994) βλ. υποσ. 81, σελ. 9-11.

[83] Αναλυτικά για τις κύριες επιδιώξεις της προτεινόμενης μεταρρύθμισης, βλ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) υποσ. 81, σελ. 37-47.

[84] Για την χρηματοδότηση και γενικότερα την οργάνωση του συστήματος, βλ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) υποσ. 81, σελ. 48-64.

[85] Για την πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα γενικότερα, ΒΛ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) υποσ. 81, σελ. 65-79.

- Στην αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και στην εξασφάλιση της ευελιξίας τους ως προς την λήψη αποφάσεων για θέματα όπως οι μισθοί, οι προσλήψεις, οι προμήθειες, η τιμολογιακή πολιτική κλπ. Προτείνεται ακόμη η μετατροπή τους σε ανώνυμες εταιρείες και σταδιακή κατάργηση της μονιμότητας των εργαζόμενων. [86]

- Στην σύνταξη περιορισμένης θετικής λίστας φαρμάκων, στον σαφή προσδιορισμό των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και στην μετέπειτα παρακολούθηση της συνταγογραφίας του κάθε ιατρού. [87]

- Τέλος, ως απαραίτητη προϋπόθεση αλλά και άμεση προτεραιότητα της προτεινόμενης μεταρρύθμισης, αναφέρεται η οργάνωση εντατικών προγραμμάτων μετεκπαίδευσης των στελεχών διοίκησης των γιατρών της δημόσιας υγείας και των γιατρών της γενικής ιατρικής. Προτείνεται ακόμη, η δημιουργία νέας ιατρικής σχολής στην Αθήνα με έμφαση στην οικογενειακή-γενική ιατρική και στην δημόσια υγεία, ο περιορισμός συγκεκριμένων παραδοσιακών ειδικοτήτων και η θέσπιση ενός Ιατρικού Συμβουλίου, για την τήρηση της ιατρικής δεοντολογίας και την εξάλειψη του φαινομένου του χρηματισμού των ιατρών. [88]

Συμπερασματικά, η Έκθεση των ξένων εμπειρογνωμόνων φαίνεται να έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τις αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις του Βρετανικού Συστήματος υγείας, ενώ οι προτάσεις της εντάσσονται στην γενικότερη διεθνή προβληματική για την διάκριση προσφοράς και ζήτησης και την εισαγωγή μεθόδων ελεγχόμενου ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας. [89]

Στις προτάσεις αυτές - οι οποίες σε γενικές γραμμές έγιναν αποδεκτές από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας - ασκήθηκε ιδιαίτερη κριτική, τόσο ως προς την μεθοδολογική αξιοπιστία και την επάρκεια των στοιχείων στα οποία στηρίχθηκε η επιτροπή, [90] όσο και ως προς το περιεχόμενο των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων. Έτσι, ένα πρώτο σημείο κριτικής της έκθεσης, αφορά στην απουσία αναφοράς στις πηγές από τις οποίες θα χρηματοδοτηθούν οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις, την στιγμή μάλιστα που η άντληση πόρων για

[86] Για την δευτεροβάθμια περίθαλψη, βλ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) *«Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 80-90, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φαρμέτρικα, Αθήνα.

[87] Για τα φάρμακα, την συνταγογράφηση και τον έλεγχο των τιμών, βλ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) υποσ. 86, σελ. 103-110.

[88] Για τον τρόπο υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων, βλ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) υποσ. 86, σελ. 113-142.

[89] Οικονόμου Χ. (1999) *«Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις»* σελ. 502-503, στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999) *«Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους»*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

[90] Μια βασική κριτική που ασκήθηκε στο όλο εγχείρημα της επιτροπής, αφορά στον ανεπαρκή τρόπο προσέγγισης της ελληνικής πραγματικότητας στον υγειονομικό τομέα και ειδικότερα : στον περιορισμένο χρόνο παραμονής στην Ελλάδα (περίπου 10 ημέρες), στην διενέργεια επισκέψεων σε οργανισμούς μόνο στην περιοχή των Αθηνών και στην περιορισμένη Ελληνική παρουσία στην επιτροπή (ένας από τα οκτώ μέλη). Βλ. Τσαλίκης Γ. (1995) *«Φιλελευθερισμός, Οράματα και Παροράματα για την Υγεία»* σελ. 39-40, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας Στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

την χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, συνιστά διεθνώς, ένα από τα πλέον καθοριστικά ζητήματα της υγειονομικής πολιτικής. [91] Ακόμη, προκαλεί εντύπωση η απουσία αναφοράς στον ιδιωτικό τομέα υγείας ο οποίος καλύπτει ένα σημαντικό μέρος των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού, επιβαρύνοντας παράλληλα το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών.

Ένα άλλο βασικό σημείο της κριτικής, επικεντρώνεται στην αμφισβήτηση της εφαρμοστικότητας αλλά και των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από τις προτεινόμενες ρυθμίσεις. Συγκεκριμένα, δεν γίνεται αντιληπτό πως θα διαχωριστεί η ζήτηση από την προσφορά μέσα από την προτεινόμενη διαδικασία, η οποία συνίσταται στην δημιουργία Ενοποιημένου Ταμείου (αγοραστής), το οποίο θα συμβάλλεται με τα νοσοκομεία (προμηθευτές) , τα οποία όμως θα είναι εξαρτημένα από τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια. Έτσι, υποστηρίζεται πως το πιθανότερο αποτέλεσμα του προτεινόμενου σχεδίου, θα είναι ο ασφυκτικός έλεγχος της προσφοράς από την χρηματοδότηση και όχι ο διαχωρισμός της από την ζήτηση, όπως απαιτεί το θεωρητικό υπόδειγμα του ελεγχόμενου ανταγωνισμού του οποίου επιχειρείται η εισαγωγή. [92]

Στο σημείο αυτό, στην εισαγωγή δηλαδή στοιχείων οιονεί αγορών [93] σύμφωνα με τις διεθνείς εξελίξεις σε υγειονομικά συστήματα όπως αυτό της Βρετανίας ή της Ολλανδίας, έχουν εκφραστεί σημαντικές επιφυλάξεις, τόσο ως προς τον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθεί στο Ελληνικό σύστημα ο διαχωρισμός της ζήτησης από την προσφορά, όσο και ως προς την μεταφορά των ξένων προτύπων και την συμβατότητά τους με τις υπάρχουσες ανάγκες στην χώρα μας. Στο πλαίσιο αυτό, εντάσσεται και η κριτική που ασκήθηκε στις προτάσεις που αφορούσαν στην εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού [94] και στην κατάργηση του δημοσιοϋπαλληλικού καθεστώτος για τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας. [95]

---

[91] Νιάκας Δ. (1994) *«Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνωμόνων»* σελ. 115-116, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα.

[92] Νιάκας Δ. (1995) *«Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων : Είναι Εφικτή η Εφαρμογή της;»* σελ. 119-120, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας Στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[93] Για τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας που βασίστηκαν στην χρησιμοποίηση στοιχείων ανταγωνισμού και αγοράς για την επίτευξη στόχων κοινωνικής πολιτικής, βλ. Ματσαγγάνης Μ. 1996) *«Μεταρρυθμίσεις τύπου "οιονεί αγορών" σε δημόσια συστήματα υγείας»* σελ. 371-384, στο *«Όρια και σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού»*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 5ο Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

[94] Οι ενστάσεις ως προς την πρόταση για την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, δεν εστιάζονται στον ίδιο το θεσμό σαν επιλογή της πολιτικής υγείας , αφού ο εν λόγω θεσμός έχει να επιδείξει μια ιδιαίτερα θετική συμβολή στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα συστήματα όπου έχει εφαρμοστεί. Τα ερωτήματα όμως που τίθενται με αφορμή την έκθεση των ξένων εμπειρογνωμόνων, έχουν να κάνουν με το πώς θα επιτευχθεί η εφαρμογή του θεσμού σε ολόκληρο τον ελληνικό πληθυσμό, με το πώς θα εξασφαλισθεί η ύπαρξη του αναγκαίου αριθμού οικογενειακών ιατρών και τελικά με το κατά πόσο ο θεσμός αυτός θα γίνει αποδεκτός από τον ελληνικό πληθυσμό. Βλ. Νιάκας Δ. (1994) *«Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνωμόνων»* σελ. 123-127, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα. Επίσης αναλυτική επιχειρηματολογία της άποψης ότι οποιαδήποτε προσπάθεια εισαγωγής του βρετανικού μοντέλου λειτουργίας του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (γνωστό ω «general practice fund-holding») στην Ελλάδα - όπως προτείνεται από την επιτροπή - είναι καταδικασμένη

Τέλος, η κριτική στην έκθεση των ξένων εμπειρογνωμόνων, εκφράστηκε με μια αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας αλλά και της αναγκαιότητας των ρυθμίσεων σχετικά με την μετατροπή των νοσοκομείων σε Ανώνυμες Εταιρείες, καθώς και με την υιοθέτηση συστήματος αμοιβών κατά πράξη για τους ειδικευμένους γιατρούς των νοσοκομείων, σε συνδυασμό με την χρηματοδότηση των τελευταίων μέσω σφαιρικού ετήσιου προϋπολογισμού. [96]

Η γενική αντίληψη λοιπόν της εγχώριας επιστημονικής κοινότητας για την έκθεση των ξένων εμπειρογνωμόνων, συνίσταται στο ότι σε αρκετά σημεία φαίνεται να παραβλέπει την ιστορική εξέλιξη, τα οικονομικά δεδομένα και τις δημοσιοοικονομικές δυσκολίες του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, καθώς και τις κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιομορφίες του πληθυσμού της χώρας μας. Ανεξάρτητα όμως από αυτό, η πολιτική ηγεσία του τόπου έκανε αποδεκτές στο σύνολό τους τις προτάσεις της επιτροπής και έτσι το Υπουργείο Υγείας συγκρότησε τρεις επιτροπές από Έλληνες ειδικούς, οι οποίες ανέλαβαν να επεξεργαστούν αναλυτικότερα τα θέματα που αφορούσαν στην δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας, στην εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και στην οργάνωση των νοσοκομείων.

Έντονα επηρεασμένες από το πόρισμα των ξένων εμπειρογνωμόνων, οι επιτροπές αυτές καταλήγουν σε προτάσεις, που βασίζονται στην εμπειρία των μεταρρυθμίσεων του βρετανικού συστήματος υγείας. Έτσι, το πόρισμα της πρώτης επιτροπής, προτείνει την δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), ο οποίος προβλέπεται να παίξει το ρόλο της συγκέντρωσης, διαχείρισης και κατανομής των πόρων σύμφωνα με τους στόχους της πολιτικής υγείας, ενώ παράλληλα θα ελέγχει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. [97]

Η δεύτερη επιτροπή, οριοθετώντας αρχικά τους στόχους ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επικεντρώνεται στον δημόσιο χαρακτήρα του, στην εξασφάλιση της εύκολης πρόσβασης σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και στην ικανοποίηση των ασθενών. Στη συνέχεια, προτείνει την αυτονόμηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την οργάνωσή της σε μια αποκεντρωτική βάση, μέσω ενός ευρύτατου δικτύου Κέντρων Υγείας.

να αποτύχει, στο Ματσαγγάνης Μ. (1995) *«Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της : Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;»* σελ. 149-170, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας Στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[95] Η πρόταση αυτή, επικρίθηκε τόσο για τον προσβλητικό της χαρακτήρα, όσο και για το ότι αποτελεί ένδειξη της έλλειψης γνώσης της ελληνικής πραγματικότητας από τα μέλη της επιτροπής, τα οποία φαίνεται πως αγνοούσαν πλήρως τον ρόλο του δημόσιου τομέα στην οικονομική και κοινωνική αναπαραγωγή συγκεκριμένων κοινωνικών στρωμάτων στην Ελλάδα. Εντύπωση μάλιστα προκάλεσε, η εμμονή της επιτροπής στην άρση της μονιμότητας των υπαλλήλων των νοσοκομείων, η οποία σύμφωνα με την έκθεση ανάγεται σε «θεμελιώδες πρόβλημα», του οποίου η λύση αποτελεί προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των στόχων της μεταρρύθμισης. Βλ. Νιάκας Δ. (1995) *«Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων : Είναι Εφικτή η Εφαρμογή της;»* σελ. 125-129, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας Στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[96] Νιάκας Δ. (1994) *«Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνωμόνων»* σελ. 131-133, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα.

[97] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1995) *«Εισήγηση για τη Δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας και την Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας»* Έκθεση της Επιτροπής για τον Ενιαίο Φορέα Υγείας, Αθήνα.

Παράλληλα, προτείνονται ρυθμίσεις για την οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, καθώς και για τις αμοιβές των οικογενειακών ιατρών, των οποίων ο ρόλος είναι θεμελιώδης - όπως και στην πρόταση των ξένων εμπειρογνωμόνων [98] - μια και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, προτείνεται για όσους ήδη υπηρετούν στο σύστημα η συνέχιση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης η οποία αμείβεται με μισθό, ενώ για όσους θα ενταχθούν μελλοντικά, προτείνεται πενταετής σύμβαση εργασίας και αμοιβή κατά κεφαλή. Τέλος, η εφαρμογή της ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού ιατρού από τον πολίτη και η εγγραφή σε λίστες 1.500 – 1.800 ατόμων. [99]

Το πόρισμα τέλος της τρίτης επιτροπής επηρεασμένο με τη σειρά του από την έκθεση των ξένων εμπειρογνωμόνων, καταλήγει σε μια σειρά από προτάσεις οι οποίες εστιάζονται στην μεταβολή της νομικής μορφής των νοσοκομείων από ΝΠΔΔ σε ΝΠΙΔ ή Ανώνυμες Εταιρείες υπό κρατική ιδιοκτησία. Ακόμη για τα νοσοκομεία προτείνεται, η εισαγωγή του management, η χρηματοδότησή τους μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών - από τον ΕΦΥ - και η αλλαγή του οργανογράμματός τους, καθώς και του τρόπου προμηθειών. [100]

Οι προτάσεις αυτές των τριών επιτροπών, αποτελούν - όπως και οι αντίστοιχες των ξένων εμπειρογνωμόνων - προσπάθεια μεταφοράς ξένων επιτυχημένων προτύπων, σε μια χώρα όμως όπου η κοινωνικοοικονομική δομή και η πολιτιστική της παράδοση διαφέρει από τις αντίστοιχες των χωρών που έχουν εφαρμόσει τις παραπάνω προτάσεις στα συστήματα υγείας τους. Η κυριότερη λοιπόν ένσταση που θα μπορούσε να εκφραστεί σε σχέση με τα πορίσματα των παραπάνω επιτροπών, αφορά [101] :

- στο κατά πόσο μπορεί να εφαρμοστεί - σύμφωνα με τα ξένα πρότυπα - ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στην χώρα μας,
- στις περιορισμένες δυνατότητες λειτουργίας του ΕΦΥ κάτω από το δεδομένο σύστημα κατανομής των πόρων και των ανεπαρκειών στο σύστημα συλλογής πληροφοριών και δεδομένων υγείας και
- στην έλλειψη σκοπιμότητας όσο αφορά στην αλλαγή του νομικού καθεστώτος των νοσοκομείων.

Τελικά, σε επίπεδο υλοποίησης πολλές από τις προτάσεις των τριών επιτροπών συμπεριλήφθηκαν στην τελευταία νομοθετική παρέμβαση του Ν. 2519/1997 για

---

[98] Στην πρόταση μάλιστα των ξένων εμπειρογνωμόνων αναφέρεται μεταξύ άλλων πως «θεμέλιο της παρούσας πρότασης είναι η θέσπιση της υπηρεσίας του οικογενειακού ιατρού». Βλ. Abel-Smith B. κ.α. (1994) *«Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 9, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φαρμέτρικα, Αθήνα.

[99] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1995) *«Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας»* Έκθεση της Επιτροπής για τον Οικογενειακό Γιατρό και την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα.

[100] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1995) *«Μελέτη για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας»* Έκθεση της Επιτροπής για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας, Αθήνα.

[101] Οικονόμου Χ. (1999) *«Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις»* σελ. 505, στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999) *«Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους»*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Μερικές από τις σημαντικότερες ρυθμίσεις του συγκεκριμένου νομοθετήματος αφορούν [102] :

- Στην σύσταση Οργάνων για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών και ειδικότερα : α)Αυτοτελής Υπηρεσία υπαγόμενη στον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, β)Επιτροπή Ελέγχου η οποία υποβάλλει τα πορίσματα που συντάσσει από τις επισκέψεις της στα νοσοκομεία - αυτοβούλως ή για την εξακρίβωση συγκεκριμένων καταγγελιών - στον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή στην αρμόδια εισαγγελική αρχή σε περίπτωση ποινικού αδικήματος, γ)Γραφείο Επικοινωνίας με τον πολίτη, το οποίο λειτουργεί σε κάθε νοσοκομείο υπό την εποπτεία του Προέδρου του Δ.Σ. [103]

- Στην επαναδιατύπωση των σκοπών των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, προς την κατεύθυνση της πρόληψης, της ενημέρωσης, του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου στο χώρο εργασίας, της συνεχούς εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού και στην ανάπτυξη διατομεακών συνεργασιών των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, τόσο με υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας, όσο και με αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές περιφέρειες. [104]

- Στην σύσταση θέσεων γιατρών δημόσιας υγείας στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ., στην δημιουργία Διεύθυνσης Σχολικής Υγείας η οποία θα ασχολείται με την κατάρτιση και υλοποίηση των προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας του παιδικού πληθυσμού και στην λειτουργία Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) στα νοσοκομεία, για τις ανάγκες του προσωπικού του ΕΣΥ. Ακόμη, συγκροτούνται στην έδρα της κάθε περιφέρειας Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) , τα οποία ελέγχονται και εποπτεύονται από το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) , το οποίο λειτουργεί στην περιφέρεια της Αττικής. [105]

- Στην σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) το οποίο εντάσσεται και λειτουργεί στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, καθώς και της Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας, του Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ.) και του Ανώτατου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας (Α.Ε.Ε.Σ.Υ.), τα οποία υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. [106]

---

[102] Ν. 2519/1997 – Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις , ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[103] Ν. 2519/1997, Άρθρο 1, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[104] Ν. 2519/1997, Άρθρο 3, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[105] Ν. 2519/1997, Άρθρα 6-7-8, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[106] Ν. 2519/1997, Άρθρα 9-10-11-12, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

- Στην ρύθμιση του καθεστώτος εποπτείας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., με την επαναδιατύπωση της σύνθεσης και των αρμοδιοτήτων του Διοικητικού Συμβουλίου τους, των αρμοδιοτήτων του Προέδρου και την θέσπιση ενιαίου εσωτερικού κανονισμού. Επίσης, θεσπίζεται η δημιουργία των Ειδικών Κέντρων στα Περιφερειακά ή Ειδικά νοσοκομεία, για την παροχή εξειδικευμένης περίθαλψης, τον συντονισμό των αντίστοιχων υπηρεσιών και την μετεκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Ακόμη, προβλέπεται η οργάνωση και λειτουργία στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ, Μονάδων Αποκατάστασης και αποθεραπείας, στις οποίες παραπέμπονται οι ασθενείς μετά την ολοκλήρωση της νοσηλευτικής αγωγής και θεραπείας, όταν κριθεί απαραίτητο. [107]

- Στην επαναδιατύπωση του πλήρους και αποκλειστικού χαρακτήρα της εργασίας των ιατρών του Ε.Σ.Υ., με την κάλυψη των θέσεων σε όλους τους βαθμούς να γίνεται κατόπιν σχετικής προκήρυξης. Ακόμη, προβλέπεται η αξιολόγηση του έργου των γιατρών του ΕΣΥ, μέσα από ετήσιες εκθέσεις που λαμβάνονται υπόψη από τα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.), τα οποία συγκροτούνται κατά περιφέρεια ή συγκρότημα στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. [108]

- Στην οριοθέτηση των πόρων των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας μέσα από : α)ετήσια κρατική επιχορήγηση , β)νοσήλια που καταβάλλονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, τους ασφαλισμένους τους και τους ασφαλισμένους συμβεβλημένων ασφαλιστικών εταιρειών, γ)έσοδα από την παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας, από την διενέργεια εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στα κέντρα υγείας δ)έσοδα από εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα και ε)τόκοι καταθέσεων, έσοδα από εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων, κληρονομιές και δωρεές και τέλος έσοδα που προέρχονται από κάθε άλλη νόμιμη αιτία. [109]

- Στην υιοθέτηση του συστήματος των κλειστών προϋπολογισμών για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων, οι οποίοι διαμορφώνονται κατά τομέα, τμήμα, εργαστήριο και διοικητική, τεχνική ή άλλη μονάδα του νοσοκομείου και εγκρίνονται ως συνολικοί κλειστοί προϋπολογισμοί. Ακόμη, προβλέπεται η δυνατότητα σύμπραξης των ασφαλιστικών φορέων με σκοπό την σύναψη συμβάσεων μετά από διαπραγμάτευση, τόσο με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας , όσο και με ιδιωτικές κλινικές ή νοσοκομεία του εξωτερικού. [110]

- Στην τοποθέτηση γιατρών με ειδικότητα γενικής ιατρικής στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπαίθρου (Αγροτικά Ιατρεία – Κέντρα Υγείας) και στην δημιουργία Πολυδύναμων Ιατρείων τα οποία λειτουργούν

[107] Ν. 2519/1997, Άρθρα 14-15-16-17-18-19-22, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[108] Ν. 2519/1997, Άρθρα 34-36-37, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[109] Ν. 2519/1997, Άρθρο 28, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[110] Ν. 2519/1997, Άρθρα 29-30, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

σε καθημερινή βάση επί 8ωρο, ενώ για τις υπόλοιπες ώρες και τις μη εργάσιμες ημέρες, εφαρμόζεται πρόγραμμα εφημερίας. Ακόμη, προβλέπεται η οργάνωση και λειτουργία Δικτύων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα οποία διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Ως δίκτυα, λειτουργούν ένα ή περισσότερα Κέντρα Υγείας ή Πολυιατρεία, στα οποία παρέχουν υπηρεσίες ιατροί γενικής ιατρικής, οικογενειακοί ιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, οδοντίατροι και ιατροί άλλων βασικών ειδικοτήτων. [111]

- Στην εφαρμογή του θεσμού των οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι επιλέγονται ελεύθερα από τα άτομα, από κατάλογο των γιατρών του Δικτύου της περιοχής τους ή όμορης περιοχής. Οι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο του κάθε οικογενειακού γιατρού, δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από 1.800 και προκειμένου για οικογενειακό παιδίατρο, από 1.600. Οι οικογενειακοί γιατροί, παρέχουν τις υπηρεσίες τους καθημερινά, είτε στο ιατρείο είτε κατ' οίκον και κατ' αποκλειστικότητα στους δικαιούχους του Δικτύου και μπορούν να παραπέμπουν τους ασθενείς στα επόμενα επίπεδα περίθαλψης, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. [112]

- Τέλος, στην ρύθμιση θεμάτων σχετικά με τα φάρμακα, όπως, η σύσταση στον Ε.Ο.Φ. ειδικής Επιτροπής Νοσοκομειακού Συνταγολογίου η οποία αναλαμβάνει την κατάρτιση καταλόγου χορηγούμενων φαρμάκων, η δημιουργία εθνικού συνταγολογίου από αντίστοιχη επιτροπή επιφορτισμένη με το σχετικό έργο και η θέσπιση μηχανισμών αυστηρού ελέγχου των παραγόμενων ή εισαγόμενων σκευασμάτων. [113]

Το παραπάνω νομοθέτημα, συνιστά μια προσπάθεια εισαγωγής ρυθμίσεων, πολλές από τις οποίες θεωρούνται καινοτομικές, όπως πχ. η δημιουργία Δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η δυνατότητα σύμπραξης των ασφαλιστικών φορέων και οι ρυθμίσεις για τα φάρμακα, οι οποίες όμως βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της αφομοίωσης και κατά συνέπεια οποιαδήποτε απόπειρα αξιολόγησής τους, δεν κρίνεται σκόπιμη στην παρούσα φάση. [114] Σε γενικές πάντως γραμμές, το νομοθέτημα επαναδιατυπώνει σε μεγάλο βαθμό την βασική φιλοσοφία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και παράλληλα αφήνει να φανεί η μεγάλη επίδραση που άσκησαν στην διατύπωσή του, τα πορίσματα των επιτροπών των ξένων και ελλήνων εμπειρογνωμόνων.

Από την αναφορά που προηγήθηκε σχετικά με την πορεία συγκρότησης του ΕΣΥ και τις συνεχείς αλλαγές που επιχειρήθηκαν τα τελευταία χρόνια

---

[111] Ν. 2519/1997, Άρθρα 26-27-31, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα. Αναλυτικά για την οργάνωση των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σύμφωνα με τον Ν. 2519/97 (άρθρα 31-33), βλ. «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιχειρησιακό Σχέδιο (Μελέτη Εφαρμογής)» Εισήγηση - Πόρισμα Ειδικής Επιτροπής για το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ., Φεβρουάριος 1998, Αθήνα.

[112] Ν. 2519/1997, Άρθρο 32, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[113] Ν. 2519/1997, Άρθρα 45-47-50, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

[114] Για σχολιασμό συγκεκριμένων διατάξεων του σχεδίου νόμου, βλ. Νιάκας Δ. (1996) *«Το Νέο Σχέδιο Νόμου για την Υγεία. Πολιτικά, Τεχνικά και Διοικητικά Παράδοξα»* σελ. 12-23, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 7, τεύχ. 1, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 1996, Αθήνα.

μέσα από μια σειρά από νομοθετικές παρεμβάσεις, φαίνεται καθαρά πως η αναποτελεσματικότητα του σημερινού συστήματος, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην απουσία μιας ενιαίας πολιτικής στο χώρο της υγείας. Αντί γι΄ αυτό, παρατηρούνται σημαντικές ανακολουθίες και ασυνέχειες στην υγειονομική πολιτική, με πιο ανατρεπτική την παρέμβαση του Ν. 2071/1992, με τον οποίο επιχειρήθηκε μια ριζική αναστροφή και αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος υγείας στη χώρα μας.

Η συνεχής αυτή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, ώθησε το σύστημα έξω από την βασική του εξελικτική πορεία, με αποτέλεσμα, ο πυρήνας των προβλημάτων από τον οποίο ξεκινούν όλες οι προσπάθειες για υγειονομική μεταρρύθμιση, να παραμένει αμετάβλητος. [115] Τον πυρήνα αυτό, συνθέτουν οι μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών, ο πληθωρισμός των ιατρών και οι ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, η ανορθολογική περιφερειακή κατανομή των πόρων, η αδύναμη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αντιδεοντολογική συμπεριφορά του ιατρικού σώματος και η χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Στο επίκεντρο του προβληματισμού, παραμένει από την θέσπιση κιόλας του ΕΣΥ το ζήτημα της χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών, [116] το οποίο αποκτά ιδιαίτερη σημασία, με δεδομένη την συνεχή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα μας. Το σύστημα χρηματοδότησης του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος, συνιστά μια σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία, την οποία θα περιγράψουμε αμέσως παρακάτω.

3.5. Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος.

Οι προαναφερόμενες ασάφειες που χαρακτήριζαν τις νομοθετικές παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας της χώρας μας, ειδικότερα στο θέμα της θεσμοθέτησης παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, οδήγησαν στην εξέλιξη ενός συστήματος, το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες δράσης.

Αποτέλεσμα του τρόπου αυτού διαχείρισης και διευθέτησης του ζητήματος της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ., ήταν η εμφάνιση και διαιώνιση μιας σειράς προβλημάτων, που έχουν να κάνουν με τα ελλείμματα του δημόσιου τομέα, την απουσία κριτηρίων και μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών, την ανορθολογική κατανομή των πόρων, την εμφάνιση υψηλής παραοικονομικής δραστηριότητας, την δημιουργία συνθηκών αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, τα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών και την ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα σε ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα, ενός συστήματος που στηρίχθηκε στην ανάγκη για παροχή δωρεάν υγείας σε όλους τους πολίτες.

Πριν προχωρήσουμε στην εκτίμηση και διάρθρωση των δαπανών υγείας στη χώρα μας - οι οποίες όπως θα δείξουμε παρακάτω θεωρούνται χαμηλές σε σύγκριση με τις αντίστοιχες άλλων χωρών - θα περιγράψουμε την διαδικασία

[115] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 205-206, Αθήνα.

[116] Χαρακτηριστικά ο Σισσούρας αναφέρει πως «αν και το ΕΣΥ στόχευε στην εφαρμογή μεγάλων αλλαγών στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας, η σύνδεση μεταξύ προγραμματισμού και χρηματοδότησης παρέμενε όπως πάντα ασθενής». Βλ. Sissouras A. (1990) *«Backgrounds and Development in Health Care in Greece»* στο Gasparie A.F. et al - eds (1990) *«Competitive Health Care in Europe : Future Prospects»*, Dartmoth.

και της πηγές χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ., ο καθορισμός των οποίων αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα για την λειτουργία ολόκληρου του συστήματος.

3.5.1. Οι Πηγές Χρηματοδότησης.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, έχει την ιδιαιτερότητα της συνύπαρξης σε αυτό τόσο στοιχείων που παραπέμπουν σε συστήματα με δημόσια αντίληψη, όσο και στοιχείων που εντάσσονται στην φιλελεύθερη άποψη για την υγεία, η οποία ευνοεί την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Η πολυσυνθετότητα αυτή, σε συνδυασμό με την ανορθόδοξη παρουσία του κράτους - π.χ. με την παρέμβαση και τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλίων που δεν ανταποκρίνονται στο πραγματικό κόστος - εκφράζεται με την απουσία του στοιχείου της συναίνεσης και διαπραγμάτευσης μεταξύ των εταίρων του συστήματος (προμηθευτές υπηρεσιών, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κράτος, χρήστες), γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τις χρηματοδοτικές παραμέτρους του. [117]

Παράλληλα όπως επισημάνθηκε προηγουμένως, οι νομοθετικές παρεμβάσεις οργανωτικού - διοικητικού κυρίως χαρακτήρα, δεν συνδυάστηκαν με την εισαγωγή θεσμοθετημένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, με αποτέλεσμα το σύστημα να εμφανίζει και στον τομέα αυτό, μια σημαντική ασυνέχεια. Με τα παραπάνω δεδομένα, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, εμφανίζεται ως ένα μικτό σύστημα το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, από το οποίο όμως απουσιάζουν οι απαραίτητοι κανόνες δράσης που θα ρυθμίζουν την οργάνωση, την λειτουργία και το χρηματοδοτικό πλαίσιο και των δύο διαστάσεων. [118]

Έχοντας λοιπόν επισημάνει τα παραπάνω, εντοπίζουμε τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην χώρα μας [119]:

α)τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία)
β)την κοινωνική ασφάλιση (Ταμεία υγείας)
γ)τις ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση)

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση κάθε μιας από τις πηγές, αξίζει να επισημάνουμε πως σταδιακά παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής τους, οι οποίες όμως δεν ανάγονται σε παρεμβάσεις και επιδιώξεις των εκάστοτε πολιτικών υγείας. Το φαινόμενο λοιπόν που εμφανίζεται ολοένα και πιο έντονα ιδιαίτερα μετά την θέσπιση του Ε.Σ.Υ., είναι η σταδιακή υποχώρηση της χρηματοδοτικής παρέμβασης της κοινωνικής ασφάλισης και η υποκατάστασή της από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές πληρωμές (πίνακας 2.3.3.).

---

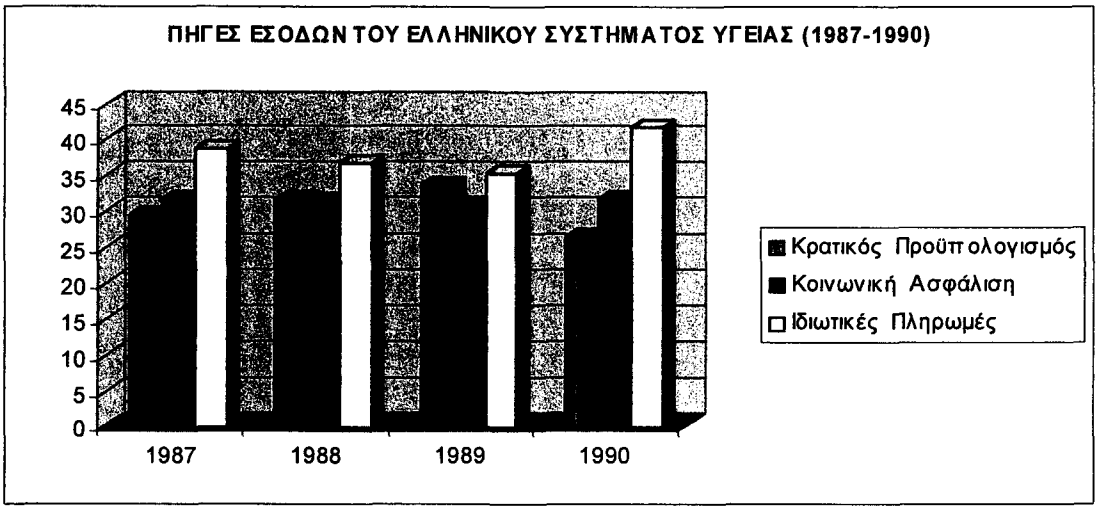
[117] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 209-210, Αθήνα.

[118] Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1992) *«Σφαιρικός Προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού»* σελ. 104-105, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Αθήνα.

[119] Νιάκας Δ. (1995) *«Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 22, Εισήγηση στο Σεμινάριο του Ινστιτούτου Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής *«Πολιτική για την Υγεία. Οργάνωση- Χρηματοδότηση- Τεχνολογία»* Εκδ. Γνώση, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.3. ΠΗΓΕΣ ΕΣΟΔΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ				
	1987	1988	1989	1990 *
Κρατικός Προϋπολογισμός	29,4	31,8	33,8	26,3
Κοινωνική Ασφάλιση	31,8	31,5	30,8	31,8
Ιδιωτικές Πληρωμές	38,7	36,7	35,4	41,7

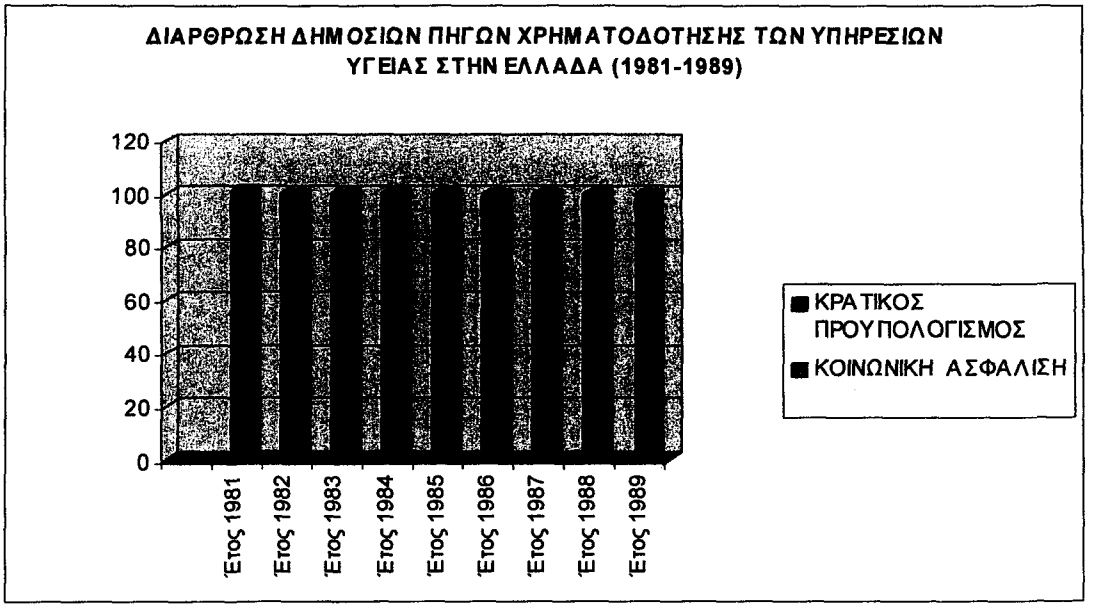
Πηγή : Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) "Οργάνωση και Χρηματοδότηση" σελ. 79, στο «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.
*Η πτώση της συνεισφοράς της γενικής φορολογίας το 1990, θεωρείται ως αποτέλεσμα της γενικότερης αναστάτωσης που προκάλεσαν οι εκλογικές αναμετρήσεις της περιόδου 1989-1990.



Όσο αφορά στην διάρθρωση των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, είναι εμφανής η σταδιακή υποκατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης και η αύξηση της συμβολής του κρατικού προϋπολογισμού (πίνακας 2.3.4.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.4. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1981-1989)		
ΕΤΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ
Έτος 1981	56,3	44,7
Έτος 1982	50,1	49,9
Έτος 1983	51	49
Έτος 1984	50,8	49,2
Έτος 1985	48,5	51,5
Έτος 1986	45,9	54,1
Έτος 1987	46,2	53,8
Έτος 1988	41,7	58,3
Έτος 1989	40,2	59,8

Πηγή : Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1991) "Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα" σελ. 61, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.



Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφέρουμε, πως το φαινόμενο αυτό και γενικότερα η διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας, συνδέεται και με την ικανοποίηση του κριτηρίου της ισότητας, αφού επηρεάζει σημαντικά τα αναδιανεμητικά αποτελέσματα της υγείας. Το θέμα λοιπόν που προκύπτει, είναι κατά πόσο οι πληρωμές για υπηρεσίες υγείας συνδέονται με τις διακυμάνσεις των εισοδημάτων ή αλλιώς σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται η προοδευτικότητα των πηγών χρηματοδότησης σε σχέση με τις πληρωμές αυτές. [120]

Ενώ όμως οι ασφαλιστικές εισφορές έστω και μερικώς έχουν έναν αναλογικό χαρακτήρα σε σχέση με το εισόδημα, [121] η κυριαρχία των έμμεσων φόρων στο ελληνικό φορολογικό σύστημα (πίνακας 2.3.5.), δημιουργεί σημαντικές ανισότητες στην κατανομή του φορολογικού βάρους, ενώ και ο πραγματικός φορολογικός συντελεστής θεωρείται αντίστροφα προοδευτικός. [122] Έτσι, με δεδομένη την παραοικονομία η οποία ουσιαστικά οδηγεί στα παραπάνω φαινόμενα της διατήρησης των έμμεσων φόρων σε υψηλά επίπεδα και της επιβάρυνσης των μισθωτών και των συνταξιούχων μέσω της άμεσης

[120] Σχετικά με την αναγκαιότητα του σχεδιασμού της χρηματοδότησης και της τιμολογιακής πολιτικής στις δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμούς, με τρόπο που θα λαμβάνει υπόψη του τις επιπτώσεις στη διανομή του εισοδήματος και θα λειτουργεί σαν αναδιανεμητικό εργαλείο, βλ. Feldstein M.-S. (1972) *«Distributional Equity and the Optimal Structure of Public Sector Prices»* σελ. 32-36, American Economic Review.

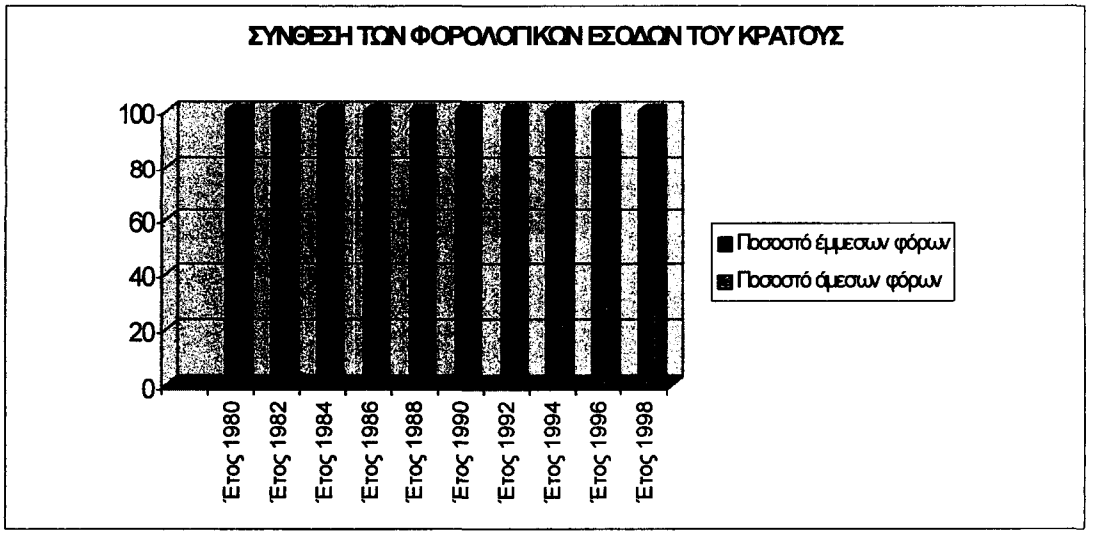
[121] Συγκεκριμένα ο Προβόπουλος εκτιμά πως «οι εργατικές ασφαλιστικές εισφορές έχουν αναλογική διαμόρφωση (proportionality) μέχρι το ύψος του ανώτατου ορίου ασφαλιστέων αποδοχών αλλά αντίστροφα προοδευτική κλιμάκωση (regressivity) πέρα από αυτό». Σημειώνει βέβαια πως ο κύριος όγκος των μισθωτών έχει αμοιβές κάτω από το ανώτατο όριο ασφαλιστέων αποδοχών και συνεπώς η αντίστροφη προοδευτικότητα των εισφορών αφορά σε έναν μικρό σχετικά αριθμό μισθωτών. Βλ. Προβόπουλος (1987) *«Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές Όψεις του Χρηματοδοτικού Προβλήματος»* σελ. 133-137, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[122] Ο Αγαπητός υπολογίζει πως η επιβάρυνση των μισθωτών υπηρεσιών υπερβαίνει το 60 %, των συνολικών εσόδων του κράτους από τη φορολογία. Αναλυτικότερα για την διάρθρωση των φορολογικών εσόδων του κράτους και την κατανομή του φορολογικού βάρους στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, βλ. Αγαπητός Γ. (1997) *«Εξελίξεις και διαρθρωτικά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας»* σελ. 214-224, Εκδ. «Το Οικονομικό», Αθήνα.

φορολογίας, διαπιστώνουμε πως μάλλον δεν πραγματοποιείται στην χώρα μας η προοδευτική φορολογία του εισοδήματος, ούτε επιτυγχάνεται η αναδιανομή του από τα πλουσιότερα προς τα ασθενέστερα στρώματα.

Στα πλαίσια αυτά και λαμβάνοντας υπόψη μας τα τελικά μικρά αναδιανεμητικά αποτελέσματα των ασφαλιστικών εισφορών, συμπεραίνουμε πως ο υφιστάμενος τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας με κύριο χαρακτηριστικό την αυξημένη συμμετοχή του δημόσιου προϋπολογισμού, δεν οδηγεί σε ικανοποιητικά αναδιανεμητικά αποτελέσματα. [123]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.5. ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΣΟΔΩΝ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ		
ΈΤΟΣ	**Ποσοστό άμεσων φόρων**	**Ποσοστό έμμεσων φόρων**
Έτος 1980	31,7	68,3
Έτος 1982	32	68
Έτος 1984	29,8	70,2
Έτος 1986	35,1	64,9
Έτος 1988	26,5	73,5
Έτος 1990	26,3	73,7
Έτος 1992	29,0	71
Έτος 1994	33,9	66,1
Έτος 1996	35,0	65
Έτος 1998	37,9	62,1
Πηγή : Αγαπητός Γ. (1997) "Εξελίξεις και διαρθρωτικά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας (1950-1993) σελ. 213, Εκδ. "Το Οικονομικό", Αθήνα.		
"Επιλογή" Μηνιαία Οικονομική Επιθεώρηση, σελ. 118, Οκτώβριος 1999, Αθήνα.		



[123] Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 84-85, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και η Φέτση, η οποία με τη σειρά της επισημαίνει το μικρό αναδιανεμητικό αποτέλεσμα της συνολικής επιβάρυνσης του προσωπικού φόρου εισοδήματος και των ασφαλιστικών εισφορών. Βλ. Φέτση Α. (1990) *«Η αναδιανεμητική μ επίπτωση του δημόσιου τομέα στην κατανομή του εισοδήματος των νοικοκυριών»* σελ. 190-194, στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 73^{A}, καλοκαίρι 1990, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

3.5.1.1. Ο Κρατικός Προϋπολογισμός.

Όπως προαναφέραμε, η γενική φορολογία άρχισε να συμμετέχει ολοένα και περισσότερο στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από την δεκαετία του '70 και ειδικότερα, όταν η έντονη κρατική παρέμβαση στον χώρο της υγείας, εκφράστηκε με την πολιτική του κλειστού νοσηλίου και την καθήλωσή του σε χαμηλές τιμές. Με δεδομένο όμως το ότι τα νοσήλια πρέπει να αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων των νοσοκομείων, η πολιτική αυτή δημιούργησε σημαντικά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία, αφού για παράδειγμα το 1989, τα έσοδά τους από νοσήλια, δεν ξεπερνούσαν στην καλύτερη περίπτωση το 20% του συνολικού τους προϋπολογισμού, με αποτέλεσμα στο σύνολό τους, να χρηματοδοτούνται κατά 74,3% από τον κρατικό προϋπολογισμό (πίνακας 2.3.6.). [124]

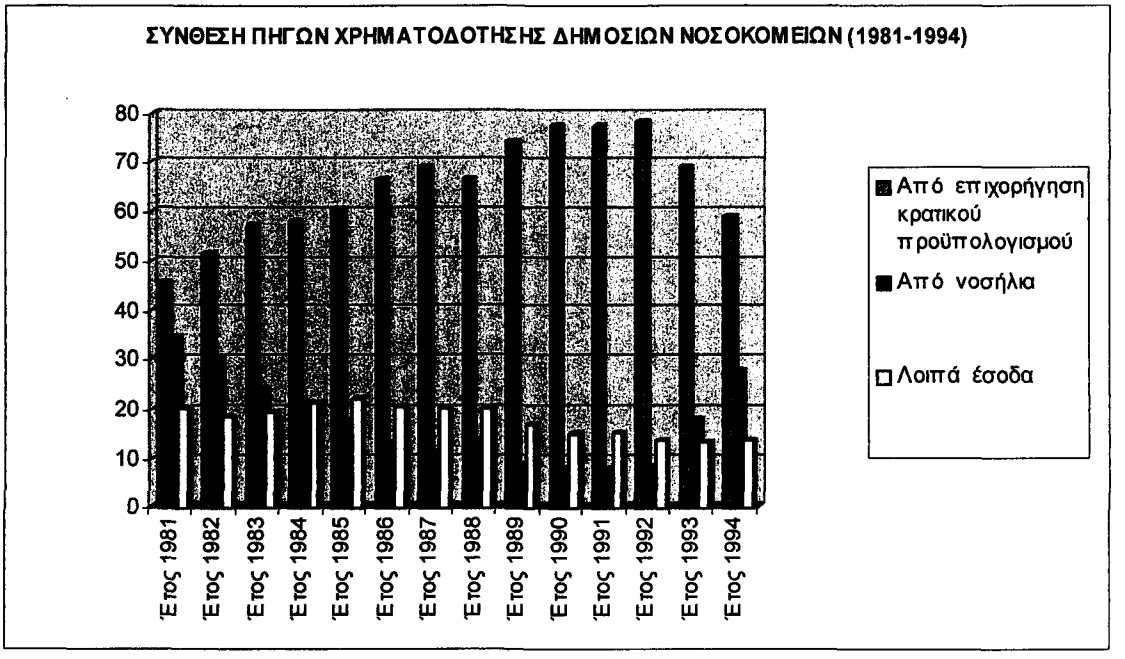
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.6. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΗΓΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (1981-94)

Έτος	Από επιχορήγηση κρατικού προϋπολογισμού	Από νοσήλια	Λοιπά έσοδα
Έτος 1981	45,5	34,4	20,1
Έτος 1982	51,4	30,1	18,5
Έτος 1983	57	23,8	19,2
Έτος 1984	57,9	21	21,1
Έτος 1985	60,4	17,7	21,9
Έτος 1986	66,5	13,2	20,3
Έτος 1987	68,8	11,2	20
Έτος 1988	66,5	13,5	20
Έτος 1989	74,3	8,8	16,9
Έτος 1990	77,4	7,7	14,9
Έτος 1991	77,2	7,7	15,1
Έτος 1992	78,1	8,4	13,5
Έτος 1993	69	17,8	13,2
Έτος 1994	58,9	27,7	13,4
Πηγή : Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί 1981-1994			

Ενώ όμως η πολιτική αυτή στόχευε κυρίως στην μείωση των εσόδων του ιδιωτικού τομέα, [125] ουσιαστικά οδήγησε - λόγω της ανακολουθίας μεταξύ του πραγματικού και του καθορισμένου από το Υπουργείο Υγείας και την Επιτροπή

[124] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 54-56, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[125] Η εμμονή των κυβερνήσεων της περιόδου 1981-1989 να κρατούν το ύψος του κλειστού νοσηλίου σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από το πραγματικό κόστος, αποδίδεται στην προσπάθειά τους να περιορίσουν τον επίσημο δείκτη τιμών καταναλωτή, να επιτύχουν την λογιστική ισορροπία στους προϋπολογισμούς των ταμείων και να περιορίσουν τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Βλ. Πολύζος Ν. (1994) *«Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Περίθαλψη»* σελ. 157, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.



Τιμών και Εισοδημάτων του Υπουργείου Εμπορίου νοσηλίου (πίνακας 2.3.7.) - στην δημιουργία ελλειμάτων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, των οποίων την κάλυψη ανέλαβε το κράτος, μέσα από την διευρυμένη πλέον εμπλοκή του στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων. [126] Η εμπλοκή αυτή, εκφράστηκε μετά την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. και την ένταξη σε αυτό όλων των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσηλευτικών ιδρυμάτων τα οποία μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ, με την ανάληψη από το κράτος της κάλυψης των εξόδων μισθοδοσίας των νοσοκομείων. [127]

Η παρέμβαση βέβαια του κράτους στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων, δεν περιορίζεται μόνο στην κάλυψη των αμοιβών του προσωπικού, αλλά επεκτείνεται και στην κάλυψη των λειτουργικών τους δαπανών, αφού όπως δείξαμε οι αυξήσεις που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στο ημερήσιο νοσήλιο, δεν μπόρεσαν να προσεγγίσουν το αντίστοιχο πραγματικό κόστος. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού στην χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων, παραμένει σταθερά πάνω από το 70% παρουσιάζοντας μάλιστα αυξητικές τάσεις. Με δεδομένα λοιπόν τα παραπάνω, μπορούμε να υποστηρίξουμε πως για την χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, εφαρμόζεται ουσιαστικά ένα σύστημα που τείνει να εξελιχθεί σε μοντέλο σφαιρικού προϋπολογισμού, απ' το οποίο όμως απουσιάζουν οι κανόνες, τα κριτήρια και οι συγκεκριμένες διαδικασίες λειτουργίας του. [128]

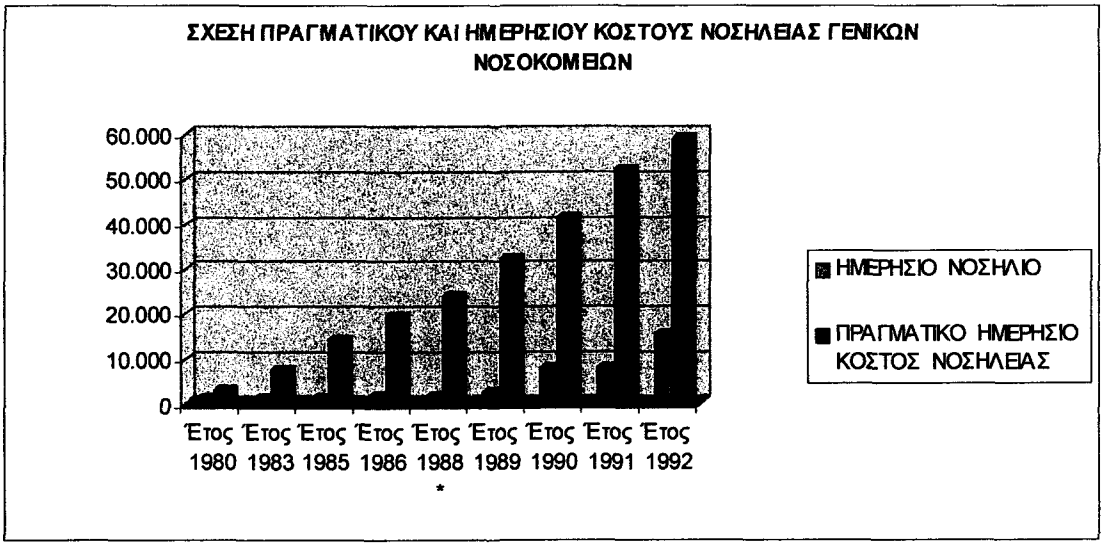
---

[126] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 213, Αθήνα.

[127] Σε αυτό συνέβαλε βέβαια και η ανάληψη από το κράτος της αρμοδιότητας σχετικά με τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού, στα πλαίσια του συνολικού κεντρικού προγραμματισμού που εκφράστηκε με την συγκρότηση του ΚΕΣΥ. Βλ. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 57, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[128] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991), *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 57, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.7. ΣΧΕΣΗ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ Γ' ΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ			
ΕΤΟΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ
Έτος 1980	1.430	2.876	49,7
Έτος 1983	1.430	7.356	19,4
Έτος 1985	1.430	13.945	10,3
Έτος 1986	1.790	19.313	9,3
Έτος 1988 *	1.790	23.799	7,5
Έτος 1989	2.480	32.252	7,7
Έτος 1990	8.000	41.621	19,2
Έτος 1991	8.000	51.957	15,4
Έτος 1992	15.500	59.000	26,3
* από το 1988, το κόστος αφορά μόνο στα Γενικά Νοσοκομεία.			
Πηγή : α)Μπάκας Ε. (1989) "Η εξέλιξη του νοσηλίου στα νοσοκομεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα" Πτυχιακή εργασία Δ.Μ.Υ.Π., ΤΕΙ Αθήνας.			
β)Απολογιστικά οικονομικά στοιχεία γενικών νοσοκομείων ΥΥΠΚΑ (1988-1992) στο Θεοδώρου Μ., Σαρρής Σ. , Σούλης Σ. (1996) "Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα" σελ. 214, Αθήνα.			



Οι πόροι βέβαια που διατίθενται για την υγεία μέσα από την γενική φορολογία, αφορούν όχι μόνο στην κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών (μισθοδοσία, τρέχοντα λειτουργικά έξοδα κ.λ.π.) των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας αλλά και σε δαπάνες για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για έρευνα και εκπαίδευση, για την δημόσια υγεία, για την κεντρική διοίκηση και για τις επιχορηγήσεις των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που εμφανίζουν ελλείμματα. [129]

Σχετικά με την τελευταία κατηγορία δαπανών, σημειώνουμε πως τα κεφάλαια που αντλούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό για την Δημόσια Ασφάλιση υγείας - με δεδομένη την κάλυψη της περίθαλψης των δημοσίων

[129] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 297, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

υπαλλήλων και τις επιχορηγήσεις για τον ΟΓΑ [130] - είναι πολύ σημαντικά και υπολογίζεται πως αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των δημοσίων δαπανών υγείας (πίνακας 2.3.8.).[131]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.8. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 1988-92 (εκατ. δρχ, τρέχ. τιμές).

	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	1988	1989	1990	1991	1992
ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	Δαπάνες υγείας Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων	66.664	97.518	69.341	69.384	84.495
	Δαπάνες Υγείας από τις Νομαρχίες	119.372	172.791	269.514	326.144	365.088
	Δημόσιες Επενδύσεις	10.873	9.824	11.744	16.866	26.635
	ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ	**196.909**	**280.133**	**350.599**	**412.394**	**476.218**
	Ποσοστό επί του συνόλου των δημοσίων δαπανών υγείας	**56,6**	**59,4**	**61,7**	**59,4**	**56,8**
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	Δαπάνες υγείας Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης	154.361	194.444	221.428	285.302	366.118
	Ποσοστό επί του συνόλου των δημοσίων δαπανών υγείας	**43,4**	**40,6**	**38,3**	**40,6**	**43,2**
	ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	**355.895**	**480.105**	**578.301**	**704.331**	**849.002**

Πηγές: Κρατικοί Προϋπολογισμοί, Απολογισμοί των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί και εκτιμήσεις των Καρόκη Α., Σισσούρα Α. στο "Οργάνωση και Χρηματοδότηση" σελ. 85, ΥΥΠΚΑ (1994) "Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας" Αθήνα.

*Επισημαίνεται, πως τα παραπάνω στοιχεία διαφοροποιούνται από τα αντίστοιχα των Εθνικών Λογαριασμών, οι οποίοι θεωρείται πως υποεκτιμούν τις δημόσιες δαπάνες υγείας στο σύνολό τους.

3.5.1.2. Η Κοινωνική Ασφάλιση.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα στη χώρα μας, είναι η

[130] Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) *«Οργάνωση και Χρηματοδότηση»* σελ. 66, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

[131] Σούλης Σ. (1998)) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 298, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

κοινωνική ασφάλιση και πιο συγκεκριμένα, οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών. Βέβαια όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι περισσότεροι από τους οργανισμούς αυτούς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασφαλιστικών κινδύνων, ενώ στα μεγαλύτερα ταμεία η κάλυψη των αναγκών υγείας γίνεται από τους κλάδους ασθένειας, οι οποίοι συνιστούν έναν από τους διαφορετικούς κλάδους του ίδιου οργανισμού. [132]

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση της διαδικασίας χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από την κοινωνική ασφάλιση, θεωρείται αναγκαία μια συνοπτική αναφορά στην διάρθρωση και τις πηγές των εσόδων των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης, ώστε να γίνουν αντιληπτά τα αίτια των ελλειμμάτων των περισσότερων από αυτούς, τα οποία σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, [133] οδήγησαν το σύστημα στην σημερινή του κρίση.

Σημειώνεται επίσης, πως τα ελλείμματα αυτά των ασφαλιστικών ταμείων καθιστούν με την σειρά τους ιδιαίτερα προβληματική την συμμετοχή τους στην χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, η οποία χαρακτηρίζεται από αδυναμία πληρωμών των φορέων υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος ελλειμμάτων, ο οποίος περιλαμβάνει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα νοσοκομεία και κατ' επέκταση τους προμηθευτές τους. [134]

Το μεγαλύτερο λοιπόν τμήμα των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα μας προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, με ποσοστό συνεισφοράς όμως, το οποίο διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς (πίνακας 2.3.9.). [135] Μια ακόμη διαφοροποίηση στις πηγές χρηματοδότησης των ασφαλιστικών φορέων, συνίσταται στην συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού, ο οποίος σε μερικά ταμεία (π.χ. ΟΓΑ), καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών, σε αντίθεση με ταμεία όπως το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ, όπου οι κύριες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από τις εισφορές.

Όπως συμβαίνει και με τις υπηρεσίες υγείας, η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στην χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης εμφανίζει τα τελευταία χρόνια αυξητικές τάσεις, λόγω της αναγκαιότητας για κάλυψη των ελλειμμάτων που εμφανίστηκαν κυρίως στους κλάδους συντάξεων των ασφαλιστικών ταμείων (πίνακας 2.3.10.). Η συσσώρευση των ελλειμμάτων στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία από τα μέσα της δεκαετίας του '80, αποδίδεται σε μια σειρά από παράγοντες όπως :

---

[132] Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) *«Οργάνωση και Χρηματοδότηση»* σελ. 78, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

[133] Για τα γενικότερα αίτια της κρίσης της κοινωνικής ασφάλισης στις περισσότερες χώρες, καθώς και για τα φαινόμενα που οδήγησαν σε αδιέξοδο το σημερινό σύστημα στη χώρα μας, βλ. Σολωμός Γ. (1999) *«Η Κοινωνική Ασφάλιση σε Μετάβαση. Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998»* σελ. 29-33, Εκδ. «Νέα Σύνορα», Αθήνα.

[134] Νιάκας Δ. (1995) *«Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας»* σελ. 25, Εισήγηση στο Σεμινάριο του Ινστιτούτου Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής *«Πολιτική για την Υγεία. Οργάνωση-Χρηματοδότηση-Τεχνολογία»* Εκδ. Γνώση, Αθήνα.

[135] Μάρδας Γ. (1993) *«Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης»* σελ. 169-170, Εκδ. Το Οικονομικό, Αθήνα. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό του 1996 (σελ. 61-62), το ποσοστό της εισφοράς των μισθωτών επί των αποδοχών τους κυμαίνεται : α)για κύρια σύνταξη από 6,67%-11% , β)για επικουρική σύνταξη από 2%-9% , γ)για ασθένεια από 1%-4% και δ)για εφάπαξ παροχή από 0,4%-8%. Η εργοδοτική εισφορά, κυμαίνεται : α) για κύρια σύνταξη από 13,33%-28,7% , β)για επικουρική σύνταξη από 2%-9% , γ)για ασθένεια από 2%-12,5% και δ)για εφάπαξ παροχή από 0,4%-6%.

α)οι δημογραφικές εξελίξεις.
β)η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης.
γ)η αύξηση των επιδομάτων.
δ)η αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.9. ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ						
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΜΙΣΘΩΤΩΝ (% ΕΠΙ ΤΟΥ ΜΙΣΘΟΥ)					
	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ			ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ		
ΤΑΜΕΙΑ/ΚΛΑΔΟΙ	ΚΛΑΔΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΚΛΑΔΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΚΛΑΔΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΚΛΑΔΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
ΙΚΑ	6,67		2,55	13,33		5,10
ΔΗΜΟΣΙΟ		4,00	2,55			
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ	11,00	3,00		23,20	1,80	
ΙΟΝΙΚΗ-ΛΑΪΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ	11,00	3,00	3,00	28,70	1,80	5,10
ΕΤΒΑ	11,00	4,00	3,00	23,20	2,80	5,10
ΟΤΕ	11,00		2,55	24,40		5,10
ΤΑΞΥ		2,00	4,00		2,00	5,10
ΔΕΗ	11,00	4,00	2,50	22,00	2,00	5,00
ΗΣΑΠ	11,00		3,00	25,00		6,25
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ					
	ΚΛΑΔΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ			ΚΛΑΔΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ		
ΤΕΒΕ	10 ασφ.κλάσεις έως 31/12/92, 6.270-59.700/μήνα. 14 ασφ.κλάσεις από 1/1/93, 27.800-113.700/μήνα.			10 ασφ.κλάσεις έως 31/12/92, 7.430-12.700/μήνα. 14 ασφ.κλάσεις από 1/1/93, 6.772-27.735/μήνα.		
ΤΑΜΕΙΟ ΕΜΠΟΡΩΝ	3 ασφ.κλάσεις έως 31/12/92, 27.600-42.600/μήνα.14 ασφ.κλάσεις από 1/1/93,33.400-136.600/μήνα.			έως 31/12/92, 8.600/μήνα. 14 ασφ.κλάσεις από 1/1/93, 8.900-11.100/μήνα.		
ΤΣΑΥ	16.764/μήνα από ελεύθερους επαγγελματίες (για τα πρώτα 5 έτη) 27.939/μήνα (για μετά τα 5 έτη). α)13,33% εργοδότες, β)όπως παραπάνω για τους εμμίσθους, γ)εισφορά νέων ασφαλισμένων από 1/1/93 (16.813 ελεύθεροι επαγγελματίες, 6,67% έμμισθοι).			9.010/μήνα από ελεύθερους επαγγελματίες. α)4,3% εργοδότες, 2,15-5% ασφαλισμένοι (έμμισθοι), β)εισφορά συνταξιούχων 2% επί της σύνταξης (4% από 1/1/93).		
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΤΩΝ					
ΟΓΑ	7 ασφ. κλάσεις : 1.440, 1.785, 2.148, 2.650, 3.156, 3.659, 4.161. Εισφορά ασφαλισμένου 1,5% (Ν. 2458/97).					
Πηγή :Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1996						

Ενώ λοιπόν τα ελλείμματα των κλάδων συντάξεων των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτονταν από την συνεχή αύξηση των κρατικών επιχορηγήσεων, για τους κλάδους υγείας, η κυβέρνηση προσανατολίστηκε σε μια πολιτική χαμηλών

αμοιβών για τους παραγωγούς των υπηρεσιών (ιατρούς-νοσοκομεία), διατηρώντας έτσι τον πλεονασματικό χαρακτήρα των κλάδων αυτών (πίνακας 2.3.11.).[136]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.10. ΠΗΓΕΣ ΕΣΟΔΩΝ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ						
ΠΗΓΕΣ ΕΣΟΔΩΝ	1988		1989		1990	
	σε εκ. δρχ., τρέχ. Τιμές	ποσοστό επί του συνόλου των εσόδων	σε εκ. δρχ., τρέχ. Τιμές	ποσοστό επί του συνόλου των εσόδων	σε εκ. δρχ., τρέχ. Τιμές	ποσοστό επί του συνόλου των εσόδων
Εισφορές Εργοδοτών	373.406	32,07	424.865	29,10	488.595	29,37
Εισφορές Εργαζομένων	373.183	32,05	512.183	35,08	595.000	35,76
Εισφορά ΟΤΑ	87.038	7,47	94.244	6,46	97.731	5,87
Έσοδα από εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων	64.020	5,50	91.675	6,28	93.000	5,59
Λοιπά έσοδα	21.866	1,88	24.617	1,69	27.079	1,63
Κρατική Επιχορήγηση	244.909	21,03	312.396	21,40	362.406	21,78
ΣΥΝΟΛΟ	1.164.422	100,00	1.459.980	100,00	1.663.811	100,00
Πηγή : Εθνικοί Λογαριασμοί, ίδιοι υπολογισμοί.						

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.11. ΠΗΓΕΣ ΕΣΟΔΩΝ* ΤΩΝ ΚΛΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ						
ΠΗΓΕΣ ΕΣΟΔΩΝ	**1985**	**1986**	**1987**	**1988**	**1989**	**1990**
Εισφορές εργοδοτών	47.934	54.761	63.400	75.177	81.528	113.121
Εισφορές εργαζομένων	56.402	64.994	72.884	87.437	112.940	132.143
Εισφορές κοινοτήτων	72	92	110	138	4.210	11.052
Κρατικές επιχορηγήσεις	4.921	7.270	6.699	8.615	41.842	46.067
Εισόδημα από περιουσιακά στοιχεία	4.476	5.467	8.154	6.967	7.132	13.059
Λοιπά έσοδα	793	614	640	862	996	776
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	**114.598**	**133.198**	**151.887**	**179.196**	**248.648**	**316.218**
ΔΑΠΑΝΕΣ	93.730	108.550	124.311	147.553	186.444	211.422
ΠΛΕΟΝΑΣΜΑ	**20.868**	**24.648**	**27.576**	**31.643**	**62.204**	**104.796**
Πηγή : Απολογισμοί των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (1985-1990), ίδιοι υπολογισμοί.						
*σε εκατ. δρχ. και τρέχουσες τιμές.						

Από το 1992 όμως κι έπειτα, λόγω της αύξησης των νοσηλίων που πληρώνουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στα δημόσια και ιδιωτικά συμβεβλημένα νοσοκομεία (πίνακας 2.3.12.), άρχισαν να εμφανίζονται ελλείμματα και στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία καλείται πλέον

[136] Πολύζος Ν. (1994) *«Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη»* σελ. 157, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

να επιχορηγήσει το κράτος, όπως συμβαίνει και με τους κλάδους συντάξεων. Επισημαίνουμε βέβαια, πως ανεξάρτητα από τις μεγάλες αυξήσεις οι οποίες συντελέστηκαν στα νοσήλια στην δεκαετία του '90, η σύγκρισή τους με το πραγματικό κόστος οδηγεί σε αντίστοιχα με το παρελθόν αποτελέσματα, τα οποία σηματοδοτούν την χρηματοδοτική ανισορροπία του συστήματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.12. ΥΨΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ Γ΄ ΘΕΣΗΣ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ					
1985	**1986**	**1989**	**1990**	**1993**	**1998**
1.430	1.790	2.480	8.000	15.500	20.000*
*για νοσηλεία στον Παθολογικό τομέα (Χειρουργικός τομέας 25.000 δρχ).					
Πηγή : α)Πολύζος Ν. (1994) *«Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Περίθαλψη»* σελ. 159, στο *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, β)ΦΕΚ 49, 5 Φεβρουαρίου 1993, γ)ΦΕΚ 99, 10 Φεβρουαρίου 1998.					

Τα ελλείμματα λοιπόν που εμφάνισαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών από τις αρχές του 1993 (πίνακας 2.3.13.) οφείλονται κυρίως στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου, αρχικά τον Ιούνιο του 1992 και στη συνέχεια τον Φεβρουάριο του 1993, η οποία αποτελούσε την έκφραση ενός γενικότερου σχεδίου για την μείωση της συμμετοχής του κράτους στην νοσοκομειακή χρηματοδότηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.13. ΕΣΟΔΑ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΩΝ ΚΛΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑ ΚΑΙ ΤΕΒΕ 1990,1993					
		ΙΚΑ		ΤΕΒΕ	
		1990	**1993**	**1990**	**1993**
ΕΣΟΔΑ	Εισφορές εργοδοτών	76.766	86.927	11.667	23.013
	Εισφορές εργαζομένων	100.533	139.706		
	Εισφορές κοινοτήτων	1.527	21.800		
	Κρατικές επιχορηγήσεις				
	Εισόδημα από εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων	1.000	404	344	72
	Λοιπά έσοδα	177	5.797		
	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	**180.003**	**254.634**	**12.011**	**23.085**
ΔΑΠΑΝΕΣ	Ιατρική φροντίδα	32.190	43.000	5.667	5.539
	Νοσοκομειακή φροντίδα	26.914	76.320	1.600	5.500
	Φαρμακευτική φροντίδα	37.580	82.000	2.240	6.560
	Οδοντιατρική φροντίδα	1.774	350		
	Οπτικά και άλλα βοηθήματα	7.597	12.610		149
	Λοιπές δαπάνες		1.000	240	5.593
	Επιδόματα	27.445	44.020	1.167	1.351
	ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ	**133.500**	**259.300**	**10.914**	**24.692**
Πηγές :α)Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1993, β)Απολογισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης 1988-1993, γ)εκτιμήσεις των Καρόκη Α. , Σισσούρα Α. (1994) «Οργάνωση και Χρηματοδότηση» σελ. 83, στο «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας.Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, δ)ίδιοι υπολογισμοί.					
*σε εκατομ. Δραχμές και τρέχουσες τιμές					

Η κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών, επιδιώχθηκε μέσα από αύξηση των εισφορών [137] (1990-1992) η οποία επιβεβαίωνε για μια ακόμη φορά τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ύψος της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων σε διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία.

Όσο αφορά στις παροχές των κλάδων υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, μπορούμε να διακρίνουμε επίσης σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το εύρος και την διαδικασία των παροχών, αλλά και ως προς την κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασφαλισμένο (πίνακας 2.3.14).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.14. ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ (1995)

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡ/ΨΗ	ΦΑΡΜΑΚ. ΠΕΡ/ΨΗ	ΝΟΣΟΚΟΜ. ΠΕΡ/ΨΗ	ΟΔΟΝΤ. ΠΕΡ/ΨΗ	ΠΡΟΣΘΕΤΗ	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ
ΙΚΑ	11.369	24.899	21.682	10.924	3.661	573	**73.108**
ΟΓΑ	252	34.599	43.300				**78.151**
ΤΕΒΕ	9.939	13.715	10.830		450	8.458	**43.392**
ΤΑΕ	1.271	3.271	8.997			20	**13.559**
ΔΗΜΟΣΙΟ							**98.500**
ΤΡΑΠΕΖΕΣ**	33.906	35.264	34.533	7.777	14.417		**125.897**
ΟΤΕ	37.196	26.568	23.912	12.620	9.963		**110.259**
ΔΕΗ	35.804	34.408	25.316	8.850			**104.378**
ΟΣΕ	11.581	26.854	17.902	4.475		2.046	**62.858**
ΤΣΜΕΔΕ	22.482	21.383	32.075	9.719	680		**86.339**
ΤΑΞΥ	34.388	22.175	14.192	5.322	7.096		**83.173**
ΝΑΤ	32.735	41.176	35.294	2.058	2.941		**114.204**
ΤΣΑΥ	1.902	33.294	32.343	2.187		11.419	**81.145**

*σε δραχμές

**Εθνική, Πίστεως, Γενική, American Express, Αγροτική, Εμπορική, Ιονική-Λαϊκή, ΕΤΒΑ, Τράπεζα Ελλάδος.

Πηγή : Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1996, ίδιοι υπολογισμοί.

Γενικά, οι παροχές αυτές διακρίνονται σε παροχές σε είδος - οι οποίες περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική και μέρος της οδοντιατρικής περίθαλψης - και σε παροχές σε χρήμα, οι οποίες αφορούν στην χορήγηση διαφόρων χρηματικών επιδομάτων. Οι παροχές σε είδος, χορηγούνται μέσα από τους παρακάτω μηχανισμούς [138] :

[137] Για παράδειγμα με τον νόμο 2084/92 όπου καθιερώθηκε από 1/1/93 η τριμερής χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης (εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και κράτους) για τους νέους εργαζόμενους, οι εισφορές για την ασθένεια στο ΙΚΑ από 6,45% (2,15% για τους εργαζόμενους και 4,30% για τους εργοδότες) αναπροσαρμόστηκαν σε 2,55% για τους εργαζόμενους, και 5,10% για τους εργοδότες, ενώ για τους νέους εργαζόμενους, προβλέπεται κρατική συμμετοχή ίση με 3,80% επί των αποδοχών τους. Βλ. Νιάκας (1994) *«Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνωμόνων»* σελ. 115-116, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα.

[138] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 217-219, Αθήνα.

α)Προσφυγή του ασφαλισμένου στην υπηρεσίες του ΕΣΥ, μέσω των οποίων παρέχονται υπηρεσίες όλων των βαθμίδων. Η αμοιβή των φορέων στην περίπτωση της νοσοκομειακής – κλειστής περίθαλψης γίνεται με βάση ένα καθορισμένο ημερήσιο νοσήλιο (για το ύψος του οποίου βλ. προηγούμενη αναφορά), ενώ για τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πχ διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων),τα ταμεία αναλαμβάνουν και πληρώνουν στα νοσοκομεία το κόστος των υπηρεσιών κατά πράξη, σύμφωνα με το καθορισμένο από τα Υπουργεία Εμπορίου και Υγείας κρατικό τιμολόγιο.

β)Κάλυψη των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων από την υγειονομική υποδομή των ίδιων των ταμείων, η οποία όμως αφορά κυρίως σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Σημειώνεται πως η περίπτωση αυτή αφορά κυρίως στο ΙΚΑ το οποίο διαθέτει μια αξιόλογη υποδομή υπηρεσιών μέσω των πολυϊατρείων του, αλλά και σε άλλα μικρότερα ταμεία όπως το ΤΥΠΕΤ, το ΤΑΠΟΤΕ κλπ. Οι δαπάνες των φορέων σχετικά με την χρηματοδότηση των υπηρεσιών που παρέχονται στα πλαίσια της δικής τους υποδομής, καλύπτουν κυρίως έξοδα μισθοδοσίας, δαπάνες κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής, καθώς και λειτουργικές δαπάνες.

γ)Η τρίτη μορφή παροχών -η οποία τα τελευταία χρόνια απορροφά ένα ιδιαίτερα μεγάλο τμήμα των πόρων των ασφαλιστικών ταμείων -αφορά σε υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι συμβάλλονται με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για την παροχή όλων των ειδών περίθαλψης στους ασφαλισμένους. Έτσι, οι φορείς αυτοί μπορεί να είναι ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα, νοσοκομεία, κλινικές , ή φαρμακεία και αμείβονται με τον ίδιο τρόπο και το ίδιο τιμολόγιο, το οποίο ισχύει και στην περίπτωση των φορέων του ΕΣΥ (με βάση το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο για την νοσοκομειακή και κατά πράξη σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη).

Στο σημείο αυτό επισημαίνεται πως πολλές φορές, κατά την παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους από ιδιωτικούς συμβεβλημένους με το ταμείο φορείς, προκύπτουν επιπλέον δαπάνες, οι οποίες επιβαρύνουν τον ίδιο τον ασφαλισμένο. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται τόσο στις αυτονόητες οικονομικές επιδιώξεις των φορέων υγείας ιδιωτικών συμφερόντων, όσο και στην ουσιαστική διαφορά που υπάρχει μεταξύ του κρατικού τιμολογίου και του πραγματικού κόστους - και κατ' επέκταση της τιμής - . Μάλιστα η διαφορά αυτή δεν αφορά μόνο στις νοσηλευτικές μονάδες (βλ. ενδεικτικά την σύγκριση του πραγματικού ημερήσιου κόστους νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία με το ημερήσιο νοσήλιο – πίνακας 2.3.7.), αλλά και στα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, όπου παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ του κρατικού τιμολογίου και των τιμών που ισχύουν στην αγορά (πίνακας 2.3.15). [139] Η κατηγορία αυτή

[139] Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το πραγματικό κόστος ανά εξέταση στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, κυρίως λόγω της εξάρτησής του από μια σειρά από παράγοντες όπως η ροή των εξετάσεων, η ανάπτυξη αυτόνομων εργαστηρίων ή η συνεργασία με εργαστήρια αναφοράς, το δίκτυο των συνεργατών ιατρών, οι αμοιβές διαμεσολάβησης, τα διαθέσιμα τμήματα, ο αριθμός των συμβεβλημένων φορέων κλπ. Από τα στοιχεία του πίνακα, προκύπτουν δύο κυρίως συμπεράσματα : α)για τις απλές εξετάσεις η κρατική τιμή υπολείπεται κατά πολύ του ιδιωτικού μέσου όρου, γεγονός που κυρίως αποδίδεται στην αυξημένη προσφορά τέτοιων υπηρεσιών τόσο από ιδιωτικούς όσο και από δημόσιους φορείς (Νοσοκομεία ΕΣΥ, Πολυϊατρεία Ασφαλιστικών Ταμείων, κλπ) και β)για τις σύνθετες εξετάσεις η διενέργεια των οποίων προϋποθέτει την ύπαρξη σύγχρονης - και πολυδάπανης - βιοϊατρικής τεχνολογίας, παρατηρούνται

των επιπλέον δαπανών, επιβαρύνει τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και συνεπώς κατατάσσεται στις ιδιωτικές πληρωμές τις οποίες θα εξετάσουμε αμέσως παρακάτω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.15. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ & ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΤΙΜΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	% ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	3.950	980	**75,19**
ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ	4.000	1.530	**61,75**
P.S.A.	23.550	14.280	**39,36**
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ F/P	12.050	2.760	**77,10**
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΗΠΑΤΟΣ - ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	14.150	4.970	**64,88**
TRIPLEX ΚΑΡΔΙΑΣ	31.700	25.000	**21,14**
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	103.000	80.740	**21,61**
ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	31.900	24.230	**24,04**
Πηγή : ΦΕΚ, Αδημοσίευτα στοιχεία Διαγνωστικών κέντρων *, Ιδιοι υπολογισμοί.			
*τα στοιχεία αφορούν σε 25 Διαγνωστικά Κέντρα στο λεκανοπέδιο της Αττικής (δεδομένα 1999).			

3.5.1.3. Οι ιδιωτικές πληρωμές.

Την τρίτη και μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, αποτελούν οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και επιβαρύνουν τα ατομικά ή τα οικογενειακά τους εισοδήματα. Με δεδομένη μάλιστα την λειτουργία από τις αρχές της δεκαετίας του '80 του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην χώρα μας, το οποίο σχεδιάστηκε στην βάση της παροχής δωρεάν φροντίδας υγείας σε όλο τον πληθυσμό, προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση το μέγεθος των δαπανών αυτών, του οποίου η αναλογία ως προς τις συνολικές δαπάνες, είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη.

Το φαινόμενο αυτό, μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά από παράγοντες όπως [140] :

α)ο πολυκερματισμός και η υπανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, του οποίου μάλιστα οι προσανατολισμοί διαφοροποιήθηκαν από τις παρεμβάσεις της πολιτικής ηγεσίας - ιδιαίτερα κατά το διάστημα 1990-1993 - με αποτέλεσμα την περαιτέρω απορύθμισή του.

β)η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη, ο κατακερματισμός και η πολυμορφία του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, που οδηγούν πολλές φορές στην μη χρήση της ασφάλισης ασθένειας από τους ασφαλισμένους. [141]

μικρότερες αποκλίσεις, γεγονός που μπορεί να ερμηνευθεί σαν πολιτική επιδότησης της τεχνολογίας αυτής, από το κράτος.

[140] Θεοδώρου Μ. (1996) *«Χρηματοδοτικά Προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος και Ενιαίος Φορέας Υγείας»* σελ. 39, Αθήνα.

[141] Σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων (56,2%) δεν χρησιμοποίησε καθόλου τις παροχές υγείας του ταμείου τους, ενώ ένα πολύ μεγάλο επίσης

γ)η χαμηλή ποιότητα και η έλλειψη αξιοπιστίας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.[142]

δ)η πολιτική περιορισμού - καθήλωσης των τιμών στις υπηρεσίες υγείας, η οποία σε συνδυασμό με την ελλιπή πολλές φορές ασφαλιστική κάλυψη, δημιούργησε τις προϋποθέσεις για «πρόσθετες πληρωμές».[143]

ε)η αύξηση των ατομικών – οικογενειακών εισοδημάτων, η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων και η διαμορφωθείσα κουλτούρα των Ελλήνων ασθενών, οι οποίοι συνηθίζουν πολλές φορές να εξαντλούν τα περιθώρια διάγνωσης και θεραπείας, καταφεύγοντας σε διαφορετικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (ιατρούς, διαγνωστικά εργαστήρια κλπ).[144]

ποσοστό (34%) έκανε χρήση της ασφάλισής του μόνο για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ενδεικτικά επίσης είναι τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας γύρω από την αξιολόγηση της Ασφάλισης Υγείας από τους ίδιους τους ασφαλισμένους, από όπου προκύπτει ότι οι τελευταίοι - και ιδιαίτερα όσοι εμφανίζουν προβλήματα υγείας και συνεπώς έρχονται συχνότερα σε επαφή με το σύστημα - είναι δυσαρεστημένοι από την ασφάλισή τους. Βλ. ΕΚΚΕ (1988) *«Υγεία και Ελληνική Κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα»* σελ. 205-227, Αθήνα.

[142] Ενδεικτικά των εντυπώσεων που αφήνουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην χώρα μας είναι τα αποτελέσματα σχετικής έρευνας της Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ. κατά την οποία εξετάστηκαν 59 νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το 50% των ερωτώμενων πολιτών χαρακτηρίζουν πολύ κακό τον τομέα καθαριότητας, το 39% πολύ κακή την πληροφόρηση που παρέχεται, το 35,6% μέτρια την δυνατότητα πρόσβασης, ενώ μόλις το 6,8% δηλώνει ικανοποιημένο από την δυνατότητα πρόσβασης σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Βλ. Ιατρικός Τύπος, τεύχ. 211, Ιανουάριος 1999, Αθήνα. Η έλλειψη αξιοπιστίας και η χαμηλή ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας, εξηγεί και τις μεγάλες δαπάνες της για νοσηλεία στο εξωτερικό *(1,73% επί των συνολικών δαπανών υγείας) σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (αντίστοιχος μ. όρος Ε.Ε. 0,13%). Βλ. Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (1995) *«Η Διασυνοριακή Ροή Ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη»* σελ. 113-114, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα. Σε σχέση με την παραπάνω διαπίστωση, επισημαίνουμε πως σε αντίστοιχη μελέτη του Τομέα Κοινωνιολογίας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, εκφράζεται πρόθεση προσφυγής στο εξωτερικό για λόγους υγείας, από το 72,3% των ερωτηθέντων που είχαν νοσηλευθεί στην χώρα μας και από το 95,1% των ερωτηθέντων που ήδη είχαν νοσηλευθεί στο παρελθόν στο εξωτερικό. Βλ. Δουλή Α., Κυρίτσης Β., Πολύζος Ν., Χρυσοπούλου Ν. (1992) *«Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας στο Εξωτερικό»* σελ. 52-56, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 3, τεύχ. 2, Μάρτιος-Απρίλιος 1992, Αθήνα.

[143] Με τον όρο «πρόσθετες πληρωμές» εννοούμε τις απευθείας δαπάνες που καταβάλλονται από τους χρήστες των υπηρεσιών (money out-of-pocket) οι οποίες δεν αφορούν στην νομιμοποιημένη συμμετοχή στο κόστος, αλλά προκύπτουν από διάφορους παράγοντες ένας εκ των οποίων είναι η ασφαλιστική κάλυψη. Έτσι από σχετική έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, προέκυψε μια σημαντική συσχέτιση των πρόσθετων πληρωμών με τον ασφαλιστικό φορέα και τον βαθμό κάλυψης των εξόδων περίθαλψης από αυτόν. Για παράδειγμα από το 48,1% των ασφαλισμένων που πλήρωσαν πρόσθετο ποσό το 18,9% ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, ενώ το 16% σε άλλα ταμεία πλην του Δημοσίου, οι ασφαλισμένοι του οποίου πληρώνουν πρόσθετο ποσό στην μικρότερη συχνότητα (13,2%). Βλ. Κυριόπουλος Γ., Κτενάς Ε. (1994) *«"Πρόσθετη Πληρωμή" στις Υπηρεσίες Υγείας. Παράγοντες που την Επηρεάζουν»* σελ. 185-194, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

[144] Θεοδώρου Μ. (1996) *«Χρηματοδοτικά Προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος και Ενιαίος Φορέας Υγείας»* σελ. 39-40, Αθήνα. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως σύμφωνα με σχετική έρευνα, τέσσερις στους δέκα ασθενείς – ασφαλισμένους στο ΙΚΑ, επισκέπτονται ιδιώτη ιατρό τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, είτε λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης στους γιατρούς του ταμείου τους (ποσοστό 41,1%), είτε λόγω επιθυμίας για μια «δεύτερη γνώμη» (ποσοστό 19,4%). Βλ. Θεοδώρου Μ. (1993) *«Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική Διερεύνηση Δύο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Γιατρού»* σελ. 97-101 ΙΜΟΣΥ, Αθήνα

στ)η εμφάνιση φαινομένων ιατρικού πληθωρισμού [145] και η ραγδαία ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, που συνθέτουν έναν ιδιαίτερα διευρυμένο ιδιωτικό τομέα,[146] ο οποίος βασισμένος στις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος, χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους για την αύξηση των κερδών του.

Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, αφορούν :

α)στις αμοιβές των ιδιωτών ιατρών και των διαγνωστικών κέντρων, που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή.

β)στην θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το ΕΣΥ.

γ)στην διαφορά που πολλές φορές προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν οι ασθενείς στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και στα ποσά που εγκρίνονται από τους ασφαλιστικούς τους φορείς.

δ)στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ασφάλιση υγείας. [147]

Όπως θα δείξουμε πιο αναλυτικά παρακάτω, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή (68%) και λιγότερο στην

[145] Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, η χώρα μας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βρίσκεται στην δεύτερη θέση στην αναλογία γιατρών και κατοίκων, με 38,8 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους (την πρώτη θέση κατέχει η Ισπανία με 40,8 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους). Ιδιαίτερα επίσης ανησυχητικό είναι το φαινόμενο της διαρκούς αύξησης των φοιτητών ιατρικής, παρά την μείωση του πληθυσμού της Ελλάδας, στις ηλικίες που φοιτά στα Πανεπιστήμια. Βλ. ΙΣΑ (1999) *«Ιατρικός Πληθωρισμός. Ένα Κοινωνικό Πρόβλημα»* σελ. 7, Αθήνα και Καλαματιανού Α. (1993) *«Η εκροή πτυχιούχων γιατρών από τα ελληνικά πανεπιστήμια και η στελέχωση του εθνικού συστήματος υγείας»* σελ. 34-59, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

[146] Σύμφωνα με τον Στάθη, μία από τις βασικές παρενέργειες που προκαλούνται από τον ιατρικό πληθωρισμό, είναι η δημιουργία προκλητής ζήτησης, η οποία συμβάλλει στην αλματώδη αύξηση των δαπανών για την υγεία, ενώ σε συνδυασμό με την πολιτική χορηγήσεων «αμοιβών διαμεσολάβησης» στα πλαίσια της λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, οδηγεί στην αύξηση της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες, κυρίως εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Βλ. Στάθης Γ. (1993) *«Πληθωρισμός και Ανισοκατανομή του Ιατρικού Σώματος στην Ελλάδα. Μια πρόταση για την εξάλειψη των σημερινών αδιεξόδων»* σελ. 7-9, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 4, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1993, Αθήνα και Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα»* σελ. 5-9, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα.

[147] Σημειώνουμε πως η αγορά των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας στην Ελλάδα άρχισε να αναπτύσσεται με καθυστέρηση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όμως από τα τέλη της δεκαετίας του '80, παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση τόσο στον αριθμό των ασφαλισμένων όσο και στις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας που καταβάλλονται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης. Βλ. Liaropoulos L. (1995) *«Health services financing in Greece : a role for the private health insurance»* P. 53-62, Health Policy v. 34. Η ανάπτυξη αυτή, αποδίδεται τόσο στην χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, όσο και στις δύσκαμπτες και χρονοβόρες διαδικασίες απονομής τους από το δημόσιο σύστημα. Βλ. Ρομπόλης Σ. (1990) *«Οι περιορισμοί της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας»* σελ. 228, στο Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η. επιμ. (1990) *«Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση – Διοίκηση – Προγραμματισμός»* European Institute of Social Security, Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

φαρμακευτική (17%) και νοσοκομειακή περίθαλψη (15%), [148] ενώ σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό. [149]

Ακόμη, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα πολύ υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας (40% σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας), με την σύγκριση να γίνεται ακόμη δυσμενέστερη αν υπολογίσουμε και την υψηλή παραοικονομία που προκύπτει από τις αθέμιτες και μη καταχωρημένες οικονομικές συναλλαγές στον χώρο της υγείας. Σημειώνουμε μάλιστα πως το μέγεθος της παραοικονομίας αυτής είναι δύσκολο να υπολογιστεί, [150] ενώ δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο από την γενικότερη παραοικονομική δραστηριότητα που παρουσιάζεται στην χώρα μας, η οποία οδηγεί πολλές φορές σε υποεκτίμηση του ΑΕΠ και κατά συνέπεια σε διόγκωση του ποσοστού των δαπανών υγείας σε αυτό. [151]

Πριν εξετάσουμε αναλυτικά το ύψος και την διάρθρωση των δαπανών υγείας, καθώς και τα φαινόμενα των παραοικονομικών δραστηριοτήτων που χαρακτηρίζουν την λειτουργία του τομέα υγείας στην χώρα μας, θα επιχειρήσουμε να προσεγγίσουμε το γενικότερο πλαίσιο της άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα, μέσα από την παρουσίαση της εξέλιξης των κοινωνικών δαπανών από τις αρχές της δεκαετίας του '80, όπου άρχισε και η εφαρμογή του ΕΣΥ.

3.5.2. Η εξέλιξη και διάρθρωση των κοινωνικών δαπανών από τις αρχές της δεκαετίας του '80.

Όπως επισημάνθηκε σε προηγούμενη αναφορά, η πτώση των ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης η οποία εμφανίστηκε στις περισσότερες χώρες από τα μέσα της δεκαετίας του '70, είχε σαν αποτέλεσμα την αμφισβήτηση σε θεωρητικό επίπεδο της «κεϋνσιανής ορθοδοξίας» η οποία όπως είχε διαμορφωθεί στην προηγούμενη περίοδο, ταυτίστηκε με μια απεριόριστη εμπιστοσύνη στο κράτος ως προς την δυνατότητά του να ελέγχει την οικονομία. [152] Η κρίση

[148] Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1992) *«Μέτρηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα : Μεθοδολογικά Προβλήματα και Εμπειρικά Δεδομένα»* σελ. 19-35, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 2, Απρίλιος - Ιούνιος 1992, Αθήνα.

[149] Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994) *«Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 171-181, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

[150] Ενδεικτικά αναφέρουμε, ότι η διαφοροποίηση των προσεγγίσεων των μελετών του Κανελλόπουλου και των Νιάκα-Σκουτέλη-Κυριόπουλου γύρω από την παραοικονομία στην υγεία το 1988, φτάνει τα 71 δισεκατομμύρια δραχμές (η πρώτη μελέτη προσεγγίζει την παραοικονομία στην υγεία στα 34 δισ. δραχμές, ενώ η δεύτερη εκτιμά πως φτάνει τα 105 δισ. δραχμές). Βλ. Kanellopoulos G. (1992) *«The Underground Economy. What the Official Data Show»* Center for Planning and Economic Research, Athens και Νιάκας Δ., Σκουτέλης Γ., Κυριόπουλος Γ. (1990) *«Διερεύνηση της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα. Μια Πρώτη Ποσοτική Προσέγγιση»* σελ. 42-45, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 1, τεύχ. 6, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1990, Αθήνα.

[151] Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. (1999) *«Health care and cost containment in Greece»* p. 365-367, in Mossialos E., Le Grand J. edit. (1999) *«Health Care and Cost Containment in the European Union»* Ashgate, Aldershot.

αυτή του κεϋνσιανού κοινωνικού κράτους, αποτέλεσε αφετηρία σημαντικών ανακατατάξεων σε πολιτικό και θεωρητικό επίπεδο, όπως η αναζωογόνηση των φιλελεύθερων ιδεών - σε βαθμό μάλιστα που η επικράτηση της «Νέας Δεξιάς» μετατράπηκε στη δεκαετία του '80 σε ιδεολογική ηγεμονία - και η επικράτηση των συντηρητικών κομμάτων στις περισσότερες χώρες της Δύσης. [153]

Υπό το πρίσμα αυτών των εξελίξεων, το υπόδειγμα του σύγχρονου κράτους πρόνοιας σύμφωνα με το οποίο μια ευρεία δέσμη κοινωνικών υπηρεσιών, χρηματοδοτείται από φόρους και εισφορές που σχετίζονται με το εισόδημα, παράγεται από δημόσιους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και διανέμεται στον πληθυσμό με κριτήριο την ανάγκη, τέθηκε υπό πλήρη αμφισβήτηση. [154]

Μια από τις κύριες συνιστώσες της αμφισβήτησης αυτής, αφορούσε στο υψηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών, οι οποίες σε συνδυασμό με την γενικότερη οικονομική ύφεση, θεωρούνταν υπεύθυνες για τα προβλήματα χρηματοδότησης και τα δημοσιονομικά ελλείμματα που εμφανίστηκαν κατά τη δεκαετία του '80 στις περισσότερες χώρες. Έτσι, κάτω από τις πιέσεις της μείωσης του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης αλλά και των νέων δημογραφικών δεδομένων, [155] οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, προσανατολίστηκαν σε μια πολιτική συγκράτησης των κοινωνικών δαπανών, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση του ρυθμού αύξησής τους από 5,1% για το διάστημα 1970-1980, σε 1,1% για την δεκαετία 1980-1990 (πίνακας 2.3.16).

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση της διάρθρωσης των δαπανών κοινωνικής προστασίας, θα σταθούμε στα δύο ζητήματα τα οποία έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην μετατόπιση των προτεραιοτήτων της κοινωνικής πολιτικής, η οποία συντελέστηκε στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, κατά την δεκαετία του '80. Πιο συγκεκριμένα, θα επισημάνουμε την επίδραση των δημογραφικών και οικονομικών πιέσεων προς την διαμόρφωση μιας κοινωνικής πολιτικής, που δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην συγκράτηση του κόστους, η οποία επιδιώκεται μέσω ενός πιο επιλεκτικού προσανατολισμού των δαπανών προς εκείνους που τις έχουν περισσότερο ανάγκη. [156]

Σχετικά με τις εξελίξεις στις δημογραφικές δομές, κατανοούμε ευκολότερα την ιδιαίτερη σημασία τους στην διαμόρφωση του πολιτικού και οικονομικού σκηνικού, αν αναλογισθούμε πως :

---

[152] Ιωαννίδης Σ. (1993) *«Ανταγωνισμός, Αγορά και Δημοκρατία. Μια κριτική της Νεοαυστριακής οικονομικής θεωρίας»* σελ. 14-15, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα.

[153] Βούλγαρης Β. (1994) *«Φιλελευθερισμός, Συντηρητισμός, Κοινωνικό Κράτος 1973-1990. Ανάλυση και κριτική των χαρακτηριστικών ρευμάτων»* σελ. 11-22, Θεμέλιο, Αθήνα.

[154] Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Κράτος ή Αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα»* σελ. 17-19, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»* Θεμέλιο, Αθήνα.

[155] Οι δημογραφικές εξελίξεις στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο που εξετάζουμε, είναι παρόμοιες με αυτές της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου, αφού χαρακτηρίζονται από την μείωση του αριθμού των γεννήσεων, την αύξηση του μέσου όρου ζωής και συνεπώς την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού. Βλ. Λέανδρος Ν. (1996) *«Η Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης. Κατευθύνσεις για τη Μεταρρύθμιση του Συστήματος»* σελ. 13-14, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

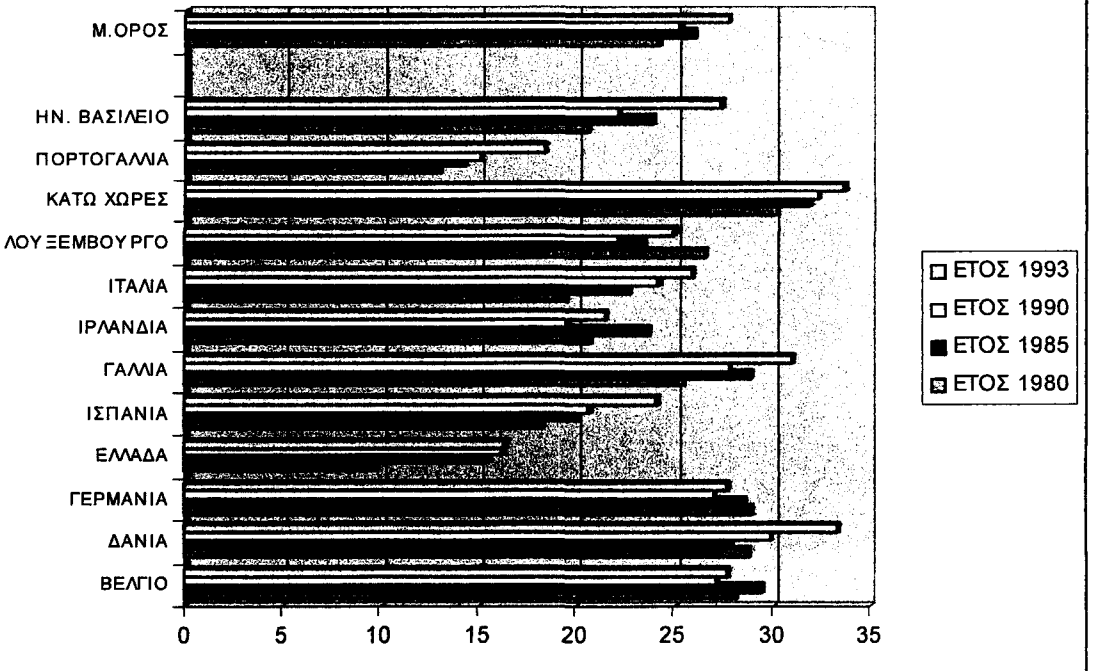
[156] Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) *«Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη»* σελ. 35-58, Λουξεμβούργο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.16. ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ (ΕΕ 1980-1993)

ΧΩΡΑ	1980	1985	1990	1993
ΒΕΛΓΙΟ	28	29,3	27	27,6
ΔΑΝΙΑ	28,7	27,8	29,8	33,2
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	28,8	28,4	26,9	27,6
ΕΛΛΑΔΑ	**9,7**	**15,4**	**16,1**	**16,3**
ΙΣΠΑΝΙΑ	18,2	20	20,6	24
ΓΑΛΛΙΑ	25,4	28,8	27,7	30,9
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	20,6	23,6	19,5	21,4
ΙΤΑΛΙΑ	19,4	22,6	24,1	25,8
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	26,5	23,4	22,1	24,9
ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ	30,1	31,7	32,2	33,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	12,9	14,2	15	18,3
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	20,5	23,8	22,1	27,3
Μ. ΟΡΟΣ	**24,1**	**25,9**	**25,2**	**27,7**

Πηγή : α)Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) "Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη" σελ. 61, Λουξεμβούργο, β)Eurostat : Βάση δεδομένων ESSPROS, Δημογραφικές στατιστικές και έρευνα εργατικού δυναμικού.

ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ (ΕΕ 1980-1993)



α)οι αλλαγές στο μέγεθος και τη σύνθεση του πληθυσμού, προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις παραγωγικές δυνατότητες και δομές κάθε κοινωνίας.

β)στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση κλπ. στοιχειοθετούν στις περισσότερες περιπτώσεις το εύρος του δικαιώματος των κοινωνικών παροχών.

γ)οι συσχετίσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεων και κατ' επέκταση τις αναδιανεμητικές διαδικασίες μεταξύ των γενεών.

Έτσι, τα φαινόμενα που αποτυπώνουν τις δημογραφικές εξελίξεις στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τις αρχές της δεκαετίας του '80 εξακολουθούν - όπως και στην προηγούμενη μεταπολεμική περίοδο - να είναι :

- η πτωτική τάση που εμφανίζει η γεννητικότητα σε σχέση με τις δεκαετίες του '60 και του '70 (πίνακας 2.3.17.).
- η πτώση της θνησιμότητας (πίνακας 2.3.18.).
- η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (πίνακας 2.3.19.) και
- η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού (πίνακας 2.3.20.).

Οι εξελίξεις αυτές, είχαν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση προβλημάτων που συνδέονταν με την παραγωγική δομή και την οργάνωση της κάθε κοινωνίας, καθώς και με την χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και το υψηλό κόστος των κοινωνικών παροχών. Ειδικότερα, η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, σημαίνει αφενός μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού και κατ' επέκταση του πληθυσμού που φορολογείται και καταβάλει εισφορές και αφετέρου αύξηση της ζήτησης για κοινωνικές υπηρεσίες - κυρίως λόγω των αυξημένων αναγκών υγείας - και κατ' επέκταση αύξηση του κόστους λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Αλλιώς, η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, μεταφράζεται σε πρόβλημα που συνδέεται με την κατεύθυνση ενός μεγάλου μέρους του εισοδήματος, σε μια μερίδα του πληθυσμού η οποία δεν συμβάλλει πλέον άμεσα στην δημιουργία του.

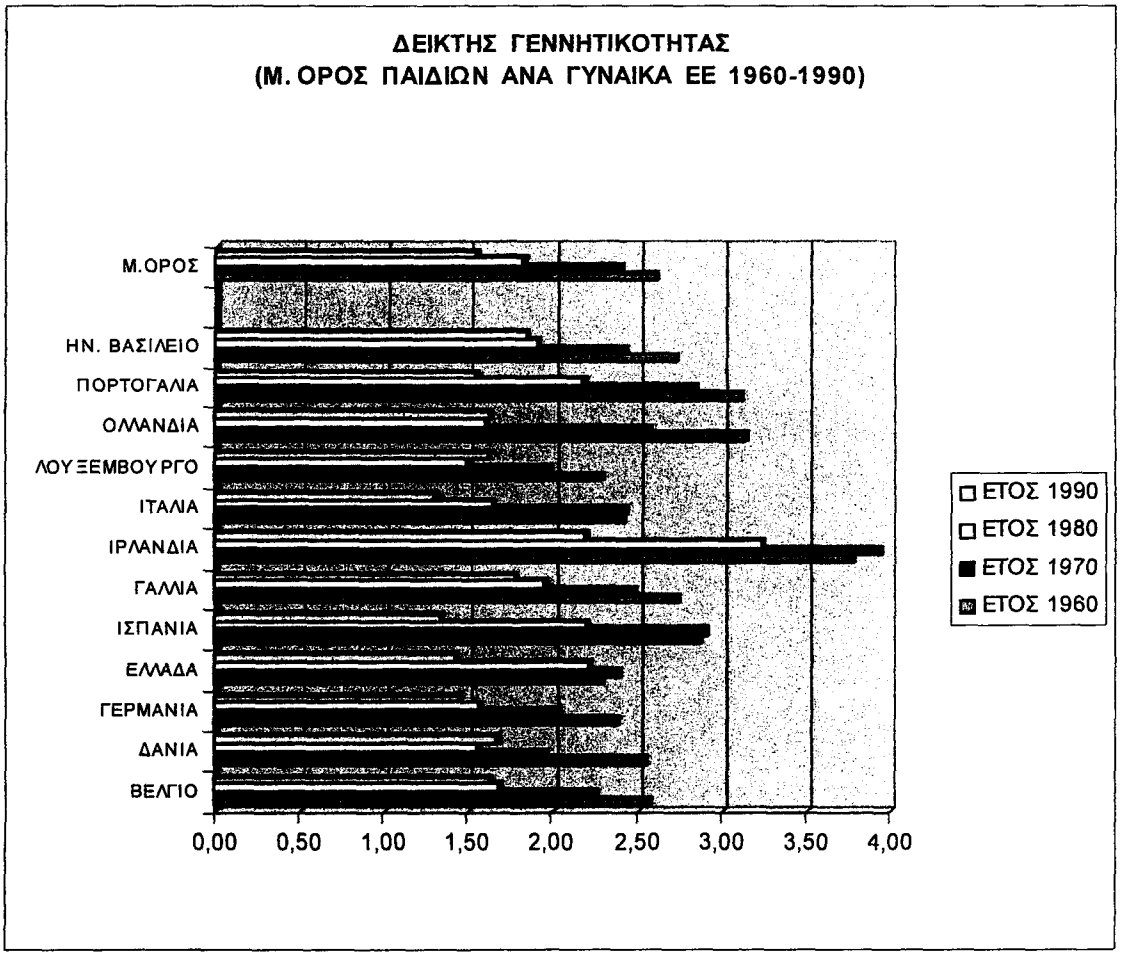
Επιπρόσθετα, η γήρανση επιδρά αρνητικά και στις παραγωγικές δυνατότητες μιας οικονομίας, αφού προκύπτει ζήτημα σχετικό με την εξασφάλιση της επιθυμητής απόδοσης και παραγωγικότητας, τη στιγμή που το εργατικό δυναμικό - ο κυριότερος παραγωγικός συντελεστής - εμφανίζεται γερασμένο. Μάλιστα παρά την αύξηση του μέσου όρου ζωής, η μέση ηλικία συνταξιοδότησης παρουσίασε σημαντική μείωση στις περισσότερες χώρες (πίνακας 2.3.21.), για λόγους που συνδέονται με την βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης, την διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, την αύξηση των χρονίως ανέργων και την επιθυμία πολλών κυβερνήσεων να μειώσουν την ανεργία και παράλληλα να διευκολύνουν την ιδιωτικοποίηση δημοσίων επιχειρήσεων, μέσα από την προώθηση προγραμμάτων πρόωρης συνταξιοδότησης. [157]

[157] Λέανδρος Ν. (1996) *«Η Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης. Κατευθύνσεις για τη Μεταρρύθμιση του Συστήματος»* σελ. 16, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

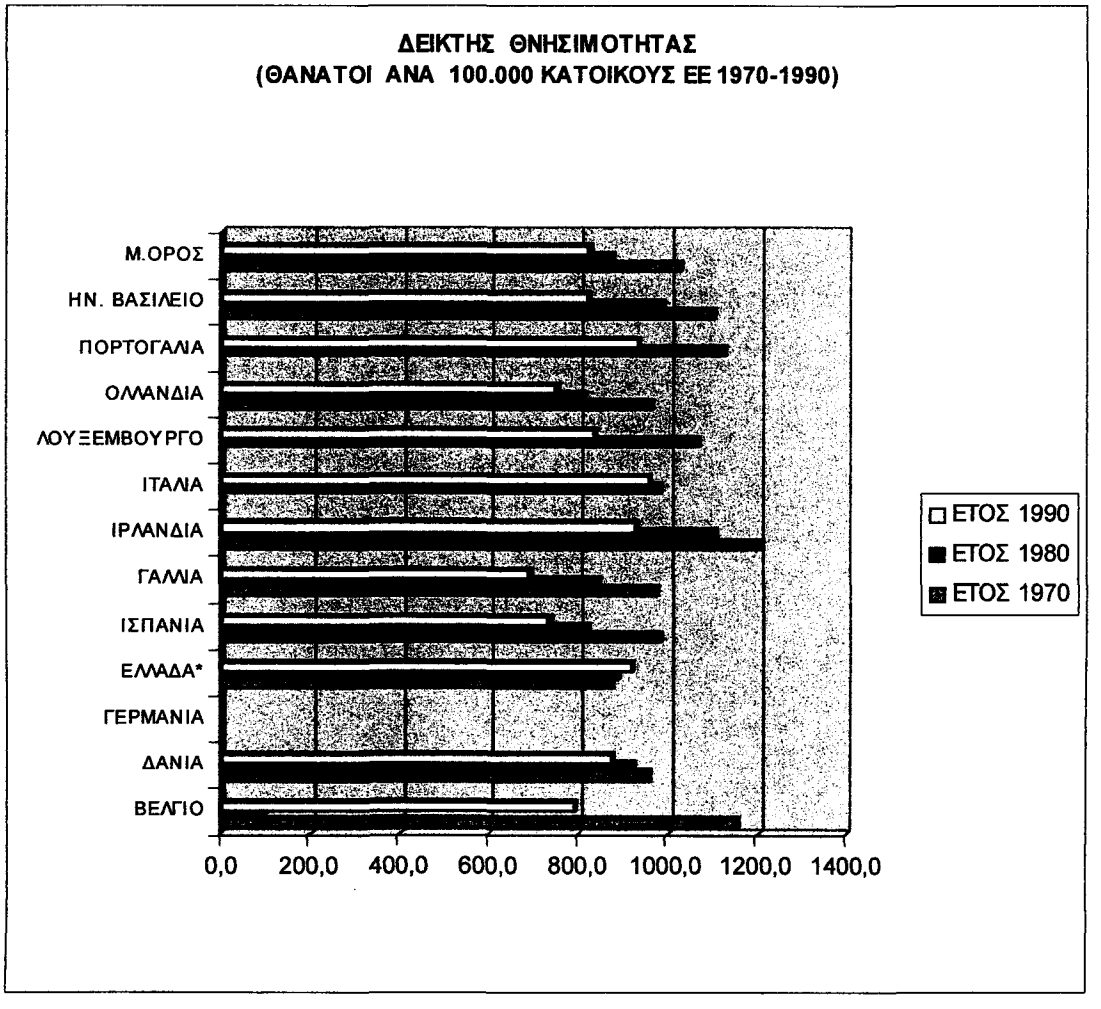
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.17. ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (Μ. ΟΡΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΝΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΕΕ 1960-1990)

ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ 1960	ΕΤΟΣ 1970	ΕΤΟΣ 1980	ΕΤΟΣ 1990
ΒΕΛΓΙΟ	2,56	2,25	1,68	1,62
ΔΑΝΙΑ	2,54	1,95	1,55	1,67
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	2,37	2,03	1,56	1,45
ΕΛΛΑΔΑ	**2,28**	**2,39**	**2,21**	**1,42**
ΙΣΠΑΝΙΑ	2,86	2,90	2,20	1,33
ΓΑΛΛΙΑ	2,73	2,47	1,95	1,78
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	3,76	3,93	3,23	2,19
ΙΤΑΛΙΑ	2,41	2,42	1,64	1,30
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	2,28	1,98	1,49	1,61
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3,12	2,57	1,60	1,62
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	3,10	2,83	2,18	1,54
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	2,72	2,43	1,90	1,84
Μ.ΟΡΟΣ	**2,61**	**2,40**	**1,82**	**1,54**

Πηγή :α)Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1995) "Η Ευρώπη σε αριθμούς" σελ. 147, Eurostat, Λουξεμβούργο, β)OECD (1998) "Health Data" , Paris, γ)*Ίδιοι υπολογισμοί.*



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.18. ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΕΕ 1970-1990)			
ΧΩΡΑ	**ΕΤΟΣ 1970**	**ΕΤΟΣ 1980**	**ΕΤΟΣ 1990**
ΒΕΛΓΙΟ	1151,5	95,1	789,2
ΔΑΝΙΑ	958,5	921,7	873,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ			
ΕΛΛΑΔΑ*	**874,8**	**885,8**	**917,5**
ΙΣΠΑΝΙΑ	978,9	819,5	735,1
ΓΑΛΛΙΑ	970,5	845,6	689,4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1208,5	1105,4	927,5
ΙΤΑΛΙΑ		982,6	958,6
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ		1064,4	836,3
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	962,4	811,7	749,0
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ		1123,8	932,9
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1099,2	984,3	820,8
Μ.ΟΡΟΣ	**1025,5**	**871,6**	**822,5**
*στην Ελλάδα, ο γενικός δείκτης θνησιμότητας εμφανίζει μια σταθερότητα λόγω της μεγάλης αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων. Αντίθετα, η βρεφική θνησιμότητα μειώνεται σημαντικά, ακολουθώντας τις διεθνείς εξελίξεις.			
Πηγή :α)OECD (1998) "Health Data", Paris, β)WHO "World Health Statistics" Database, Geneva, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.			

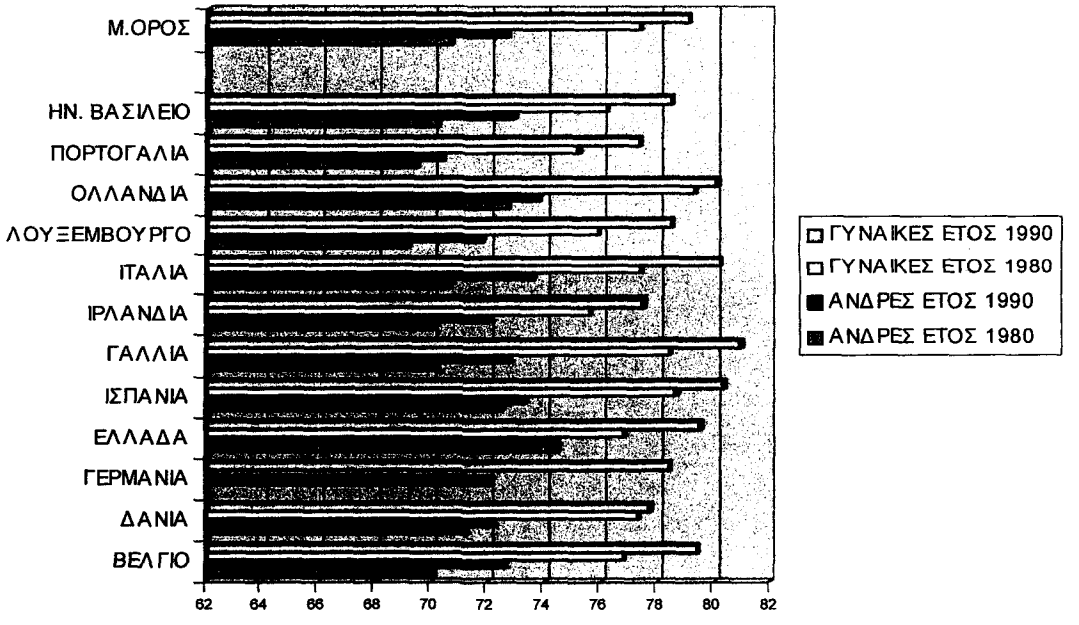


ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.19. ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (ΕΕ 1980-1990)

ΧΩΡΑ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	ΕΤΟΣ 1980	ΕΤΟΣ 1990	ΕΤΟΣ 1980	ΕΤΟΣ 1990
ΒΕΛΓΙΟ	70	72,6	76,8	79,4
ΔΑΝΙΑ	71,2	72,2	77,3	77,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ		72,1		78,4
ΕΛΛΑΔΑ	**74,5**	**74,4**	**76,8**	**79,5**
ΙΣΠΑΝΙΑ	72,5	73,3	78,6	80,3
ΓΑΛΛΙΑ	70,2	72,7	78,4	80,9
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	70,1	72	75,6	77,5
ΙΤΑΛΙΑ	70,6	73,6	77,4	80,2
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	69,1	71,8	75,9	78,5
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	72,7	73,8	79,3	80,1
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	69,4	70,4	75,2	77,4
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	70,2	72,9	76,2	78,5
Μ.ΟΡΟΣ	**70,7**	**72,7**	**77,4**	**79,1**

Πηγή : Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1995) "Η Ευρώπη σε αριθμούς" σελ. 144, Eurostat, Λουξεμβούργο.

ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (ΕΕ 1980-1993)



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.20. ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ(ΕΕ 1970-2020)					
ΧΩΡΑ	**ΕΤΟΣ 1970**	**ΕΤΟΣ 1980**	**ΕΤΟΣ 1990**	**ΕΤΟΣ 2000**	**ΕΤΟΣ 2020**
ΒΕΛΓΙΟ	13,4	14,4	15	16,4	19,7
ΔΑΝΙΑ	12,3	14,4	15,6	15,2	20,5
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,3	12,2	12,2	15,4	19,1
ΕΛΛΑΔΑ	**11,1**	**13,1**	**13,8**	**17,4**	**21**
ΙΣΠΑΝΙΑ	9,6	10,8	13,4	15,9	18,4
ΓΑΛΛΙΑ	12,9	13,9	14	15,6	19,5
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	11,1	10,7	11,4	11,8	16,2
ΙΤΑΛΙΑ	10,9	13,6	14,1	17	20,9
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ		13,5	13,1	14,5	18,8
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	10,2	11,5	12,8	13,4	18,1
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ		9,8	13,6	15,1	17,4
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	13	14,9	15,6	15,4	18,2
Μ.ΟΡΟΣ	**11,48**	**12,73**	**13,71**	**15,25**	**18,98**
Πηγή : α)OECD (1998) "Health Data , Paris, β)WHO (1994) "Progress towards health for all. Statistics of Member States" p. 142-161, Geneva.					

Οι εξελίξεις στο οικονομικό πεδίο, που κατά κύριο λόγο οδήγησαν στην εντατικοποίηση των περιορισμών που τίθενται σχετικά με τους πόρους χρηματοδότησης των συστημάτων κοινωνικής προστασίας αφορούν :

- στην διατήρηση υψηλών επιπέδων ανεργίας στις περισσότερες χώρες (πίνακας 2.3.22).

- στον μειωμένο ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης (πίνακας 2.3.23).

Στο σημείο αυτό οφείλουμε να επισημάνουμε, πως ενώ η πτώση των ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης και ιδιαίτερα τα υψηλά επίπεδα ανεργίας - των οποίων μάλιστα η διάρκεια παρουσιάζεται αυξημένη για όλη την περίοδο που εξετάζουμε (πίνακας 2.3.24.)- αντιπροσωπεύουν ένα σοβαρό και συνεχώς επιδεινούμενο πρόβλημα για τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι επιπτώσεις της γήρανσης στις κοινωνικές δαπάνες θεωρούνται συγκριτικά περιορισμένες σε σχέση με τις αναμενόμενες επιδράσεις της στα επόμενα χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, τα προβλήματα που προβλέπεται ότι θα δημιουργηθούν καθώς θα φτάνουν σε ηλικία συνταξιοδότησης όσοι αποτελούν μέρος της μεταπολεμικής έκρηξης γεννήσεων, σε συνδυασμό με τα συσσωρευμένα συνταξιοδοτικά δικαιώματα, προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία σε βαθμό που να θεωρούνται δικαιολογημένες οι προτάσεις για περικοπές των κοινωνικών δαπανών.

Επειδή όμως η αξιολόγηση - κριτική αυτών των προτάσεων είναι ένα ζήτημα που απαιτεί μια πολυπαραγοντική προσέγγιση η οποία δεν αποτελεί άμεσα αντικείμενο της παρούσας μελέτης, στο σημείο αυτό θα τονίσουμε απλά πως η πίεση που ασκείται στις οικονομίες και τις κοινωνίες της Ευρώπης από το αυξανόμενο πλήθος των συνταξιούχων θα είναι πολύ πιο δυσβάσταχτη, εάν η οικονομική ανάπτυξη παραμείνει μακροπρόθεσμα σε ύφεση και η ανεργία διατηρηθεί σε υψηλά επίπεδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.21. ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 55 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ (ΕΕ 1960-66 ΚΑΙ 1986-90)						
ΧΩΡΑ	ΗΛΙΚΙΑ 55 - 65 ΕΤΩΝ			ΗΛΙΚΙΑ 65 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ		
	1960-66	1986-90	ΜΕΤΑΒΟΛΗ	1960-66	1986-90	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
ΑΥΣΤΡΙΑ	86,1	63,3	-22,8	15,1	2,2	-12,9
ΔΑΝΙΑ	91,4	67,8	-23,6	34,5	13,4	-21,1
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	81,5	78,4	-3,1	22,8	6,3	-16,5
ΕΛΛΑΔΑ	**81,5**	**65,7**	**-15,8**	**43,7**	**13,6**	**-30,1**
ΙΣΠΑΝΙΑ	91,9	61,7	-30,2	55,5	3,7	-51,8
ΓΑΛΛΙΑ	78,7	45,8	-32,9	27,8	3,5	-24,3
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	90	91	1	48,4	16,8	-31,6
ΙΤΑΛΙΑ	70,4	52,6	-17,8	23,6	8,1	-15,5
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	66,4	34,1	-32,3	15,6	2,5	-13,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	87,7	45,7	-42	19,9	3,9	-16
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	86,1	66,9	-19,2	62,6	20	-42,6
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	91,3	67,9	-23,4	23,4	8,6	-14,8
ΜΟΡΟΣ	**83,5**	**61,7**	**-21,8**	**32,7**	**8,5**	**-24,2**
Πηγή : α)World Bank (1994) "Averting the Old Age Crisis" p. 322, Oxford University Press, New York, β)Ίδιοι υπολογισμοί.						

Οι αυξητικές όμως πιέσεις που ασκούνται στις κοινωνικές δαπάνες, δεν εξαντλούνται ως προς τα αίτιά τους στις δημογραφικές και οικονομικές εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών. Ένας τρίτος παράγοντας που απειλεί να αυξήσει τις κοινωνικές δαπάνες και που έχει ωθήσει τις κυβερνήσεις των Ευρωπαϊκών κρατών σε απόπειρες για περισσότερο επιλεκτική διάθεση των δαπανών, είναι το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο κυρίως οφείλεται [158] :

α)στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων οι οποίοι έχοντας περισσότερες ανάγκες προσθέτουν μεγαλύτερες απαιτήσεις στα συστήματα υγείας.

β)στην αξιοσημείωτη τάση να αυξάνει η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη καθώς αυξάνει το εισόδημα.

[158] Εκτός από τους παράγοντες που αναλύονται παραπάνω, αυξητικές επίσης πιέσεις στις δαπάνες των προγραμμάτων διανεμητικού χαρακτήρα ασκούν : α)η αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας η οποία με την σειρά της σημαίνει αυξανόμενη ανάγκη για παροχή διευκολύνσεων στις εργαζόμενες μητέρες, β)η μεταβολή της παραδοσιακής διάρθρωσης της οικογένειας και η εξάπλωση του αριθμού των «άτυπων» νοικοκυριών (που αποτελούνται από μόνους γονείς, διαζευγμένους κλπ) τα οποία δημιουργούν την ανάγκη για τροποποίηση και επέκταση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, γ)ο ανοιχτός χαρακτήρας των οικονομιών των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η αναγκαιότητα για διατήρηση της ανταγωνιστικότητας στο παγκόσμιο πεδίο, αυξάνουν την πίεση για γενικό περιορισμό των εξόδων και κατ' επέκταση των δαπανών κοινωνικής προστασίας, δ)η αύξηση του αριθμού των ατόμων που εξαρτώνται από την κοινωνική προστασία, η οποία ήταν συνέπεια του φαινομένου της μακροχρόνιας ανεργίας και της μείωσης των πιθανοτήτων εξεύρεσης εργασίας σε ομάδες του πληθυσμού. Βλ. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) *«Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη»* σελ. 35-37, Λουξεμβούργο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.22. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (1983-1993)										
1983	**1984**	**1985**	**1986**	**1987**	**1988**	**1989**	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**
9,9%	10,5%	10,8%	10,7%	10,5%	9,8%	8,9%	8,3%	8,8%	9,6%	10,7%
Πηγή : Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1995) "Η Ευρώπη σε αριθμούς" σελ. 200, Eurostat, Λουξεμβούργο.										

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.23. ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΕΠ (ΕΕ 1980-1994)			
ΧΩΡΑ	**1980-1984**	**1985-1989**	**1990-1994**
ΒΕΛΓΙΟ	0,80	2,89	1,15
ΔΑΝΙΑ	2,24	1,41	2,01
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1,23	3,03	5,14
ΕΛΛΑΔΑ	**0,90**	**2,39**	**1,10**
ΙΣΠΑΝΙΑ	1,27	4,68	0,96
ΓΑΛΛΙΑ	1,44	3,14	0,83
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	2,42	3,62	3,98
ΙΤΑΛΙΑ	1,10	3,27	0,72
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	2,41	5,01	2,05
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	0,82	2,86	1,80
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	0,42	5,30	0,70
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1,56	4,07	0,86
Μ.ΟΡΟΣ	**1,38**	**3,47**	**1,78**
Πηγή :α)OECD (1998) "Health Data" , Paris.			

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.24. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΝΕΡΓΙΑ * (% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΝΕΡΓΩΝ ΕΕ 1992)			
ΧΩΡΑ	**ΣΥΝΟΛΟ**	**ΑΝΔΡΕΣ**	**ΓΥΝΑΙΚΕΣ**
ΒΕΛΓΙΟ	59	56,3	61
ΔΑΝΙΑ	27	25,3	28,5
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	33,5	37	30,6
ΕΛΛΑΔΑ	**49,7**	**38,2**	**57,2**
ΙΣΠΑΝΙΑ	44	34,9	52,7
ΓΑΛΛΙΑ	34,6	32	36,7
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	58,9	63,1	51,3
ΙΤΑΛΙΑ	58,2	58,3	58,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	17,5		
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	44	47	41,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	31,1	25	36,5
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	35,4	39,7	26,6
Μ.ΟΡΟΣ	**41,2**	**40,2**	**42,1**
*αφορά στα άτομα που είναι άνεργα για περισσότερο από 1 χρόνο.			
Πηγή : Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1995) "Η Ευρώπη σε αριθμούς" σελ. 203, Eurostat, Λουξεμβούργο.			

γ)στην εξέλιξη της τεχνολογίας και στην εισαγωγή νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, οι οποίες είτε άμεσα είτε έμμεσα, αυξάνουν το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών. [159]

Μελετώντας τον προσανατολισμό και την διάρθρωση των δαπανών κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαπιστώνουμε μια εμφανή επιρροή των παραπάνω παραγόντων στην διαμόρφωσή τους (πίνακας 2.3.25). Συγκεκριμένα, η διαμόρφωση των δαπανών αυτών σε σχέση με το ΑΕΠ δείχνει μια διατήρηση σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα των δαπανών για συντάξεις (μέσος όρος 11,9%), ενώ ακολουθούν οι δαπάνες υγείας (μέσος όρος 6,2%), οι οποίες όμως παραμένουν - σε σχέση με τις προηγούμενες - σε χαμηλά επίπεδα. Επισημαίνουμε μάλιστα, πως οι δύο αυτές κατηγορίες δαπανών, είναι οι μόνες οι οποίες σε σχέση με το 1980 παρουσιάζουν ως προς το ΑΕΠ αυξημένη αναλογία (μέσος όρος δαπανών για συντάξεις το 1980 9% και για υγεία 5,5%), ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών, διακρίνονται από μια στασιμότητα ή ακόμη και μείωση του αντίστοιχου ποσοστού, γεγονός που είναι ενδεικτικό της γενικότερης απόπειρας περιορισμού των κοινωνικών δαπανών στην περίοδο που εξετάζουμε. [160]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.25. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ (ΕΕ 1993)

ΧΩΡΑ	ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ, ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ & ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΕΡΓΙΑΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ	ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ
ΒΕΛΓΙΟ	11,9	7,2	2,9	2,6	1,9	0,2
ΔΑΝΙΑ	11	7,2	3	4,1	3,3	0,5
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	12,1	7,7	3,5	2	2,2	0,2
ΕΛΛΑΔΑ	**10,2**	**3,8**	**1,5**	**0,5**	**0,1**	**0,1**
ΙΣΠΑΝΙΑ	9,4	5,9	2,3	4,8	0,2	0,2
ΓΑΛΛΙΑ	12,7	7,3	2,2	2	2,4	0,4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	5,7	5,5	1,5	3	2,2	0,4
ΙΤΑΛΙΑ	15,4	6,3	2,2	0,5	0,8	0,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	11,2	6,2	3,5	0,2	2,7	0,4
ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ	11,9	7	7,2	2,9	1,6	0,2
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7	4,8	2,4	0,8	0,8	0,1
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	10,8	5,8	3,1	1,6	2,6	0,3
Μ. ΟΡΟΣ	**11,9**	**6,2**	**2,4**	**1,9**	**1,8**	**0,3**

Πηγή : α)Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) "Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη" σελ. 70-79, Λουξεμβούργο, β)OECD (1998) "Health Data", Paris, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.

[159] Οι περισσότερες μελέτες επισημαίνουν την θετική συσχέτιση μεταξύ του μετασχηματισμού στον τρόπο παραγωγής και διανομής των ιατρικών φροντίδων - ο οποίος επιτεύχθηκε με την εισαγωγή της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας στις υπηρεσίες υγείας των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών - και της μεγέθυνσης των συνολικών δαπανών για την υγεία. Βλ. Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Δρίζη Μ. (1994) *«Οι Επενδύσεις Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα»* σελ. 145-153, στο Κυριόπουλος Γ., Λέβετ Τ., Νιάκας Δ. (1992) *«Η Διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα»* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. Επιπρόσθετα, οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι θεωρείται ότι αυξάνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, με το να έχουν ως συνέπεια την αύξηση του ορίου επιβίωσης. Βλ. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) *«Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη»* σελ. 36, Λουξεμβούργο.

[160] Όπως παρουσιάστηκε σε αντίστοιχο πίνακα του προηγούμενου κεφαλαίου, το ποσοστό σε σχέση με το ΑΕΠ (μέσος όρος Ευρωπαϊκής Ένωσης) των δαπανών για επιδόματα ανεργίας, οικογενειακά επιδόματα και επιδόματα μητρότητας το 1980, ήταν : 1,3%, 1,9% και 0,3% αντίστοιχα.

Όσο αφορά στην ποσοστιαία κατανομή των κοινωνικών δαπανών (πίνακας 2.3.26.), παρατηρούμε την διατήρηση της αναλογίας μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών στα επίπεδα του 1980 (πίνακας 2.3.27.), με την σημαντικότερη αύξηση να παρατηρείται στις δαπάνες για συντάξεις (2 ποσοστιαίες μονάδες), για τις οποίες μάλιστα αναμένεται όπως προαναφέραμε, μεγαλύτερη αύξηση τα επόμενα χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.26. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (ΕΕ 1992)

ΧΩΡΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΕΡΓ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	ΓΗΡΑΤΟΣ	ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΑΝΕΡΓΙΑ	ΛΟΙΠΑ
ΒΕΛΓΙΟ	34,4	44,7	8,1	11,4	1,4
ΔΑΝΙΑ	28,5	35,1	12	17,2	7,2
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	41	40,6	8,9	6,2	3,3
ΕΛΛΑΔΑ	**18,7**	**69**	**1,7**	**5,3**	**5,3**
ΙΣΠΑΝΙΑ	36,6	41,3	1,8	18,5	1,9
ΓΑΛΛΙΑ	34,6	44,1	9,5	7,7	4,1
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	36	27,2	17,4	14,6	4,8
ΙΤΑΛΙΑ	31,6	62,8	3,9	1,7	0
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	39,3	48,4	11,1	0,8	0,4
ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ	45,2	36,9	5,4	8,4	4,2
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	45,4	38,8	5,6	5	5,2
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	36,4	39,4	10,9	6	7,4
Μ. ΟΡΟΣ	**36,6**	**44,8**	**7,8**	**7,2**	**3,6**

Πηγή : Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1995) "Η Ευρώπη σε αριθμούς" σελ. 208, Λουξεμβούργο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.27. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ (ΕΕ 1980-1992)

ΕΤΟΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΕΡΓ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	ΓΗΡΑΤΟΣ	ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΑΝΕΡΓΙΑ	ΛΟΙΠΑ
1980	37,7	42,8	9,7	6,9	2,9
1992	36,6	44,8	7,8	7,2	3,6

Πηγή : Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1995) "Η Ευρώπη σε αριθμούς" σελ. 208, Λουξεμβούργο.

Ειδικά για τη χώρα μας, η μελέτη της εξέλιξης των δαπανών κοινωνικής προστασίας σε σύγκριση με τα αντίστοιχα μεγέθη στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μας οδηγεί στις παρακάτω διαπιστώσεις :

α)Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ως προς το ΑΕΠ για δαπάνες κοινωνικής προστασίας (πίνακας 2.3.16.), η αναλογία όμως ως προς τον κοινοτικό μέσο όρο βελτιώνεται αισθητά (από 1 : 2,5 το 1980 σε 1 : 1,7 το 1993), στα πλαίσια της γενικότερης προσπάθειας των χωρών της Νότιας Ευρώπης, για ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής προστασίας, με στόχο την παροχή κάλυψης, συγκρίσιμης με εκείνη των χωρών του Βορά της Ένωσης. [161]

[161] Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) *«Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη»* σελ. 62, Λουξεμβούργο.

β)Η εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών στην χώρα μας κινήθηκε αντίθετα απ' ότι στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (αντίστοιχο φαινόμενο χαρακτηρίζει την Πορτογαλία και την Ισπανία), αφού στις δεκαετίες της ανάπτυξης (1950-1970) οι κοινωνικές δαπάνες παρουσιάζουν σημαντική υστέρηση, ενώ αντίθετα την εποχή της κρίσης, είχαμε αύξηση των κοινωνικών δαπανών στην χώρα μας, με ιδιαίτερα υψηλούς ρυθμούς (από 9,7% επί του ΑΕΠ το 1980 σε 16,3% το 1993, δηλαδή μεταβολή 6,6 ποσοστιαίων μονάδων έναντι 3,6 για την Ευρωπαϊκή Ένωση). [162] Επισημαίνουμε πάντως, πως η αύξηση των κοινωνικών δαπανών σε σχέση με το ΑΕΠ ιδιαίτερα κατά το διάστημα 1980-1985, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην οικονομική ύφεση, η οποία αφενός κατέστησε εντονότερη την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και αφετέρου άσκησε μειωτικές πιέσεις στο ΑΕΠ. [163] Η σημαντική βέβαια αύξηση των κοινωνικών δαπανών που συντελέστηκε στην χώρα μας τη δεκαετία του '80, είναι εμφανής και με την απεικόνιση της κατά κεφαλήν δαπάνης, η οποία ταυτόχρονα δείχνει και την διατήρηση της απόκλισης από τον κοινοτικό μέσο όρο (πίνακας 2.3.28.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.28. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ (ΣΕ ΣΤΑΘΕΡΑ ECU) ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ 1980-1989

ΧΩΡΑ	1980	1989	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΞΗΣΗΣ
ΔΑΝΙΑ	3.826,4	4.667,1	22,0
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	3.747,6	4.237,2	13,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	3.053,4	3.974,2	30,2
ΓΑΛΛΙΑ	3.072,1	3.973,7	29,3
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3.521,8	3.776,4	7,2
ΒΕΛΓΙΟ	3.071,5	3.360,4	9,4
ΙΤΑΛΙΑ	1.753,0	2.677,3	52,7
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	2.121,9	2.569,4	21,1
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1.483,3	1.717,8	15,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	877,6	1.206,4	37,5
ΕΛΛΑΔΑ	**392,1**	**729,0**	**85,9**
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	410,0	636,9	55,3
Μ. ΟΡΟΣ ΕΥΡ. ΕΝΩΣΗΣ	**2.277,5**	**2.793,8**	**22,7**

Πηγή : α)EUROSTAT, β)Ίδιοι υπολογισμοί.

γ)Η διακύμανση της σχέσης της κάθε μιας κατηγορίας των κοινωνικών δαπανών με το ΑΕΠ κατά την περίοδο 1980-1993, μας οδηγεί και στις αιτίες αύξησής τους οι οποίες αποδίδονται κυρίως στην αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω του ορίου συνταξιοδότησης, στην άνοδο του ποσού της μέσης σύνταξης σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, στην εγκαθίδρυση του ΕΣΥ και

[162] Σκουτέλης Γ. (1993) *«Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνική Προστασία : Εξελίξεις και Προοπτικές. Η Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 313, στο *«Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα»* Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 3° Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα

[163] Chletsos M. (1997) *«Changes in Social Policy-Social Insurance, Restructuring the Labour Market and the Role of the State in Greece in the Period of European Integration»* p. 23-26, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

στην ανάπτυξη της ασφάλισης υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Έτσι, η μεγαλύτερη αύξηση εντοπίζεται στις δαπάνες για συντάξεις (από 6,1% το 1980 σε 10,2% το 1993 έναντι 9% και 11,9% για την Ευρωπαϊκή Ένωση) και για υγεία (από 2,9% το 1980 σε 3,8% το 1993 έναντι 5,5% και 6,2% για την Ευρωπαϊκή Ένωση). Ειδικά για τις πρώτες, αναφέρουμε πως είναι οι μόνες δαπάνες κοινωνικών παροχών της χώρας μας, οι οποίες από το 1993 κι έπειτα, προσεγγίζουν τον κοινοτικό μέσο όρο (πίνακας 2.3.25.).

δ)Οι προτεραιότητες της κοινωνικής πολιτικής στην χώρα μας μετά το 1980, φαίνονται να επηρεάζονται σημαντικά από τις δημογραφικές εξελίξεις και την αύξηση της ανεργίας η οποία ήταν αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης στην οποία αναφερθήκαμε παραπάνω. Έτσι, ως προς το σύνολο των κοινωνικών δαπανών, παρατηρούμε μια σημαντική αύξηση του ποσοστού των δαπανών για συντάξεις και για την αντιμετώπιση της ανεργίας κατά την περίοδο 1980-1992 (από 61,9% το 1980 σε 69% το 1992 και από 2,5% σε 5,3% αντίστοιχα). Το παραπάνω ποσοστό μάλιστα των δαπανών για συντάξεις ως προς το σύνολο των κοινωνικών δαπανών στην χώρα μας, υπερβαίνει τον κοινοτικό μέσο όρο σε όλο το διάστημα που εξετάζουμε (42.8 για την Ευρωπαϊκή Ένωση το 1980 και 44,8% το 1992). Οι δημογραφικές μεταβολές που άσκησαν αυξητικές πιέσεις στις δαπάνες για συντάξεις, αντικατοπτρίζονται με την σχέση ασφαλισμένων / συνταξιούχους, η οποία μεταβάλλεται από 3,17 το 1980 σε 2,27 το 1994 (πίνακας 2.3.29.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.29. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ

ΕΤΟΣ	Α ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	Β ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	%ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ	%ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ Α / Β
1980	3.500.491	1.104.256	-8,0	3,5	3,17
1981	3.546.373	1.250.853	1,3	13,2	2,00
1982	3.602.410	1.300.217	1,5	3,9	2,77
1983	3.643.921	1.360.450	1,1	4,6	2,00
1984	4.088.702	1.386.163	12,2	1,8	2,95
1985	4.136.519	1.432.787	1,1	3,3	2,89
1986	4.201.671	1.487.626	1,5	3,8	2,82
1987	4.243.389	1.532.095	0,9	2,9	2,77
1988	4.304.463	1.567.987	1,4	2,3	2,75
1989	4.122.603	1.598.620	-5,0	1,9	2,58
1990	4.093.150	1.634.633	-1,0	2,2	2,50
1991	4.012.074	1.662.574	-1,9	1,7	2,34
1992	4.040.603	1.714.081	-0,7	3,0	2,35
1993	4.092.224	1.749.327	1,2	2,0	2,33
1994	4.105.782	1.800.986	0,3	2,2	2,27

Πηγή : Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) "Η Κοινωνική Πολιτική μετά την Κρίση του Κράτους Πρόνοιας" σελ. 90, Παρατηρητής, Αθήνα.

ε)Σχετικά με την διακύμανση των δαπανών υγείας, η ερμηνεία του φαινομένου της ανάπτυξής τους - σε αντίθεση με τις διεθνείς εξελίξεις - σε μια περίοδο ύφεσης και στασιμότητας της οικονομίας, βασίζεται στις πολιτικές και κοινωνικές προτεραιότητες της εποχής και ειδικότερα στην εγκαθίδρυση και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Προς αυτήν την κατεύθυνση βέβαια, λειτούργησαν και άλλοι παράγοντες όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του

πληθυσμού, οι εξελίξεις στον τρόπο οργάνωσης καί παροχής των υπηρεσιών υγείας και οι αλλαγές στην συμπεριφορά των καταναλωτών. [164] Στο μέγεθος, την σύνθεση και την προέλευση των δαπανών υγείας, τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφερόμαστε αμέσως παρακάτω.

3.5.3. Οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα μετά την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ.

Όπως ήδη έχουμε επισημάνει, στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ σημειώνεται κατά την περίοδο 1965-1975 μια σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας - και ιδιαίτερα των δημοσίων δαπανών αφού την περίοδο εκείνη το 61% του συνόλου των δαπανών προέρχεται από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα - , ως συνέπεια των έντονων ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος, το οποίο χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια θεμελίωσης του Κράτους Πρόνοιας στις περισσότερες χώρες. [165]

Στη συνέχεια, κατά την δεκαετία 1975-1985, παρατηρούμε μια ελεγχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας, η οποία συνδέεται με την οικονομική κρίση και ύφεση, αφορμή για την οποία αποτέλεσαν οι ανατιμήσεις του πετρελαίου της δεκαετίας του '70 και κατ' επέκταση οι έντονες πληθωριστικές πιέσεις, η ανεργία και η μείωση του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης. Οι εξελίξεις αυτές οι οποίες συνδέονταν με την οικονομική κρίση, οδήγησαν σε αντίστοιχη κρίση και τα συστήματα υγείας, αφού αποτελούσε κοινή πλέον διαπίστωση το γεγονός ότι οι σημαντικές αυξήσεις των δαπανών υγείας την περίοδο που προηγήθηκε, δεν επέφεραν αντίστοιχη βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. [166]

Η διαπίστωση αυτή, αποτέλεσε την αφετηρία για την επαναδιατύπωση των προτεραιοτήτων της πολιτικής υγείας και κατέστησε ιδιαίτερα σημαντική την αναγκαιότητα για περιστολή και έλεγχο των δημοσίων δαπανών υγείας. Έτσι, τα επόμενα χρόνια και μέχρι σήμερα, ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας αυξήθηκε με μικρότερους ρυθμούς, παρουσιάζοντας σταδιακά φθίνουσα πορεία, λόγω των μέτρων και πολιτικών που εφαρμόστηκαν για τον έλεγχο του κόστους. [167]

Στο σημείο αυτό οφείλουμε να αναφέρουμε πως οι πρόσφατες εξελίξεις γύρω από τις δαπάνες υγείας - οι οποίες έπειτα από μια περίοδο διαρκούς αύξησης περνούν σε μια φάση στασιμότητας ή και μείωσης - συνοδεύονται από μια βελτίωση των δεικτών υγείας, η οποία επιβεβαιώνει την εφαρμογή του νόμου της φθίνουσας ή οριακής απόδοσης στις υπηρεσίες υγείας. [168] Πιο αναλυτικά, όπως προκύπτει από το παρακάτω διάγραμμα, η συσχέτιση μεταξύ

---

[164] Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., Οικονόμου Μ. (1999) *«Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος»* σελ. 144-145, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

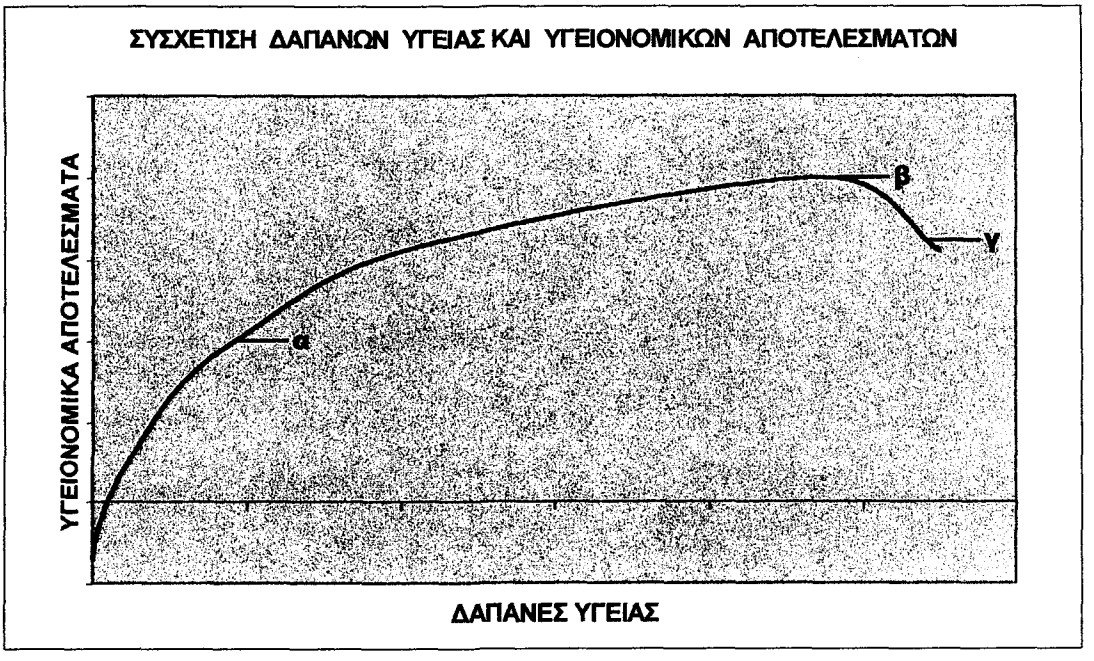
[165] Νιάκας Δ. , Κυριόπουλος Γ. (1989) *«Πόσο κοστίζει η υγεία σήμερα. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και η ελληνική εμπειρία»* σελ. 18-19, Ιατρικό Βήμα, τεύχ. 5 , περ. Β΄, Σεπτέμβριος 1989.

[166] OECD (1981) *«The Welfare State in Crisis»* Paris.

[167] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Μ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»*, Αθήνα.

[168] Κυριόπουλος Γ. , Καραλής Γ. , Οικονόμου Μ. (1999) υποσ. 164, σελ. 141-142.

της αύξησης των δαπανών υγείας και των υγειονομικών αποτελεσμάτων δεν είναι πάντα θετική. [169] Αντίθετα, η αύξουσα θετική συσχέτιση διαπιστώνεται μέχρι το σημείο (α) και συνεχίζει να είναι θετική - αλλά με φθίνουσα φορά - μέχρι το σημείο (β) στο οποίο η οριακή απόδοση μηδενίζεται. Από το σημείο (β) και μετά, η αύξηση των δαπανών οδηγεί σε αρνητική συσχέτιση με τα υγειονομικά αποτελέσματα - σημείο (γ) - [170] αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα εφαρμογής διαρθρωτικών πολιτικών στον τομέα της υγείας, με στόχο την επίτευξη της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. [171]



Ενώ λοιπόν την περίοδο από το 1975 και μετά, το πρόβλημα του ελέγχου των δαπανών υγείας αναδεικνύεται σε υψηλή προτεραιότητα της πολιτικής υγείας σε μια προσπάθεια αναζήτησης της αποδοτικότητας σε διεθνή κλίμακα, οι αντίστοιχες εξελίξεις στην χώρα μας παρουσιάζονται εντελώς διαφορετικές. Σημειώνουμε βέβαια πως στην χώρα μας, η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα εμφανίζεται με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, αφού μέχρι το 1975, παρατηρούμε σημαντικές αποκλίσεις στις συνολικές δαπάνες υγείας μεταξύ Ελλάδας και χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ παράλληλα εντοπίζουμε μια διαφορά στην σύνθεση των δαπανών μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

---

[169] Culyer A.-J. (1989) *«Competition and Markets in Health Care : What we Know and What we Do Not Know»* Centerngor Health Economics, Occasional Paper No 32, York University και Folland S., Goodman A., Stano M. (1997) *«The Economics of Health and Health Care»* p. 31, 80, Prentice Hall, New Jersey.

[170] Κατά τον Illich, η αρνητική αυτή συσχέτιση αποδίδεται στο φαινόμενο της «ιατρογέννεσης της ασθένειας» σύμφωνα με το οποίο η ραγδαία εξάπλωση των ιατρικών υπηρεσιών, αντί να συνδράμει στην αποκατάσταση της υγείας, προκαλεί πολλές φορές ασθένειες στο άτομο. Βλ. Illich I. (1975) *«Medical Nemesis : The Exploration of Health»*, Caldar and Boyars, London.

[171] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 66-67, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Πιο συγκεκριμένα, το 1960 οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά μέσο όρο το 4,2% του ΑΕΠ με το 61% να αφορά σε δημόσιες δαπάνες, ενώ το 1975 ανήλθαν στο 6,5% του ΑΕΠ έπειτα από σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών, των οποίων η ποσοστιαία συμμετοχή έφτασε στο 76,2% Στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας ήταν το 1960 3,3% επί του ΑΕΠ, με την ποσοστιαία συμμετοχή των δημοσίων δαπανών να βρίσκεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα (48%), ενώ η εξέλιξη των παραπάνω μεγεθών δεν ήταν ανάλογη με τις χώρες του ΟΟΣΑ, αφού οι δαπάνες υγείας ήταν το 1975 5,1% του ΑΕΠ, ενώ η συμμετοχή των δημοσίων δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας, αυξήθηκε μόλις κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες (51%). [172]

Τα παραπάνω μεγέθη, είναι ενδεικτικά της ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού από τον δημόσιο τομέα, καθώς και της γενικότερης υποβάθμισης των κοινωνικών αναγκών και προτεραιοτήτων την περίοδο που εξετάζουμε, κατά την οποία μάλιστα η ελληνική οικονομία χαρακτηρίζεται από υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης και κατ' επέκταση από σημαντικές δυνατότητες ως προς την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα. [173]

Ενώ όμως όπως αναφέρθηκε παραπάνω, την δεκαετία 1975-1984 οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν με ελεγχόμενους ρυθμούς στις χώρες του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα παρουσιάζεται μια εντελώς διαφορετική εικόνα, με τον ρυθμό πραγματικής αύξησης των δαπανών υγείας, να υπερβαίνει τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα, το 1984 οι δαπάνες υγείας στην χώρα μας αποτελούν το 7% του ΑΕΠ σημειώνοντας σημαντική αύξηση, η οποία αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας, οι οποίες το ίδιο έτος αποτελούν το 4,2% του ΑΕΠ και το 63% των συνολικών δαπανών υγείας.

Όπως έχει ήδη σημειωθεί, η μεταβολή αυτή συνιστά ένα παράδοξο φαινόμενο σε σχέση με τις αντίστοιχες διεθνείς εξελίξεις και το γενικότερο οικονομικό περιβάλλον, όμως εξηγείται από την επαναδιατύπωση των πολιτικών και κοινωνικών προτεραιοτήτων της εποχής στην χώρα μας, η οποία προχώρησε στην ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και στην διεύρυνση της ασφάλισης υγείας σε όλο τον πληθυσμό. [174]

Κατά την δεκαετία του '90, ο μέσος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι θετικός, αλλά υπολείπεται σημαντικά του αντίστοιχου μέσου ρυθμού της προηγούμενης περιόδου, γεγονός που αποδίδεται στην συνέχιση των προσπαθειών για συγκράτηση των δαπανών και περιστολή του κόστους των υπηρεσιών υγείας, με την λήψη μέτρων αναδιοργάνωσης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών υγείας. Στην χώρα μας αντίθετα, η μεγέθυνση των υλικών και ανθρώπινων πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας η οποία συνεχίστηκε και μετά το 1990, συνετέλεσε στο να διαμορφωθεί ένας ιδιαίτερα υψηλός ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας, (πίνακας 2.3.30.), ο οποίος μάλιστα είναι σχεδόν τριπλάσιος από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

---

[172] Βλ. τους σχετικούς πίνακες του κεφαλαίου 2 (μέρος 2ο) 2.2.8. και 2.2.10.

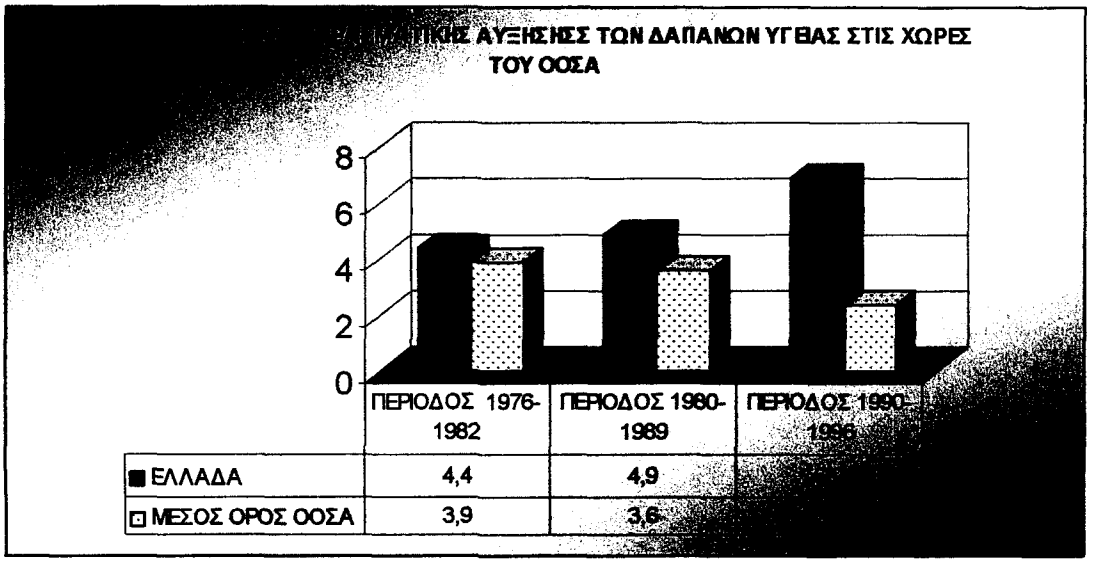
[173] Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., Οικονόμου Μ. (1999) *«Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)»* σελ. 143, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

[174] Κυριόπουλος Γ. (1993) *«Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 59-60, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.30. ΕΤΗΣΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ* ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ			
ΧΩΡΑ	**ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1976-1982**	**ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1980-1989**	**ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1990-1996**
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	2,3	4,6	4
ΑΥΣΤΡΙΑ	-1,5	2,4	1
ΒΕΛΓΙΟ	4,3	2,7	-0,1
ΚΑΝΑΔΑΣ	3,7	3,7	1,3
ΔΑΝΙΑ	6,8	1,8	2,6
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	3,3	3,6	-2,7
ΓΑΛΛΙΑ	5,7	4,9	2,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1,8	2,8	6,3
ΕΛΛΑΔΑ	4,4	4,9	6,9
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	6,9	4,3	0,5
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	4,8	-1,6	2,5
ΙΤΑΛΙΑ	5,2	2,9	1,3
ΙΑΠΩΝΙΑ		1,5	4,2
ΚΟΡΕΑ	11,8	13,6	8,2
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	6,3	3,8	0
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	2	2,7	2,5
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	0	0	0,4
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	5,2	5,4	2,3
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ		7,1	4,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	2,9	6,4	2,7
ΣΟΥΗΔΙΑ	3,1	1,9	-0,3
ΕΛΒΕΤΙΑ	1,9	4,2	2,3
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	1,8	2	2,5
ΗΠΑ	3,9	3,7	2
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ	**3,9**	**3,6**	**2,4**

*σε σταθερές τιμές και με την νομισματική μονάδα της κάθε χώρας.

Πηγή : OECD (1998) "Health Data" Paris.

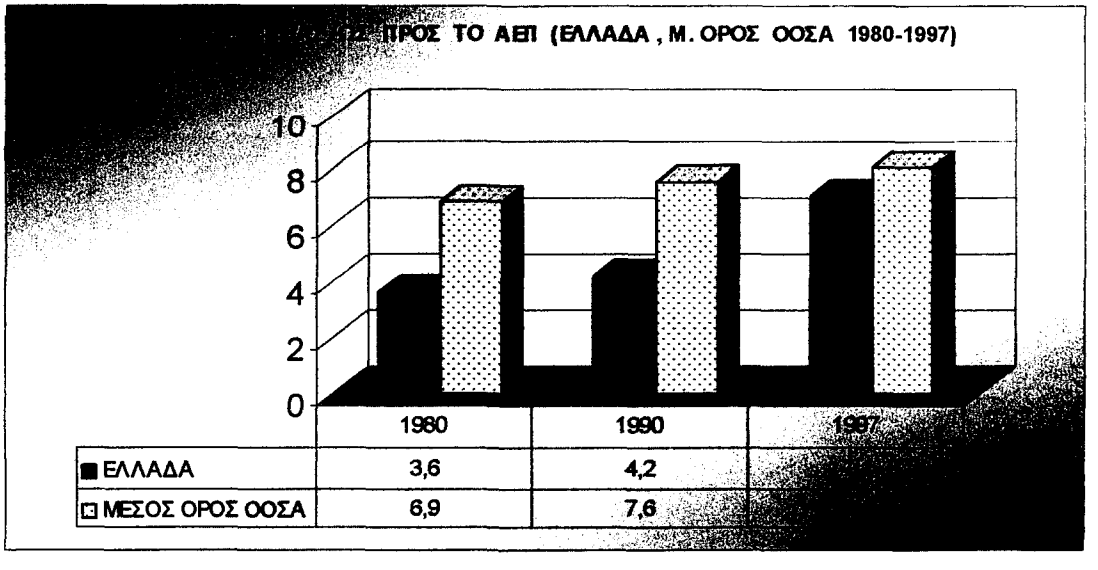


Συνοψίζοντας, αναφέρουμε πως ενώ το ποσοστό των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ στην χώρα μας, μέχρι το 1975 υπολείπεται σημαντικά του αντίστοιχου μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ, από τις αρχές της δεκαετίας του '80 αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς και εκτιμάται [175] πως προσεγγίζει

[175] Για το πρόβλημα του προσδιορισμού των δαπανών υγείας στην χώρα μας γίνεται εκτενέστερη αναφορά παρακάτω.

στα τέλη της δεκαετίας του '90 τα ποσοστά που αναλογούν στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ (πίνακας 2.3.31.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.31. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ 1980-1997			
ΧΩΡΑ	**1980**	**1990**	**1997**
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	7,3	8,3	8,3
ΑΥΣΤΡΙΑ	7,7	7,2	7,9
ΒΕΛΓΙΟ	6,5	7,5	7,6
ΚΑΝΑΔΑΣ	7,3	9,2	9,3
ΔΑΝΙΑ	8,7	8,2	7,7
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	6,5	8	7,3
ΓΑΛΛΙΑ	7,6	8,9	9,9
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	8,8	8,7	10,4
ΕΛΛΑΔΑ *	**3,6**	**4,2**	**7,1**
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	6,2	7,9	8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	8,7	6,7	7
ΙΤΑΛΙΑ	7	8,1	7,6
ΙΑΠΩΝΙΑ	6,4	6	7,3
ΚΟΡΕΑ	2,9	3,9	4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	6,2	6,6	7,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	7,9	8,3	8,5
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	6	7	7,6
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	7	7,8	7,4
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	5,8	6,5	8,2
ΙΣΠΑΝΙΑ	5,6	6,9	7,4
ΣΟΥΗΔΙΑ	9,4	8,8	8,6
ΕΛΒΕΤΙΑ	6,9	8,3	10,2
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	5,6	6	6,7
ΗΠΑ	9,1	12,6	14
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ	**6,9**	**7,6**	**8,1**
*σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ.			
Πηγή :α)OECD (1998) "Health Data" Paris, β)Ίδιοι υπολογισμοί.			



Σε προηγούμενο κεφάλαιο, αναφερθήκαμε επιγραμματικά στα μεθοδολογικά προβλήματα που παρουσιάζει η μέτρηση των δαπανών υγείας. [176] Στην χώρα μας μάλιστα, το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό και συνδέεται με την ανάπτυξη έντονων παραοικονομικών δραστηριοτήτων και την ύπαρξη εκτεταμένης υπόγειας οικονομίας στον υγειονομικό τομέα. Για τον λόγο αυτό, πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση της σύνθεσης και διάρθρωσης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, θα επιχειρήσουμε μια ερμηνεία των αποκλίσεων στον υπολογισμό των δαπανών υγείας στην χώρα μας τόσο στο σύνολό τους, όσο και ανά κατηγορία - δημόσια ή ιδιωτική - δαπάνης.

3.5.3. Οι αποκλίσεις στην προσέγγιση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και η εκτίμηση της παραοικονομικής δραστηριότητας.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα μεθοδολογικά προβλήματα που προκύπτουν κατά τον υπολογισμό και ιδιαίτερα κατά την σύγκριση των δαπανών υγείας σε διεθνή κλίμακα, οφείλονται στους υφιστάμενους μηχανισμούς συλλογής και καταγραφής των δεδομένων και ειδικότερα :

- στο γεγονός ότι οι μετρήσεις μεταξύ των χωρών περικλείουν διαφορετικές συνιστώσες.
- στον διαφορετικό τρόπο λήψης των δεδομένων και συνεπώς στην αδυναμία σύγκρισής τους σε διακρατικό επίπεδο.
- στις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των χωρών σε ότι αφορά στις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, δημογραφικές και υγειονομικές συνθήκες και εξελίξεις.

Στην χώρα μας, έχει γίνει πολλές φορές αναφορά στις δυσχέρειες που προκύπτουν ως προς την ανάδυση των πραγματικών μεγεθών της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας και τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται για τον ακριβή υπολογισμό τους, προκύπτουν από τις παρακάτω πηγές [177] :

α)ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί [178] : απολογιστικά δεδομένα τα οποία προκύπτουν από την εκτίμηση της συνολικής τελικής παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών υγείας σε ετήσια βάση. Οι ενστάσεις που έχουν καταγραφεί ως προς την μεθοδολογία της παραπάνω πηγής, αφορούν στα προβλήματα υποεκτίμησης

[176] Σε γενικές γραμμές, το πρόβλημα της συγκρισημότητας των δαπανών υγείας σε διακρατικό επίπεδο, έχει να κάνει με την απουσία προτυποποιημένης μεθόδου λήψης και έκφρασης των στοιχείων και κατά συνέπεια με την έλλειψη ενιαίας μεθοδολογίας. Βλ. Κυριόπουλος Γ. , Καραλής Γ. , Οικονόμου Μ. (1999) *«Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)»* σελ. 142, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

[177] Κυριόπουλος Γ. (1993) *«Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 55-57, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[178] Αναλυτικά για τον τρόπο προσδιορισμού των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μέσα από τους Εθνικούς Λογαριασμούς και για τα μεθοδολογικά προβλήματα που προκύπτουν βλ. Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 181-192, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

των δημοσίων και υπερεκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Συγκεκριμένα, στις δημόσιες δαπάνες υγείας δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για την εκπαίδευση των επαγγελμάτων υγείας, οι δαπάνες των γενικών μέτρων για την προάσπιση της δημόσιας υγείας και τα ελλείμματα των νοσοκομείων, [179] με αποτέλεσμα η δημόσια δαπάνη που προκύπτει από τους Εθνικούς Λογαριασμούς να εκτιμάται πως υπολείπεται σε ετήσια βάση της πραγματικής, κατά 1% περίπου του ΑΕΠ ή αλλιώς κατά 100 δις δραχμές (δεδομένα 1991). [180] Προβλήματα επίσης παρουσιάζονται και κατά τον προσδιορισμό της ιδιωτικής δαπάνης, κυρίως λόγω της υπερεκτίμησης της φαρμακευτικής δαπάνης, δεδομένου ότι τα αποθεματικά που αφαιρούνται από την συνολική παραγωγή βασίζονται σε εκτιμήσεις παρελθόντων ετών, ενώ παράλληλα υπάρχει αδυναμία ακριβούς προσέγγισης των εξαγωγών των φαρμακευτικών προϊόντων. Τέλος, σοβαρή υποεκτίμηση προκύπτει στον υπολογισμό των εισοδημάτων των επαγγελματιών υγείας, μια και η δεδομένη μέθοδος προσέγγισης η οποία βασίζεται στα δηλωθέντα εισοδήματα, στα έξοδα άσκησης του επαγγέλματος και στην κατά προσέγγιση εκτίμηση της παραοικονομίας, δεν μπορεί να διασταυρωθεί και να επαληθευτεί. [181]

β)ΕΣΥΕ, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών : έρευνα η οποία διεξάγεται περιοδικά σε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα νοικοκυριών για τον προσδιορισμό των δαπανών για αγαθά και υπηρεσίες. Η πηγή αυτή θεωρείται αξιόπιστη και η επάρκεια της μεθοδολογίας και του δείγματος, επιτρέπει την χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων της για την εκτίμηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας.

γ)Υπουργείο Οικονομικών, Δηλωθέντα εισοδήματα των επαγγελματιών υγείας : στοιχεία που προκύπτουν από την επίσημη καταγραφή των πραγματικών εισοδημάτων των επαγγελματιών υγείας στο σύνολό τους. Η πηγή αυτή, οδηγεί σε εκτίμηση των δαπανών υγείας με απόκλιση από τις πραγματικές, σε μέγεθος αντίστοιχο με το ύψος της φοροδιαφυγής.

Όσο αφορά στα στοιχεία του ΟΟΣΑ, πολλοί μελετητές θεωρούν πως υποεκτιμούν την δημόσια και ιδιαίτερα την ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, επειδή βασίζονται στα δεδομένα των Εθνικών Λογαριασμών και κυρίως επειδή όπως προαναφέραμε υπολογίζουν τις δαπάνες υγείας σε αμοιβές συντελεστών παραγωγής

[179] Ενδεικτικά αναφέρουμε, πως δεν συμπεριλαμβάνεται στους Εθνικούς Λογαριασμούς που αφορούν στο 1991, η επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ύψους, 25 δις δρχ.

[180] Κυριόπουλος Γ. (1991) *«Τα οικονομικά της στρατηγικής Υγεία για Όλους το 2000»* σελ. 135-146, Πρακτικά Συμποσίου Π.Φ.Υ., Ιωάννινα.

[181] Επιπρόσθετα, στα μεθοδολογικά προβλήματα των Εθνικών Λογαριασμών μπορούμε να προσθέσουμε την αδυναμία αποφυγής των διπλοεγγραφών, κυρίως σε σχέση με τα εισοδήματα των συμβεβλημένων με τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης ιατρών, τα οποία εμφανίζονται τόσο στην δημόσια όσο και στην ιδιωτική κατανάλωση. Ακόμη υποστηρίζεται πως στους Εθνικούς Λογαριασμούς το ΑΕΠ υποεκτιμάται. Βλ. Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) *«Οργάνωση και Χρηματοδότηση»* σελ. 76-77, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Ιούνιος 1994, Αθήνα.

και όχι σε τιμές αγοράς, ενώ παράλληλα, αγνοούν τις επιχορηγήσεις των δημοσίων νοσοκομείων από το κράτος. [182]

Η συνολική λοιπόν δαπάνη υγείας στην χώρα μας σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ θεωρείται υποεκτιμημένη, με την υστέρηση να κυμαίνεται σε ποσοστό 1-1,5% του ΑΕΠ και να αποδίδεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό της στον μη ακριβή υπολογισμό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, η οποία καταβάλλεται μέσω των οικογενειακών προϋπολογισμών. Οι διαφοροποιήσεις λοιπόν των στοιχείων του ΟΟΣΑ και των Εθνικών Λογαριασμών είναι ιδιαίτερα υψηλές κυρίως στην ιδιωτική δαπάνη υγείας και εμφανίζονται τόσο σε σχέση με το ΑΕΠ (πίνακας 2.3.32.), όσο και σε σχέση με την ποσοστιαία συμμετοχή του κράτους και των ασφαλιστικών φορέων από τη μια και των οικογενειακών προϋπολογισμών από την άλλη, στο σύνολο των δαπανών υγείας (πίνακας 2.3.33.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.32. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ (ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΟΣΑ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΩΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ).

ΕΤΟΣ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΟΣΑ			ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ*		
	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ % ΑΕΠ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ % ΑΕΠ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ % ΑΕΠ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ % ΑΕΠ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ % ΑΕΠ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ % ΑΕΠ
1980	2,9	0,7	3,6	3,9	2,6	6,5
1987	3,4	0,9	4,3	4,4	3	7,4
1988	3,4	0,7	4,1	4,5	2,8	7,3
1989	3,5	0,6	4,1	4,7	2,7	7,4
1990	3,5	0,7	4,2	4,8	2,8	7,6
1991	3,4	0,8	4,2	4,8	3	7,8
1992	3,4	1,1	4,5	4,9	3,4	8,3
* σε τρέχουσες τιμές						

ΠΗΓΗ : α)OECD (1998) "Health Data" Paris , β)ΕΣΥΕ (1992) "Εθνικοί Λογαριασμοί", Αθήνα, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.33. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΟΣΑ)

ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ
1980	82,2	17,8
1985	81	19
1990	82,3	17,7
1991	80,2	19,8
1992	76,1	23,9
1993	76,2	23,8
1994	76,2	23,8
1995	75,8	24,2
1996	77,5	22,5
1997	74,8	25,2

ΠΗΓΗ : α)OECD (1998) "Health Data" Paris , β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Έτσι, εκτιμάται πως το πραγματικό μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό το οποίο αναγράφεται στα επίσημα στοιχεία και ανέρχεται στο 40% περίπου της συνολικής δαπάνης, ποσοστό που το καθιστά ως ένα από τα υψηλότερα μεταξύ των κρατών-μελών του ΟΟΣΑ. [183] Η διαφορά αυτή της τάξης των

[182] Κυριόπουλος Γ. (1993) *«Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 62, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[183] Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., Οικονόμου Μ. (1999) *«Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)»* σελ. 143, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

15 περίπου ποσοστιαίων μονάδων σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας, οφείλεται στο φαινόμενο της παραοικονομίας [184] ή υπόγειας οικονομίας που παρατηρείται στον υγειονομικό τομέα. [185]

Γενικότερα, η παραοικονομία στην Ελλάδα συνιστά ένα πρόβλημα το οποίο έχει γίνει αντικείμενο σχολιασμού στα πλαίσια κυρίως των επιμέρους παραμέτρων του όπως η φοροδιαφυγή, η ανυπαρξία συσχετίσεως μεταξύ δαπανών και εισοδημάτων κλπ, ενώ οι όποιες προσπάθειες ποσοτικής εκτίμησης του φαινομένου, βασίζονται είτε σε διαίσθηση, είτε σε μεθοδολογία η οποία διεθνώς θεωρείται ότι καλύπτει τα κατώτερα μεγέθη της παραοικονομίας. [186]

Πάντως ο Παυλόπουλος επιχειρώντας μια ποσοτική οριοθέτηση του φαινομένου (στοιχεία 1984), εκτιμά πως το πραγματικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν είναι μεγαλύτερο του επίσημα μετρούμενου κατά 30% περίπου, μέγεθος το οποίο κατατάσσει την χώρα μας σε ιδιαίτερα υψηλή θέση από άποψη παραοικονομίας. Όσο αφορά στους επιμέρους κλάδους, είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακό το γεγονός ότι το μέγεθος της παραοικονομίας εμφανίζεται υψηλό σε κλάδους όπου δεν θα ανέμενε κανείς να χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη φοροδιαφυγή, ενώ αντίθετα ο κλάδος του εμπορίου ο οποίος προδιαθέτει για υψηλή παραοικονομία, βρίσκεται χαμηλά στην σχετική κλίμακα ιεραρχήσεως της (πίνακας 2.3.34.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.34. ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΚΛΑΔΟ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΤΟΙΚΙΕΣ	90,9
ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ	71,1
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	64,9
ΥΓΕΙΑ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	30,1
ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ - ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ	29,7
ΕΜΠΟΡΙΟ	28,8
ΜΕΤΑΠΟΙΗΣΗ	15,1

Πηγή : Παυλόπουλος Π. (1987) "Η Παραοικονομία στην Ελλάδα. Μια πρώτη ποσοτική οριοθέτηση" σελ. 175-176, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Η ίδια μελέτη, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα μεγέθη της παραοικονομίας όπως διαφαίνονται στους παραπάνω κλάδους, επιβεβαιώνουν την

[184] Οι περισσότερες μελέτες προσεγγίζουν εννοιολογικά την παραοικονομία ως την οικονομική δραστηριότητα της οποίας το αποτέλεσμα δεν υπολογίζεται στο εθνικό εισόδημα. Βλ. Νεγρεπόντη-Δελιβάνη Μ. (1991) *«Η Οικονομία της Παραοικονομίας στην Ελλάδα»* σελ. 31, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα. Ενδεικτικά αναφέρουμε την προσέγγιση του Blades σύμφωνα με την οποία «η παραοικονομία καλύπτει δραστηριότητες οι οποίες θα έπρεπε κατ' αρχήν να καλύπτονται από το ΑΕΠ, αλλά οι οποίες είναι δυνατό στην πράξη να παραλείπονται μερικές φορές, εξαιτίας του ότι ένα ή περισσότερα από τα ενδιαφερόμενα μέρη, προσπαθεί να τις αποκρύψει από τις δημόσιες υπηρεσίες» Blades D. (1982) *«The Hidden Economy and the National Accounts»* p. 30, OECD, Occasional Studies, Paris. Παρόμοια είναι και η ερμηνεία του Feige, ο οποίος θεωρεί ως παραοικονομία «όλες τις οικονομικές δραστηριότητες οι οποίες δεν δηλώνονται ή δεν μετρώνται από τις υφιστάμενες τεχνικές μέτρησης της οικονομικής δραστηριότητας μιας κοινωνίας» Feige E. L . (1979) *«How Big is the Irregular Economy?»* p.6, Challenge, vol. 22, No 5, November – December 1979.

[185] Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. (1999) *«Health care and cost containment in Greece»* p. 366, in Mossialos E , Le Grand J. (1999) edit. *«Health Care and Cost Containment in the European Union»* Ashgate, Aldershot.

[186] Παυλόπουλος Π. (1987) «Η Παραοικονομία στην Ελλάδα. Μια πρώτη ποσοτική οριοθέτηση» σελ. 96, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

αίσθηση ότι ο μέσος Έλληνας απολαμβάνει βιοτικό επίπεδο μεγαλύτερο από αυτό που δικαιολογείται από το μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα. [187] Από την άλλη όμως, η ύπαρξη υψηλής παραοικονομίας οδηγεί στην υπερφορολόγηση και επιβάρυνση των εισοδημάτων των ομάδων εκείνων που δεν έχουν δυνατότητα φοροδιαφυγής, ώστε να μπορέσει να στηριχθεί η διανεμητική πολιτική, η οποία στρεβλώνεται από την δράση μεγάλων ομάδων οι οποίες διαφεύγουν την φορολογία. Το φαινόμενο μάλιστα αυτό σε συνδυασμό με το ύψος της έμμεσης φορολογίας στη χώρα μας, αρκεί ώστε να γίνει κατανοητή αφενός η δυσχερής θέση συγκεκριμένων ομάδων που δεν έχουν δυνατότητα διαπράξεως φοροδιαφυγής (κυρίως μισθωτοί και συνταξιούχοι) και αφετέρου, η αδυναμία άσκησης αναδιανεμητικής πολιτικής. [188]

Σημειώνουμε μάλιστα πως διαχρονικά, παρατηρείται μια αύξηση του μεγέθους της παραοικονομίας στην χώρα μας (πίνακας 2.3.35.), γεγονός που δημιουργεί νέα ερωτήματα και αμφισβητήσεις [189] :

α)ως προς την πραγματική παραγωγική ικανότητα της οικονομίας,

β)ως προς το πραγματικό ποσοστό ανεργίας, με δεδομένη την πρόκληση συγκαλυμμένης απασχόλησης,

γ)ως προς τα πραγματικά μεγέθη της φοροδιαφυγής,

δ)ως προς την πραγματική κατανομή του εισοδήματος και

ε)ως προς την αξιοπιστία των επίσημων μεγεθών του πληθωρισμού, στο μέτρο που ο ρυθμός μεταβολής των τιμών στον τομέα της παραοικονομίας, δεν είναι ίδιος με εκείνον του τομέα της επίσημης οικονομίας.

Όσο αφορά στον τομέα της υγείας, πέρα από τις επιδράσεις της παραοικονομίας στα ατομικά εισοδήματα οι οποίες έμμεσα πλήττουν και την

---

[187] Παυλόπουλος Π. (1987)) «Η Παραοικονομία στην Ελλάδα. Μια πρώτη ποσοτική οριοθέτηση» σελ. 176, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[188] Παυλόπουλος Π. (1987) υποσημ. 186, σελ. 178. Ειδικότερα για τις συνέπειες στην πολιτική διανομής του εισοδήματος, υποστηρίζεται πως «η παραοικονομία οδηγεί τους φορείς της οικονομικής πολιτικής στην επιλογή στρατηγικών βελτίωσης της διανομής του εισοδήματος, διαφορετικών από εκείνες που υπαγορεύει η οικονομική πραγματικότητα» ενώ από την άλλη επισημαίνεται ότι η αύξηση της φορολογίας για την επίτευξη της διανομής του εισοδήματος, ενδέχεται να ευνοεί την ανάπτυξη παραοικονομικών δραστηριοτήτων. Βαβούρας Ι. , Κούτρης Α. (1991) *«Παραοικονομία. Η Έκταση του Φαινομένου στην Ελλάδα και το Εξωτερικό»* σελ. 74-75, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

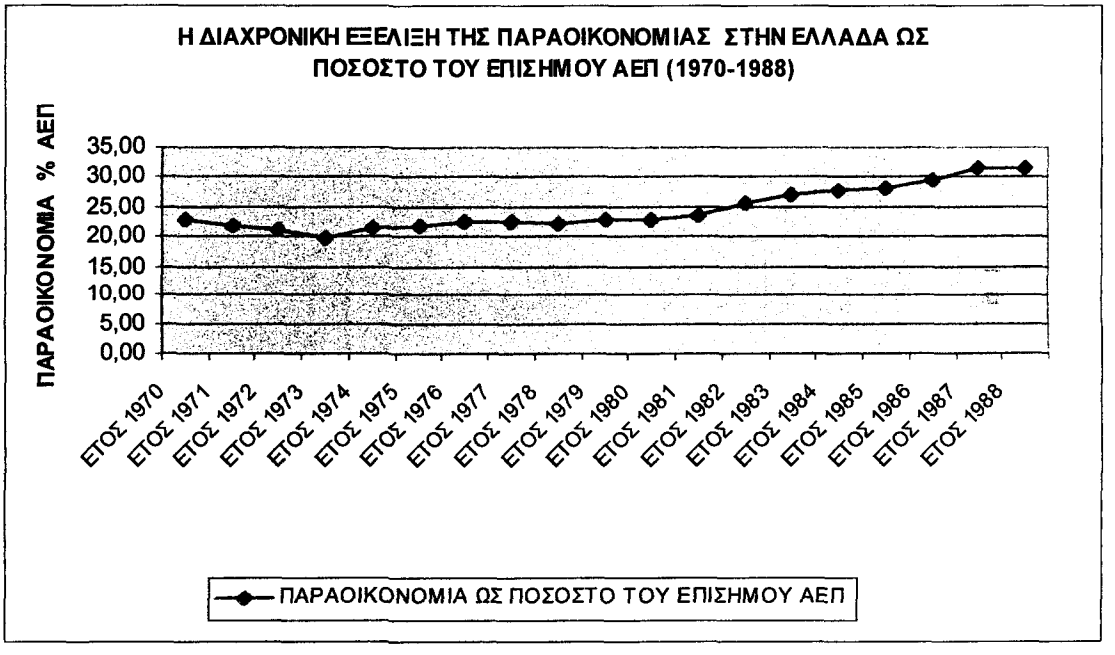
[189] Βαβούρας Ι. επιμ. (1990) *«Παραοικονομία»* σελ. 375-376, Τεύχη Πολιτικής Οικονομίας, Ειδική Έκδοση 1, Εκδ. Κριτική, Αθήνα. Από την άλλη, έχουν επισημανθεί τόσο στην διεθνή όσο και στην ελληνική βιβλιογραφία και θετικές συνέπειες από την ύπαρξη της παραοικονομίας, με κυρίαρχη την άποψη ότι οι παραοικονομικές δραστηριότητες που αναμφισβήτητα αυξάνουν το εθνικό εισόδημα - άσχετα αν δεν συμπεριλαμβάνονται στα επίσημα στατιστικά δεδομένα - δεν θα είχαν λάβει χώρα χωρίς αυτήν και επομένως δεν μπορούν να υποκατασταθούν από αντίστοιχες της επίσημης οικονομίας. Βλ. Νεγρεπόντη-Δελιβάνη Μ. (1991) *«Η Οικονομία της Παραοικονομίας στην Ελλάδα»* σελ. 23,132, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

δυνατότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, [190] η εκτεταμένη παραοικονομική δραστηριότητα, συνδέεται με την ύπαρξη κλίματος που προκαλεί την αναγκαιότητα καταβολής αμοιβών διαμεσολάβησης, για την αυτονόητη άσκηση του ασφαλιστικού δικαιώματος και την ελεύθερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Γενικότερα, το υγειονομικό σύστημα θεωρείται ότι ευνοεί την ανάπτυξη παραοικονομικής δραστηριότητας για επιπρόσθετους λόγους, που σχετίζονται με τις ιδιαιτερότητες της εν λόγω αγοράς και τον χαρακτήρα ανταλλαγής. [191]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.35 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1970-1988)

ΕΤΟΣ	ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΕΠΙΣΗΜΟΥ ΑΕΠ	ΕΤΟΣ	ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΕΠΙΣΗΜΟΥ ΑΕΠ
ΕΤΟΣ 1970	22,76	ΕΤΟΣ 1980	23,04
ΕΤΟΣ 1971	21,96	ΕΤΟΣ 1981	23,49
ΕΤΟΣ 1972	21,04	ΕΤΟΣ 1982	25,48
ΕΤΟΣ 1973	19,91	ΕΤΟΣ 1983	27,01
ΕΤΟΣ 1974	21,49	ΕΤΟΣ 1984	27,82
ΕΤΟΣ 1975	21,73	ΕΤΟΣ 1985	28,02
ΕΤΟΣ 1976	22,56	ΕΤΟΣ 1986	29,41
ΕΤΟΣ 1977	22,56	ΕΤΟΣ 1987	31,65
ΕΤΟΣ 1978	22,31	ΕΤΟΣ 1988	31,62
ΕΤΟΣ 1979	22,70		

Πηγή : Βαβούρας Ι. (1990) "Παραοικονομία" σελ. 375-376, Τεύχη Πολιτικής Οικονομίας, Ειδική Έκδοση 1, Εκδ. Κριτική, Αθήνα.



[190] Για την συσχέτιση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος με τις υγειονομικές ανισότητες και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας βλ. κεφάλαιο 4 (μέρος 1°).

[191] Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα, στην Ελλάδα»* σελ. 7, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα.

Η προσέγγιση του μεγέθους της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα στην χώρα μας, έχει επιχειρηθεί από τον Παυλόπουλο με άμεσο τρόπο [192] και εκτιμάται πως ανέρχεται (1984) σε 39,9 δις δρχ. ποσό που μεταφράζεται στο 51,5% των επίσημων καταγραφών (πίνακας 2.3.36.). Στα πλαίσια της μελέτης αυτής, προέκυψαν ενδιαφέροντα ποσοτικά στοιχεία για τις επιμέρους δραστηριότητες οι οποίες οδηγούν σε υπόγειες συναλλαγές, ενώ ενδεικτικά είναι τα παρακάτω συμπεράσματα :

- Είναι γενικά παραδεκτός όσο και κατακριτέος ο χαρακτήρας της εγχείρησης ως «θερμοκηπίου για την ανάπτυξη συναλλαγών μεταξύ ασθενών, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού». Παράλληλα, θεωρείται εξαιρετικά δύσκολη η προσέγγιση του ποσού της συναλλαγής αυτής, λόγω του κατ' εξοχήν παραοικονομικού του χαρακτήρα.

- Τα μεγέθη που αφορούν στην καταβολή «φιλοδωρημάτων» είναι ιδιαίτερα υψηλά, επειδή γεννώνται κάτω από συνθήκες έντονης συναισθηματικής φόρτισης, εξάρτησης και φόβου από την πλευρά του ασθενή. Οι αποδέκτες των πρόσθετων αυτών αμοιβών είναι εκτός από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και όσοι παρέχουν αποκλειστική νοσηλευτική μεταχείριση σε περιπτώσεις αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης από την πλευρά του ασθενή. Ακόμη, αξιόλογα είναι τα αντίστοιχα ποσά που απευθύνονται σε άλλες κατηγορίες υγειονομικού προσωπικού, όπως φυσικοθεραπευτές, ελεύθερες μαίες, οδοντοτεχνίτες κλπ.

- Συμπερασματικά, οι υπόγειες αμοιβές στον τομέα της υγείας, έχουν δύο κυρίως πηγές : α)την άσκηση ελευθερίου επαγγέλματος (ιατρική επίσκεψη) και β)την νοσοκομειακή περίθαλψη. [193]

Με την μέθοδο της απόκλισης δαπάνης – εισοδήματος (έμμεση μέθοδος), η παραοικονομία στην υγεία στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι αυξήθηκε από 13% των συνολικών δαπανών υγείας το 1982, σε 23% αντίστοιχα το 1988, ποσοστό το οποίο μεταφράζεται περίπου σε 105 δις. δρχ. [194] Πρόσφατη μελέτη βασισμένη

---

[192] Σημειώνουμε πως οι άμεσες μέθοδοι μέτρησης της παραοικονομίας στηρίζονται στην δειγματοληπτική έρευνα, ενώ οι έμμεσες βασίζονται στην εκτίμηση των συνεπειών της παραοικονομίας, στις διάφορες σφαίρες της οικονομικής πραγματικότητας. Για μια αναλυτική παρουσίαση των τρόπων και της μεθοδολογίας ποσοτικού προσδιορισμού της παραοικονομίας, βλ. Βαβούρας Ι. , Κούτρης Α. (1991) *«Παραοικονομία. Η Έκταση του Φαινομένου στην Ελλάδα και το Εξωτερικό»* σελ. 31-63, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

[193] Στην περίπτωση των νοσοκομειακών ιατρών η υπόγεια οικονομική δραστηριότητα προκύπτει από την καταβολή πρόσθετων αμοιβών τόσο στα πλαίσια της νοσοκομειακής όσο και στα πλαίσια της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Sissouras A , Karokis A. , Mossialos E. (1999) *«Health care and cost containment in Greece»* p. 366, in Mossialos E , Le Grand J. (1999) edit. *«Health Care and Cost Containment in the European Union»* Ashgate, Aldershot.

[194] Νιάκας Δ., Σκουτέλης Γ., Κυριόπουλος Γ. (1990) *«Διερεύνηση της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα. Μια Πρώτη Ποσοτική Προσέγγιση»* σελ. 42-45, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 1, τεύχ. 6, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1990, Αθήνα. Σημειώνεται, πως η εκτίμηση αυτή με την μέθοδο που ακολουθήθηκε, προσεγγίζει μόνο τα κατώτατα όρια της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα. Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα, στην Ελλάδα»* σελ. 5, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1 , τεύχ. 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα.

στην ίδια μέθοδο [195], προσεγγίζει την πραγματική παραοικονομία του υγειονομικού τομέα για το έτος 1994 σε 269 δις. δρχ., μέγεθος το οποίο αποτελεί το 1,13% του ΑΕΠ και το 16,9% του συνόλου των δαπανών υγείας (πίνακας 2.3.37.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.36. ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΥΓΕΙΑ			
	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ**	**ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ (1984)**
1.	**ΙΑΤΡΟΙ**	**30,5**	**54,4**
	α)έκτακτες αμοιβές	13	13
	β)αμοιβές φυσικοθεραπευτών		2,4
	γ)εγχειρήσεις	17,5	35
	δ)τοκετοί		1,5
	ε)εκτρώσεις		2,5
2.	**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ**	**4,9**	**16,3**
3.	**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ**	**32,9**	**35,3**
	α)μισθοί - ημερομίσθια	32,9	32,9
	β)φιλοδωρήματα		2,4
4.	**ΜΑΙΕΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΣ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ, ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΕΣ,ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΕΣ**	**6,1**	**9**
5.	**ΕΝΟΙΚΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ**	**2,3**	**2,3**
	ΣΥΝΟΛΟ	**77,4**	**117,3**
* σε δισ. Δρχ. και τρέχουσες τιμές			
Πηγή : Παυλόπουλος Π. (1987) "Η Παραοικονομία στην Ελλάδα. Μια πρώτη ποσοτική οριοθέτηση" σελ. 196, ΙΟΒΕ, Αθήνα.			

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.37. ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΑΕΠ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (1974-1994)		
ΕΤΗ	**ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ**	**ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**
1974	0,34	7,5
1982	1,06	17,5
1988	1,56	25,1
1994	1,13	16,9
Πηγή : Κυριόπουλος Γ. , Κάραλης Γ. (1997) "Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα" σελ. 46, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ.8, τεύχ. 49, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997, Αθήνα.		

Όπως προκύπτει μάλιστα από τα στοιχεία της μελέτης αυτής (υποσημ. 194), η αύξηση της παραοικονομίας στην υγεία, συνδέεται κύρια με την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, ανεξάρτητα αν κατά την περίοδο που εξετάστηκε αυξήθηκαν σημαντικά και οι αντίστοιχες δημόσιες δαπάνες υγείας. Το γεγονός αυτό, επιβεβαιώνει τον καθοριστικό ρόλο της προσφοράς στην

[195] Η μέθοδος αυτή βασίστηκε επίσης στην απόκλιση δαπάνης - εισοδήματος, με τα εθνικολογιστικά στοιχεία να προέρχονται από τους Εθνικούς Λογαριασμούς και τα στοιχεία της εγχώριας ιδιωτικής κατανάλωσης από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ. Τα στοιχεία δε των δηλωθέντων εισοδημάτων των επαγγελματιών υγείας, προέρχονται από το Υπουργείο Οικονομικών. Βλ. Κυριόπουλος Γ. , Καραλής Γ. (1997) *«Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα»* σελ. 46, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 8, τεύχ. 49, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997, Αθήνα.

δημιουργία προκλητής ζήτησης, καθώς και την ύπαρξη σοβαρών διαρθρωτικών προβλημάτων στον χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου καταναλώνεται το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής δαπάνης. [196]

Όπως διαφαίνεται και στον πίνακα 2.3.38., η προσέγγιση της ιδιωτικής δαπάνης με διαφορετική μεθοδολογία, αφήνει να φανούν τόσο η αποδεκτή όσο και η πραγματική παραοικονομία του τομέα της υγείας. [197] Η εξέλιξη μάλιστα των παραπάνω μεγεθών σε σταθερές τιμές (πίνακας 2.3.39.), οδηγεί στις παρακάτω διαπιστώσεις :

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.38. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 1974-1994 (σε εκατομμύρια δραχμές και τρέχουσες τιμές)

ΕΤΗ	ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ	ΔΗΛΩΘΕΝΤΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ
1974	7.029	7.405	5.427	1.602	1.978
1982	34.115	52.992	25.646	8.469	27.346
1988	107.004	220.553	77.104	29.900	143.449
1994	417.602	547.868	278.473	139.129	269.395

*δεν περιλαμβάνεται η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και η δαπάνη για υγειονομικό υλικό και ιατρικές συσκευές

Πηγή : Κυριόπουλος Γ., Κάρολης Γ. (1997) "Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα" σελ. 46, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ.8, τεύχ. 49, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.39. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 1974 - 1994 (σε εκατομμύρια δραχμές και σταθερές τιμές, 1994=100)

ΕΤΗ	ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ	ΔΗΛΩΘΕΝΤΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ
1974	169.047	178.090	130.519	38.528	47.571
1982	226.648	352.060	170.383	56.265	181.677
1988	257.345	530.430	185.435	71.910	344.995
1994	417.602	547.868	278.473	139.129	269.395

*δεν περιλαμβάνεται η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και η δαπάνη για υγειονομικό υλικό και ιατρικές συσκευές

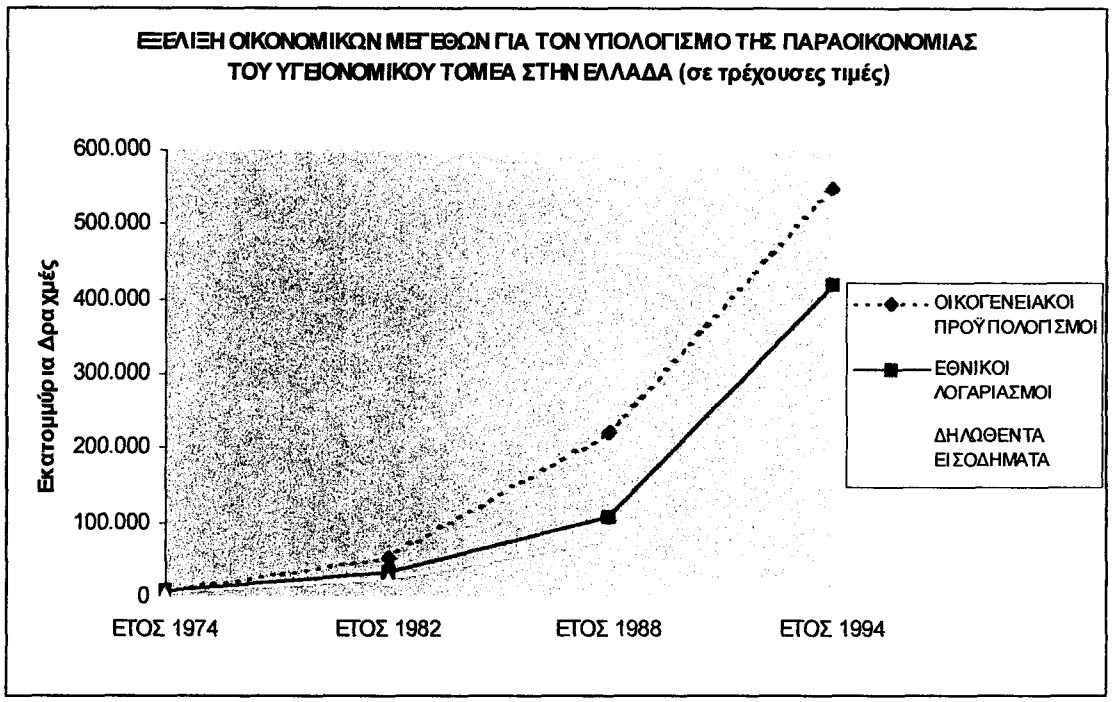
Πηγή : Κυριόπουλος Γ., Καρολής Γ., Οικονόμου Μ. (1999) "Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)" σελ. 146, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

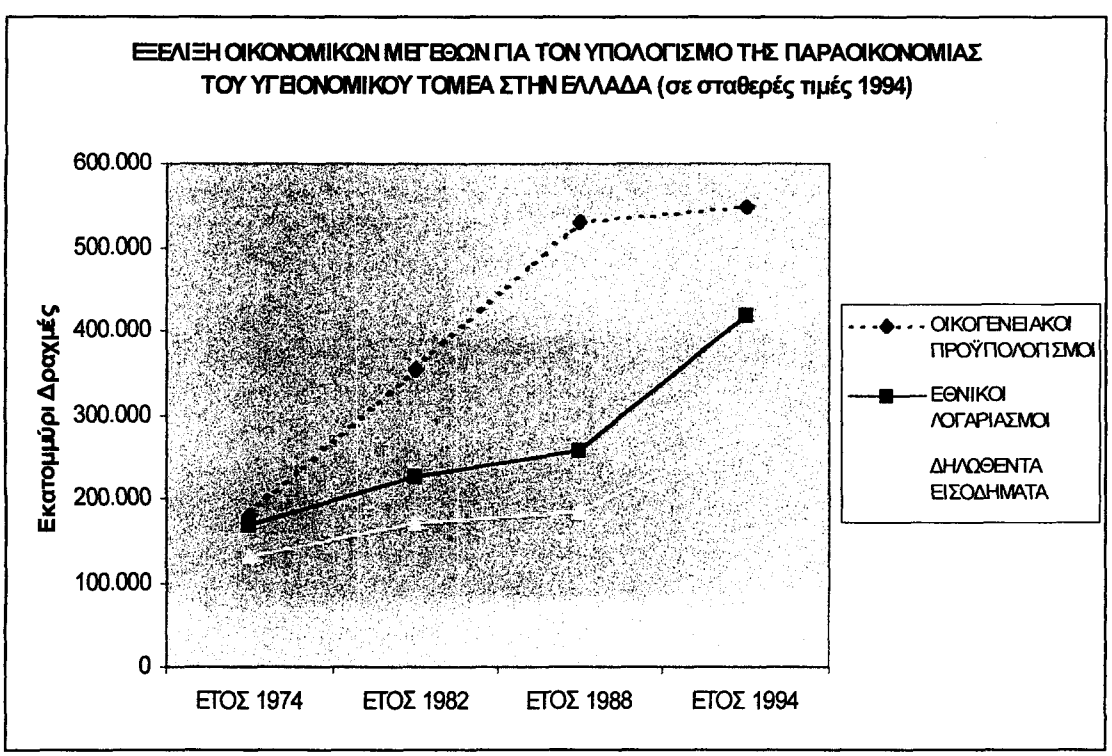
[196] Κυριόπουλος Γ. (1993) *«Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 78-79, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[197] Με τον όρο αποδεκτή παραοικονομία, εννοούμε το μέρος της παραοικονομικής δραστηριότητας το οποίο αποδεχόμαστε για την τελική διαμόρφωση των εθνικολογιστικών καταγραφών, ενώ η πραγματική οικονομία εκφράζει τις αποκλίσεις μεταξύ των δηλωθέντων εισοδημάτων και των πραγματικών δαπανών. Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) *«Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα»* σελ. 46, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 8, τεύχ. 49, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997, Αθήνα.

α)η παραοικονομική δραστηριότητα στον υγειονομικό τομέα αυξήθηκε μεταξύ 1974-1988, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι ο γενικός δείκτης τιμών του υγειονομικού τομέα παρέμεινε σε χαμηλότερα επίπεδα από τον αντίστοιχο του συνόλου της οικονομικής δραστηριότητας και

β)η παραοικονομία εμφανίζει πτωτικές τάσεις κατά το επόμενο και μέχρι το 1994 διάστημα, φθάνοντας στα επίπεδα του 1982, χωρίς όμως να μπορούμε να αγνοήσουμε την «πίεση» που ασκήθηκε στα οικογενειακά εισοδήματα κατά τη δεκαετία του '90, καθώς και το γεγονός ότι όπως προαναφέρθηκε, η παρούσα εκτίμηση αφορά στα κατώτατα όρια της παραοικονομίας.





Γενικά, όπως προκύπτει από τα στοιχεία που προαναφέρθηκαν, η παραοικονομία συνιστά μια σταθερή και βασική παράμετρο της οικονομίας και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας, ενώ για την ανάπτυξή της αυτή, συντρέχουν μια σειρά από παράγοντες, που σχετίζονται τόσο άμεσα όσο και έμμεσα με τον τομέα της υγείας όπως [198] :

- Το μέγεθος του δημοσιονομικού βάρους.
- Το επίπεδο της φορολογικής ηθικής.
- Η ανεργία και το υψηλό επίπεδο μεταβιβαστικών πληρωμών.
- Ο υψηλός ρυθμός πληθωρισμού.
- Η μείωση της διάρκειας του επίσημου χρόνου εργασίας.
- Η διόγκωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και η επέκταση του συστήματος με κύριο χαρακτηριστικό την αύξηση του αριθμού των γιατρών.
- Οι ιδιαιτερότητες και οι ατέλειες της αγοράς υπηρεσιών υγείας και οι μηχανισμοί προκλητής ζήτησης.
- Η απουσία ορθολογικού μηχανισμού καθορισμού των τιμών στις υπηρεσίες υγείας.
- Τα κοινωνικοπολιτιστικά πρότυπα και το επίπεδο της φορολογικής ηθικής γενικά και κατ' επέκταση του ιατρικού σώματος και των χρηστών.
- Η αμεσότητα της ανταλλαγής μεταξύ του χρήστη και του προμηθευτή.

Επίσης, όπως προαναφέραμε, η παραοικονομία είναι συνδεδεμένη με την ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, οι οποίες περιλαμβάνουν τις επίσημες πληρωμές, την θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων και την αγορά υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και τις «αντιδεοντολογικές συναλλαγές» οι οποίες παρά το γεγονός ότι δημιουργούν προστιθέμενη αξία, διαφεύγουν από τις επίσημες καταγραφές. Το γεγονός αυτό θεωρείται ότι ακυρώνει την έννοια της ασφάλισης και μεταθέτει ένα σημαντικό μέρος του κόστους στα νοικοκυριά, ενώ η πρόκληση ηθικής και οικονομικής βλάβης στους χρήστες, μεγεθύνεται τόσο από τις αμοιβές διαμεσολάβησης, όσο και από την καταβολή «πρόσθετων πληρωμών». [199]

Συνοψίζοντας, αναφέρουμε πως το πραγματικό μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα μας είναι ένα από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, γεγονός που συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το φαινόμενο της «υπόγειας οικονομίας» και των παραοικονομικών δραστηριοτήτων που λαβαίνουν χώρα στον υγειονομικό τομέα. Εκτιμάται μάλιστα ότι μέσα από τους μηχανισμούς της παραοικονομίας, χρηματοδοτείται το μεγαλύτερο μέρος της

[198] Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα, στην Ελλάδα»* σελ. 4-5, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα και Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) *«Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα»* σελ. 47, 53, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 8, τεύχ. 49, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997, Αθήνα.

[199] Με τον όρο πρόσθετες πληρωμές, υπονοούμε το σύνολο της απ' ευθείας δαπάνης που καταβάλλεται από τους χρήστες, η οποία δεν συμπεριλαμβάνεται στην θεσμοθετημένη συμμετοχή τους στο κόστος των υπηρεσιών. Κυριόπουλος Γ. , Κτενάς Ε. (1994) *«"Πρόσθετη Πληρωμή" στις Υπηρεσίες Υγείας. Παράγοντες που την Επηρεάζουν»* σελ. 186, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

ιδιωτικής κατανάλωσης κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία απορροφά και τον μεγαλύτερο όγκο των ιδιωτικών δαπανών υγείας. [200]

3.5.5. Η διάρθρωση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα μετά την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ.

Στην ανάλυση που προηγήθηκε, επισημάνθηκαν τα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με τις αντίστοιχες δημόσιες στην χώρα μας συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, γεγονός που αποδίδεται σε μια σειρά από παράγοντες και ιδιομορφίες της ελληνικής εκδοχής του συστήματος υγείας, όπως :

α)η υπανάπτυξη του κράτους πρόνοιας,

β)η αναποτελεσματικότητα του ασφαλιστικού συστήματος,

γ)η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών και

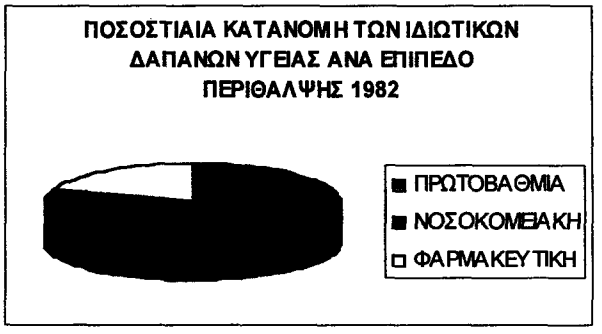
δ)η αδυναμία κάλυψης των υγειονομικών αναγκών.

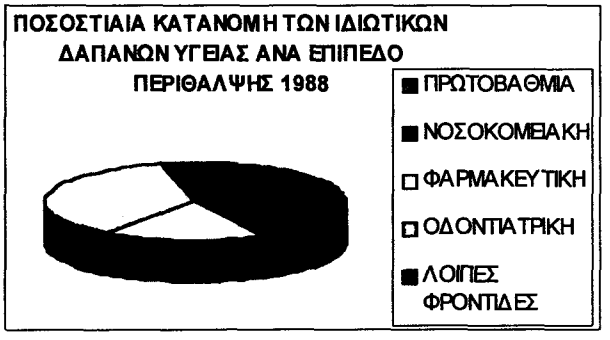
Επιπρόσθετα, σημειώθηκε πως όσο αφορά στις ιδιωτικές δαπάνες, το μεγαλύτερο ποσοστό τους χρηματοδοτεί την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ανεξάρτητα με το αν για το σύνολο των δαπανών, διαπιστώνουμε έναν σαφή προσανατολισμό προς την νοσοκομειακή περίθαλψη. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.3.40., η χώρα μας απορροφά σταθερά για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , ποσοστό που υπερβαίνει το 60% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών - με το μεγαλύτερο μέρος να κατανέμεται στην οδοντιατρική φροντίδα - ενώ ακολουθούν οι δαπάνες για φάρμακα, οι οποίες είναι μεγαλύτερες από το 15% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών αντίστοιχα.

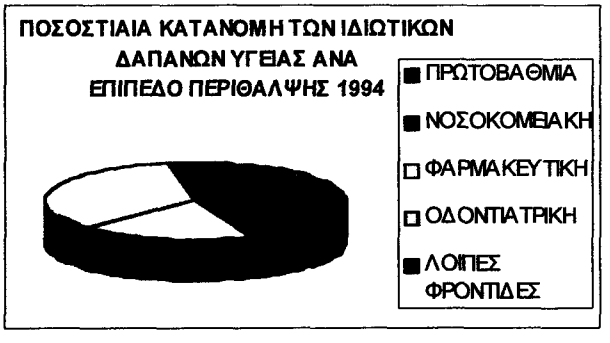
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.40. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (1982-1994)

ΕΙΔΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	1982	1988	1994
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	63,2*	27,6	31,6
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ	17,4	15	12,5
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	19,4	17,2	18,7
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	**	36,7	34,3
ΛΟΙΠΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ	**	3,5	2,9
*περιλαμβάνει και την οδοντιατρική φροντίδα.			
**συμπεριλαμβάνονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη			
Πηγή : α)Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί, β)Ίδιοι υπολογισμοί.			

[200] Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) *«Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα»* σελ. 261, στο Κυριόπουλος Γ. , Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας. Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»* Θεμέλιο, Αθήνα. Για περισσότερη ανάλυση σχετικά με την καταβολή άτυπων πληρωμών και την συσχέτισή τους με τις εισοδηματικές επιδιώξεις του ιατρικού σώματος, βλ. Kyriopoulos J., Gitona M., Karalis G. (1998) *«Hidden Economy, Private Spending and Informal Co payment in Health Care : The role of the medical manpower in Greece»* p. 269-281, in Heffley D., Beazoglou T., Kyriopoulos J. (1998) *«Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System»* FICOSSER – Exandas, Athens.







Αντιθέτως, αναφορικά με το σύνολο των δαπανών, διαπιστώνουμε πως η χώρα μας το 1995, απορρόφησε για νοσοκομειακή περίθαλψη ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (60%), ενώ από την άλλη, το ποσοστό που διατέθηκε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι από τα χαμηλότερα (14%) (πίνακας 2.3.41.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.41. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΧΩΡΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
	1990	1995	1990	1995	1990	1995
ΚΑΝΑΔΑΣ	48	46	15	14	11	13
ΓΑΛΛΙΑ	44	44	12	12	17	17
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	34	36	17	17	14	13
ΙΤΑΛΙΑ	45	47	20	21	18	17
ΙΑΠΩΝΙΑ	33	29	36	35	21	20
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	44	40			14	16
ΗΠΑ	44	43	21	20	9	8
ΕΛΛΑΔΑ	58	60	15	14	22	24

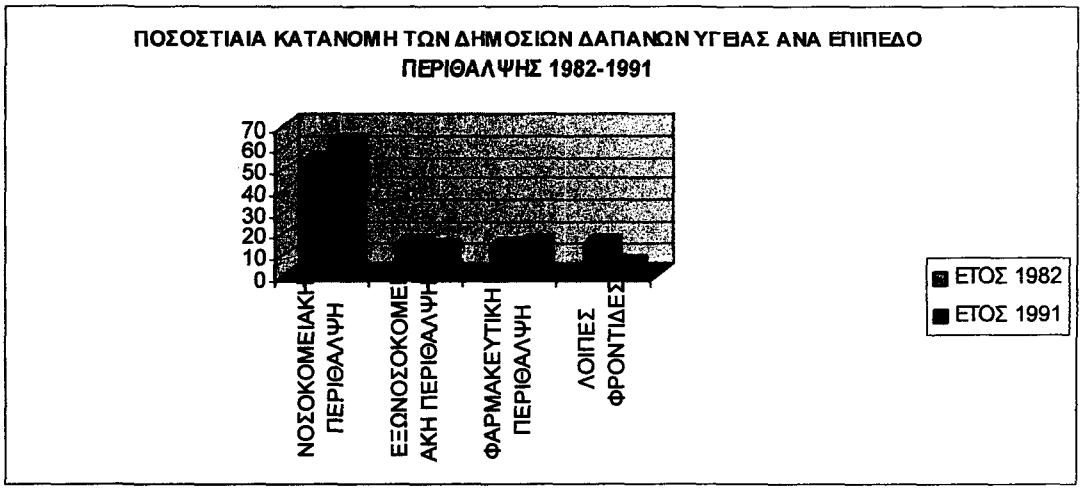
Πηγή : α)OECD (1998) "Health Data" , Paris β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Ο προσανατολισμός αυτός μάλιστα των δαπανών υγείας στην νοσοκομειακή περίθαλψη, αντιτίθεται τόσο στις απαιτούμενες και γενικά αποδεκτές στον διεθνή χώρο προτεραιότητες σχετικά με την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης - όπως με σαφήνεια τέθηκαν από την Διακήρυξη της Alma Ata [201] - όσο και στους στόχους που έθεσε η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Έτσι, είναι ιδιαίτερα εμφανής στην χώρα μας η απουσία χρηματοδοτικών μηχανισμών ανακατανομής των πόρων προς όφελος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αποτυπώνεται στις δημόσιες δαπάνες υγείας, των οποίων ο κύριος όγκος προσανατολίζεται σταθερά στην νοσοκομειακή περίθαλψη.

Ειδικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.3.42. η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δημοσίων δαπανών υγείας, με αυξητικές μάλιστα τάσεις και έτσι παρατηρούμε μεταξύ 1982 και 1991 μια σημαντική αύξηση του σχετικού ποσοστού, από 54,62% το 1982 σε 63,5% το 1991. Η κυριαρχία αυτή του νοσοκομειακού τομέα στις δημόσιες δαπάνες υγείας αποδίδεται εκτός από την έλλειψη χρηματοδοτικών μηχανισμών και σε μια σειρά από ενδογενείς ως προς την ανάπτυξη του συστήματος υγείας παράγοντες, όπως [202] :

α)η σημαντική ανάπτυξη και οι υψηλές επενδύσεις των δημόσιων νοσοκομείων.
β)η υψηλή εξειδίκευση πολλών δημόσιων νοσοκομείων.
γ)το υψηλό σχετικά κόστος των νοσηλευτικών υπηρεσιών
δ)η μικρή συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην νοσοκομειακή αγορά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.42 ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ				
ΕΤΟΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΛΟΙΠΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ
1982	54,6	15,5	14,6	15,3
1991	63,5	14,2	15,8	6,7
Πηγή : Κυριόπουλος Γ. (1993) "Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα" σελ. 73, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα				



[201] WHO (1985) *«Health for All by the Year 2000»*, Copenhagen.

[202] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 167, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Αντίθετα, η υπανάπτυξη και η χαμηλής ποιότητας προσφορά ιατρικών και διαγνωστικών υπηρεσιών στον δημόσιο τομέα οδηγεί σε χαμηλή κατανάλωση υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να διοχετεύεται η ζήτηση για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Μια ακόμη επισήμανση σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες υγείας, αφορά στο ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (22% επί του συνόλου των δημοσίων δαπανών) που απορροφάται από την φαρμακευτική περίθαλψη.

Όπως λοιπόν προκύπτει από τα παραπάνω, στο επίκεντρο των δημόσιων δαπανών υγείας της χώρας μας βρίσκεται η νοσοκομειακή περίθαλψη με ποσοστό 63% επί του συνόλου των δημόσιων δαπανών, ενώ το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας απορροφάται από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, σε ποσοστό 68% αντίστοιχα.

Αντίθετα, ο μεγαλύτερος όγκος των δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών χρηματοδοτεί την φαρμακευτική περίθαλψη (ποσοστό 39%), έχοντας αναγάγει τους πρώτους, σαν «διαμεσολαβητές μεταξύ του ιατρικού σώματος και των φαρμακοποιών». [203] Το χαμηλό σχετικά ποσοστό των νοσοκομειακών δαπανών (29%) οφείλεται κυρίως στην ακολουθούμενη πολιτική του χαμηλού κλειστού νοσηλείου, στην οποία έχουμε ήδη αναφερθεί.

Συνοψίζοντας, η μελέτη της κατανομής των δαπανών υγείας στην χώρα μας ανά προέλευση και επίπεδο περίθαλψης, σε σύγκριση με τα μεγέθη των άλλων χωρών του ΟΟΣΑ (πίνακας 2.3.43.), μας οδηγεί στην διαπίστωση ότι στο ελληνικό σύστημα υγείας πρωταγωνιστεί ο νοσοκομειακός τομέας και ακολουθεί ο τομέας των φαρμάκων, με ποσοστά - και για τους δύο τομείς - που υπερβαίνουν τους αντίστοιχους μέσους όρους του ΟΟΣΑ.

Αντίθετα, φαίνεται πως η υπανάπτυξη που χαρακτηρίζει την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τις δημόσιες υπηρεσίες, συμπαρασύρει στο σύνολό της την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, καθηλώνοντάς την σε χαμηλά επίπεδα δαπανών σε σχέση με τον ΟΟΣΑ. Παράλληλα, το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, αντανακλά την κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες αυτές, η οποία ουσιαστικά οφείλεται στην στροφή των καταναλωτών σε ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά κέντρα.

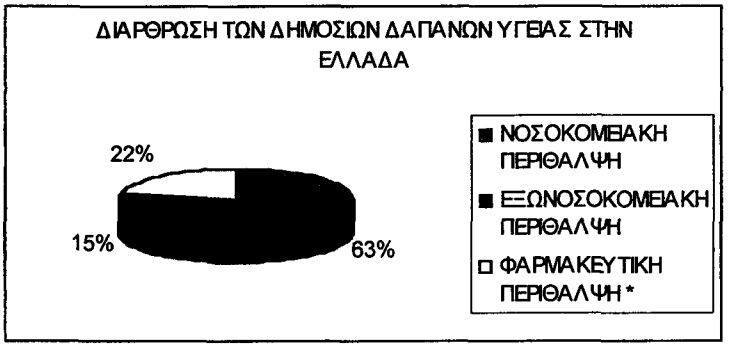
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.43. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΛΛΑΔΑ - ΟΟΣΑ)

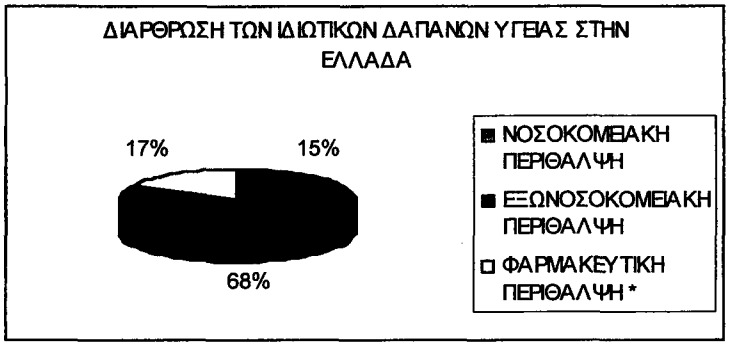
ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ *
ΕΛΛΑΔΑ			
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	63	15	22
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	15	68	17
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ	29	25	39
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	**47**	**33**	**20**
ΟΟΣΑ			
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	**46**	**39**	**15**

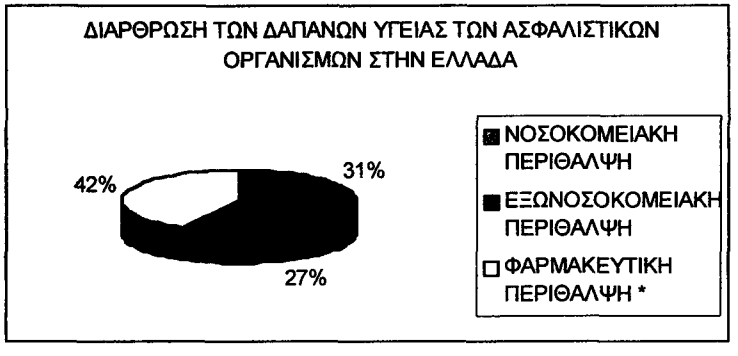
*περιλαμβάνονται και οι δαπάνες για υγειονομικό υλικό.

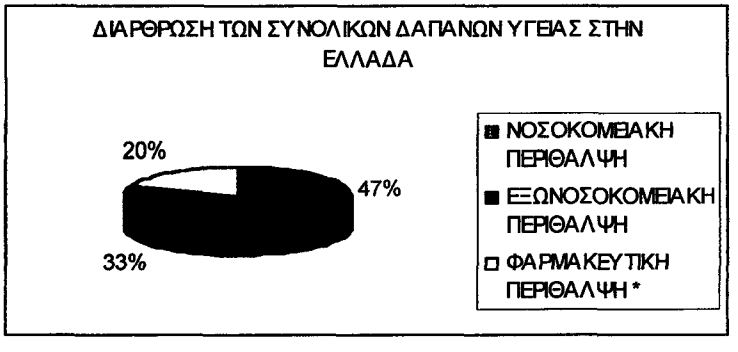
Πηγή : Σούλης Σ. (1998) "Οικονομική της Υγείας" σελ. 168, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

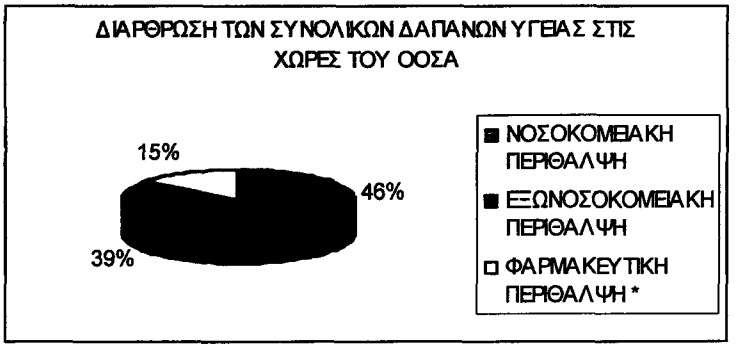
[203] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 168, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα


ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
22%
15%
63%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ *


ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
17%
15%
68%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ *


ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
42%
31%
27%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ *


ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
20%
47%
33%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ *


ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ
15%
46%
39%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ *

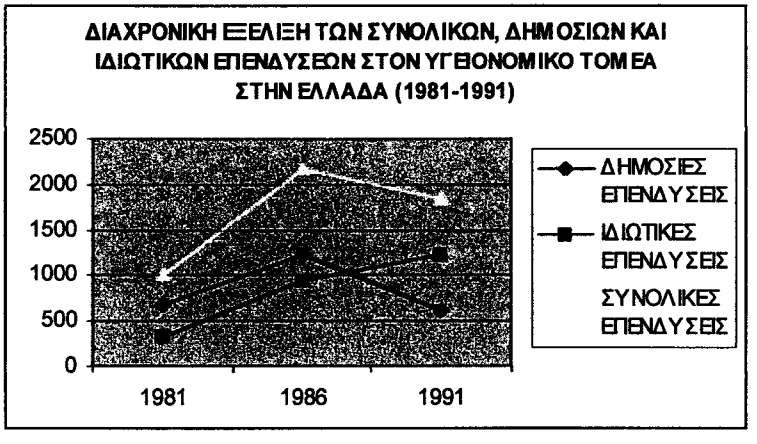
Μελετώντας την διάρθρωση των δαπανών υγείας στην χώρα μας, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ερευνήσουμε και την εξέλιξη των επενδύσεων του υγειονομικού τομέα, οι οποίες όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο, παρουσιάζουν κατά το διάστημα 1970-1980 σημαντική αύξηση. Η αύξηση αυτή αφορούσε κυρίως στις δημόσιες επενδύσεις και μεταφράστηκε σε αύξηση των επενδύσεων κυρίως σε «κτίρια και γήπεδα». Όπως όμως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (2.3.44.), η εξέλιξη των μεγεθών αυτών ήταν διαφορετική μετά το 1980 και ιδιαίτερα κατά τα τέλη της δεκαετίας, όπου παρατηρείται μια αντιστροφή τόσο της σχέσης μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων, όσο και της σχέσης μεταξύ των επενδύσεων για γήπεδα και κτίρια και των επενδύσεων για μηχανήματα και εξοπλισμό.

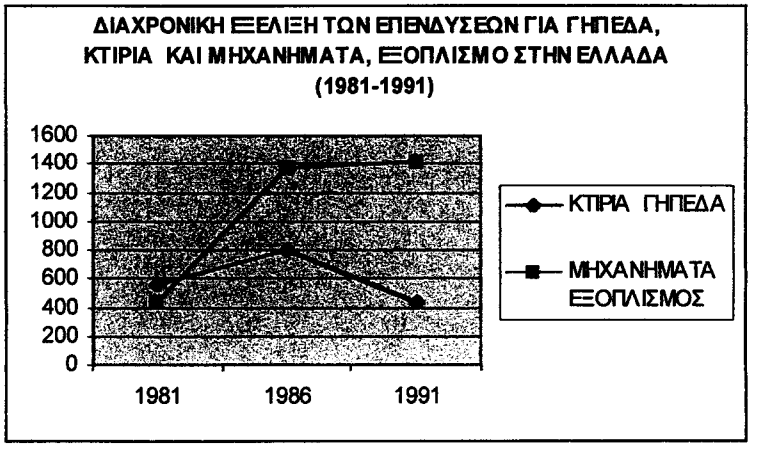
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.44. ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1981-1991)

ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	ΚΤΙΡΙΑ, ΓΗΠΕΔΑ	ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ, ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1981	674	324	564	434	998
1986	1222	950	799	1373	2172
1991	623	1227	430	1420	1850

*σε σταθερές τιμές και εκατομμύρια δραχμές.

Πηγή : Κυριόπουλος Γ. , Γεωργούση Ε. , Δρίζη Μ. (1993) "Οι Επενδύσεις Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα" σελ. 148, στο Κυριόπουλος Γ. , Λέβετ Τ. , Νιάκας Δ., επιμ. (1993) "Η Διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα" Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.





Ειδικότερα, ενώ μέχρι το 1988 το κύριο χαρακτηριστικό των επενδύσεων του υγειονομικού τομέα ήταν η μεγάλη αύξηση των δημόσιων σε σχέση με τις ιδιωτικές επενδύσεις, τα επόμενα χρόνια εμφανίζεται μια τάση εκρηκτικής αύξησης των ιδιωτικών δαπανών, οι οποίες ξεπερνούν πλέον τις δημόσιες που αρχίζουν να μειώνονται, γεγονός βέβαια που είναι άμεσα συνδεδεμένο με τις ακολουθούμενες πολιτικές υγείας. [204] Παράλληλα, ραγδαία ανάπτυξη παρουσιάζουν μετά το 1988 οι επενδύσεις σε μηχανήματα και εξοπλισμό, κυρίως λόγω της αντίστοιχης μεγέθυνσης του ιδιωτικού τομέα υγείας. [205]

Είναι ακόμη προφανές, ότι ανεξάρτητα από τις ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας, οι εξελίξεις των τελευταίων ετών και η προσθετική όπως διαπιστώνουμε σχέση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων στον υγειονομικό τομέα [206], έχουν προκαλέσει διόγκωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο αυτό βέβαια, στα πλαίσια μιας δυσχερούς όπως διαμορφώνεται στον τομέα της υγείας οικονομικής συγκυρίας, προκαλεί με την σειρά του αυξητικές πιέσεις στις δαπάνες υγείας, ενώ επαναφέρει το ζήτημα της ορθολογικής κατανομής των πόρων υγείας.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, επιχειρήθηκε μια αναλυτική παρουσίαση της κατανομής των πόρων υγείας σε περιφερειακό επίπεδο πριν την εφαρμογή του ΕΣΥ και επισημάνθηκε η αναγκαιότητα - η οποία είχε γίνει κοινή πεποίθηση στις αρχές της δεκαετίας του '80 - για επαναδιατύπωση του τρόπου κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Η εφαρμογή του ΕΣΥ, φιλοδοξούσε να δώσει το στοιχείο της περιφερειακής διάστασης στο σύστημα υγείας, ώστε να ανταποκριθεί στην ανάγκη για ορθολογική και ισομερή κατανομή των πόρων, σε σχέση με την διάρθρωση και τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. [207]

Στην συνέχεια λοιπόν, θα επιχειρήσουμε μια αξιολόγηση της παρέμβασης του ΕΣΥ προς την κατεύθυνση αυτή, μελετώντας την περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας δέκα χρόνια μετά την μεταρρύθμιση και εκτιμώντας τον

---

[204] Είναι ενδεικτικό των τάσεων στις επενδύσεις του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας, το ότι το 1981 οι δημόσιες επενδύσεις ήταν σχεδόν διπλάσιες από τις ιδιωτικές, ενώ το 1991, παρατηρείται ακριβώς το αντίστροφο, με τις ιδιωτικές επενδύσεις να υπερτερούν των δημοσίων σχεδόν ως προς το διπλάσιο.

[205] Αναφορικά με τη σύνθεση των επενδύσεων, σημειώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών επενδύσεων κατευθύνεται σε επενδύσεις για μηχανήματα και εξοπλισμό, ενώ η κατανομή των δημοσίων επενδύσεων είναι περισσότερο ισορροπημένη. Έτσι, για την περίοδο 1987-1991, το 59% των δημοσίων επενδύσεων αντιστοιχούσε σε επενδύσεις για κτίρια-γήπεδα, το 31% σε επενδύσεις για μηχανήματα-εξοπλισμό και το υπόλοιπο 10% για έργα και μεταφορικά μέσα. Πάντως, οι δύο κύριες κατηγορίες των επενδύσεων του υγειονομικού τομέα, ακολουθούν στο σύνολό τους (δημόσιες και ιδιωτικές) μια αντίστροφη πορεία και έτσι τα έτη που έχουμε αύξηση της μιας (μηχανήματα-εξοπλισμός), έχουμε μείωση της άλλης (γήπεδα-κτίρια). Βλ. Κυριόπουλος Γ. , Γεωργούση Ε. , Δρίζη Μ. (1993) *«Οι Επενδύσεις Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα»* σελ. 145-151, στο Κυριόπουλος Γ. , Λέβετ Τ. , Νιάκας Δ. επιμ. (1993) *«Η Διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα»* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[206] Με την έννοια ότι η μεγέθυνση των δημοσίων επενδύσεων, επιφέρει αντίστοιχα μεγέθυνση και των ιδιωτικών και αντίστροφα Βλ. , Κυριόπουλος Γ. , Γεωργούση Ε. , Δρίζη Μ. (1993) , υποσημ. 204,σελ. 152.

[207] Για μια αναλυτική παρουσίαση των προβλεπόμενων ρυθμίσεων του ΕΣΥ για την περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, βλ. Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 182-188, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

βαθμό επίτευξης της ίσης δυνατότητας προσβασης στις υπηρεσίες υγείας, που αποτελούσε βασική επιδίωξή της.

3.6. Η περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ.

3.6.1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1397/83 για την εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγειας παρέχεται τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές, απο τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Όπως όμως ηδη έχουμε αναφέρει, οι προβλεπόμενες διατάξεις του νόμου για τα αστικά κέντρα δεν υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα, την διατήρηση της υπάρχουσας κατάστασης, η οποία χαρακτηρίζεται από τον κατακερματισμό των υπηρεσιών και απο την υπαρξη σημαντικών διαφοροποιήσεων στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών, καθώς και στην ποιότητά τους. [208]

Αντίθετα, οι διατάξεις για την δημιουργια των Κεντρων Υγειας μη αστικού τύπου υλοποιήθηκαν, με τα τελευταία να αποτελουν αποκεντρωμένες μονάδες των νομαρχιακών νοσοκομείων με άμεση χρηματοδοτική, οργανωτική και επιστημονική-λειτουργική διασύνδεση. [209] Έτσι, στα πλαίσια του ΕΣΥ, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται στις αγροτικές περιοχες κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και στις αστικές περιοχές από τα Εξωτερικά Ιατρεία ων Νοσοκομείων. Αναφέρουμε, ότι ο πληθυσμός ευθύνης των Κέντρων Υγείας ανερχόταν κατά τον σχεδιασμό του μέτρου σε 2,5 εκατομμύρια κατοίκους, χωρίς όμως να αγνοούμε το ότι λόγω της ελλιπούς στελέχωσής τους, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμου, κατευθυνεται είτε σε Κέντρο Υγείας άλλης περιοχής, είτε στα Εξωτερικά Ιατρεία του πλησιέστερου νοσοκομείου.

Σχετικά με την κατανομή των Κέντρων Υγείας ανά γεωγραφική περιφέρεια, τη στελέχωση και τον εξοπλισμό τους και συνεπώς το κατά πόσο αυξάνοντας τον όγκο των υγειονομικών φροντίδων που προσφέρονταν στον αγροτικό πληθυσμό, πέτυχαν να μειώσουν τις προϋπάρχουσες υγειονομικές ανισότητες, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

α) ο αριθμός των κέντρων υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων κρίνεται σε σχέση με τον πληθυσμό ευθύνης ικανοποιητικός, ενώ και η κατανομή τους - η οποία είναι σχετικά ανάλογη με τον πληθυσμό (πίνακας 2.3.45.) - φαίνεται πως συμβάλλει στην άρση των περιφερειακών ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφού σε αυτά μπορεί να προσφύγει κάθε πολίτης για την παροχή δωρεάν ιατρικής φροντίδας. [210]

---

[208] Θεοδώρου Μ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»* σελ. 95. στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»* Ιούνιος 1994, Αθήνα.

[209] Αναφέρουμε πως το 1992 με την ψήφιση του Ν. 2071, τα Κέντρα Υγείας αποκόπτονταν από τα Νοσοκομεία και υπάγονταν στις Διευθύνσεις Υγιεινής των κατά τόπους Νομαρχιών, για να επανέλθουν στο αρχικό καθεστώς το 1994 με την ψήφιση του Ν. 2194.

[210] Σημειώνουμε πως στην Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/83 προβλεπόταν η ίδρυση 190 κέντρων υγείας τα οποία θα κάλυπταν πληθυσμό 3 εκατομμυρίων κατοίκων, αριθμός όμως ο

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.45. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤΑ Κ.Υ., ΚΛΙΝΕΣ Κ.Υ., ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ, ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ Κ.Υ. ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, 1994.						
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΛΙΝΕΣ	ΠΕΡΙΦ. ΙΑΤΡΕΙΑ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ / ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ / ΠΕΡΙΦ. ΙΑΤΡΕΙΟ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	210.363	13	79	114	16.181,8	1.845,3
Κεντρικής Μακεδονίας	462.437	25	162	186	18.497,5	2.486,2
Δυτικής Μακεδονίας	89.784	6	42	86	14.964,0	1.044,0
Ηπείρου	112.859	10	70	90	11.285,9	1.254,0
Θεσσαλίας	290.446	17	108	145	17.085,1	2.003,1
Ιονίων Νήσων	49.481	6	38	50	8.246,8	989,6
Δυτικής Ελλάδας	240.987	17	116	129	14.175,7	1.868,1
Στερεάς Ελλάδας	268.445	15	101	136	17.896,3	1.973,9
Αττικής	238.512	12	69	26	19.876,0	9.173,5
Πελοποννήσου	269.260	20	126	146	13.463,0	1.844,2
Βορείου Αιγαίου	65.433	6	39	46	10.905,5	1.422,5
Νοτίου Αιγαίου	96.956	10	76	54	9.695,6	1.795,5
Κρήτης	165.696	13	95	103	12.745,8	1.608,7
ΣΥΝΟΛΟ	**2.560.659**	**170**	**1.121**	**1.311**	**15.062,7**	**1.953,2**
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1994), β)Ίδιοι υπολογισμοί						

β)Ενώ η υλοποίηση του προγράμματος ανέγερσης των Κέντρων Υγείας έγινε με ιδιαίτερα ταχείς ρυθμούς, η στελέχωσή τους σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ήταν και παραμένει προβληματική. Έτσι, όπως βλέπουμε και στον πίνακα 2.3.46., η μέση κάλυψη σε ιατρικό προσωπικό είναι κάτω από το 50% των συστημένων θέσεων. [211] Ακόμη διαπιστώνουμε πως η νησιωτική Ελλάδα, η Πελοπόννησος και η Στερεά Ελλάδα, εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά κάλυψης σε ιατρικό προσωπικό, και την δυσμενέστερη αναλογία κατοίκων ανά ιατρό. Από τα στοιχεία επίσης του πίνακα 2.3.47. είναι εμφανείς οι ελλείψεις για τις περισσότερες ειδικότητες [212] - οι οποίες είναι ιδιαίτερα έντονες σε κάποιες περιφέρειες - ενώ είναι αξιοσημείωτη η λογική της υποκατάστασης των γενικών ιατρών [213] από παθολόγους, αγροτικούς ιατρούς και ιατρούς χωρίς ειδικότητα, γεγονός που οδηγεί τα Κέντρα Υγείας σε μια παρέκκλιση από το πλαίσιο αρχών που διέπει την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

οποίος τελικά δεν υλοποιήθηκε. Αντίθετα, το 1994 λειτουργούσαν 170 κέντρα υγείας, οπότε το ποσοστό κάλυψης του αρχικού στόχου, είναι της τάξης του 89.5%.

[211] Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα (1999) την οποία πραγματοποίησε η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ) σε 64 Κέντρα Υγείας, αποδείχτηκε ότι 1609 οργανικές θέσεις σε σύνολο 3653 παραμένουν κενές, ενώ ένα ποσοστό 44-46% κατά ειδικότητες, παραμένει ακάλυπτο από προσωπικό. Ακόμη, ο μέσος όρος αποσπασμένος σε άλλες υπηρεσίες είναι δύο εργαζόμενοι ανά κέντρο υγείας. Ιατρικός Τύπος (1999) *«Γυμνά τα Κέντρα Υγείας από Ιατρούς»* σελ. 1, αρ. φύλ. 221, Δεκέμβριος 1999, Αθήνα.

[212] Για μια αναλυτική παρουσίαση - σε επίπεδο νομών - της στελέχωσης των Κέντρων Υγείας σε ιατρικό προσωπικό, βλ. Σκαλκίδης Γ., Πετρίδου Ε., Τουλούμη Π. (1991) *«Αδρή Εκτίμηση της Επάρκειας του Ιατρικού Δυναμικού των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 49-54, Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1991, Αθήνα.

[213] Αναφέρουμε ότι η γενική ιατρική ως ειδικότητα, θεσμοθετήθηκε στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια και δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί πλήρως αναφορικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα, τα μεγέθη του ανθρώπινου δυναμικού και βέβαια τις κλινικές και επαγγελματικές πρακτικές. Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1996) *«Ο Γενικός Γιατρός στην Ελλάδα και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης»* σελ. 100, στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. επιμ. (1996) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.46. ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΑ Κ.Υ., ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ, 1993.				
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ	% ΚΑΛΥΨΗ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	231	109	47	1.980
Κεντρικής Μακεδονίας	456	324	71	1.427
Δυτικής Μακεδονίας	83	50	60	1.796
Ηπείρου	134	51	38	2.213
Θεσσαλίας	300	158	53	1.838
Ιονίων Νήσων	75	22	29	2.249
Δυτικής Ελλάδας	249	110	44	2.191
Στερεάς Ελλάδας	269	90	33	2.983
Αττικής	225	158	70	1.510
Πελοποννήσου	281	82	29	3.284
Βορείου Αιγαίου	68	31	46	2.111
Νοτίου Αιγαίου	145	41	28	2.365
Κρήτης	185	61	33	2.716
ΣΥΝΟΛΟ	**2.701**	**1.287**	**48**	**1.990**
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1994), β)Ίδιοι υπολογισμοί				

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.47. ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (31/11/1993)														
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΚΤ.	ΓΕΝ. ΙΑΤΡ.	ΠΑΘ.	ΓΥΝ.	ΜΙΚΡ.	ΟΔΟΝ.	ΟΦΘ.	ΚΑΡΔ.	ΠΑΙΔ.	ΠΝΕΥΜ.	ΧΕΙΡ.	ΧΩΡΙΣ ΕΙΔΙΚ.	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΓΡ. ΙΑΤΡ.
Ανατολικής Μακεδ. και Θράκης	2	24	24		10	31			10		1	7	**109**	**175**
Κεντρ. Μακεδονίας	2	78	70		9	86			58			21	**324**	**396**
Δυτ. Μακεδονίας	1	16	8			16			5			4	**50**	**123**
Ηπείρου	16		5		5	19			5			1	**51**	**157**
Θεσσαλίας	5	38	39		6	49			16			5	**158**	**256**
Ιονίων Νήσων		9	6			4			3				**22**	**91**
Δυτικής Ελλάδας	2	27	22	2	6	36			8			7	**110**	**247**
Στερεάς Ελλάδας		30	9		3	38			8			2	**90**	**280**
Αττικής	6	27	51		9	31			24	1		9	**158**	**37**
Πελοποννήσου		20	10		2	32			14		1	3	**82**	**328**
Βορείου Αιγαίου		11	4		3	10			1			2	**31**	**101**
Νοτίου Αιγαίου		13	9		1	7	1	1	7		1	1	**41**	**164**
Κρήτης	1	20	11			25			3			1	**61**	**215**
ΣΥΝΟΛΟ	**35**	**313**	**268**	**2**	**54**	**384**	**1**	**1**	**162**	**1**	**3**	**63**	**1.287**	**2.570**
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1994), β)Ίδιοι υπολογισμοί.														

γ)Προβλήματα έλλειψης προσωπικού υπάρχουν επίσης και στις νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες των κέντρων υγείας (πίνακας 2.3.48.), όπου η μέση κάλυψη ανέρχεται στο 60% περίπου των συστημένων θέσεων (62% για το νοσηλευτικό προσωπικό, 55% για το παραϊατρικό και 62% για το διοικητικό και λοιπό προσωπικό).

δ)Αντίστοιχα συμπεράσματα προκύπτουν και από την μελέτη του εξοπλισμού των Κέντρων Υγείας (πίνακας 2.3.49.), με δεδομένο ότι ο σχεδιασμός τους βασίστηκε στην προοπτική της παροχής όλου του φάσματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Βέβαια, πέρα από τις ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ διαφόρων περιφερειών ως προς τον εξοπλισμό των Κέντρων Υγείας, παρατηρούμε μεταξύ 1989 και 1992 μια προσπάθεια αύξησης των ιατρικών μηχανημάτων (στο σύνολο των Κέντρων Υγείας) όλων των κατηγοριών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.48. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ, ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ, ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, 1992.							
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ*
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	13	210.363	130	1.618,2	31	16	92
Κεντρικής Μακεδονίας	25	462.437	296	1.562,3	66	60	262
Δυτικής Μακεδονίας	6	89.784	55	1.632,4	7	13	77
Ηπείρου	11	112.859	65	1.736,3	15	21	93
Θεσσαλίας	17	290.446	227	1.279,5	61	53	243
Ιονίων Νήσων	6	49.481	26	1.903,1	3	5	45
Δυτικής Ελλάδας	17	240.987	135	1.785,1	33	16	173
Στερεάς Ελλάδας	15	268.445	101	2.657,9	23	42	154
Αττικής	12	238.512	150	1.590,1	29	26	129
Πελοποννήσου	19	269.260	122	2.207,0	32	17	180
Βορείου Αιγαίου	6	65.433	17	3.849,0	5	10	48
Νοτίου Αιγαίου	10	96.956	39	2.486,1	17	16	64
Κρήτης	13	165.696	68	2.436,7	16	26	143
ΣΥΝΟΛΟ	**170**	**2.560.659**	**1.431**	**1.789,4**	**338**	**321**	**1.703**

*τεχνικοί, καθαρίστριες, μάγειροι κλπ.

Πηγή : α)Ρούπας Θ. , Πολύζος Ν. (1994) "Ανθρώπινο Δυναμικό" σελ. 225-233, στο ΥΥΠΚΑ (1994) "Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος" Ιούνιος 1994, Αθήνα , β)Ιδιοι υπολογισμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.49. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, 1992														
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	13	14	1			2	3	31	17	13	18	7		4
Κεντρικής Μακεδονίας	25	27				5	6	59	32	30	29	12		4
Δυτικής Μακεδονίας	6	6				1		13	7	5	6	2		
Ηπείρου	11	10	1					18	12	12	9			2
Θεσσαλίας	17	18				2	2	39	20	17	18	5	1	5
Ιονίων Νήσων	6	6		1		1	2	11	6	7	5			1
Δυτικής Ελλάδας	17	20	1			3	2	33	20	22	16	4		6
Στερεάς Ελλάδας	15	19	2			4		24	19	15	18	1	1	7
Αττικής	12	13	7		1			32	18	18	17	9		4
Πελοποννήσου	19	19	4		1			39	19	17	18	2	3	5
Βορείου Αιγαίου	6	6	1			1		13	6	6	5			3
Νοτίου Αιγαίου	10	12	8				3	28	10	16	14	6		4
Κρήτης	13	15	4			3		34	12	15	11		2	2
ΣΥΝΟΛΟ	**170**	**185**	**29**	**1**	**2**	**22**	**18**	**374**	**198**	**193**	**184**	**48**	**7**	**47**
ΔΕΔΟΜΕΝΑ 1989	**160**	**167**	**12**		**2**	**5**	**5**	**266**	**38**	**16**	**20**	**9**	**1**	**2**

1. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ, 2. ΑΥΤΟΜΑΤΟΙ ΑΝΑΛΥΤΕΣ, 3. ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ, 4. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΟΙ, 5. ΚΑΡΔΙΟΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ, 6. ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΟΙ, 7. ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΟΙ, 8. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ, 9. ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ, 10. ΦΩΤΟΜΕΤΡΑ, 11. ΑΠΙΝΙΔΩΤΕΣ, 12. ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ, 13. ΦΑΣΜΑΤΟΜΕΤΡΑ.

Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1994), β)Ιδιοι υπολογισμοί.

ε)Τέλος, όσο αφορά στην νοσολογική κίνηση των κέντρων υγείας (πίνακας 2.3.50.), διαπιστώνουμε ότι η αναλογία των επισκέψεων ανά κάτοικο είναι υψηλή, διαφέρει όμως σημαντικά σε περιφερειακό επίπεδο, γεγονός βέβαια το οποίο

συνδέεται με την αντίστοιχη διαφοροποίηση στην κατανομή των ιατρών, στην οποία αναφερθήκαμε παραπάνω. [214]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.50. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (1992)							
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΕΜΒΟΛΙΑ	ΕΝΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	13	210.363	377.420	298.344	19.450	1.302	3.311
Κεντρικής Μακεδονίας	25	462.437	1.076.695	698.501	62.444	25.557	4.029
Δυτικής Μακεδονίας	6	89.784	163.792	68.570	12.852	3.176	2.767
Ηπείρου	11	112.859	293.076	112.613	13.350	7.145	3.776
Θεσσαλίας	17	290.446	561.609	343.274	27.956	10.480	3.248
Ιονίων Νήσων	6	49.481	71.237	11.886	3.797	921	1.775
Δυτικής Ελλάδας	17	240.987	361.968	249.889	11.289	1.348	2.591
Στερεάς Ελλάδας	15	268.445	432.243	203.312	19.856	8.784	2.474
Αττικής	12	238.512	395.134	233.640	21.224	11.453	2.773
Πελοποννήσου	19	269.260	489.341	181.169	20.741	6.843	2.593
Βορείου Αιγαίου	6	65.433	132.180	61.154	4.399	5.901	3.112
Νοτίου Αιγαίου	10	96.956	236.809	69.157	14.257	9.144	3.397
Κρήτης	13	165.696	351.244	103.737	15.437	18.147	2.949
ΣΥΝΟΛΟ	170	2.560.659	4.942.748	2.635.246	247.052	110.201	3.098
*δεν περιλαμβάνονται οι επισκέψεις στα 19 μικρά νοσοκομεία-Κ.Υ., στα Περιφερειακά τους Ιατρεία και στους αγροτικούς τους ιατρούς.							
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1994), β)Ίδιοι υπολογισμοί.							

Τελειώνοντας την αναφορά μας στα Κέντρα Υγείας, πρέπει να σημειώσουμε πως για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ψυχική υγεία, λειτουργούν 17 Κέντρα Υγείας σε όλη την χώρα, αφενός όμως είναι στελεχωμένα με λιγότερο από το προβλεπόμενο προσωπικό και αφετέρου, υπολείπονται σημαντικά των απαιτούμενων για την πλήρη κάλυψη των αναγκών εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας. [215]

Όπως προαναφέραμε, στις αστικές περιοχές δεν υλοποιήθηκαν οι προβλεπόμενες διατάξεις για την ανέγερση των Κέντρων Υγείας. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την ελλιπή στελέχωση των Κέντρων Υγείας των αγροτικών περιοχών, έχει οδηγήσει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία έχουν επιφορτιστεί σε μεγάλο βαθμό με την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μάλιστα, έχει υπολογιστεί πως ο αριθμός των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων από το 1981 έως το 1991, έχει υπερδιπλασιαστεί. [216]

---

[214] Οικονόμου Χ. (1996) *«Το Κοινωνικό Κράτος στη Δεκαετία του '80. Το Παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* σελ. 297. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Αθήνα.

[215] Υπολογίζεται ότι για την πλήρη κάλυψη των αναγκών εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας, απαιτείται η ίδρυση άλλων 65 Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Βλ. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1995) *«Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας»* σελ. 88. Αθήνα.

[216] Θεοδώρου Μ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»* σελ. 106. στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»* Ιούνιος 1994. Αθήνα.

Στον πίνακα 2.3.51. παρουσιάζονται οι επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία σε σχέση με τον πληθυσμό ευθύνης, [217] ενώ διαπιστώνουμε πως το 25% των εξωτερικών ιατρείων - τα οποία είναι και τα μεγαλύτερα - βρίσκεται στην Αττική και το 15% στην Θεσσαλονίκη. [218] Η επαρχία λοιπόν επιβαρύνεται από την άνιση κατανομή των πόρων υγείας και σε σχέση με τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, όχι μόνο λόγω της συγκέντρωσης ενός μεγάλου αριθμού από αυτά στα αστικά κέντρα, αλλά και λόγω των σημαντικών ελλείψεών τους σε εξοπλισμό, σε ιατρούς συγκεκριμένων ειδικοτήτων και σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.51. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ / 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ,1992.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΜΕ ΕΞΩΤ. ΙΑΤΡΕΙΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	6	570.496	460.164	807
Κεντρικής Μακεδονίας	18	1.710.513	1.714.648	1.002
Δυτικής Μακεδονίας	5	293.015	234.491	800
Ηπείρου	6	339.728	352.605	1.037
Θεσσαλίας	4	734.846	436.667	594
Ιονίων Νήσων	5	193.734	138.539	714
Δυτικής Ελλάδας	11	707.687	587.741	830
Στερεάς Ελλάδας	8	582.280	330.815	568
Αττικής	30	3.523.407	3.443.587	977
Πελοποννήσου	9	607.428	385.516	635
Βορείου Αιγαίου	5	199.231	157.901	793
Νοτίου Αιγαίου	4	257.481	147.575	574
Κρήτης	8	540.054	585.724	1.085
ΣΥΝΟΛΟ	**119**	**10.259.900**	**8.975.973**	**875**

*περιλαμβάνονται και τα 19 μικρά νοσοκομεία-Κ.Υ. ενώ δεν περιλαμβάνονται τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1994), β)Ιδιοι υπολογισμοί.

Εκτός από το κράτος, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται και από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και ειδικότερα από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και από συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα άλλα

[217] Σύμφωνα με υπολογισμούς, η κατανομή των επισκέψεων είναι 53.5% για τον παθολογικό τομέα και 46.5% για τον χειρουργικό. Όσο αφορά στις ιατρικές ειδικότητες, το 18.9% των επισκέψεων έγιναν σε παθολόγους, το 12.2% σε γενικούς χειρουργούς, το 9.1% σε ορθοπεδικούς, το 7.1% σε παιδίατρους, το 5.8% σε οφθαλμίατρους, το 5.4% σε καρδιολόγους, το 5.3% σε ΩΡΛ, το 4.5% σε μαιευτήρες-γυναικολόγους, το 2.9% σε οδοντιάτρους και το υπόλοιπο 28.8% σε άλλες ειδικότητες. Δυστυχώς, στα διαθέσιμα στοιχεία δεν διαχωρίζονται οι επισκέψεις ανάλογα με το αν έγιναν στα εξωτερικά ιατρεία ή στα επείγοντα και ανάλογα με το αν αποσκοπούσαν στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή στην παρακολούθηση ασθενών που είχαν νοσηλευθεί στο νοσοκομείο. Βλ. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1995) *«Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας»* σελ. 89, Αθήνα.

[218] Σημειώνουμε ακόμη, ότι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων εκτός ΕΣΥ και πιο συγκεκριμένα από 13 Στρατιωτικά Νοσοκομεία και από 13 επιπλέον νοσοκομεία (ΙΚΑ, Πανεπιστημιακά κλπ), καθώς και στις στρατιωτικές μονάδες, από ιατρούς που εκτελούν τη θητεία τους και οι οποίοι καλύπτουν τις ανάγκες των στρατευμένων. Βλ. Θεοδώρου Μ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»* σελ. 108, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»* Ιούνιος 1994, Αθήνα.

Ταμεία. Στην δεύτερη περίπτωση, οι συμβεβλημένοι ιδιωτικοί φορείς (ιατροί και διαγνωστικά κέντρα) αμείβονται συνήθως κατά πραξη,[219] ενω στην περίπτωση του ΙΚΑ το οποίο έχει δημιουργήσει ένα δικό του δίκτυο πολυϊατρείων και ιατρείων, το ιατρικό και λοιπό προσωπικό που τα στελεχώνει, αμείβεται με μισθό.

Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε πως θα εξετασουμε την περιφερειακή κατανομή των φορέων σε σχέση με τους δικαιούχους μόνο για την περίπτωση του ΙΚΑ. Αυτό, αφενός επειδή στο ΙΚΑ αντιστοιχεί ο κυριος όγκος των ασφαλισμένων στη χώρα μας και αφετέρου, λόγω του ότι το καθεστώς που ισχύει για τα υπόλοιπα ταμεία είναι συγκεκριμένο και σε σχεση με το ζήτημα της πρόσβασης στις υπηρεσίες - το οποιο μας απασχολεί - ειναι συνδεδεμένο κυρίως με τον αριθμό των ιδιωτικών φορεων,[220] τους οποιους θα εξετάσουμε παρακάτω.

Έτσι, όπως βλέπουμε και στον πινακα 2.3.52, τοσο ο αριθμός των μονάδων όσο και η αναλογία των ιατρών με τους δικαιουχους περίθαλψης, ενισχύουν τις υπάρχουσες ανισότητες και όπως και στην περιπτωση των Κέντρων Υγείας, καθιστούν ως πιο προνομιούχες τις περιφερειες της Αττικής, της Θεσσαλίας και της Δυτικής Ελλάδας, ενώ η νησιωτικη Ελλαδα, φαινεται να είναι στην δυσμενέστερη θέση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.52. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ ΚΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, 1994.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ				ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ				ΑΛΛΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ							ΣΥΝ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ
		Α	Β	Γ	Δ	Α	Β	Γ	Δ	1	2	3	4	5	6	7		
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	254.509	5							6		2	5	5	3	1	1	**28**	1.006
Κεντρικής Μακεδονίας	965.991	2	3	1		2	17	8	20	2	8	12	13	4	1	2	**95**	1.005
Δυτικής Μακεδονίας	119.545		3				1	1				4	3				**12**	1.594
Ηπείρου	108.535	1	2		1				1			2	2	2	1		**12**	1.248
Θεσσαλίας	232.735	2		1				1	6		3	5	4	3	3	1	**29**	872
Ιονίων Νήσων	87.698		1	2	1							2	2				**8**	1.309
Δυτικής Ελλάδας	241.215	1	1		1		4		9		2	5	3	4	1	1	**32**	986
Στερεάς Ελλάδας	247.755	1	2	1				3	14		1	5	4	2			**33**	1.416
Αττικής	2.433.594	3	2			14	29	21	18	6	27	33	28	10	2	4	**197**	927
Πελοποννήσου	147.867	2	1	1					5		1	4	3	1			**18**	1.095
Βορείου Αιγαίου	76.894	1	1	1					2		1	1	1				**8**	1.626
Νοτίου Αιγαίου	154.138	1		1					4			1	1	1			**9**	1.657
Κρήτης	231.391	2	1					1	6		2	3	3	3	1	1	**23**	1.237
ΣΥΝΟΛΟ	**5.301.867**	**21**	**17**	**8**	**3**	**16**	**51**	**35**	**91**	**8**	**47**	**82**	**72**	**33**	**10**	**10**	**504**	1.014

Α. ΟΛΕΣ ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ, Β. ΟΛΕΣ ΣΧΕΔΟΝ ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ, Γ. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ, Δ. ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ, 1. ΣΤΑΘΜΟΙ Α' ΒΟΗΘΕΙΩΝ, 2. ΣΤΑΘΜΟΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ, 3. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ, 4. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ, 5. ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΑ, 6. ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΑ, 7. ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.

*δεν συμπεριλαμβάνονται οι οδοντίατροι.

Πηγή : α)Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), β)Ιδιοι υπολογισμοί.

[219] Για το ύψος των αμοιβών αυτών βλ. πίνακα 2.3.15.

[220] Όπως έχει αναφερθεί στην περίπτωση των ταμείων που δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες, ο ασθενής μπορεί να προσφύγει στους συμβεβλημένους ιατρούς και εργαστήρια είτε με παραπεμπτικό από το Ταμείο του, είτε καταβάλλοντας την προσυμφωνημένη αμοιβή, την οποία στην συνέχεια εισπράττει από το Ταμείο του, προσκομίζοντας την σχετική απόδειξη.

Όπως είναι αναμενόμενο, αντίστοιχα δεδομένα προκύπτουν και για την κατανομή του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού των μονάδων του παραπάνω πίνακα (πίνακας 2.3.53.). Ανεξάρτητα πάντως από την άνιση κατανομή των μονάδων υγείας του ΙΚΑ και κατ' επέκταση του ανθρώπινου δυναμικού που τις στελεχώνει, οφείλουμε να επισημάνουμε :

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.53. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ, ΚΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, 1994.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	ΝΟΣΗΛ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ / ΝΟΣ. ΠΡΟΣ.	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ/ ΠΑΡ. ΠΡΟΣ.
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	254.509	101	70	1	172	2.520	3.636
Κεντρικής Μακεδονίας	965.991	587	255	1	843	1.646	3.788
Δυτικής Μακεδονίας	119.545	28	21		49	4.269	5.693
Ηπείρου	108.535	51	17		68	2.128	6.384
Θεσσαλίας	232.735	107	68		175	2.175	3.423
Ιονίων Νήσων	87.698	17	3		20	5.159	29.233
Δυτικής Ελλάδας	241.215	106	64		170	2.276	3.769
Στερεάς Ελλάδας	247.755	63	45	1	109	3.933	5.506
Αττικής	2.433.594	1.215	755	11	1.981	2.003	3.223
Πελοποννήσου	147.867	56	33		89	2.640	4.481
Βορείου Αιγαίου	76.894	24	10		34	3.204	7.689
Νοτίου Αιγαίου	154.138	19	12		31	8.113	12.845
Κρήτης	231.391	111	79	1	191	2.085	2.929
ΣΥΝΟΛΟ	**5.301.867**	**2.485**	**1.432**	**15**	**3.932**	**2.134**	**3.702**

Πηγή : α)Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), β)Ίδιοι υπολογισμοί.

α)την υψηλή νοσολογική κίνηση που παρατηρείται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΙΚΑ (πίνακας 2.3.54.), καθώς και την χωρίς οικονομικούς ή διοικητικούς περιορισμούς προσπελασιμότητα των υπηρεσιών αυτών,

β)το γεγονός ότι δικαιούχοι στον κλάδο υγείας του ΙΚΑ, δεν είναι μόνο οι δικοί του ασφαλισμένοι, αλλά και οι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι άλλων Ταμείων (ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ κλπ) και

γ)την κάλυψη των κενών της υποδομής του ΙΚΑ σε εξοπλισμό ή και ανθρώπινους πόρους, μέσα από την σύναψη συμβάσεων τόσο με τα κρατικά νοσοκομεία, όσο και με φορείς του ιδιωτικού τομέα (μικροβιολογικά και ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια, αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους κλπ), καθώς ακόμη και με αγροτικούς ιατρούς. [221]

Από την άλλη βέβαια, εντοπίζουμε μια σειρά από προβλήματα και δυσλειτουργίες που σχετίζονται με τις παραπάνω επισημάνσεις, όπως ο υψηλός χρόνος αναμονής των ασφαλισμένων, η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που

[221] Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΙΚΑ, το 1993, είχαν συναφθεί 206 συμβάσεις με κρατικά νοσοκομεία, 960 με ιδιωτικά κέντρα, 415 ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια και 700 περίπου αγροτικούς ιατρούς. Βλ. Θεοδώρου Μ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»* σελ. 118, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»* Ιούνιος 1994, Αθήνα.

ωθεί έναν σημαντικό αριθμό δικαιούχων σε ιδιώτες ιατρούς [222], καθώς και η προκλητή ζήτηση - κυρίως στην περίπτωση των συμβεβλημένων ιδιωτικών φορέων - η οποία επιβαρύνει το σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τόσο οικονομικά, όσο και από άποψη αποτελεσματικότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.54. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΙΚΑ, 1993-1997.			
ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	**31/12/1993**	**31/12/1997**	**%**
Επισκέψεις σε ιατρεία	22.067.429	23.242.669	5,32%
Επισκέψεις κέντρων μητέρας-παιδιού	421.154	435.731	3,50%
Επισκέψεις κατ' οίκον	523.064	552.004	5,50%
Επισκέψεις αγροτικών ιατρείων	510.204	85.648	
Σύνολο επισκέψεων	**23.521.851**	**24.316.052**	**5,66%**
Μικροβιολογικές εξετάσεις	7.779.426	13.155.830	69,10%
Ακτινολογικές εξετάσεις	952.368	1.034.299	8,60%
Λοιπές παρακλινικές εξετάσεις	413.206	489.400	18,40%
Σύνολο εργαστηριακών εξετάσεων	**9.145.000**	**14.679.529**	**60,50%**
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	**32.666.851**	**38.995.581**	**19,40%**
Δευτερεύουσες υγειονομικές φροντίδες	1.566.076	1.120.790	
Επισκέψεις στους Σταθμούς Α' Βοηθειών	116.567	96.219	
Αριθμός συνταγών	19.756.280	24.753.511	25,20%
Αριθμός φαρμάκων	40.240.469	49.961.253	24,10%
Πηγή : Σολωμός Γ. (1999) "Η Κοινωνική Ασφάλιση σε Μετάβαση Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998" σελ. 255, Εκδ. "Νέα Σύνορα", Αθήνα.			

Αν εξαιρέσουμε την προσφορά υπηρεσιών προνοιακού κυρίως χαρακτήρα από την τοπική αυτοδιοίκηση (δήμοι και κοινότητες), μέσω των ΚΑΠΗ και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης - σε όγκο όμως που δεν μπορεί να επηρεάσει τον συνολικό σχεδιασμό του συστήματος υγείας - ο τρίτος μεγάλος πόλος παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εστιάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Όπως έχουμε αναφέρει, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ και διαμορφώνονται κατά κύριο λόγο από την δραστηριοποίηση των ιδιωτικών φορέων (ιατροί, διαγνωστικά κέντρα κλπ), στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

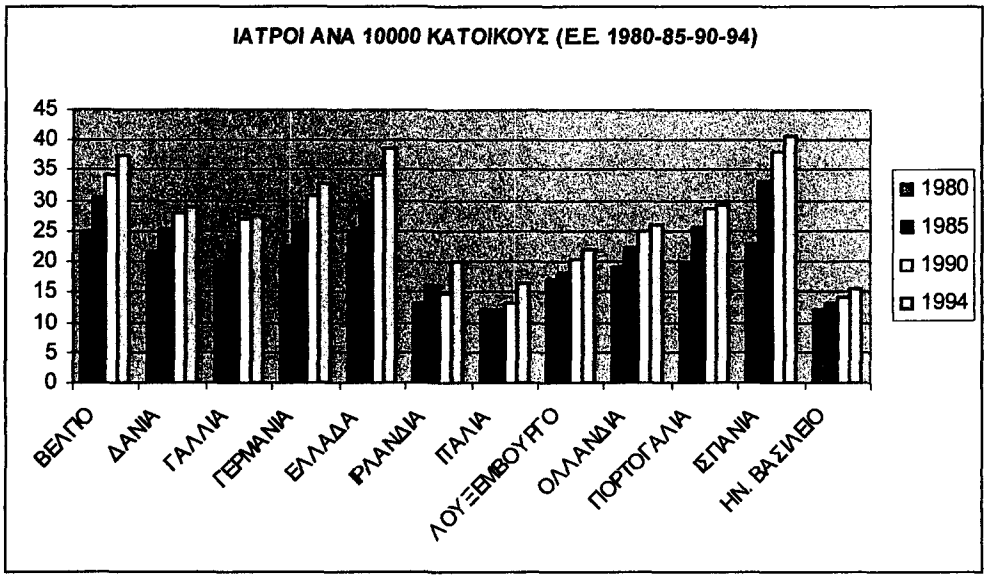
Αφενός η εστίαση του ενδιαφέροντος της πρώτης περιόδου διαμόρφωσης του ΕΣΥ στην νοσοκομειακή περίθαλψη και αφετέρου ο ιατρικός πληθωρισμός που στην χώρα μας αποτελεί ένα από τα κύρια προβλήματα του υγειονομικού τομέα, μπορούν να θεωρηθούν ως βασικοί παράγοντες για τα υψηλά ποσοστά άσκησης ιδιωτικής ιατρικής στην χώρα μας. Πριν προχωρήσουμε στην εκτίμηση του αριθμού των ιδιωτών ιατρών, κρίνεται σκόπιμο να επικεντρωθούμε στο πρόβλημα της ανεξέλεγκτης παραγωγής γιατρών στην χώρα μας, αλλά και στην άνιση γεωγραφική τους κατανομή.

Συγκρίνοντας λοιπόν τον αριθμό των ιατρών στην χώρα μας σε σχέση με τον πληθυσμό, με τα αντίστοιχα δεδομένα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, (πίνακας 2.3.55), διαπιστώνουμε πως η χώρα μας βρίσκεται στην δεύτερη θέση μετά την Ισπανία και παράλληλα παρουσιάζει ραγδαία ανάπτυξη στην παραγωγή ιατρών

[222] Για μια αναλυτική παρουσίαση των στάσεων και των απόψεων των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας του Ταμείου τους, καθώς και για τους λόγους προσφυγής τους σε ιδιώτες ιατρούς, βλ. Θεοδώρου Μ. (1993) *«Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική Διερεύνηση Δύο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Γιατρού»* ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.

μεταξύ 1980 και 1994 (ο σχετικός δείκτης ιατρών ανά 10.000 κατοίκους αυξήθηκε από 24,34 σε 38,8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.55. ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (ΕΥΡΩΠΗ 1980-1994)				
ΧΩΡΑ	1980	1985	1990	1994
ΒΕΛΓΙΟ	24,92	30,43	34,3	37,4
ΔΑΝΙΑ	21,74	25,37	27,78	29
ΓΑΛΛΙΑ	20,05	23,2	26,81	27,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	22,65	26,37	30,87	32,8
ΕΛΛΑΔΑ	24,34	29,3	34,03	38,8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	13,05	16,25	14,91	19,9
ΙΤΑΛΙΑ	12,01	12,08	13,11	16,5
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	17,01	18,07	20,26	22,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	19,07	22,22	25,07	25,9
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	19,69	25,53	28,42	29,3
ΙΣΠΑΝΙΑ	23,07	33,06	38,17	40,8
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	12,2	13,23	14,11	15,6
ΠΗΓΗ : OECD (1998) "Health Data", Paris.				



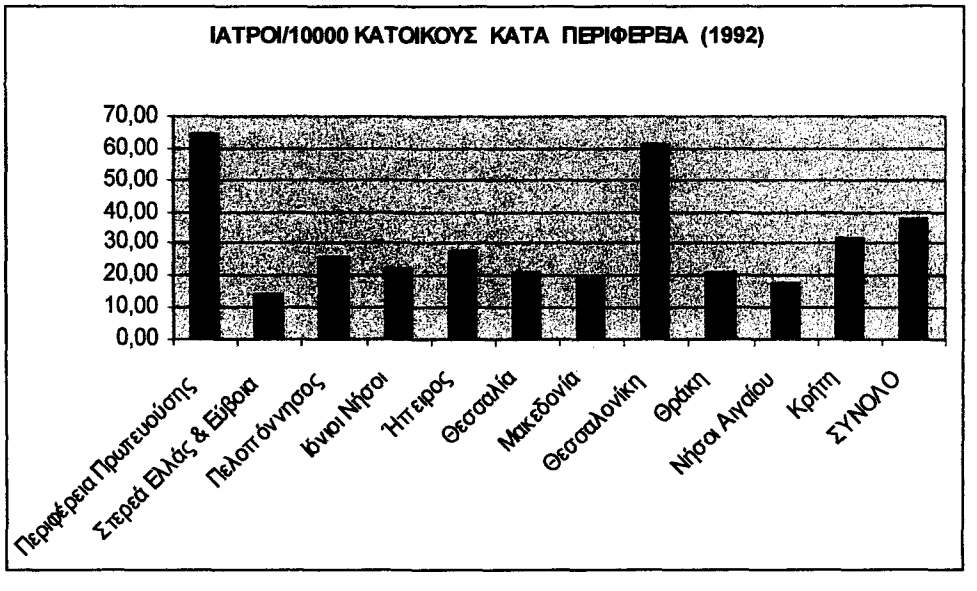
Με δεδομένο λοιπόν τον μεγάλο αριθμό των ιατρών στην χώρα μας, διαπιστώνουμε πως η κατανομή τους είναι δυσανάλογα υπέρ των μεγάλων αστικών κέντρων, με αποτέλεσμα να οξύνονται τα προβλήματα της ανεργίας του κλάδου και να προάγονται οι πρακτικές της υποαπασχόλησης.[223] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως στην Αθήνα αναλογούν σε κάθε ιατρό περίπου 160 κάτοικοι, όταν η αντίστοιχη αναλογία είναι στην Κοπεγχάγη 1/225, στην Στοκχόλμη 1/262 και στο Λονδίνο 1/469.[224]

[223] Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, το ποσοστό ανεργίας των ιατρών στην Αθήνα ήταν τον Οκτώβριο του 1997 5,9%, ενώ την ίδια περίοδο το ποσοστό των υποαπασχολούμενων ιατρών ήταν 13%. Βλ. Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (1999) *«Ιατρικός Πληθωρισμός. Ένα κοινωνικό πρόβλημα»* σελ. 7, Αθήνα. Το πρόβλημα βέβαια της ανεργίας των ιατρών το αντιμετωπίζουν όλες οι χώρες που έχουν μεγάλη παραγωγή ιατρών (Ισπανία, Ελλάδα, Ιταλία) και συνδέεται με την απουσία πολιτικών που αναφέρονται στο ανθρώπινο δυναμικό. Βλ. Saltman R., Figueras J. (1997) *«European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies»* p. 239-341, WHO Regional Publications, European Series, No 72, Copenhagen.

Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία του πίνακα 2.3.56., παρατηρούμε μια υψηλή συγκέντρωση του ιατρικού σώματος στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, με την αναλογία ιατρών ανά 10.000 κατοίκους να είναι το 1992 64,52 και 61,35 αντίστοιχα, ενώ ο μέσος όρος της χώρας κυμαίνεται στο 37,45. Αντίθετα, η χαμηλότερη αναλογία ιατρών ανά 10.000 κατοίκους παρατηρείται στις περιφέρειες της Στερεάς Ελλάδας και Ευβοίας (13,99), των Νήσων Αιγαίου (17,33), της Μακεδονίας - πλην Θεσσαλονίκης - (19,08), της Θεσσαλίας (20,70) και της Θράκης (20,79). Σημειώνουμε επίσης, ότι όλες οι περιφέρειες εκτός από την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, βρίσκονται στην σχετική αναλογία κάτω από τον μέσο όρο της χώρας, ενώ σε σχέση με το 1981 (βλ. πίνακα 2.2.23.), παρατηρούμε μια συνέχεια στην άνιση κατανομή του ιατρικού σώματος στις περιφέρειες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.56. ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΙΑΤΡΟΙ	ΙΑΤΡΟΙ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	19.861	64,52
Στερεά Ελλάς & Εύβοια	1.763	13,99
Πελοπόννησος	2.775	25,51
Ιόνιοι Νήσοι	428	22,08
Ήπειρος	945	27,78
Θεσσαλία	1.521	20,70
Μακεδονία	2.461	19,08
Θεσσαλονίκη	5.793	61,35
Θράκη	702	20,79
Νήσοι Αιγαίου	791	17,33
Κρήτη	1.698	31,45
ΣΥΝΟΛΟ	38.738	37,45
* σύμφωνα με την απογραφή του 1991		
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1992), β)ΕΣΥΕ Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1993, γ)Ίδιοι υπολογισμοί.		



[224] Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, και των Danish Medical Association, Swedish Medical Association και British Medical Association.

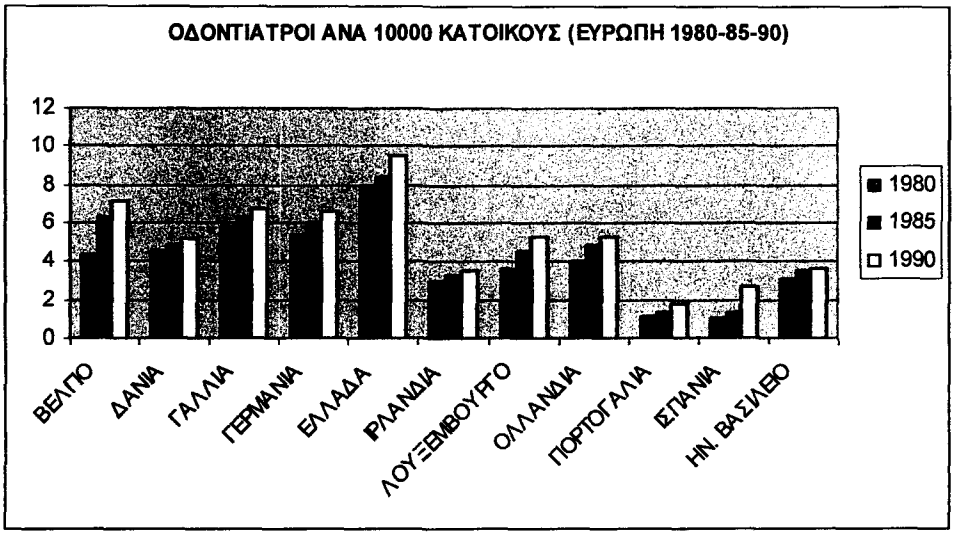
Η υψηλή συγκέντρωση των ιατρών στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα της έλλειψης κινήτρων και συνεπώς της άρνησης των ιατρών να στελεχώσουν τις μονάδες υγείας στην επαρχία, όπου ταυτόχρονα παρατηρούνται και σημαντικές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή. Το πρόβλημα μάλιστα είναι εντονότερο για κάποιες ειδικότητες, ο μεγαλύτερος όγκος των οποίων είναι συγκεντρωμένος στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη (πίνακας 2.3.57.). Αναφέρουμε ενδεικτικά, ότι το 1992, το 90% των νευροχειρουργών, το 75% των γυναικολόγων, το 73% των ακτινολόγων και το 70% των μικροβιολόγων, των καρδιολόγων και των ορθοπεδικών, ασκούν την ιατρική στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.[225]

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στους οδοντιάτρους και στην οδοντιατρική περίθαλψη γενικότερα, αφενός λόγω του ιδιαίτερα μεγάλου αριθμού τους σε σχέση με τον πληθυσμό και αφετέρου λόγω του μεγάλου αριθμού των οδοντιάτρων που ασκούν την ιατρική ιδιωτικά. Συγκεκριμένα, όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα (2.3.58.) η αναλογία οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους στην χώρα μας, είναι η υψηλότερη μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,54) και μάλιστα παραμένει στην πρώτη θέση από το 1980, εμφανίζοντας αυξητικές τάσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.58. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (ΕΥΡΩΠΗ 1980-1990)

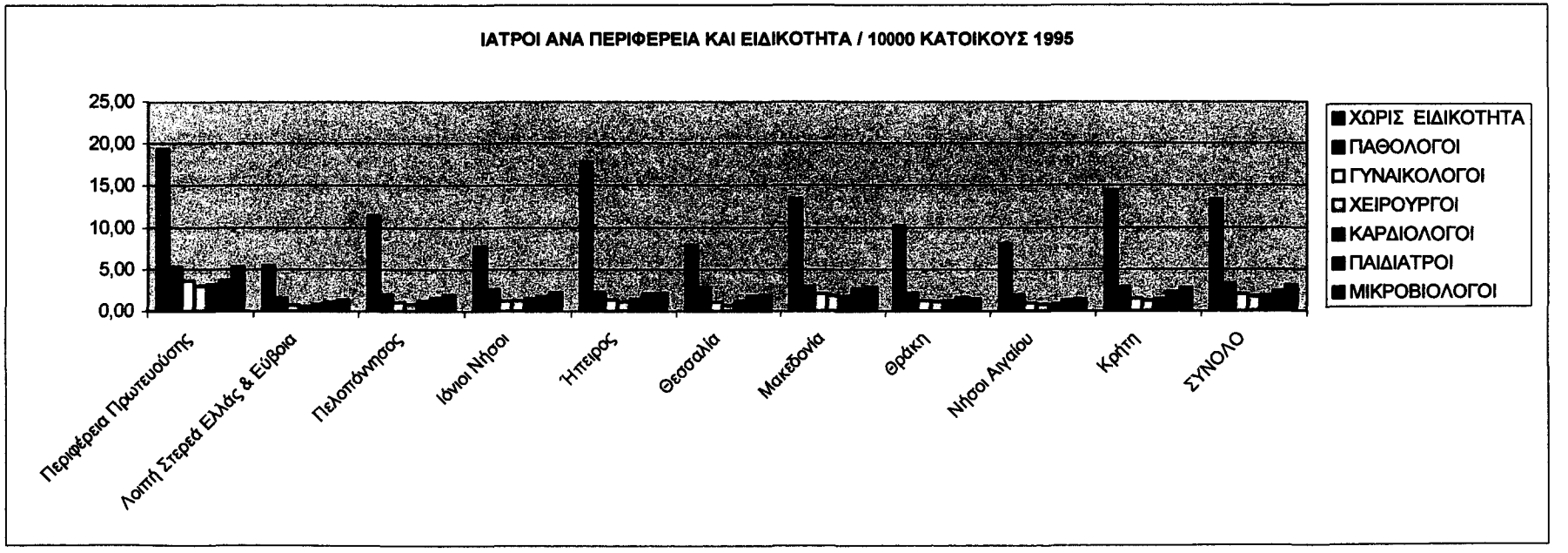
ΧΩΡΑ	1980	1985	1990
ΒΕΛΓΙΟ	4,36	6,3	7,14
ΔΑΝΙΑ	4,53	4,9	5,18
ΓΑΛΛΙΑ	5,75	6,33	6,69
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	5,4	6,04	6,6
ΕΛΛΑΔΑ	7,96	8,39	9,54
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	3,04	3,3	3,55
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	3,59	4,58	5,24
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	4,02	4,91	5,29
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	1,1	1,31	1,71
ΙΣΠΑΝΙΑ	1,06	1,34	2,66
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	3,13	3,51	3,67

Πηγή : OECD (1998) "Health Data", Paris.



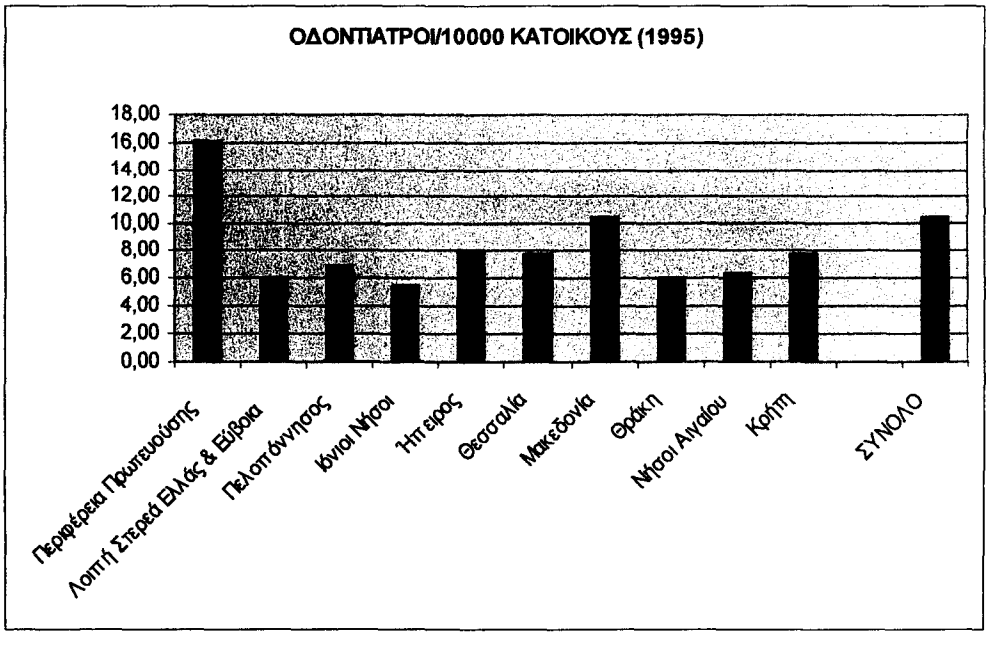
[225] Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 43, Εξάντας, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.57. ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (1995)							
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΧΩΡΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ**	**ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ**	**ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ**	**ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ**	**ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ**	**ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ**	**ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΙ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	19,30	5,23	3,56	3,01	3,11	3,63	5,27
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	5,35	1,55	0,66	0,52	0,81	1,09	1,33
Πελοπόννησος	11,36	2,01	1,08	0,83	1,22	1,50	1,96
Ιόνιοι Νήσοι	7,74	2,58	1,19	1,29	1,45	1,75	2,22
Ήπειρος	17,78	2,27	1,32	1,12	1,41	2,03	2,12
Θεσσαλία	7,87	2,87	1,03	0,69	1,22	1,80	1,95
Μακεδονία	13,35	2,95	2,09	1,83	1,73	2,67	2,86
Θράκη	10,18	2,16	1,18	1,15	1,21	1,63	1,39
Νήσοι Αιγαίου	8,01	1,95	0,96	0,77	0,79	1,27	1,42
Κρήτη	14,35	2,89	1,46	1,28	1,37	2,26	2,70
ΣΥΝΟΛΟ	**13,30**	**3,25**	**2,02**	**1,70**	**1,85**	**2,42**	**3,07**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1997) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος", Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.							



Σημειώνουμε πως στην περίπτωση των οδοντιάτρων, οι ανισότητες στην περιφερειακή τους κατανομή είναι σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες ακόμη μεγαλύτερες. Έτσι, από τα στοιχεία του πίνακα 2.3.59. προκύπτει για το 1995 μια συγκέντρωση των οδοντιάτρων της τάξης του 46,49% στην περιοχή της Αθήνας, δημιουργώντας μια αναλογία οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους ύψους 16,13 (μέσος όρος χώρας 10,39). Αναφέρουμε ότι οι χαμηλότερες αντίστοιχες αναλογίες αφορούν στις περιφέρειες των Ιονίων Νήσων (5,47), της Λοιπής Στερεάς και Ευβοίας (6,11) και της Θράκης (6,12), οι οποίες άλλωστε φαίνονται να βρίσκονται σε δυσμενή θέση σε σχέση και με την κατανομή των υπολοίπων πόρων υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.59. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ* ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1995)	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	16,13
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	6,11
Πελοπόννησος	6,96
Ιόνιοι Νήσοι	5,47
Ήπειρος	8,07
Θεσσαλία	7,84
Μακεδονία	10,3
Θράκη	6,12
Νήσοι Αιγαίου	6,35
Κρήτη	7,81
Σύνολο Ελλάδος	**10,39**
* σύμφωνα με την απογραφή του 1991	
Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1995) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής" (υπό έκδοση), β) ΕΣΥΕ (1996-97) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδο", γ)Ιδιοι υπολογισμοί.	

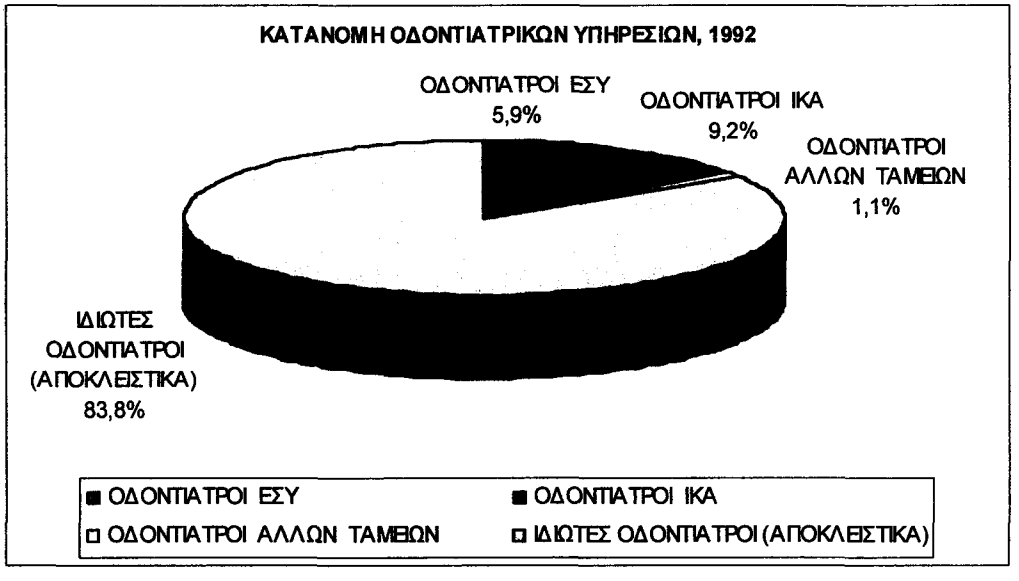


Το γεγονός αυτό, μπορεί να αποδοθεί στο μεγάλο ποσοστό των οδοντιάτρων που ασκούν ιδιωτικά την ιατρική σαν ελεύθεροι επαγγελματίες και οι οποίοι επιλέγουν ως τόπο εγκατάστασης τις περιοχές με υψηλά εισοδήματα

και κατ' επέκταση υψηλή κατανάλωση. [226] Αναφέρουμε ενδεικτικά, ότι σύμφωνα με στοιχεία του 1992, το 83,8% των οδοντιάτρων της χώρας, είχαν δικά τους οδοντιατρεία, στα οποία ασκούσαν το επάγγελμά τους ιδιωτικά.

Κύριο λοιπόν χαρακτηριστικό της παροχής πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας, είναι το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των οδοντιάτρων διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, συνάπτοντας παράλληλα και συμβάσεις με Ασφαλιστικά Ταμεία. Οδοντιατρική επίσης περίθαλψη, παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, καθώς και από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και των άλλων Ταμείων. Οι περιορισμοί όμως στην πρόσβαση σε συνδυασμό με την χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, [227] στρέφει ένα μεγάλο ποσοστό της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα, που όπως προαναφέραμε συγκεντρώνει και το μεγαλύτερο μέρος των οδοντιάτρων (πίνακες 2.3.60. και 2.3.61.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.60. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, 1992.	
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	617
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΙΚΑ	953
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΑΛΛΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ	113
ΙΔΙΩΤΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ (ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ)	8.720
ΣΥΝΟΛΟ	**10.403**
Πηγή : α)Θεοδώρου Μ. (1994) "Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" σελ. 133, στο ΥΥΠΚΑ (1994) "Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος", Ιούνιος 1994, Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.	



[226] Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 231, Αθήνα.

[227] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως στα Κέντρα Υγείας μπορούν να προσφεύγουν για οδοντιατρική περίθαλψη άτομα ηλικίας μέχρι 18 ετών, ενώ στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, αντιμετωπίζονται μόνο έκτακτα περιστατικά, ή περιστατικά ομάδων πληθυσμού που απαιτούν νοσοκομειακό περιβάλλον για την αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους προβλημάτων (καρκινοπαθείς, διαβητικοί κλπ). Τέλος, η οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχεται στα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ, θεωρείται χαμηλής ποιότητας, με αποτέλεσμα οι οδοντίατροι να βρίσκονται στην πρώτη θέση από άποψη συχνότητας προσφυγής σε ιδιώτες ιατρούς των ασφαλισμένων του ΙΚΑ. Θεοδώρου Μ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»* σελ. 134-137, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό*

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.61. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΣΤΑ Κ.Υ., ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ, ΣΤΑ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΙΚΑ, ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΑΛΛΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ							
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΣΥ (1992)	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ (1993)	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ ΙΚΑ (1993)	ΙΑΤΡΕΙΑ ΑΛΛΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ (1994)	ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ (1994	ΜΟΝΟ ΙΔΙΩΤΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	11	31	43			258	343
Κεντρικής Μακεδονίας	22	86	203	13		1.411	1.735
Δυτικής Μακεδονίας	5	16	19	3		148	191
Ηπείρου	12	19	18			187	236
Θεσσαλίας	13	49	54			441	557
Ιονίων Νήσων	9	4	10			69	92
Δυτικής Ελλάδας	24	36	40	1		324	425
Στερεάς Ελλάδας	9	38	42	1		236	326
Αττικής	71	31	433	82	11	4.842	5.470
Πελοποννήσου	14	32	31			312	389
Βορείου Αιγαίου	10	10	14	2		76	112
Νοτίου Αιγαίου	9	7	16			110	142
Κρήτης	24	25	30			306	385
ΣΥΝΟΛΟ	233	384	953	102	11	8.720	10.403
Πηγή : α)Θεοδώρου Μ. (1994) "Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" σελ. 134, στο ΥΥΠΚΑ (1994) "Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος", Ιούνιος 1994, Αθήνα.							

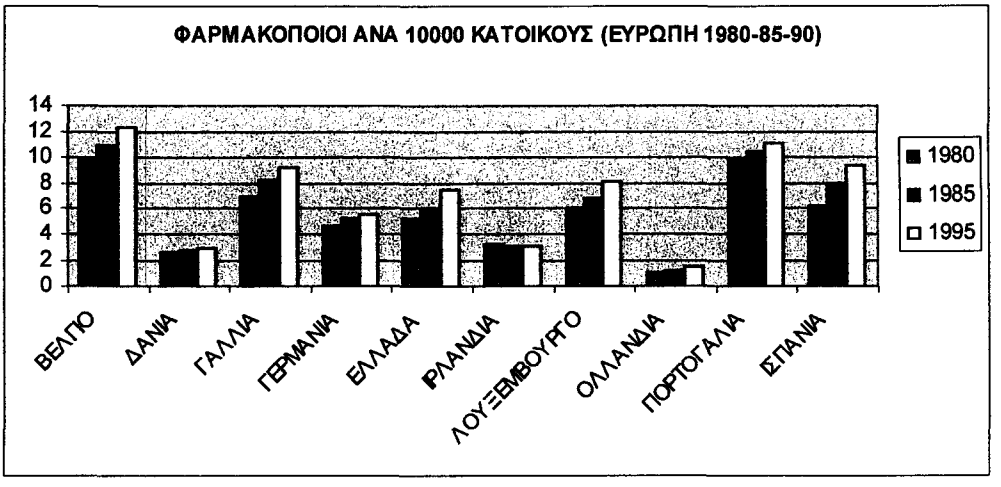
Έχοντας διαπιστώσει τις έντονες περιφερειακές ανισότητες που σχετίζονται με τον τρόπο κατανομής των ιατρών και των οδοντιάτρων, θα εξετάσουμε την ανάπτυξη και την διάρθρωση των φαρμακοποιών, για τους οποίους όπως έχουμε ήδη επισημάνει παρατηρείται μια συγκέντρωση ανάλογη με αυτήν των ιατρών, γεγονός που επιβεβαιώνει την επίδραση της πυκνότητας των ιατρών στην φαρμακευτική κατανάλωση.[228]

Ξεκινώντας από την σύγκριση της αναλογίας φαρμακοποιών και πληθυσμού σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες (πίνακας 2.3.62.), διαπιστώνουμε πως η χώρα μας βρίσκεται σταθερά για το διάστημα 1980-1990 στην 6η θέση, παρουσιάζοντας αναλογία φαρμακοποιών ανά 10.000 κατοίκους 5,36 το 1980, 6,03 το 1985 και 7,40 το 1990. Αξιοσημείωτη είναι η υψηλή αναλογία του Βελγίου και της Πορτογαλίας (12,34 και 11,12 αντίστοιχα για το 1990), ενώ ιδιαίτερα χαμηλή είναι για το 1990 η αναλογία της Ολλανδίας (1,50).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.62. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (ΕΥΡΩΠΗ 1980-1990)			
ΧΩΡΑ	1980	1985	1995
ΒΕΛΓΙΟ	9,83	10,95	12,34
ΔΑΝΙΑ	2,69	2,87	2,91
ΓΑΛΛΙΑ	7,02	8,25	9,16
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4,66	5,28	5,56
ΕΛΛΑΔΑ	5,36	6,03	7,4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	3,25	3,12	3,14
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	6,11	6,92	8,12
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1,08	1,31	1,5
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	9,78	10,39	11,12
ΙΣΠΑΝΙΑ	6,23	7,95	9,39
Πηγή :OECD (1998) "Health Data", Paris.			

και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Ιούνιος 1994, Αθήνα.

[228] Γεωργούση Ε., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ., Δρίζη Λ. (1992) *«Προσδιοριστικοί παράγοντες της φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ελλάδα. Περιφερειακή προσέγγιση»* σελ. 320, Materia Medica Greca, τόμ. 20, Αύγουστος 1992, Αθήνα.



Σχετικά με την περιφερειακή κατανομή των φαρμακείων (πίνακας 2.3.63.), διαπιστώνουμε την διατήρηση της κατάστασης που επικρατούσε πριν το ΕΣΥ, με την συγκέντρωση των φαρμακείων στα αστικά κέντρα, τα οποία όπως έχουμε ήδη τονίσει «ακολουθούν» κατά κάποιο τρόπο την κατανομή των ιατρών. Έτσι, το 1981, είχαμε συγκέντρωση του 42,5% των φαρμακείων στην Αθήνα, ενώ η αντίστοιχη συγκέντρωση το 1995, ήταν 38,28%, παραμένοντας σε υψηλά επίπεδα.

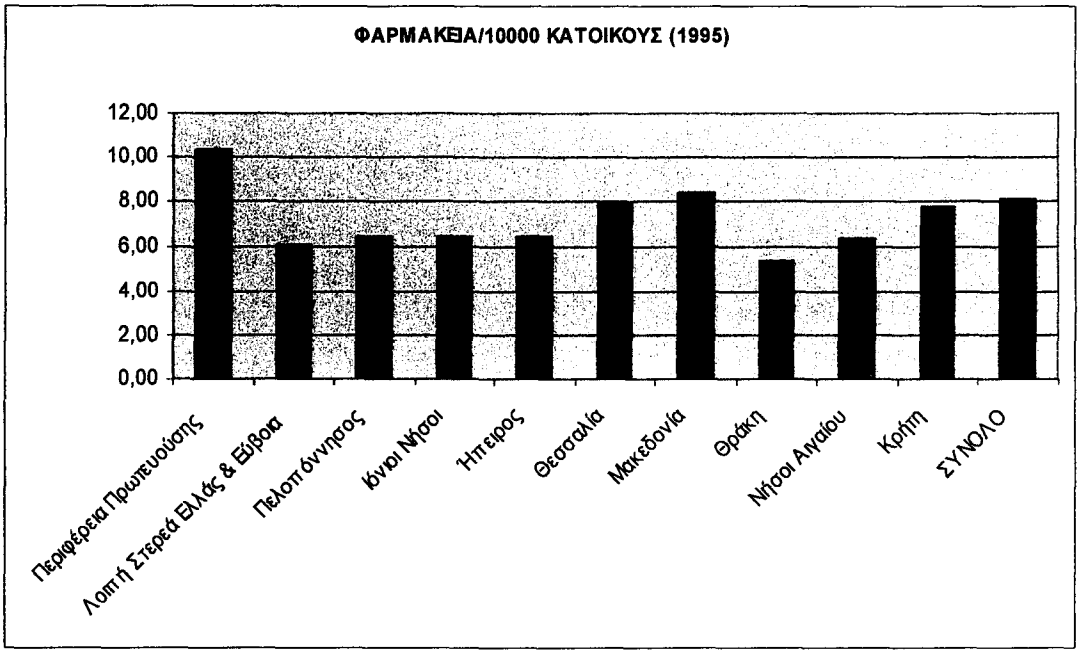
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.63. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ* ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1995)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	10,40
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	6,07
Πελοπόννησος	6,39
Ιόνιοι Νήσοι	6,40
Ήπειρος	6,39
Θεσσαλία	7,92
Μακεδονία	8,42
Θράκη	5,33
Νήσοι Αιγαίου	6,35
Κρήτη	7,72
ΣΥΝΟΛΟ	8,14
* σύμφωνα με την απογραφή του 1991.	
Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1995) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής" (υπό έκδοση), β)ΕΣΥΕ (1996-1997) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος", γ)Ιδιοι υπολογισμοί.	

Τέλος, η άποψη ότι η συνολική φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώνεται από την κατευθυνόμενη συνταγογραφία η οποία εκπηγάζει από τους γιατρούς και συνεπώς διαφοροποιείται στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας μας όπως ακριβώς διαφοροποιείται και η πυκνότητα των ιατρών, [229] επιβεβαιώνεται στον πίνακα 2.3.64. Έτσι, παρατηρούμε μια σχετική αντιστοιχία μεταξύ των μεταβλητών της αναλογίας ιατρών / κατοίκων, φαρμακείων / κατοίκων και της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία αποτυπώνει τον ρυθμιστικό ρόλο των ιατρών στην

[229] Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 60-61, Εξάντας, Αθήνα.

διαμόρφωση των δαπανών υγείας και ειδικότερα στο σκέλος της φαρμακευτικής περίθαλψης. [230]



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.64. ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1988)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΓΙΑΤΡΟΙ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
Ανατολική Στερεά και Νήσοι	48,97	7,72	10.724
Κεντρική και Δυτική Μακεδονία	35,06	7,44	8.327
Πελλοπόνησος και Δυτική Στερεά	18,48	4,76	6.140
Θεσσαλία	17,99	6,9	6.102
Ανατολική Μακεδονία	17,44	5,71	6.602
Κρήτη	20,20	5,98	8.338
Ήπειρος	19,44	4,93	6.186
Θράκη	14,36	4,46	7.133
Νήσοι Ανατολικού Αιγαίου	14,79	3,73	7.946

Πηγή : α)Γεωργούση Ε. , Κτενάς Ε. , Κυριόπουλος Γ. , Δρίζη Λ. (1992) «Προσδιοριστικοί παράγοντες της φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ελλάδα. Περιφερειακή προσέγγιση» σελ. 320, Materia Medica Greca, τόμ. 20, Αύγουστος 1992, Αθήνα.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε σχετικά με την κατανομή των πόρων υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, διαπιστώνουμε τις έντονες επιδράσεις της αντινομίας ανάμεσα στις διακηρύξεις κατά την θέσπιση του ΕΣΥ στις αρχές της δεκαετίας του '80, οι οποίες καθιστούσαν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως άμεση προτεραιότητα της εθνικής πολιτικής υγείας και στις ακολουθούμενες πολιτικές, οι οποίες ευνόησαν το νοσοκομειακό σύμπλεγμα και την βιομηχανία βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας.

[230] Για μια αναλυτική παρουσίαση της φαρμακευτικής κατανάλωσης, καθώς και των ιδιαιτεροτήτων της αγοράς φαρμάκων στην Ελλάδα, βλ. Δέδε Ζ., Καλογεροπούλου Ο. (1999) *«Η Εξέλιξη και οι Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Φαρμακευτική Κατανάλωση στην Ελλάδα (1970-1990)»* σελ. 151-162 και Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (1999) *«Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα : Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες»* σελ. 19-47, στο Γείτονα Μ. , Κυριόπουλος Γ. (1999) «Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα» , Θεμέλιο, Αθήνα.

Παράλληλα, η χρόνια υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης από τον δημόσιο τομέα, έχει συμβάλει στην ανάπτυξη και κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα ιδιαίτερα στην διαγνωστική βιοϊατρική τεχνολογία, δημιουργώντας μια τεχνολογική εξάρτηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας και επιφέροντας μια σημαντική διαρροή πόρων. [231] Αυτό άλλωστε επιβεβαιώνεται και από την υψηλή ιδιωτική δαπάνη για την υγεία, η οποία προσεγγίζει ποσοστό μεγαλύτερο του 35% της συνολικής εθνικής δαπάνης, [232] καθώς και από τα υψηλά ποσοστά άσκησης ιδιωτικής ιατρικής από ιατρούς και οδοντιάτρους. [233]

Η έντονη βέβαια δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία όπως προαναφέρθηκε υπαγορεύτηκε σε μεγάλο βαθμό από την αδυναμία του δημόσιου συστήματος να ανταποκριθεί στην ζήτηση των υπηρεσιών, δεν εκφράστηκε μόνο με την παροχή υπηρεσιών μέσα από τα ιδιωτικά ιατρεία. Η γρήγορη προσαρμογή του ιδιωτικού τομέα στις τεχνολογικές εξελίξεις και οι επενδυτικές ευκαιρίες που προέκυψαν, οδήγησαν σε μια ταχύρρυθμη ανάπτυξη και οργάνωση των ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής.

Έτσι, τόσο η προβλεπόμενη υψηλή κερδοφορία του κλάδου όσο και η απαγόρευση για την δημιουργία ιδιωτικών νοσοκομείων, συνέβαλαν στην διοχέτευση του μεγαλύτερου όγκου των ιδιωτικών επενδύσεων του υγειονομικού τομέα στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία. Το αποτέλεσμα της πρακτικής αυτής, ήταν η ραγδαία ανάπτυξη των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, με μέσο ρυθμό αύξησης την περίοδο 1986-1991, της τάξης του 25,8%. [234]

Όπως όμως επισημάναμε και στην περίπτωση των οδοντιάτρων, η χωροταξική κατανομή των διαγνωστικών κέντρων γίνεται με κριτήριο την κερδοφορία και τις προϋποθέσεις διαμόρφωσης υπερβάλλουσας – προκλητής ζήτησης, ενισχύοντας τις ήδη υπάρχουσες περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων υγείας. Ειδικότερα, όπως παρατηρούμε και στον πίνακα 2.3.65., το 70,8% των διαγνωστικών κέντρων της χώρας βρίσκεται συγκεντρωμένο στην περιοχή της Αττικής, ενώ ένα άλλο ποσοστό που κυμαίνεται γύρω στο 14,6%, αφορά στην Κεντρική Μακεδονία (Θεσσαλονίκη).

Η παραπάνω παρουσίαση της σύνθεσης και της περιφερειακής διάρθρωσης των πόρων υγείας που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, μας οδηγεί σε μια σειρά από συμπεράσματα – διαπιστώσεις, σχετικά με τον βαθμό υλοποίησης των προβλεπόμενων από την υγειονομική μεταρρύθμιση μέτρων, για την ανάπτυξη της υγειονομικής αυτοδυναμίας των περιφερειών. Πριν όμως προβούμε σε μια αποτίμηση της περιφερειακής πολιτικής του ΕΣΥ, όπως αυτή διαφαίνεται από την κατανομή των πόρων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,

---

[231] Κυριόπουλος Γ. (1996) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα : Το Πολιτικό Πρόβλημα και οι Διαστάσεις του»* σελ. 21-23, στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (1996) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

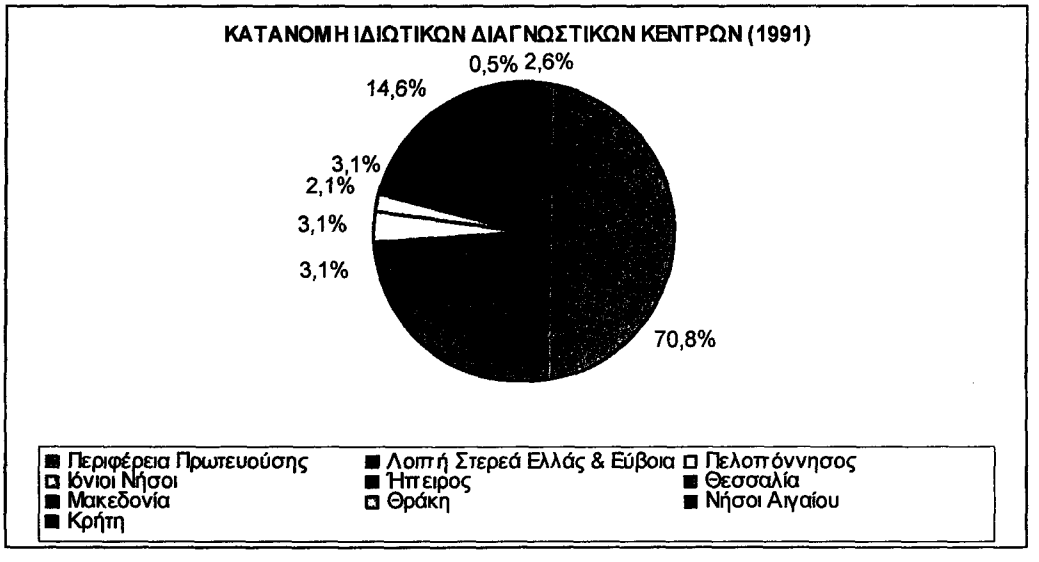
[232] Το ποσοστό αυτό συνιστά πραγματική εκτίμηση, με συνυπολογισμό της παραοικονομίας.

[233] Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ο αριθμός των ιατρών που είχαν δικαίωμα να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο ήταν το 1992 19.439 σε σύνολο 38.738 ιατρών, ή αλλιώς το 50% περίπου των ιατρών της χώρας. Για τους οδοντίατρους, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν το 1992 83,8%. Βλ. Θεοδώρου Μ. (1994) *«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»* σελ. 130,133, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Ιούνιος 1994, Αθήνα.

[234] Μπέσης Ν. (1993) *«Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 95, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

οφείλουμε να επισημάνουμε κάποια σημαντικές δυσλειτουργίες που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην χώρα μας, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά και την επίτευξη της γεωγραφικής ισότητας στην πρόσβαση σε αυτές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.65. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1991)		
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ	% ΚΑΤΑΝΟΜΗ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	136	70,8
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	6	3,1
Πελοπόννησος	6	3,1
Ιόνιοι Νήσοι	4	2,1
Ήπειρος		
Θεσσαλία	6	3,1
Μακεδονία	28	14,6
Θράκη	1	0,5
Νήσοι Αιγαίου		
Κρήτη	5	2,6
ΣΥΝΟΛΟ	**192**	**100,0**
Πηγή : α)Μπέσης (1993) "Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας" σελ. 98-99, ΙΟΒΕ, Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.		



Έτσι, συνοψίζοντας την ανάλυση που προηγήθηκε, το σύστημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην χώρα μας, διακρίνεται από ένα πολυκερματισμό των φορέων και των διαδικασιών που συνοδεύουν τις παροχές, από σημαντικές ελλείψεις σε έμψυχο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, από την απουσία του θεσμού του γενικού οικογενειακού ιατρού ο οποίος θα αποτελέσει το κομβικό σημείο του συστήματος, από περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ιδιαίτερα κατά τις βραδινές ώρες και τέλος, από την χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, η οποία σε συνδυασμό με την απουσία πολιτικών

ελέγχου της ζήτησης οδήγησε στην ραγδαία ανάπτυξη των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.[235]

Όσο αφορά στην περιφερειακή διάσταση της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οφείλουμε να αναφέρουμε πως αυτή επηρεάστηκε και επηρεάζεται σημαντικά από την γενικότερη περιφερειακή ανάπτυξη της χώρας, η οποία συντηρεί τον δυαδισμό της ελληνικής οικονομίας, αναφορικά με το βιοτικό επίπεδο και τις παραγωγικές δυνατότητες, υπέρ των μεγάλων αστικών κέντρων.[236] Παράλληλα, η κατανομή των πόρων υγείας παρουσιάζεται με δύο εκφάνσεις[237]:

α)στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα υγείας, οι φορείς κατανέμονται περιφερειακά με κριτήριο τον βαθμό κοινωνικής και κυρίως οικονομικής ανάπτυξης των περιφερειών και συνεπώς ενισχύουν τις ανισότητες στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών και

β)στην περίπτωση του δημοσίου συστήματος, ο τρόπος κατανομής των φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποσκοπούσε στην εξασφάλιση της αμεσότητας και της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές. Τα Κέντρα Υγείας, τα οποία αποτέλεσαν τον βασικό άξονα της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, χωροθετήθηκαν με βάση πληθυσμιακά και κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια και θα μπορούσαν να βελτιώσουν αισθητά την παροχή των υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο, αν οι σχεδιαζόμενες διατάξεις είχαν ακολουθηθεί και σε επίπεδο εφαρμογής.

Συμπερασματικά, παρά τα προβλήματα στελέχωσης και εξοπλισμού, η προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα Κέντρα Υγείας είναι πολύ σημαντική και συγκριτικά με την περίοδο πριν την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, διαπιστώνουμε πως πέτυχαν να αυξήσουν την διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές και κατ' επέκταση να μειώσουν αισθητά τις έντονες προϋπάρχουσες περιφερειακές ανισότητες (βλ. πίνακες 2.234.-2.2.36.-2.3.45.-2.3.48.).

3.6.2. Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Όπως επισημάνθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, το κύριο χαρακτηριστικό της ανάπτυξης της νοσοκομειακής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο πριν την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, ήταν οι έντονες εξαρτήσεις μεταξύ των περιφερειών, οι οποίες ήταν αποτέλεσμα των διαφοροποιήσεων και των ανισοτήτων στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η υγειονομική μεταρρύθμιση μάλιστα, είχε αναγάγει σε θεμελιώδη αρχή την περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών και την περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ γενικότερα, ενώ όσο αφορά στην νοσοκομειακή περίθαλψη, η ανάπτυξη της υγειονομικής αυτοδυναμίας των περιφερειών, επιδιώχθηκε με σαφήνεια με την ανάδειξη των πρωτευουσών τους σε νοσοκομειακά κέντρα.

---

[235] Για μια αναλυτική παρουσίαση των προβλημάτων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην χώρα μας, βλ. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1995) «*Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*» σελ. 135-149, Αθήνα.

[236] Αθανασίου Λ., Καββαδία Π., Κατοχιανού Δ., Τονικίδου Π. (1995) «*Διαπεριφερειακή ανάλυση και πολιτική και βασικά στοιχεία κατά περιφέρεια και νομό*» σελ. 64-66, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

[237] Νιάκας Δ. (1993) «*Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*» σελ. 201-202, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση της προσφοράς υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης στις περιφέρειες της χώρας μας, οφείλουμε να αναφέρουμε πως η καθιέρωση του ΕΣΥ, σε συνδυασμό με την καθήλωση του κλειστού νοσηλίου σε επίπεδα χαμηλότερα του πραγματικού ημερήσιου κόστους νοσηλείας, ώθησαν ένα μεγάλο αριθμό ιδιωτικών μονάδων να εγκαταλείψουν την αγορά υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας αισθητά και τις διαθέσιμες κλίνες / 10.000 κατοίκους (πίνακας 2.3.66.). [238]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.66. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ, ΚΛΙΝΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (Σύνολο Ελλάδας, 1981-1993)

ΕΤΟΣ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ	ΚΛΙΝΕΣ	ΚΛΙΝΕΣ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
1981	688	59914	61,73
1982	664	58938	60,61
1983	626	57496	59,17
1984	595	57081	57,47
1985	552	54438	54,95
1986	488	52864	53,19
1987	454	51745	51,81
1988	430	51587	51,55
1989	402	51448	51,28
1990	396	51329	50,51
1991	380	51297	50,00
1992	372	51422	49,75
1993	368	52144	50,25

Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1981-1993) "Στατιστική Πρόνοιας και Υγιεινής", β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Η μείωση μάλιστα αυτή των κλινών, έχει κατατάξει τη χώρα μας σε μια σχετικά χαμηλή θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με την διαφορά όμως ότι επίσης χαμηλοί είναι και οι δείκτες χρησιμοποίησης των κλινών αυτών (εισαγωγές ανά 10000 κατοίκους, ημέρες νοσηλείας ανά κάτοικο, μέση διάρκεια νοσηλείας και ποσοστιαία κάλυψη κλινών), γεγονός που μπορεί να αποδοθεί περισσότερο στην χαμηλή ικανοποίηση των Ελλήνων από τις υπηρεσίες υγείας [239] και λιγότερο στο καλό επίπεδο υγείας τους (πίνακας 2.3.67). [240]

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του τρόπου κάλυψης των αναγκών για δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην χώρα μας μετά το ΕΣΥ - εκτός από την μείωση των νοσηλευτικών μονάδων και των διαθέσιμων κλινών κυρίως του ιδιωτικού τομέα - είναι οι σημαντικές διακυμάνσεις στην προσφορά των υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο. Ο πίνακας 2.3.68., δίνει μια καθαρή εικόνα των αλλαγών που συνέβησαν στην δεκαετία του '80, όχι μόνο για το σύνολο της χώρας, αλλά και για τις επιμέρους περιφέρειες.

[238] Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. (1995) *«Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού»* σελ. 30-31, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

[239] Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, οι Έλληνες είναι οι δεύτεροι περισσότερο δυσαρεστημένοι πολίτες της Ευρώπης, σε ότι αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έτσι, ένα ποσοστό της τάξης του 59,6% των Ελλήνων δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και μόνο το 15,5% δηλώνουν ικανοποιημένοι, όταν ενδεικτικά τα αντίστοιχα ποσοστά στην Δανία, είναι 90,6% και 5,6%. Εφημερίδα «Το Βήμα», Κυριακή 9 Ιανουαρίου 2000.

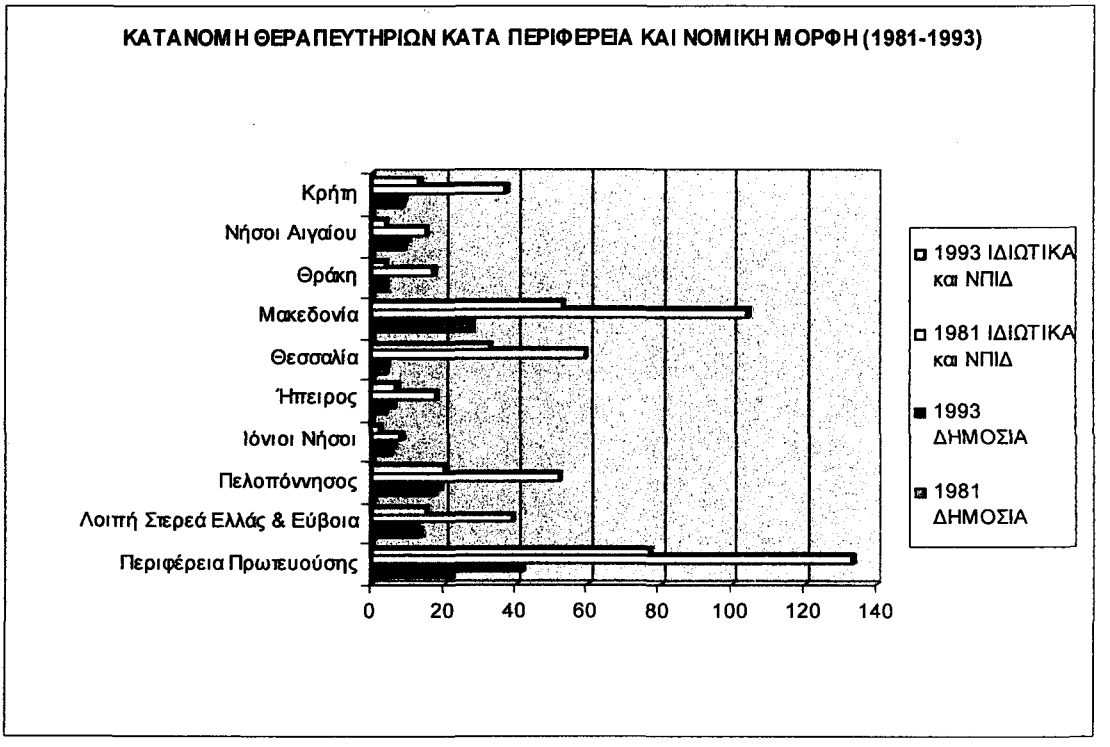
[240] Στο υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και σε άλλους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, θα αναφερθούμε αναλυτικά παρακάτω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.67. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (Ε.Ε. 1990)					
ΧΩΡΕΣ	ΚΛΙΝΕΣ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΗΜ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ/ ΚΑΤΟΙΚΟ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	% ΚΑΛΥΨΗ ΚΛΙΝΩΝ
ΒΕΛΓΙΟ	94	180	2,6	14,4	86,7
ΔΑΝΙΑ	61	212	1,7	8,2	82,2
ΓΑΛΙΑ	100	233	2,9	12,8	80,4
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	109	209	3,3	16,2	86,5
ΕΛΛΑΔΑ	52	126	1,1	9,8	68
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	64	152	2,8	8	
ΙΤΑΛΙΑ	75	153	1,8	11,7	68,4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	125	199	3,7	17,4	
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	117	109	3,7	34,3	88,5
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	47	108	1,1	11,2	69,4
ΙΣΠΑΝΙΑ	47	98	1,1	12,2	76,9
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	65	159	2	14,5	80,6
Πηγ΄: α)OECD (1998) "Health Data", Paris, β)Ίδιοι υπολογισμοί.					

Συγκεκριμένα, είναι εμφανής η συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα, αφού τα ιδιωτικά θεραπευτήρια μειώθηκαν μεταξύ 1981 και 1993 σε όλες τις περιφέρειες, ενώ η μείωση του αριθμού τους στο σύνολο της χώρας είναι της τάξης του 52,6%. Μία ακόμη επισήμανση, αφορά στην διατήρηση της διάρθρωσης των θεραπευτηρίων στις περιφέρειες, αφού η ποσοστιαία κατανομή τους παραμένει σχεδόν αμετάβλητη, διατηρώντας τις προϋπάρχουσες ανισότητες. Μάλιστα, η συγκέντρωση των θεραπευτηρίων στην πρωτεύουσα αυξάνεται από 26,1% σε 32,34% επί του συνόλου των θεραπευτηρίων, ενώ οι περιφέρειες που πριν το ΕΣΥ βρίσκονταν σε δυσμενή θέση όπως τα Ιόνια Νησιά και η Θράκη, φαίνεται να επιβαρύνονται ακόμη περισσότερο δέκα χρόνια μετά την μεταρρύθμιση. Έτσι, ενώ το 1981 στις περιφέρειες των Ιονίων Νήσων και της Θράκης συγκεντρώνονταν το 2,18 και 3,52% του συνόλου των θεραπευτηρίων, το 1993 τα αντίστοιχα ποσοστά μειώνονται σε 2,17% και για τις δύο περιφέρειες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.68. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ(1981-1993)								
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981				1993			
	ΔΗΜΟΣΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ και ΝΠΙΔ	ΣΥΝΟΛΟ*	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΧΩΡΑΣ	ΔΗΜΟΣΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ και ΝΠΙΔ	ΣΥΝΟΛΟ*	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΧΩΡΑΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	22	133	155	**26,01**	42	77	119	**32,34**
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	13	39	52	**8,72**	12	15	27	**7,34**
Πελοπόννησος	17	52	69	**11,58**	19	20	39	**10,60**
Ιόνιοι Νήσοι	5	8	13	**2,18**	6	2	8	**2,17**
Ήπειρος	4	18	22	**3,69**	6	7	13	**3,53**
Θεσσαλία	4	59	63	**10,57**	4	33	37	**10,05**
Μακεδονία	28	104	132	**22,15**	28	53	81	**22,01**
Θράκη	4	17	21	**3,52**	4	4	8	**2,17**
Νήσοι Αιγαίου	9	15	24	**4,03**	10	4	14	**3,80**
Κρήτη	8	37	45	**7,55**	9	13	22	**5,98**
Σύνολο Ελλάδος	**114**	**482**	**596**	**100,00**	**140**	**228**	**368**	**100,00**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1981-1993) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", β)Ίδιοι υπολογισμοί.								

Η επιβάρυνση αυτή συγκεκριμένων περιφερειών και συνεπώς η εξάρτησή τους από άλλες, όπως η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη, οι οποίες χαρακτηρίζονται



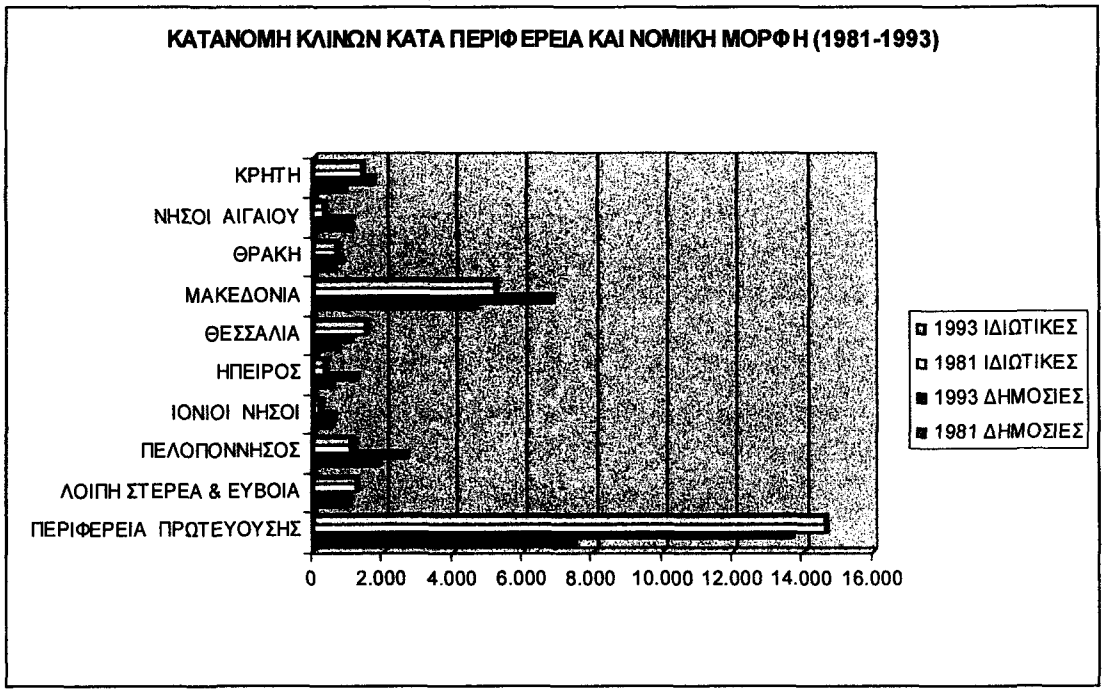
από υγειονομική αυτοδυναμία και μπορούν παράλληλα να δεχτούν για νοσηλεία και ασθενείς άλλων περιφερειών, είναι περισσότερο εμφανής από την διακύμανση και διάρθρωση των νοσοκομειακών κλινών. Όπως λοιπόν βλέπουμε και στον πίνακα 2.3.69., το μισό περίπου των νοσοκομειακών κλινών είναι συγκεντρωμένο στην περιφέρεια της Αττικής, ενώ η μείωση του αριθμού τους στο διάστημα 1981-1993 κατά 7,4%, δεν επηρέασε την περιφερειακή τους κατανομή, με αποτέλεσμα οι ανισότητες να έχουν έναν διαχρονικό χαρακτήρα, επιβαρύνοντας τον πληθυσμό συγκεκριμένων περιφερειών (Θράκη, Νησιά Ιονίου, Νησιά Αιγαίου, κλπ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.69. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981-1993)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981				1993			
	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΧΩΡΑΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ ΧΩΡΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ	7.419	14.608	**22.027**	**48,44**	13.663	6.115	**19.778**	**46,99**
ΛΟΙΠΗ ΣΤΕΡΕΑ & ΕΥΒΟΙΑ	987	1.218	**2.205**	**4,85**	1.013	552	**1.565**	**3,72**
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.847	1.098	**2.945**	**6,48**	2.630	484	**3.114**	**7,40**
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	450	176	**626**	**1,38**	563	60	**623**	**1,48**
ΗΠΕΙΡΟΣ	500	335	**835**	**1,84**	1.201	165	**1.366**	**3,25**
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	691	1.509	**2.200**	**4,84**	1.073	975	**2.048**	**4,87**
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	4.586	5.179	**9.765**	**21,47**	6.764	2.609	**9.373**	**22,27**
ΘΡΑΚΗ	595	638	**1.233**	**2,71**	732	91	**823**	**1,96**
ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	1.059	303	**1.362**	**3,00**	1.036	100	**1.136**	**2,70**
ΚΡΗΤΗ	898	1.376	**2.274**	**5,00**	1.725	541	**2.266**	**5,38**
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	19.032	26.440	**45.472**	**100,00**	30.400	11.692	**42.092**	**100,00**

*δεν περιλαμβάνονται οι νευροψυχιατρικές κλίνες

Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1981-1993) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, β)ΕΣΥΕ (1985-86, 1995) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα", γ)Ίδιοι υπολογισμοί.



Οι ανισότητες μεταξύ των περιφερειών είναι πιο ορατές κατά την συσχέτιση των διαθέσιμων κλινών με τον πληθυσμό της κάθε περιφέρειας, όπου κατ' αρχήν διαπιστώνουμε ότι το 1981 αναλογούσαν 46,68 κλίνες (ανά 10.000 κατοίκους), ενώ το 1993, η αντίστοιχη αναλογία μειώθηκε σε 41,03 (χωρίς τις νευροψυχιατρικές κλίνες). Η Αττική και η Μακεδονία, διατηρούν σταθερά την καλύτερη αναλογία μεταξύ των περιφερειών (αναλογία 64,36 και 41,92 για το 1993), αποτελώντας μάλιστα μαζί με την Κρήτη τις μόνες περιφέρειες που υπερβαίνουν τον αντίστοιχο μέσο όρο της χώρας, ενώ στην αντίπερα όχθη, βρίσκονται οι περιφέρειες της Λοιπής Στερεάς και της Θράκης (αναλογία 12,41 και 24,35 αντίστοιχα για το 1993).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.70. ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981-1993)

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981			1993		
	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ *	ΚΛΙΝΕΣ	ΚΛΙΝΕΣ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ **	ΚΛΙΝΕΣ	ΚΛΙΝΕΣ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	3.027.331	22.027	**72,76**	3.072.922	19.778	**64,36**
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	1.099.841	2.205	**20,05**	1.260.945	1.565	**12,41**
Πελοπόννησος	1.012.528	2.945	**29,09**	1.086.935	3.114	**28,65**
Ιόνιοι Νήσοι	182.651	626	**34,27**	193.734	623	**32,16**
Ήπειρος	324.541	835	**25,73**	339.728	1.366	**40,21**
Θεσσαλία	695.654	2.200	**31,62**	734.846	2.048	**27,87**
Μακεδονία	2.121.953	9.765	**46,02**	2.236.019	9.373	**41,92**
Θράκη	345.220	1.233	**35,72**	338.005	823	**24,35**
Νήσοι Αιγαίου	428.533	1.362	**31,78**	456.712	1.136	**24,87**
Κρήτη	502.165	2.274	**45,28**	540.054	2.266	**41,96**
Σύνολο Ελλάδος	**9.740.417**	**45.472**	**46,68**	**10.259.900**	**42.092**	**41,03**

* σύμφωνα με την απογραφή του 1981.

** σύμφωνα με την απογραφή του 1991.

*** δεν περιλαμβάνονται οι νευροψυχιατρικές κλίνες.

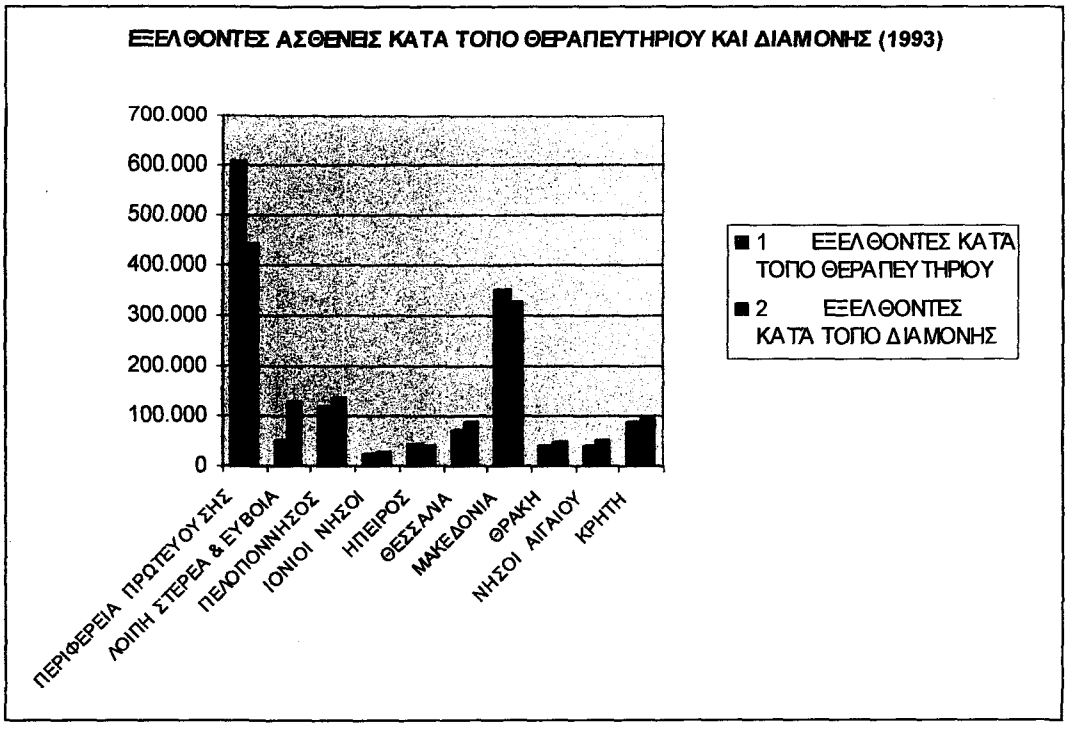
Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1981-1993) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, β)ΕΣΥΕ (1985-86, 1995) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα", γ)Ίδια υπολογισμοί.

Όπως έχουμε επισημάνει και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών κλινών πριν το ΕΣΥ, σκιαγραφούσε τις υγειονομικές αδυναμίες που παρουσίαζαν κάποιες περιφέρειες, οι οποίες είχαν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία διαπεριφερειακών εξαρτήσεων. Θυμίζουμε πως οι υγειονομικές αδυναμίες, κρίνονται από τον βαθμό συγκράτησης των ασθενών για νοσηλεία εντός των ορίων της περιφέρειας. Έτσι όπως είναι φανερό, δέκα χρόνια μετά την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, οι περιφέρειες της Αττικής και της Μακεδονίας λόγω των μεγάλων νοσηλευτικών μονάδων Αθήνας-Θεσσαλονίκης, εξακολουθούν να είναι οι πλέον αυτοδύναμες υγειονομικές περιφέρειες, ενώ μετά την ανάπτυξη του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, προστέθηκε σε αυτές και η Ήπειρος, στην οποία καταφεύγουν για νοσηλεία και ασθενείς από άλλες περιφέρειες της χώρας. (πίνακας 2.3.71.). Σημειώνουμε πως τα υψηλότερα ποσοστά μετακινήσεων ασθενών προς άλλες περιφέρειες, εμφανίζονται στην Στερεά Ελλάδα (58,96%), στα Νησιά του Αιγαίου (27,14%), στην Θεσσαλία (17,56%) και στα Ιόνια Νησιά (15,27%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.71. ΔΙΑΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΡΟΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (1993)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1 ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΠΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ	2 ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ 1 - 2	ΡΟΕΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ	608.984	443.316	165.668	**37,37**
ΛΟΙΠΗ ΣΤΕΡΕΑ & ΕΥΒΟΙΑ	52.022	126.771	-74.749	-58,96
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	121.370	137.868	-16.498	-11,97
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	23.403	27.620	-4.217	-15,27
ΗΠΕΙΡΟΣ	43.062	41.191	1.871	**4,54**
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	72.524	87.969	-15.445	-17,56
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	351.467	327.049	24.418	**7,47**
ΘΡΑΚΗ	40.074	46.287	-6.213	-13,42
ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	39.340	53.996	-14.656	-27,14
ΚΡΗΤΗ	88.950	94.072	-5.122	-5,44

Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1993) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Οι μεγάλες βέβαια διαπεριφερειακές ροές ασθενών που παρατηρούνται [241] δεν οφείλονται μόνο στην άνιση κατανομή των νοσοκομειακών κλινών ανά περιφέρεια. Αντίθετα, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών που χρήζουν νοσηλείας, καταφεύγουν στα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων, αναζητώντας καλύτερη ποιότητα περίθαλψης, αφού όπως θα διαπιστώσουμε παρακάτω, στις περισσότερες περιφέρειες παρατηρείται μια υποχρησιμοποίηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. [242]

Έτσι, όπως προκύπτει από την μελέτη της νοσηλευτικής κίνησης των θεραπευτηρίων (πίνακες 2.3.72. και 2.3.7.3), η κάλυψη των κλινών για τα γενικά μη ψυχιατρικά νοσοκομεία το 1993, ήταν μόνο 68% για τα δημόσια και 53% για τα ιδιωτικά, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει πρόβλημα επάρκειας νοσοκομειακών κλινών, αλλά πρόβλημα ορθολογικής κατανομής τους. Όπως είναι φυσικό, τα υψηλότερα ποσοστά κάλυψης των κλινών των γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ, αφορούν στις περιφέρειες της Αθήνας (75%) και της Θεσσαλονίκης (70% περίπου), ενώ το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, με την διαφορά ότι εκεί το ποσοστό κάλυψης είναι ακόμη μικρότερο (57% για την Αθήνα και 59% για τη Θεσσαλονίκη) λόγω της μεγάλης υποχρησιμοποίησης των κλινών του ιδιωτικού τομέα.

Αντίστοιχα, έντονα διαφοροποιημένη εμφανίζεται το 1993 η μέση διάρκεια νοσηλείας μεταξύ των γενικών μη ψυχιατρικών νοσοκομείων του ΕΣΥ (5,5 ημέρες) και του ιδιωτικού τομέα (8,4 ημέρες), καθώς και μεταξύ των περιφερειών. Ειδικότερα, οι περιφέρειες της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης εμφανίζουν τον υψηλότερο μέσο δείκτη νοσηλείας στα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ (6,8 ημέρες και 4,9 ημέρες αντίστοιχα), ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία,. η υψηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας εμφανίζεται στην Θεσσαλία (12,5 ημέρες), στα Ιόνια Νησιά (11,15 ημέρες) και στην Στερεά Ελλάδα (10,73 ημέρες).

Σημειώνεται πως η χαμηλότερη τιμή στον δείκτη μέσης διάρκειας νοσηλείας, παρατηρείται για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ στις περιφέρειες της Θεσσαλίας (3,4 ημέρες) και της Πελοποννήσου (3,6 ημέρες), ενώ για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, στις περιφέρειες της Πελοποννήσου (5,18 ημέρες) και της Ηπείρου (5,25 ημέρες). Η υψηλή σχετικά τιμή του δείκτη στα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, αιτιολογείται από τον μεγάλο αριθμό των επανεισαγωγών, καθώς και από το γεγονός ότι τα περιστατικά που καταφεύγουν στις μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες των αστικών κέντρων, είναι συνήθως μεγαλύτερης σοβαρότητας και χρήζουν περισσότερων ημερών νοσηλείας. [243]

---

[241] Σημειώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που καταφεύγουν για νοσηλεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, προέρχονται από γειτονικές περιοχές. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το 51% των κατοίκων της Βοιωτίας που χρειάστηκαν νοσοκομειακή περίθαλψη και το 48% της Εύβοιας ήρθαν στην Αττική, ενώ το 49% των κατοίκων της Χαλκιδικής, πήγαν στην Θεσσαλονίκη. Πολύζος Ν. (1994) *«Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Περίθαλψη»* σελ. 170.176, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Ιούνιος 1994, Αθήνα.

[242] Θεοδώρου Μ. , Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 312-313, Αθήνα.

[243] Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. (1995) *«Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού»* σελ. 32, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.72. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1993)					
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΚΛΙΝΕΣ**	**ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ**	**ΗΜ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**	**ΜΔΝ**	**ΚΑΛΥΨΗ %**
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	1412	67572	341566	5,1	66%
Κεντρικής Μακεδονίας	5.319	276.102	1.358.959	4,9	70%
Δυτικής Μακεδονίας	613	25.404	125.287	4,9	56%
Ηπείρου	1.150	59.054	291.161	4,9	69%
Θεσσαλίας	1.006	80.876	277.082	3,4	75%
Ιονίων Νήσων	557	21.889	101.283	4,6	50%
Δυτικής Ελλάδας	1.551	79.797	330.297	4,1	58%
Στερεάς Ελλαδας	766	30.654	174.306	5,7	62%
Αττικής	11.706	466.854	3.196.372	6,8	75%
Πελοποννήσου	1.186	67.660	243.800	3,6	56%
Βορείου Αιγαίου	506	20.927	120.005	5,7	65%
Νοτίου Αιγαίου	539	18.587	83.967	4,5	43%
Κρήτης	1.685	88.091	460.205	5,2	75%
Σύνολο Ελλάδας	**27.996**	**1.303.467**	**7.104.290**	**5,5**	**70%**
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - ΚΕΣΥ (1993) "Επετηρίδα Υγείας 1993. Συγκεντρωτικά και Αναλυτικά Λειτουργικά στοιχεία Νοσοκομείων ΕΣΥ", β)Ίδιοι υπολογισμοί.					

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.73. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1993)					
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΚΛΙΝΕΣ**	**ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ**	**ΗΜ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**	**ΜΔΝ**	**ΚΑΛΥΨΗ %**
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	270	3.618	32.589	0,01	33%
Κεντρικής Μακεδονίας	2.113	52.807	458.520	8,68	59%
Δυτικής Μακεδονίας	228	6.603	48.497	7,34	58%
Ηπείρου	165	1.515	7.959	5,25	13%
Θεσσαλίας	745	10.478	130.946	12,5	48%
Ιονίων Νήσων	60	2.542	28.333	11,15	29%
Δυτικής Ελλάδας	459	12.134	92.998	7,66	56%
Στερεάς Ελλαδας	295	2.123	22.776	10,73	21%
Αττικής	5.828	149.820	1.208.700	8,07	57%
Πελοποννήσου	188	1.678	8.699	5,18	13%
Βορείου Αιγαίου	80	1.034	8.465	8,19	29%
Νοτίου Αιγαίου	20	450	3.274	7,28	45%
Κρήτης	521	8.407	74.673	8,88	39%
Σύνολο Ελλάδας	**10.972**	**253.209**	**2.126.429**	**8,4**	**53%**
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - ΚΕΣΥ (1993) "Επετηρίδα Υγείας 1993. Συγκεντρωτικά και Αναλυτικά Λειτουργικά στοιχεία Νοσοκομείων ΕΣΥ", β)Ίδιοι υπολογισμοί.					

Για τα εκτός ΕΣΥ νοσοκομεία, στα οποία περιλαμβάνονται τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που υπάγονται στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, παρατηρούμε κατ' αρχήν μια αντίστοιχη συγκέντρωση του μεγαλύτερου αριθμού των μονάδων αυτών στην Αττική. Ακόμη, η μέση διάρκεια νοσηλείας στα γενικά νοσοκομεία, είναι υψηλότερη από τις αντίστοιχες των νοσοκομείων του ΕΣΥ αλλά και του ιδιωτικού τομέα στο σύνολο της χώρας, γεγονός που ίσως κατά ένα μέρος μπορεί να αιτιολογηθεί από την σοβαρότητα των περιπτώσεων των στρατιωτικών που προσφεύγουν στα στρατιωτικά νοσοκομεία - κυρίως της Αθήνας - για νοσηλεία.[244] Τέλος, το ποσοστό κάλυψης στα γενικά εκτός ΕΣΥ

[244] Πολύζος Ν. (1994) *«Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Περίθαλψη»* σελ. 169, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Ιούνιος 1994, Αθήνα.

νοσοκομεία (66%), κυμαίνεται μεταξύ του αντίστοιχου των νοσοκομείων του ΕΣΥ (70%) και των ιδιωτικών νοσοκομείων (53%). (πίνακας 2.3.74.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.74. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΚΤΟΣ ΕΣΥ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1993)						
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ	ΚΛΙΝΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ	ΗΜ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΜΔΝ	ΚΑΛΥΨΗ %
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	2	114	6057	28510	4,71	69%
Κεντρικής Μακεδονίας	2	539	19.856	149.608	7,53	76%
Δυτικής Μακεδονίας	1	30	1.192	7.391	6,2	67%
Ηπείρου	1	21	958	5.656	5,9	74%
Θεσσαλίας	1	120	4.959	30.747	6,2	70%
Αττικής	12	2.740	64.350	653.299	10,15	65%
Πελοποννήσου	1	25	1.891	6.241	3,3	68%
Κρήτης	1	104	1.599	6.361	3,98	17%
Σύνολο Ελλάδας	**21**	**3.693**	**100.862**	**887.813**	**8,8**	**66%**
Πηγή : α)Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - ΚΕΣΥ (1993) "Επετηρίδα Υγείας 1993. Συγκεντρωτικά και Αναλυτικά Λειτουργικά στοιχεία Νοσοκομείων ΕΣΥ", β)Ίδιοι υπολογισμοί.						

Από την ανάλυση που προηγήθηκε σχετικά με την κατανομή των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης στην χώρα μας, διαπιστώνουμε πως η συγκέντρωση ενός μεγάλου όγκου ασθενών στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, οφείλεται εκτός από την υφιστάμενη περιφερειακή διάρθρωση των υπηρεσιών και σε δύο ακόμη παράγοντες :

α)στην απουσία συστήματος παραπομπών μέσα από το οποίο θα μπορούσε να αξιοποιηθεί η νοσοκομειακή υποδομή περιοχών που βρίσκονται κοντά σε περιοχές με ελλείψεις (π.χ. οι ασθενείς από τα Ιόνια Νησιά θα μπορούσαν να προσφεύγουν στα Ιωάννινα και την Πάτρα αντί να έρχονται κατ' ευθείαν στην Αθήνα) και

β)στην περιορισμένη ανάπτυξη μορφών νοσηλείας μιας ημέρας [245], η οποία θα μπορούσε να προσφερθεί τόσο από τα τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια νοσοκομεία, όσο και από μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κέντρα Υγείας), χωρίς να απαιτείται μετακίνηση του ασθενή στα αστικά κέντρα.

Ένα άλλο σημαντικό κεφάλαιο που συνδέεται με την ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης και του συστήματος υγείας γενικότερα, είναι αυτό του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας. Με δεδομένο μάλιστα το ότι από επιχειρησιακή άποψη, ένα σύστημα υγείας είναι εντάσεως εργασίας (labour intensive), το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι ο καθοριστικός παράγοντας λειτουργίας του, [246] αφού απορροφά και το μεγαλύτερο μέγεθος των

[245] Σχετικά με την ανάπτυξη της νοσηλείας μιας ημέρας (one day hospital care), αναφέρουμε πως η χώρα μας μαζί με την Ισπανία και την Πορτογαλία, εμφανίζουν την μικρότερη αναλογία ημερών νοσηλείας μιας ημέρας (1,1 κατά κεφαλή και σε ετήσια βάση) στην Ευρώπη. Saltman R., Figueras J. (1997) *«European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies»* p. 219-239, WHO Regional Publications, European Series, No 72, Copenhagen.

[246] Andrioti D., Christoforidou A., Kyriopoulos J. (1998) *«Health Workforce in Greece : Trends and Projections (1970-2000)»* p. 75, in Beazoglou T., Heffley D. , Kyriopoulos J. (1998) *«Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System»* FICOSSER, National School of Public Health, Exandas, Athens.

διατιθέμενων δαπανών. [247] Έτσι, ο ορθολογικός σχεδιασμός και η ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, είναι πρωταρχικός στόχος των πολιτικών υγείας και επιτυγχάνεται μέσα από τον έλεγχο της δημογραφίας και την οργάνωση της εκπαίδευσης των επαγγελμάτων υγείας, με τρόπο ο οποίος θα εξασφαλίζει τις επιθυμητές αναλογίες κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού. [248]

Τα κυριότερα προβλήματα λοιπόν που έχουν επισημανθεί τόσο στην Ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας, αφορούν [249] :

α)στις ανισορροπίες του συστήματος σχετικά με την κατανομή των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον πληθυσμό και τις ανάγκες του, καθώς και με την εσωτερική διάρθρωση των επαγγελματιών υγείας (πχ. αριθμός ιατρών και νοσηλευτών) και

β)στην χαμηλή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας, η οποία συνδέεται με την ποιότητα της εκπαίδευσης, τις συνθήκες εργασίας, και τα κίνητρα που είναι απαραίτητο να δοθούν για την στελέχωση νευραλγικών σημείων του συστήματος και την διαρκή επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας.

Στην χώρα μας, είναι εμφανής η απουσία κεντρικού σχεδιασμού στο θέμα της ανάπτυξης και αξιοποίησης των ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα τα παραπάνω προβλήματα να αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας. [250] Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, ενώ ο όγκος του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, είναι ιδιαίτερα μεγάλος σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες και αυξάνεται από το 1980 με ρυθμούς που αγγίζουν το 4% ετησίως, ο τρόπος κατανομής τους, συντηρεί τις έντονες υγειονομικές ανισότητες μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών της χώρας.

Συνεπώς, ανάλογα φαινόμενα εμφανίζονται και αναφορικά με την στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από ιατρικό δυναμικό, αφού θεωρείται πλέον δεδομένη η αδιαφορία του ιατρικού σώματος να στελεχώσει τα επαρχιακά νοσοκομεία. [251] Έτσι, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (2.3.75.), ο αριθμός των ιατρών που υπηρετούν στα δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας το 1993, έχει αυξηθεί κατά 49,73% σε σχέση με το 1981, με την αύξηση να είναι περισσότερο θεαματική στις περιφέρειες όπου λειτουργούν ιατρικές σχολές και πανεπιστημιακές κλινικές, γεγονός που

---

[247] Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται γύρω στο 70% των συνολικών δαπανών υγείας Βλ. Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. (1995) *«Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού»* σελ. 83-84, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

[248] Saltman R., Figueras J. (1997) *«European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies»* p. 239, WHO Regional Publications, European Series, No 72, Copenhagen.

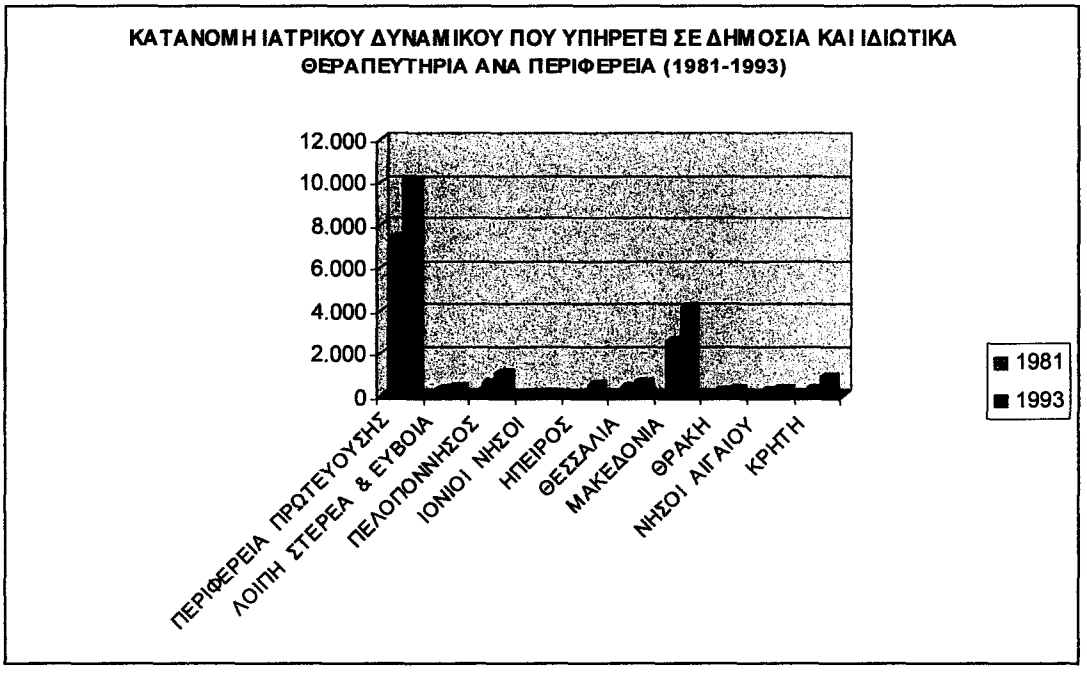
[249] WHO (1993) *«Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Eight report on the world health situation»* p. 93-94, vol. 1 . Global review, Geneva.

[250] Ανδριώτη Δ. , Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Το Ανθρώπινο Δυναμικό του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 47, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 3, Μάιος – Ιούνιος 1995, Αθήνα.

[251] Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 39, Εξάντας, Αθήνα.

αποδεικνύει την άμεση συσχέτιση της οργάνωσης του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης, με την αξιοποίηση του ιατρικού δυναμικού.[252]

ΠΙΝΑΚΑΣ2.3.75. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΑΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981-1993)					
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**1981**	**% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ**	**1993**	**% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ**	**% ΜΕΤΑΒΟΛΗ**
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ	7.433	60,19%	10.038	54,28%	35,05%
ΛΟΙΠΗ ΣΤΕΡΕΑ & ΕΥΒΟΙΑ	310	2,51%	463	2,50%	49,35%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	620	5,02%	1.057	5,72%	70,48%
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	116	0,94%	179	0,97%	54,31%
ΗΠΕΙΡΟΣ	169	1,37%	527	2,85%	211,83%
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	395	3,20%	582	3,15%	47,34%
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	2.526	20,45%	4.115	22,25%	62,91%
ΘΡΑΚΗ	226	1,83%	315	1,70%	39,38%
ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	219	1,77%	352	1,90%	60,73%
ΚΡΗΤΗ	336	2,72%	864	4,67%	157,14%
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	**12.350**	**100,00%**	**18.492**	**100,00%**	**49,73%**
*χωρίς τους ιατρούς των Νευροψυχιατρικών Θεραπευτηρίων					
ΠΗΓΗ : α)ΕΣΥΕ (1981-1993) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", β)Ίδιοι υπολογισμοί.					



Συγκεκριμένα, η αύξηση του αριθμού των νοσοκομειακών ιατρών, είναι μεγαλύτερη στις περιφέρειες της Ηπείρου (211,83%), της Κρήτης (157,14%) και της Πελοποννήσου (70,48%), ενώ η μικρότερη αύξηση παρατηρείται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας (35,05%). Παρά το γεγονός αυτό όμως, ποσοστό μεγαλύτερο από το 70% περίπου του συνόλου των νοσοκομειακών ιατρών,

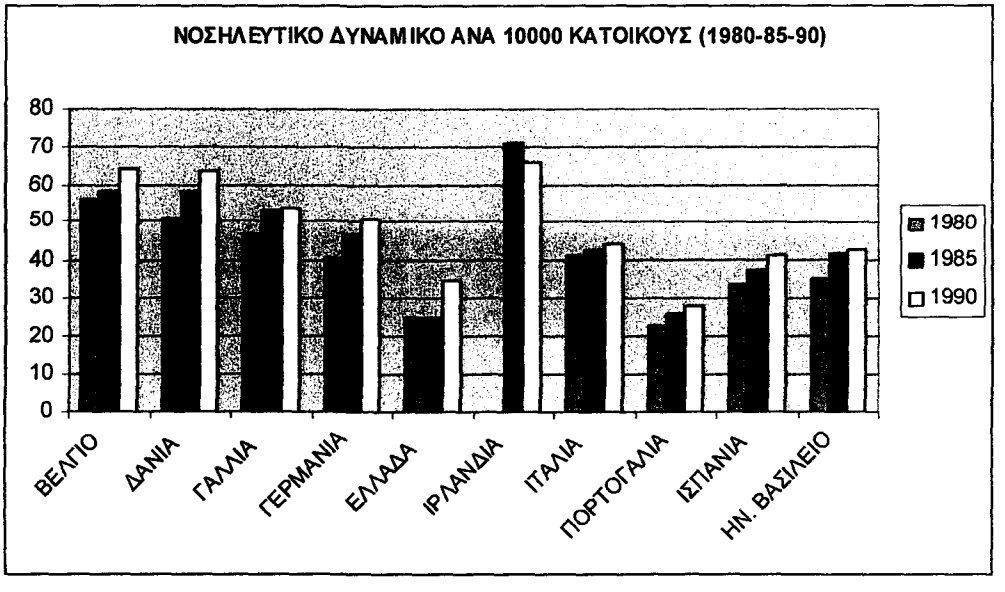
[252] Σύμφωνα με τους Folland, Goodman και Stano, οι βασικές παράμετροι του σχεδιασμού για την αξιοποίηση του ιατρικού δυναμικού, οι οποίες μάλιστα είναι άμεσα συνδεδεμένες μεταξύ τους, είναι : α)η οργάνωση του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης, β)το καθεστώς χορήγησης αδειών άσκησης επαγγέλματος στους ιατρούς, γ)ο καθορισμός του συστήματος αμοιβών και δ)η γεωγραφική κατανομή του ιατρικού σώματος. Βλ. Folland S. , Goodman A. , Stano M. (1997) *«The Economics of Health and Health Care»* p. 363-364, Prentice Hall, New Jersey.

εξακολουθεί να εργάζεται στα νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, δείχνοντας την μεγάλη συγκέντρωση των ιατρών στις περιοχές στις οποίες υπάρχει αντίστοιχη συγκέντρωση της υλικοτεχνικής υποδομής.[253]

Αντίστοιχη αύξηση παρατηρούμε και στο νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τα νοσοκομεία της χώρας μας, με την διαφορά όμως ότι οι ρυθμοί αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο σύνολό του, είναι αργοί σε σχέση με τους αντίστοιχους άλλων ευρωπαϊκών χωρών, ιδιαίτερα για τους διπλωματούχους νοσηλευτές / τριες. Έτσι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του πίνακα 2.3.76., η αναλογία νοσηλευτικού δυναμικού (με διετή τουλάχιστον εκπαίδευση) και κατοίκων (10.000) είναι - παρά την αύξηση από 24,47 το 1980 σε 34,31 το 1990 - από τις χαμηλότερες της Ευρώπης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.76. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ* ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (ΕΥΡΩΠΗ 1980-1990)

	1980	1985	1990
ΒΕΛΓΙΟ	56,31	58,34	64,41
ΔΑΝΙΑ	50,74	58,45	64,03
ΓΑΛΛΙΑ	46,3	53,34	53,67
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	40,37	46,69	50,69
ΕΛΛΑΔΑ	24,47	24,66	34,31
ΙΡΛΑΝΔΙΑ		71,36	66,02
ΙΤΑΛΙΑ	40,94	42,1	43,81
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	22,55	25,58	27,84
ΙΣΠΑΝΙΑ	33,52	37,3	40,68
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	35,14	41,35	42,48
*με 2ετή τουλάχιστον εκπαίδευση			
Πηγή : OECD (1998) "Health Data", Paris.			



Όπως έχουμε ήδη επισημάνει στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα παραπάνω στοιχεία του ΟΟΣΑ, ελέγχονται ως ανακριβή, επειδή αναφέρονται μόνο σε άτομα με 2ετή τουλάχιστον εκπαίδευση και συνεπώς μειώνουν τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού στην χώρα μας, κατά τον αριθμό των πρακτικών, οι

[253] Phelps C. (1997) *«Health Economics»* p.220-226, Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.

οποίες ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 1993 αποτελούσαν το 19,4% του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετούσε στα νοσοκομεία της χώρας. [254] Το πρόβλημα της άνισης περιφερειακής κατανομής και του χαμηλού ποσοστού των κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών / τριών στην Ελλάδα, είναι εμφανές στον πίνακα 2.3.77., όπου κατ' αρχήν διαπιστώνουμε μια συγκέντρωση του μισού περίπου νοσηλευτικού δυναμικού στα θεραπευτήρια της πρωτεύουσας, κάτι βέβαια αναμενόμενο, λόγω της αντίστοιχης συγκέντρωσης των ιατρών, των κλινών και της υλικοτεχνικής υποδομής. [255]

Όσο αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού δυναμικού, διαπιστώνουμε πως οι διπλωματούχοι νοσηλευτές / τριες αποτελούν περίπου το 1/3 του συνολικού δυναμικού που στελεχώνει τα νοσοκομεία της χώρας, ενώ ο μεγάλος αριθμός των πρακτικών - ο οποίος δεν παρατηρείται σε καμία άλλη χώρα - οφείλεται κυρίως αντίστοιχου εκπαιδευμένου προσωπικού με αναγνωρισμένο τίτλο σπουδών. Ο αριθμός πάντως των πρακτικών αρχίζει να μειώνεται μετά το 1986, [256] γεγονός που ίσως να οφείλεται στο ότι οι θέσεις τους ήταν προσωποπαγείς και προοδευτικά καταργούνται. [257]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.77. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1993)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Νοσηλευτές 3 και 4 έτη	Βοηθοί νοσηλευτές 1 ή 2 έτη	Πρακτικοί νοσηλευτές, νοσηλεύτριες	Επισκέπτριες	Μαίες	ΣΥΝΟΛΟ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	5.104	5.228	4.182	118	647	15.279
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	281	402	322	32	54	1.091
Πελοπόννησος	770	1.166	468	36	129	2.569
Ιόνιοι Νήσοι	123	220	57	4	30	434
Ήπειρος	420	735	76	20	82	1.333
Θεσσαλία	432	581	384	22	71	1.490
Μακεδονία	2.457	3.369	766	62	670	7.324
Θράκη	258	399	29	13	46	745
Νήσοι Αιγαίου	172	271	580	6	53	1.082
Κρήτη	613	649	369	32	134	1.797
ΣΥΝΟΛΟ	**10.630**	**13.020**	**7.233**	**345**	**1.916**	**33.144**

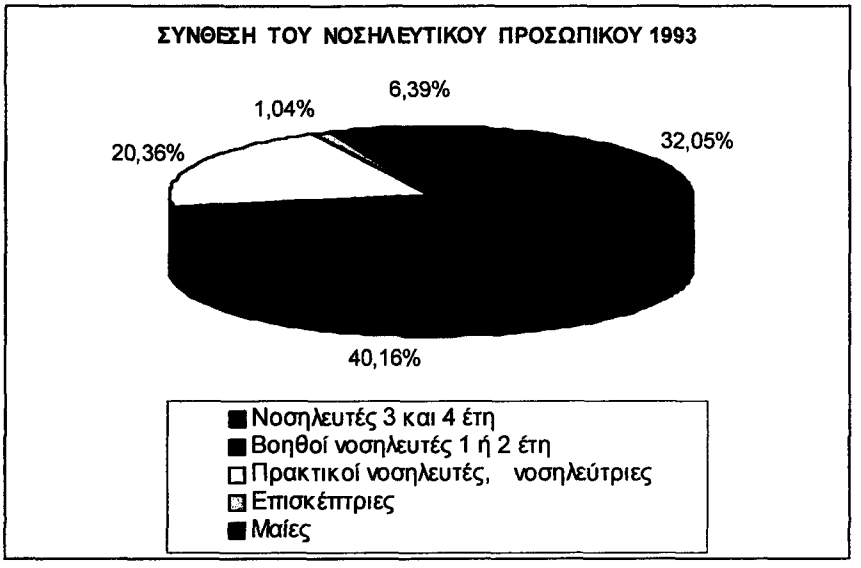
Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1993) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", β)Ίδιοι υπολογισμοί.

[254] Σημειώνουμε, ότι ακόμη και με την προσθήκη των πρακτικών, η αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους κατοίκους της χώρας μας, παραμένει στις χαμηλότερες θέσεις σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.

[255] Σημειώνουμε πως μια από τις διαφορές της νοσηλευτικής από την ιατρική, είναι το γεγονός ότι η παροχή εξαρτημένης εργασίας από τους νοσηλευτές / τριες, έχει σαν επακόλουθο τα αριθμητικά μεγέθη, η γεωγραφική κατανομή και η απορρόφησή τους, να εξαρτάται από την οργάνωση τόυ συστήματος υγείας. Ανδριώτη Δ. (1998) *«Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 63, Εξάντας, Αθήνα.

[256] Ο αριθμός των πρακτικών αυξανόταν συνεχώς μέχρι το 1986, όπου έφτασε να αποτελεί το 42,5% του συνολικού νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων (11.101 πρακτικές / συνολικό νοσηλευτικό δυναμικό των νοσοκομείων της χώρας : 26.108).

[257] Ανδριώτη Δ. , Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Το Ανθρώπινο Δυναμικό του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 50, Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 3, Μάιος – Ιούνιος 1995, Αθήνα.



Το πρόβλημα λοιπόν της στελέχωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας από νοσηλευτικό προσωπικό είναι τόσο ποσοτικό όσο και ποιοτικό, αφού υπάρχει αριθμητική έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού, κακή σύνθεση και ανισοκατανομή, η οποία ακολουθεί τον γενικότερο υδροκεφαλισμό των υπηρεσιών υγείας στα αστικά κέντρα. Ενδεικτικά, αναφέρουμε σχετική μελέτη που εκπονήθηκε από το 1992 έως το 1994, για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας, η οποία κατέληξε σε αποτελέσματα (πίνακας 2.3.78.) που αντανακλούν το πρόβλημα της αδυναμίας τροφοδότησης του συστήματος με κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός βέβαια το οποίο επιβαρύνει τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά το παραγόμενο αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας. [258]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.78. ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	
Περιφέρεια Πρωτευούσης	1.400
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	6.300
Πελοπόννησος	600
Ιόνιοι Νήσοι	800
Ήπειρος	2.900
Θεσσαλία	1.200
Μακεδονία	5.800
Θράκη	3.800
Νήσοι Αιγαίου	1.800
Κρήτη	1.400
ΣΥΝΟΛΟ	**26.000**
*οι εκτιμήσεις αφορούν στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας.Το νοσηλευτικό προσωπικό που απαιτείται επιπλέον για την επαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων, υπολογίζεται στις 44.000 για τις κλίνες οξείας νοσηλείας και στις 7.000 για τις κλίνες ήπιας νοσηλείας.	
Πηγή : Κατοστάρας Φ. (1994) "Νοσηλευτικό Δυναμικό στην Ελλάδα.Παρούσα κατάσταση και Προοπτικές"σελ. 47-48, στο Σαπουντζή Δ., Συμεωνίδου Χ.,επιμ. (1994) "Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και Προοπτικές" , Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.	

[258] Gitona M., Margaritidou V., Kyriopoulos J. (1998) *«Nursing Manpower Requirements in Greece : The Case of Private Non-Qualified Nurses»* p. 229-230, in Beazoglou T., Heffley D. , Kyriopoulos J. (1998) *«Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System»* FICOSSER, National School of Public Health, Exandas, Athens.

Όσο αφορά στις άλλες κατηγορίες προσωπικού που στελεχώνουν τα νοσοκομεία της χώρας μας (παραϊατρικό, διοικητικό, τεχνικό κλπ), παρατηρούμε εξίσου μεγάλες ανισότητες στην κατανομή τους στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας (πίνακες 2.3.79, 2.3.80, 2.3.81.). Σημειώνουμε, ότι το παραϊατρικό προσωπικό αποτελεί το 5,7% του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας, ενώ το ίδιο ποσοστό για το διοικητικό και τεχνικό προσωπικό είναι 5,8% και 15,6% αντίστοιχα. [259]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.79. ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΣΥ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	240	4	**244**	4,28
Κεντρικής Μακεδονίας	810	113	**923**	5,40
Δυτικής Μακεδονίας	73	9	**82**	2,80
Ηπείρου	167		**167**	4,92
Θεσσαλίας	153	20	**173**	2,35
Ιονίων Νήσων	68	5	**73**	3,77
Δυτικής Ελλάδας	310	7	**317**	4,48
Στερεάς Ελλαδας	91	1	**92**	1,58
Αττικής	2.416	346	**2.762**	8,49
Πελοποννήσου	144	2	**146**	2,40
Βορείου Αιγαίου	65		**65**	3,26
Νοτίου Αιγαίου	64		**64**	2,49
Κρήτης	305	4	**309**	5,72
Σύνολο Ελλάδας	**4.906**	**511**	**5.417**	**5,42**

Πηγή : α)Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994) "Ανθρώπινο Δυναμικό" σελ. 228, στο ΥΥΠΚΑ(1994) "Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας" Ιούνιος 1994, Αθήνα, β)Ιδιοι υπολογισμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.80. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (1992)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΣΥ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	231	4	**235**	4,12
Κεντρικής Μακεδονίας	888	144	**1.032**	6,03
Δυτικής Μακεδονίας	99	12	**111**	3,79
Ηπείρου	243	3	**246**	7,24
Θεσσαλίας	189	38	**227**	3,09
Ιονίων Νήσων	102	6	**108**	5,57
Δυτικής Ελλάδας	344	11	**355**	5,02
Στερεάς Ελλαδας	134	6	**140**	2,40
Αττικής	3.316	713	**4.029**	12,38
Πελοποννήσου	212	2	**214**	3,52
Βορείου Αιγαίου	86	5	**91**	4,57
Νοτίου Αιγαίου	131	1	**132**	5,13
Κρήτης	423	20	**443**	8,20
Σύνολο Ελλάδας	**6.398**	**965**	**7.363**	**7,37**

Πηγή : α)Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994) "Ανθρώπινο Δυναμικό" σελ. 231, στο ΥΥΠΚΑ(1994) "Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας" Ιούνιος 1994, Αθήνα, β)Ιδιοι υπολογισμοί.

[259] Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994) *«Ανθρώπινο Δυναμικό»* σελ. 226-227, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Ιούνιος 1994, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.81. ΛΟΙΠΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ * ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (1992)				
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΣΥ**	**ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**	**ΣΥΝΟΛΟ**	**ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	721	53	**774**	13,57
Κεντρικής Μακεδονίας	2.653	392	**3.045**	17,80
Δυτικής Μακεδονίας	257	53	**310**	10,58
Ηπείρου	646	14	**660**	19,43
Θεσσαλίας	549	160	**709**	9,65
Ιονίων Νήσων	278	21	**299**	15,43
Δυτικής Ελλάδας	895	39	**934**	13,20
Στερεάς Ελλαδας	442	22	**464**	7,97
Αττικής	7.637	1.372	**9.009**	27,69
Πελοποννήσου	706	19	**725**	11,94
Βορείου Αιγαίου	243	12	**255**	12,80
Νοτίου Αιγαίου	150	12	**162**	6,29
Κρήτης	1.107	56	**1.163**	21,53
Σύνολο Ελλάδας	**16.284**	**2.225**	**18.509**	**18,53**
* *τεχνικοί, καθαρίστριες, μάγειροι κλπ.*				
Πηγή : α)Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994) "Ανθρώπινο Δυναμικό" σελ. 232, στο ΥΥΠΚΑ(1994) "Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας" Ιούνιος 1994, Αθήνα, β)Ιδιοι υπολογισμοί.				

Επιπρόσθετα αναφέρουμε, πως το 67,7% του παραϊατρικού προσωπικού της χώρας απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία και το 6,6% στα ιδιωτικά, ενώ για τις υπόλοιπες κατηγορίες τα ποσοστά αυτά είναι για το μεν διοικητικό προσωπικό 80% και 12,18% αντίστοιχα, ενώ για το λοιπό προσωπικό (τεχνικοί, καθαρίστριες κλπ) τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 81,35% απασχολούμενων στα δημόσια και 10,56% στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όσο αφορά στην περιφερειακή τους κατανομή, αναφέρουμε ενδεικτικά πως στα νοσοκομεία της Αθήνας απασχολούνται το 50,98% του παραϊατρικού, το 54,71% του διοικητικού και το 48,67% του λοιπού υγειονομικού προσωπικού που στελεχώνουν τα νοσοκομεία της χώρας.

Τελειώνοντας την ανάλυση της περιφερειακής διάρθρωσης των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης στην χώρας μας μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, σημειώνουμε πως η συνολική απασχόληση αυξήθηκε κατά 60% περίπου - με την αύξηση των ιατρών να ξεπερνά το 50% - μέγεθος όμως το οποίο με δεδομένη την μείωση των διαθέσιμων κλινών θεωρείται ακόμη μεγαλύτερο. Έτσι, με δεδομένες τις διακυμάνσεις των άλλων μεταβλητών (δημόσιοι υγειονομικοί πόροι, κλίνες κλπ), διαπιστώνουμε πως τα κυριότερα προβλήματα του νοσοκομειακού τομέα, συνίστανται στην συσχέτιση μεταξύ των πόρων υγείας (πίνακας 2.3.82.) και βέβαια στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού. Άλλωστε όπως ήδη έχει τονιστεί, απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι η αναδιοργάνωση και αναβάθμιση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Αποτιμώντας πάντως την γενικότερη περιφερειακή διάσταση της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, διαπιστώνουμε πως η δημιουργία των Κέντρων Υγείας, η αύξηση των κλινών των δημοσίων νοσοκομείων και οι γενικές αυξητικές τάσεις που παρατηρήθηκαν κατά την υπό εξέταση περίοδο για όλες τις κατηγορίες του προσωπικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας, συνέβαλαν στην μείωση των χωρικών υγειονομικών ανισοτήτων ως προς την δυνατότητα της πρόσβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.82. ΓΙΑΤΡΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ* ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (1992)						
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΓΙΑΤΡΟΙ / ΚΛΙΝΗ		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ / ΚΛΙΝΗ		ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ / ΚΛΙΝΗ	
	ΔΗΜΟΣΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ	ΔΗΜΟΣΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ	ΔΗΜΟΣΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	0,38	0,11	1,06	0,22	0,86	0,15
Κεντρικής Μακεδονίας	0,59	0,14	0,98	0,26	0,78	0,20
Δυτικής Μακεδονίας	0,24	0,13	0,89	0,15	0,74	0,10
Ηπείρου	0,52	0,11	1,41	0,23	1,10	0,11
Θεσσαλίας	0,49	0,12	1,16	0,23	0,89	0,17
Ιονίων Νήσων	0,26	0,33	0,77	0,38	0,74	0,41
Δυτικής Ελλάδας	0,52	0,15	1,23	0,21	1,07	0,13
Στερεάς Ελλαδας	0,32	0,06	0,82	0,13	0,86	0,09
Αττικής	0,64	0,27	1,03	0,41	1,10	0,37
Πελοποννήσου	0,29	0,14	0,88	0,18	0,76	0,11
Βορείου Αιγαίου	0,29	0,21	0,77	0,29	0,84	0,19
Νοτίου Αιγαίου	0,28	0,20	0,70	0,13	0,44	0,33
Κρήτης	0,46	0,10	0,95	0,20	0,95	0,14
Σύνολο Ελλάδας	**0,52**	**0,20**	**1,01**	**0,32**	**0,96**	**0,27**
* Τα στοιχεία αφορούν στο 1990.						
Πηγή : α)Δερβένης Χ. , Πολύζος Ν. (1995) "Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού" σελ. 34, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.						

Ανεξάρτητα όμως από την βελτίωση αυτή, η διατήρηση της υπερσυγκέντρωσης των υγειονομικών πόρων στα αστικά κέντρα έχει σαν συνέπεια την πλημμελή κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού των άλλων περιοχών, ενώ η γενικότερη εικόνα που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες υγείας σήμερα στις περισσότερες περιοχές της χώρα μας, υπολείπεται σημαντικά εκείνης που εκφράζει το αποδεκτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Για την εξαγωγή όμως περισσότερο τεκμηριωμένων συμπερασμάτων σχετικά με την αξιολόγηση της περιφερειακής πολιτικής υγείας του ΕΣΥ, οφείλουμε να ερευνήσουμε και την εξέλιξη των δεικτών υγείας του πληθυσμού των περιφερειών. Η αλλιώς, να διαπιστώσουμε το κατά πόσο η προσπάθεια για ισόρροπη κατανομή των υγειονομικών πόρων και για εξασφάλιση ίσης δυνατότητας προσφυγής του πληθυσμού σε επαρκείς και ποιοτικές υπηρεσίες, έλαβε υπόψη της τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, όπως αυτές καθορίζονται με βάση το επιδημιολογικό πρότυπο και τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

3.7. Το επίπεδο υγείας του Ελληνικού πληθυσμού, μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει σε άλλο τμήμα του κεφαλαίου, οι δημογραφικές εξελίξεις στην Ευρώπη από τις αρχές της δεκαετίας του '80, συνοψίζονται στην πτώση της γεννητικότητας και της θνησιμότητας, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και συνεπώς στην σταδιακή γήρανση του πληθυσμού. [260] Ανάλογες ήταν και οι εξελίξεις στην Ελλάδα, όπου η πληθυσμιακή διάρθρωση όπως διαμορφώθηκε στην δεκαετία 1981-1991 από την μείωση του αριθμού των γεννήσεων και την αύξηση του προσδόκιμου

[260] Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) *«Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη»* σελ. 35-38, Λουξεμβούργο.

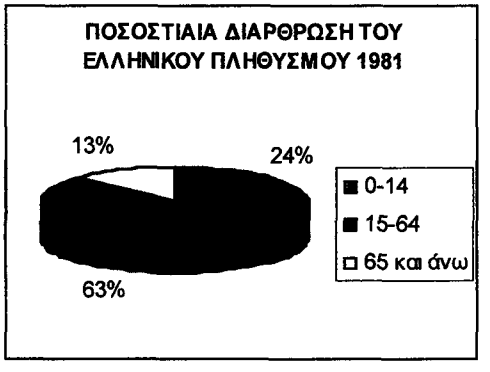
επιβίωσης, χαρακτηρίζεται από το σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού (πίνακας 2.3.83.).

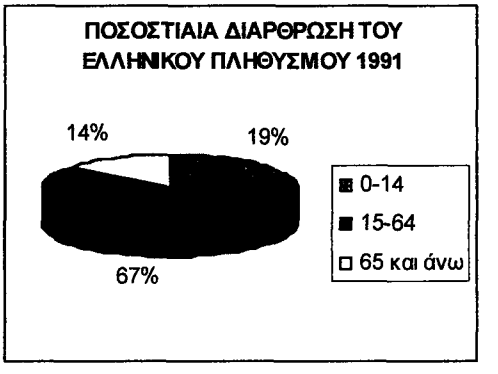
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.83. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ (1981-1991)

ΕΤΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ			ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ*
		0-14	15-64	65 και άνω	
1981	9.739.589	24	63	13	54,2
1991	10.259.900	19	67	14	73,6

*αριθμός ηλικιωμένων 65 ετών και άνω, ανά 100 παιδιά 0-14 ετών.

Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1983-1993) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα", β)Ίδιοι υπολογισμοί.





Εκτιμώντας λοιπόν το κατά πόσο η ακολουθούμενη πολιτική υγείας συνέβαλε στην μείωση των ανισοτήτων [261] γύρω από την νοσηρότητα και την θνησιμότητα του πληθυσμού των περιφερειών της χώρας, είναι χρήσιμο να μελετήσουμε τα δημογραφικά δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού μετά το 1980, στο βαθμό που αυτά προσδιορίζουν τις υγειονομικές ανάγκες των ατόμων. Σημειώνουμε βέβαια πως είναι εξαιρετικά δύσκολο να συνδέσουμε το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, όμως η αξιολόγηση μιας περιφερειακής πολιτικής υγείας δεν θα μπορούσε να μην λάβει υπόψη της, τον βαθμό επίτευξης του γενικότερου στόχου ο οποίος παραμένει η βελτίωση της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού.

Ξεκινώντας λοιπόν την προσέγγιση της δημογραφικής σύνθεσης του ελληνικού πληθυσμού από τις αρχές της δεκαετίας του '80, διαπιστώνουμε για το διάστημα 1981-1991, μια σταθεροποίηση της αναλογίας μεταξύ αστικού, ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού (πίνακας 2.3.84.), η οποία οφείλεται στην μείωση της φυσικής του αύξησης και των μεταναστευτικών ρευμάτων, [262] καθώς και στην προϋπάρχουσα από το 1981 υψηλή συγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα (ποσοστό 58,1%).

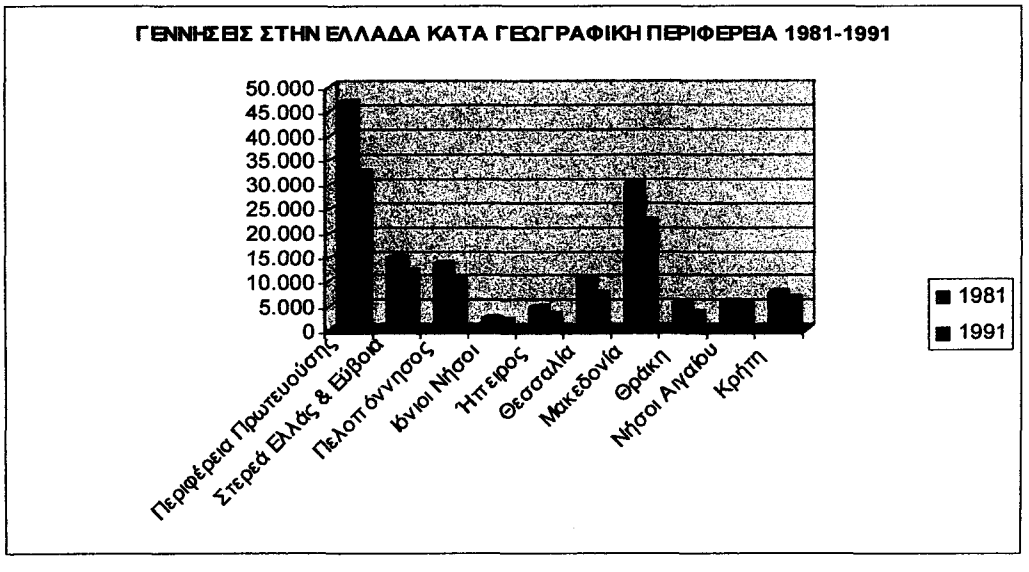
[261] Όπως επισημάναμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, μεταξύ 1960 και 1980 παρατηρούνται έντονες διαφοροποιήσεις στους δείκτες υγείας του πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο, ενώ το γενικότερο υγειονομικό προφίλ του ελληνικού πληθυσμού, θεωρείται σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες ικανοποιητικό.

[262] Δρεττάκης Μ. (1996) *«Δημογραφικές Εξελίξεις στην Ελλάδα 1961 – 1990»* σελ. 23-27, Ίδρυμα Αντιμετώπισης Δημογραφικού Προβλήματος, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.84. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΣΤΙΚΟΥ, ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1981-1991)			
ΕΤΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ	ΑΣΤΙΚΟΣ	ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΣ	ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ
1981	58,1	11,6	30,3
1991	58,9	12,8	28,3
Πηγή : ΕΣΥΕ (1983-1993) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα".			

Όσο αφορά στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού (πίνακας 2.3.83.), παρατηρούμε κατά την δεκαετία 1981-1991 και σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό, μια μείωση της τάξης των 5 ποσοστιαίων μονάδων στις ηλικίες 0-14 ετών, ενώ οι ηλικιακές ομάδες 15-64 και 65 ετών και άνω, σημειώνουν αύξηση κατά 4 και 1 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα. Η εξέλιξη αυτή, αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην μείωση του αριθμού των γεννήσεων (πίνακας 2.3.85.), η οποία είναι περισσότερο έντονη στις περιφέρειες της Θράκης, της Αθήνας, και της Θεσσαλίας, ενώ την χαμηλότερη μείωση στις γεννήσεις, την παρουσιάζει η περιφέρεια της Κρήτης. [263]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.85. ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1981-1991			
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981	1991	% ΜΕΤΑΒΟΛΗ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	46.669	32.253	-30,89
Στερεά Ελλάς & Εύβοια	14.722	11.672	-20,72
Πελοπόννησος	13.536	9.962	-26,40
Ιόνιοι Νήσοι	2.232	1.787	-19,94
Ήπειρος	4.589	2.914	-36,50
Θεσσαλία	10.194	7.230	-29,08
Μακεδονία	30.289	22.404	-26,03
Θράκη	5.349	3.314	-38,04
Νήσοι Αιγαίου	5.769	4.701	-18,51
Κρήτη	7.471	6.225	-16,68
ΣΥΝΟΛΟ	**140.820**	**102.462**	**-27,24**
Πηγή : ΕΣΥΕ (1982-1992) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα".			



[263] Για μια αναλυτική παρουσίαση των μεταβολών του πληθυσμού της Ελλάδας σε περιφερειακό επίπεδο, βλ. Βασιλόπουλος Γ., Μπίλα Α. (1995) *«Περιφερειακές Ανισότητες και Πολιτικές Περιφερειακής Ανάπτυξης στην Ελλάδα»* σελ. 81-98, Κέντρο Έρευνας Περιφερειακής Αναπτύξεως «Ιερώνυμος Πίντος», Αθήνα.

Πιο αντιπροσωπευτικός βέβαια τρόπος απεικόνισης της μείωσης των γεννήσεων σε περιφερειακό επίπεδο, θεωρείται ο αδρός δείκτης γεννητικότητας [264] (πίνακας 2.3.86.), από την μελέτη του οποίου διαπιστώνουμε για το υπό εξέταση διάστημα, μια σημαντική μείωση του ποσοστού των γεννήσεων σε όλες της περιφέρειες. Το γεγονός της χαμηλής γεννητικότητας στην χώρα μας, συνδέεται με μια σειρά από παράγοντες, [265] ενώ είναι πιο έντονο στις περιφέρειες της Ηπείρου, της Πελοποννήσου, των Ιονίων Νήσων και της Λοιπής Στερεάς. Αντίθετα, ο υψηλότερος δείκτης γεννητικότητας παρατηρείται στην περιφέρεια της Κρήτης. Σημειώνουμε ακόμη, πως η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με τους χαμηλότερους δείκτες γεννητικότητας, γεγονός που σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης καθιστά ακόμη πιο έντονο το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού στη χώρα μας. [266]

Τα δημογραφικά δεδομένα που παραθέσαμε, αντανακλούν την σύνθεση και τον βαθμό ανανέωσης του πληθυσμού, ενώ όπως διαπιστώσαμε συνδράμουν στην διαμόρφωση μιας εξαιρετικά άνισης γεωγραφικής κατανομής, μεταξύ «κέντρου» και «περιφέρειας». Όπως θα δείξουμε όμως παρακάτω, αντίστοιχες ανισότητες παρατηρούνται και στην διακύμανση των δεικτών υγείας στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, κυρίως λόγω του δημογραφικού προφίλ του πληθυσμού, αλλά και σε μικρότερο βαθμό λόγω των σημαντικών κενών στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο.

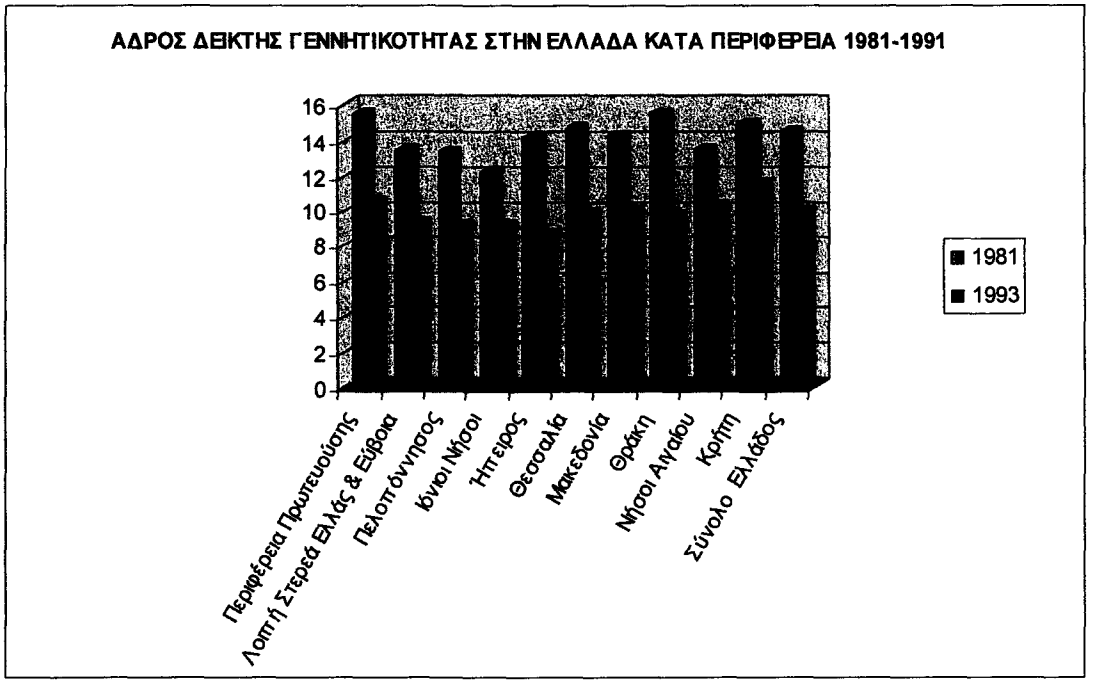
---

[264] Ο αδρός δείκτης γεννητικότητας, αποτελεί την απλούστερη και την πλέον ευρεία σε χρήση μέτρηση της γεννητικότητας και εκφράζει την αναλογία των γεννήσεων εντός ενός ημερολογιακού έτους, σε 1.000 κατοίκους του πληθυσμού. Σημειώνουμε πως ο δείκτης αυτός είναι πολύ γενικός διότι αναφέρεται στον συνολικό πληθυσμό και όχι στις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, από την άλλη όμως πλεονεκτεί, λόγω της υψηλής διαθεσιμότητας των στοιχείων που απαιτούνται για τον υπολογισμό του σε περιφερειακό επίπεδο. Βλ. Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. (1992) *«Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός»* σελ. 73-74, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

[265] Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων στην χώρα μας κατά την δεκαετία 1981-1991, οφείλεται κατά κύριο λόγο στις δυσμενείς οικονομικές εξελίξεις, στις σημαντικές ελλείψεις της κρατικής φροντίδας για την οικογένεια, στην άνοδο του μορφωτικού επιπέδου και στην είσοδο ολοένα και μεγαλύτερου αριθμού γυναικών, στην αγορά εργασίας. Σε ορισμένες περιφέρειες πάντως, η μείωση των γεννήσεων συνδέεται με την αύξηση της μέσης ηλικίας και την γενικότερη δημογραφική τους αποδυνάμωση, η οποία ήταν αποτέλεσμα της υψηλής μετανάστευσης των προηγούμενων ετών και της απορρόφησης κυρίως των παραγωγικών ηλικιών. Κανελλοπούλου Κ. (1994) *«Ανθρώπινοι πόροι : Πληθυσμός, αγορά εργασίας, εκπαίδευση»* σελ. 37-38, ΚΕΠΕ, Αθήνα. Ένας άλλος παράγοντας που συνδέεται με την μείωση της γεννητικότητας στην Ελλάδα είναι ο υψηλός αριθμός των προκλητών εκτρώσεων, οι οποίες όμως συνιστούν περισσότερο τρόπο περιορισμού των γεννήσεων και λιγότερο αιτία. Συμεωνίδου Χ. (1985) *«Εξέλιξη της Γονιμότητας στην Ελλάδα. Επιπτώσεις»* σελ. 31-36, στο Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών (1985) *«Η Δημογραφική Κρίση στην Ελλάδα. Εθνικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις»* Δημογραφική Ημερίδα, 29 Νοεμβρίου 1984, Αθήνα.

[266] Αναφέρουμε ότι η Ελλάδα ανήκει στις 6 πιο γηρασμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εμφανίζει τον ταχύτερο ρυθμό γήρανσης του πληθυσμού. Έμκε - Πουλοπούλου (1985) «Η Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα και οι Επιπτώσεις της (1951-1981)» σελ. 119-135, στο Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών (1985) *«Η Δημογραφική Κρίση στην Ελλάδα. Εθνικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις»* Δημογραφική Ημερίδα, 29 Νοεμβρίου 1984, Αθήνα. Αναλυτικότερα για την δημογραφική γήρανση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βλ. Συμεωνίδου Χ. (1993) *«Δημογραφική Γήρανση και Φροντίδα για τους Ηλικιωμένους στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΟΚ»* σελ. 93-105, στο Κοτζαμάνης Β., Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Τεπέρογλου Α., Τζωρτζοπούλου Μ. επιμ. (1996) *«Γήρανση και Κοινωνία»* Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου, ΕΕΚΕ, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.86. ΑΔΡΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ* ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981-1991)		
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**1981**	**1991**
Περιφέρεια Πρωτευούσης	15,42	10,5
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	13,39	9,26
Πελοπόννησος	13,37	9,17
Ιόνιοι Νήσοι	12,22	9,22
Ήπειρος	14,14	8,58
Θεσσαλία	14,65	9,84
Μακεδονία	14,27	10,02
Θράκη	15,49	9,8
Νήσοι Αιγαίου	13,46	10,29
Κρήτη	14,88	11,53
Σύνολο Ελλάδος	**14,46**	**9,99**
*αναλογία των γεννήσεων του έτους σε 1000 κατοίκους του πληθυσμού.		
Πηγή : α) ΕΣΥΕ (1982-1992) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα", β)Ίδιοι υπολογισμοί.		



Συγκεκριμένα, από την μελέτη της εξέλιξης του αδρού δείκτη θνησιμότητας [267] (πίνακας 2.3.87.) με τον οποίο απεικονίζεται η φθορά του πληθυσμού,

[267] Με τον μη προτυποποιημένο αδρό δείκτη θνησιμότητας, μετράμε την συχνότητα των θανάτων σε έναν πληθυσμό, η οποία μπορεί περαιτέρω να εξειδικευθεί κατά αιτία θανάτου, φύλο, ηλικιακή ομάδα κλπ. Θεωρείται όμως πολύ γενικός σαν δείκτης, επειδή εξομοιώνει την θνησιμότητα μεταξύ των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων και συνεπώς ενδείκνυται για την μελέτη των διακυμάνσεων στην θνησιμότητα του πληθυσμού για μικρό χρονικό διάστημα. Από την άλλη Παπαευαγγέλου Γ. , Τσίμπος Κ. (1992) *«Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός»* σελ. 17-24 Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα. Σημειώνουμε ακόμη, πως πολλές φορές - όπως και στην περίπτωση της χώρας μας - ο αδρός δείκτης θνησιμότητας παρουσιάζει μια μικρή πλασματική αύξηση, η οποία οφείλεται στην μεταβολή της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού και ειδικότερα στην αύξηση της αναλογίας ατόμων μεγάλης ηλικίας. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι προτιμότερη η χρησιμοποίηση του προτυποποιημένου ως προς την ηλικία, αδρού δείκτη θνησιμότητας. Βλ. Ρουμελιώτου Α., Νεστορίδου Α., Γεωργακοπούλου Θ., Ανδριώτη Δ. (1994) *«Δημογραφικές εξελίξεις και οικογένεια»* σελ. 39-43, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε.,

διαπιστώνουμε κατ' αρχήν μεταξύ 1981 και 1991, μια μικρή αύξηση της αναλογίας των θανάτων σε σχέση με τον πληθυσμό, η οποία κυρίως οφείλεται στην μείωση της γεννητικότητας (από 14,46 σε 9,99 για 1000 κατοίκους), σε συνδυασμό με την γήρανση του πληθυσμού.[268]

Από την άλλη, οι διαπεριφερειακές ανισότητες στον δείκτη θνησιμότητας είναι σημαντικές, με την μεγαλύτερη επιβάρυνση να παρατηρείται στις περιφέρειες των Ιονίων Νήσων και των Νήσων Αιγαίου. Με δεδομένη μάλιστα την γενικότερη υστέρηση των περιφερειών αυτών ως προς το επίπεδο διαβίωσης και εκπαίδευσης, καθώς και σε σχέση με την ανάπτυξη του παραγωγικού μηχανισμού,[269] συμπεραίνουμε πως επιβεβαιώνεται η άποψη σχετικά με την επίδραση του ευρύτερου κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος, στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.[270]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.87. ΑΔΡΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ* ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981-1993)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981	1993
Περιφέρεια Πρωτευούσης	7.9	8,65
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	8.82	8.94
Πελοπόννησος	10.28	10.35
Ιόνιοι Νήσοι	13.33	12.32
Ήπειρος	9.2	9.68
Θεσσαλία	9.13	9.59
Μακεδονία	8.34	8.93
Θράκη	8.82	9.8
Νήσοι Αιγαίου	11.21	11
Κρήτη	9.14	8.98
Σύνολο Ελλάδος	**8,82**	**9,26**

*αναλογία του αριθμού των θανάτων του έτους σε 1000 κατοίκους του πληθυσμού.

Πηγή : α) ΕΣΥΕ (1982-1992) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα", β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Εξειδικεύοντας την ανάλυση της θνησιμότητας κατά αιτία[271] για το σύνολο της χώρας (πίνακας 2.3.88.), διαπιστώνουμε για το διάστημα 1983 – 1993, μια

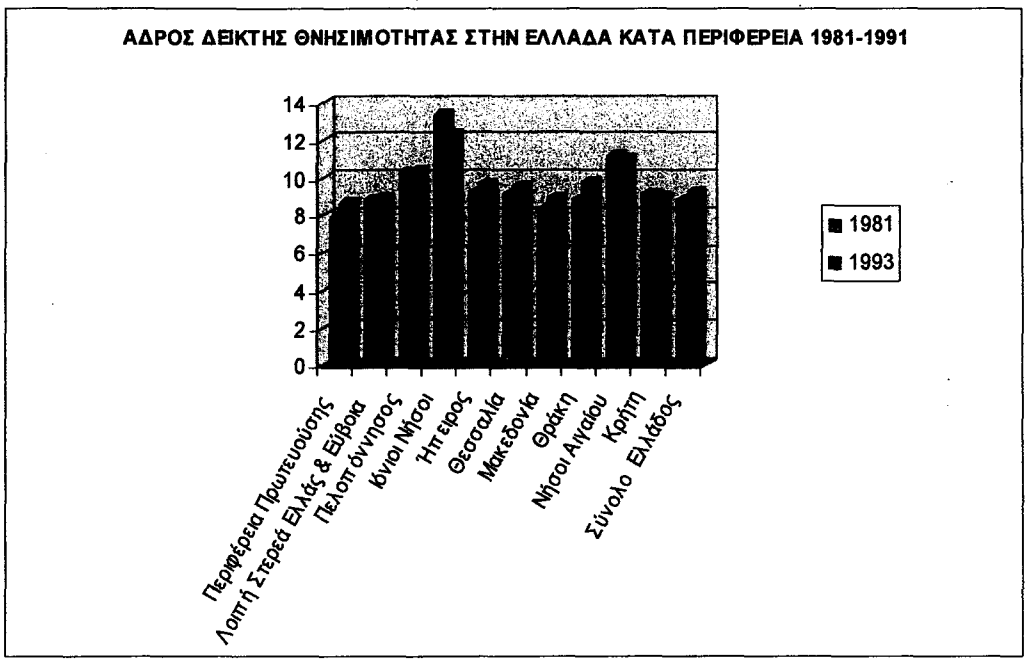
Μαργαριτίδου Β., Συμεωνίδου Χ., επιμ. (1994) *«Υγεία, Κοινωνική Προστασία και Οικογένεια»* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[268] Κατά την δεκαετία του '80, παρατηρείται μια σταθερή γήρανση του πληθυσμού. Έτσι το 1991 σε σχέση με το 1981, παρατηρήθηκε μείωση κατά 18,5% των παιδιών 0-14 ετών, ενώ είχαμε αύξηση 10,8% στις ηλικίες 15-64 ετών και 17,2% στις ηλικίες 65 και άνω (ΕΣΥΕ, Ίδιοι υπολογισμοί).

[269] Αθανασίου Λ. , Καββαδία Π. , Κατοχιανού Δ. , Τονικίδου Π. (1995) *«Διαπεριφερειακή ανάλυση και πολιτική και βασικά στοιχεία κατά περιφέρεια και νομό»* σελ. 64-66, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

[270] Τούντας Γ., Φρισήρας Σ. (1998) *«Προληπτική Ιατρική. Κοινωνία και Υγεία»* σελ. 593-598, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ. 15, τεύχ. 6 , Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1998.

[271] Για την απεικόνιση του συσχετισμού αυτού, χρησιμοποιούμε τον αδρό κατά αιτία θανάτου δείκτη θνησιμότητας, ο οποίος περιλαμβάνει τον αριθμό των παρατηρηθέντων θανάτων από συγκεκριμένη αιτία και λόγω των μικρών αριθμών, εκφράζεται ως ποσοστό ανά 100.000 κατοίκους. Βλ. Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. (1992) *«Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός»* σελ. 17, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα και Κυριόπουλος Γ. (1982) *«Κοινωνικές και*



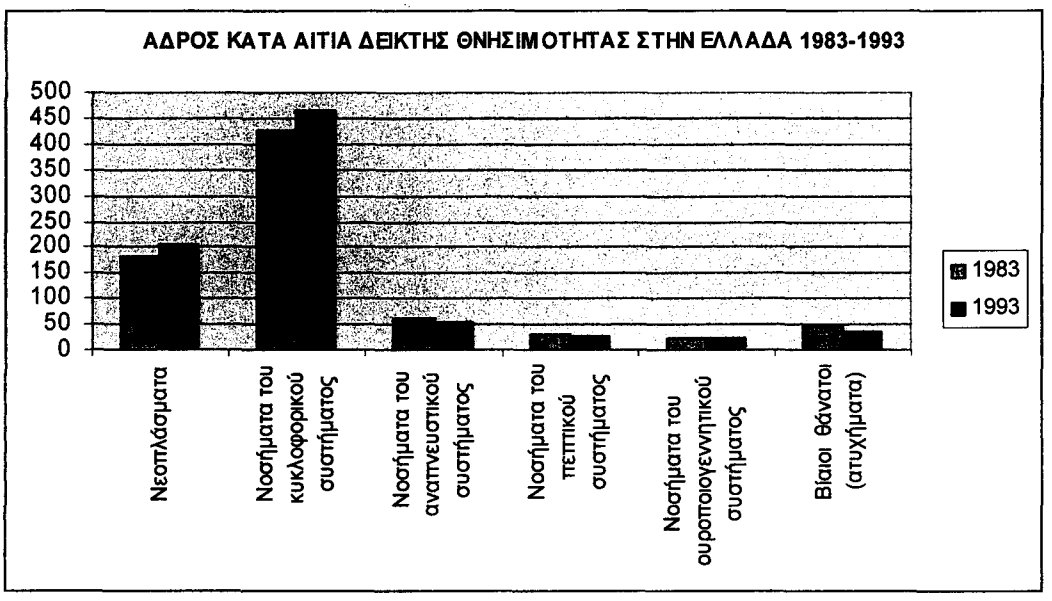
αύξηση του ειδικού δείκτη θνησιμότητας που αφορά στους θανάτους που προήρθαν από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (από 426,76 σε 465,59 για 100.000 κατοίκους), τα οποία αποτελούν και την κυριότερη αιτία θανάτου. Αξιοσημείωτη επίσης είναι και η αύξηση του αντίστοιχου δείκτη που αφορά στους θανάτους από νεοπλάσματα, που αποτελούν την δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου, ενώ οι σχετικές έρευνες προβλέπουν πως στα επόμενα χρόνια 2 στους 10 θανάτους θα οφείλονται σε αυτή την αιτία.[272]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.88. ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ* ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΣ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1983-1993)

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ		ΕΙΔΙΚΟΣ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ**	
	1983	1993	1983	1993
Νεοπλάσματα	17563	21044	180,31	205,11
Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	41568	47769	426,76	465,59
Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	5940	5592	60,98	54,5
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	3367	2809	31,57	27,38
Νοσήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος	2418	2230	24,82	21,74
Βίαιοι θάνατοι (ατυχήματα)	4508	3730	46,28	36,36
*για τις 6 κύριες ομάδες αιτιών.				
**αναλογία των θανάτων του έτους ανά αιτία, σε 100.000 κατοίκους του πληθυσμού.				
Πηγή : α) ΕΣΥΕ (1984-1994) "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα", βΙΙδιοι υπολογισμοί.				

Οικονομικές Παράμετροι της κατά αιτίες Θνησιμότητας στην Ελλάδα. Ανάλυση κατά Περιφέρειες» σελ. 22-24, Διδακτορική Διατριβή, Έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

[272] Κτενάς Ε. (1994) *«Δείκτες Θνησιμότητας κατά Αιτία Θανάτου 1970-1991 και Διαχρονική Εξέλιξη της Θνησιμότητας στην Ελλάδα 1970-1996»* σελ. 69-80, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.3, τεύχ. 2 , Απρίλιος – Ιούνιος 1994, Αθήνα.



Τέλος, όσο αφορά στην βρεφική, νεογνική και όψιμη βρεφική θνησιμότητα, [273] επισημαίνουμε πως παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά στους αντίστοιχους δείκτες σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, παρατηρούμε στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, έντονες πτωτικές τάσεις και για τους τρεις δείκτες. Έτσι, διαπιστώνουμε μια μείωση της βρεφικής και της όψιμης βρεφικής θνησιμότητας στις αστικές περιοχές, ενώ για την νεογνική θνησιμότητα, η μείωση αρχίζει να εμφανίζεται μετά τα μέσα της δεκαετίας του '90. [274]

Σύμφωνα μάλιστα με σχετική έρευνα, η μείωση αυτή στους παραπάνω δείκτες, αποδίδεται σε μια σειρά από παράγοντες που σχετίζονται είτε άμεσα, είτε έμμεσα, με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας οφείλεται αφενός στην αύξηση του ΑΕΠ που οδήγησε στην δημιουργία σύγχρονων μαιευτηρίων ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα και αφετέρου στην αύξηση του αριθμού των παιδιάτρων. Η νεογνική θνησιμότητα φαίνεται πως επηρεάζεται εκτός από τον αριθμό των παιδιάτρων και από την εξέλιξη της νεογνολογικής γνώσης και τεχνολογίας, καθώς και από την δημιουργία ειδικών μονάδων εντατικής νοσηλείας νεογνών, στα παιδιατρικά νοσοκομεία. Τέλος, η όψιμη βρεφική θνησιμότητα, συνδέεται αρνητικά με παράγοντες που αντανακλούν το εισόδημα και το πολιτιστικό επίπεδο της οικογένειας και συνεπώς μειώνεται όσο αυξάνει η αστικοποίηση. Στην περίπτωση της χώρας μας όμως, παρατηρείται μια αργή αφομοίωση της νέας επιστημονικής γνώσης από την μητέρα και το περιβάλλον της, γεγονός που

[273] Η βρεφική θνησιμότητα αναφέρεται στο διάστημα από την γέννηση μέχρι την συμπλήρωση 1 έτους, η νεογνική από την γέννηση μέχρι την συμπλήρωση 1 μηνός και η όψιμη βρεφική θνησιμότητα, από το τέλος του 1ου μήνα έως την συμπλήρωση 1 έτους.

[274] Υφαντόπουλος Γ. (1994) *«Υγεία και Κοινωνικο-Οικονομική Ανάπτυξη»* σελ. 33-35, στο ΥΥΠΚΑ (1994) *«Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος»*, Ιούνιος 1994, Αθήνα.

ερμηνεύει την βραδύτερη - σε σχέση με τους προηγούμενους δείκτες - πτώση της όψιμης βρεφικής θνησιμότητας.[275]

Κλείνοντας την αναφορά μας στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, θα αναφερθούμε στα επίπεδα νοσηρότητας, από την μελέτη των οποίων προκύπτουν αξιοσημείωτες διαφορές στις υγειονομικές ανάγκες των κατοίκων των διαφόρων περιφερειών. Συγκρίνοντας λοιπόν τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών ανά κατηγορία νόσου και περιφέρεια για το διάστημα 1981-1993 (πίνακας 2.3.89.), διαπιστώνουμε :

α)την μεγάλη αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων για νόσους που σχετίζονται με τα νεοπλάσματα και το κυκλοφορικό σύστημα.

β)την διατήρηση σε σταθερά επίπεδα, του αντίστοιχου αριθμού των νοσηλευθέντων για τις υπόλοιπες αιτίες καθώς και την μείωση του αριθμού των εξελθόντων ασθενών που νοσηλεύθηκαν για επιπλοκές κυήσεως και λοχείας.

Ακόμη, συγκρίνοντας το ποσοστό των νοσηλευθέντων ανά αιτία - ως προς τον συνολικό αριθμό των νοσηλευθέντων - και κατά περιφέρεια για το έτος 1993 (πίνακας 2.3.90.), επισημαίνουμε σημαντικές διαφοροποιήσεις στο υγειονομικό προφίλ και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού των διαφόρων περιφερειών Ειδικότερα, οι περιφέρειες της πρωτεύουσας και την Μακεδονίας (Θεσσαλονίκη), είναι αντιπροσωπευτικές των αντίστοιχων μέσων όρων για το σύνολο της χώρας. Αντίθετα, κάποιες άλλες περιφέρειες εμφανίζουν σημαντική επιβάρυνση για ορισμένες κατηγορίες νόσων, όπως η Θράκη για τις νόσους του κυκλοφορικού, η Κρήτη και τα Ιόνια Νησιά για τις νόσους του αναπνευστικού και τα Νησιά του Αιγαίου και του Ιονίου, για την κατηγορία των κακώσεων και δηλητηριάσεων.

Οι ιδιαιτερότητες βέβαια αυτές στο υγειονομικό προφίλ των κατοίκων διαφόρων περιφερειών και ουσιαστικά οι ανισότητες στο επίπεδο υγείας τους, συνδέονται και επηρεάζονται από παραμέτρους που λειτουργούν αλυσιδωτά και συνθέτουν την άνιση περιφερειακή ανάπτυξη της χώρας μας στο σύνολό της : κατανομή του πληθυσμού, οικονομική ανάπτυξη και επενδύσεις, διανομή του εισοδήματος και απασχόληση και βέβαια κατανομή και επάρκεια των πόρων υγείας.[276]

Στο σημείο αυτό του προβλήματος, αναδύεται η έννοια της γενικότερης περιφερειακής ανάπτυξης της χώρας μας, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσα από μια πολιτική που θα επικεντρωθεί στο πρόβλημα των περιφερειακών ανισοτήτων και θα επιδιώξει την αναβάθμιση των λιγότερο ανεπτυγμένων περιοχών.[277] Άλλωστε, όπως έχει πολλές φορές τονιστεί, μεταξύ υγείας και

---

[275] Γεωργακοπούλου Θ., Παπαχρήστου Δ., Καββαδάς Π. (1995) *«Βρεφική Θνησιμότητα. Κοινωνικές, υγειονομικές και οικονομικές παράμετροι του φαινομένου στην Ελλάδα, 1970-1991»* σελ. 59-71, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 4, τεύχ. 1 , Ιανουάριος – Μάρτιος 1995, Αθήνα.

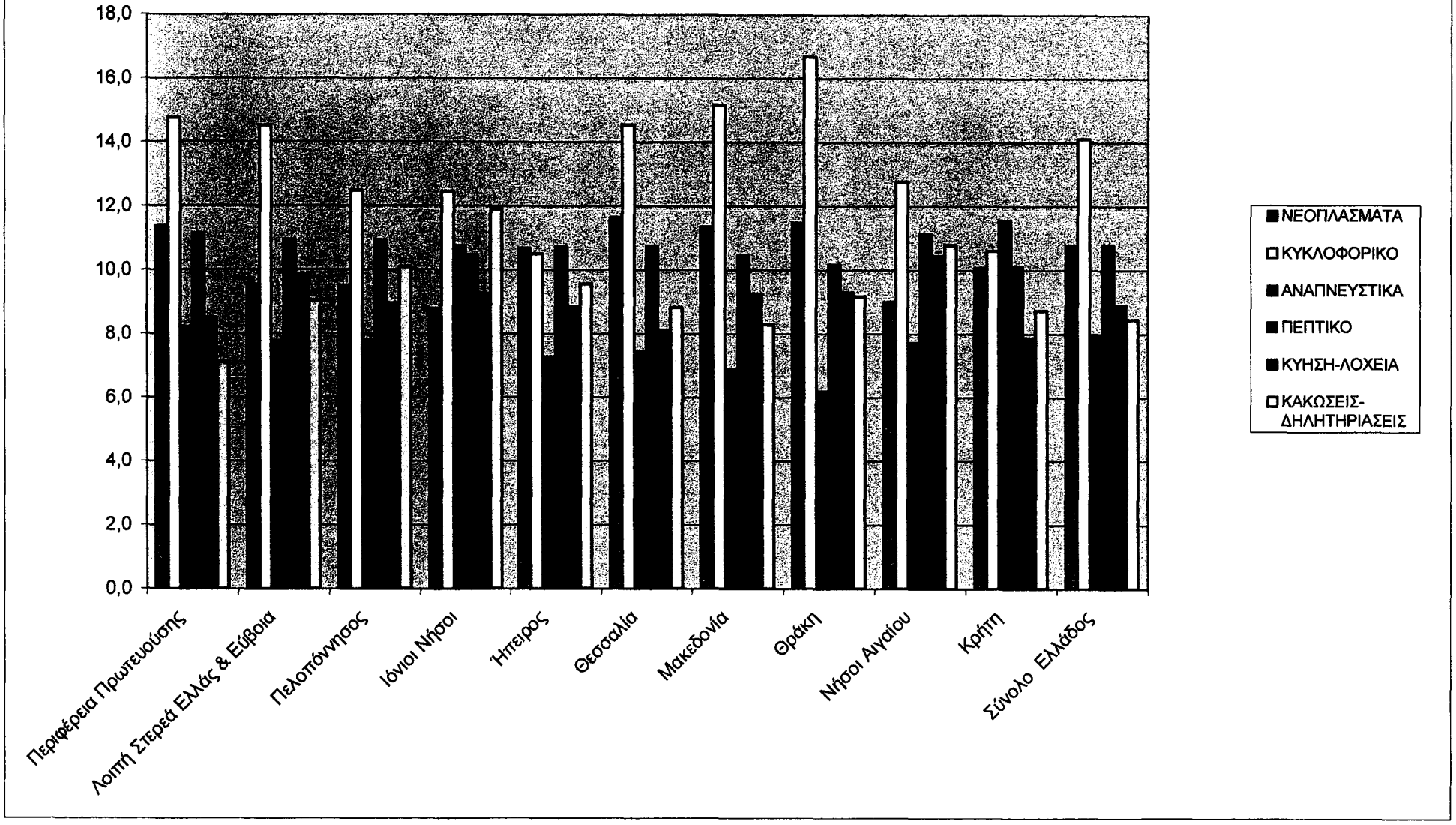
[276] Για μια αναλυτική προσέγγιση των περιφερειακών ανισοτήτων στην χώρα μας, βλ. Γλυτσός Ν. (1988) *«Περιφερειακές ανισότητες στην Ελλάδα. Δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά»* ΚΕΠΕ, Αθήνα.

[277] Ανδρικοπούλου Ε. *«Περιφερειακή Πολιτική στη Δεκαετία του 1980 και Προοπτικές»* σελ. 347, 358-369, στο Γετίμης Π., Καυκαλάς Γ., Μαραβέγιας Ν. (1994) *«Αστική και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Θεωρία – ανάλυση και πολιτική»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.89. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΩΝ) ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1981-1993)														
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ		ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ		ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ		ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑΣ		ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΗΜΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ	
	1981	1993	1981	1993	1981	1993	1981	1993	1981	1993	1981	1993	1981	1993
Περιφέρεια Πρωτευούσης	397.527	443.316	23.472	50.267	42.648	65.356	40.314	36.280	52.558	49.340	53.625	37.605	35.176	31.459
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	93.158	126.771	4.833	12.099	9.072	18.387	8.368	9.835	12.561	13.868	13.200	12.482	10.545	11.447
Πελοπόννησος	106.979	137.868	5.085	13.090	10.303	17.198	9.869	10.728	14.988	15.051	13.681	12.324	13.715	13.908
Ιόνιοι Νήσοι	21.026	27.620	1.157	2.425	2.062	3.437	2.346	2.969	2.579	2.887	2.463	2.558	2.606	3.288
Ήπειρος	27.845	41.191	1.813	4.396	2.524	4.327	2.461	2.988	3.705	4.410	4.626	3.637	2.963	3.938
Θεσσαλία	74.473	87.969	4.267	10.225	6.907	12.783	7.256	6.538	9.894	9.453	9.913	7.125	7.616	7.764
Μακεδονία	231.036	327.049	13.726	37.086	24.509	49.585	19.377	22.442	32.132	34.256	32.379	30.287	25.262	27.060
Θράκη	34.789	46.287	1.883	5.308	3.881	7.713	3.029	2.857	4.415	4.705	5.181	4.308	3.397	4.242
Νήσοι Αιγαίου	45.567	53.996	2.613	4.859	4.802	6.887	4.747	4.161	6.517	6.010	5.748	5.641	4.935	5.825
Κρήτη	68.606	94.072	2.783	9.474	6.589	9.983	9.129	10.872	8.379	9.508	7.970	7.390	7.499	8.209
Σύνολο Ελλάδος	**1.101.006**	**1.386.139**	**61.632**	**149.229**	**113.297**	**195.656**	**106.896**	**109.670**	**147.728**	**149.488**	**148.786**	**123.357**	**113.714**	**117.140**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ (1981-1993) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", β)Ίδιοι υπολογισμοί.														

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.90. ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1993							
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ (ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΩΝ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ					
		ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ	ΠΕΠΤΙΚΟ	ΚΥΗΣΗ-ΛΟΧΕΙΑ	ΚΑΚΩΣΕΙΣ-ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ
Περιφέρεια Πρωτευούσης	443.316	11,3	14,7	8,2	11,1	8,5	7,1
Λοιπή Στερεά Ελλάς & Εύβοια	126.771	9,5	14,5	7,8	10,9	9,8	9,0
Πελοπόννησος	137.868	9,5	12,5	7,8	10,9	8,9	10,1
Ιόνιοι Νήσοι	27.620	8,8	12,4	10,7	10,5	9,3	11,9
Ήπειρος	41.191	10,7	10,5	7,3	10,7	8,8	9,6
Θεσσαλία	87.969	11,6	14,5	7,4	10,7	8,1	8,8
Μακεδονία	327.049	11,3	15,2	6,9	10,5	9,3	8,3
Θράκη	46.287	11,5	16,7	6,2	10,2	9,3	9,2
Νήσοι Αιγαίου	53.996	9,0	12,8	7,7	11,1	10,4	10,8
Κρήτη	94.072	10,1	10,6	11,6	10,1	7,9	8,7
Σύνολο Ελλάδος	**1.386.139**	**10,8**	**14,1**	**7,9**	**10,8**	**8,9**	**8,5**
Πηγή : α)Πίνακας 2.3.89., β)Ίδιοι υπολογισμοί.							

ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ (ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ)
ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1993)



περιφερειακής ανάπτυξης, παρατηρείται μια έντονη διαπλοκή και αλληλεξάρτηση, με την τελευταία να συμβάλλει στην υγεία του πληθυσμού και στην καλύτερη κατανομή των πόρων, ενώ ταυτόχρονα, η περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, στο βαθμό που συνδράμει στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, προωθεί τον στόχο της περιφερειακής ανάπτυξης.[278]

Συνοπτικά, τα συμπεράσματά μας από την μελέτη των δεικτών υγείας του ελληνικού πληθυσμού μετά τις αρχές της δεκαετίας του '80, είναι:

- Το προσδόκιμο επιβίωσης στην χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ κατά το διάστημα 1981-1993 παρουσιάζει συνεχή αύξηση (από 72,2 σε 74,9 έτη για τους άνδρες και από 76,5 σε 79,9 έτη για τις γυναίκες). Το γεγονός αυτό, σχετίζεται με μια σειρά από παράγοντες όπως το κλίμα, η διατροφή, ο τρόπος ζωής κλπ.

- Η ολική θνησιμότητα παρουσιάζει κατά το ίδιο διάστημα μια μικρή αύξηση, η οποία συνδέεται κατά κύριο λόγο με τις μεταβολές που υπέστη ο ελληνικός πληθυσμός από την μείωση της γεννητικότητας και την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων.

- Αντίθετα, η βρεφική θνησιμότητα μειώνεται σημαντικά, γεγονός που αποδίδεται τόσο σε παράγοντες σχετικούς με το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης, όσο και σε παράγοντες που συνδέονται με την παροχή των υπηρεσιών υγείας (ίδρυση νέων υγειονομικών μονάδων – μαιευτηρίων, αύξηση των δημοσίων κλινών και του αριθμού των ιατρών κλπ).

- Σχετικά με το φάσμα νοσηρότητας του ελληνικού πληθυσμού, την κυριότερη αιτία νοσηλείας αποτελούν οι νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ ακολουθούν τα νεοπλάσματα. Οι ίδιες κατηγορίες νόσου, αποτελούν και τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας, ενώ για τα επόμενα χρόνια προβλέπεται ότι ένας στους δύο θανάτους θα οφείλεται στα καρδιολογικά και ένας στους πέντε στα νεοπλάσματα.

- Οι δημογραφικές εξελίξεις που χαρακτηρίζονται από την συγκέντρωση των γεννήσεων και την αποκέντρωση των θανάτων, σε συνδυασμό με την άνιση κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και την ανισοκατανομή των πόρων υγείας στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, επιφέρουν αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στους δείκτες υγείας. Έτσι, η μεγαλύτερη περιφερειακή ανισότητα παρουσιάζεται στην μετανεογνική θνησιμότητα, ακολουθείται από την νεογνική και βρεφική, ενώ η γενική θνησιμότητα, παρουσιάζει την μικρότερη περιφερειακή ανισότητα.

- Τέλος, οι διάφορες περιφέρειες της χώρας, εμφανίζουν διαφορετικό φάσμα νοσηρότητας, με περισσότερο ευνοημένες τις περιφέρειες της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Το γεγονός αυτό, θέτει το ερέθισμα για μια πιο ορθολογική

[278] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 3, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

κατανομή των πόρων υγείας, βασισμένη στις ξεχωριστές υγειονομικές ανάγκες των κατοίκων των διαφόρων περιφερειών.

Γενικά, το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε σύγκριση με το αντίστοιχο των κατοίκων των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, κρίνεται ικανοποιητικό. Όμως αυτό είναι απόρροια κυρίως εξωγενών ως προς τις υπηρεσίες υγείας παραγόντων, αφού η λειτουργία του συστήματος υγείας στην χώρα μας, συνδέεται με μια σειρά από προβλήματα που μειώνουν το υγειονομικό αποτέλεσμα και το επίπεδο των υπηρεσιών τόσο ποσοτικά, όσο και ποιοτικά. Με δεδομένη μάλιστα την δυσαρέσκεια των χρηστών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας [279] και την ταυτόχρονη διόγκωση των δαπανών υγείας στην χώρα μας, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα και προσανατολισμό της πολιτικής υγείας προς την επίτευξη της ισότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

3.8. Συμπεράσματα.

Βασικός σκοπός της ανάλυσης που προηγήθηκε, ήταν η περιγραφή των παραμέτρων που συνθέτουν την πολιτική υγείας στην χώρα μας, μετά την θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Έχοντας διαπιστώσει την αναγκαιότητα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας - η οποία στις αρχές της δεκαετίας του '80 αποτελούσε γενικό αίτημα σε επίπεδο πολιτικών, επαγγελματιών υγείας, αλλά και χρηστών - επιχειρήσαμε μια παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου τόσο της αρχικής, όσο και των επόμενων αλλά λιγότερο ριζοσπαστικών μεταρρυθμίσεων.

Στο θέμα των θεσμικών παρεμβάσεων στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, διαπιστώσαμε αφενός την προσπάθεια αλλαγής της φιλοσοφίας του ΕΣΥ το 1992 (Ν. 2071) και αφετέρου την αποκατάσταση των αρχικών επιδιώξεων αρχικά το 1994 (Ν. 2194) και στη συνέχεια το 1997 (Ν. 2519). Η ανακολουθία βέβαια αυτή στον τομέα της πολιτικής υγείας, ώθησε το σύστημα έξω από την βασική του εξελικτική πορεία, με συνέπεια την διατήρηση των βασικών του προβλημάτων, με κύριο το θέμα της χρηματοδότησης.

Το ζήτημα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, έχει αποκτήσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη σημασία, κάτω από τις πιέσεις της συνεχούς αύξησης των δαπανών υγείας. Η ιδιαιτερότητα του χρηματοδοτικού πλαισίου του συστήματος υγείας στην χώρα μας, αφορά στην συνύπαρξη στοιχείων που παραπέμπουν τόσο σε συστήματα με δημόσια αντίληψη, όσο και σε συστήματα τα οποία ευνοούν την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε μια ανορθόδοξη παρέμβαση του κράτους μέσα από πολιτικές καθήλωσης των νοσηλείου και των αμοιβών των ιατρικών πράξεων

[279] Για μια αναλυτική παρουσίαση της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες, βλ. α)Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α. (1994) *«Η Ικανοποίηση των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια»* σελ. 11-23, β) Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ. (1994) *«Η Ικανοποίηση των Χρηστών στις Υπηρεσίες Ανοιχτής Φροντίδας Υγείας»* σελ. 25-33 και γ)Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτενάς Ε., Γεωργούση Ε. (1994) *«Στάσεις και Αντιλήψεις Χρηστών ως προς την Νοσοκομειακή Φροντίδα»* σελ. 35-59, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. (1994) *«Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα»*, Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.

και παράλληλα μια συνεχώς διευρυνόμενη παρουσία του ιδιωτικού τομέα και κατ' επέκταση μια διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Σχετικά με τις πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, παρατηρούμε μια διαρκή υποκατάσταση της συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης από τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς και μια σημαντική αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός βέβαια που αντιτίθεται στην βασική φιλοσοφία του ΕΣΥ. Συνοπτικά, το σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι ανοικτό και κατευθύνεται κυρίως από τη ζήτηση, ενώ η απουσία σφαιρικών προϋπολογισμών σε συνδυασμό με την αντιφατικότητα ως προς την προέλευση των πόρων, ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την αδυναμία άσκησης πολιτικών μείωσης των δαπανών υγείας.

Οι τελευταίες, ακολουθώντας την πορεία των κοινωνικών δαπανών στο σύνολό τους, αυξάνονται σημαντικά μετά την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, αντανακλώντας μια πολιτική που στην χώρα μας υιοθετήθηκε με σημαντική υστέρηση σε σύγκριση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι, από τις αρχές της δεκαετίας του '80, παρατηρούμε μια ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας οι οποίες πλέον σε σύγκριση με το ΑΕΠ, προσεγγίζουν τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (περίπου 8% επί του ΑΕΠ). Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας (περίπου 40% επί του συνόλου των δαπανών), καθώς επίσης και η έκταση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα, η οποία αγγίζει (1994) τα 269 δις. δρχ. ήτοι 16,9% επί του συνόλου των δαπανών υγείας.

Σχετικά με την διάρθρωση των δαπανών υγείας, διαπιστώνουμε για τις μεν δημόσιες δαπάνες μια επιβεβαίωση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος, με μια δαπάνη της τάξης του 63,55% επί του συνόλου των δημοσίων δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες, αφορούν κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με αντίστοιχο ποσοστό 65,9%.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος η οποία εξετάστηκε, είναι η περιφερειακή οργάνωση του συστήματος υγείας και η μελέτη της κατανομής των υγειονομικών πόρων ανά περιφέρεια και επίπεδο περίθαλψης. Οι διαπιστώσεις μας σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, αφορούν κατά κύριο λόγο στην σημαντική συμβολή των Κέντρων Υγείας - τα οποία όμως αν και αποτέλεσαν την τομή της μεταρρύθμισης για την πρωτοβάθμια φροντίδα, εμφανίζουν σημαντικά προβλήματα στελέχωσης και εξοπλισμού - και στη συνέχεια στο πρόβλημα του ιατρικού πληθωρισμού. Επίσης, επισημάναμε την ραγδαία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στον χώρο των διαγνωστικών κέντρων, καθώς και το υψηλό ποσοστό των ιατρών που ασκούν ιδιωτική ιατρική, παράγοντες που μάλλον ενισχύουν τις ανισότητες στην επάρκεια των διαθέσιμων υπηρεσιών, αφού η κατανομή τους γίνεται κυρίως με βάση εισοδηματικά κριτήρια.

Σχετικά με την νοσοκομειακή περίθαλψη, διαπιστώσαμε μια αύξηση των δημοσίων κλινών σε όλες τις περιφέρειες, η οποία όμως δεν επηρέασε σημαντικά την περιφερειακή τους κατανομή, αφού 10 χρόνια μετά την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, το μισό περίπου των νοσοκομειακών κλινών ήταν συγκεντρωμένο στην περιφέρεια της Αθήνας. Ορισμένες μάλιστα περιφέρειες όπως η Στερεά Ελλάδα, η Θράκη και τα Νησιά του Αιγαίου, παρουσιάζουν μια ιδιαίτερα χαμηλή - σε σύγκριση με τον μέσο όρο της χώρας - αναλογία των διαθέσιμων κλινών με τον πληθυσμό. Αντίστοιχα, σημαντικές ανισότητες σε περιφερειακό επίπεδο, προκύπτουν και από την μελέτη των υπόλοιπων πόρων υγείας (ιατροί, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό κλπ). ανεξάρτητα αν οι

γενικότερες αυξητικές τάσεις των δημόσιων πόρων συνέβαλλαν στην μείωση των χωρικών ανισοτήτων ως προς την δυνατότητα πρόσβασης.

Τέλος, εξετάσαμε το υγειονομικό προφίλ του ελληνικού πληθυσμού ανά περιφέρεια, όπως αυτό διαμορφώνεται κάτω από τις πιέσεις των δημογραφικών εξελίξεων, της γενικότερης ανάπτυξης των περιφερειών, αλλά και της άνισης κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση ότι το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού είναι συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ικανοποιητικό, δεν αρκεί ώστε να περιοριστεί το πρόβλημα των ανισοτήτων στα επίπεδα θνησιμότητας και νοσηρότητας. Αντίθετα, είναι εμφανείς οι ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, η γνώση μάλιστα των οποίων είναι απαραίτητη κατά τον σχεδιασμό της πολιτικής υγείας.

Η τελευταία, οφείλει να λάβει υπόψη της τις υφιστάμενες περιφερειακές ανισότητες τόσο στο επίπεδο υγείας, όσο και στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και μέσα από μια πολιτική που θα στηρίζεται στην ορθολογική κατανομή των πόρων, να επιδιώξει την επίτευξη της ισότητας και της αποδοτικότητας. Ακόμη, για την αναμόρφωση του ΕΣΥ κρίνονται απαραίτητες οι παρεμβάσεις στο σύστημα χρηματοδότησης με κύρια την δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.), ο οποίος θα συγκεντρώνει τους πόρους από τις ασφαλιστικές εισφορές και τη φορολογία, θα διαπραγματεύεται τις τιμές με τους προμηθευτές και θα κατανέμει τους πόρους υγείας σε περιφερειακό επίπεδο.

Τέλος, στα πλαίσια της κατεύθυνσης προς την αποκέντρωση του συστήματος η οποία αποτέλεσε έναν από τους θεμελιώδεις στόχους του ΕΣΥ, απαιτείται εκτός από την υιοθέτηση μηχανισμών που θα εξασφαλίζουν την ορθολογική κατανομή των πόρων υγείας, η διοικητική μεταρρύθμιση του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο, η θέσπιση κινήτρων για την στελέχωση των περιφερειακών μονάδων και η εισαγωγή ενός οργανωμένου δικτύου γενικών – οικογενειακών ιατρών.

Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις, είναι απαραίτητο στα πλαίσια της χάραξης της υγειονομικής πολιτικής, να αξιολογηθούν και στην συνέχεια να υιοθετηθούν ή να απορριφθούν, με γνώμονα την βελτίωση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας και την άρση της δυσαρέσκειας των πολιτών από αυτές. Σε κάθε πάντως περίπτωση, απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της όποιας υγειονομικής μεταρρύθμισης, είναι η συνεχής και αποφασιστική υποστήριξη σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας και η εξασφάλιση της ευρύτερης συναίνεσης που απαιτείται για την διαμόρφωση μιας σύγχρονης πολιτικής υγείας.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

1.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις.

Όπως δείξαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και παρουσιάζουν συνεχώς αυξητικές τάσεις, με αποτέλεσμα να υπολογίζεται πως αποτελούν το 40% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας. [1] Το ύψος βέβαια των ιδιωτικών δαπανών υγείας, είναι άμεσα εξαρτώμενο από την εκτεταμένη πλέον δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας και περισσότερο από την διόγκωση της ζήτησης ιδιαίτερα για πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία δεν μπορεί να καλυφθεί επαρκώς από τον δημόσιο τομέα.

Η αδυναμία αυτή του δημόσιου τομέα να καλύψει τις εκφρασμένες ανάγκες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συνδέεται κατά κύριο λόγο με την αδυναμία προσαρμογής του στα νέα δεδομένα τα οποία δημιουργήθηκαν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από την έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία συντελέστηκε μετά τα μέσα τις δεκαετίας του '80. Αντίθετα, η υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία συγκεντρώθηκε σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος προσαρμόστηκε με ταχείς ρυθμούς στις τεχνολογικές εξελίξεις [2] και με κίνητρο την διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση και κατ' επέκταση τα υψηλά προσδοκώμενα ποσοστά κερδοφορίας, επεκτάθηκε σημαντικά κυρίως μέσα από την ανάπτυξη ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής. [3]

Ο προσανατολισμός του ιδιωτικού τομέα υγείας στις διαγνωστικές υπηρεσίες, οφείλεται αφενός στην μεταρρύθμιση του ΕΣΥ και στην περιοριστική πολιτική που ακολουθήθηκε από το κράτος ως προς την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στην νοσοκομειακή φροντίδα [4] και αφετέρου στο υψηλό

---

[1] Sissouras A , Karokis A. , Mossialos E. (1999) *«Health care and cost containment in Greece»* p. 365, in Missialos E , Le Grand J. (1999) edit. *«Health Care and Cost Containment in the European Union»* Ashgate, Aldershot.

[2] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το 90% περίπου των ιδιωτικών επενδύσεων για την υγεία, αφορούν στην υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των δημοσίων επενδύσεων υπολογίζεται σε 30% (για την περίοδο μετά το 1987). Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 218, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[3] Μπέσης Ν. (1993) *«Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 78, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[4] Σημειώνουμε πως η περιοριστική πολιτική γύρω από την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στην νοσοκομειακή περίθαλψη δεν εξαντλείται στα πλαίσια του Ν. 1397/83, σύμφωνα με τον οποίο απαγορευόταν η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών (ΦΕΚ. 143, 7/10/1983, άρθρο 6). Αντίθετα, ενώ με το Π.Δ. 517/91 η παραπάνω διάταξη καταργήθηκε, δεν μπορούμε να πούμε

κόστος κατασκευής και εξοπλισμού που συνεπάγεται η δημιουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τον μακροπρόθεσμο χαρακτήρα μιας τέτοιας επένδυσης και με τις ιδιαίτερα χαμηλές τιμές που προβλέπουν για το ημερήσιο νοσήλειο οι συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, καθιστούν μη ελκυστική την εμπλοκή ιδιωτών στον χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης. [5]

Εξαίρεση αποτελούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια, στα οποία παρατηρείται μια τάση ολιγοπώλησης της αγοράς και μια έντονη επενδυτική δραστηριότητα, καθώς εκτός από την παροχή γυναικολογικών και μαιευτικών υπηρεσιών, επεκτείνονται και στην παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών, με την ίδρυση σύγχρονων εργαστηριακών τμημάτων. Αξιοσημείωτη επίσης είναι και η παρατηρούμενη τα τελευταία χρόνια τάση μονοπώλησης της ιδιωτικής νοσοκομειακής αγοράς από μεγάλες μονάδες που εξαγοράζουν τις μικρότερης εμβέλειας κλινικές, οι οποίες δεν μπορούν να προβούν σε επενδύσεις για τον εκσυγχρονισμό των τμημάτων τους.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, καταλήγουμε στην διαπίστωση ότι μια σειρά από παράγοντες όπως η σημαντική ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η παράλληλη τεχνολογική απαξίωση των ιατρικών μηχανημάτων και η αδυναμία αντικατάστασής τους από το δημόσιο, η περιοριστική πολιτική σχετικά με την δημιουργία ιδιωτικών κλινικών, καθώς και η αύξηση του αριθμού των ιατρών η οποία δημιουργούσε προϋποθέσεις προκλητής ζήτησης για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και συνεπώς προϋποθέσεις υψηλής κερδοφορίας, αποτέλεσαν την αιτία της ιδιαίτερης έμφασης που δόθηκε από μέρους των επιχειρηματιών στην ανάπτυξη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και της διαγνωστικής τεχνολογίας. [6]

Στο βαθμό μάλιστα που η ροπή για την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας είναι θετικά συσχετισμένη με την προσφορά και τον τρόπο διάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας (γεωγραφική κατανομή, κατανομή φορέων και υπηρεσιών ανά επίπεδο περίθαλψης κλπ.), αιτιολογείται σε μεγάλο βαθμό η αυξητική πορεία που παρουσιάζουν οι ιδιωτικές δαπάνες για πρωτοβάθμια περίθαλψη (από 63,38% επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας το 1982 σε 67,83% το 1988) και ταυτόχρονα η διαχρονική μείωση των δαπανών των

πως άνοιξε ο δρόμος για την δραστηριοποίηση επιχειρηματικών φορέων στην παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού το ίδιο διάταγμα, έθετε αυστηρότατους περιορισμούς και προϋποθέσεις - ιδιαίτερα ως προς τις κτιριακές εγκαταστάσεις - στις ήδη υπάρχουσες ιδιωτικές κλινικές (ΦΕΚ 202, 24/12/1991),πολλές από τις οποίες σταμάτησαν να δραστηριοποιούνται μη μπορώντας να αναπροσαρμοστούν σύμφωνα με τις νέες προδιαγραφές.

[5] Όπως έχουμε προαναφέρει, το ύψος του κλειστού νοσηλείου δεν ανταποκρίνεται στο πραγματικό ύψος του λειτουργικού κόστους για μία ημέρα νοσηλείας, ενώ ενδεικτικά υπολογίζεται ότι στα δημόσια νοσοκομεία, το δεύτερο είναι περίπου τετραπλάσιο του πρώτου. Βλ. Θεοδώρου Μ. , Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. (1996) *«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»* σελ. 213, Αθήνα. Ενώ όμως στην περίπτωση των δημόσιων νοσοκομείων η διαφορά αυτή καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, στον ιδιωτικό τομέα έχει υιοθετηθεί μια πρακτική εφαρμογής του κλειστού νοσηλείου μόνο για την παροχή βασικών ξενοδοχειακών και διοικητικών υπηρεσιών, ενώ για τις επιπρόσθετες υπηρεσίες (ιατρικές πράξεις, εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα κλπ), χρεώνεται ο ασθενής. Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 303, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

[6] Μπέσης Ν. (1993) *«Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 95, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη (από 17,16% το 1982, σε 15% το 1988, επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας). [7]

Πριν όμως προχωρήσουμε στην αναλυτική παρουσίαση των παραμέτρων που καθορίζουν το ύψος, την διάρθρωση και τους προσδιοριστικούς παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών - οι οποίες αποτελούν και την μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού μας συστήματος - οφείλουμε να αναφερθούμε στα κριτήρια επιλογής της δεδομένης μεθοδολογίας εκτίμησής τους, αφού όπως προαναφέραμε, παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στα αποτελέσματα των εκτιμήσεων που βασίζονται σε στοιχεία διαφορετικών πηγών και χρησιμοποιούν διαφορετικό τρόπο υπολογισμού.

1.2. Μεθοδολογία μέτρησης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών. Η επιλογή των Οικογενειακών Προϋπολογισμών.

Όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, το πραγματικό μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα μας είναι μεγαλύτερο από αυτό που αναφέρεται στα επίσημα εθνικολογιστικά στοιχεία. Οι δαπάνες αυτές, αποτελούνται από τις επίσημες πληρωμές των νοικοκυριών για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών, από την συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών και από τις δαπάνες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, [8] καθώς και από μια σειρά από πρόσθετες άτυπες πληρωμές, οι οποίες συνιστούν το φαινόμενο της παραοικονομίας ή υπόγειας οικονομίας που παρατηρείται στον υγειονομικό μας τομέα. [9]

Οι παράτυπες αυτές δαπάνες, προκύπτουν από μια σειρά από οικονομικές δραστηριότητες που διαφεύγουν από την επίσημη καταμέτρηση και ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την ακύρωση της έννοιας της ασφάλισης, αφού μεταθέτουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους της περίθαλψης στα νοικοκυριά. [10] Υπενθυμίζουμε μάλιστα, πως η προσέγγιση του μεγέθους της παραοικονομίας μέσω της απόκλισης μεταξύ της ιδιωτικής κατανάλωσης των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας και των δηλωθέντων εισοδημάτων των επαγγελματιών υγείας, καταλήγει σε διαφορετικά αποτελέσματα, ανάλογα με τον τρόπο εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης υγείας.

Έτσι, ενώ η «αποδεκτή παραοικονομία» η οποία βασίζεται στα δεδομένα των Εθνικών Λογαριασμών για την ιδιωτική δαπάνη υγείας, υπολογίζεται για το 1994 σε 139 περίπου δις δραχμές, η «πραγματική παραοικονομία» η οποία

---

[7] Ίδιοι υπολογισμοί, βασισμένοι στα στοιχεία της ΕΣΥΕ (Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1981-82 και 1987-88).

[8] Οι δαπάνες αυτές, περιλαμβάνουν την πληρωμή της διαφοράς θέσης στα νοσοκομεία, την συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης και την συμμετοχή στο κόστος της διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων. Μπέσης Ν. (1993) *«Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας»* σελ. 80, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

[9] Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., Οικονόμου Μ. (1999) *«Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)»* σελ. 143-144, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

[10] Μπεαζόγλου Τ., Heffley D., Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Βέλτιστη δομή της αγοράς υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη : Ορισμένα συμπεράσματα για την υγειονομική μεταρρύθμιση»* σελ. 5-30, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τεύχ. 4 , τόμ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, Αθήνα.

βασίζεται ως προς το μέγεθος της ιδιωτικής κατανάλωσης για την υγεία στα αποτελέσματα της δειγματοληπτικής έρευνας των Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ, υπολογίζεται σε 269 περίπου δις δραχμές. Με δεδομένο όμως ότι το μέγεθος της παραοικονομικής δραστηριότητας πρέπει να ενσωματώνεται στην ιδιωτική δαπάνη υγείας, συμπεραίνουμε πως η ακριβέστερη εκτίμηση της τελευταίας, προκύπτει από τα στοιχεία των Οικογενειακών Προϋπολογισμών, αφού η τεχνική αυτή εξασφαλίζει υψηλότερο βαθμό ακρίβειας και αξιοπιστίας των δεδομένων. [11]

Σημειώνουμε πάντως πως ακόμη και με την χρήση των Οικογενειακών Προϋπολογισμών, προσεγγίζονται - με την έμμεση μέθοδο της απόκλισης δαπάνης και εισοδήματος - τα κατώτατα όρια της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα στη χώρα μας. [12] Τέλος, επισημαίνουμε πως παρά το γεγονός ότι ο κύριος όγκος των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατευθύνεται προς την ανοικτή περίθαλψη, σημαντικού μεγέθους παραοικονομικές δραστηριότητες συναντάμε και στην νοσοκομειακή περίθαλψη, αφού εκεί οι παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν προϋποθέσεις για την καταβολή πρόσθετων πληρωμών είναι περισσότεροι. [13]

Επομένως, με δεδομένη αφενός την διαπίστωση ότι η εκτίμηση των Εθνικών Λογαριασμών για την ιδιωτική δαπάνη υγείας στη χώρα μας υπολείπεται των πραγματικών μεγεθών και αφετέρου το γεγονός ότι τα υψηλά μεγέθη της παραοικονομίας - τα οποία πρέπει να συμπεριληφθούν στην ιδιωτική δαπάνη υγείας - συνάγονται με περισσότερη ακρίβεια από τα στοιχεία των Οικογενειακών Προϋπολογισμών, συμπεραίνουμε πως η δεύτερη μέθοδος, είναι καταλληλότερη για την ορθή αποτύπωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. [14]

Η ανάλυση λοιπόν που ακολουθεί σχετικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, βασίζεται στα υπό έκδοση στοιχεία της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ (1993-1994), κυρίως επειδή θεωρείται πως συμπεριλαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις άτυπες και αντιδεοντολογικές πληρωμές από τα νοικοκυριά. Σημειώνουμε, πως οι πληρωμές αυτές μας ενδιαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, αφού

---

[11] Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) *«Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα»* σελ. 288-291, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[12] Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομία και υπόγεια οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα»* σελ. 3-10, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα.

[13] Οι παράγοντες που συνδράμουν στην άτυπη συμμετοχή των χρηστών στην κλειστή περίθαλψη, είναι συνήθως η ασφαλιστική κάλυψη, το είδος του περιστατικού και ο χρόνος νοσηλείας, οι διαδικασίες που συνήθως απαιτούνται για την εξασφάλιση κλίνης, καθώς και η επίτευξη της ικανοποίησης των ασθενών. Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) υποσημ. 11, σελ. 291.

[14] Για να επιτύχουμε μάλιστα μεγαλύτερη ακρίβεια στην προσέγγιση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, μπορούμε να προβούμε σε αναγωγή των δεδομένων του αντιπροσωπευτικού δείγματος στον γενικό πληθυσμό, ενώ για να αποτυπώσουμε με ακρίβεια τις τάσσεις της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά συγκρίνοντας τα δεδομένα διαχρονικά, χρειάζεται απλά μια αναπροσαρμογή των τρεχουσών τιμών με βάση τον δείκτη τιμών του καταναλωτή για τον ιδιωτικό τομέα. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 184, 191, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

σηματοδοτούν την μετακύληση ενός σημαντικού βάρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους ιδιώτες, με συνέπεια την καταστρατήγηση της έννοιας της ισότητας στην υγεία. [15]

Τα στοιχεία τέλος που χρησιμοποιούνται, αναφέρονται στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών εκφρασμένες σε δραχμές και με την μορφή μηνιαίων μέσων όρων κατά νοικοκυριό και κατανέμονται σύμφωνα με βασικά κριτήρια ταξινόμησης των νοικοκυριών.

1.3. Προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών.

Η ζήτηση και η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας τόσο στη χώρα μας όσο και γενικότερα, αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές και πολιτιστικές μεταβολές που συντελέστηκαν τα τελευταία χρόνια, οι οποίες υπαγορεύουν έναν σύγχρονο τρόπο ζωής και συνθέτουν διαφορετικά καταναλωτικά πρότυπα. Η εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας η οποία συνέβαλε στην αύξηση του βιοτικού επιπέδου μέσα από την προαγωγή της πρόληψης, σε συνδυασμό με την αστικοποίηση, την μεταβολή στις παραγωγικές δομές και στην φύση της απασχόλησης και την σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, δημιούργησαν νέες ανάγκες υγείας. Ταυτόχρονα όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον επιδρά σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα παράγοντες όπως η εκπαίδευση, το επάγγελμα, οι οικογενειακές δομές κλπ., να θεωρούνται καθοριστικοί σε σχέση με την εκφρασμένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. [16]

Εκτός όμως από τους παραπάνω γενικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον όγκο αλλά και το επίπεδο της ζητούμενης φροντίδας υγείας, μπορούμε στην περίπτωση της χώρας μας να εντοπίσουμε και μια σειρά από ενδογενείς παράγοντες, που συντελούν στην διαμόρφωση των αναγκών υγείας, αλλά και των καταναλωτικών προτύπων γενικότερα.

Έτσι, το γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας, σε συνδυασμό με την μεταβολή του παραδοσιακού ρόλου της οικογένειας, την έντονη αστικοποίηση, τους σύγχρονους ρυθμούς ζωής καθώς και την αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, συνέβαλαν στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο του πληθυσμού, οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία και στις υπηρεσίες υγείας, οι όροι οργάνωσης του ασφαλιστικού συστήματος, η ταχεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η αύξηση του αριθμού των ιατρών και τα οργανωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας το οποίο παρουσιάζει έντονες

---

[15] Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1995) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η ευκαιρία – τομή για την άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα μας»* σελ. 17-20 (Ά μέρος), Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1995, Αθήνα.

[16] Για παράδειγμα θεωρείται πλέον δεδομένο πως τα άτομα υψηλού πολιτισμικού επιπέδου εκφράζουν ζήτηση κυρίως για προληπτικές – πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με τα άτομα χαμηλότερου πολιτισμικού επιπέδου, τα οποία στρέφονται κυρίως προς την νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Γείτονα Μ. , Κυριόπουλος Γ. , Καραλής Γ. (1997) *«Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα»* σελ. 285, στο Κυριόπουλος Γ. , Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»* Θεμέλιο, Αθήνα.

αδυναμίες κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αιτιολογούν την μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα μας.

Ενδεικτικά αναφέρουμε, πως οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών παρουσιάζουν τις δύο τελευταίες δεκαετίες σημαντική αύξηση σε σχέση με την συνολική ιδιωτική κατανάλωση, αφού το σχετικό ποσοστό κυμαίνεται από 4,8% το 1974 σε 7,9% το 1994. [17] Γενικότερα, σχετικά με την ροπή προς την κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και την μεταβολή της συνολικής καταναλωτικής συμπεριφοράς στα πλαίσια της Ελληνικής οικογένειας κατά το διάστημα 1981 - 1993 (πίνακας 3.1.1.) παρατηρούμε τα παρακάτω :

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.1. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΑΓΟΡΩΝ ΤΩΝ 9 ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΓΑΘΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (1982-1994)

ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΕΡΕΥΝΑ 1981-1982		ΕΡΕΥΝΑ 1987-1988		ΕΡΕΥΝΑ 1993-1994	
	ΑΞΙΑ	%	ΑΞΙΑ	%	ΑΞΙΑ	%
ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	16.109	33,9	41.231	29,9	80.774	27,8
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΟΣ	1.381	2,9	4.640	3,4	10.474	3,6
ΕΙΔΗ ΕΝΔΥΣΕΩΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΗΣΕΩΣ	6.253	13,1	19.766	14,3	30.823	10,6
ΣΤΕΓΑΣΗ - ΥΔΡΕΥΣΗ	5.513	11,6	14.081	10,2	34.339	11,9
ΔΙΑΡΚΗ ΑΓΑΘΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΧΡΗΣΕΩΣ	4.625	9,7	12.487	9,1	24.210	8,4
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟΣ	3.045	6,4	10.044	7,3	22.855	7,9
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΜΟΡΦΩΣΗ - ΑΝΑΨΥΧΗ	2.745	5,8	9.346	6,8	20.869	7,2
ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ	5.422	11,4	16.040	11,6	42.786	14,7
ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΓΑΘΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	2.486	5,2	10.261	7,4	23.014	7,9
ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ	**47.579**	**100**	**137.896**	**100**	**290.144**	**100**

Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών" 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).

i)Σύμφωνα με την Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1981-82, την πρώτη θέση των μηνιαίων δαπανών των νοικοκυριών την κατέχουν τα είδη διατροφής (16.109 δρχ., 33,9%), ενώ ακολουθεί, με μεγάλη ποσοστιαία απόκλιση, η κατηγορία των ειδών ενδύσεως και υποδήσεως (6.253 δρχ., 13,1%). Στην συνέχεια, έχουμε τις δαπάνες για στέγαση και ύδρευση (5.513 δρχ., 11,6%) και αμέσως μετά τις δαπάνες για μεταφορές και επικοινωνίες (5.422 δρχ., 11,4%). Η υγεία και ο ατομικός ευπρεπισμός, βρίσκονται στην 6η θέση (3.045 δρχ., 6,4%).

ii)Από την αντίστοιχη έρευνα του 1987-88, προκύπτει μια μεταβολή στις υψηλές δαπάνες των νοικοκυριών, έτσι ώστε η διαφορά μεταξύ της δαπάνης για τρόφιμα και αυτής για είδη ενδύσεως και υποδήσεως, να μειώνεται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι δύο κατηγορίες δαπανών, ακολούθησαν αντίθετη

[17] Η αύξηση προκύπτει από ίδιους υπολογισμούς που βασίζονται στα στοιχεία των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1974 και του 1993-84 και αφορά στην κατηγορία «υγεία και ατομικός ευπρεπισμός». Αντίστοιχη πάντως είναι και η μεταβολή που αφορά αποκλειστικά στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, αφού ενδεικτικά το ποσοστό της κατανάλωσης για ιατρική περίθαλψη αυξήθηκε από 2,44% της συνολικής ιδιωτικής κατανάλωσης των νοικοκυριών στις αρχές της δεκαετίας του '60, σε 5,13% στα τέλη της δεκαετίας του '80. Βλ. Γείτονα Μ., Ανδρουτσόπουλος Δ., Δρίζη Μ., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Η ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας : μετρήσεις και εξελίξεις 1957-1988»* σελ. 63-68, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 4, τεύχ. 2, Θεσσαλονίκη.

πορεία, με αποτέλεσμα το ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών για είδη διατροφής να μειωθεί στο 29,9% , την στιγμή που η κατηγορία των ειδών ενδύσεως και υποδήσεως, παρουσίαζε άνοδο στο 14,3 %. Αξιοσημείωτη είναι και η αντιστροφή που παρατηρείται - πάντα σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα - στην ιεράρχηση μεταξύ των δαπανών στέγασης και ύδρευσης και των αντίστοιχων για μεταφορές και επικοινωνίες . Συγκεκριμένα οι τελευταίες είναι πλέον τρίτες με ποσοστό επί του συνόλου 11,6 % , ενώ οι δαπάνες στέγασης και ύδρευσης είναι τέταρτες με ποσοστό 10,2 %. Η υγεία, παραμένει στην 6η θέση, παρουσιάζοντας όμως αύξηση κατά μία ποσοστιαία μονάδα (7,3%). Η αυξητική αυτή πορεία, είναι συνάρτηση κυρίως της αναβάθμισης του βιοτικού επιπέδου, καθώς και της ευρύτερης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, πάνω σε θέματα υγείας.

iii) Η τελευταία Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1993-94), παρουσιάζει ιδιαίτερες ανακατατάξεις στην ιεράρχηση των δαπανών των νοικοκυριών. Συγκεκριμένα, τα είδη ενδύσεως και υποδήσεως βρίσκονται πλέον στην τέταρτη θέση (πτώση πάνω από τρεις ποσοστιαίες μονάδες, ποσοστό 10,6 %) και την δεύτερη θέση καταλαμβάνουν οι δαπάνες για μεταφορές και επικοινωνίες οι οποίες παρουσιάζουν σημαντική αύξηση πάνω από τρεις ποσοστιαίες μονάδες (14,7 %). Σημαντική κι εδώ θέση έχουν οι δαπάνες στέγασης και ύδρευσης (τρίτη κατά σειρά κατηγορία δαπανών με ποσοστό 11,9 % και επιστροφή στα επίπεδα του 1981/82), όπως επίσης και οι δαπάνες για είδη διατροφής οι οποίες παραμένουν στην πρώτη θέση με ποσοστό 27,8%, παρουσιάζουν όμως αισθητή μείωση κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες από το 1987/88 και κατά 6 ποσοστιαίες μονάδες από το 1981/82. Οι δαπάνες υγείας παραμένουν στην έκτη θέση (ποσοστό 7,9%) , συνεχίζοντας όμως την αυξητική τους πορεία , η οποία μπορεί να αποδοθεί στην μεγάλη αύξηση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας κατά το διάστημα αυτό, καθώς επίσης και στην ανάπτυξη της αγοράς των ιδιωτικών ασφαλίσεων ζωής και υγείας, οι οποίες προώθησαν αισθητά τις διαθέσιμες για την υγεία ιδιωτικές δαπάνες.

Όσο αφορά στην ανάλυση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών ανά υποομάδα δαπάνης (πίνακας 3.1.2.), η ιατρική περίθαλψη κατέχει πάνω από το μισό της συνολικής δαπάνης για υγεία, φαινόμενο το οποίο παρατηρείται και επιβεβαιώνεται και στις τρεις έρευνες, αλλά και σε όλες τις κατηγορίες περιοχών. Σ' αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να διευκρινιστεί πως στην ιατρική περίθαλψη συμπεριλαμβάνονται αμοιβές ιατρών κάθε ειδικότητας, οδοντιάτρων (για τις έρευνες 1981/82 και 1987/88), νοσοκόμων, φυσιοθεραπευτών και άλλων ασχολούμενων με παραϊατρικά επαγγέλματα, καθώς και οι δαπάνες σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων.

Από την απομόνωση των δαπανών για υπηρεσίες οδοντιάτρων στην έρευνα του 1993/94, προκύπτει ότι οι δαπάνες αυτές αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών για ιατρική περίθαλψη, ενώ απορροφούν και το μεγαλύτερο τμήμα των συνολικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών (ποσοστό 1993/94 34,32 %). Αυτό μπορεί σε μεγάλο βαθμό να θεωρηθεί αποτέλεσμα της εξαίρεσης των δαπανών αυτών από τις υπηρεσίες των ασφαλιστικών οργανισμών, αλλά και της ραγδαίας αύξησης των οδοντιάτρων, το μεγαλύτερο ποσοστό των οποίων ασκεί όπως προαναφέραμε, ιδιωτική ιατρική. Ακολουθούν οι δαπάνες για ιατρική περίθαλψη - εκτός οδοντιάτρων - με ποσοστό 27,92 %, οι

οποίες μαζί με τις δαπάνες για υπηρεσίες οδοντιάτρων, απορροφούν το 62,24 % της συνολικής δαπάνης υγείας των νοικοκυριών.

Οι δαπάνες για φάρμακα στις οποίες περιλαμβάνονται φαρμακευτικές συσκευές και άλλα φαρμακευτικά είδη (πχ. γυαλιά μυωπίας, ακουστικά, τεχνητά μέλη, επίδεσμοι, αναπηρικά καροτσάκια κλπ) βρίσκονται στην τρίτη θέση των συνολικών δαπανών υγείας με βάση τα αποτελέσματα και των τριών ερευνών (σε περίπτωση απομόνωσης των δαπανών για οδοντιατρική φροντίδα από τις δαπάνες για ιατρική περίθαλψη). Ειδικότερα, το ποσοστό των δαπανών των νοικοκυριών για φάρμακα ήταν το 1981/82 19,46 % της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης, το 1987/88 παρουσίασε μια μικρή πτώση (ποσοστό 17,16 %), ενώ το 1993/94, το αντίστοιχο ποσοστό αυξήθηκε στο 21,59 %.

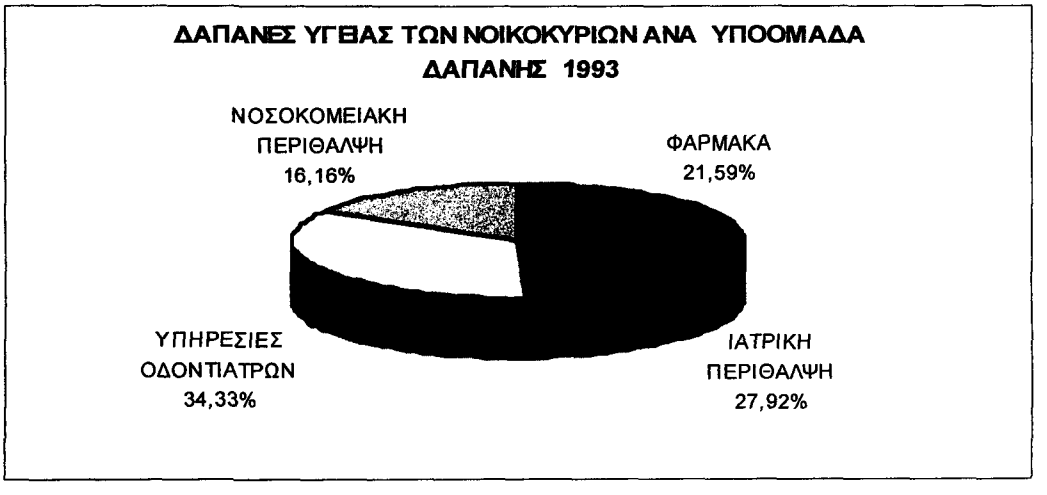
Οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης τέλος, περιλαμβάνουν δαπάνες νοσηλείων, εξετάσεων, φαρμάκων κ.λ.π. σε νοσοκομεία και κλινικές και βρίσκονται σταθερά στην τελευταία θέση των συνολικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών, καταλαμβάνοντας ποσοστό 17,16%, 15% και 16,16 % για τις έρευνες του 1981/82, του 1987/88 και του 1993/94 αντίστοιχα. Η μικρή σχετικά ιδιωτική δαπάνη για νοσηλευτικές υπηρεσίες, αιτιολογείται από τον περιορισμό της δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα στην δευτεροβάθμια περίθαλψη και από την αύξηση των δημοσίων κλινών στα πλαίσια του ΕΣΥ. Ακόμη, προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να θεωρηθεί ότι συμβάλλει και η σχετικά ελλιπής υποδομή των ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων ως προς την αντιμετώπιση βαρέων περιστατικών, με αποτέλεσμα αυτά να αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο στα δημόσια νοσοκομεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.2. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΥΠΟΟΜΑΔΑ ΔΑΠΑΝΗΣ 1981-82, 1987-88, 1993-94).

ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΕΡΕΥΝΑ 1981/82		ΕΡΕΥΝΑ 1987/88		ΕΡΕΥΝΑ 1993/94	
	ΔΑΠΑΝΗ	%	ΔΑΠΑΝΗ	%	ΔΑΠΑΝΗ	%
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	19,46%	1.215	17,16%	3.548	21,59%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	*	*	*	*	4.588	27,92%
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	*	*	*	*	5.641	34,32%
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	1.459	63,38%	4.804	67,83%	10.229	62,24%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	17,16%	1.063	15%	2.656	16,16%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ	**2.302**	**100%**	**7.082**	**100%**	**16.433**	**100%**

*στις έρευνες του 1981/82 και 1987/88 οι δαπάνες για υπηρεσίες οδοντιάτρων συμπεριλαμβάνονταν στις δαπάνες για ιατρική περίθαλψη.

Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών" 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).



Συνοψίζοντας, οι δαπάνες υγείας ακολουθούν διαχρονικά από το 1981 μια ανοδική πορεία, αυξάνοντας σταδιακά την ποσοστιαία συμμετοχή τους στο σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας αφορά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και ειδικότερα, στις υπηρεσίες οδοντιάτρων και άλλων ιατρών. Ακολουθούν οι δαπάνες για φάρμακα, ενώ σχετικα περιορισμένες είναι οι δαπάνες για νοσοκομειαή περίθαλψη. Η αύξηση αυτή της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, υπαγορεύεται τόσο από παράγοντες που σχετίζονται με την προσφορά των υπηρεσιών [18] και τους προσανατολισμούς της δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα υγείας, όσο και από τις παραμέτρους που διαμορφώνουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά, με επιβάρυνση των οικογενειακών εισοδημάτων.

Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε πως για την προσέγγιση των παραγόντων που καθορίζουν την πορεία των ιδιωτικών δαπανών υγείας από την πλευρά της ζήτησης, απαιτείται μια ανάλυση των κυριότερων στοιχείων που συνθέτουν τους φορείς της ιδιωτικής αυτής κατανάλωσης, δηλαδή τα νοικοκυριά.[19] Συνεπώς, τα τελευταία αναλύονται στα πλαίσια της παρούσας μελέτης με κριτήρια γεωγραφικά, οικονομικά (κλιμάκια αγορών) και επαγγελματικά, καθώς και με βάση διάκρισης τον αριθμό ή την ηλικία των μελών τους, σε μια προσπάθεια εξήγησης της ροπής προς την ιδιωτική κατανάλωση υγείας, η οποία παρατηρείται τα τελευταία χρόνια.

1.3.1. Δαπάνες υγείας και γεωγραφική περιφέρεια.

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας τα τελευταία χρόνια, είναι όπως αναφέραμε η υψηλή ιδιωτική συμμετοχή στις δαπάνες υγείας, η οποία είναι αποτέλεσμα της αύξησης της ζήτησης για

[18] Στους παράγοντες που επηρεάζουν αυξητικά την ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, περιλαμβάνονται εκτός από την αύξηση των ιατρών και των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και οι υφιστάμενες ελλείψεις και αδυναμίες των δημόσιων υπηρεσιών. Οι κυριότερες από αυτές, αφορούν στα διάφορα οργανωτικά και διαρθρωτικά προβλήματα των δημόσιων νοσοκομείων, στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, στην γραφειοκρατική δυσκαμψία του συστήματος παραπομπών σε διαγνωστικές εξετάσεις, στις ελλείψεις των δημόσιων θεραπευτηρίων σε υποδομή και τεχνολογικό εξοπλισμό και τελικά στην έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού προς τον δημόσιο τομέα υγείας. Επιπρόσθετα, ενισχυτικός παράγοντας της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, θεωρείται η πρακτική του ιατρικού σώματος να προβαίνει πολλές φορές σε ιατρικές πράξεις και να παραπέμπει σε εργαστηριακές εξετάσεις που δεν είναι απαραίτητες, δημιουργώντας έτσι προκλητή ζήτηση.

[19] Στα πλαίσια των Ερευνών των Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ - από τις οποίες αντλούνται και τα περισσότερα στοιχεία του συγκεκριμένου τμήματος της παρούσας μελέτης - το νοικοκυριό ως μονάδα έρευνας και ανάλυσης αποτελείται από : α)ένα άτομο που ζει μόνο του σε μια κατοικία, ή β)μια ομάδα συγγενικών ή μη ατόμων, που ζουν στην ίδια κατοικία και προμηθεύονται από κοινού τα απαραίτητα για την συντήρησή τους. Επίσης, ως δαπάνες θεωρούνται οι αξίες σε χρήμα των αγαθών και των υπηρεσιών που αγοράζει το νοικοκυριό ή παίρνει σε είδος για να καλύψει τις οικογενειακές του ανάγκες και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις. Σημειώνουμε πως η τελευταία Έρευνα (Οκτώβριος 1993 – Σεπτέμβριος 1994), βασίστηκε σε δείγμα 6.756 νοικοκυριών σε όλη την Ελλάδα, ενώ τα αποτελέσματα ως προς τις δαπάνες για τα επί μέρους αγαθά και υπηρεσίες, εμφανίζονται ως μηνιαίοι μέσοι όροι κατά νοικοκυριό και έχουν υπολογιστεί για το σύνολο των νοικοκυριών - τα οποία κατανεμήθηκαν με κριτήριο την αστικότητα και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά τους - ανεξάρτητα αν όλα τα νοικοκυριά πραγματοποίησαν ή όχι τη συγκεκριμένη δαπάνη. Βλ. ΕΣΥΕ (1996) *«Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1993-1994»* Πρόλογος (υπό έκδοση), Αθήνα.

ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας από τα νοικοκυριά. Με δεδομένο μάλιστα το ότι η αυξητική πορεία των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών, συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τις αδυναμίες του δημόσιου τομέα - ιδιαίτερα σε περιφερειακό επίπεδο - να καλύψει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, θα επιχειρήσουμε μια εκτίμηση των περιφερειακών διαφορών στην κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αναλύοντας τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών με κριτήριο την γεωγραφική περιοχή εγκατάστασής τους. Με τον τρόπο αυτό διερευνάται η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και ταυτόχρονα αξιολογείται η επάρκεια των δημοσίων υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας.

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, διερευνάται ο βαθμός επιρροής διαφόρων παραμέτρων στην διαμόρφωση των περιφερειακών διαφορών στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, όπως οι υγειονομικές ανάγκες, το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης και η προσφορά – διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Σημειώνουμε ότι η ανάλυση των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων στην ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά, ξεκινά με βάση την γενικότερη διάκριση των περιοχών σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές και επεκτείνεται στην ανάλυση κατά αναπτυξιακές περιφέρειες.

Ξεκινώντας από την κατηγορία της περιοχής στην οποία είναι εγκατεστημένα τα νοικοκυριά (πίνακας 3.1.3.), βλέπουμε κατ' αρχήν ότι μόνο οι μηνιαίες δαπάνες υγείας στις αστικές περιοχές - κατά μέσο όρο - υπερβαίνουν τις αντίστοιχες του συνόλου των νοικοκυριών της χώρας και κατά συνέπεια οι δαπάνες στις περιοχές αυτές, ασκούν αυξητικές πιέσεις στο σύνολο των δαπανών υγείας. Το φαινόμενο αυτό μάλιστα, επιβεβαιώνεται και από τις τρεις Έρευνες των Οικογενειακών Προϋπολογισμών, σύμφωνα με τις οποίες οι δαπάνες υγείας στις αστικές περιοχές, υπερβαίνουν τον μέσο όρο της χώρας κατά 10,7%, 12,6% και 3,6% για τις περιόδους 1981/82, 1987/88 και 1993/94 αντίστοιχα. Η μείωση αυτή της υπέρβασης υπέρ των αστικών περιοχών τα τελευταία χρόνια, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση της προσφοράς ιδιωτικών υπηρεσιών στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, καθώς και στην βελτίωση της πληροφόρησης γύρω από θέματα υγείας, η οποία μεταφράστηκε σε αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων τω νοικοκυριών στις περιφέρειες αυτές.

Αναλύοντας επί μέρους τις περιοχές που χαρακτηρίζονται στις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών ως Αστικές, βλέπουμε πως πάνω από τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών βρίσκεται η περιοχή της πρωτεύουσας, στην οποία οι δαπάνες υγείας υπερβαίνουν τις αντίστοιχες στο σύνολο της χώρας, κατά ποσοστό 29,3%, 31,2% και 15,4% για τις περιόδους 1981/82, 1987/88 και 1993/94 αντίστοιχα. Αντίθετα, η περιφέρεια της Θεσσαλονίκης παρουσιάζει χαμηλότερη δαπάνη σε σχέση με τον μέσο όρο των αστικών περιοχών αλλά και σε σύγκριση με τον μέσο όρο για το σύνολο της χώρας, από τον οποίο υπολείπεται κατά 26,3%, 4,2% και 28,1%, για τις περιόδους 1981/82, 1987/88 και 1993/94 αντίστοιχα.

Οι ημιαστικές περιοχές, βρίσκονται περίπου στο επίπεδο του μέσου όρου των δαπανών υγείας όλων των νοικοκυριών στα πλαίσια και των τριών ερευνών, ενώ για τις αγροτικές περιοχές, παρατηρούμε πως σύμφωνα με τις έρευνες του 1981/82 και του 1987/88 βρίσκονται αισθητά κάτω από τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών και συγκεκριμένα υπολείπονται απ' αυτόν κατά ποσοστό 21,2% για το 1981/82 και 31,5% για το 1987/88. Αξιοσημείωτη όμως,

είναι η αύξηση που διαπιστώνεται στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στις αγροτικές περιοχές κατά την έρευνα του 1993/94, από την οποία προκύπτει μια τάση προσέγγισης του επιπέδου όλων των περιοχών της χώρας (διαφορά 7,8%), επιβεβαιώνοντας τον σημαντικό ρόλο της πληροφόρησης των νοικοκυριών πάνω σε θέματα υγείας, αλλά και της αύξησης της αναλογίας ιατρών και πληθυσμού, η οποία επισημάνθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.3. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗΣ	1981/82	1987/88	1993/94
ΑΣΤΙΚΕΣ			
ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ	**2.977**	**9.293**	**18.977**
ΦΑΡΜΑΚΑ	506	1.482	4.047
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.911	6.339	4.984
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.955
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	560	1.472	3.991
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	**1.696**	**6.782**	**11.814**
ΦΑΡΜΑΚΑ	393	1.193	2.968
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.071	4.681	2.908
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.051
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	232	905	1.887
ΛΟΙΠΕΣ ΑΣΤΙΚΕΣ	**2.129**	**6.180**	**15.669**
ΦΑΡΜΑΚΑ	394	1.244	3.408
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.347	3.982	4.178
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			6.655
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	388	954	1.428
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΤΙΚΩΝ	**2.550**	**7.979**	**17.029**
ΦΑΡΜΑΚΑ	457	1.368	3.675
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.628	5.378	4.467
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.970
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	465	1.233	2.917
ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ	**2.182**	**6.929**	**15.713**
ΦΑΡΜΑΚΑ	404	1.110	2.964
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.510	4.653	4.935
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.222
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	268	1.166	2.592
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ	**1.812**	**4.850**	**15.150**
ΦΑΡΜΑΚΑ	445	867	3.478
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.078	3.396	4.755
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.943
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	289	587	1.974
ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	**2.302**	**7.082**	**16.433**
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1.215	3.548
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.459	4.804	4.588
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	1.063	2.656

Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών" 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).

Εμβαθύνοντας περισσότερο στην περιφερειακή διάσταση του μεγέθους των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών, θα εξετάσουμε τις τελευταίες ανάλογα με την Υπηρεσία Περιφερειακής Ανάπτυξης στην οποία είναι εγκατεστημένα τα νοικοκυριά (πίνακας 3.1.4.). Με βάση λοιπόν την ανάλυση των δαπανών υγείας ανά ΥΠΑ, διαπιστώνουμε πως για όλο το υπό εξέταση διάστημα (1981-1994), ο μεγαλύτερος μέσος όρος εμφανίζεται στα νοικοκυριά της περιοχής της Ανατολικής Στερεάς και Νήσων. Ομοίως, η έρευνα του 1993/94 δείχνει πώς ο μέσος όρος δαπανών υγείας για την εν λόγω περιφέρεια παραμένει αρκετά υψηλός (18.675) και υπερβαίνει τον αντίστοιχο μέσο όρο όλων των νοικοκυριών (16.433), κατά 13,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.4. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΥΠΑ			
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981/82	1987/88	1993/94
Ανατ. Στερεάς & Νήσων (1)	**2.774**	**8.929**	**18.675**
ΦΑΡΜΑΚΑ	475	1.463	3.795
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.781	5.967	5.053
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.959
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	518	1.499	3.868
Κέντρ. & Δυτ. Μακεδονίας (2)	**1.963**	**6.541**	**12.222**
ΦΑΡΜΑΚΑ	407	1.171	2.534
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.329	4.639	3.622
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.606
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	227	731	1.460
Πελοποννήσου & Δυτ. Στερεάς (3)	**2.039**	**5.534**	**16.988**
ΦΑΡΜΑΚΑ	472	839	5.041
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.181	4.057	6.084
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.397
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	386	638	1.466
Θεσσαλίας	**2.426**	**4.432**	**12.923**
ΦΑΡΜΑΚΑ	419	651	3.052
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.693	3.255	3.617
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.012
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	314	526	1.242
Ανατολικής Μακεδονίας (4)	**1.451**	**3.557**	**13.291**
ΦΑΡΜΑΚΑ	441	817	2.938
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	889	2.360	4.365
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.259
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	121	380	729
Κρήτης	**1.537**	**7.722**	**15.110**
ΦΑΡΜΑΚΑ	382	1.267	3.149
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	827	5.572	4.154
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.391
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	328	883	2.416
Ηπείρου (5)	**1.648**	**4.260**	**17.658**
ΦΑΡΜΑΚΑ	193	854	3.049
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.202	2.112	3.134
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			8.719
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	253	1.294	2.756
Θράκης	**2.116**	**4.012**	**13.936**
ΦΑΡΜΑΚΑ	517	1.366	2.771
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.004	2.289	2.385
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			7.894
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	595	357	886
Νήσων Ανατολικού Αιγαίου (6)	**1.775**	**6.160**	**18.825**
ΦΑΡΜΑΚΑ	620	1.253	3.911
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	903	3.840	4.920
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			6.552
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	252	1.067	3.442
ΟΛΕΣ ΟΙ ΥΠΑ	**2.302**	**7.082**	**16.433**
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1.215	3.548
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.459	4.804	4.588
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	1.063	2.655
(1) Περιλαμβάνει τους Νομούς Στερεάς Ελλάδας (πλην του Νομού Αιτωλοακαρνανίας) και Κυκλάδων.			
(2)Περιλαμβάνει τους Νομούς της Μακεδονίας, πλην των Νομών της Ανατολικής Μακεδονίας, βλ. (4)			
(3)Περιλαμβάνει την Πελοπόννησο και τους νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Ζακύνθου κα Κεφαλλονιάς.			
(4)Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Καβάλας και Σερρών.			
(5)Περιλαμβάνει την Ήπειρο και τους Νομούς Κέρκυρας και Λευκάδας.			
(6)Περιλαμβάνει τα Νησιά Αιγαίου πλην του Νομού Κυκλάδων.			
Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών προϋπολογισμών" 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).			

Φυσικά, ο υψηλός μέσος όρος που εμφανίζει η συγκεκριμένη περιφέρεια, οφείλεται στον νομό Αττικής και ειδικότερα στην περιοχή της πρωτεύουσας, όπου παρατηρείται μια υψηλή συγκέντρωση πόρων υγείας, η οποία με την σειρά της αναδεικνύεται σε καθοριστικό παράγοντα στην διαμόρφωση της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Ειδικά μάλιστα για την αναλογία

ιατρών και πληθυσμού, έχει επισημανθεί [20] η θετική συσχέτιση με το ύψος της συνολικής κατά κεφαλή δαπάνης υγείας, η οποία όπως αναμενόταν είναι πιο έκδηλη σε σχέση με τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης. Η αυξημένη δαπάνη υγείας των νοικοκυριών στην περιφέρεια της Αθήνας, επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες η περιφέρεια αυτή παρουσιάζει την υψηλότερη κατά κεφαλή δαπάνη υγείας τόσο συνολικά, όσο και σε κάθε επιμέρους κατηγορία. [21]

Αντίθετα, με βάση τα στοιχεία και των τριών ερευνών, στην περιφέρεια της Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας, στην οποία εντάσσεται το δεύτερο μεγάλο αστικό κέντρο της χώρας (Θεσσαλονίκη), παρατηρούμε εντελώς διαφορετικά χαρακτηριστικά. Έτσι, η περιφέρεια αυτή παρουσιάζει για το 1981-82 μια χαμηλή κατά μέσο όρο δαπάνη υγείας, η οποία είναι μικρότερη όχι μόνο από το μέσο όρο της χώρας (κατά 14,7%), αλλά και από εκείνη αρκετών περιφερειών. Αντίθετα, τα επόμενα χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση, [22] χωρίς όμως και πάλι να προσεγγίζεται ο εθνικός μέσος όρος. Έτσι, ενώ η περιφέρεια της Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας παρουσίασε το 1987-88 την 3η υψηλότερη δαπάνη μετά από εκείνη της Αθήνας και της Κρήτης, το 1993-94, υποχώρησε σημαντικά, φθάνοντας στην τελευταία θέση της σχετικής κλίμακας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μεταβολές που συντελέστηκαν διαχρονικά και στις υπόλοιπες περιφέρειες. Ειδικότερα, μετά την περιφέρεια της Ανατολικής Στερεάς και Νήσων, ακολουθεί για το 1981/82 αυτή της Θεσσαλίας, ενώ για το 1987/88 η περιφέρεια της Κρήτης, η οποία στην προηγούμενη έρευνα παρουσίαζε έναν από τους μικρότερους μέσους όρους. Αντίθετα, μεταξύ 1981-1988, παρατηρούμε μια τεράστια αύξηση των δαπανών υγείας στα νοικοκυριά της εν λόγω περιφέρειας, η οποία σε σταθερές τιμές ήταν υπερ-εξαπλάσια από αυτή που σημειώθηκε σε όλη την χώρα, φθάνοντας το 91,2%, ενώ ειδικότερα για την ιατρική περίθαλψη, το αντίστοιχο ποσοστό είναι 156,5%. Με δεδομένο ότι η αύξηση της περιόδου 1981-1988 ήταν ιδιαίτερα μεγάλη και ίσως χρήζει λεπτομερέστερης ανάλυσης, αιτιολογείται σε κάποιο βαθμό και η συγκράτηση των δαπανών που παρατηρείται τα χρόνια που ακολούθησαν, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την υποχώρηση - σύμφωνα με την έρευνα του 1993-94 - της περιφέρειας της Κρήτης, στην 5η θέση της σχετικής κλίμακας και κάτω από τον εθνικό μέσο όρο (15.110 έναντι 16.433).

Σχετικά με την περιφέρεια της Θεσσαλίας, ενώ όπως προαναφέραμε σύμφωνα με την έρευνα του 1981-82, βρίσκονταν στην 2η θέση ως προς τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, τα επόμενα χρόνια παρουσιάζει

---

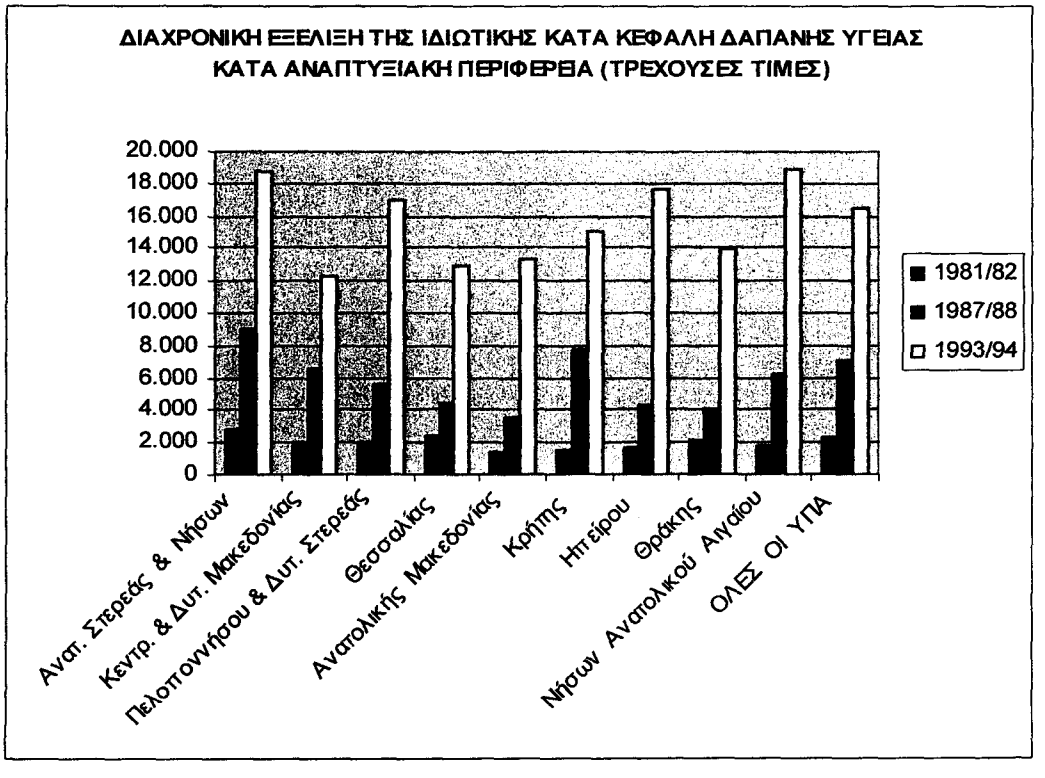
[20] Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994) *«Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 181, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

[21] Σύμφωνα με την παραπάνω αντίστοιχη μελέτη των Ζηλίδη - Φιλαλήθη, στην περιφέρεια των Αθηνών η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας παρουσιάζει μεταξύ 1981-1988 την υψηλότερη τιμή της χώρας, υπερβαίνοντας τον εθνικό μέσο όρο κατά 40,4% (1981-82) και 38,9% (1987-88), ενώ η υπέρβαση για τις επιμέρους δαπάνες υγείας κυμαίνεται μεταξύ 23% και 54%. Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994), βλ. υποσ. 20, σελ. 171-182.

[22] Ειδικά για την Θεσσαλονίκη, επισημαίνουμε πως μεταξύ 1981 και 1988, παρουσιάζει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό αύξησης σε όλη την χώρα, φθάνοντας συνολικά σε σταθερές τιμές το 44,6%, ενώ μεμονωμένα για τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης, το 58,1%. Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994), βλ. υποσ. 20, σελ. 179.

αισθητή μείωση και υπολείπεται του εθνικού μέσου όρου κατά 37,4% και 21,3% για το 1987-88 και το 1993-94 αντίστοιχα.

Αξιοσημείωτη αύξηση παρατηρούμε στην περιφέρεια του Ανατολικού Αιγαίου, η οποία ενώ στις δύο πρώτες έρευνες βρίσκεται κάτω από τον εθνικό μέσο όρο, σύμφωνα με την έρευνα του 1993-94 τον υπερβαίνει κατά 14,5%, παρουσιάζοντας μάλιστα τον υψηλότερο μέσο όρο σε σύγκριση με τις υπόλοιπες περιφέρειες. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, βρίσκουμε τις περιφέρειες της Ανατολικής Μακεδονίας και της Θράκης, οι οποίες παρουσιάζουν για όλο το διάστημα που εξετάζουμε ιδιαίτερα χαμηλή κατά κεφαλή δαπάνη υγείας, η οποία υπολείπεται πάντα από τον εθνικό μέσο όρο. Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε πως η αναλογία ιατρών και πληθυσμού στην περιφέρεια της Θράκης, είναι μία από τις χαμηλότερες σε όλη την χώρα, ενώ είναι γνωστά και τα προβλήματα ανάπτυξης που παρουσιάζει η συγκεκριμένη περιοχή. [23]



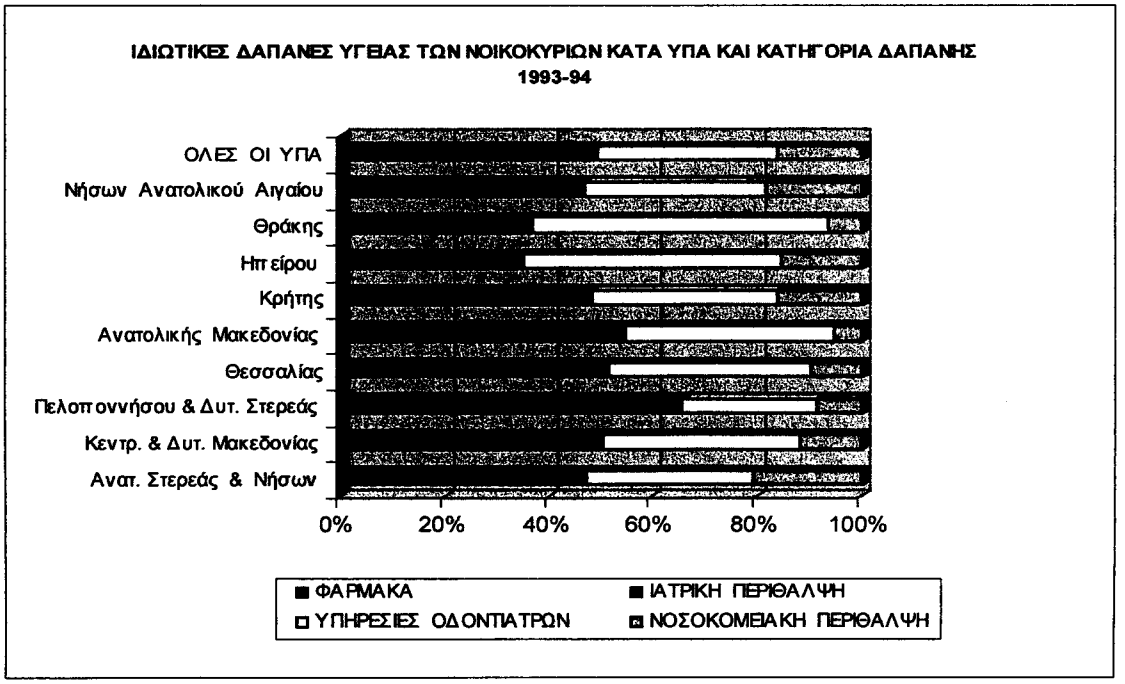
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει και η περιφέρεια της Ηπείρου, αφενός επειδή εμφανίζει για το διάστημα 1987-1994 ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα να φθάσει από την 7η θέση το 1981-82 και το 1987-88, στην 3η θέση το 1993-94 υπερβαίνοντας τον εθνικό μέσο όρο κατά 7,45% και αφετέρου γιατί επιδεικνύει για το 1987-88 αντίθετες τάσεις στα επιμέρους μεγέθη, οι οποίες όμως εξομαλύνονται τα τελευταία χρόνια.

[23] Για τα αναπτυξιακά προβλήματα της περιφέρειας της Θράκης, βλ. ενδεικτικά την εισήγηση του Ν. Κουκουράβα *«Θράκη η μεγάλη γη»* στα Πρακτικά του Διεθνούς Συνεδρίου του Συνδέσμου Ελλήνων Περιφερειολόγων : *«Παραμεθόριες Περιοχές. Ανάπτυξη - Δημιουργία απασχόλησης - Διασυνοριακή συνεργασία»* σελ. 383-387, Αθήνα 1995, όπου γίνεται αναφορά στην περιορισμένης αποδοτικότητας περιφερειακή πολιτική που ασκήθηκε στην περιοχή και που οδήγησε, στο μειωμένο επενδυτικό ενδιαφέρον, στους χαμηλούς αναπτυξιακούς δείκτες και στην χαμηλή παραγωγικότητα σε όλους τους τομείς παραγωγής.

Συγκεκριμένα, ενώ για το σύνολο της χώρας κατά το 1987-88, το ποσοστό των δαπανών ιατρικής περίθαλψης στο σύνολο των ιδιωτικών δαπανών υγείας ήταν 67,8%, το αντίστοιχο ποσοστό στην Ήπειρο ήταν 49,5%, ενώ για την φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, τα αντίστοιχα μεγέθη ήταν 17,1% έναντι 20% και 15% έναντι 30,3%. Ενώ λοιπόν για το 1987-88 παρατηρούμε στην συγκεκριμένη περιφέρεια υψηλά ποσοστά δαπανών για φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη σε σύγκριση με τα αντίστοιχα μεγέθη για το σύνολο της χώρας, κατά την έρευνα του 1993-94, η Ήπειρος φαίνεται να προσεγγίζει τα εθνικά ποσοστά. Έτσι, για το σύνολο της χώρας, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν κατά 62,3% ιατρική περίθαλψη, κατά 21,6% φαρμακευτική περίθαλψη και κατά 16,1% νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ τα αντίστοιχα μεγέθη στην Ήπειρο είναι 67,2%, 17,2% και 15,6%.

Τέλος, διαπιστώνουμε πως στις περισσότερες περιοχές και σύμφωνα και με τις τρεις έρευνες, το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών αντιστοιχεί σε υπηρεσίες οδοντιάτρων και κατά δεύτερο σε υπηρεσίες ιατρών, ενώ οι δαπάνες για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη, είναι σχετικά χαμηλότερες. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στην αντίστοιχη βελτίωση των παροχών του δημόσιου τομέα και ειδικότερα στην επέκταση της δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και στην ανάπτυξη της νοσοκομειακής υποδομής του ΕΣΥ, που συντελέστηκαν κατά την υπό εξέταση περίοδο.

Αντίθετα, η μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών ιατρικής περίθαλψης που συντελέστηκε με διαβαθμίσεις στις περισσότερες περιοχές, είχε σαν αποτέλεσμα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να απορροφά το 1993-94 ποσοστό που κυμαίνεται στις διάφορες περιφέρειες γύρω στο 65% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης. Το γεγονός αυτό, φαίνεται να υποδηλώνει ότι ο δημόσιος τομέας αποδείχτηκε ανεπαρκής ως προς την κάλυψη των αναγκών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.[24]



[24] Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1992) *«Μέτρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα : Μεθοδολογικά προβλήματα και εμπειρικά δεδομένα»* σελ. 19-38, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, Αθήνα.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα από την ανάλυση που προηγήθηκε, καταλήγουμε στην γενική διαπίστωση ότι η κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας στις περιφέρειες της χώρας, παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις. Επιχειρώντας μια ερμηνεία των διαφοροποιήσεων αυτών, συσχετίζοντας τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στις διάφορες περιφέρειες, με τα αποτελέσματα της ανάλυσης του προηγούμενου κεφαλαίου σχετικά με την περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας (πίνακας 3.1.5.), διαπιστώνουμε πως η διαθεσιμότητα των πόρων υγείας και ειδικότερα η αναλογία των ιατρών προς τον πληθυσμό, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στις διάφορες περιφέρειες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.5. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1981-1988.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981/82			1987/88		
	ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ*	ΙΑΤΡΟΙ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΚΛΙΝΕΣ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ*	ΙΑΤΡΟΙ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΚΛΙΝΕΣ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Αθηνών	1014	45,8	94,6	1143	54,8	80,4
Λοιπής Ανατ. Στερεάς	612	7,8	22,1	811	10,4	15,8
Θεσσαλονίκης	585	43,7	80,8	845	52,2	70,9
Λοιπής Κεντρ. & Δυτ. Μακεδονίας	619	10,4	41,5	654	15,5	34,4
Πελοποννήσου & Δυτ. Στερεάς	609	12,9	34,2	606	17,1	28,0
Θεσσαλίας	660	14,1	42,0	488	18,0	33,7
Ανατολικής Μακεδονίας	439	14	54,7	426	18,1	37,5
Κρήτης	483	13,3	57,4	924	21,2	44,1
Ηπείρου	503	14	37,4	479	20,8	32,7
Θράκης	595	12,9	39,3	422	15,0	23,1
Νήσων Ανατολικού Αιγαίου	589	11,3	91,1	755	15,7	69,3

*ιδιωτική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας, σε δρχ. και σταθερές τιμές 1982.

Πηγή : α)Ζηλίδης Χ. , Φιλαλήθης Α. (1994) "Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα" σελ. 174,176, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.3, τεύχ. 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994, Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.

Οι περισσότερες πάντως μελέτες, [25] τονίζουν τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει το οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού, στην δημιουργία ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αφού μεταξύ των δύο δεδομένων παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση. Αυτό επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη (πίνακας 3.1.6.), αφού όπως προκύπτει από την ανάλυση που προηγήθηκε, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι αυξημένες εκεί όπου η καταναλωτική δύναμη των νοικοκυριών θεωρείται μεγαλύτερη. Άλλωστε, έχουμε ήδη επισημάνει πως στις περιφέρειες αυτές, παρατηρείται εντονότερη δραστηριοποίηση ιδιωτικών φορέων υγείας, ακριβώς επειδή υπάρχουν αυξημένες προοπτικές κερδοφορίας.

[25] Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994) *«Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 181, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1981- 1988.				
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981/82		1987/88	
	ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ*	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**	ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ*	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**
Αθηνών	1.014	20.517	1.143	61.833
Λοιπής Ανατ. Στερεάς	612	15.005	811	47.722
Θεσσαλονίκης	585	17.287	845	56.970
Λοιπής Κεντρ. & Δυτ. Μακεδονίας	619	13.524	654	44.222
Πελοποννήσου & Δυτ. Στερεάς	609	15.072	606	44.407
Θεσσαλίας	660	13.566	488	39.621
Ανατολικής Μακεδονίας	439	14.323	426	43.830
Κρήτης	483	15.090	924	49.991
Ηπείρου	503	13.111	479	39.776
Θράκης	595	14.124	422	43.157
Νήσων Ανατολικού Αιγαίου	589	15.345	755	55.021
*ιδιωτική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας, σε δρχ. και σταθερές τιμές 1982.				
**μέση κατά κεφαλή συνολική ιδιωτική κατανάλωση, σε τρέχουσες τιμές.				
Πηγή : α)Ζηλίδης Χ. , Φιλαλήθης Α. (1994) "Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα" σελ. 174,176, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.3, τεύχ. 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994, Αθήνα, β)Ίδιοι υπολογισμοί.				

Στον βαθμό λοιπόν που η καταναλωτική δύναμη και το οικονομικό επίπεδο των νοικοκυριών μπορεί να αποτυπωθεί μέσα από το ύψος της συνολικής ιδιωτικής κατανάλωσης - η οποία σχετίζεται άμεσα με το διαθέσιμο εισόδημα - θα επιχειρήσουμε μια συσχέτιση του τελευταίου, με τις διακυμάνσεις στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

1.3.2. Δαπάνες υγείας και εισόδημα.

Πολλοί αναλυτές συνδέουν την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών που συντελέστηκε τις τελευταίες δεκαετίες, μεταξύ άλλων (δημογραφικές και κοινωνικο-πολιτισμικές μεταβολές, αδυναμίες του δημόσιου συστήματος κλπ) και με την αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος. [26] Όπως άλλωστε δείξαμε και παραπάνω (πίνακας 3.1.6.), παρατηρείται μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ της συνολικής κατανάλωσης των νοικοκυριών - η οποία βέβαια αντανακλά το διαθέσιμο εισόδημα - και του ύψους των δαπανών υγείας σε όλες τις περιφέρειες της χώρας.

Η εξέλιξη αυτή αιτιολογείται από το γεγονός ότι η αύξηση του εισοδήματος και η κάλυψη των βασικών αναγκών των νοικοκυριών (διατροφή, ένδυση, κατοικία), μετέβαλε τα καταναλωτικά τους πρότυπα και ώθησε στην διάθεση του εισοδήματός τους προς την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής, η οποία εξασφαλίζεται μέσω της μόρφωσης, του πολιτισμού, της διασκέδασης και του επιπέδου υγείας. Το γεγονός βέβαια αυτό, συνδέεται και με τον κανόνα σύμφωνα με τον οποίο όσο αυξάνει το εισόδημα, τόσο μειώνεται το ποσοστό των δαπανών που αντιστοιχούν στην κάλυψη των βασικών αναγκών του ατόμου. [27]

[26] Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Πρόσφατες Εξελίξεις στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 65-66, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, Αθήνα.

[27] Ο κανόνας αυτός αφορά στα αγαθά πρώτης ανάγκης, τα οποία δεν αντιδρούν πολύ στις μεταβολές του εισοδήματος, ενώ για κάποιες κατηγορίες αγαθών τα οποία είναι γνωστά με

Πριν προχωρήσουμε στην παράθεση του τρόπου εξάρτησης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών από το διαθέσιμο εισόδημα, θα επιχειρήσουμε να διαπιστώσουμε το κατά πόσο η συμπεριφορά των καταναλωτών στην περίπτωση του αγαθού υγεία, υπόκειται στους νόμους από τους οποίους υπαγορεύεται η ζήτηση για τα υπόλοιπα αγαθά. Θυμίζουμε, πως στην περίπτωση που μελετάμε, οι καταναλωτές αγοράζουν το αγαθό υγεία όχι άμεσα, αλλά μέσα από τις ιατρικές υπηρεσίες. Μια ακόμη επισήμανση που πρέπει να γίνει, αφορά στην έννοια της χρησιμότητας που απολαμβάνουν οι καταναλωτές, η οποία σύμφωνα με τη νεοκλασική θεωρία, αποτελεί τον βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ζήτησης για αγαθά. Η παραπάνω έννοια μεταφρασμένη σε όρους του αγαθού υγεία είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, αφενός λόγω της έλλειψης πληροφόρησης του καταναλωτή και αφετέρου επειδή η χρησιμοποίηση ιατρικών υπηρεσιών, είναι πολλές φορές δύσκολο να υποθέσουμε πως αποφέρει χρησιμότητα στον καταναλωτή, αφού συνδέεται με πόνο και έντονη δυσαρέσκεια. [28]

Επιπρόσθετα, όπως γίνεται αντιληπτό, οι προτιμήσεις - οι οποίες βασίζονται στην αναμενόμενη χρησιμότητα από την κατανάλωση ενός αγαθού - δεν αποτελούν το μοναδικό συστατικό στοιχείο της ζήτησης, αφού η τελευταία υπόκειται στους περιορισμούς που προκαλούνται από την διακύμανση των τιμών των αγαθών και από το μέγεθος του εισοδήματος. [29] Στην περίπτωση βέβαια του αγαθού υγεία, προκαλούνται στρεβλώσεις κατά την αποτίμηση των ιατρικών φροντίδων, αφού είναι γνωστό πως πολλές φορές η αναγκαιότητα της ιατρικής παρέμβασης αλλά και οι συνέπειες στις παραγωγικές δυνατότητες του ατόμου από την απώλεια υγείας, καθιστούν επιτακτική αν όχι αναγκαστική την χρήση υπηρεσιών υγείας. [30]

Με δεδομένα λοιπόν : α)το ότι συνολικά η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ανελαστική [31] και β)το ότι υπάρχει ποικιλία ιατρικών φροντίδων που προσφέρονται από διαφορετικούς προμηθευτές σε διαφορετική τιμή, σημειώνουμε πως στην περίπτωση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η μεταβολή της τιμής μπορεί να επηρεάσει την ζητούμενη ποσότητα του καταναλωτή ή να τον στρέψει σε άλλο φορέα ή εναλλακτική θεραπεία - εφ' όσον υπάρχει διαθέσιμη - . Όπως λοιπόν προκύπτει από την μελέτη της καμπύλης ζήτησης του καταναλωτή για ιατρική

τον όρο «κατώτερα αγαθά», η αύξηση του εισοδήματος του καταναλωτή, συνεπάγεται μείωση της ζήτησης. Βλ. Samuelson P. (1976) «Οικονομική» σελ. 96-97, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα. Χαρακτηριστικά, ενώ το 1950 οι βασικές ανάγκες της οικογένειας (ένδυση, διατροφή, κατοικία), απορροφούσαν το 70% του εισοδήματος, το αντίστοιχο ποσοστό το 1985 περιορίστηκε στο 45%. Θεοδόρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα» σελ. 156, Αθήνα.

[28] Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 69-70, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

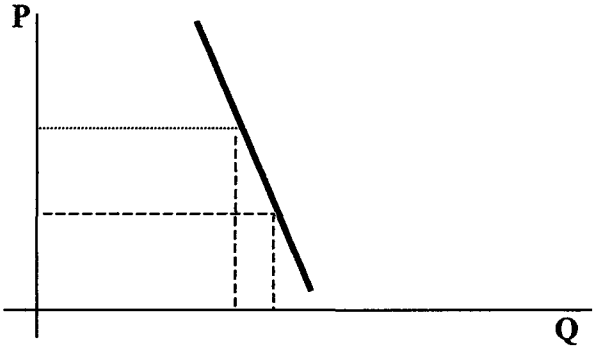
[29] Heilbroner R., Thurow L . (1984) *«Για την Κατανόηση της Μικροοικονομικής»* σελ. 83-87, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

[30] Heffley D., Κυριόπουλος Γ. (1999) *«Αποτιμώντας τις Υπηρεσίες και Απευθύνοντας Μηνύματα στα Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης»* σελ. 6-12, ανέκδοτο άρθρο.

[31] Κυριόπουλος Γ. (1999) *«Η τιμολόγηση και η χρηματοδότηση της υγείας»* σελ. 151, ανέκδοτο άρθρο. Αναφέρουμε βέβαια, πως η έννοια της ελαστικότητας ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας, έχει λιγότερο νόημα σε συστήματα όπως το Ελληνικό, όπου κυριαρχεί η δημόσια αντίληψη για το αγαθό υγεία και οι περισσότεροι πολίτες είναι ασφαλισμένοι. Σούλης Σ. (1998) βλ. υποσ. 28, σελ. 79.

φροντίδα (σχήμα 3.1.1.), σε κάθε μεταβολή της τιμής P παρατηρείται αντίστοιχη μεταβολή στην ζητούμενη ποσότητα Q, η οποία όμως συνδέεται και με άλλους παράγοντες, οι οποίοι συνοψίζονται στην παρακάτω σχέση :

Σχήμα 3.1.1. Καμπύλη ζήτησης του καταναλωτή



$$Dy = f(I, P, L)$$

όπου Dy αναφέρεται στην ζήτηση για υγεία και I είναι το εισόδημα, P οι τιμές των υπηρεσιών και L η κρισιμότητα της ασθένειας (Illness Level). Στην περίπτωση βέβαια της δυνατότητας επιλογής μεταξύ διαφορετικών φροντίδων ή διαφορετικών φορέων παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών, η παραπάνω σχέση μπορεί να αναφέρεται ξεχωριστά για κάθε μία περίπτωση, όπου Pr η τιμή της ίδιας υπηρεσίας που προσφέρεται από διαφορετικό προμηθευτή, ή η τιμή της εναλλακτικής φροντίδας :

$$Dy = f(I, Pr, L)$$

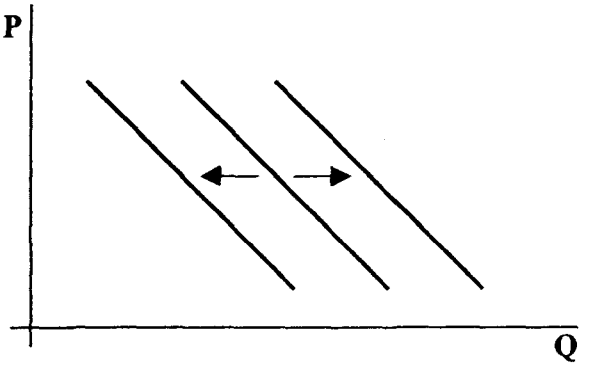
Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε την σημασία του παράγοντα «υποκατάσταση», που στην φροντίδα υγείας σημαίνει διαθεσιμότητα εναλλακτικής επιλογής είτε υπηρεσίας είτε φορέα (δημόσιου ή ιδιωτικού), ενώ σε σχέση με την ελαστικότητα η οποία όπως προαναφέραμε στις υπηρεσίες υγείας είναι συνήθως < 1 (ανελαστική ζήτηση) [32] , αναφέρουμε πως αυτή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές φροντίδες. Έτσι, είναι αναμενόμενο σε περιπτώσεις απολύτου αναγκαίας θεραπείας η ελαστικότητα ζήτησης να προσεγγίζει τα κατώτατα όρια (κοντά στο 0), ενώ σε περιπτώσεις φροντίδων που μπορούν να υποκατασταθούν, είναι πιθανό η ελαστικότητα ζήτησης να είναι >1 (ελαστική ζήτηση). [33]

[32] Υπολογίζεται πως οι τιμές της ελαστικότητας ζήτησης υπηρεσιών υγείας ως προς την τιμή, κυμαίνονται από 0,25 – 0,70 ανάλογα με τη χώρα και το σύστημα υγείας. Σούλης Σ. (1994) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 67, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

[33] Για μια αναλυτική παρουσίαση του τρόπου εξαγωγής της καμπύλης ζήτησης του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, βλ. Σούλης Σ. (1998) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 77-78, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Η καμπύλη ζήτησης πάντως που αποτυπώνεται παραπάνω, προϋποθέτει πως η ζητούμενη ποσότητα εξαρτάται μόνο από τις διακυμάνσεις των τιμών των ιατρικών φροντίδων και πως οι άλλοι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση παραμένουν σταθεροί. Στην πραγματικότητα όμως, οι άλλοι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης [34] (πχ. το εισόδημα) δεν μένουν σταθεροί, με αποτέλεσμα να μετατοπίζεται ολόκληρη η καμπύλη ζήτησης (σχήμα 3.1.2.).

Σχήμα 3.1.2. Μετατόπιση της καμπύλης ζήτησης του καταναλωτή



P = τιμή (σταθερή) και **Q** = ζητούμενη ποσότητα

Ιδιαίτερα όσο αφορά στις διακυμάνσεις του εισοδήματος, διαπιστώνουμε πως επηρεάζουν με σαφή τρόπο την συμπεριφορά των καταναλωτών ως προς τις ιατρικές φροντίδες, αφού η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες είναι ελαστική ως προς το εισόδημα, δηλαδή η αύξηση του εισοδήματος επιφέρει αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και αντίστροφα. [35] Στο σημείο μάλιστα αυτό αναφέρουμε πως η συμβολή του εισοδήματος στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας είναι ακόμη μεγαλύτερη, αν αναλογιστούμε πως το εισόδημα συνδέεται θετικά - μέσα από μια διαπλοκή άλλων παραγόντων (συνθήκες υγιεινής, επίπεδο εκπαίδευσης, τρόπος ζωής κλπ) - και με το επίπεδο υγείας των ατόμων. [36] Έτσι, η παραπάνω διαπίστωση μας οδηγεί στην υπόθεση ότι η υψηλή

[34] Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι η σοβαρότητα της ασθένειας, η διαισθανόμενη και εκφρασμένη νοσηρότητα, η δομή της οικογένειας, το φύλο και η ηλικία, η εκπαίδευση, η ασφαλιστική κάλυψη, το εισόδημα του καταναλωτή, ο τρόπος ζωής και το ευρύτερο κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον. Σούλης Σ. (1994) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 52, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας και Μόσιαλος Η. (1989) *«Η Κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 48-49, στο *«Οικονομία και Υγεία»*, Πρακτικά του Α Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. «Οικονομία και Υγεία»

[35] Folland S., Goodman A., Stano M. (1997) *«The Economics of Health and Health Care»* p. 32-35, Prentice Hall, New Jersey.

[36] Η θετική συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και επιπέδου υγείας έχει διαπιστωθεί στις περισσότερες χώρες. Ενδεικτικά αναφέρουμε την μελέτη των Lundberg Olle και Fritzell Johan για την αποτύπωση της παραπάνω συσχέτισης στην Σουηδία, σύμφωνα με την οποία αποδεικνύεται μια ισχυρή επίδραση του εισοδήματος στην υγειονομική κατάσταση των ατόμων, τόσο από άποψη ασθενειών, όσο και από άποψη ψυχικής κατάπτωσης. Βλ. Lundberg

κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στον βαθμό που συνδέεται με την αύξηση του εισοδήματος, δεν αντανακλά πραγματικές ανάγκες, αλλά κυρίως καταναλωτικά πρότυπα, χωρίς όμως να μπορούμε να αναφερθούμε στο σύνολο της εκφρασμένης ζήτησης.[37]

Ακόμη προς την αντίθετη κατεύθυνση, επισημαίνουμε την διαπίστωση μιας έμμεσης επίδρασης του εισοδήματος στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερα στα χαμηλά εισοδήματα, όπου οι εισοδηματικοί περιορισμοί αντανακλώνται και στο κόστος μετακίνησης, το οποίο σε αυτές τις κατηγορίες των νοικοκυριών, δυσχεραίνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και πολλές φορές αποτρέπει την χρήση τους.[38] Έχοντας λοιπόν σαν δεδομένο ότι το εισόδημα, στο βαθμό που προσδιορίζει τις γενικότερες καταναλωτικές δυνατότητες των νοικοκυριών, επηρεάζει εμφανώς και την καταναλωτική συμπεριφορά ως προς τις υπηρεσίες υγείας,[39] θα επιχειρήσουμε να αποτυπώσουμε το μέγεθος της επίδρασης αυτής, στην περίπτωση της χώρας μας.

Μεθοδολογικά, κατηγοριοποιούμε τις καταναλωτικές δυνατότητες των νοικοκυριών - που έμμεσα αποτυπώνουν και το διαθέσιμο εισόδημα - κατά τάξεις μηνιαίας συνολικής αξίας αγορών, δημιουργώντας οκτώ διαφορετικές εισοδηματικές κατηγορίες, οι οποίες όπως θα διαπιστώσουμε παρακάτω (πίνακες 3.1.7. και 3.1.8.), συμπεριφέρονται εντελώς διαφορετικά ως προς τις υπηρεσίες υγείας.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα του 1981/82 μόνο τα νοικοκυριά της 7ης κατηγορίας και πάνω (με συνολική μηνιαία κατανάλωση που υπερβαίνει τις 50.000 δρχ.) ξεπερνούν τον αντίστοιχο μέσο όρο που αφορά στις μηνιαίες δαπάνες υγείας όλων των νοικοκυριών, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η κατηγορία με το υψηλότερο εισόδημα, καταναλώνει σχεδόν τριπλάσιο ποσό για υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τον μέσο όρο, την στιγμή που η χαμηλότερη εισοδηματικά τάξη βρίσκεται κάτω απ' αυτόν σε ποσοστό 85,23%.

Ανάλογα φαινόμενα για την σχέση εισοδήματος και δαπανών υγείας, προκύπτουν και από την έρευνα του 1987/88 όπου επίσης έχουμε μεγάλη απόκλιση μεταξύ νοικοκυριών με υψηλά και χαμηλά εισοδήματα ως προς τις δαπάνες υγείας. Ειδικότερα, τον μέσο όρο (7.082) τον υπερβαίνουν μόνο νοικοκυριά της 5ης κατηγορίας και άνω, ενώ η απόκλιση απ' αυτόν είναι για τη

O., Fritzell J. (1994) *«Income distribution, income change and health : on the importance of absolute and relative income for health status in Sweden»* p. 37-56, in Levin L., McMahon L., Ziglio E., edit (1994) *«Economic change, social welfare and health in Europe»* WHO Regional Publications, No 54, Copenhagen.

[37] Phelps C. (1997) *«Health Economics»* p. 103-135 , Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.

[38] Ενδεικτικά, αναφέρουμε σχετική μελέτη (Pearson) σε τέσσερις περιφέρειες του Liverpool όπου κατοικούν άτομα με χαμηλό εισόδημα, από την οποία προέκυψε ότι το 1/3 του δείγματος που δεν διέθετε αυτοκίνητο, χρειαζόταν περίπου μισή μέρα (μέσα μαζικής μεταφοράς και αναμονή), για μια επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία του πλησιέστερου νοσοκομείου. Pearson M. edit (1993*) «Health on borrowed time? Prioritizing and meeting needs in low-income households»* p. 45-54, Health and Social Care, No 1.

[39] Για τον ρόλο του εισοδήματος και άλλων σχετικών με αυτό παραγόντων, στην διαμόρφωση της καταναλωτικής συμπεριφοράς ως προς τις υπηρεσίες υγείας, βλ. Whitehead M. (1994) «Counting the human costs : opportunities for and barriers to promoting health» p. 59-73, in Levin L., McMahon L., Ziglio E., edit (1994) *«Economic change, social welfare and health in Europe»* WHO Regional Publications, No 54, Copenhagen.

μεν 1η κατηγορία (χαμηλότερο εισόδημα) -83,93% και για την 8η κατηγορία (υψηλότερο εισόδημα) + 237,26 %. Η σχέση αιτιότητας μεταξύ δαπανών υγείας και εισοδήματος επιβεβαιώνεται και με βάση τα στοιχεία της έρευνας του 1993/94, με τα νοικοκυριά μόνο των δύο υψηλότερων ως προς το εισόδημα κατηγοριών να υπερβαίνουν τον μέσο όρο (κατά 4,8 % και 98,56 % αντίστοιχα). Απ' την άλλη, τα νοικοκυριά της τελευταίας κατηγορίας μηνιαίων δαπανών, βρίσκονται κατά 76,37 % κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο που αφορά σε δαπάνες για υπηρεσίες υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.7. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑΞΕΙΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΑΓΟΡΩΝ (1981-1994).

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΑΝΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΑΓΟΡΩΝ	1981/82*	1987/88**	1993/94***
1Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**340**	**1.138**	**3.883**
ΦΑΡΜΑΚΑ	151	544	2.627
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	153	493	884
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			175
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	36	101	197
2Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**782**	**2.395**	**5.691**
ΦΑΡΜΑΚΑ	377	825	2.585
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	264	1.276	1.993
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			574
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	141	294	539
3Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**1.007**	**3.577**	**6.536**
ΦΑΡΜΑΚΑ	313	882	2.316
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	524	2.209	2.524
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			622
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	170	486	1.074
4Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**1.367**	**5.022**	**7.742**
ΦΑΡΜΑΚΑ	379	1.239	2.544
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	726	2.978	2.774
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			900
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	262	805	1.524
5Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**2.002**	**8.022**	**10.862**
ΦΑΡΜΑΚΑ	439	1.579	2.984
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.252	5.381	3.679
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			1.866
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	311	1.062	2.333
6Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**2.432**	**10.408**	**13.878**
ΦΑΡΜΑΚΑ	471	1.579	3.046
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.659	7.018	4.300
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.134
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	302	1.811	2.398
7Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**4.347**	**16.207**	**17.222**
ΦΑΡΜΑΚΑ	819	1.737	3.958
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2.728	11.477	5.729
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.335
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	800	1.993	3.200
8Η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**8.190**	**23.885**	**32.631**
ΦΑΡΜΑΚΑ	573	2.102	5.187
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	6.002	18.655	7.935
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			14.483
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.615	3.128	5.026
ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ	**2.302**	**7.082**	**16.433**
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1.215	3.548
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.459	4.804	4.588
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	1.063	2.656

ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΜΗΝΙΑΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ (1η κατηγορία χαμηλότερες μηνιαίες δαπάνες, 8η υψηλότερες).

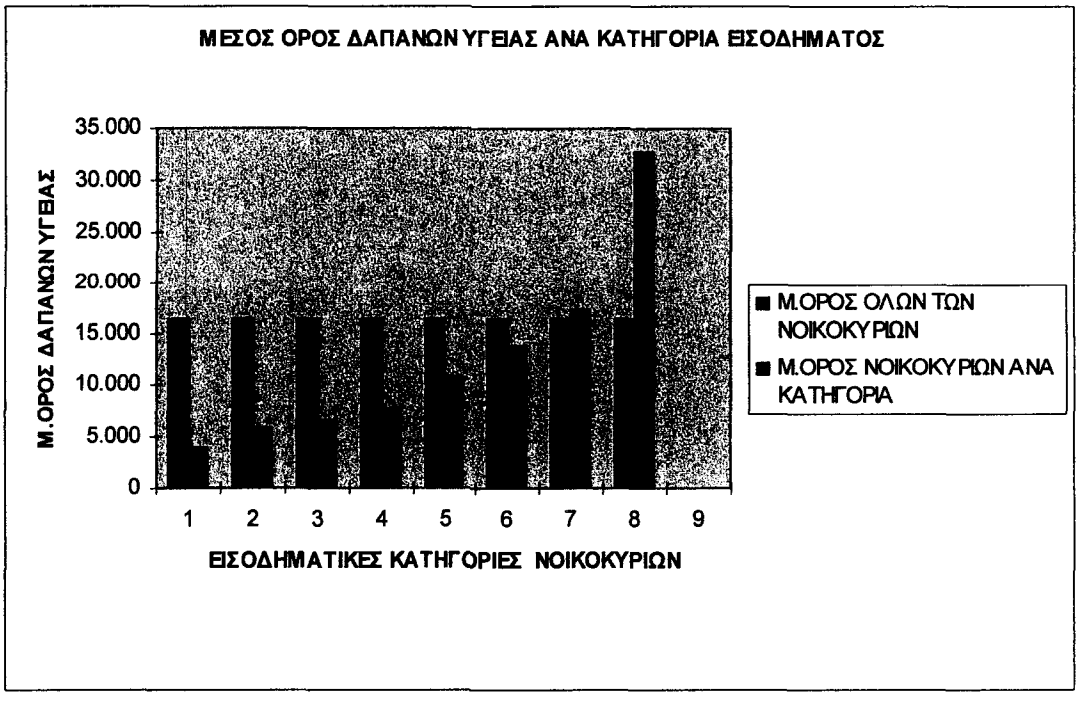
*0-999,10000-19999,20000-29999,30000-39999,40000-49999,50000-69999,70000-99999,100000 και άνω.

**0-39999,40000-69999,70000-99999,100000-139000,140000-179999,180000-229999,230000-299999,300000 και άνω.

***0-99999,100000-149999,150000-199999,200000-249999,250000-299999,300000-349999,350000-399999,400000 και άνω.

Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών",1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.8. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΗ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ* ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α1	Α2	Α2-Α1	Α2-Α1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	3.883	-12550	**-76,37%**
2η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	5.691	-10742	**-65,36%**
3η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	6.536	-9897	**-60,22%**
4η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	7.742	-8691	**-52,88%**
5η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	10.862	-5571	**-33,9%**
6η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	13.878	-2555	**-15,54%**
7η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	17.222	+789	**+4,8%**
8η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	16.433	32.631	+16198	**+98,56%**
*θεωρούμε ότι το εισόδημα αντανακλάται στο ύψος της συνολικής μηνιαίας δαπάνης των νοικοκυριών.				
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προυπολογισμών" 1993-94 (υπό έκδοση), β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



Σ' αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να σχολιαστεί το μέγεθος της παραπάνω απόκλισης και με δεδομένο ότι το φαινόμενο παρουσιάζεται με μια χαρακτηριστική χρονική και ως προς την ένταση συνέχεια, να διερευνηθούν οι συνέπειες που μπορεί να έχει στο επίπεδο υγείας ατόμων που προέρχονται από νοικοκυριά διαφορετικών εισοδηματικών κατηγοριών.[40] Επιπρόσθετα, με δεδομένο το ρόλο του εισοδήματος στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας των

[40] Αναφέρουμε ενδεικτικά μερικά πορίσματα της μελέτης των Sir Douglas Black κ.α. (1980) η οποία ονομάστηκε "Black Report" και θεωρείται η πιο αντιπροσωπευτική και μεθοδολογικά τεκμηριωμένη έρευνα για τις κοινωνικές ανισότητες της υγείας : α)ο κίνδυνος θανάτου των φτωχότερων στρωμάτων, είναι δυόμισυ φορές υψηλότερος από αυτόν των υψηλότερων στρωμάτων β)η βρεφική θνησιμότητα των παιδιών των ανειδίκευτων εργατών, είναι διπλάσια από αυτήν των παιδιών των ελεύθερων επαγγελματιών, γ)οι υψηλές κοινωνικοεπαγγελματικές τάξεις, χρησιμοποιούν πολύ περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας, απ' ότι τα φτωχά κοινωνικά στρώματα. Black D., Morris J., Smith C., Townsend P. (1982) *«The Black Report. Inequalities in Health»*, Penguin Books.

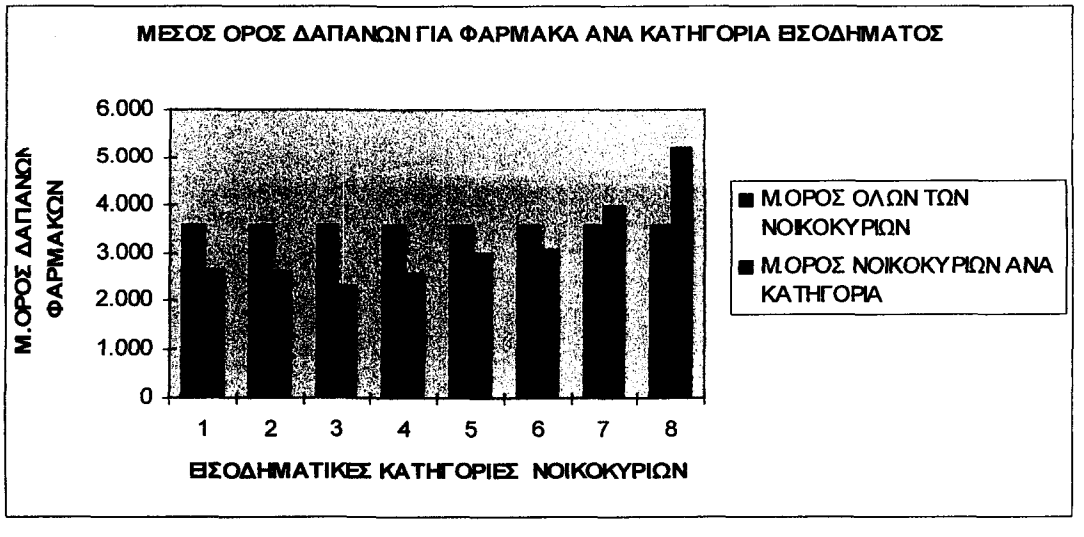
μελών ενός νοικοκυριού, οφείλουμε να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή και στην αντιστροφή που μπορεί να συμβεί στην παραπάνω σχέση αιτιότητας, με δεδομένο ότι το επίπεδο υγείας των ατόμων με τη σειρά του, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και τις δυνατότητές τους για απόκτηση μεγαλύτερου εισοδήματος.[41]

Πριν όμως προχωρήσουμε σ' έναν τέτοιο σχολιασμό, είναι χρήσιμο να προβούμε σ' έναν επιμερισμό των δαπανών υγείας και μελετώντας την εξέλιξή τους με κριτήριο την εισοδηματική κατηγορία των νοικοκυριών, να διαπιστώσουμε σε ποιες από τις δαπάνες υγείας, το παραπάνω φαινόμενο εμφανίζεται πιο έντονα. Ξεκινώντας από τις δαπάνες για φάρμακα (πίνακας 3.1.9.), διαπιστώνουμε με βάση την έρευνα του 1993/94 πως ο μέσος όρος της φαρμακευτικής δαπάνης υπερβαίνεται πάλι από τις δύο υψηλότερες εισοδηματικά κατηγορίες, κατά ποσοστό όμως αισθητά μικρότερο από το αντίστοιχο που αφορούσε στις δαπάνες υγείας στο σύνολό τους (11,55% και 46,19 % πάνω από τον μέσο όρο αντίστοιχα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.9. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993-94)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	2.627	-921	**-25,95%**
2η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	2.585	-963	**-27,14%**
3η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	2.316	-1232	**-34,72%**
4η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	2.544	-1004	**-28,29%**
5η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	2.984	-564	**-15,89%**
6η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	3.046	-502	**-14,14%**
7η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	3.958	+410	**+11,55%**
8η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3.548	5.187	+1639	**+46,19%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Ερευνα Οικογενειακών Προυπολογισμών" 1993-94 (υπό έκδοση), β)Ίδιοι υπολογισμοί.



[41] Abel Smith B. , Leiserson A. (1977) *«Poverty, Development and Health Policy»* p. 21-34, WHO, Geneva. Για το ίδιο θέμα, η έρευνα για τη φτώχεια των Καράγιωργα κ.α. (1990), διαπιστώνει πως οι φτωχοί παραμένουν στα νοσοκομεία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τους μη φτωχούς, με αποτέλεσμα να μένουν για μεγαλύτερο διάστημα εκτός παραγωγικής διαδικασίας και συνεπώς να έχουν μεγαλύτερη επίπτωση στο εισόδημά τους. Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοΐζιδης Γ., Μπόυζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ. (1990) *«Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα»* σελ. 866, τόμ. Β' , ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Αντίστοιχα, η τελευταία κατηγορία νοικοκυριών βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο στις δαπάνες φαρμάκων κατά 25,95 %, ενώ η απόκλιση της κατηγορίας αυτής από τον μέσο όρο των δαπανών υγείας στο σύνολό τους, ήταν - 76,37 %, γεγονός που δείχνει πως δεν οφείλεται κατά κύριο λόγο στις δαπάνες φαρμάκων η μεγάλη απόκλιση που παρατηρείται στις δαπάνες υγείας νοικοκυριών με διαφορετικό εισόδημα.

Το παραπάνω συμπέρασμα ενισχύεται κι απ' το γεγονός ότι παρουσιάζεται αντίστροφη σχέση δαπανών για φάρμακα και εισοδήματος στην μέση περίπου της εισοδηματικής κλίμακας, με τα νοικοκυριά της τρίτης και της τέταρτης κατηγορίας να δαπανούν λιγότερα από εκείνα της πρώτης και της δεύτερης, τα οποία έχουν μεγαλύτερο διαθέσιμο εισόδημα. Αυτό ίσως ανατρέπει και την συνολική υπόθεση για αναλογία δαπανών και εισοδήματος μια και σ' αυτές τις ομάδες νοικοκυριών οι δαπάνες για φάρμακα φαίνονται ανελαστικές ως προς το εισόδημα, ενώ το γεγονός ότι η αναλογία προκύπτει κυρίως από τις δαπάνες των νοικοκυριών των δύο τελευταίων (με το μεγαλύτερο εισόδημα) κατηγοριών, μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως μπορεί να αναφερόμαστε σε υπερκατανάλωση, που οφείλεται στην μη ύπαρξη οικονομικών περιορισμών και λιγότερο βέβαια στην ύπαρξη πραγματικής ανάγκης. [42]

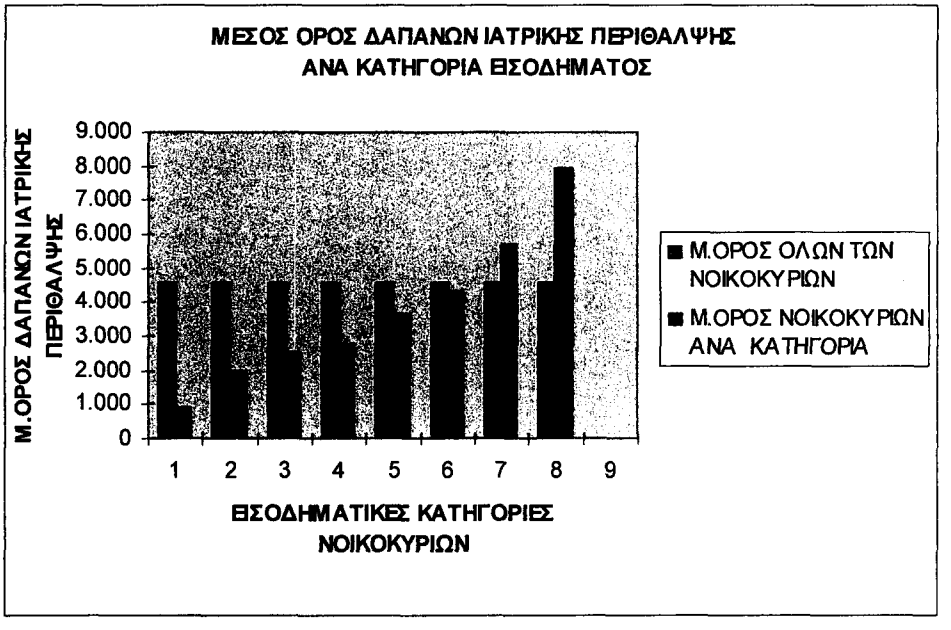
Οι παραπάνω διαπιστώσεις σχετικά με την ύπαρξη αντίθετων χαρακτηριστικών στην συσχέτιση φαρμακευτικής δαπάνης και εισοδήματος, σε σύγκριση με την αντίστοιχη εικόνα που παρουσιάζει η συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά, μας οδηγεί στην αναζήτηση άλλων δεδομένων που θα αιτιολογούν τις υφιστάμενες ισορροπίες μεταξύ δαπανών υγείας και εισοδηματικών κλιμακίων, είτε στις δαπάνες ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας, είτε στις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης. Σημειώνεται, πως έχει επιλεγεί σαν σημείο αναφοράς η έρευνα του 1993/94, ακριβώς επειδή οι δαπάνες οδοντιατρικών υπηρεσιών, έχουν απομονωθεί από τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης.

Μελετώντας τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης (πίνακας 3.1.10.), διαπιστώνουμε μια ανάλογη σχέση δαπάνης και εισοδήματος σε όλο το φάσμα της εισοδηματικής κλίμακας των νοικοκυριών, με εξαιρετικά υψηλή απόκλιση μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας κατηγορίας, αλλά και σε σχέση με τον μέσο όρο. Συγκεκριμένα, μόνο τα νοικοκυριά των δύο τελευταίων (με το μεγαλύτερο εισόδημα) κατηγοριών ξεπερνούν τον μέσο όρο (η κατηγορία μάλιστα με το μεγαλύτερο διαθέσιμο εισόδημα τον ξεπερνά κατά 72,95%) ενώ η

[42] Από σχετικές μελέτες, (Κυριόπουλος κ.α. 1996) επιβεβαιώνεται η ραγδαία τα τελευταία χρόνια αύξηση των δαπανών για φάρμακα στην χώρα μας, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα το 1991 η φαρμακευτική δαπάνη, να αποτελεί το 31% της συνολικής δαπάνης υγείας, ποσοστό το οποίο είναι το υψηλότερο στην Ευρώπη. Βλ. Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ. (1996) *«Φαρμακοοικονομία. Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης»* σελ. 88, Εξάντας, Αθήνα. Αυτό οφείλεται αφενός στις αυξήσεις των τιμών των φαρμάκων και αφετέρου στην αντικατάσταση παλαιότερων φαρμάκων με νεώτερα και πολύ ακριβότερα, πολιτική η οποία εξακολουθεί να συνεχίζεται. Βλ. Καζάζης Σ. (1993) *«Θέματα Φαρμακευτικής Πολιτικής : Τα Νέα Φάρμακα»* σελ. 3-7, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 2 , τεύχ. 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1993, Αθήνα. Είναι πάντως αναγκαίο να προαχθούν και στην χώρα μας μηχανισμοί παρακολούθησης της συνταγογράφησης, αφού θεωρούνται υπερβολικά υψηλές οι αναλογίες συνταγών ανά άτομο (3 ετησίως) και αριθμού φαρμάκων ανά συνταγή (2 φάρμακα ανά συνταγή κατά μέσο όρο). Κυριόπουλος Γ. , Γείτονα Μ. (1999) *«Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα : Πολιτικές οικονομικές και υγειονομικές συνιστώσες»* σελ. 19-40, στο Γείτονα Μ. , Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1999) *«Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

κατηγορία με το χαμηλότερο εισόδημα, υπολείπεται του μέσου όρου κατά 80,73 % και η αμέσως επόμενη, κατά 56,56%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.10. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993-94)				
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α1	Α2	Α2-Α1	Α2-Α1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	884	-3704	**-80,73%**
2η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	1.993	-2595	**-56,56%**
3η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	2.524	-2064	**-44,98%**
4η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	2.774	-1814	**-39,53%**
5η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	3.679	-909	**-19,81%**
6η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	4.300	-288	**-6,27%**
7η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	5.729	+1141	**+24,86%**
8η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4.588	7.935	+3347	**+72,95%**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προυπολογισμών" 1993-94 (υπό έκδοση), β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



Αντίστοιχα αποτελέσματα - με μεγαλύτερη μάλιστα ένταση - προκύπτουν και από την μελέτη των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση στην κατανάλωση ιδιωτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών μεταξύ νοπικοκυριών με διαφορετικές καταναλωτικές δυνατότητες (πίνακας 3.1.11.). Ειδικότερα, επαναλαμβάνεται κι εδώ το φαινόμενο της υπέρβασης του μέσου όρου των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης από τις δύο τελευταίες κατηγορίες νοικοκυριών - αυτές δηλαδή με το μεγαλύτερο εισόδημα - σε ποσοστό 20,48 % και 89,23 % αντίστοιχα. Στην βάση της εισοδηματικής κλίμακας έχουμε επίσης ακραία φαινόμενα, με τα νοικοκυριά των τριών πρώτων νοικοκυριών να υπολείπονται του μέσου όρου κατά ποσοστό που ξεπερνά το 50% (92,58%, 79,70 % και 59,56% αντίστοιχα).

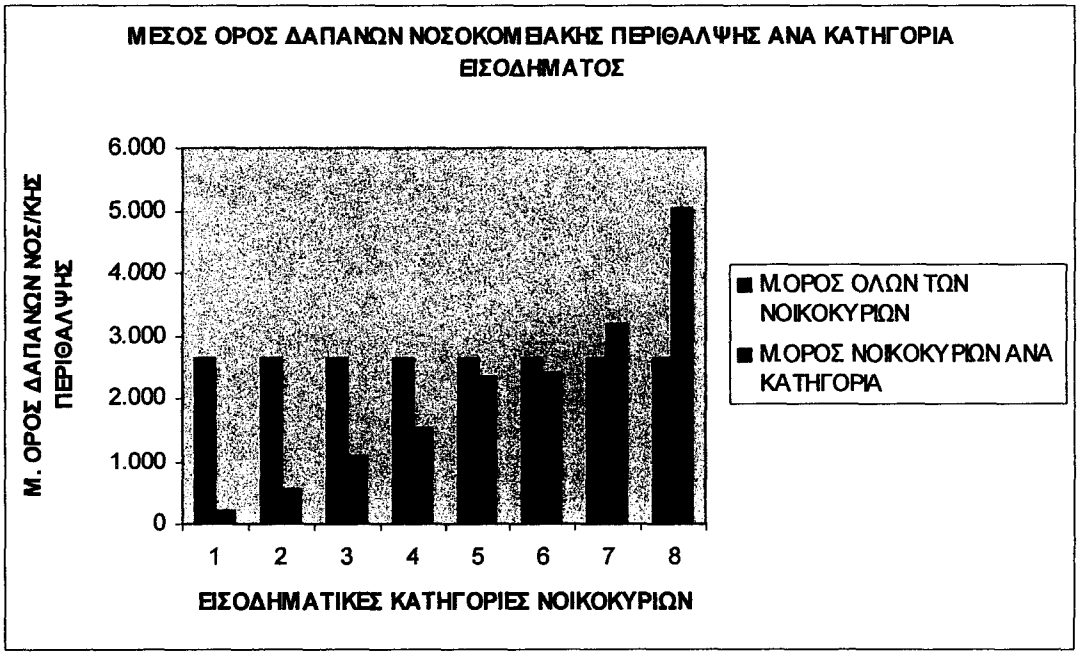
Με δεδομένο λοιπόν το ότι συνήθως η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει την αντιμετώπιση σημαντικότερων ως προς την βαρύτητα περιστατικών, μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε, πως η χαμηλή - λόγω έλλειψης χρημάτων - κατανάλωση στις παραπάνω κατηγορίες, μπορεί να έχει ανεπανόρθωτες συνέπειες στους πληθυσμούς αυτών των νοικοκυριών. Ένα άλλο

θέμα που μπορεί να αναδυθεί στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, αφορά στις παραοικονομικές πληρωμές που μπορούν να δημιουργηθούν - λόγω της κρισιμότητας μιας θεραπευτικής παρέμβασης, ή απλά για την εξασφάλιση κλίνης - οι οποίες ενοχοποιούνται για την μετακύληση ενός ακόμη βάρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στα νοικοκυριά. [43] Σημειώνουμε πάντως, πως η πρόσθετη πληρωμή που επιβάλλεται στους χρήστες νοσηλευτικών υπηρεσιών, δεν σχετίζεται με το εισόδημα ή άλλα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια, όσο με το φύλο, το είδος του περιστατικού, την ασφαλιστική κάλυψη, κλπ. [44]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.11. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993-94)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	197	-2459	**-92,58%**
2η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	539	-2117	**-79,70%**
3η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	1.074	-1582	**-59,56%**
4η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	1.524	-1132	**-42,62%**
5η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	2.333	-323	**-12,16%**
6η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	2.398	-258	**-9,71%**
7η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	3.200	+544	**+20,48%**
8η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2.656	5.026	+2370	**+89,23%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προυπολογισμών" 1993-94 (υπό έκδοση), β)Ίδιοι υπολογισμοί.



[43] Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1995) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η ευκαιρία-τομή για την άσκηση πολιτικής υγείας στην χώρα μας»* σελ. 17-20 (μέρος πρώτο), Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1995, Αθήνα.

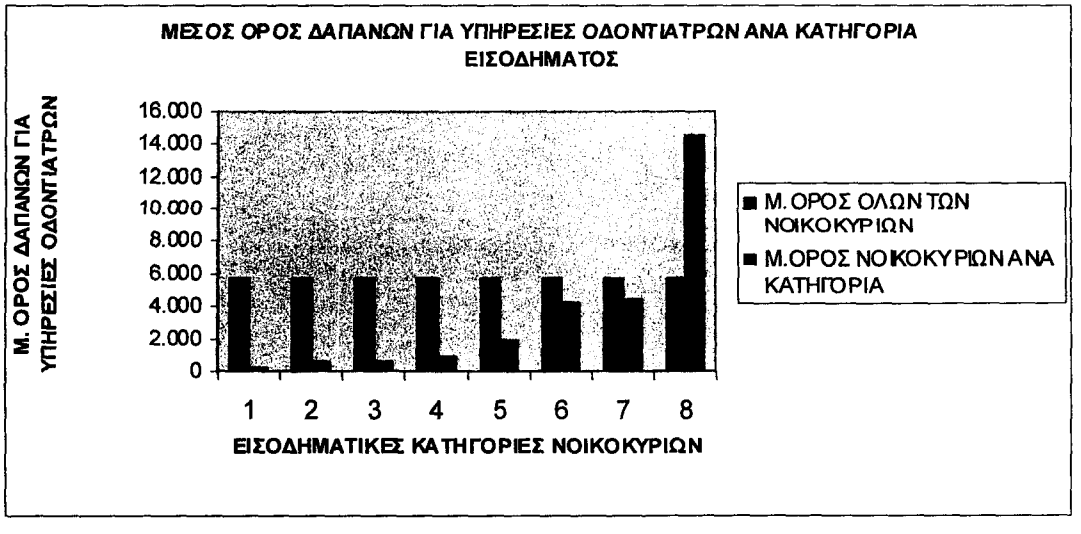
[44] Γείτονα Μ. , Κυριόπουλος Γ. , Καραλής Γ. (1997) *«Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα»* σελ. 288-294, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»* Θεμέλιο, Αθήνα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι δαπάνες για υπηρεσίες οδοντιάτρων (πίνακας 3.1.12.), που μάλλον τείνουν να γίνουν δαπάνες πολυτελείας, μια και ενώ όλες οι ομάδες νοικοκυριών πλην αυτής με το μεγαλύτερο εισόδημα βρίσκονται αρκετά κάτω από τον μέσο όρο, η τελευταία εμφανίζει δαπάνη για υπηρεσίες οδοντιάτρων η οποία είναι τριπλάσια περίπου του μέσου όρου των νοικοκυριών. Σημειώνεται πως οι πρώτες 5 κατηγορίες νοικοκυριών στην εισοδηματική κλίμακα (από το χαμηλότερο προς το υψηλότερο διαθέσιμο εισόδημα) βρίσκονται κάτω του μέσου όρου κατά ποσοστό που ξεπερνά κατά πολύ το 50%, ενώ οι δύο μεγαλύτερες ως προς το εισόδημα κατηγορίες, παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση και μεταξύ τους, με την μεν 7η κατηγορία να βρίσκεται κάτω του μέσου όρου κατά 23,15 % και την αμέσως επόμενη - και τελευταία της εισοδηματικής κλίμακας - να τον ξεπερνά κατά ποσοστό 156,74%.

ΠΙΚΑΝΑΣ 3.1.12. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	175	-5466	**-96,89%**
2η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	574	-5067	**-89,82%**
3η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	622	-5019	**-88,97%**
4η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	900	-4741	**-84,04%**
5η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	1.866	-3775	**-66,92%**
6η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	4.134	-1507	**-26,71%**
7η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	4.335	-1306	**-23,15%**
8η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	5.641	14.483	+8842	**+156,74%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προυπολογισμών" 1993-94 (υπό έκδοση), β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες λοιπόν, παρουσιάζονται για κάποιες κατηγορίες νοικοκυριών, ως δαπάνες μη άμεσης προτεραιότητας σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες δαπανών υγείας, μια και ο μέσος όρος των δαπανών αυτών, διαμορφώνεται κυρίως λόγω του μεγέθους τους στην υψηλότερη εισοδηματική κατηγορία. Επίσης, είναι η μόνη ομάδα δαπανών στην οποία ο μέσος όρος υπερβαίνεται μόνο από την ομάδα με το μεγαλύτερο εισόδημα, τη

στιγμή που σε όλες τις άλλες περιπτώσεις - και στο σύνολο των δαπανών υγείας - τον μέσο όρο τον ξεπερνά και η αμέσως επόμενη ομάδα.

Χαρακτηριστικό είναι επίσης το ότι οι δαπάνες αυτές παρουσιάζουν την μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας κατηγορίας, γεγονός που μπορούμε να το αποδώσουμε τόσο στις καταναλωτικές - ως προς τις υπηρεσίες υγείας - προτεραιότητες των νοικοκυριών, όσο και στην φύση των οδοντιατρικών υπηρεσιών, οι οποίες σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, δεν θεωρούνται ως άμεσα απαραίτητες.

Το υψηλό ποσοστό που απορροφούν οι δαπάνες για ιδιωτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες στη χώρα μας, συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το μεγάλο αριθμό των οδοντιάτρων που ασκούν ιδιωτική ιατρική, καθώς και με τον πολυκερματισμό του ασφαλιστικού μας συστήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από έντονες ανισότητες στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας μεταξύ των ασφαλισμένων.[45] Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός ασφαλισμένων προσφεύγει στον ιδιωτικό τομέα, λόγω της χαμηλής ποιότητας της παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, στα πλαίσια των ασφαλιστικών ταμείων.[46]

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, επηρεάστηκε σημαντικά από την ανάπτυξη της τεχνολογίας, αφού το υψηλό κόστος μηχανημάτων και εξοπλισμού, τις καθιστά φροντίδες υψηλής δαπάνης, η κατανάλωση των οποίων όπως είδαμε παραπάνω, είναι πλέον προνόμιο. Σημειώνουμε τέλος, πως αντίστοιχη συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και οδοντιατρικής δαπάνης των νοικοκυριών, παρατηρείται και σε έρευνες που αφορούν στην περίοδο 1987-88, αφού και εκεί εντοπίζουμε μια αύξηση της δαπάνης αυξανόμενου του εισοδήματος, η οποία μάλιστα είναι συνεχώς αυξανόμενη, ενώ από ένα σημείο κι έπειτα (μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο από 300.000 δραχμές) η κατά κεφαλή δαπάνη, ξεπερνά το τριπλάσιο της μέσης ετήσιας δαπάνης του συνόλου της χώρας.[47]

Συμπερασματικά, η μελέτη των δαπανών υγείας των νοικοκυριών ανά εισοδηματική κατηγορία ή αλλιώς ανά καταναλωτικές δυνατότητες, οδηγεί στην διαπίστωση ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των δύο μεγεθών, γεγονός που επιτρέπει την διατύπωση δύο επί μέρους υποθέσεων :

α)Οι υψηλές δαπάνες υγείας σε νοικοκυριά με υψηλό εισόδημα τις καθιστούν δαπάνες πολυτελείας, οι οποίες υπόκεινται στις πιέσεις των γενικών

[45] Αναφέρουμε ενδεικτικά ότι η οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχεται από διάφορους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, αφορά μόνο στο 60% του πληθυσμού και στο μεγαλύτερο ποσοστό της, θεωρείται ανεπαρκής. Κωλέτση-Κουνάρη Χ. (1992) *«Η Διανομή των Οδοντιατρικών Φροντίδων»* σελ. 38, στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας – Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

[46] Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α. (1992) *«Η Χρηματοδότηση της Οδοντιατρικής Φροντίδας»* σελ. 71-72, στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας – Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

[47] Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Ανδρουτσόπουλος Δ., Καπλάνης Ν. (1992) *«Η Κατανάλωση Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»* σελ. 75-81, στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας – Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

καταναλωτικών προτύπων τέτοιων νοικοκυριών, οπότε μπορεί να πρόκειται για υπερκάλυψη των αναγκών ή ακόμη και για άσκοπες δαπάνες. Αυτό οφείλεται στην δυνατότητα που έχουν νοικοκυριά τέτοιων κατηγοριών, να προσφεύγουν τακτικά σε προληπτικό έλεγχο υγείας σε ιδιωτικούς φορείς, με αυξημένο τιμολόγιο.

β)Τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, στερούνται λόγω των εισοδηματικών πιέσεων βασικών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, με απρόβλεπτες συνέπειες στο επίπεδο υγείας των μελών τους. Η ασφαλιστική κάλυψη λειτουργεί σε κάποιο βαθμό αντισταθμιστικά ως προς τις συνέπειες αυτές, πιθανόν όμως οι τελευταίες να μην αποφεύγονται όταν πρόκειται για περιστατικά που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση ή για περιστατικά που θα μπορούσαν να αποφευχθούν με σωστή πρόληψη.

Οι παραπάνω υποθέσεις, σε συνδυασμό με τις αναμφισβήτητες υγειονομικές διαφορές στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού διαφορετικών εισοδηματικών κατηγοριών, αποτελούν σαφείς ενδείξεις της δράσης του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στην διαμόρφωση του υγειονομικού προτύπου του πληθυσμού.[48] Στην περίπτωση βέβαια των νοικοκυριών, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας ότι το διαθέσιμο εισόδημα - το οποίο όπως φάνηκε είναι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας των δαπανών υγείας - εκλαμβάνεται ως μετασχηματισμός των ατομικών εισοδημάτων των μελών τους.[49] Υπό το πρίσμα αυτό, ο παραπάνω μετασχηματισμός επηρεάζεται από :[50]

- τον αριθμό των ατόμων που συνεισφέρουν στο οικογενειακό εισόδημα.
- την βαρύτητα του κάθε ατομικού εισοδήματος.
- τον τρόπο μετασχηματισμού των ατομικών εισοδημάτων και την μετέπειτα διαχείριση τους ως συνολικό πλέον εισόδημα.
- το μέγεθος και την σύνθεση του νοικοκυριού.

Η τελευταία αυτή παράμετρος, αποκτά ιδιαίτερη σημασία με δεδομένο ότι :[51]

α)Το μέγεθος του νοικοκυριού σχετίζεται θετικά με το ύψος του εισοδήματος, εφόσον στα πολυμελή νοικοκυριά εργάζονται συνήθως περισσότερα μέλη.

---

[48] Η άποψη αυτή τυγχάνει γενικής παραδοχής και επιβεβαιώνεται στις περισσότερες χώρες. Ενδεικτικά αναφέρουμε την άποψη του καθηγητή Morris (ένας από τους τέσσερις ερευνητές που συνέταξαν το Black Report) : «Ένας από τους κυριότερους παράγοντες της επισφαλούς υγείας, που χαρακτηρίζει τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, είναι κυρίως η φτώχεια και οι πολλαπλά δυσμενείς συνέπειές της» σελ. 739, στο Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζιδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ. (1990) *«Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα»* σελ. 739, τόμ. Β' , ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[49] Atkinson A. (1992) *«Measuring Poverty Differences in Family Composition»* p. 1-16, Economica, vol. 59.

[50] Μπαλούρδος Δ. (1997) *«Δημογραφικές Διαστάσεις της Διανομής του Εισοδήματος»* σελ. 113-114, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[51] Kuznets S. (1976) *«Demographic Aspects of the Size Distribution of Income : An Explanatory Essay»* p. 1-94, Economic Development and Cultural Change, vol. 25, No 10.

β)Τα εξαρτώμενα μέλη (παιδιά - ηλικιωμένοι) των νοικοκυριών, δεν επηρεάζουν με την ίδια ένταση το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα. Αντίθετα, τα παιδιά είναι πιο σημαντικός παράγοντας μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος απ' ότι οι ηλικιωμένοι, πολλοί από τους οποίους λαμβάνουν κάποια σύνταξη. Επιπρόσθετα, είναι γνωστό πως τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα έχουν περισσότερα παιδιά, με αποτέλεσμα να κατανέμεται το εισόδημα σε περισσότερα άτομα, ώστε να σημειώνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση απ' ότι στα νοικοκυριά με λιγότερα παιδιά.

γ)Όσο αφορά όμως στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι εκείνοι οι οποίοι έχουν συνταξιοδοτηθεί νωρίτερα - δηλαδή οι περισσότερο ηλικιωμένοι - καταλαμβάνουν χαμηλότερη θέση στην εισοδηματική κλίμακα, ενώ επιπρόσθετα, εκδηλώνουν αυξημένη ζήτηση για φροντίδα υγείας, λειτουργώντας έτσι ως πηγή ανισότητας και φτώχειας.

1.3.3. Δαπάνες υγείας και μέγεθος νοικοκυριού.

Εμβαθύνοντας την ανάλυση των παραμέτρων που προσδιορίζουν τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, θα μελετήσουμε τον ρόλο του μεγέθους (αριθμός μελών) [52] και της σύνθεσης των τελευταίων, που άλλωστε αποτελούν τις βασικότερες δημογραφικές μεταβλητές στην διαμόρφωση και διανομή του εισοδήματος, καθώς επίσης και στην σκιαγράφηση των αναγκών υγείας των νοικοκυριών.

Ξεκινώντας από την μελέτη των οικογενειακών δαπανών υγείας σε σχέση με το μέγεθος των νοικοκυριών, θα περιμέναμε - με κριτήριο τις στοιχειώδεις αναμενόμενες ανάγκες κατά άτομο - να οδηγηθούμε στο λογικό αποτέλεσμα της άμεσης συσχέτισης του ύψους των δαπανών υγείας και του αριθμού των μελών των νοικοκυριών. Στην περίπτωση των δαπανών υγείας όμως κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Αντίθετα, παρατηρείται μια ανισοκατανομή των δαπανών σε σχέση με τον αριθμό των μελών των νοικοκυριών, η οποία ανατρέπει την παραπάνω υπόθεση. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από την Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1993/94, οι δαπάνες υγείας σε μια τριμελή οικογένεια είναι κατά μέσο όρο νοικοκυριού, χαμηλότερες από τις αντίστοιχες δαπάνες σε μια διμελή (πίνακας 3.1.13.). Ιδιαίτερα μάλιστα αν αναλογιστούμε τις ξεχωριστές υγειονομικές ανάγκες του τρίτου μέλους - που συνήθως ως τέκνο ή ως ηλικιωμένος έχει αυξημένες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας - οδηγούμαστε σ' ένα παράδοξο στη σχέση μεγέθους του νοικοκυριού και δαπανών υγείας.

---

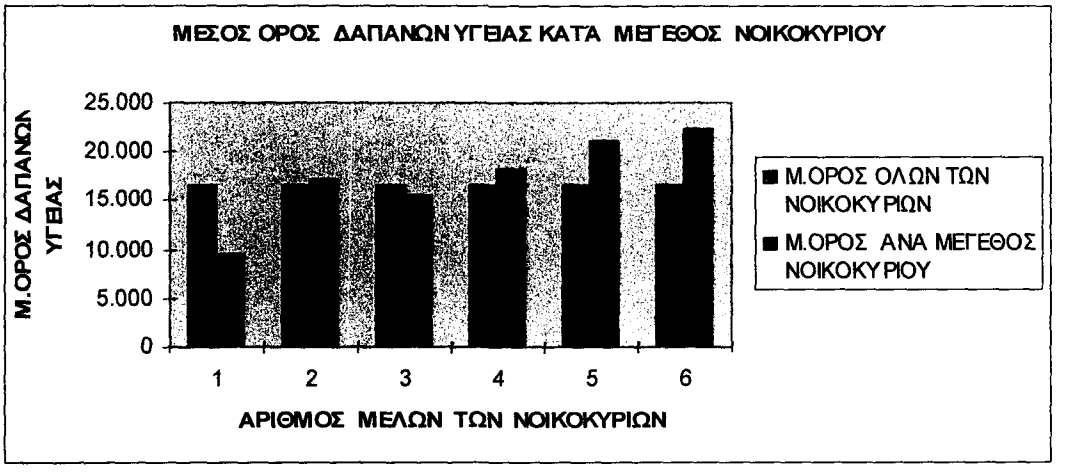
[52] Σύμφωνα με την τελευταία Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ (1993-1994), ως μέλη των νοικοκυριών θεωρήθηκαν : α)τα άτομα - συγγενικά και μη - που διέμεναν μόνιμα μαζί, β)φιλοξενούμενοι του νοικοκυριού για διάστημα μεγαλύτερο από 1 μήνα, γ)άτομα που απουσίαζαν προσωρινά από την κατοικία τους ή κατά την διάρκεια της έρευνας αποχώρησαν οριστικά από το νοικοκυριό, εφόσον όμως διέμεναν σε αυτό τουλάχιστον 8 ημέρες κατά την περίοδο της έρευνας, δ)άτομα που εγκαταστάθηκαν μόνιμα στο νοικοκυριό κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας για διάστημα μεγαλύτερο από 1 μήνα στ)συγγενικά ή μη άτομα που διέμεναν συνήθως στο νοικοκυριό, αλλά απουσίαζαν προσωρινά, για διάστημα μικρότερο από 1 μήνα. ΕΣΥΕ (1996) *«Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών1993-1994»* Πρόλογος (υπό έκδοση), Αθήνα..

Αντίθετα, κρίνονται λογικά τα μεγέθη των δαπανών υγείας σε μονομελείς οικογένειες, καθώς και στις οικογένειες με 4 μέλη και άνω. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά με 1 μέλος - άρα και με τις λιγότερες ανάγκες - παρουσιάζουν το χαμηλότερο μέσο όρο δαπανών (42,23% κάτω από τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών), ενώ οι κατηγορίες των νοικοκυριών με 4, 5 και 6 και άνω μέλη, βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο κατά ποσοστό 11,17 %, 28,62% και 36,06% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.13. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΜΕΛΟΣ	16.433	9.493	-6940	**-42,23%**
2 ΜΕΛΗ	16.433	17.197	+764	**+4,64%**
3 ΜΕΛΗ	16.433	15.461	-972	**-5,91%**
4 ΜΕΛΗ	16.433	18.270	+1837	**+11,17%**
5 ΜΕΛΗ	16.433	21.137	+4704	**+28,62%**
6 ΜΕΛΗ & ΑΝΩ	16.433	22.360	+5927	**+36,06%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Στο σημείο αυτό, υπερβαίνοντας το πεδίο των εμπειρικών δοκιμασιών, οφείλουμε να προβούμε σε δύο σημαντικές για τον προσδιορισμό των δαπανών υγείας παρατηρήσεις, που σχετίζονται με το μέγεθος του νοικοκυριού :

α)στα νοικοκυριά με 1 μέλος δεν υπάρχει η δυνατότητα της παροχής ιατρικής φροντίδας - στα πλαίσια του εφικτού - από άλλα μέλη και συνεπώς είναι περισσότερο αναγκαία η προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας.

β)στα νοικοκυριά με παραπάνω από 4 μέλη όπου οι δαπάνες υγείας κρίνονται λογικές, θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στο αν θα αποδώσουμε το φαινόμενο αυτό στην αναλογία μελών και αναγκών υγείας και όχι στο ενδεχομένως μεγαλύτερο εισόδημα από την εργασία περισσότερων μελών. [53]

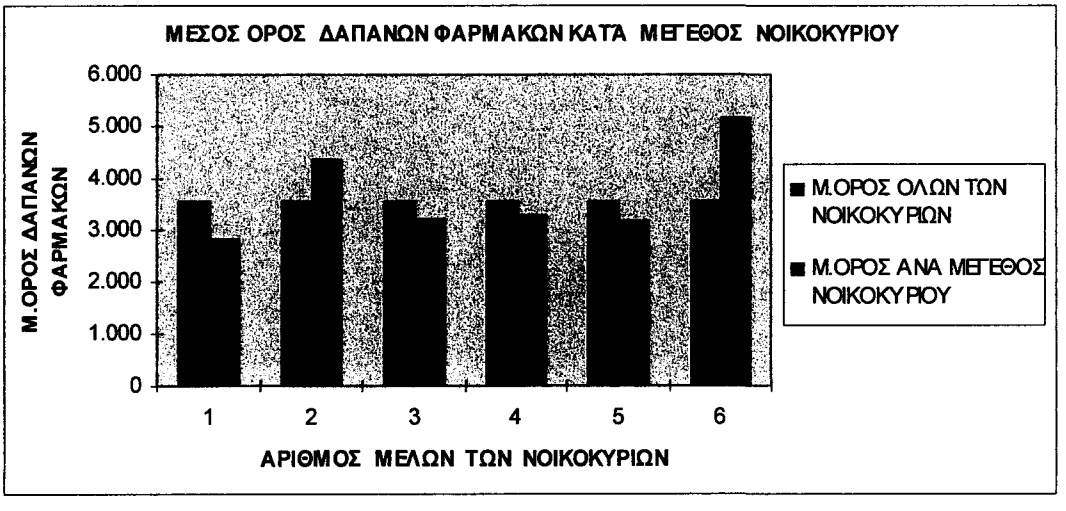
[53] Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, (Κανελλοπούλου 1986), το μέσο εισόδημα ανά νοικοκυριό στην χώρα μας, εμφανίζεται σταθερά αυξανόμενο καθώς αυξάνεται το μέγεθος του νοικοκυριού, εκτός

Επιχειρώντας να ερμηνεύσουμε το παράδοξο στο οποίο αναφερθήκαμε προηγουμένως, καθώς και τη γενικότερη συμπεριφορά των δαπανών υγείας σε σχέση με το μέγεθος των νοικοκυριών, θα εξετάσουμε ξεχωριστά κάθε υποομάδα δαπάνης υγείας. Ξεκινώντας την ανάλυσή μας από τις δαπάνες για φάρμακα (πίνακας 3.1.14.) και με βασική υπόθεση το ότι την ζήτηση και κατ' επέκταση την δαπάνη υγείας δεν την προσδιορίζει τόσο η ανάγκη για φροντίδα υγείας, όσο άλλοι παράγοντες σχετικοί κυρίως με το εισόδημα και γενικότερα με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον του νοικοκυριού, [54] διαπιστώνουμε πως αυτή τουλάχιστον η κατηγορία δαπανών, επιβεβαιώνει την παραπάνω υπόθεση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.14. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993-94)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α1	Α2	Α2-Α1	Α2-Α1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΜΕΛΟΣ	3.548	2.790	-758	**-21,36%**
2 ΜΕΛΗ	3.548	4.349	+801	**+22,57%**
3 ΜΕΛΗ	3.548	3.185	-363	**-10,23%**
4 ΜΕΛΗ	3.548	3.262	-286	**-8,06%**
5 ΜΕΛΗ	3.548	3.172	-376	**-10,59%**
6 ΜΕΛΗ & ΑΝΩ	3.548	5.168	+1620	**+45,65%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών" 1993-94, β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Ειδικότερα, από την διακύμανση των δαπανών για φάρμακα σε σχέση με τον αριθμό των μελών του νοικοκυριού, δεν προκύπτει αναλογική σχέση μεταξύ των δύο μεγεθών, αν και είναι δεδομένο πως η ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού ατόμων σε μία οικογένεια, πιέζει αυξητικά τις ανάγκες για φαρμακευτική περίθαλψη. Αντίθετα, οι δαπάνες φαρμάκων υπερβαίνουν τον

από μια μικρή μείωση που παρατηρείται στα νοικοκυριά με τουλάχιστον 7 μέλη. Κανελλοπούλου Κ. (1996) *«Εισοδήματα και φτώχεια στην Ελλάδα : προσδιοριστικοί παράγοντες»* σελ. 46-47, ΚΕΠΕ, Οκτώβριος 1986, Αθήνα.

[54] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 91-104, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

σχετικό μέσο όρο μόνο όταν εξετάζονται στα πλαίσια νοικοκυριών με 2 ή με πάνω από 6 μέλη, γεγονός το οποίο μπορεί να αποδοθεί :

α)στο ότι στις διμελείς οικογένειες υπάρχει δυνατότητα - και συνήθως παρατηρείται - εισροής εισοδήματος και από τα δύο μέλη, ιδιαίτερα μάλιστα στην περίπτωση των γυναικών, θεωρείται πως η μη ύπαρξη παιδιών, συνδέεται θετικά με το εισόδημα. [55]

β)στο ότι στις οικογένειες της τελευταίας κατηγορίας (με πάνω από 6 μέλη), υπάρχει μεγάλη πίεση για κατανάλωση φαρμάκων λόγω της πληθώρας των αναγκών, η οποία κρίνεται λογική μια και τα «επιπρόσθετα μέλη» είτε ως παιδιά είτε ως ηλικιωμένοι, έχουν συνήθως μεγάλη ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Βεβαίως, οι αυξημένες αυτές ανάγκες μπορεί να αντισταθμίζονται από το επιπλέον εισόδημα που αποφέρει η εργασία περισσότερων μελών, όμως αυτό εξαρτάται κυρίως από την ηλικιακή σύνθεση του νοικοκυριού. [56]

Επιπρόσθετα, επισημαίνουμε ότι η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώνεται κι απ' την μικρή σχετικά διαφορά - ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψη μας την μεγάλη διαφοροποίηση των αντίστοιχων αναγκών - μεταξύ των μονομελών νοικοκυριών (με την χαμηλότερη δαπάνη) και των νοικοκυριών με πάνω από 6 μέλη. Συγκεκριμένα, η διαφορά στην ιδιωτική δαπάνη για φάρμακα των νοικοκυριών των δύο αυτών κατηγοριών, είναι της τάξης του 25,08% του μέσου όρου όλων των νοικοκυριών. Ενδεικτικό για την σχέση των δαπανών στις δύο αυτές κατηγορίες των νοικοκυριών, αποτελεί το γεγονός ότι στη μεν πρώτη η κατά κεφαλή δαπάνη - συνεπώς και συνολική - φαρμάκων είναι 2.790 δραχμές, ενώ σε κάθε μέλος νοικοκυριού με 6 μέλη και άνω, αντιστοιχεί κατά προσέγγιση δαπάνη ύψους 861 δρχ., δηλαδή τρεις περίπου φορές μικρότερη από την δαπάνη του μονομελούς νοικοκυριού.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των δαπανών ιατρικής περίθαλψης σε σχέση με το μέγεθος των νοικοκυριών, από την οποία όπως και προηγουμένως δεν προκύπτει σχέση αιτιότητας, αλλά αντιθέτως παρατηρούμε ότι (πίνακας 3.1.15.) :

α)οι δαπάνες σε πενταμελείς οικογένειες είναι οι υψηλότερες (30.6% πάνω από τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών) και υπερβαίνουν τις αντίστοιχες σε εξαμελείς και άνω οικογένειες , που ακολουθούν αμέσως μετά.

β)τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών τον ξεπερνούν επίσης και τα νοικοκυριά που αποτελούνται από 2 μέλη, κάτι που όπως προαναφέραμε,

[55] Η άποψη αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι οι γυναίκες με τα υψηλά εισοδήματα έχουν λιγότερα ή καθόλου παιδιά, λόγω του ευκαιριακού κόστους, ενώ αντίθετα οι γυναίκες με παιδιά εργάζονται λιγότερο. Βλ. Smith J., Ward M. (1980) *«Asset Accumulation and Family size»* p. 243-260, Demography, No 3.

[56] Κανελλοπούλου Κ. (1996) *«Εισοδήματα και φτώχεια στην Ελλάδα : προσδιοριστικοί παράγοντες»* σελ. 46, ΚΕΠΕ, Οκτώβριος 1986, Αθήνα.

οφείλεται κυρίως στην διαχείριση μεγαλύτερου κατά κεφαλήν εισοδήματος στα πλαίσια τέτοιων νοικοκυριών.

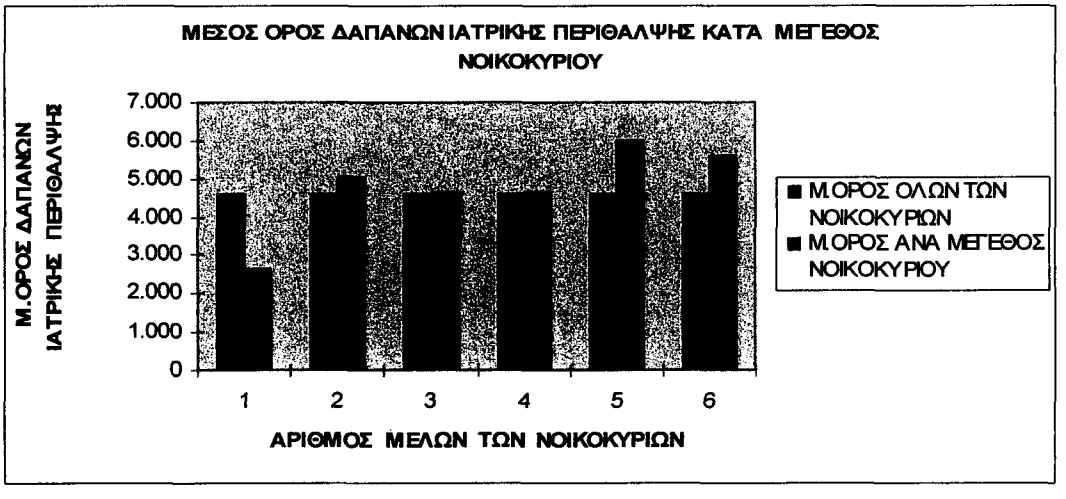
γ)τα νοικοκυριά με 3 και 4 μέλη βρίσκονται κάτω από την κατηγορία που προαναφέραμε, δαπανούν όμως για υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης λίγο μεγαλύτερο από τον αντίστοιχο μέσο όρο όλων των νοικοκυριών, ποσοστό (1,35% και 0,67% αντίστοιχα).

δ)τα νοικοκυριά με 1 μέλος παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαμηλές δαπάνες για ιατρική περίθαλψη και υπολείπονται κατά 43,17% του μέσου όρου, φαινόμενο όμως το οποίο δικαιολογείται από τις χαμηλές συνήθως ανάγκες του ενός μέλους, αλλά και από την μη ύπαρξη άλλων μελών που θα μπορούσαν να προσφέρουν στο διαθέσιμο εισόδημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.15. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΜΕΛΟΣ	4.588	2.607	-1981	**-43,17%**
2 ΜΕΛΗ	4.588	5.038	+450	**+9,8%**
3 ΜΕΛΗ	4.588	4.650	+62	**+1,35%**
4 ΜΕΛΗ	4.588	4.619	+31	**+0,67%**
5 ΜΕΛΗ	4.588	5.992	+1404	**+30,6%**
6 ΜΕΛΗ & ΑΝΩ	4.588	5.585	+997	**+21,73%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Από την ανάλυση των δεδομένων που αφορούν στις δαπάνες οδοντιατρικών υπηρεσιών - οι οποίες όπως έχουμε αναφέρει αποτελούν την υψηλότερη ποσοστιαία δαπάνη από τις δαπάνες υγείας - προκύπτουν συμπεράσματα ανάλογα με αυτά της προηγούμενης ανάλυσης (πίνακας 3.1.16.). Συγκεκριμένα, οι δαπάνες κινούνται προοδευτικά σε σχέση με τα μέλη των νοικοκυριών, με εξαίρεση τις εξαμελείς οικογένειες, των οποίων οι δαπάνες για υπηρεσίες οδοντιάτρων βρίσκονται κάτω από τις αντίστοιχες των οικογενειών με 5 μέλη. Σε σχέση βέβαια με τις δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών άλλων ειδικοτήτων, οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες παρουσιάζουν κάποιες

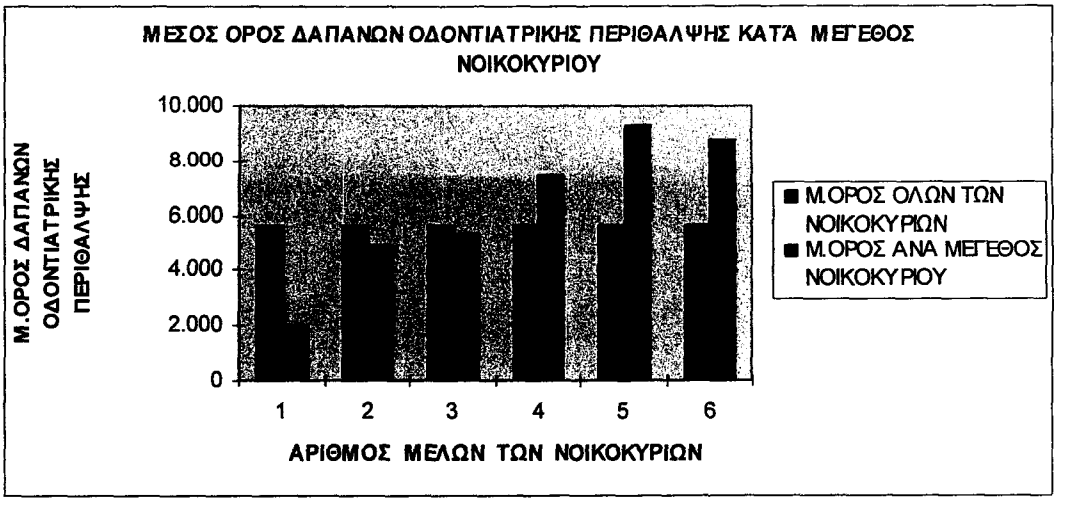
διαφοροποιήσεις στη σχέση μεταξύ των δαπανών των οικογενειών με 2 και 3 μέλη. Ειδικότερα, ενώ όπως προαναφέραμε οι τελευταίες κινούνται μέχρι ενός σημείου προοδευτικά ως προς το μέγεθος του νοικοκυριού, στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης, η δαπάνη των διμελών οικογενειών, υπερβαίνει την αντίστοιχη δαπάνη των οικογενειών με τρία μέλη.

Επανερχόμενοι στις δαπάνες για υπηρεσίες οδοντιάτρων, σημειώνουμε απλά την μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ της χαμηλότερης δαπάνης (μονομελή νοικοκυριά, ποσοστό 64,1% κάτω του μέσου όρου) και της υψηλότερης (νοικοκυριά με 5 μέλη, ποσοστό 63,99% πάνω από τον μέσο όρο), επισημαίνοντας όμως ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη σ' αυτήν την κατηγορία (1.466 δρχ.) είναι αρκετά μικρότερη απ' αυτήν των μονομελών νοικοκυριών (2.025 δρχ.). Αυτή η αντίθεση, εξηγείται απ' το ότι σε μια πολυμελή οικογένεια υπάρχουν συνήθως αρκετά ανήλικα μέλη, τα οποία είτε έχουν μικρότερη ανάγκη από οδοντιατρικές υπηρεσίες, είτε αναβάλλουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αφορούν σ' αυτήν την κατηγορία ιατρικής φροντίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.16. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΜΕΛΟΣ	5.641	2.025	-3616	**-64,1%**
2 ΜΕΛΗ	5.641	4.893	-748	**-13,26%**
3 ΜΕΛΗ	5.641	5.312	-329	**-5,83%**
4 ΜΕΛΗ	5.641	7.410	+1769	**+31,35%**
5 ΜΕΛΗ	5.641	9.251	+3610	**+63,99%**
6 ΜΕΛΗ & ΑΝΩ	5.641	8.799	+3158	**+55,98%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.



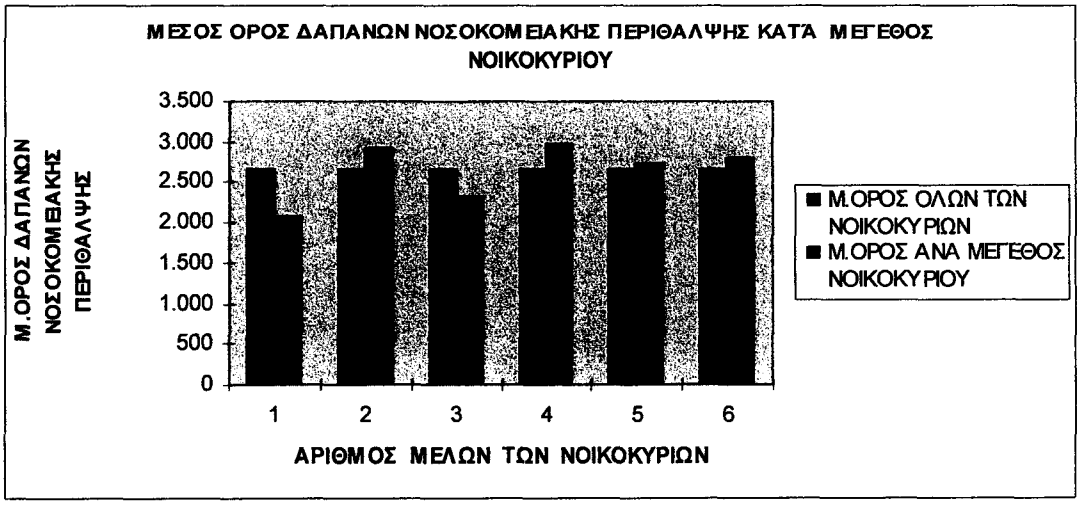
Τελειώνοντας την μελέτη των δαπανών υγείας σε σχέση με το μέγεθος των νοικοκυριών και εξετάζοντας την κατηγορία των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης (πίνακας 3.1.17.), διαπιστώνουμε πως δεν μπορούν να προκύψουν ασφαλή συμπεράσματα που θα επιβεβαιώνουν κάποια σχέση αιτιότητας μεταξύ των δύο παραπάνω μεγεθών. Αξίζει απλά να αναφέρουμε πως σε αντίθεση με τις άλλες υποομάδες, οι δαπάνες για νοσοκομειακή φροντίδα προσεγγίζουν σε

όλες τις κατηγορίες των νοικοκυριών, τον αντίστοιχο μέσο όρο. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη αρνητική απόκλιση από αυτόν παρατηρείται στα μονομελή νοικοκυριά (κατά 22,02%) ενώ η μεγαλύτερη θετική, στα νοικοκυριά με 4 μέλη (ποσοστό 12,16% πάνω του μέσου όρου του συνόλου των νοικοκυριών). Κατά συνέπεια, οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης δεν επηρεάζουν σημαντικά και ακόμη περισσότερο, δεν είναι αυτές που διαμορφώνουν την εικόνα των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, με προσδιοριστικό παράγοντα το μέγεθος των τελευταίων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.17. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α1	Α2	Α2-Α1	Α2-Α1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΜΕΛΟΣ	2.656	2.071	-585	**-22,02%**
2 ΜΕΛΗ	2.656	2.917	+261	**+9,82%**
3 ΜΕΛΗ	2.656	2.314	-342	**-12,87%**
4 ΜΕΛΗ	2.656	2.979	+323	**+12,16%**
5 ΜΕΛΗ	2.656	2.722	+66	**+2,48%**
6 ΜΕΛΗ & ΑΝΩ	2.656	2.808	+152	**+5,72%**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Οι δαπάνες υγείας αντίθετα, διαμορφώνονται ως έχουν κυρίως από την επίδραση των δαπανών ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης και λιγότερο από τις δαπάνες για φάρμακα. Η τελευταία βέβαια κατηγορία, συμβάλλει στην εξισορρόπηση της σχέσης των δαπανών υγείας με το μέγεθος του νοικοκυριού, στο βαθμό όπου ανατρέπει τα δεδομένα των δύο προηγούμενων υποομάδων δαπάνης υγείας, οι οποίες εμφάνιζαν τα νοικοκυριά με 5 μέλη να δαπανούν περισσότερο από τα νοικοκυριά με 6 και άνω μέλη.

Αξιοσημείωτο πάντως είναι το γεγονός ότι το μέγεθος του νοικοκυριού δεν μπορεί να χαρακτηριστεί σε μεγάλο βαθμό ως προσδιοριστικό των δαπανών υγείας, μια και όπως φαίνεται υπάρχει μια ανακολουθία στην σχέση δαπάνης και αναγκών των νοικοκυριών. Η θέση αυτή ενισχύεται κι απ' το ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας μειώνεται όσο αυξάνει το μέγεθος του νοικοκυριού. Η αρχική μας λοιπόν αποδοχή του εισοδήματος ως του κυριότερου προσδιοριστικού παράγοντα διαμόρφωσης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών,

εξακολουθεί να ισχύει. Τα αποτελέσματα άλλωστε της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών όπως σχολιάστηκαν παραπάνω, επιβεβαιώνονται - όσο αφορά στον ρόλο του μεγέθους των νοικοκυριών στην διαμόρφωση των δαπανών υγείας - και από προγενέστερες αντίστοιχες έρευνες (πίνακας 3.1.18.). [57]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.18. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (1981-1994)			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	1981/82	1987/88	1993/94
1 ΜΕΛΟΣ	**1.371**	**4.948**	**9.493**
ΦΑΡΜΑΚΑ	311	883	2.790
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	680	3.247	2.607
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			2.025
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	380	818	2.071
2 ΜΕΛΗ	**1.816**	**6.173**	**17.197**
ΦΑΡΜΑΚΑ	423	1.272	4.349
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.054	3.915	5.038
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.893
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	339	986	2.917
3 ΜΕΛΗ	**2.377**	**8.053**	**15.461**
ΦΑΡΜΑΚΑ	547	1.338	3.185
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.418	5.431	4.650
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.312
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	412	1.284	2.314
4 ΜΕΛΗ	**2.469**	**7.780**	**18.270**
ΦΑΡΜΑΚΑ	389	1.169	3.262
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.730	5.461	4.619
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			7.410
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	350	1.150	2.979
5 ΜΕΛΗ	**3.235**	**6.847**	**21.137**
ΦΑΡΜΑΚΑ	496	1.220	3.172
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2.207	4.923	5.992
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			9.251
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	532	704	2.722
6 ΜΕΛΗ ΚΑΙ ΑΝΩ	**2.918**	**10.020**	**22.360**
ΦΑΡΜΑΚΑ	565	1.435	5.168
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.853	7.228	5.585
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			8.799
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	500	1.357	2.808
ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ	**2.302**	**7.082**	**16.433**
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1.215	3.548
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.459	4.804	4.588
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	1.063	2.656
Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών", 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).			

Από την άλλη, ο αριθμός των μελών ενός νοικοκυριού επηρεάζει - είτε αυξητικά είτε περιοριστικά - το διαθέσιμο κατά κεφαλήν εισόδημα, οπότε μπορούμε να υποθέσουμε πως με αυτόν τον έμμεσο τρόπο, το μέγεθος του νοικοκυριού, προσδιορίζει τις καταναλωτικές δυνατότητες και κατ' επέκταση τις δαπάνες υγείας. Η επιβεβαίωση βέβαια της παραπάνω υπόθεσης, θέτει το ερώτημα σχετικά

[57] Συγκεκριμένα, η αντιστοιχία μεταξύ των υποομάδων δαπάνης υγείας και του μεγέθους του νοικοκυριού εμφανίζει στα βασικότερα σημεία όμοιους προσανατολισμούς και στις τρεις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1981-1982, 1987-1988 και 1993-1994), παρά το γεγονός ότι στο διάστημα 1981-1994, συντελέστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο οργάνωσης του ιδιωτικού τομέα υγείας, με κυριότερες την μείωση των ιδιωτικών κλινών και την ραγδαία ανάπτυξη των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

με την έκταση της συμμετοχής της ηλικίας των μελών και της γενικότερης δομής ενός νοικοκυριού, στην διαμόρφωση του εισοδήματος [58] - αλλά και των αναγκών υγείας - οπότε είναι απαραίτητο να συμπεριλάβουμε στην ανάλυσή μας, στοιχεία σχετικά με την σύνθεση του νοικοκυριού.

1.3.4. Δαπάνες υγείας και σύνθεση του νοικοκυριού.

Η διατύπωση συσχετίσεων μεταξύ των δαπανών υγείας και της σύνθεσης των νοικοκυριών, είναι μια εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία και ελεγχόμενη ως προς την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, αφού για την συναγωγή των τελευταίων, διαπλέκονται πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις δύο μεταβλητές. Μερικά πάντως συμπεράσματα που μπορούν με ασφάλεια να αποτυπωθούν τόσο λόγω της διαχρονικής τους επιβεβαίωσης όσο και λόγω της εναρμόνισής τους με τις γενικότερες εξελίξεις αφενός στον τομέα της υγείας και αφετέρου στην καταναλωτική συμπεριφορά των νοικοκυριών, είναι τα ακόλουθα :

α)σύμφωνα και με τις τρεις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1981-82, 1987-88, 1993-94), η μέση κατά νοικοκυριό δαπάνη υγείας είναι υψηλότερη στις κατηγορίες των ζυγαριών με παιδιά (πίνακας 3.1.19.), ενώ για πρώτη φορά στην έρευνα του 1993-94, τα νοικοκυριά που αποτελούνται από το ζευγάρι χωρίς παιδιά, δαπανούν για υγεία ποσό που υπερβαίνει τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών κατά 10,7%. Το γεγονός αυτό, οφείλεται προφανώς στην αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων λόγω της αύξησης του βιοτικού επιπέδου, ενώ συνδέεται και με την προηγούμενη επισήμανσή μας σχετικά με τον ρόλο των παιδιών στην διαμόρφωση του εισοδήματος των γυναικών και κατ' επέκταση των νοικοκυριών.

β)επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στην έρευνα του 1993-94, (πίνακας 3.1.20.), διαπιστώνουμε πως η μέγιστη αρνητική απόκλιση (-45,56%) των δαπανών υγείας στις διάφορες κατηγορίες των νοικοκυριών από τον συνολικό μέσο όρο, παρατηρείται στην κατηγορία των μονομελών νοικοκυριών (κάτω των 65 ετών). Αυτό βέβαια είναι λογικό, αν αναλογιστούμε πως αναφερόμαστε σε 1 μόλις άτομο, το οποίο λόγω του ότι είναι κάτω των 65 ετών αναμένεται να έχει λιγότερες ανάγκες και συνεπώς να κάνει μικρότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. [59] Επιπρόσθετα, εξαιρουμένης της παραπάνω κατηγορίας

---

[58] Το ερώτημα τίθεται στην βάση των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται στην εισοδηματική κατάσταση των ατόμων με την πάροδο του χρόνου, είτε λόγω θεσμικών (πιέσεις συνδικαλιστικών ενώσεων), είτε λόγω οικονομικών παραγόντων (αύξηση της παραγωγικότητας λόγω εκμάθησης και μακρόχρονης εμπειρίας). Η κανονικότητα βέβαια που διαφαίνεται στην δημιουργία εισοδήματος δια μέσου του χρόνου, μετριάζεται από τα σημαντικά οφέλη που αποκτούν τα νέα άτομα με τις βελτιώσεις του εκπαιδευτικού συστήματος, καθώς και από την μεταβίβαση πόρων από τους γονείς στα παιδιά. Βλ. Λαζαρίδης Π. , Παπαηλίας Θ. , Σακέλλης Μ. (1989) *«Κατανομή του Εισοδήματος στην Ελλάδα»* σελ. 42-43, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα. Για τον ρόλο των παιδιών στην διαμόρφωση του οικογενειακού εισοδήματος, βλ. Cramer J. (1979) *«Employment Trends of Young Mothers and the Opportunity Cost of Babies in the U.S.»* p. 177-197, Demography, No 16.

[59] Όπως προκύπτει από στοιχεία της ΕΣΥΕ για το 1993, το μεγαλύτερο ποσοστό των εξελθόντων ασθενών από τα νοσοκομεία της χώρας, ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία των 70-

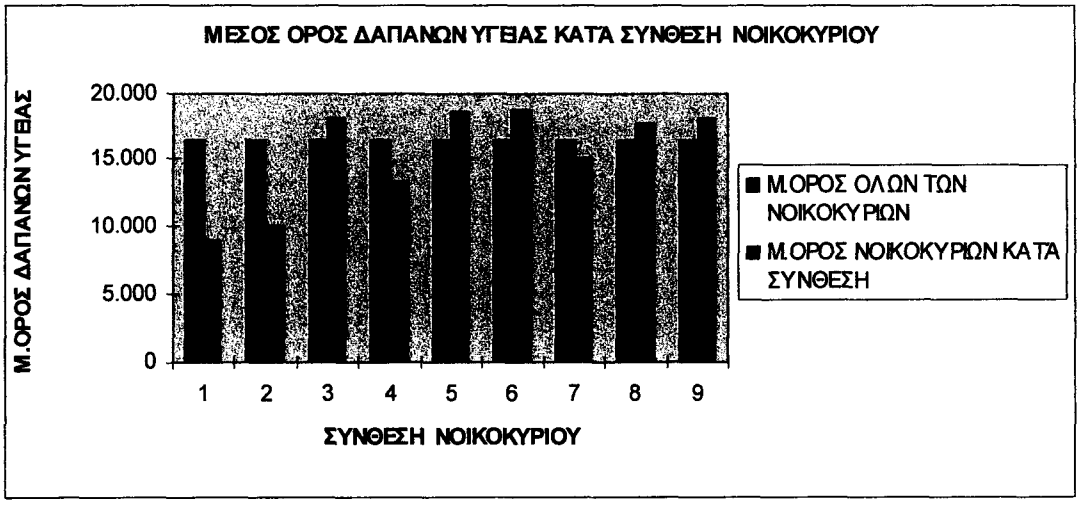
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.19. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (1981-1994)			
ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	1981/82	1987/88	1993/94
1 ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ	**1.428**	**5.470**	**8.946**
ΦΑΡΜΑΚΑ	173	763	1.613
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	770	4.005	2.119
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			3.236
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	485	702	1.978
1 ΑΤΟΜΟ 65 ΕΤΩΝ Ή ΑΝΩ	**1.308**	**4.388**	**10.065**
ΦΑΡΜΑΚΑ	466	1.012	4.020
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	579	2.433	3.117
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			759
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	263	943	2.169
ΖΕΥΓΑΡΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	**1.755**	**6.084**	**18.195**
ΦΑΡΜΑΚΑ	443	1.231	4.722
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	980	3.840	5.299
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.058
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	332	1.013	3.115
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ	**2.434**	**8.692**	**13.260**
ΦΑΡΜΑΚΑ	515	1.214	2.377
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.503	5.942	4.641
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			3.170
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	416	1.536	3.070
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ	**2.510**	**7.473**	**18.578**
ΦΑΡΜΑΚΑ	367	1.012	2.721
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.805	5.395	4.894
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			8.286
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	338	1.066	2.677
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 3 ΠΑΙΔΙΑ	**2.624**	**7.102**	**18.813**
ΦΑΡΜΑΚΑ	311	697	2.887
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.977	5.727	5.448
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			8.400
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	336	678	2.079
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 4 Ή ΠΕΡΙΣ. ΠΑΙΔΙΑ	**3.014**	*	*
ΦΑΡΜΑΚΑ	235	*	*
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2.408	*	*
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			*
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	371	*	*
ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	**2.685**	**7.317**	**18.253**
ΦΑΡΜΑΚΑ	573	1.571	4.148
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.615	4.581	5.370
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.370
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	497	1.165	3.365
ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ	**2.302**	**7.082**	**16.433**
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1.215	3.548
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.459	4.804	4.588
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	1.063	2.656
Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών", 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).			

αλλά και της αμέσως επόμενης που επίσης απαρτίζεται από 1 μέλος (άνω των 65 ετών), οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν αποκλίνουν σημαντικά από τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών. Συγκεκριμένα, οι αποκλίσεις κυμαίνονται σε ποσοστό από -19,30% για την κατηγορία των ζευγαριών με 1 παιδί κάτω των 16 ετών, έως +14,48% για τα ζευγάρια με 3 παιδιά και άνω, έως 16 ετών. Το γεγονός πάντως ότι η μέση δαπάνη υγείας στα ζευγάρια χωρίς παιδιά προσεγγίζει την αντίστοιχη των ζευγαριών με 2 και 3 ή περισσότερα παιδιά, οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ότι τα παιδιά που βρίσκονται στον

79 ετών (εξαιρείται για τις γυναίκες η ηλικιακή ομάδα 20-29 ετών, όπου παρατηρείται αυξημένη παραμονή σε μαιευτήρια). Βλ. ΕΣΥΕ (1993) *«Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής»*, πίνακας 13, Αθήνα.

κύκλο της σχολικής τους ηλικίας "μοιράζονται" από το συνολικό εισόδημα που παράγεται στο νοικοκυριό, χωρίς από την άλλη να μπορούν να συνεισφέρουν στο μέγεθός του. [60]

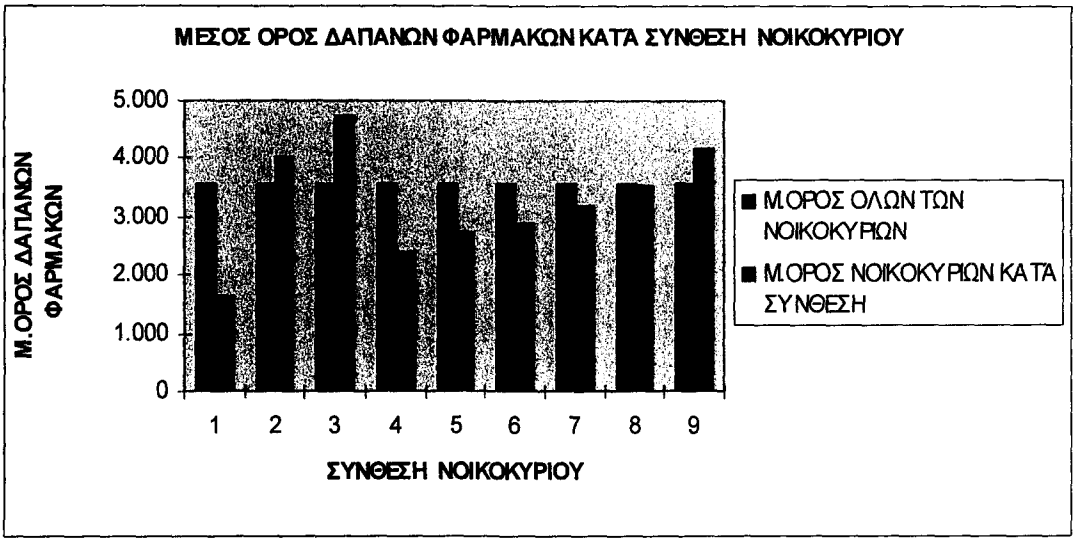
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.20. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΝΘΕΣΗ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ (1)	16.433	8.946	-7487	**-45,56%**
1 ΑΤΟΜΟ 65 ΕΤΩΝ & ΑΝΩ (2)	16.433	10.065	-6368	**-38,75%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ (3)	16.433	18.195	+1762	**+10,72%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (4)	16.433	13.260	-3173	**-19,30%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (5)	16.433	18.578	+2145	**+13,05%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 3 ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (6)	16.433	18.813	+2380	**+14,48%**
ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ 1 Η ΠΕΡΙΣ. ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ & 16 (7)	16.433	14.980	-1453	**-8,84%**
ΖΕΥΓ.Η ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΤΩΝ 16* (8)	16.433	17.773	+1340	**+8,15%**
ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ (9)	16.433	18.253	+1820	**+11,07%**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



γ)η ανάλυση της σχέσης των δαπανών για φάρμακα με την σύνθεση των νοικοκυριών (πίνακας 3.1.21.), εμφανίζει κάποιες αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά με 1 άτομο άνω των 65 ετών και τα νοικοκυριά που αποτελούνται από το ζευγάρι χωρίς παιδιά, ενώ στις συνολικές δαπάνες υγείας υπολείπονται του μέσου όρου, στις δαπάνες για φάρμακα τον υπερβαίνουν κατά 13,3% και 33,08% αντίστοιχα. Αντίθετα οι κατηγορίες των νοικοκυριών που αποτελούνται από το ζευγάρι και 2 ή περισσότερα παιδιά, δαπανούν για φάρμακα λιγότερο από τον συνολικό μέσο όρο κατά 23,3% και 18,63% αντίστοιχα, ενώ στις συνολικές δαπάνες, εμφανίζουν την υψηλότερη δαπάνη.

[60] Μπαλούρδος Δ. (1997) *«Δημογραφικές Διαστάσεις της Διανομής του Εισοδήματος»* σελ. 276, ΕΚΚΕ, Αθήνα. Γενικότερη αναφορά στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά επηρεάζουν το οικογενειακό εισόδημα, στο Μπαλούρδος Δ., Δουληγέρης Β. (1992) *«Η Σχέση Εισοδήματος και Γονιμότητας»* στο ΕΚΚΕ (1992) *«Κοινωνικο-οικονομικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Γονιμότητας στην Ελλάδα»*, Αθήνα.

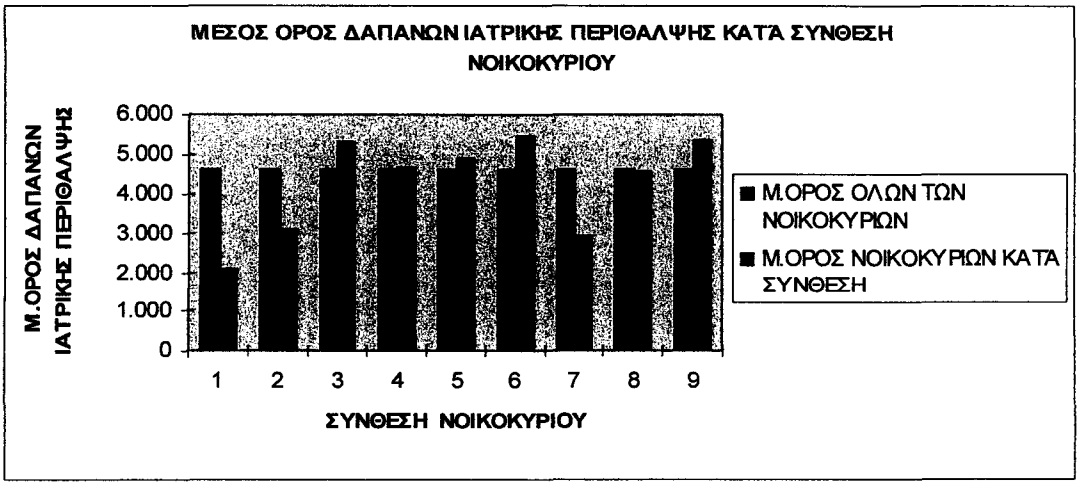
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.21. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΝΘΕΣΗ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ (1)	3.548	1.613	-1935	-54,53%
1 ΑΤΟΜΟ 65 ΕΤΩΝ & ΑΝΩ (2)	3.548	4.020	+472	+13,3%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ (3)	3.548	4.722	+1174	+33,08%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (4)	3.548	2.377	-1171	-33%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (5)	3.548	2.721	-827	-23,30%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 3 ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (6)	3.548	2.887	-661	-18,63%
ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ 1 Η ΠΕΡΙΣ. ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ & 16 (7)	3.548	3.182	-366	-10,31%
ΖΕΥΓ.Η ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΤΩΝ 16* (8)	3.548	3.507	-41	-1,15%
ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ (9)	3.548	4.148	+600	+16,91%
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



δ)οι δαπάνες για ιατρική περίθαλψη, σχετίζονται με την σύνθεση των νοικοκυριών με τρόπο που προσεγγίζει την διακύμανση των συνολικών δαπανών υγείας, περισσότερο από ότι οι δαπάνες για φάρμακα (πίνακας 3.1.22.). Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη αρνητική απόκλιση από τον μέσο όρο (- 53,81%) εμφανίζεται στα μονομελή νοικοκυριά (κάτω των 65 ετών), ενώ η μεγαλύτερη θετική (+ 18,74%), στα νοικοκυριά που αποτελούνται από το ζευγάρι και από 3 ή περισσότερα παιδιά. Αξιοσημείωτο επίσης είναι το χαμηλό σχετικά ύψος των δαπανών ιατρικής περίθαλψης στα νοικοκυριά με 1 γονέα και 1 ή περισσότερα παιδιά έως και 16 ετών, οι οποίες υπολείπονται από τον αντίστοιχο μέσο όρο όλων των νοικοκυριών κατά 35.57%.

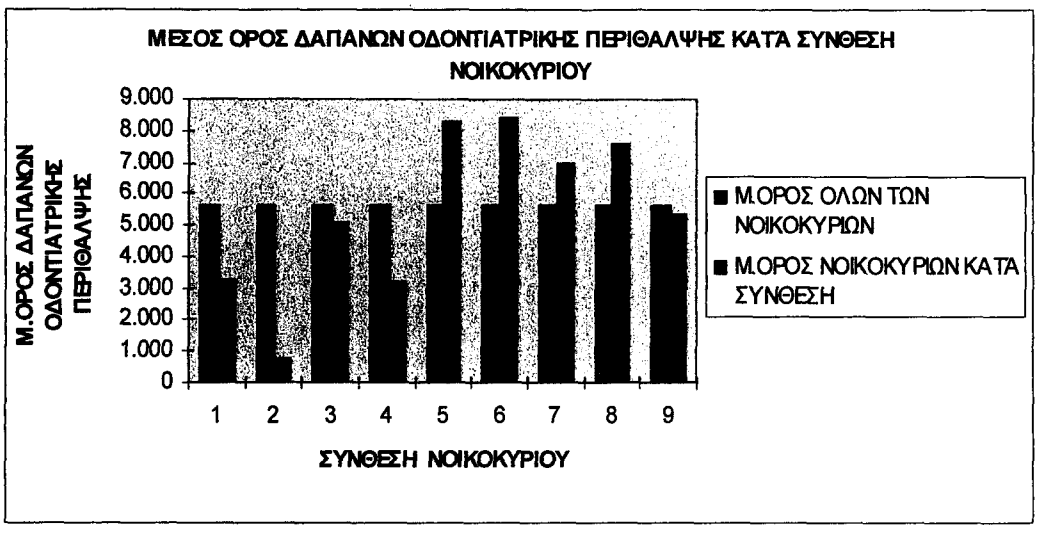
ε)όσο αφορά στις υπηρεσίες οδοντιάτρων - οι οποίες απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας - παρατηρούμε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών των νοικοκυριών ως προς την σύνθεσή τους (πίνακας 3.1.23.). Ειδικότερα, διαπιστώνουμε για τα νοικοκυριά με 1 μέλος άνω των 65 ετών μια ιδιαίτερα υψηλή αρνητική απόκλιση (-86,54%) από τον συνολικό μέσο όρο, η οποία βέβαια για αυτή την κατηγορία των φροντίδων θεωρείται φυσιολογική. Αξιοσημείωτη επίσης θεωρείται και η υψηλή θετική απόκλιση από τον συνολικό μέσο όρο, για

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.22. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΝΘΕΣΗ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ (1)	4.588	2.119	-2469	**-53,81%**
1 ΑΤΟΜΟ 65 ΕΤΩΝ & ΑΝΩ (2)	4.588	3.117	-1471	**-32,06%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ (3)	4.588	5.299	+711	**+15,49%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (4)	4.588	4.641	+53	**+1,15**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (5)	4.588	4.894	+306	**+6,66%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 3 ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (6)	4.588	5.448	+860	**+18,74%**
ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ 1 Η ΠΕΡΙΣ. ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ & 16 (7)	4.588	2.956	-1632	**-35,57%**
ΖΕΥΓ.Η ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΤΩΝ 16* (8)	4.588	4.526	-62	**-1,35%**
ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ (9)	4.588	5.370	+782	**+17,04%**



τις κατηγορίες των νοικοκυριών που αποτελούνται από το ζευγάρι και 2 ή περισσότερα παιδιά (κατά ποσοστό +46,88% και +48,90% αντίστοιχα). Το κύριο πάντως χαρακτηριστικό αυτής της κατηγορίας της δαπάνης είναι οι μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των νοικοκυριών, ενώ ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η διαφορά μεταξύ του μέσου όρου των μονομελών νοικοκυριών (άνω των 65 ετών) και των νοικοκυριών με 3 ή περισσότερα παιδιά, είναι της τάξης του 135,45% ως προς τον μέσο όρο του συνόλου των νοικοκυριών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.23. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΝΘΕΣΗ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ (1)	5.641	3.236	-2405	**-42,63**
1 ΑΤΟΜΟ 65 ΕΤΩΝ & ΑΝΩ (2)	5.641	759	-4882	**-86,54%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ (3)	5.641	5.058	-583	**-10,33%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (4)	5.641	3.170	-2471	**-43,80%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (5)	5.641	8.286	+2645	**+46,88%**
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 3 ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (6)	5.641	8.400	+2759	**+48,90%**
ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ 1 Η ΠΕΡΙΣ. ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ & 16 (7)	5.641	6.973	+1332	**+23,61%**
ΖΕΥΓ.Η ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΤΩΝ 16* (8)	5.641	7.572	+1931	**+34,23%**
ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ (9)	5.641	5.370	-271	**-4,8%**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



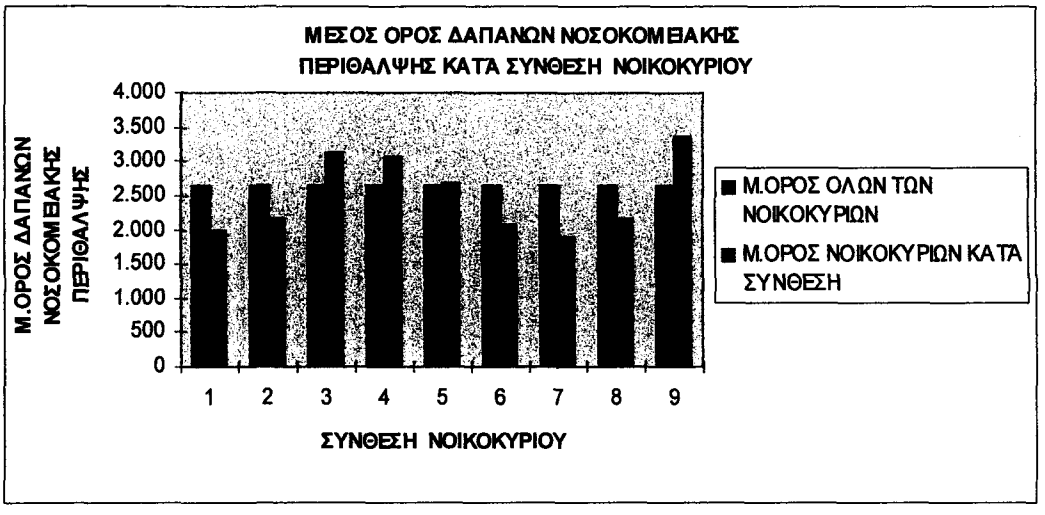
στ)τέλος, η ανάλυση των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης (πίνακας 3.1.24.), χαρακτηρίζεται αφενός από την μικρή συμμετοχή στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών και αφετέρου από τις μικρές σχετικά διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών των νοικοκυριών. Συγκεκριμένα, οι αποκλίσεις ως προς τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών κυμαίνονται από -29,06% για τα νοικοκυριά με 1 γονέα και παιδιά έως 16 ετών, μέχρι +17,28% για τα νοικοκυριά που αποτελούνται από το ζευγάρι χωρίς παιδιά (εξαιρούνται οι λοιπές κατηγορίες).

Ακόμη ένα ενδιαφέρον στοιχείο που προκύπτει από την συσχέτιση των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης με την σύνθεση των νοικοκυριών, αφορά στην διαφοροποίηση της δαπάνης μεταξύ των ζευγαριών χωρίς παιδιά και των ζευγαριών με 3 ή περισσότερα παιδιά. Σε σχέση με τον συνολικό μέσο όρο μάλιστα, η παραπάνω απόκλιση υπολογίζεται σε ποσοστό 39%, που ίσως ερμηνεύεται από το ότι στις οικογένειες με πολλά παιδιά το διαθέσιμο εισόδημα επιμερίζεται σε πολλά άτομα και για την κάλυψη διαφορετικών αναγκών, καθώς και από το ότι τα επιπλέον μέλη λόγω ηλικίας δεν εμφανίζουν τις περισσότερες φορές αυξημένη ζήτηση για νοσοκομειακή φροντίδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.24. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΝΘΕΣΗ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
1 ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ (1)	2.656	1.978	-678	-25,52%
1 ΑΤΟΜΟ 65 ΕΤΩΝ & ΑΝΩ (2)	2.656	2.169	-487	-18,33%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ (3)	2.656	3.115	+459	+17,28%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (4)	2.656	3.070	+414	+15,58%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (5)	2.656	2.677	+21	+0,79%
ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕ 3 ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (6)	2.656	2.079	-580	-21,83%
ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ 1 Η ΠΕΡΙΣ. ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ & 16 (7)	2.656	1.884	-772	-29,06%
ΖΕΥΓ.Η ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ & ΑΝΩ ΤΩΝ 16* (8)	2.656	2.168	-488	-18,37%
ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ (9)	2.656	3.365	+709	+26,69%

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Συνοψίζοντας, η σχέση των δαπανών υγείας με τη σύνθεση των νοικοκυριών, χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη διαφοροποιήσεων που δεν μπορούν πάντα να αιτιολογηθούν με σαφήνεια. Για παράδειγμα, δεν μπορούμε να συνάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για την διαφοροποίηση του μέσου όρου των νοικοκυριών με 1 παιδί και των νοικοκυριών με 2 παιδιά (ποσοστό 32,36% επί του συνολικού μέσου όρου, υπέρ της πρώτης κατηγορίας). Αντίθετα, είναι σαφές πως τόσο στις επιμέρους δαπάνες - εκτός από την οδοντιατρική περίθαλψη - όσο και στο σύνολο των δαπανών υγείας, τα ζευγάρια χωρίς παιδιά δαπανούν για υγεία πάνω από τον μέσο όρο του συνόλου των νοικοκυριών. Για τις υπόλοιπες πάντως κατηγορίες, δεν διακρίνουμε σταθερή συμπεριφορά ως προς τις δαπάνες υγείας, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εκτίμηση και ερμηνεία της επίδρασης που ασκεί σε αυτές η σύνθεση των νοικοκυριών.

Επειδή όπως γίνεται αντιληπτό, το ζήτημα των αναγκών υγείας είναι δύσκολο να απεμπλακεί από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και την επίδραση του εισοδήματος, θεωρούμε πως κάποιες από τις παραπάνω συσχετίσεις, συνδέονται με τις εισοδηματικές δυνατότητες και την διάθεση του εισοδήματος στα μέλη του νοικοκυριού. Μια άλλη όμως παράμετρος που είναι απαραίτητη για την σκιαγράφηση του κοινωνικοοικονομικού πλαισίου μέσα στο οποίο τα νοικοκυριά δραστηριοποιούνται και καταναλώνουν μέρος του διαθέσιμου εισοδήματος για υπηρεσίες υγείας, αφορά στην επαγγελματική θέση του υπεύθυνου του νοικοκυριού, την επίδραση της οποίας θα εξετάσουμε παρακάτω.

1.3.5. Δαπάνες υγείας και επαγγελματική θέση.

Η επαγγελματική θέση του υπεύθυνου του νοικοκυριού, [61] αποτελεί μία παράμετρο της συνολικής καταναλωτικής συμπεριφοράς και κατ' επέκταση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, η οποία αντανακλά την έμμεση επίδραση μιας σειράς άλλων επιμέρους παραγόντων. Συγκεκριμένα, η κατάληψη ή η επιλογή μιας επαγγελματικής θέσης, είναι συνάρτηση της κοινωνικής θέσης

[61] Ως υπεύθυνος του νοικοκυριού θεωρήθηκε και στις τρεις έρευνες, το μέλος εκείνο το οποίο αναγνώριζαν ως υπεύθυνο όλα τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού και το οποίο έφερε την κύρια ευθύνη στην λήψη σημαντικών αποφάσεων που αφορούσαν το νοικοκυριό. ΕΣΥΕ (1996) *«Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1993-1994»* Πρόλογος, (υπό έκδοση), Αθήνα.

του ατόμου πριν την ένταξή του στην αγορά εργασίας, του εκπαιδευτικού του επιπέδου, της κατάστασης της υγείας του κλπ., ενώ ταυτόχρονα σε μεγάλο βαθμό εκφράζει και τις οικονομικές του δυνατότητες ή προοπτικές. [62]

Όπως όμως έχουμε ήδη τονίσει, οι επιμέρους αυτές συνιστώσες της κοινωνικοοικονομικής θέσης ενός ατόμου, συνδέονται με την ανάδυση μιας σειράς ανισοτήτων στο επίπεδο αλλά και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας. Παραπέμποντας για άλλη μια φορά στο Black Report που δημοσιεύθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '80 στην Μ. Βρετανία αλλά και σε άλλες σχετικές μελέτες, αναφέρουμε την στενή σχέση της επαγγελματικής τάξης με την θνησιμότητα, την νοσηρότητα, καθώς και τον προσανατολισμό της χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα, η έκθεση Black Report πιστοποιεί σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ επαγγελματικών κατηγοριών, των οποίων ενδεικτικό είναι το ότι η ομάδα των μερικώς ειδικευμένων εργατών, έχει διόμισυ φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα από την ομάδα των ελεύθερων επαγγελματιών. [63] Ακόμη, παρατηρείται πως τα κατώτερα επαγγελματικά στρώματα υποφέρουν περισσότερο από χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες, γεγονός που μεταφράζεται σε μεγαλύτερο διάστημα παραμονής στα νοσοκομεία. [64] Αντίθετα, οι υψηλότερες επαγγελματικές τάξεις, κάνουν μεγαλύτερη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ οι κατώτερες χρησιμοποιούν περισσότερο τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, γεγονός που μπορεί να συνδέεται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσής τους σε ατυχήματα και τραυματισμούς.

Αντίστοιχα συμπεράσματα προκύπτουν και από σχετικές μελέτες που αφορούν στην ελληνική πραγματικότητα ως προς την σχέση επαγγελματικής τάξης και επιπέδου ή χρήσης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, η μελέτη των Καράγιωργα κ.α. για την φτώχεια, συμπεραίνει μια σαφή διαφοροποίηση στο φάσμα νοσηρότητας σε βάρος των «φτωχών», οι οποίοι κυρίως προέρχονται από την κατηγορία των τεχνιτών – εργατών και των γεωργών – κτηνοτρόφων. Οι ομάδες αυτές, εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα από ότι άλλες ομάδες σε λοιμώξεις που σχετίζονται με το εργασιακό τους

[62] Όλοι αυτοί οι παράγοντες συνδέονται μεταξύ τους, προκαλώντας μια «αλυσιδωτή αντίδραση». Για παράδειγμα, είναι αποδεδειγμένο πως τα νοικοκυριά με υπεύθυνο χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, συνήθως έχουν περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες, οι οποίες επηρεάζουν και τα παιδιά της οικογένειας τα οποία λόγω έλλειψης πόρων, οδηγούνται σε πρόωρη διακοπή της εκπαίδευσής τους. Με το χαμηλό όμως εκπαιδευτικό τους επίπεδο, καταλήγουν στην αγορά εργασίας σε επαγγέλματα με χαμηλές αμοιβές, δίνοντας έτσι μια διαχρονικότητα στην διαπλοκή : εκπαίδευση – επαγγελματική θέση – εισόδημα. ΕΚΚΕ (1996) *«Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα»* σελ.63-64, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Αθήνα.

[63] Σημειώνουμε πως η σχέση αυτή θνησιμότητας και επαγγελματικής θέσης του υπεύθυνου του νοικοκυριού, μετατίθεται και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αφού για παράδειγμα τα παιδιά των ανειδίκευτων εργατών από τη γέννησή τους μέχρι την συμπλήρωση του πρώτου μήνα ζωής τους (νεογνική θνησιμότητα) διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου, απ' ότι τα παιδιά των ελεύθερων επαγγελματιών. Black D., Morris J., Smith C., Townsend P. (1982) *«The Black Report. Inequalities in Health»*, Penguin Books.

[64] Whitehead M. (1991) *«The concepts and principles of equity in health»* p.7, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

περιβάλλον, καθώς και σε ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος, ενώ έχουν και αυξημένες πιθανότητες ατυχημάτων και κακώσεων. [65]

Σχετικά με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, έχει διαπιστωθεί μια διαβάθμιση η οποία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό τόσο με την φύση του επαγγέλματος (επικινδυνότητα και κόστος χρόνου), όσο και με το εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης, αλλά και την προσφορά των υπηρεσιών. Ενδεικτικά αναφέρουμε, πως η ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι αυξημένη στις κατηγορίες των υπαλλήλων γραφείου και των τεχνιτών-εργατών, ενώ την χαμηλότερη ζήτηση για αυτό το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας, την παρουσιάζουν οι διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη, που το επάγγελμά τους συνεπάγεται ανειλημμένες υποχρεώσεις στην παραγωγική διαδικασία και έχουν υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου. [66] Όσο αφορά στην χαμηλή ζήτηση για νοσοκομειακή φροντίδα που εμφανίζουν οι γεωργοί-κτηνοτρόφοι, μπορεί σε μεγάλο βαθμό να αποδοθεί στην ελλειμματική προσφορά νοσοκομειακών υπηρεσιών στην ύπαιθρο. [67]

Η επίδραση της επαγγελματικής θέσης, είναι όπως θα διαπιστώσουμε σημαντική και στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, ενώ παρουσιάζει αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων υποομάδων δαπάνης υγείας . Μελετώντας λοιπόν την διακύμανση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών μεταξύ 1981-1994 (πίνακας 3.1.25.), διαπιστώνουμε μια χρονικότητα στην υπερίσχυση των δαπανών για ιατρική περίθαλψη - η οποία στην έρευνα του 1993-94 εξειδικεύεται στις δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες - η οποία εμφανίζεται σε όλες τις κατηγορίες νοικοκυριών. Ακόμη, διαπιστώνουμε μια σταθερή υπερίσχυση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών με υπεύθυνο εργοδότη, ενώ οι άλλες κατηγορίες νοπικοκυριών, κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα.

Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε πως η χρησιμοποίηση της εν λόγω κατηγοριοποίησης των νοικοκυριών, οφείλεται στο ότι εκφράζει με άμεσο τρόπο το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης, η οποία όπως θα δούμε επηρεάζει σημαντικά τον βαθμό χρήσης των ασφαλιστικών ταμείων για υπηρεσίες υγείας

---

[65] Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζιδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ. (1990) *«Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα»* σελ. 772-774, τόμ. Β', ΕΚΚΕ, Αθήνα. Αντίθετα, οι ομάδες υψηλότερου επαγγελματικού επιπέδου, έχουν χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας, για όλες σχεδόν τις κατηγορίες ασθενειών. Βλ. Gutenschwager G. (1989) *«Η πολιτική οικονομία της υγείας στη νεώτερη Ελλάδα»* σελ. 51-55, ΕΚΚΕ, Αθήνα. Για την σημασία του επαγγέλματος - «το οποίο χρονικά και ουσιαστικά αποτελεί μια από τις κυριότερες ανθρώπινες δραστηριότητες» - στην επιδημιολογία, βλ. Τριχόπουλος Δ. (1982) *«Επιδημιολογία. Αρχές – Μέθοδοι – Εφαρμογές»* σελ. 136-139, Παρισιάνος, Αθήνα. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί πως η διερεύνηση της νοσηρότητας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ανά επαγγελματική τάξη, παρουσιάζει κάποια προβλήματα αξιοπιστίας, αφού δεν καταγράφονται οι περιπτώσεις επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία της ΕΣΥΕ ("Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής") αναφέρονται σε "περιπτώσεις νοσηλείας" και όχι σε "ασθενείς". Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπερυπολογίζεται ο ίδιος ασθενής στα στατιστικά στοιχεία και να εκλαμβάνεται κάθε φορά σαν διαφορετικός.

[66] Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζιδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ. (1990), βλ. υποσ. 65, σελ. 760-761.

[67] Για την περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας, βλ. μέρος δεύτερο, κεφάλαια 2 και 3.

και συνεπώς καθορίζει - με την παρέμβαση μιας σειράς από οικονομικά και ποιοτικά κριτήρια [68] - την προσφυγή των ασφαλισμένων στον ιδιωτικό τομέα. [69]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.25. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ (1981-1994)			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	1981/82	1987/88	1993/94
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	**3.627**	**11.278**	**22.060**
ΦΑΡΜΑΚΑ	462	1.579	2.822
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2.306	8.343	6.793
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			8.131
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	859	1.356	4.314
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	**2.154**	**7.217**	**15.820**
ΦΑΡΜΑΚΑ	407	1.122	3.159
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.371	5.266	5.065
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.129
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	376	828	2.466
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	**2.296**	**7.328**	**16.382**
ΦΑΡΜΑΚΑ	387	987	3.008
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.550	5.436	4.390
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			6.795
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	359	905	2.189
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	**2.187**	**6.260**	**15.746**
ΦΑΡΜΑΚΑ	558	1.457	4.327
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.263	3.457	4.211
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.442
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	366	1.345	2.766
ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ	**2.302**	**7.082**	**16.433**
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1.215	3.548
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.459	4.804	4.588
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	1.063	2.656
Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών", 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).			

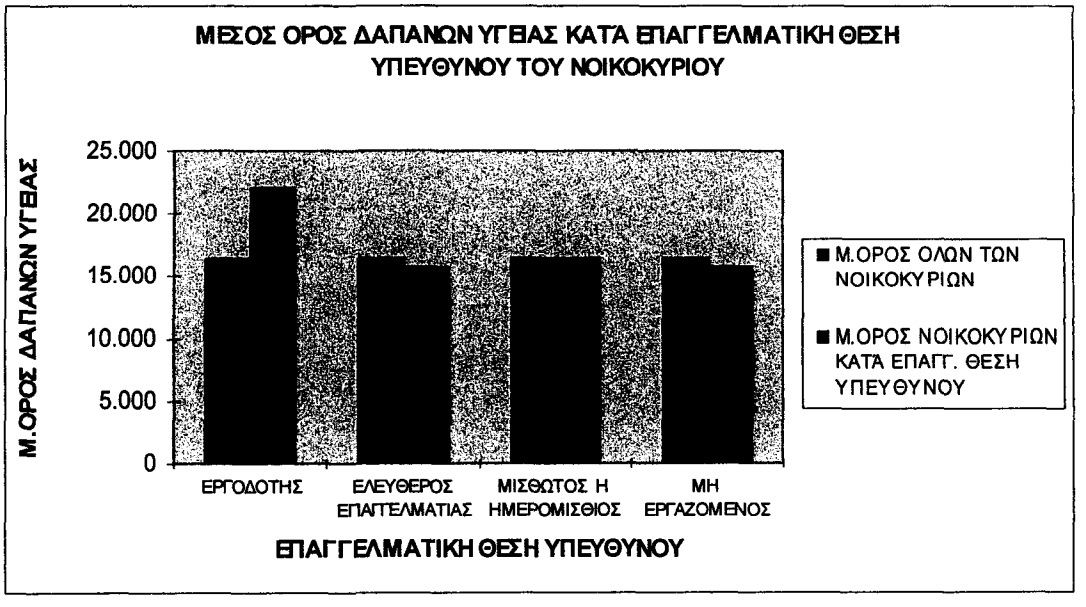
Επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στην τελευταία Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1993-1994), διαπιστώνουμε πως η κατηγορία των εργοδοτών είναι η μόνη η οποία υπερβαίνει τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών κατά 34,24%, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες εμφανίζουν σχετικά μικρή απόκλιση από αυτόν (πίνακας 3.1.26.). Στο σημείο αυτό αναφέρουμε πως οι δαπάνες υγείας δεν εκφράζουν κατ' ανάγκη και τον όγκο των υπηρεσιών που καταναλώνονται, αφού είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης. Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις όπου η ιδιωτική δαπάνη αφορά στην θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασφαλισμένου, ο όγκος των υπηρεσιών που καταναλώνουν τα

[68] Σημειώνουμε πως σύμφωνα με σχετικές έρευνες, η λειτουργία ενός συστήματος υγείας συνεπάγεται πολλές φορές υψηλό κόστος μετακίνησης, καθώς και κόστος χρόνου από την απαιτούμενη αναμονή, γεγονός που λειτουργεί αντισταθμιστικά ως προς την κατανάλωση των υπηρεσιών. Shannon G. , Bashshur R., Metnzer C. (1969) *«The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care»* Medical Care, vol. 26, No 143. Στη χώρα μας, έχει αποδειχτεί πως η αναμονή που απαιτείται κατά την χρήση του ασφαλιστικού φορέα για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας, αποτελεί αιτία προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα, ειδικά για όσους έχουν υψηλό κόστος χρόνου ευκαιρίας. Βλ. Gutenschwager G. (1989) *«Η πολιτική οικονομία της υγείας στη νεώτερη Ελλάδα»* σελ. 51-55, ΕΚΚΕ, Αθήνα και Θεοδώρου Μ. (1993) *«Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική Διερεύνηση Δύο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Γιατρού»* σελ. 127-130, ΙΜΟΣΥ, Αθήνα

[69] Μαδινός Μ. , Ζάρναρη Ο. κ.α. (1988) *«Υγεία και Ελληνική Κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα»* σελ. 183-238, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

άτομα είναι σαφώς μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο που αφορά σε αμιγώς ιδιωτική δαπάνη, ή ακόμη μικρότερη κάλυψη από τον ασφαλιστικό φορέα. [70]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.26. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓ. ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	16.433	22.060	+5627	+34,24%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	16.433	15.820	-613	-3,73%
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	16.433	16.382	-51	-0,31%
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	16.433	15.746	-687	-4,18
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				

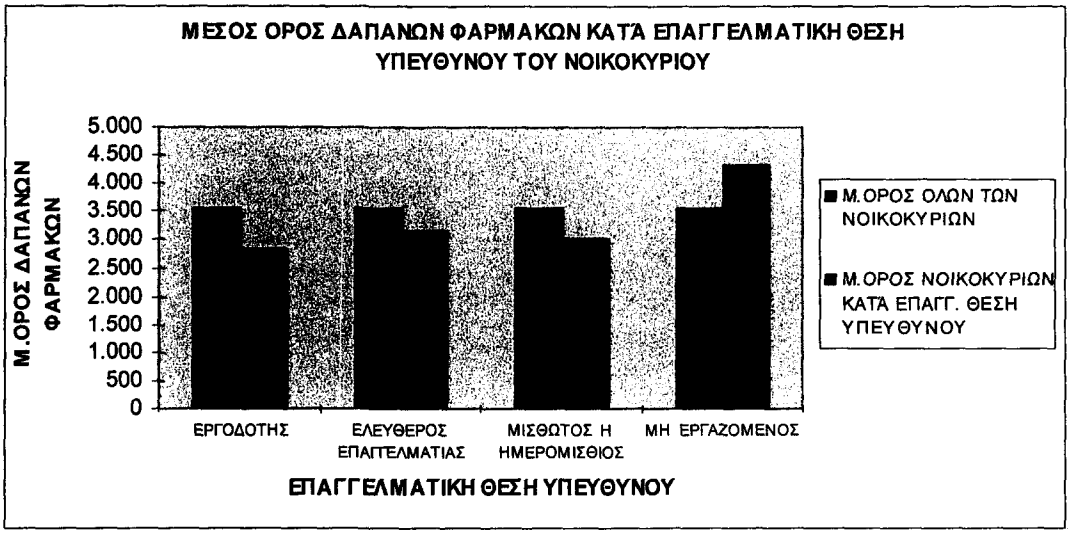


Έντονα διαφοροποιημένη από τα παραπάνω, είναι η εικόνα που παρουσιάζουν οι δαπάνες για φάρμακα (πίνακας 3.1.27.), οι οποίες φαίνεται πως δεν συνδέονται τόσο με την κοινωνικοοικονομική θέση των ατόμων. Συγκεκριμένα, μόνο οι μη εργαζόμενοι υπερβαίνουν τον συνολικό μέσο όρο κατά 21,95%, ενώ οι εργοδότες που εμφανίζουν την μεγαλύτερη κατανάλωση ανά νοικοκυριό για τις συνολικές δαπάνες υγείας, αποκλίνουν αρνητικά από αυτόν κατά 20,46%. [71]

[70] Για μια ανάλυση του τρόπου με τον οποίο προκύπτουν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στο σύνολό τους, βλ προηγούμενη αναφορά (σελ. 270-271) και Σούλης Σ. (1994) *«Οικονομική της Υγείας»* σελ. 120, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

[71] Έχει επισημανθεί από σχετικές μελέτες, η διαφοροποίηση της δαπάνης για φάρμακα από τις υπόλοιπες δαπάνες υγείας και ειδικότερα η αρνητική σχέση της κατανάλωσης συνταγογραφημένων με το επάγγελμα και το εισόδημα. Για μεγαλύτερη ανάλυση, βλ. Καλομενίδης Κ., Μητρόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (1999) *«Ζήτηση και χρήση φαρμάκων από τον Ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Αχαΐας»* σελ. 163-180, στο Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1999) *«Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα»* Θεμέλιο, Αθήνα.

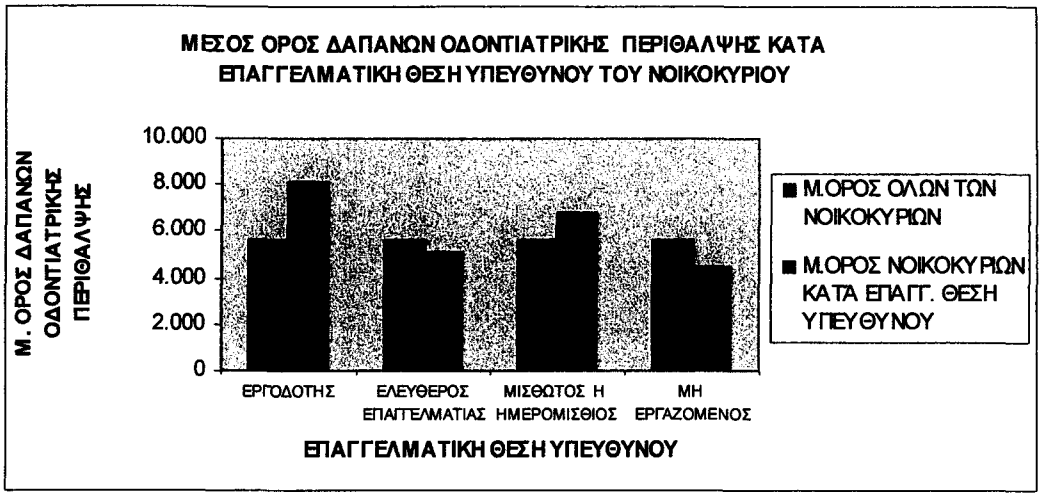
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.27. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ(ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓ. ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	3.548	2.822	-726	-20,46%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	3.548	3.159	-389	-10,96%
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	3.548	3.008	-540	-15,21%
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	3.548	4.327	+779	+21,95
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



Σχετικά διαφοροποιημένες εμφανίζονται και οι δαπάνες για οδοντιατρική περίθαλψη (πίνακας 3.1.28.), στις οποίες παρατηρούμε υψηλή υπέρβαση του συνολικού μέσου όρου όχι μόνο από την τάξη των εργοδοτών (ποσοστό 44,14%), αλλά και από αυτήν των μισθωτών ή ημερομίσθιων (ποσοστό 20,45%). Η αρνητική δε απόκλιση (ποσοστό 21,25%) των μη εργαζόμενων από τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών, επιβεβαιώνει την στενή σχέση των δαπανών για οδοντιατρικές υπηρεσίες με το εισόδημα. [72]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.28. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ(ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓ. ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	5.641	8.131	+2490	+44,14%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	5.641	5.129	-512	-9,07%
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	5.641	6.795	+1154	+20,45%
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	5.641	4.442	-1199	-21,25%
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				

[72] Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Ανδρουτσόπουλος Δ., Καπλάνης Ν. (1992) *«Η Κατανάλωση Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»* σελ. 77-81, στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας – Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.



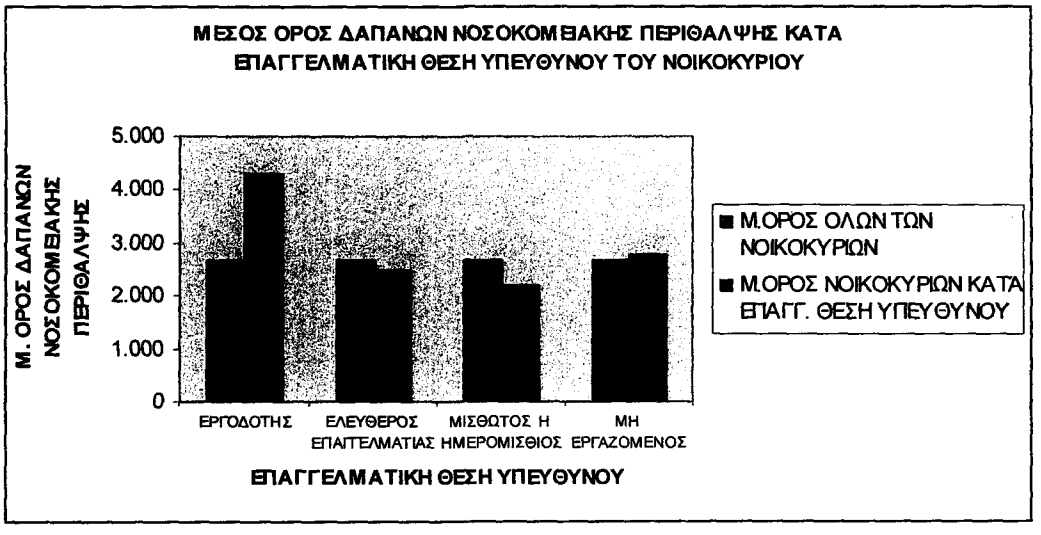
Αντίθετα, οι δαπάνες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη (πίνακες 3.1.29. και 3.1.30.), εμφανίζουν τα ίδια σχεδόν χαρακτηριστικά με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα και στις δύο κατηγορίες δαπανών υπερισχύουν οι εργοδότες, κατά 48,056% και 62,42% επί του μέσου όρου όλων των νοικοκυριών. Μικρές διαφοροποιήσεις - με αντίθετη όμως φορά - ως προς τον συνολικό μέσο όρο εμφανίζουν οι ελεύθεροι επαγγελματίες (+10,39% για τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης και –7,15% για τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης), καθώς και οι μη εργαζόμενοι (-8,21% και +4,14% αντίστοιχα). Για τους μισθωτούς, παρατηρούμε σχετικά με τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης μικρή αρνητική απόκλιση από τον συνολικό μέσο όρο (ποσοστό 4,31%), η οποία είναι μεγαλύτερη στις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης (ποσοστό 17,58%), γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην υψηλή τους ασφαλιστική κάλυψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.29. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ(ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓ. ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	4.588	6.793	+2205	**+48,06%**
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	4.588	5.065	+477	**+10,39%**
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	4.588	4.390	-198	**-4,31%**
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	4.588	4.211	-377	**-8,21%**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.30. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
	A1	A2	A2-A1	A2-A1
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓ. ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	2.656	4.314	+1658	+62,42%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	2.656	2.466	-190	-7,15%
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	2.656	2.189	-467	-17,58%
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	2.656	2.766	+110	+4,14%
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε μια σαφή διαφοροποίηση του ύψους των δαπανών υγείας ανά επαγγελματική θέση, με κύριο χαρακτηριστικό την υψηλή δαπάνη των εργοδοτών σε σχέση με τις άλλες ομάδες. Το αποτέλεσμα αυτό, συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το διαθέσιμο εισόδημα το οποίο συνήθως είναι υψηλότερο σε αυτήν την κατηγορία, αλλά και με το υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου, που με δεδομένες τις αδυναμίες και την δυσκαμψία που χαρακτηρίζει την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα, ωθεί τα άτομα αυτά στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε πως η ιδιωτική δαπάνη υγείας μπορεί να δέχεται αυξητικές πιέσεις και από την καταβολή «πρόσθετων πληρωμών», το ύψος και η συχνότητα των οποίων εξαρτάται από το επάγγελμα, αλλά κυρίως από τον βαθμό ασφαλιστικής κάλυψης. [73] Η τελευταία, καθώς και η ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τις παροχές υγείας στα πλαίσια της του ασφαλιστικού τους φορέα, έχουν σημαντική επίδραση στην διαμόρφωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως στα

[73] Σύμφωνα με σχετική μελέτη, παρατηρείται μια ασθενής εξάρτηση της πληρωμής πρόσθετων ποσών με το επάγγελμα, όπου οι επιστήμονες, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και τα ανώτερα γενικά στελέχη, καταβάλλουν πρόσθετα ποσά συχνότερα από τα άλλα επαγγέλματα. Πιο έντονη είναι η συσχέτιση των πρόσθετης πληρωμής με την ασφαλιστική κάλυψη, αφού από το 48,1% που πλήρωσε πρόσθετο ποσό, το 18,9% ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, ενώ το 16% ήταν ασφαλισμένοι σε άλλα ταμεία εκτός του Δημοσίου, στο οποίο παρατηρείται η μικρότερη συχνότητα καταβολής πρόσθετου ποσού (13,2%). Βλ. Κυριόπουλος Γ., Κτενάς Ε. (1994) *«"Πρόσθετη Πληρωμή" στις Υπηρεσίες Υγείας. Παράγοντες που την Επηρεάζουν»* σελ. 185-194, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

πλαίσια σχετικής μελέτης στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, το 40,4% δήλωσε ότι τους τελευταίους 12 μήνες επισκέφθηκε μία ή περισσότερες φορές κάποιο ιδιώτη ιατρό. [74]

Έχοντας διαπιστώσει τον ρόλο της επαγγελματικής θέσης του υπεύθυνου του νοικοκυριού στον προσδιορισμό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, μέσα από τις έμμεσες επιρροές των οικονομικών δυνατοτήτων και της ασφαλιστικής κάλυψης, θα εξειδικεύσουμε ακόμη περισσότερο την ανάλυσή μας, στην μελέτη της επίδρασης του επαγγέλματος στην δαπάνη των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας.

1.3.6. Δαπάνες υγείας και επάγγελμα.

Όπως προαναφέραμε, έχουν επισημανθεί τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία (Black Report 1982, Whitehead 1990, Καράγιωργας κ.α. 1990 κλπ), οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ κοινωνικοεπαγγελματικών τάξεων, οι οποίες εστιάζονται στην θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, αλλά και την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.[75] Με δεδομένες λοιπόν τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο φάσμα νοσηρότητας μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών [76] (πίνακας 3.1.31.), θα επιχειρήσουμε να αποτυπώσουμε την ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, έχοντας βέβαια υπόψη μας και τους άλλους παράγοντες που την επηρεάζουν (εισόδημα, εκπαίδευση, προσφορά υπηρεσιών, μέγεθος και σύνθεση των νοικοκυριών, ασφαλιστική κάλυψη κλπ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.31. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1982

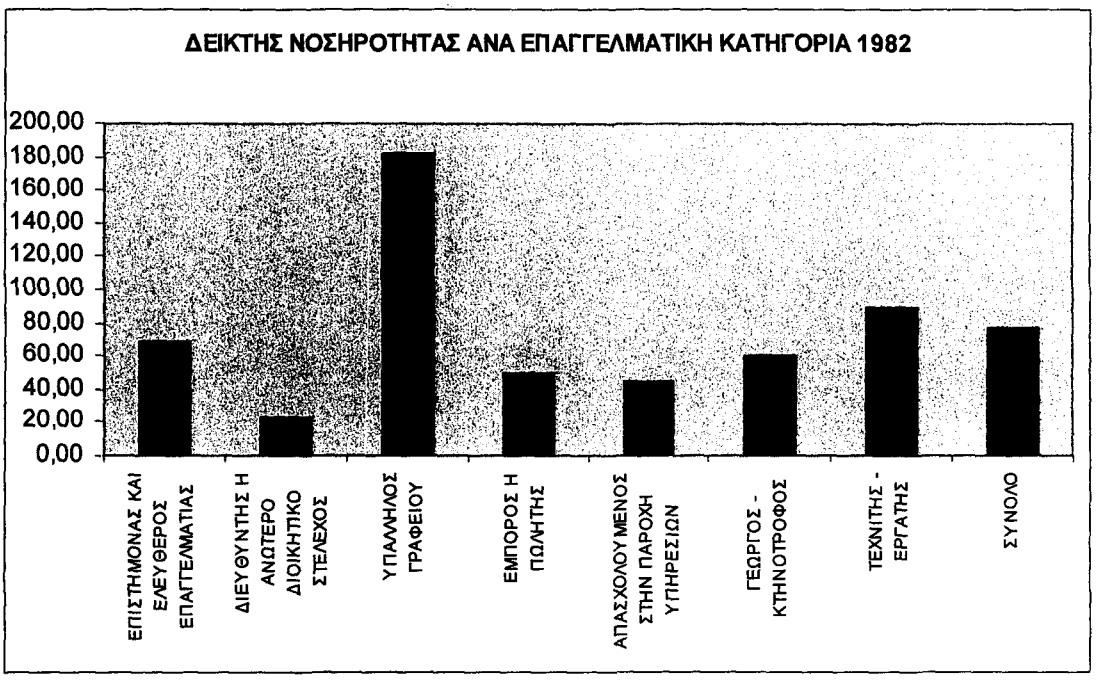
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ	%	ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 1.000 ΕΠΑΓΓ.
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	332.279	9,38	22.757	**1,96**	68,50
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Η ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ	61.619	1,74	1.377	**0,12**	22,35
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	335.723	9,47	60.994	**5,25**	181,68
ΕΜΠΟΡΟΣ Η ΠΩΛΗΤΗΣ	301.071	8,50	15.042	**1,30**	49,96
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	278.044	7,85	12.411	**1,07**	44,64
ΓΕΩΡΓΟΣ - ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	973.232	27,46	58.075	**5**	59,67
ΤΕΧΝΙΤΗΣ - ΕΡΓΑΤΗΣ	1.119.397	31,59	99.981	**8,60**	89,32
ΣΥΝΟΛΟ	**3.401.365**		**270.637**		**77,54**

Πηγή : Καράγιωργας κ.α. (1990) "Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα" σελ. 758, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

[74] Θεοδώρου Μ. (1993) *«Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική Διερεύνηση Δύο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Γιατρού»* σελ. 97-98, ΙΜΟΣΥ, Αθήνα. Το φαινόμενο μάλιστα της συχνής προσφυγής των ασφαλισμένων του ΙΚΑ σε ιδιώτες ιατρούς είναι διαχρονικό, αφού έχει επισημανθεί και σε προγενέστερες από την παραπάνω μελέτες. Βλ. ΚΕΠΕ (1976) *«Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976-1980 : Υγεία»* σελ. 164-166, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

[75] Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1992) *«Στρατηγικές Προσεγγίσεις για τη (Χάραξη) Πολιτικής Υγείας. Το ζήτημα της Ισότητας (Equity) και των Κοινωνικο-οικονομικών Ανισοτήτων στην Υγεία»* σελ. 51-59, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.1, τεύχ.1 , Ιανουάριος – Μάρτιος 1992, Αθήνα.

[76] Για μια αναλυτική παρουσίαση της νοσηρότητας ανά επαγγελματική ομάδα και κατηγορία νόσου, βλ. Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοΐζιδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ. (1990) *«Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα»* σελ. 753-795, τόμ. Β', ΕΚΚΕ, Αθήνα.



Μελετώντας την σχέση επαγγέλματος και δαπανών υγείας διαχρονικά (πίνακας 3.1.32.), διαπιστώνουμε πως στις πρώτες θέσεις της κλίμακας των δαπανών υγείας βρίσκονται και στις τρεις έρευνες τα νοικοκυριά με υπεύθυνο διευθυντή - ανώτερο διοικητικό στέλεχος, έμπορο - πωλητή και απασχολούμενο στην παροχή υπηρεσιών, ενώ στις τελευταίες θέσεις, τα νοικοκυριά των οποίων ο υπεύθυνος είναι γεωργός - κτηνοτρόφος, τεχνίτης - εργάτης και μη εργαζόμενος. Αν μάλιστα εξαιρέσουμε τους υπαλλήλους γραφείου, των οποίων η υψηλή «φαινομενική» νοσηρότητα ίσως αποδίδεται στην επαρκή ασφαλιστική κάλυψη, διαπιστώνουμε πως για τους τεχνίτες - εργάτες οι οποίοι λόγω της φύσης της εργασίας τους εκτίθενται σε υψηλούς επαγγελματικούς κινδύνους, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας συνδέεται περισσότερο με το διαθέσιμο εισόδημα και λιγότερο με τις πραγματικές τους ανάγκες. Ίδια συμπεράσματα προκύπτουν και για τους γεωργούς - κτηνοτρόφους, την σχετικά χαμηλή ζήτηση των οποίων μπορούμε να την αποδώσουμε στην έλλειψη αγωγής υγείας, καθώς και στην ελλιπή προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών. [77]

Επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στους συσχετισμούς που προκύπτουν από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1993-94 (πίνακας 3.1.33.), διαπιστώνουμε πως η υψηλότερη δαπάνη υγείας παρατηρείται στα νοικοκυριά με υπεύθυνο διευθυντή ή ανώτερο διοικητικό στέλεχος, γεγονός που αποδίδεται κατά κύριο λόγο στο υψηλό εισόδημα, στην υψηλή εκπαιδευτική στάθμη και στο υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου αυτών των επαγγελμάτων. Σημειώνουμε επίσης πως η μέση δαπάνη υγείας αυτών των νοικοκυριών υπερβαίνει τον συνολικό μέσο όρο κατά 39,18%, τη στιγμή που η κατηγορία των γεωργών - κτηνοτρόφων υπολείπεται από αυτόν κατά 13,74%, ενδεικτικό της μεγάλης ανισότητας που προκύπτει ως προς την χρήση υπηρεσιών υγείας, από νοικοκυριά διαφορετικής κοινωνικοεπαγγελματικής κατηγορίας.

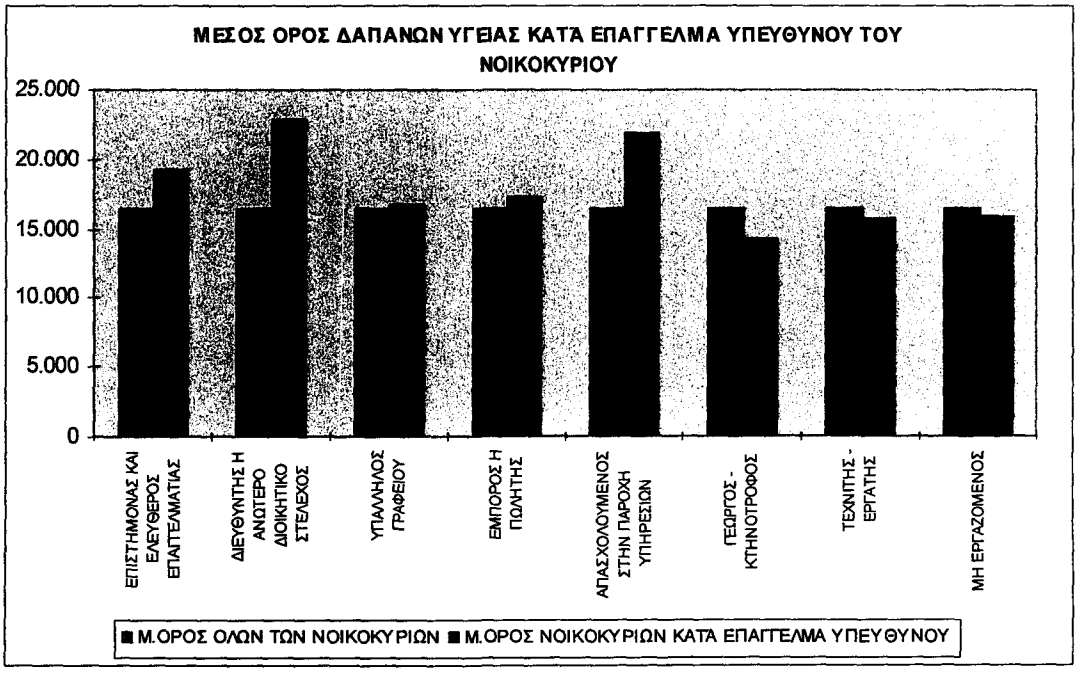
[77] Για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη στην χώρα μας, βλ. Υφαντόπουλος Γ. (1988) *«Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις»* σελ. 131-134, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.32. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ (1981-1994)			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	1981/82	1987/88	1993/94
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	**2.568**	**7.779**	**19.271**
ΦΑΡΜΑΚΑ	290	1.367	4.115
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.543	5.108	4.597
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			6.908
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	735	1.304	3.651
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Η ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ	**3.147**	**12.215**	**22.872**
ΦΑΡΜΑΚΑ	433	1.442	3.236
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2.277	9.764	7.427
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			8.443
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	437	1.009	3.766
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	**2.766**	**7.393**	**16.694**
ΦΑΡΜΑΚΑ	543	1.135	3.248
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.710	5.234	5.065
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.935
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	513	1.024	2.446
ΕΜΠΟΡΟΣ Η ΠΩΛΗΤΗΣ	**3.159**	**10.140**	**17.186**
ΦΑΡΜΑΚΑ	458	1.545	2.605
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2.182	7.375	5.730
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			6.061
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	519	1.220	2.790
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	**2.245**	**8.018**	**21.895**
ΦΑΡΜΑΚΑ	306	816	4.280
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.565	6.334	4.413
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			8.962
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	374	867	4.240
ΓΕΩΡΓΟΣ - ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	**1.972**	**6.312**	**14.175**
ΦΑΡΜΑΚΑ	414	890	3.249
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.213	4.809	5.245
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			3.979
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	345	613	1.703
ΤΕΧΝΙΤΗΣ - ΕΡΓΑΤΗΣ	**2.173**	**6.904**	**15.596**
ΦΑΡΜΑΚΑ	394	977	2.572
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.468	5.121	3.879
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			6.843
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	311	805	2.302
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	**2.186**	**6.260**	**15.746**
ΦΑΡΜΑΚΑ	558	1.457	4.327
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.262	3.457	4.211
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			4.442
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	366	1.345	2.766
ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ	**2.302**	**7.082**	**16.433**
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1.215	3.548
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.459	4.804	4.588
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ			5.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395	1.063	2.656
Πηγή : ΕΣΥΕ "Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών", 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση).			

Η κατηγορία αυτή, βρίσκεται στην τελευταία θέση των νοικοκυριών ως προς τις δαπάνες υγείας, παρά τους αυξημένους κινδύνους που αντιμετωπίζει και στους οποίους αναφερθήκαμε παραπάνω. Ενώ όμως για τους γεωργούς - κτηνοτρόφους η χαμηλή προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να αποδοθεί εκτός από άλλους παράγοντες (εισόδημα, εκπαίδευση, ενημέρωση πάνω σε θέματα υγείας κλπ) και στην έλλειψη των υπηρεσιών αυτών, για τους τεχνίτες - εργάτες, η χαμηλή μέση δαπάνη υγείας (ποσοστό 5,09% κάτω από τον

συνολικό μέσο όρο), ανάγεται σε άλλες αιτίες, σχετικές κατά κύριο λόγο με το εισόδημα.[78]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.33. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	Α1	Α2	Α2-Α1	Α2-Α1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	16.433	19.271	+2838	17,27
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Η ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ	16.433	22.872	+6439	39,18
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	16.433	16.694	+261	1,59
ΕΜΠΟΡΟΣ Η ΠΩΛΗΤΗΣ	16.433	17.186	+753	4,58
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	16.433	21.895	+5462	33,24
ΓΕΩΡΓΟΣ - ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	16.433	14.175	-2258	-13,74
ΤΕΧΝΙΤΗΣ - ΕΡΓΑΤΗΣ	16.433	15.596	-837	-5,09
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	16.433	15.746	-687	-4,18
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



Μελετώντας ξεχωριστά την κάθε υποομάδα δαπάνης υγείας, διαπιστώνουμε την ύπαρξη αξιοσημείωτων διαφοροποιήσεων μεταξύ των νοικοκυριών στις διάφορες κατηγορίες, οι οποίες όμως δεν μπορούν να ερμηνευθούν και να αιτιολογηθούν σε όλες τις περιπτώσεις. Ιδιαίτερα πάντως διαφοροποιημένη σε

[78] Σχετικές έρευνες διαπιστώνουν πως οι τεχνίτες – εργάτες εντάσσονται στα χαμηλά εισοδηματικά κλιμάκια, αφού για την άσκηση του επαγγέλματός τους δεν απαιτείται ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, ούτε σημαντικές εξειδικεύσεις, ενώ λόγω της φύσης του επαγγέλματος, δεν υπάρχει σε αρκετές περιπτώσεις συνεχής απασχόληση σε όλη την διάρκεια του χρόνου. Βλ. Καράγιωργας Σ. , Κασιμάτη Κ., Πανταζίδης Ν. (1988) *«Έρευνα για τη σύνθεση και την κατανομή του εισοδήματος στην Ελλάδα. Μέρος Πρώτο : Αποτελέσματα από την περιοχή της Πρωτεύουσας»* σελ. 164-171, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

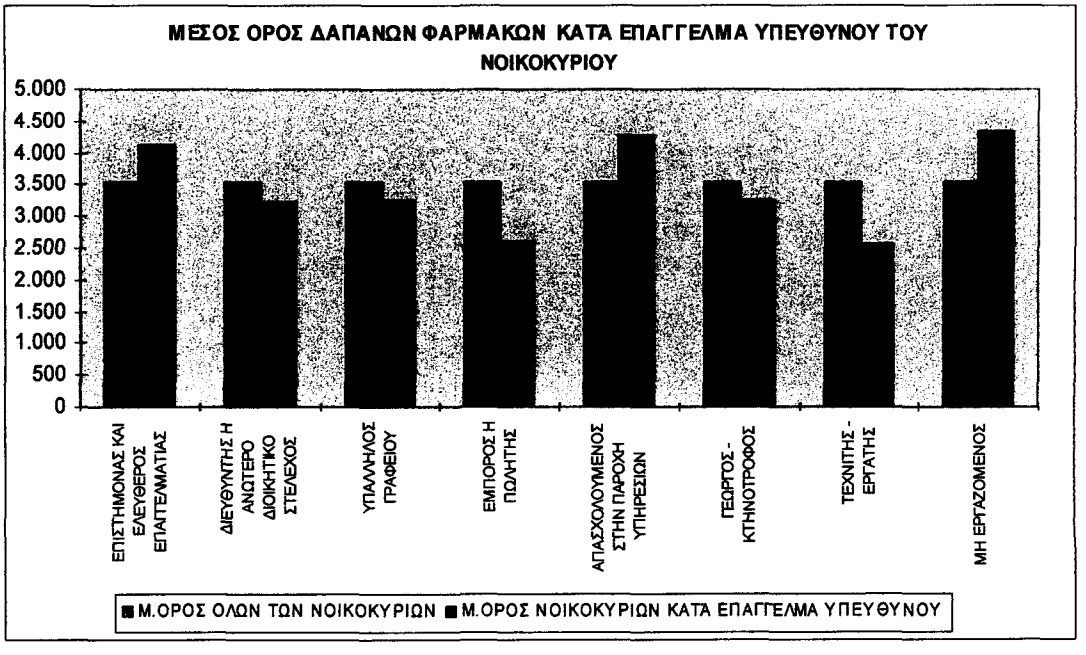
σχέση με την εικόνα που περιγράφηκε παραπάνω για τις συνολικές δαπάνες υγείας, φαίνεται πως είναι για ακόμη μια φορά η δαπάνη για φάρμακα (πίνακας 3.1.34.), με τρόπο όμως που δύσκολα μπορεί να αποδοθεί σε συγκεκριμένες αιτίες.

Έτσι, στην κατηγορία αυτή των δαπανών υγείας ο υψηλότερος μέσος όρος παρουσιάζεται στα νοικοκυριά με υπεύθυνο μη εργαζόμενο (δαπάνη 21,96% πάνω από το συνολικό μέσο όρο), ενώ η κατηγορία των διευθυντών και ανώτερων διοικητικών στελεχών που βρίσκονταν στην πρώτη θέση ως προς την συνολική δαπάνη υγείας, βρίσκονται σε σχέση με την φαρμακευτική δαπάνη, σε μία από τις χαμηλότερες θέσεις (δαπάνη 8,79% κάτω από το συνολικό μέσο όρο). Αξιοσημείωτη επίσης είναι και η δαπάνη της κατηγορίας των απασχολούμενων στην παροχή υπηρεσιών (20,63% πάνω από τον συνολικό μέσο όρο), ενώ από την άλλη μεριά, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το χαμηλό ποσοστό των τεχνιτών - εργατών (27,51% κάτω από το συνολικό μέσο όρο).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.34. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	3.548	4.115	+567	**15,98**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Η ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ	3.548	3.236	-312	**-8,79**
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	3.548	3.248	-300	**-8,46**
ΕΜΠΟΡΟΣ Η ΠΩΛΗΤΗΣ	3.548	2.605	-943	**-26,58**
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	3.548	4.280	732	**20,63**
ΓΕΩΡΓΟΣ - ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	3.548	3.249	-299	**-8,43**
ΤΕΧΝΙΤΗΣ - ΕΡΓΑΤΗΣ	3.548	2.572	-976	**-27,51**
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	3.548	4.327	+779	**21,96**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.



Πάντως ο χαμηλός μέσος όρος στην κατανάλωση φαρμάκων για την κατηγορία των διευθυντών και ανώτερων διοικητικών στελεχών, θα μπορούσε να αποδοθεί στο ότι στα κοινωνικοεπαγγελματικά αυτά στρώματα, γίνεται λόγω του επιπέδου εκπαίδευσης και των οικονομικών δυνατοτήτων, πιο ουσιαστική χρήση των υπολοίπων υπηρεσιών και έτσι η χορήγηση φαρμάκων γίνεται μόνο όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη. Αντίθετα, τα ασθενή κοινωνικοεπαγγελματικά στρώματα, παρόλο που εμφανίζουν μεγαλύτερες υγειονομικές ανάγκες από τον υπόλοιπο πληθυσμό, μάλλον υποχρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας έναντι των αναγκών τους. [79] Έτσι τα χαμηλά κοινωνικοεπαγγελματικά στρώματα, ενώ εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά κατανάλωσης διαγνωστικών ή προληπτικών εξετάσεων έναντι του υπόλοιπου πληθυσμού, είναι φορείς μεγαλύτερης φαρμακευτικής κατανάλωσης από τον υπόλοιπο πληθυσμό. [80]

Τα παραπάνω συμπεράσματα, επιβεβαιώνονται και από τα δεδομένα των δαπανών ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, με κάποιες όμως μικρές αποκλίσεις από τον γενικό κανόνα. Συγκεκριμένα, για τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης (πίνακας 3.1.35.), παρατηρούμε ένα εξαιρετικά υψηλό μέσο όρο για την κατηγορία των διευθυντών και ανώτερων διοικητικών στελεχών (ποσοστό 61,88% πάνω από τον συνολικό μέσο όρο), που οφείλεται όπως προαναφέραμε στην συχνή προσφυγή αυτών των στρωμάτων σε προληπτικές υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, ο αντίστοιχος μέσος όρος των νοικοκυριών με υπεύθυνο τεχνίτη - εργάτη, είναι ο χαμηλότερος στην σχετική κλίμακα και υπολείπεται του συνολικού μέσου όρου κατά 15,45%. Εντύπωση πάντως προκαλεί η δαπάνη των γεωργών-κτηνοτρόφων, η οποία είναι σχετικά υψηλή και υπερβαίνει τον συνολικό μέσο όρο κατά 14,32%.

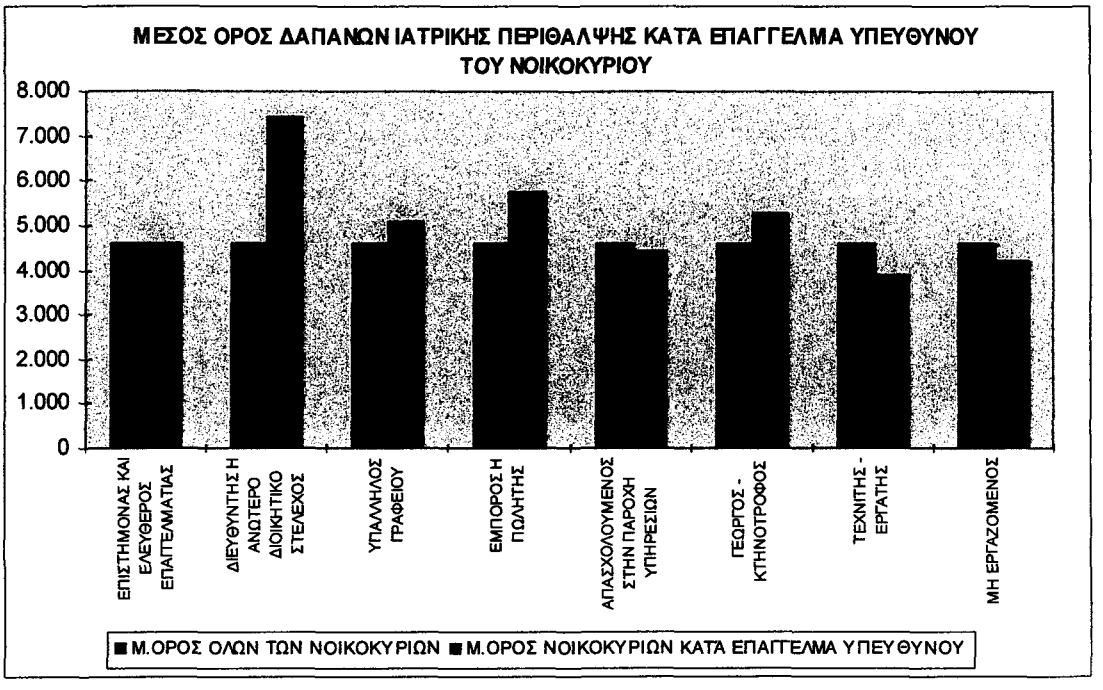
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.35. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	4.588	4.597	+9	0,20
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Η ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ	4.588	7.427	+2839	61,88
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	4.588	5.065	+477	10,40
ΕΜΠΟΡΟΣ Η ΠΩΛΗΤΗΣ	4.588	5.730	+1142	24,89
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	4.588	4.413	-175	-3,81
ΓΕΩΡΓΟΣ - ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	4.588	5.245	+657	14,32
ΤΕΧΝΙΤΗΣ - ΕΡΓΑΤΗΣ	4.588	3.879	-709	-15,45
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	4.588	4.211	-377	-8,22

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.

[79] Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Καλομενίδης Κ., Μητρόπουλος Ι. (1996) *«Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο επίπεδο υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Πάτρας»* σελ. 690-709, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 6ο Επιστημονικό Συνέδριο : *«Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός»*, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας 27-30 Νοεμβρίου 1996, Πρακτικά, Αθήνα 1998.

[80] Καλομενίδης Κ., Μητρόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (1999) *«Ζήτηση και χρήση φαρμάκων από τον Ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Αχαΐας»* σελ. 178-179, στο Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1999) *«Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα»* Θεμέλιο, Αθήνα.



Αξιοσημείωτη αντιστροφή στην βάση της κλίμακας παρατηρείται για τις δαπάνες για οδοντιατρική περίθαλψη (πίνακας 3.1.36.), όπου η κατηγορία των τεχνιτών-εργατών δαπανά πάνω από τον μέσο όρο του συνόλου των νοικοκυριών κατά 21,31%, ενώ η κατηγορία των γεωργών-κτηνοτρόφων βρίσκεται στην τελευταία θέση, με δαπάνη που υπολείπεται του συνολικού μέσου όρου κατά 29,46%. Σημειώνουμε πως η χαμηλή αυτή κατανάλωση οδοντιατρικών υπηρεσιών για τους γεωργούς και κτηνοτρόφους έχει ήδη επισημανθεί από σχετικές μελέτες [81] και αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη οδοντιάτρων στις αγροτικές περιοχές, αλλά και στους εισοδηματικούς περιορισμούς που προκύπτουν από την αναγκαιότητα προσφυγής σε ιδιώτες οδοντιάτρους, λόγω της ελλιπούς κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση. [82]

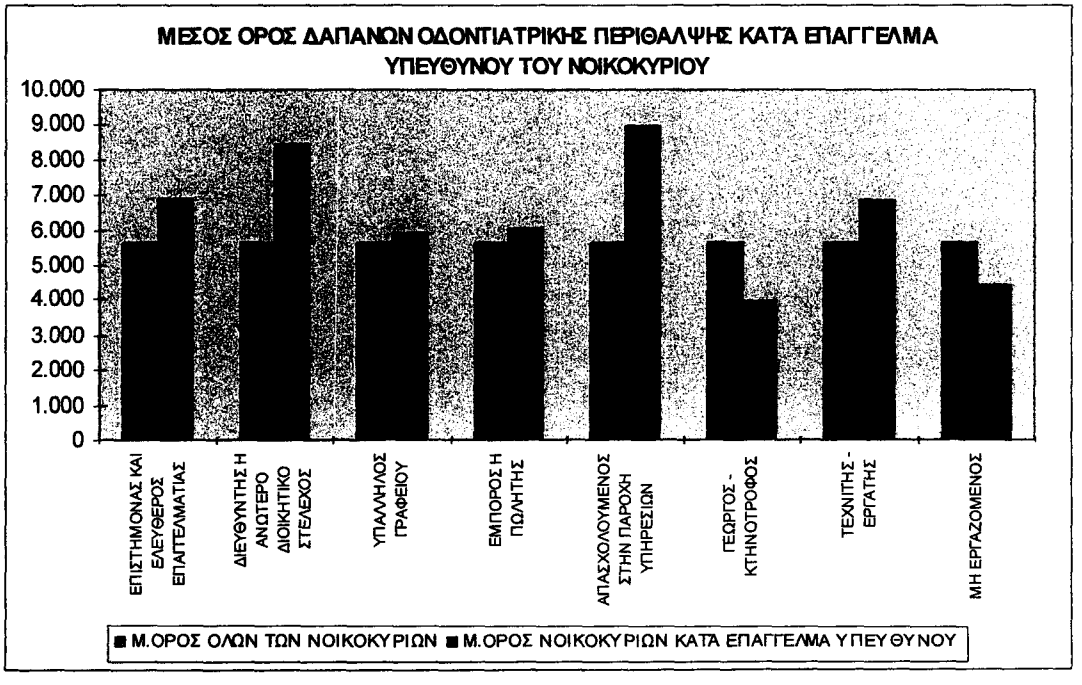
Επιπρόσθετα, σημειώνουμε την υψηλή μέση δαπάνη των νοικοκυριών με υπεύθυνο απασχολούμενο στην παροχή υπηρεσιών (ποσοστό 58,87% πάνω από τον συνολικό μέσο όρο) και με υπεύθυνο διευθυντή ή ανώτερο διοικητικό στέλεχος (ποσοστό 49,67% πάνω από τον συνολικό μέσο όρο). Τα μεγέθη αυτά, μπορούν να ερμηνευθούν κατά κύριο λόγο από τις εισοδηματικές δυνατότητες, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ενημέρωση σε θέματα πρόληψης και στοματικής υγείας που χαρακτηρίζουν τα κοινωνικοεπαγγελματικά αυτά στρώματα.

Τέλος, μικρότερες διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας, παρουσιάζει η διακύμανση της μέσης δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη (πίνακας 3.1.37.), για την οποία παρατηρούμε έναν ιδιαίτερα υψηλό

[81] Κωλέτση – Κουνάρη Χ. (1992) *«Η Κατάσταση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού»* σελ. 19-27, στο Κωλέτση – Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα»*,Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας – Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

[82] Όπως έχουμε τονίσει σε άλλο σημείο της μελέτης, το 46,49% των οδοντιάτρων είναι συγκεντρωμένο στην περιοχή των Αθηνών, ενώ γενικά το 83,8% έχουν δικά τους ιδιωτικά οδοντιατρεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.36. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	Α1	Α2	Α2-Α1	Α2-Α1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	5.641	6.908	+1267	**22,46**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Η ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ	5.641	8.443	+2802	**49,67**
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	5.641	5.935	+294	**5,21**
ΕΜΠΟΡΟΣ Η ΠΩΛΗΤΗΣ	5.641	6.061	+420	**7,45**
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	5.641	8.962	+3321	**58,87**
ΓΕΩΡΓΟΣ - ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	5.641	3.979	-1662	**-29,46**
ΤΕΧΝΙΤΗΣ - ΕΡΓΑΤΗΣ	5.641	6.843	+1202	**21,31**
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	5.641	4.442	-1199	**-21,26**
Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.				



μέσο όρο στα νοικοκυριά με υπεύθυνο που απασχολείται στην παροχή υπηρεσιών (ποσοστό 59,64% πάνω από τον συνολικό μέσο όρο). Επίσης, αντίστοιχα υψηλή δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη εμφανίζει η κατηγορία των διευθυντών και ανώτερων διοικητικών στελεχών, η οποία υπερβαίνει τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών κατά 41,79%. Σημειώνουμε, πως η υψηλή αυτή δαπάνη δεν συμβαδίζει με την νοσηρότητα της συγκεκριμένης ομάδας, οπότε μπορούμε να την αποδώσουμε όχι τόσο στη συχνότερη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, όσο στην κατανάλωση ποιοτικά καλύτερων - και ακριβότερων - υπηρεσιών (υψηλότερες θέσεις νοσηλείας, αποκλειστικές νοσοκόμες κλπ).

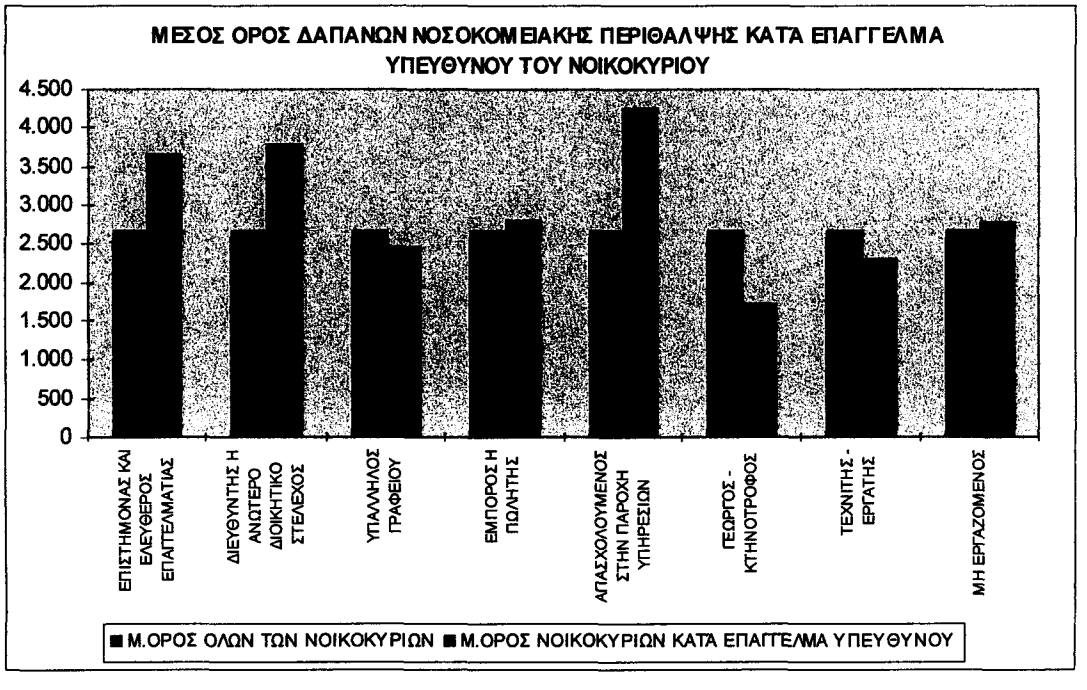
Ακόμη, αξιοσημείωτο είναι το χαμηλό ποσό που δαπανούν κατά μέσο όρο για υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης τα νοικοκυριά με υπεύθυνο γεωργό – κτηνοτρόφο (ποσοστό 35,88% κάτω από τον συνολικό μέσο όρο), το οποίο σε μεγάλο βαθμό μπορεί να οφείλεται στην δυσχέρεια που παρουσιάζει

η πρόσβαση στα νοσηλευτικά ιδρύματα για τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Το γεγονός όμως ότι η χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την εν λόγω ομάδα δεν συνδέεται με το ύψος της νοσηρότητας που παρουσιάζει, αρκεί στο να καταδείξει πως η ανάγκη δεν αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας – ειδικά των ιδιωτικών – αφού υπεισέρχονται παράγοντες σχετικοί με το εισόδημα, την εκπαίδευση, τον αριθμό των ιατρών σε μια περιοχή, το κόστος και το κόστος χρόνου μετακίνησης, τον βαθμό ασφαλιστικής κάλυψης κλπ. [83]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.37. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 1993/94)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1	A2	A2-A1	A2-A1
	Μ.ΟΡΟΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Μ.ΟΡΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΑΠΟΚΛΙΣΗ	%
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	2.656	3.651	+995	**37,46**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Η ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ	2.656	3.766	+1110	**41,79**
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	2.656	2.446	-210	**-7,91**
ΕΜΠΟΡΟΣ Η ΠΩΛΗΤΗΣ	2.656	2.790	+134	**5,05**
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	2.656	4.240	+1584	**59,64**
ΓΕΩΡΓΟΣ - ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	2.656	1.703	-953	**-35,88**
ΤΕΧΝΙΤΗΣ - ΕΡΓΑΤΗΣ	2.656	2.302	-354	**-13,33**
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	2.656	2.766	+110	**4,14**

Πηγή : α)ΕΣΥΕ "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", β)Ίδιοι υπολογισμοί.



[83] Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Καλομενίδης Κ., Μητρόπουλος Ι. (1996) *«Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο επίπεδο υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Πάτρας»* σελ. 706-709, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 6ο Επιστημονικό Συνέδριο : *«Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός»*, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας 27-30 Νοεμβρίου 1996, Πρακτικά, Αθήνα 1998.

1.4. Συμπερασματικές διαπιστώσεις.

Από τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης για τη σχέση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών με τα διάφορα χαρακτηριστικά τους όπως η γεωγραφική περιοχή εγκατάστασης, το εισόδημα - όπως διαφαίνεται από το ύψος των συνολικών δαπανών - το μέγεθος, η σύνθεση, η επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του νοικοκυριού, διαφαίνεται η ύπαρξη μιας εξάρτησης μεταξύ των παραγόντων αυτών, σε διαφορετική όμως ένταση. Σημειώνουμε πως οι δαπάνες υγείας λαμβάνονται ως παράμετροι χρήσης των υπηρεσιών, με την επιφύλαξη όμως που προκύπτει λόγω της διαφοροποίησης των τιμών στον ιδιωτικό τομέα - ειδικά στην νοσοκομειακή περίθαλψη - καθώς και της διαφοροποίησης του είδους περίθαλψης που καταναλώνουν νοικοκυριά διαφορετικών κατηγοριών.

Από την ανάλυση λοιπόν που προηγήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι πλέον προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών είναι το εισόδημα, η γεωγραφική περιοχή, η επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων με το μέγεθος των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, διαπιστώνουμε τα παρακάτω :

α)Το εισόδημα αποτελεί τον κύριο παράγοντα διαμόρφωσης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, αφού οι αποκλίσεις που παρατηρούνται στα διάφορα εισοδηματικά κλιμάκια σε σχέση με τον μέσο όρο όλων των νοικοκυριών, κυμαίνονται από -76,37% έως +98,56% για τις κατηγορίες με την μικρότερη και την μεγαλύτερη συνολική δαπάνη αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη διαφοροποίηση παρατηρείται στην κατηγορία των δαπανών για υπηρεσίες οδοντιάτρων, (-96,89% ως προς τον συνολικό μέσο όρο για την χαμηλότερη κατηγορία στην κλίμακα των συνολικών δαπανών και +156,74% για την υψηλότερη κατηγορία αντίστοιχα), οι οποίες απορροφούν και το μεγαλύτερο ποσοστό από το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών.

Το παραπάνω συμπέρασμα σχετικά με τον σημαντικό ρόλο του εισοδήματος στην διαμόρφωση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, ενισχύεται και από την διαφαινόμενη επίδραση του μεγέθους και της σύνθεσής τους, που όπως ήδη σχολιάστηκε καθορίζεται από τον βαθμό κατά τον οποίο οι παράγοντες αυτοί προσδιορίζουν περισσότερο το διαθέσιμο εισόδημα [84] και λιγότερο τις ανάγκες υγείας ενός νοικοκυριού. Πάντως διευκρινίζουμε πως για την διερεύνηση της επίδρασης του εισοδήματος στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, χρησιμοποιήθηκε - λόγω έλλειψης στοιχείων - η κατηγοριοποίηση των τελευταίων από την ΕΣΥΕ, με κριτήριο τις συνολικές

[84] Σύμφωνα με σχετική μελέτη των Καράγιωργα, Κασιμάτη, Πανταζίδη (1988), ο πληθυσμός των μονομελών και διμελών νοικοκυριών βρίσκεται κατά μέσο όρο, σε πλεονεκτικότερη θέση από πλευράς κατανομής του εισοδήματος, απ' ότι ο πληθυσμός των λοιπών νοικοκυριών, με την έννοια ότι σε δεδομένο ποσοστό ατόμων, αντιστοιχεί μεγαλύτερο ποσοστό εισοδήματος. Έτσι, διαπιστώθηκε πως ενώ το μέσο εισόδημα νοικοκυριού, συναυξάνει με το μέγεθος του νοικοκυριού, το κατά κεφαλήν ακολουθεί αντίθετη τάση. Καράγιωργας Σ. , Κασιμάτη Κ., Πανταζίδης Ν. (1988) *«Έρευνα για τη σύνθεση και την κατανομή του εισοδήματος στην Ελλάδα. Μέρος Πρώτο : Αποτελέσματα από την περιοχή της Πρωτεύουσας»* σελ. 75-76, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

κατά μέσο όρο μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών, οι οποίες θεωρείται ότι αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό το ύψος του διαθέσιμου εισοδήματος.

β)Ιδιαίτερα σημαντική ως προς τις δαπάνες υγείας ενός νοικοκυριού, είναι η επίδραση της γεωγραφικής περιφέρειας στην οποία είναι εγκατεστημένο, με την παραπάνω όμως παράμετρο να αναλύεται σε πολλαπλές κάθε φορά συνιστώσες. [85] Έτσι, η διαφοροποίηση της κατανάλωσης υπέρ των αστικών περιοχών - και ειδικότερα της περιφέρειας των Αθηνών - και αντίθετα η χαμηλή ανά νοικοκυριό δαπάνη υγείας στις αγροτικές περιοχές - με περισσότερο χαρακτηριστικές τις περιφέρειες της Θράκης, της Ηπείρου και της Ανατολικής Μακεδονίας - μπορούν να αναχθούν σε μια σειρά από παράγοντες όπως :

- στην διαφοροποίηση στους δείκτες διαθεσιμότητας των υπηρεσιών και ειδικότερα στην αναλογία των ιατρών προς τον πληθυσμό, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

- στο επίπεδο ανάπτυξης μιας περιφέρειας και ειδικότερα στο οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού, το οποίο όσο αφορά στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της προσφοράς, αφού όπως έχουμε ήδη επισημάνει, στις περιφέρειες όπου η καταναλωτική δύναμη των νοικοκυριών είναι υψηλή, παρατηρείται έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα υγείας.

- στην διαφορά στο φάσμα νοσηρότητας στον πληθυσμό διαφορετικών περιοχών, η οποία αποτελεί ένδειξη των υγειονομικών αναγκών και σε κάποιο βαθμό επηρεάζει και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Για τον προσδιορισμό όμως μιας τέτοιας συσχέτισης απαιτείται πιο σύνθετη στατιστική ανάλυση, η οποία θα σταθμίσει την χρήση των υπηρεσιών υγείας - όπως εκφράζεται από το ύψος των αντίστοιχων δαπανών - με τους δείκτες νοσηρότητας ανά περιφέρεια, οι οποίοι αποτελούν ένδειξη των επιπέδων υγειονομικής ανάγκης.

- στο κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο των νοικοκυριών, το οποίο διαμορφώνεται από την επίδραση του επαγγέλματος, του μορφωτικού επιπέδου, του εισοδήματος κλπ., καθώς και στην γενικότερη ενημέρωση και αντίληψη πάνω σε θέματα υγείας.

Έχοντας υπόψη το ότι ο βαθμός επίδρασης των παραπάνω παραγόντων δεν είναι δυνατό να επιμεριστεί και ότι συνήθως η καταναλωτική συμπεριφορά των νοικοκυριών ως προς τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί την συνισταμένη των παραπάνω επιδράσεων, καταλήγουμε απλά στην διαπίστωση ότι οι δαπάνες υγείας των

[85] Οι παράμετροι που συνήθως θεωρείται ότι επηρεάζουν τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε περιφερειακό επίπεδο - και που αξιολογήθηκαν και στην παρούσα μελέτη - είναι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού και οι υγειονομικές ανάγκες, εκφρασμένες κατά κύριο λόγο με τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας ανά περιοχή. Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994) *«Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 171-173, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος -Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

νοικοκυριών - είναι διαφοροποιημένες σε επίπεδο περιφερειών, εξαιτίας της επίδρασης συγκεκριμένων παραγόντων. Οι παράγοντες δε αυτοί, σχετίζονται με την οργάνωση του συστήματος υγείας και την προσφορά των υπηρεσιών (περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας), καθώς και με μια σειρά από παραμέτρους που καθορίζουν την ζήτηση από την πλευρά των χρηστών (εισόδημα, προτιμήσεις, εναλλακτικό κόστος χρόνου, καταναλωτικά πρότυπα κλπ.).

γ)Η επαγγελματική θέση και ειδικότερα το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού, αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες των δαπανών υγείας και σε μεγάλο βαθμό συνθέτουν το φαινόμενο των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Με δεδομένες μάλιστα τις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στο επίπεδο υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων - οι οποίες έχουν απόλυτα τεκμηριωθεί στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία - αποκτά ιδιαίτερη σημασία η διερεύνηση αντίστοιχης διαφοροποίησης στη χρήση των υπηρεσιών, αφού επιδεινώνει ακόμη περισσότερο το επίπεδο υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Έτσι, όσο αφορά στην επαγγελματική θέση, διαπιστώνουμε μια σημαντική διαφοροποίηση υπέρ των νοικοκυριών με υπεύθυνο εργοδότη, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα. Συγκεκριμένα, η δαπάνη των εν λόγω νοικοκυριών υπερβαίνει κατά 34,24% τον συνολικό μέσο όρο, με την υψηλότερη απόκλιση να παρατηρείται στις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, όπου η απόκλιση είναι της τάξης του 62,42% πάνω από τον αντίστοιχο μέσο όρο όλων των νοικοκυριών. Η διαφοροποίηση βέβαια αυτή, συνδέεται με τα γενικότερα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών αυτών κατηγοριών, τα οποία συνοψίζονται στο υψηλό εισόδημα, στην υψηλή εκπαιδευτική στάθμη, στο υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου, στην υιοθέτηση συγκεκριμένου τρόπου ζωής κλπ.

Η ανάλυση επίσης των διακυμάνσεων στο ύψος της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών με κριτήριο το επάγγελμα του υπεύθυνου, ανάγει το τελευταίο σε έναν από τους κυριότερους παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, την μεγαλύτερη δαπάνη για υπηρεσίες υγείας την εντοπίζουμε σταν νοικοκυριά με υπεύθυνο διευθυντή ή ανώτερο διοικητικό στέλεχος, ενώ την χαμηλότερη, στα νοικοκυριά με υπεύθυνο γεωργό – κτηνοτρόφο και τεχνίτη – εργάτη. Όπως τονίσαμε και για την προηγούμενη κατηγοριοποίηση με κριτήριο την θέση στο επάγγελμα, οι διάφορες επαγγελματικές ομάδες περικλείουν τα γενικότερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που τις συνθέτουν (εκπαίδευση, οικογενειακό εισόδημα, προϋπάρχουσα κοινωνική θέση κλπ), καθώς και τα χαρακτηριστικά που απορρέουν από την άσκηση συγκεκριμένης επαγγελματικής δραστηριότητας (εισόδημα, επαγγελματικές υποχρεώσεις, κόστος χρόνου, τρόπος ζωής κλπ).

Επίσης, όπως έχει επισημανθεί από πολλούς μελετητές (Κυριόπουλος - Κτενάς 1994, Σισσούρας κ.α. 1996, Θεοδώρου 1993 κλπ) ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στην διαμόρφωση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας των νοικοκυριών, έχει ο βαθμός ασφαλιστικής κάλυψης και ο ασφαλιστικός φορέας, οι οποίοι συνδέονται με τις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος να ικανοποιήσει τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων. [86] Ακόμη, η κοινωνική ασφάλιση εμπλέκεται και στην αύξηση

[86] Ενδεικτικά αναφέρουμε πως σύμφωνα με σχετική μελέτη του ΕΚΚΕ (1988), το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων (56,2%) δεν χρησιμοποίησε καθόλου τις παροχές υγείας του ταμείου τους. Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο. κ.α. (1988) *«Υγεία και ελληνική κοινωνία. Εμπειρική έρευνα»* σελ. 206, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

των ιδιωτικών δαπανών υγείας μέσα από μηχανισμούς καταβολής «πρόσθετων πληρωμών» και παραοικονομικών «αμοιβών διαμεσολάβησης», ενώ παράλληλα δημιουργεί προυποθέσεις υπερβάλουσας ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. [87]

Κλείνοντας, αναφέρουμε πως λόγω ανυπαρξίας δημοσιευμένων στοιχείων για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα μας, καθώς και λόγω του ότι τα διαθέσιμα στοιχεία αναφέρονται στο σύνολο της παραγωγής ασφαλειών Ζωής-Υγείας, [88] δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε με ακρίβεια την συμβολή της ιδιωτικής ασφάλισης στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά. [89] Άλλωστε η ανάπτυξη της αγοράς ασφαλίσεων ζωής και υγείας στην Ελλάδα, βρίσκεται συγκριτικά με τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης σε χαμηλά επίπεδα [90] και έτσι είναι πλέον αποδεκτή η άποψη ότι η λειτουργία της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην χώρα μας, είναι σαφώς συμπληρωματική. [91]

Τα στοιχεία που συνοπτικά παραθέσαμε παραπάνω, δίνουν μια γενική εικόνα για τον τρόπο με τον οποίο καθορίζεται το ύψος των δαπανών υγείας των νοικοκυριών στην χώρα μας. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως η διαφοροποίηση στη χρήση των υπηρεσιών δεν συμβαδίζει με την διαφοροποίηση στην νοσηρότητα, οπότε γίνεται αντιληπτό πως η επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών για υπηρεσίες υγείας, δεν γίνεται με γνώμονα την υγειονομική ανάγκη, αλλά ακολουθεί διάφορα άλλα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Η γενική αίσθηση λοιπόν που δημιουργείται από τα παραπάνω, συνίσταται στο ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας μπορεί να συντελέσει στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των χρηστών, που ανήκουν όμως σε υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Έτσι, με δεδομένες αφενός τις δυσλειτουργίες του δημόσιου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο συγκεντρώνει την ζήτηση κυρίως των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών

---

[87] Βλ. Κυριόπουλος Γ., Κτενάς Ε. (1994) *«"Πρόσθετη Πληρωμή" στις Υπηρεσίες Υγείας. Παράγοντες που την Επηρεάζουν»* σελ. 185-194, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα και Κυριόπουλος Γ. (1992) *«Οικονομία και υπόγεια οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα»* σελ. 3-10, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα.

[88] Σημειώνεται ότι ακόμη και σήμερα όπου παρατηρείται μια έντονη κινητικότητα στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης, τα ασφαλιστικά προϊόντα που αφορούν στην υγεία δεν προσφέρονται αυτόνομα, αλλά συνήθως συνοδεύουν ασφάλειες ζωής. Βλ. Μόσιαλος Η. (1991) *«Ιδιωτική Αφάλιση Ζωής – Υγείας»* Ιατρικό Βήμα, Ιανουάριος 1991, Αθήνα και Κυριόπουλος Γ., Μπουρσανίδης Χ., Σκουτέλης Γ. (1992) *«Συμπληρωματική Ασφάλιση Υγείας : Προβλήματα και Προοπτικές στην Ελλάδα»* σελ. 25-29, Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα.

[89] Σύμφωνα με σχετικές έρευνες περίπου 4 στους 10 ασφαλισμένους μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης, κάνουν κάποια χρήση υπηρεσιών υγείας σε ετήσια βάση. Βλ. Λιαρόπουλος Λ. (1993) *«Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα»* σελ. 81-82, Financial Forum, Αθήνα.

[90] Συγκεκριμένα, τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι περίπου το 10% των νοικοκυριών στην χώρα μας διαθέτουν ασφαλιστικό συμβόλαιο, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, όπου η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει κατά μέσο όρο το 30% περίπου του πληθυσμού. Λιαρόπουλος Λ. (1993) βλ. υποσ. 89, σελ. 59.

[91] Σκουτέλης Γ. (1993) *«Η Ασφάλιση Υγείας – Ασθένειας στην Ελλάδα : Προβλήματα, Τάσεις και Εξελίξεις»* σελ. 141-143 και Λιαρόπουλος Λ. (1993) *«Ο Ανταγωνισμός στην Ασφάλιση Υγείας. Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ευκαιρίες και Προβλήματα»* σελ. 147-165, στο Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. επιμ. (1993) *«Η Πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα»* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

στρωμάτων και αφετέρου την γενικά ικανοποιητική ποιοτική στάθμη του ιδιωτικού τομέα στον οποίο καταφεύγουν κυρίως οι υψηλές κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες του πληθυσμού, [92] καταλήγουμε σε μια διαπίστωση που αιτιολογεί την έκταση του προβληματισμού γύρω από τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία. Η διαπίστωση αυτή συνίσταται στο γεγονός ότι τα άτομα που ανήκουν στα υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πιο αποτελεσματικά και κινούνται λιγότερο μεταξύ των διαφόρων οργανωτικών επιπέδων περίθαλψης, απολαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο αυξημένη ποιότητα συνθηκών παροχής περίθαλψης, με χαμηλότερο κόστος χρόνου.

[92] Σημειώνουμε πως η υψηλή ποιοτική στάθμη των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα υγείας, βασίζεται στην υποκειμενική αξιολόγησή τους από τον πληθυσμό και στην σύγκρισή τους με τις αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες, με κριτήρια που κυρίως σχετίζονται με την υποδομή, τις συνθήκες παροχής περίθαλψης, τους χρόνους αναμονής και την ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Βλ. Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Καλομενίδης Κ., Μητρόπουλος Ι. (1996) *«Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο επίπεδο υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Πάτρας»* σελ. 708-709, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 6ο Επιστημονικό Συνέδριο : *«Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός»*, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας 27-30 Νοεμβρίου 1996, Πρακτικά, Αθήνα 1998.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως αναφέρεται στο εισαγωγικό μέρος, η παρούσα μελέτη συνιστά ένα εγχείρημα περιγραφής και ανάλυσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, με σημείο αναφοράς την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ και με έμφαση στο χρηματοδοτικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, ενώ ταυτόχρονα αποπειράται να εξηγήσει την ροπή προς την ιδιωτική κατανάλωση, η οποία στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλή.

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, θεωρείται ως η πλέον ριζοσπαστική μεταρρυθμιστική προσπάθεια για οργάνωση και προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας και κατά τον σχεδιασμό του αλλά και κατά τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής του, έτυχε ευρείας αποδοχής τόσο από τους παραγωγούς, όσο και από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, έχουν επισημανθεί σε πολλές μελέτες και άρθρα (Sissouras 1990 [1], Κυριόπουλος 1992 [2], Κυριόπουλος-Νιάκας 1994 [3], Sissouras-Karokis-Mossialos 1999[4]) τα προβλήματα και οι αδυναμίες του ΕΣΥ, με αποτέλεσμα η εγκαθίδρυσή του να βρίσκεται τα τελευταία χρόνια στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης, η οποία επεκτείνεται από την αναφορά σε εξειδικευμένα θέματα όπως αυτό της χρηματοδότησης των υπηρεσιών, μέχρι την διατύπωση διλημμάτων του τύπου ΕΣΥ ή όχι ΕΣΥ.

Υπό το πρίσμα αυτό, η παρούσα μελέτη προσεγγίζει την λειτουργία του συστήματος υγείας στη χώρα μας με κύριο άξονα την θεσμοθέτηση και καθιέρωση του ΕΣΥ και αποσκοπεί στην ανάλυση επιμέρους ζητημάτων που σχετίζονται με τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Τα ζητήματα αυτά, αφορούν στο χρηματοδοτικό πλαίσιο και στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, στην περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας και στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών.

Στην βάση των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρεί ένα σύστημα υγείας σχετικά με την αποδοχή του από τους προμηθευτές και τους χρήστες των υπηρεσιών, με την προσαρμογή του στις διεθνείς εξελίξεις, με την ικανοποίηση των αρχών της ισότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και με την ενσωμάτωση στις ρυθμίσεις του των εγχώριων παραδόσεων του υγειονομικού συστήματος, είναι σημαντική η ανάλυση των απόψεων που συνδέονται με το αγαθό υγεία και τον τρόπο παροχής του. Έτσι, στο πρώτο κεφάλαιο της μελέτης, επιχειρήθηκε μια παρουσίαση των κυριότερων εννοιολογικών αναζητήσεων για την υγεία και το κοινωνικό κράτος γενικότερα, με επίκεντρο την αντιπαράθεση μεταξύ της προσέγγισης της υγείας ως δημόσιο και ως ιδιωτικό αγαθό.

---

[1] Βλ. Sissouras A. (1990) *«Backgrounds and Development in Health Care in Greece»* in Gasparie A.F. et al (eds) *«Competitive Health Care in Europe : Future Prospects»*, Dartmoth.

[2] Βλ. Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) *«Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[3] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[4] Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. (1999) *«Health care and cost containment in Greece»* p. 341-396, in Mossialos E., Le Grand J. eds. (1999) *«Health Care and Cost Containment in the European Union»*, Ashgate.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, εξετάστηκε ο τρόπος με τον οποίο οι εννοιολογικές προσεγγίσεις μεταφράζονται στο επίπεδο της άσκησης πολιτικής υγείας και ειδικότερα το πώς οι παραπάνω αντιλήψεις ενσωματώθηκαν σε μοντέλα συστημάτων υγείας, ενώ παράλληλα επιχειρήθηκε μια παρουσίαση των κυριότερων χαρακτηριστικών τους. Η προσέγγιση των συστημάτων υγείας, αφορούσε στην ανίχνευση των βασικών οργανωτικών τους αρχών, καθώς και στον τρόπο διανομής των φροντίδων υγείας και βασίστηκε στην διάκριση μεταξύ ιδιωτικών, κρατικών και μικτών συστημάτων υγείας.

Στη συνέχεια (τρίτο κεφάλαιο), η μελέτη επικεντρώθηκε στην παρουσίαση του χρηματοδοτικού πλαισίου των υπηρεσιών υγείας, από την οποία προκύπτει μια ποικιλία συνδυασμών και εναλλακτικών τρόπων σε ότι αφορά στην προέλευση των κεφαλαίων και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Παράλληλα, παρουσιάστηκαν οι κυριότερες προτεινόμενες σύμφωνα με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία παρεμβάσεις για την μείωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες βέβαια πρέπει να ερευνώνται και να αξιολογούνται σε σχέση με την ικανοποίηση των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Στις έννοιες-αρχές αυτές, αναφέρεται το τέταρτο κεφάλαιο, στο οποίο αρχικά αναλύονται οι μέθοδοι αξιολόγησης των υγειονομικών προγραμμάτων και των συστημάτων υγείας, ενώ παρουσιάζονται και οι κυριότεροι δείκτες υγείας, μερικοί από τους οποίους χρησιμοποιήθηκαν και στα πλαίσια της συγκεκριμένης μελέτης. Πέρα από την αναφορά στο μεθοδολογικό αυτό σκέλος, στο κεφάλαιο αυτό επιχειρήθηκε η παρουσίαση του τρόπου σύνδεσης των προτεραιοτήτων που θέτει μια πολιτική υγείας, με τις μεθόδους αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της. Η αναφορά αυτή, στηρίχθηκε στους στόχους που τέθηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας για την Ευρώπη (WHO, 1993, *"Health for All Targets. The Health Policy for Europe"*) και στους αντίστοιχους στόχους που τέθηκαν στις ΗΠΑ (USDHEW, 1979, *"Healthy People"* και USDHHS, 1990, *"Healthy People 2000"*). Ιδιαίτερη δε αναφορά, έγινε στους θεμελιώδεις στόχους της ισότητας και της αποδοτικότητας, οι οποίοι αποτελούν και την αφετηρία της μελέτης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος που επιχειρείται στην παρούσα ανάλυση.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης, περιγράφηκαν οι οργανωτικές δομές και οι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί του συστήματος υγείας στην χώρα μας πριν και μετά την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, με έμφαση στην ανάλυση του κόστους των υπηρεσιών, της προέλευσης των κεφαλαίων, της περιφερειακής κατανομής των πόρων σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης και της διακύμανσης των δεικτών που εκφράζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Στο πρώτο κεφάλαιο του δεύτερου αυτού μέρους, η έρευνα εστιάστηκε στην μελέτη της εξέλιξης του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα, η οποία προσδιόρισε σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο κάλυψης των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Τα κυριότερα συμπεράσματα του κεφαλαίου, εστιάζονται στην καθυστέρηση που παρουσίασε η χώρα μας ως προς την ανάπτυξη ενός συστήματος κοινωνικών παροχών και στην αποσπασματική οικοδόμηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Τα δεδομένα αυτά, οδήγησαν - λόγω και της δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας - στην δημιουργία ενός κατακερματισμένου ασφαλιστικού συστήματος το οποίο βρίσκεται μονίμως στην δίνη των λειτουργικών του προβλημάτων και που παράλληλα συντηρεί τα φαινόμενα των ασφαλιστικών ανισοτήτων.

Στο κεφάλαιο αυτό επίσης, έγινε αναφορά στο χρηματοδοτικό πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα (διάρθρωση των εσόδων και των δαπανών), από το οποίο προέκυψε μια σταδιακή αύξηση των δαπανών για συντάξεις, η οποία ανάγεται σε μια σειρά από παράγοντες, όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, η βελτίωση του τρόπου παροχής και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, κλπ. Παράλληλα, επισημάνθηκε η διεύρυνση τα τελευταία χρόνια και στην χώρα μας του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία όμως όπως τονίστηκε, ασκεί έναν συμπληρωματικό ρόλο, ο οποίος συνίσταται περισσότερο στην κάλυψη των οικονομικών κινδύνων και λιγότερο στην παροχή των υπηρεσιών.

Στο σημείο αυτό αναφέρουμε πως όσο αφορά στην ασφάλιση ασθένειας, κεντρικό σημείο της επιστημονικής συζήτησης στη χώρα μας κατέχει η πρόταση για την δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.). Χρονολογικά το θέμα τέθηκε για πρώτη φορά συστηματικά το 1969 από τον τότε Υπουργό Υγείας Λ. Πάτρα, ο οποίος στην πρότασή του για το «Σχεδιασμό της Κοινωνικής Πολιτικής», προέβλεπε μεταξύ άλλων την δημιουργία «ενός ενιαίου φορέα προστασίας υγείας και περιθάλψεως ασθενείας». Αντίστοιχη αναφορά γίνεται και στην έκθεση της ομάδας εργασίας για την υγεία του ΚΕΠΕ (1976) στα πλαίσια του «Προγράμματος Ανάπτυξης 1976-1980», όπου προτάθηκαν εναλλακτικά : α)η δημιουργία ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, β)η ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ) και γ)η συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων.

Σημειώνουμε πως το αίτημα για την δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας είχε ενσωματωθεί και στην φιλοσοφία του ΕΣΥ, αφού όπως αφήνει να εννοηθεί το πνεύμα του άρθρου 16 του Ν. 1397/83 η μεταρρύθμιση έπρεπε να στηριχθεί στην «δημιουργία ενός εθνικής κλίμακας χρηματοδοτικού φορέα υγείας». [5] Η αδράνεια πάντως που ακολούθησε σε επίπεδο υλοποίησης και εφαρμογής, δεν απομάκρυνε την επιστημονική συζήτηση γύρω από το ζήτημα του Ε.Φ.Υ. Αντίθετα, τόσο στις προτάσεις των ξένων εμπειρογνωμόνων (Υ.Υ.Π.Κ.Α. 1994) όσο και σε αυτές των επιτροπών των ελλήνων εμπειρογνωμόνων (Υ.Υ.Π.Κ.Α. 1994 και Υ.Υ. & Π. 1995), το ζήτημα αυτό αποκτά έναν θεσμικό πλέον χαρακτήρα και παρουσιάζεται ως προϋπόθεση για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας στην χώρα μας. [6] Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια το ζήτημα του Ε.Φ.Υ. αποτελεί αντικείμενο ενασχόλησης της επιστημονικής βιβλιογραφίας στην χώρα μας (Κυριόπουλος-Νιάκας 1991, Κυριόπουλος-Νιάκας 1994, Μπουρσανίδης Χ. 1993, Κυριόπουλος-Σισσούρας 1997), [7] όπου εντοπίζουμε διάφορα εναλλακτικά υποδείγματα διοικητικής οργάνωσης και θεσμικής θεμελίωσης του Ε.Φ.Υ.

---

[5] Σκουτέλης Γ. (1995) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Ρεαλισμός και Ουτοπία»* σελ. 101, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[6] Βλ. Υ.Υ.Π.Κ.Α. (1994) Abel-Smith et al *«Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας»* ειδικότερα σελ. 48-56, Φαρμέτρικα, Αθήνα, Υ.Υ.Π.Κ.Α. (1994) Παπαλέξης Κ. (πρόεδρος) *«Ε.Φ.Υ. Κείμενο εργασίας της επιτροπής αναμόρφωσης του ασφαλιστικού»*, Αθήνα και Υ.Υ.& Π. (1995) Σισσούρας Α. (πρόεδρος) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας»*, Αθήνα

[7] Βλ. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ.89-109, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ.263-1296, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, Μπουρσανίδης Χ. (1993) *«Ανάλυση Συστημάτων Υγείας και Πολιτική Υγείας»*

Ανεξάρτητα πάντως από τα διαφορετικά εναλλακτικά υποδείγματα-μοντέλα που προτείνονται για την δημιουργία του Ε.Φ.Υ., [8] οι περισσότερες προτάσεις συμφωνούν πως με τον τρόπο αυτό, θα επιτευχθεί ο έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών υγείας και η περιφερειακή ισότητα στην παροχή τους. Πριν προχωρήσουμε στην διατύπωση του τρόπου με τον οποίο - σύμφωνα με τις παραπάνω προτάσεις - θα επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, θα επανέρθουμε στην θεματική της παρούσας ανάλυσης και ειδικότερα στα σημεία όπου εξετάστηκε η έκταση των προβλημάτων του υψηλού κόστους των υπηρεσιών υγείας και της άνισης περιφερειακής τους κατανομής, όπως αυτά εκδηλώθηκαν πριν και μετά το ΕΣΥ.

Στο δεύτερο λοιπόν κεφάλαιο του τμήματος αυτού της μελέτης, επιχειρήθηκε η παρουσίαση της εξέλιξης του συστήματος υγείας στην χώρα μας πριν την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ. Αρχικά περιγράφηκε το γενικότερο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον στα πλαίσια του οποίου έλαβαν χώρα οι θεσμικές παρεμβάσεις στον υγειονομικό τομέα. Στη συνέχεια, το ενδιαφέρον εστιάστηκε στην μελέτη των κοινωνικών δαπανών και των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, από όπου προέκυψε το συμπέρασμα ότι μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, η χώρα μας παρουσίαζε ένα από τα χαμηλότερα ως προς το ΑΕΠ ποσοστό τόσο για τις κοινωνικές δαπάνες, όσο και για τις δαπάνες υγείας.

Όσο αφορά στις κοινωνικές δαπάνες, αξιοσημείωτο για την χώρα μας είναι το μεγάλο ποσοστό - επί του συνόλου των κοινωνικών δαπανών - που αφορούσε στις συντάξεις (61,9% για το 1980 με μέσο όρο Ευρώπης 42,8%), ενώ όσο αφορά στις δαπάνες υγείας επισημαίνουμε πως ειδικότερα οι δημόσιες δαπάνες, παρέμειναν κατά το διάστημα 1960-1975 σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, παρά τους υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης που ακολούθησε η χώρα μας την περίοδο αυτή.

Αντίθετα, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα εμφανίζουν αυξητικές τάσεις μετά το 1975, σε όχι μάλιστα ευνοϊκό για την χώρα οικονομικό περιβάλλον, συνιστώντας ένα παράδοξο φαινόμενο που αποδίδεται στις δημογραφικές εξελίξεις, στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, στις νέες συνθήκες διαβίωσης, στην διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης και στην δημιουργία προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή επίσης, συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό η αλλαγή του πολιτικού σκηνικού και η επιδίωξη της ικανοποίησης πάγιων κοινωνικών αιτημάτων κατά την μεταπολίτευση.

Μια ακόμη παρατήρηση σχετικά με τις δαπάνες υγείας, αφορά στο ότι οι αυξητικές τάσεις μετά το 1975 και μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 αφορούσαν κυρίως στις δημόσιες δαπάνες, ενώ όσο αφορά στην σύνθεση των δαπανών, είναι εμφανής η νοσοκομειοκεντρική αντίληψη που χαρακτήριζε το σύστημα υγείας στην Ελλάδα την περίοδο εκείνη. Σχετικά με την περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας, επισημάνθηκαν οι έντονες γεωγραφικές διαφοροποιήσεις και ανισότητες σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης, με κύριο χαρακτηριστικό την υψηλή συγκέντρωση των ανθρώπινων και υλικών πόρων

Σημειώσεις Ε.Σ.Δ.Υ., Αθήνα, Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[8] Για μια συγκριτική παρουσίαση των εναλλακτικών υποδειγμάτων διοικητικής συγκρότησης του Ε.Φ.Υ., βλ. Μπουρσανίδης Χ. (1996) *«Ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας»* σελ. 78-84, στα Πρακτικά Ημερίδας *«Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα»*, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και την εμφάνιση έντονων διαπεριφερειακών ροών προς τις περιφέρειες αυτές. Πέρα βέβαια από την ποσοτική σε ορισμένες περιφέρειες ανεπάρκεια των υπηρεσιών, επισημάνθηκαν και αντίστοιχα προβλήματα χαμηλής ποιοτικής στάθμης της παρεχόμενης φροντίδας, τα οποία συνδέονταν με την στελέχωση των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών από ιατρούς χωρίς πείρα και από χαμηλής εκπαιδευτικής στάθμης νοσηλευτικό προσωπικό και με την χαμηλού επιπέδου υλικοτεχνική υποδομή των παραπάνω φορέων.

Στο ίδιο τέλος κεφάλαιο, παρουσιάστηκε η διακύμανση των δημογραφικών δεικτών και των δεικτών θνησιμότητας στην χώρα μας, κατά το διάστημα μεταξύ 1960-1980. Μερικά από τα συμπεράσματα που προέκυψαν, αφορούν στην υψηλή γενική θνησιμότητα στις αγροτικές περιοχές, στην μείωση που παρατηρείται μεταπολεμικά στην βρεφική θνησιμότητα - η οποία όμως παρέμεινε συγκριτικά με άλλες χώρες σε υψηλά επίπεδα - και στις μεγάλες διακυμάνσεις της βρεφικής θνησιμότητας σε διαφορετικές περιοχές της χώρας. Για τις διακυμάνσεις βέβαια αυτές, ευθύνεται τόσο η διαφοροποίηση της δημογραφικής σύνθεσης του πληθυσμού και τα διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των περιφερειών, όσο και οι εκτεταμένες όπως διαπιστώθηκε χωρικές ανισότητες στην κατανομή και την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Τα προβλήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ισότητας που περιγράφηκαν συνοπτικά παραπάνω και που χαρακτήριζαν τον υγειονομικό τομέα στην χώρα μας κατά την περίοδο που εξετάστηκε στο κεφάλαιο αυτό, δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για την διατύπωση του καθολικού αιτήματος της αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας. Με τον τρόπο έκφρασης, τις διαδικασίες υιοθέτησης και τα αποτελέσματα της υλοποίησης του παραπάνω αιτήματος με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ στις αρχές της δεκαετίας του '80, ασχολείται το τρίτο κεφάλαιο αυτού του τμήματος της μελέτης.

Στο εισαγωγικό μέρος του τρίτου κεφαλαίου, επιχειρείται αρχικά η παρουσίαση της πορείας προς την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, η οποία περιλαμβάνει την περιγραφή των σχεδίων Φίλια και Δοξιάδη και την εκτίμηση του ρόλου του ιατρικού συνδικαλισμού στο περιεχόμενο και τους προσανατολισμούς της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Στην συνέχεια, εξετάζεται αναλυτικά το θεσμικό πλαίσιο, οι αρχές και η φιλοσοφία της εγκαθίδρυσης Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας, όπως προκύπτουν από την διατύπωση των άρθρων του Ν. 1397/83. Επιπρόσθετα, επισημαίνονται οι ανεπάρκειες του συστήματος που προέκυψαν κυρίως από την μη εφαρμογή σημαντικών προβλεπόμενων διατάξεων και που είχαν σαν αποτέλεσμα την λειτουργική και χρηματοδοτική δυσκαμψία του συστήματος.

Ακόμη εξετάζεται το πνεύμα, οι ιδεολογικές καταβολές και οι πολιτικές κατευθύνσεις των μετέπειτα παρεμβάσεων για την αναμόρφωση του ΕΣΥ (Ν. 2071/92, Ν. 2194/94 και Ν. 2519/97), απ' όπου διαφαίνεται το πρόβλημα της ασυνέχειας της πολιτικής υγείας στην χώρα μας, αφού οι υγειονομικές αυτές μεταρρυθμίσεις είναι αποτέλεσμα των ιδεολογικών, πολιτικών και κοινωνικών συγκρούσεων [9] και για το λόγο αυτό έχουν προκαλέσει «ολοκληρωτική κρίση»

[9] Kyriopoulos J., Tsalikis G. (1993) *«Public and Private Imperatives of Greek Health Policies»* p. 105-117, Journal of Health Policy, No 26.

και «πλήρη απορύθμιση» στο σύστημα υγείας. [10] Οι ασάφειες των νομοθετικών παρεμβάσεων στο σύστημα υγείας στην χώρα μας, οδήγησαν στην εμφάνιση και διαιώνιση μιας σειράς προβλημάτων, που συνδέονται με την έλλειψη παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών και που οδηγούν στην «ακύρωση της πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης και στην ανεπαρκή και ανορθολογική κατανομή, καθώς και στην μη αποδοτική χρήση των σπάνιων οικονομικών πόρων». [11]

Με το σύστημα χρηματοδότησης του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος ασχολείται το επόμενο μέρος του κεφαλαίου, όπου γίνεται ανάλυση των πηγών (κρατικός προϋπολογισμός, κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές), μελέτη του ύψους και της διάρθρωσης των δαπανών υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές), προσέγγιση της παραοικονομίας και τέλος ανάλυση της σύνθεσης των δαπανών υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης. Παράλληλα, εξετάζεται η διακύμανση των κοινωνικών δαπανών στην χώρα μας σε σχέση με την γενικότερη οικονομική συγκυρία, όπως αυτή διαφαίνεται από τους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης και την ανεργία.

Μερικά από τα αξιοσημείωτα συμπεράσματα της παραπάνω ανάλυσης παρουσιάζονται παρακάτω :

- Το φαινόμενο που εμφανίζεται ολοένα και εντονότερα μετά την θέσπιση του ΕΣΥ, είναι η σταδιακή υποχώρηση της χρηματοδοτικής παρέμβασης της κοινωνικής ασφάλισης και η υποκατάστασή της από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές πληρωμές.

- Όσο αφορά στην χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, η αύξηση της επιχορήγησης μέσω κρατικού προϋπολογισμού, αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην αναντιστοιχία μεταξύ του πραγματικού ημερήσιου κόστους νοσηλείας και του καθορισμένου από τα Υπουργεία Υγείας και Εμπορίου κλειστού νοσήλειου, η οποία οδήγησε στην δημιουργία ελλειμμάτων, των οποίων την κάλυψη ανέλαβε το κράτος.

- Οι αυξήσεις δε του νοσηλείου που θεσπίστηκαν στην δεκαετία του '90, οδήγησαν στην εμφάνιση ελλειμμάτων στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών, των οποίων η κάλυψη επιδιώχθηκε μέσα από αύξηση των εισφορών.

- Οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, γεγονός που συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τον πολυκερματισμό και την χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα πλαίσια του ΕΣΥ, την ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη και την δημιουργία προϋποθέσεων που ευνοούν την καταβολή «πρόσθετων» και «άτυπων» πληρωμών.

---

[10] Κυριόπουλος Γ. (1995) *«Κράτος ή Αγορά; Η Κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό Τομέα»* σελ. 15, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[11] Κυριόπουλος Γ. (1997) *«Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας : Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας»* σελ. 28,στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

- Οι δημογραφικές εξελίξεις (γήρανση, πτώση της θνησιμότητας, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κλπ.) οι οποίες πιέζουν αυξητικά τις κοινωνικές δαπάνες, σε συνδυασμό με την μείωση του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης και την αύξηση της ανεργίας που παρατηρείται τις τελευταίες δύο δεκαετίες στις περισσότερες χώρες, έχουν μετατοπίσει τις προτεραιότητες της κοινωνικής πολιτικής στην συγκράτηση του κόστους και στον προσανατολισμό των δαπανών προς εκείνους που τις έχουν περισσότερο ανάγκη. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι αξιοσημείωτη η διαφοροποίηση της χώρας μας η οποία εμφανίζει στην δεκαετία του '80 αύξηση των κοινωνικών δαπανών, που συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ.

- Αντίστοιχη καθυστέρηση παρουσιάζει η χώρα μας και ως προς τις δαπάνες υγείας, οι οποίες εμφανίζουν αυξητικές τάσεις μετά το 1975 και σε ένα όχι τόσο ευνοϊκό οικονομικό περιβάλλον, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μετά το 1990, ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας στην χώρα μας είναι τριπλάσιος από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

- Ένα από τα κύρια προβλήματα του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας, αφορά στον μεγάλο όγκο των παραοικονομικών δραστηριοτήτων, οι οποίες υπολογίζεται πως ανέρχονται σε 269 δισ. δρχ., ήτοι 16,9% του συνόλου των δαπανών υγείας (1994). Με την συνεκτίμηση μάλιστα της παραοικονομίας, προκύπτει πως το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, υπερβαίνει αυτό που αναφέρεται στις επίσημες καταγραφές και φτάνει στο 40% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό που είναι ένα από υψηλότερα μεταξύ των κρατών-μελών του ΟΟΣΑ.

- Τέλος σχετικά με την σύνθεση των δαπανών υγείας, προκύπτει πως η χώρα μας απορροφά ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό - σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ - για νοσοκομειακή περίθαλψη (60% για το 1995), ενώ αντίθετα, το ποσοστό που διατίθεται για πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι από τα χαμηλότερα (15% για το 1995). Η εικόνα βέβαια αυτή αντιστρέφεται κατά την προσέγγιση της σύνθεσης των ιδιωτικών δαπανών υγείας, όπου υπερισχύει η πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία απορροφά το 65,9% των ιδιωτικών δαπανών υγείας, έναντι 12,5% το οποίο απορροφά η νοσοκομειακή περίθαλψη (1995). Αντίθετα, η νοσοκομειοκεντρική αντίληψη που διέπει το σύστημα υγείας στην χώρα μας είναι εμφανής στην σύνθεση των δημοσίων δαπανών υγείας, όπου προκύπτει ότι το 63% των δαπανών αφορά στην νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ μόλις το 15% στην εξωνοσοκομειακή (1995).

Όπως προαναφέραμε, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του τρόπου ανάπτυξης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, συνδέεται με την ανεπαρκή, ανορθολογική και τελικά άνιση κατανομή των πόρων υγείας. Όπως έγινε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, στο κεφάλαιο αυτό που εξετάζει μερικές από τις παραμέτρους της εγκαθίδρυσης του ΕΣΥ, επιχειρείται μια αναλυτική παρουσίαση του τρόπου κατανομής των υλικών και ανθρώπινων πόρων σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης, αναζητώντας τον βαθμό επίτευξης ενός από τους θεμελιώδεις στόχους του ΕΣΥ : της περιφερειακής κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Σημειώνεται πως τα περισσότερα δεδομένα υπόκεινται σε διεθνείς συγκρίσεις, οι οποίες κρίθηκαν απαραίτητες για την σκιαγράφηση της θέσης της χώρας μας σε ότι αφορά στην διαθεσιμότητα και την επάρκεια των πόρων σε

σχέση με τον πληθυσμό. Τα κυριότερα συμπεράσματα που προέκυψαν γύρω από την περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας στην μετά ΕΣΥ περίοδο αφορούν :

- Σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι σημαντική η συμβολή των Κέντρων Υγείας στην βελτίωση της επάρκειας των υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές, ενώ η κατανομή τους ανάλογα με τον πληθυσμό συμβάλλει στην άρση των περιφερειακών ανισοτήτων. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως η σύγκριση των δεδομένων του πίνακα 2.2.36 με τα αντίστοιχα του πίνακα 2.3.46, αποτυπώνει τόσο την βελτίωση της επάρκειας των ιατρών ως προς τον πληθυσμό των διαφόρων περιφερειών (η αναλογία κατοίκων ανά ιατρό στα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς της χώρας ήταν 2.224 κάτοικοι / ιατρό για το 1976, ενώ για το 1993 η αναλογία κατοίκων ανά ιατρό στα Κέντρα Υγείας ήταν 1.990 κάτοικοι / ιατρό), όσο και την βελτίωση της αναλογίας σε κάποιες περιφέρειες που πριν το ΕΣΥ ήταν σε δυσμενή θέση (πχ Νησιά Αιγαίου).

- Ειδικά όσο αφορά στην βελτίωση της αναλογίας ιατρών / πληθυσμού στους φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αυτή μπορεί να αποδοθεί στην γενικότερη αύξηση του αριθμού των ιατρών και της αναλογίας τους με τον πληθυσμό (από 24,34 ιατρούς ανά 10.000 κατοίκους το 1980, σε 38,8 το 1994)[12], φαινόμενο το οποίο στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα έντονο και συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την αύξηση της ζήτησης και του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Αύξηση επίσης - με διαφορετική βέβαια ένταση - σημειώνεται και στην αναλογία του πληθυσμού με το υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας (οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ) [13], ενώ πρέπει να σημειώσουμε το υψηλό ποσοστό των οδοντιάτρων που ασκεί ιδιωτική ιατρική, την υψηλή συσχέτιση της κατανομής των φαρμακείων και της φαρμακευτικής κατανάλωσης με την κατανομή των ιατρών και τέλος τον χαμηλό σε σχέση με άλλες χώρες αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

- Επανερχόμενοι στα συμπεράσματα που αφορούν στην κατανομή των πόρων στους φορείς εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, διαπιστώνουμε αντίστοιχη με αυτή των ιατρών βελτίωση από την εφαρμογή του ΕΣΥ και στην αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού με τον πληθυσμό. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από την σύγκριση των πινάκων 2.2.36. και 2.3.48., ενώ η αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετούσε στα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς ήταν για το σύνολο της χώρας 4.492 (1976), η αντίστοιχη αναλογία μετά την δημιουργία των κέντρων υγείας ήταν (1992) 1.789. Σημειώνουμε πως η βελτίωση αυτή της επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού στο σύνολο της χώρας, συνοδεύτηκε και με μια περισσότερο

[12] Βλ. πίνακες 2.2.22 και 2.3.55.

[13] Για τους οδοντιάτρους, την αναλογία τους με τον πληθυσμό και το ποσοστό άσκησης ιδιωτικής ιατρικής, βλ. πίνακες 2.2.25., 2.2.26, 2.3.59.,2.3.60 και 2.3.61. Για τους φαρμακοποιούς και την συσχέτιση της φαρμακευτικής δαπάνης με τον αριθμό των ιατρών, βλ. πίνακες 2.2.28. 2.2.29. 2.2.30., 2.3.62, 2.3.63 και 2.3.64. Τέλος, για το νοσηλευτικό προσωπικό και τις αντίστοιχες ευρωπαϊκές αναλογίες του με τον πληθυσμό, βλ. πίνακες 2.2.31., 2.2.32., 2.3.76. και 2.3.77. Επίσης, για τις ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, βλ. 2.3.78.

ορθολογική - με βάση τον πληθυσμό - κατανομή του στις διάφορες περιφέρειες, αφού όπως προκύπτει από τους ίδιους πίνακες, μειώθηκαν αισθητά οι μεταξύ τους διαφοροποιήσεις όσο αφορά στην αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού των φορέων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με τον πληθυσμό.

- Αξιοσημείωτη ακόμη είναι η βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού των φορέων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία μεταφράστηκε και με αύξηση της νοσολογικής τους κίνησης. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το 1982 ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ήταν 3.941.200 (πίνακας 2.2.40.) ενώ 10 χρόνια αργότερα, έφθασε στα 10.259.900 (πίνακας 2.3.51.). Το γεγονός αυτό είναι απόρροια τόσο του εκσυγχρονισμού των εξωτερικών ιατρείων των υπαρχόντων νοσοκομείων, όσο και της δημιουργίας νέων δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων.

- Σχετικά επίσης με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι αξιοσημείωτη η ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, η οποία μεταξύ 1985-1991 ξεπέρασε το 25% και που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην υποχρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από τον δημόσιο τομέα, στην αδυναμία του δημόσιου συστήματος να προσαρμοστεί στις εξελίξεις γύρω από την βιοϊατρική τεχνολογία και στις προσδοκίες για υψηλή κερδοφορία. Με δεδομένη πάντως την τάση συγκέντρωσης των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας σε περιοχές με αυξημένες καταναλωτικές δυνατότητες, συμπεραίνουμε πως η αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, δεν συνέβαλλε στην μείωση των διαπεριφερειακών ανισοτήτων.

- Αντίστοιχα, μικρά αποτελέσματα στην άρση των διαπεριφερειακών ανισοτήτων είχε η μείωση του αριθμού των ιδιωτικών κλινών [14], η οποία ήταν αποτέλεσμα της εφαρμογής του ΕΣΥ και της καθήλωσης του κλειστού νοσηλείου. Αντίθετα, η αύξηση των δημόσιων κλινών [15] οδήγησε σε βελτίωση της διαθεσιμότητάς τους σε σχέση με τον πληθυσμό, ενώ περιόρισε αρκετά και τις διαπεριφερειακές ανισότητες ως προς την κατανομή τους (βλ. πίνακα 2.3.70.). Πάντως, παρά την αύξηση των δημόσιων κλινών, παραμένουν σε υψηλά επίπεδα οι διαπεριφερειακές ροές ασθενών στα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (βλ. πίνακες 2.2.21. και 2.3.71.). Το γεγονός βέβαια αυτό, δεν οφείλεται τόσο στην αδυναμία συγκράτησης των ασθενών στις διάφορες περιφέρειες λόγω έλλειψης κλινών, αλλά συνδέεται κυρίως με την χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, λόγω του ελλιπούς εξοπλισμού των νοσηλευτικών μονάδων της περιφέρειας.

- Τέλος όσο αφορά στο δυναμικό που στελεχώνει τα θεραπευτήρια της χώρας μας, παρατηρείται μια αύξηση μεταξύ 1981 και 1993 τόσο στο ιατρικό

[14] Όπως προκύπτει από τους πίνακες 2.2.18. και 2.3.68., τα ιδιωτικά θεραπευτήρια μειώνονται μεταξύ 1981-1993 κατά 52,69%, ενώ σύμφωνα με τους πίνακες 2.2.19. και 2.3.69., οι ιδιωτικές κλίνες εμφανίζουν για το ίδιο διάστημα μείωση της τάξης του 55,77%.

[15] Σύμφωνα με τους πίνακες που αναφέρονται στην παραπάνω υποσημείωση, τα δημόσια θεραπευτήρια αυξάνονται από 114 το 1981 σε 140 το 1993, ενώ οι δημόσιες κλίνες παρουσιάζουν αύξηση κατά 59,73%.

(πίνακας 2.3.75.) όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό (πίνακας 2.3.77.), με τις διαφοροποιήσεις στην αναλογία ως προς τον πληθυσμό να είναι φθίνουσες, αλλά μακριά από αυτό που θα ονομάζαμε «ισότητα στην κατανομή των πόρων».

Όπως διαπιστώνουμε από την συνοπτική παρουσίαση των συμπερασμάτων της παρούσας μελέτης γύρω από το ζήτημα της περιφερειακής κατανομής των υπηρεσιών υγείας από το ΕΣΥ, η υγειονομική μεταρρύθμιση που συντελέστηκε στην χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80, σηματοδότησε μια σειρά από θετικές εξελίξεις στην περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων. Οι εξελίξεις βέβαια αυτές προκύπτουν - στα πλαίσια της παρούσας ανάλυσης - από την συσχέτιση των πόρων υγείας με τον πληθυσμό των περιφερειών, αποτυπώνοντας μόνο μία διάσταση του ζητήματος της ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών υπηρεσιών. Δυστυχώς όμως, δεν υπάρχουν διαθέσιμα αποδεκτά στοιχεία των αναγκών υγείας των κατοίκων στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, απ' όπου θα μπορούσε να προκύψει ένας πιο σαφής ορισμός της ορθολογικής κατανομής των πόρων υγείας.

Η παρούσα ανάλυση πάντως, προχώρησε σε μια περιγραφική αποτύπωση των βασικών δεικτών που αποτυπώνουν το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού (θνησιμότητα, βρεφική θνησιμότητα, νοσηρότητα κλπ), από την οποία προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων περιφερειών της χώρας. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού που σχετίζονται με το δημογραφικό προφίλ και το επίπεδο υγείας, παρουσιάζονται παρακάτω :

- Η μείωση των γεννήσεων κατά την δεκαετία 1981-1991 (βλ. πίνακα 2.3.85.) και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οδήγησε σε αλλαγή της ηλικιακής σύνθεσης του ελληνικού πληθυσμού και σε αύξηση του δείκτη γήρανσης από 54,2 σε 73,6 [16] (βλ. πίνακα 2.3.83.).

- Η μείωση της γεννητικότητας που συντελέστηκε μεταξύ 1981-1991 (βλ. πίνακα 2.3.86.) παρουσιάζεται εντονότερη σε ορισμένες περιφέρειες (πχ Ήπειρος, Πελοπόννησος, Ιόνια Νησιά), γεγονός που οδήγησε σε μια έντονη διαφοροποίηση της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού μεταξύ «κέντρου» και «περιφέρειας».

- Όσο αφορά στην φθορά του πληθυσμού η οποία εκφράζεται από τον αδρό δείκτη θνησιμότητας (βλ. πίνακα 2.3.87.), διαπιστώνουμε μεταξύ 1981 και 1991 μια μικρή αύξηση της αναλογίας των θανάτων σε σχέση με τον πληθυσμό, η οποία αποδίδεται κυρίως στην γήρανση του πληθυσμού. Παράλληλα, παρατηρούμε έντονες διαπεριφερειακές ανισότητες στον δείκτη θνησιμότητας, με την μεγαλύτερη επιβάρυνση να εντοπίζεται στις περιφέρειες των Ιονίων Νήσων και των Νήσων Αιγαίου και την μικρότερη στις περιφέρειες της πρωτεύουσας και της Μακεδονίας. Όσο αφορά στην βρεφική θνησιμότητα, αυτή παρουσιάζει φθίνουσα πορεία, που οφείλεται τόσο σε παράγοντες σχετικούς με το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης της χώρας, όσο και σε παράγοντες που συνδέονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας (ίδρυση νέων

[16] Θυμίζουμε πως ο δείκτης γήρανσης απεικονίζει τον αριθμό των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω, ανά 100 παιδιά 0-14 ετών.

υγειονομικών μονάδων-μαιευτηρίων, αύξηση των δημοσίων κλινών και του αριθμού των ιατρών κλπ.).

- Αξιοσημείωτες επίσης διαφοροποιήσεις, προέκυψαν από την μελέτη του φάσματος νοσηρότητας του πληθυσμού των διαφόρων περιφερειών της χώρας (βλ. πίνακες 2.3.89. και 2.3.90.). Συγκεκριμένα, ενώ οι περιφέρειες της πρωτεύουσας και της Μακεδονίας είναι αντιπροσωπευτικές του μέσου όρου της χώρας ως προς τα ποσοστά των νοσηλευθέντων ανά αιτία, κάποιες άλλες περιφέρειες, εμφανίζουν σημαντική επιβάρυνση για ορισμένες κατηγορίες νόσων. Το συμπέρασμα αυτό, αποδεικνύει πως η πολιτική υγείας οφείλει να λάβει υπόψη της τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού κάθε περιφέρειας ξεχωριστά, ώστε να επιτύχει την αποτελεσματική κατανομή των πόρων και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού.

Συνοπτικά, όπως προκύπτει από την ανάλυση των συμπερασμάτων του τελευταίου αυτού κεφαλαίου του δεύτερου μέρους της μελέτης, η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ ήταν μια αναγκαία επιλογή που επιβλήθηκε από την δεδομένη πραγματικότητα στον υγειονομικό τομέα, η οποία μεταφράστηκε σε ένα καθολικό αίτημα όλων των εμπλεκόμενων (προμηθευτές – χρήστες – πολιτική ηγεσία κλπ) στο σύστημα υγείας.

Τόσο όμως η απενεργοποίηση βασικών διατάξεων (πχ ίδρυση Κέντρων Υγείας στις αστικές περιοχές, ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, ίδρυση των ΠΕΣΥ κλπ) και η απουσία ρυθμίσεων για την χρηματοδότηση και την κατανομή των πόρων υγείας, όσο και οι μετέπειτα θεσμικές παρεμβάσεις που χαρακτηρίζονταν από μια προσπάθεια αλλαγής της αρχικής φιλοσοφίας του ΕΣΥ, ώθησαν το σύστημα έξω από την εξελικτική του πορεία, με συνέπεια την αύξηση του κόστους και την μη ολοκλήρωση της σχεδιασμένης περιφερειακής υγειονομικής πολιτικής. [17]

Ιδιαίτερα όσο αφορά στις δαπάνες υγείας, προκαλεί εντύπωση το ύψος των ιδιωτικών δαπανών (περίπου 40% επί των συνολικών δαπανών υγείας), τη στιγμή μάλιστα που στα πλαίσια του ΕΣΥ η υγειονομική φροντίδα παρέχεται δωρεάν. Με το ζήτημα αυτό, της εκτίμησης δηλαδή των παραγόντων που ωθούν τα άτομα σε επιβάρυνση των οικογενειακών τους εισοδημάτων για υπηρεσίες υγείας παρά την δωρεάν παροχή από το ΕΣΥ, ασχολείται το πρώτο κεφάλαιο του τελευταίου τμήματος της μελέτης.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν, αναδεικνύουν την άμεση εξάρτηση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, από τους βασικούς παράγοντες που προσδιορίζουν και τις δαπάνες για τα υπόλοιπα αγαθά. Έτσι το εισόδημα αποτελεί τον βασικό προσδιοριστικό παράγοντα των δαπανών υγείας, ενώ σημαντική επίδραση έχει και η επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Μικρότερη επίδραση φαίνεται πως έχουν η ηλικιακή σύνθεση και το μέγεθος του νοικοκυριού, η οποία μάλιστα διαμορφώνεται περισσότερο στα πλαίσια της επιρροής των παραπάνω παραγόντων στο διαθέσιμο εισόδημα και λιγότερο από την αντίστοιχη επίδραση στις υγειονομικές ανάγκες.

Ενδεικτικά ως προς την παραπάνω διαπίστωση είναι τα συμπεράσματα της συσχέτισης των δαπανών υγείας με το μέγεθος του νοικοκυριού, από την οποία προκύπτει πως τα νοικοκυριά με τρία μέλη εμφανίζουν μικρότερη κατά μέσο

[17] Νιάκας Δ. (1993) *«Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 188, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

όρο δαπάνη για υπηρεσίες υγείας από τα νοικοκυριά με δύο μέλη, παρά τις δεδομένες αυξημένες ανάγκες υγείας που προκαλεί - είτε ως παιδί είτε ως ηλικιωμένος - το τρίτο μέλος ενός νοικοκυριού.

Ακόμη, παρατηρήθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ του ύψους των δαπανών υγείας και της γεωγραφικής περιφέρειας εγκατάστασης του νοικοκυριού, με αυξημένες τις δαπάνες των νοικοκυριών των αστικών περιοχών, γεγονός που συνδέεται τόσο με την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη των τελευταίων, όσο και με την τάση συγκέντρωσης των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας σε περιοχές με υψηλές καταναλωτικές δυνατότητες.

Όσο αφορά στις επιμέρους δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, διαπιστώνουμε κατ' αρχήν πως στο σύνολό τους προσανατολίζονται κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (34,33% για υπηρεσίες οδοντιάτρων και 27,92% για ιατρική περίθαλψη, το 1994), ενώ χαμηλό ποσοστό - σε σχέση με το αντίστοιχο των δημοσίων δαπανών - απορροφά η νοσοκομειακή περίθαλψη (16,16% για το 1994). Ακόμη, διαφοροποίηση παρατηρήθηκε στις παραπάνω κατηγορίες των νοικοκυριών ως προς την κατανάλωση διαφορετικών φροντίδων υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε την τάση που παρατηρήθηκε στα νοικοκυριά υψηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης να καταναλώνουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την αντίστοιχη τάση των χαμηλών στρωμάτων να δαπανούν υψηλό ποσοστό για φάρμακα.

Τέλος, η μελέτη της εξέλιξης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών διαχρονικά, δείχνει μια σημαντική αύξηση του ποσοστού των δαπανών των νοικοκυριών που απορροφούν οι υπηρεσίες υγείας (από 4,8% το 1974 σε 7,9% το 1994), η οποία συνδέεται με την αύξηση του βιοτικού επιπέδου και την κάλυψη των βασικών αναγκών των νοικοκυριών, που επέτρεψε την διάθεση ακόμη μεγαλύτερου ποσού για υπηρεσίες υγείας, ειδικά στις κοινωνικές και επαγγελματικές κατηγορίες που έχουν υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου.

* * *

Συμπερασματικά, ο υγειονομικός τομέας στην χώρα μας χαρακτηρίζεται από την μακροχρόνια εμφάνιση προβλημάτων που αφορούν στο υψηλό κόστος των υπηρεσιών, στην καταβολή «πρόσθετων πληρωμών» που δημιουργούν καθεστώς συνασφάλισης και επιβαρύνουν σημαντικά τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα και στην μη ορθολογική περιφερειακή διάρθρωση των υπηρεσιών.

Η παρούσα ανάλυση, πέρα από την επισήμανση και επιβεβαίωση των παραπάνω προβλημάτων, θεωρεί πως υπάρχουν πολιτικές υγείας που θα μπορούσαν να τα αντιμετωπίσουν και συμφωνεί με την άποψη που θεωρεί ως βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή τους, την υιοθέτηση ενός ενιαίου συστήματος χρηματοδότησης. Η πρόταση αυτή συνδέεται και μας επαναφέρει στο ζήτημα της ίδρυσης ενός Κοινού Ταμείου, το οποίο θα συγκεντρώνει τα έσοδά του από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και θα λειτουργεί ως αγοραστής για λογαριασμό των ασφαλισμένων. Το σκεπτικό της διαμεσολάβησης αυτής του Κοινού Ταμείου, βασίζεται στο ότι αντιπροσωπεύοντας ποσοστό μεγαλύτερο του 90% του πληθυσμού, θα έχει σημαντική διαπραγματευτική δύναμη και θα μπορεί να επιβάλλει όρους που θα εξυπηρετούν τα συμφέροντα των χρηστών, καθώς και μηχανισμούς ποσοτικού και ποιοτικού ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών. [18]

[18] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *«Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»* σελ. 90-94 , Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Σύμφωνα με το παραπάνω πνεύμα, στα πλαίσια του ενιαίου αυτού φορέα υγείας (Ε.Φ.Υ.), θα επιτευχθεί η μείωση του ποσοστού συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού στις δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη και η μετατόπιση ενός τμήματος του κόστους στην κοινωνική ασφάλιση, σαν αποτέλεσμα του γενικότερου ελέγχου των δαπανών, ο οποίος θα προκύψει με την υιοθέτηση σύγχρονων τρόπων χρηματοδότησης των νοσοκομείων (πχ. σφαιρικός προϋπολογισμός, D.R.G.s κλπ). Το βασικό στοιχείο στην δημιουργία του Ε.Φ.Υ. αφορά στην δυνατότητά του να παρεμβαίνει στην σφαίρα της προσφοράς, ελέγχοντας τους προμηθευτές των υπηρεσιών για την ανταγωνιστικότητα των τιμών τους και κατ' επέκταση το κόστος παραγωγής, καθώς και για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. [19]

Παράλληλα, θεωρείται πως η ενιαία χρηματοδότηση θα δώσει την δυνατότητα αποκέντρωσης και άσκησης ουσιαστικής περιφερειακής πολιτικής υγείας, μέσα από την ανάδυση μηχανισμών ορθολογικής κατανομής των πόρων (ανάλογα με τον πληθυσμό και τις υγειονομικές του ανάγκες), με τρόπο θα προάγουν την ίση δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. [20] Σε περιφερειακό μάλιστα επίπεδο, υποστηρίζεται πως η σύσταση τοπικών αντιπροσώπων ή αποκεντρωμένων οργάνων του ενιαίου φορέα, που θα διαπραγματεύονται με τους τοπικούς προμηθευτές για την παροχή και το κόστος συγκεκριμένων υπηρεσιών, θα επιτύχει την ελαχιστοποίηση των διαπεριφερειακών ροών των ασθενών στα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και ταυτόχρονα την βελτίωση της κατανομής των ανθρώπινων και υλικών πόρων του υγειονομικού μας συστήματος.

Σημειώνουμε τέλος πως σε ένα τέτοιο ενιαίο και περιφερειακά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, συμπεριλαμβάνεται και ο ιδιωτικός τομέας υγείας - του οποίου οι φορείς θα ανταγωνίζονται για την επίτευξη συνεργασίας με τον Ε.Φ.Υ. - ενώ προσδιορίζεται με μεγαλύτερη σαφήνεια ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, η οποία θα μπορεί αφενός να αναπτυχθεί σε τομείς που εξαιρούνται από την δημόσια χρηματοδότηση και αφετέρου να προσφέρει πρόσθετη κάλυψη σε όσους επιθυμούν και επιδιώκουν πολλαπλές επιλογές και επιπλέον φροντίδες. [21]

Σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επισημαίνονται μια σειρά από ιδιαιτερότητες (πχ στην περίπτωση του ΙΚΑ τόσο η ζήτηση όσο και η προσφορά εκπροσωπούνται από τον ίδιο τον οργανισμό) οι οποίες τελικά δυσχεραίνουν την θέση των χρηστών και αυξάνουν τον βαθμό εξάρτησης της ζήτησης από την προσφορά. Η παραγωγή επίσης των υπηρεσιών υγείας από τον χρηματοδότη και η αμοιβή των γιατρών με μηνιαίο μισθό, τους δημιουργεί αντικίνητρα αποδοτικότητας, με αποτέλεσμα να μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν και παράλληλα να μεταθέτουν τους ασθενείς στην δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η προτεινόμενη παρέμβαση προς την κατεύθυνση αυτή, αφορά στον διαχωρισμό της ζήτησης από την προσφορά μέσα πάλι από ένα Κοινό Ταμείο –

---

[19] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) *«Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας»* σελ. 273, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[20] Σκουτέλης Γ. (1995) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Ρεαλισμός και Ουτοπία» σελ. 104-105, στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

[21] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) βλ. υποσ. 19, σελ. 275-276.

είτε αυτόνομο είτε μέρος του Ε.Φ.Υ. - το οποίο μέσα από την ευελιξία που θα του παρέχει η γνώση των αναγκών του τοπικού πληθυσμού και η πίεση του ανταγωνισμού των προμηθευτών, θα συμβάλλει στην μείωση του κόστους μέσα από την υιοθέτηση εναλλακτικών μοντέλων αποζημίωσης των προμηθευτών, όπως :

- Αμοιβή των συμβεβλημένων ιατρών με βάση τον αριθμό των εγγραφομένων (κατά κεφαλή).

- Σύναψη συμβάσεων με ιδιώτες ιατρούς υπό καθεστώς συμφωνημένων κατά πράξη τιμών και με προοδευτική μείωση της κατά πράξη αμοιβής, σε περίπτωση αυξημένης χρήσης συγκεκριμένων υπηρεσιών.

- Συνδυασμός των παραπάνω ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού και την υπάρχουσα κατάσταση σε κάθε περιοχή.

Ταυτόχρονα, θα μπορούσε μέσα από την θέσπιση κανόνων κεντρικής κατεύθυνσης να αποφασιστεί η επιβολή συγκεκριμένης και ενιαίας ποσοστιαίας συμμετοχής του χρήστη στις υπηρεσίες υγείας με προκαθορισμένες διαδικασίες καταβολής, ώστε να μειωθεί το φαινόμενο της «προκλητής και υπερβάλλουσας ζήτησης». Τέλος, η ύπαρξη ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας, λόγω της μονοψωνιακής δύναμης που διαθέτει, θα μπορούσε να συμβάλλει στην βελτίωση της σχέσης του ασθενή με τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θέλοντας να προσελκύσουν τους χρήστες, θα προσπαθούν να βελτιώνουν τόσο την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν, όσο και την συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς.

Είναι γνωστό, πως στα πλαίσια του γενικότερου προβληματισμού για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας στην χώρα μας, η πρόταση για την δημιουργία ενός θεσμού με στόχο τον εξορθολογισμό και την αποτελεσματική διαχείριση των χρηματοδοτικών μηχανισμών, βρίσκεται στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης για πάνω από δύο δεκαετίες. Παρόλα αυτά όμως, σε επίπεδο υλοποίησης οι εξελίξεις δεν ανταποκρίνονται στην σύγκλιση που διακρίνει την επιστημονική κοινότητα σχετικά με την αναγκαιότητα και τον χαρακτήρα των προτεινόμενων παρεμβάσεων.

Επειδή όμως είναι επιτακτική η ανάγκη της ανεύρεσης μιας ρεαλιστικής και βιώσιμης λύσης που θα μπορέσει μέσα από μια παραγωγική χρήση των πόρων να προάγει την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος, προτείνεται η δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας, ο οποίος θα αποτελέσει την πλατφόρμα και το πλαίσιο εφαρμογής μιας σύγχρονης πολιτικής υγείας. [22] Η επιτυχία βέβαια του εγχειρήματος αυτού, εξαρτάται από την σταθερότητα της πολιτικής βούλησης και το γενικότερο πλαίσιο διαπραγμάτευσης μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και των ασφαλιστικών φορέων. Αυτό που σίγουρα απαιτείται, είναι από τη μια η ύπαρξη συναίνεσης κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και από την άλλη, η διαμόρφωση μιας πολιτικής υγείας απαλλαγμένης από στερεότυπα και δογματισμούς.

[22] Για μια αναλυτική παρουσίαση της αναγκαιότητας, της διοικητικής συγκρότησης και του τρόπου με τον οποίο η σύσταση του Ενιαίου Φορέα Υγείας θα μπορούσε να συμβάλλει στην «παραγωγή μιας πολιτικής υγείας την οποία αδυνατούν να παράγουν οι παραδοσιακοί γραφειοκρατικοί μηχανισμοί του Υπουργείου (Υγείας) και των Ασφαλιστικών Φορέων», βλ. Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Η Ευκαιρία-Τομή για την Άσκηση μιας Πολιτικής Υγείας στη Χώρα μας»* σελ. 49-75, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) *«Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη»*, Θεμέλιο, Αθήνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abel-Smith B. (1976) «Value for Money : A Comparative Study», Heinemann, London.

Abel-Smith B. (1984) «Cost Containment in Health Care», Bedford Square Press, London.

Abel-Smith B. (1985) «The Major Problems of the Welfare State : Defining the Issues», in Eisenstadt S.-N., Ahimeir O. eds. (1985) «The Welfare State and its Aftermath», Croom Helm.

Abel-Smith B. (1992) «Cost Containment and new Priorities in Health Care», Avebury, London.

Abel-Smith B. (1994) «An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing», Longman, London.

Abel-Smith B., Leiserson A. (1977) «Poverty, Development and Health Policy», WHO, Geneva.

Abouchar A. (1988) «Keynesian microeconomics and the microeconomics of Keynes in public sector investment dicisions», in Hamouda O., Smithin J. (1988) «Keynes and Public Policy after Fifty Years. Theories and Method», Edward Elgar, England.

Andrioti D., Christoforidou A., Kyriopoulos J. (1998) «Health Workforce in Greece : Trends and Projections (1970-2000)», in Beazoglou T., Heffley D., Kyriopoulos J. (1998) «Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System» FICOSSER, National School of Public Health, Exandas, Athens.

Arrow K. (1963) «The Welfare Economics of Medical Care», in Cooper M., Gulyer A. (1973) «Health Economics», Penguin Books.

Arrow K. (1963) «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care», American Economic Review, No 53.

Assal J.-F. (1995) «Cost-Effectiveness of Diabetes Education», Pharmacoeconomics 8, sup. 1, Adis International, Limited, Geneva.

Atkinson A. (1992) «Measuring Poverty Differences in Family Composition», Economica, vol. 59.

Beazoglou T., Benn P., Cuckle H., Haddow J., Kyriopoulos J., eds. (1999) «Down Syndrome. Screening Policy and Economic Evaluations» Exandas, Athens.

Bernstein M. & Brodshaug-Bernstein J. (1988) «Social Security. The system that works», Basic Books, New York.

Beveridge W. (1942) «Social Insurance and Allied Service», London.

Black D., Morris J., Smith C., Townsend P. (1982) «The Black Report. Inequalities in Health», Penguin Books.

Blades D. (1982) «The Hidden Economy and the National Accounts», OECD, Occasional Studies, Paris.

Blane D. (1985) «An Assesment of the Black Report's Explanation of Health Inequalities», Sociology of Health and Illness, No 7.

Blaxter M. (1984) «Equity and consultation rates in general practice», British Medical Journal, No 288.

Bobadilla J.-L. (1996) «Priority Setting and Cost Effectiveness», in Janovsky K. (1996) «Health policy and systems development. An agenda for research» WHO, Geneva.

Boyle H., Torrance W., Sinclair C., Horwood P. (1983) «Economic evaluation of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants», N. Eng. F. Med, 308.

Cairns J., Donaldson C. (1993) «Introduction to economics in the new NHS», Health Policy, Special Issue : «Economics in the new NHS» vol. 25, September 1993.

Chletsos M. (1997) «Changes in Social Policy-Social Insurance, Restructuring the Labour Market and the Role of the State in Greece in the Period of European Integration», ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Cochrane A.-L. (1972) «Effectiveness and Efficiency Random Reflections on Health Services», Nuffield Provincial Hospital Trust, London.

Corman H., Grossmann M. (1985) «Determinants of neonatal morbidity rates in the USA : a reduced form model», Journal of Health Economics, No 4 .

Cox D., Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore S., Spiegelhalter D., Jones D. (1992) «Quality-of-life assessment : can we keep it simple?», R. Statist. Soc. A., part 3.

Cramer J. (1979) «Employment Trends of Young Mothers and the Opportunity Cost of Babies in the U.S.», Demography, No 16.

Creese A., Parker D. (1994) «Cost analysis in primary health care. A training manual for programme managers», WHO, Geneva.

Cullen J., Siegrist J. (1984) «Breakdown in human adaptation to "stress". Toward a multidisciplinary approach» vol. 1, Martinus Nijhoff Publishers, Boston.

Cullis J., West P. (1979) «The Economics of Health», Martin Robertson, Oxford.

Culyer A.-J. (1989) «Competition and Markets in Health Care : What we Know and What we Do Not Know», Centerngor Health Economics, Occasional Paper No 32, York University.

Culyer A.-J. (1989) «Cost Containment in Europe», Health Care Financing Review (annual supplement).

Culyer A.-J. (1990) «Cost Containment in Europe», in OECD (1990) «Health Care Systems in Transition. The search for efficiency», Paris.

Dolan P., Gudex C., Kind P., Williams A. (1995) «A social tariff for EuroQol : Results from a UK general population survey» Discussion Paper No 138, Center for Health Economics, University of York, York.

Donaldson C., Shackley P. (1997) «Economic Evaluation», in Detels R., Holland W., McEwen J., Omenn G. (eds) «The methods of public health», Oxford textbook of public health (third edition) v.2, Oxford University Press, Oxford.

Doyal L., Pennell I. (1981) «The Political Economy of Health», Pluto Press, London.

Drummond M., O' Brien B, Stoddart G., Torrance G.-W. (1997) «Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes», Oxford Medical Publications, New York.

Enthoven A. (1993) «The History and Principles of Managed Competition», Health Affairs, Supplement.

Enthoven A. (1988) «Theory and practice of managed competition in health care finance», Elsevier Science Publishers.

Enthoven A. (1989) «What Can Europeans Learns From Americans? Health Care Financing», Annual Supplement.

Espin-Andersen G. (1991) «The Three Worlds of Welfare Capitalism», Polity Press, Cambridge.

Espin-Andersen G. (1996) «After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy», in Espin-Andersen G. edit. (1996) «Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies», United Nations Research Institute for Social Development, (UNRISD), SAGE Publications, London.

Espin-Andersen G. edit (1996) «Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economics», United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), SAGE Publications, London.

Etzioni A. (1977) «Health as a Social Priority», in Levin A. (1977) «Health Services : The Local Perspective», The Academy of Political Science, vol. 32, No 3.

Evans R.-G. (1974) «Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications», in Perlman M. edit (1974) «The Economics of Health and Medical Care», MacMillan Press, London.

Feige E.-L. (1979) «How Big is the Irregular Economy?», Challenge, vol. 22, No 5, November-December 1979.

Feldstein M.-S. (1972) «Distributional Equity and the Optimal Structure of Public Sector Prices», American Economic Review.

Flynn R., Williams G. (1997) «Contracting For Health. Quasi-Markets and the National Health Service», Oxford University Press, New York.

Folland S., Goodman A., Stano M. (1997) «The Economics of Health and Health Care», Prentice Hall, New Jersey.

Frech H.-E. III (1996) «Competition and Monopoly in Medical Care», The American Enterprise Institute Press, Washington.

Frenk J. (1994) «Dimensions of health system reform», Health Policy, v. 27, No 1, January 1994.

Friedman M. (1962) «Capitalism and Freedom», The University of Chicago Press, Chicago.

Friedman M., Rosenman R.-H., Carol V. (1958) «Changes in serum cholesterol and blood clotting time in bed subjected to cyclic variation of occupational stress» Circulation, No 17.

Fuchs V. (1986) «The Health Economy», Harvard University Press.

Garber A., Weinstein M., Torrance G., Kamlet M. (1996) «Theoretical Foundations of Cost-Effectiveness Analysis», Jornal of Health Economics.

Ghana Health Assessment Project Team (1981) «A quantitative method of assessing the health impact different diseases in less developing countries» International Journal of Epidemiology, v. 10.

Gitona M., Margaritidou V., Kyriopoulos J. (1998) «Nursing Manpower Requirements in Greece : The Case of Private Non-Qualified Nurses», in Beazoglou T., Heffley D., Kyriopoulos J. (1998) «Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System» FICOSSER, National School of Public Health, Exandas, Athens.

Gold M., Siegel J., Russell L., Weinstein M. (1996) «Cost-Effectiveness in Health and Medicine», Oxford University Press, New York.

Grossman M. (1972) «On the Concept of Health Capital and the Demand for Health», Journal of Political Economy 80, No 2.

Guyatt H., Feeny H., Patrick L. (1993) «Measuring health-related quality of life», Annals of Internal Medicine, 118.

Hayek F. (1978) «New Studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas», The University of Chicago Press, Chicago.

Heaney L., McAllister D., MacMahon J. (1999) «Cost minimisation analysis of provision of oxygen at home : are the Drug Tariff guidelines cost effective ?», British Medical Journal 319, March 1999 (full text).

Hedinger F. (1968) «The systems approach to health services : A framework», University of Iova, 1968.

Hellinger J.-F. (1985) «Recent evidence on case-based systems for setting hospital rates» Inquiry, No 12.

Hill M. (1996) «Social Policy : A comparative analysis», Department of Social Policy, University of Newcastle Upon Tyne, Prentice Hall.

HMSO (1978) «Office of population cencuses and surveys : occupational morality 1970-72».

Illich I. (1975) «Medical Nemesis : The Exploration of Health» Caldar and Boyars, London.

Illsley R. (1985) «Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant deaths», British Medical Journal, No 2.

Janovsky K. (1996) «Health policy and systems development. An agenda for research», WHO, Geneva.

Johnson B. (1985) «What Can Americans Learn From Europeans? Health Care Financing Review» Annual Supplement.

Kanellopoulos G. (1992) «The Underground Economy. What the Official Data Show» Center for Planning and Economic Research, Athens.

King D. (1987) «The State and the Social Structures of Welfare in Advanced Industrial Democracies» in «Theory and Societies» No 16 (1987).

Klarman H.E. (1982) «The Road to Cost-Effectiveness Analysis», Milbank Memorial Fund / Health and Society, No 6.

Kleinman et al (1981) «Use of ambulatory Medical Care by the poor. Another look at equity» p. 1011-1029, Medical Care, v. 19.

Kuznets S. (1976) «Demographic Aspects of the Size Distribution of Income : An Explanatory Essay», Economic Development and Cultural Change, vol. 25, No 10.

Kyriopoulos J., Gitona M., Karalis G. (1998) «Hidden Economy, Private Spending and Informal Co payment in Health Care : The role of the medical manpower in Greece», in Heffley D., Beazoglou T., Kyriopoulos J. (1998) «Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System» FICOSSER – Exandas, Athens.

Kyriopoulos J., Kornarou H., Gitona M., eds. (1996) «Aids Economics. Cost Analysis, Management and Prospective Financing» Exandas, Athens.

Kyriopoulos J., Tsalikis G. (1993) «Public and Private Imperatives of Greek Health Policies», Journal of Health Policy, No 26.

Le Grand J. (1987) «Three essays on equity», London School of Economics, October 1987.

Lees D. (1960) «The Economics of Health Services», Lloyds Bank Review, No 56.

Liaropoulos L. (1995) «Health services financing in Greece : a role for the private health insurance», Health Policy v. 34.

Luce B.-R., Manning W.C., Siegel J.E., Lipscomb J. (1996) «Estimating Costs in Cost-Effectiveness Analysis», in Gold M., Siegel J., Russell L., Weinstein M. (1996) «Cost - Effectiveness in Health and Medicine», Oxford University Press.

Lundberg O., Fritzell J. (1994) «Income distribution, income change and health : on the importance of absolute and relative income for health status in Sweden», in Levin L., McMahon L., Ziglio E., edit (1994) «Economic change, social welfare and health in Europe», WHO Regional Publications, No 54, Copenhagen.

Mac Mahon T., Pugh H. (1970) «Epidemiology : Principles and Methods» Little-Brown, Boston.

MacFarlan M., Oxley H. (1995) «Reforming Health Care» OECD Economics Department, The OECD Observer, No 192, February – March 1995.

Mach E., Abel-Smith B. (1983) «Planning the Finances on the Health Sector : A Manual for Developing Countries», Geneva.

Martini C.-J. et al (1977) «Health indices sensitive to medical care varition», International Journal of Health Services, No 7.

Maynard A. (1990) «The United Kindom» in Scheffler R., Rossiter L. (1990) «Advances in Health Economics and Health Services Research», JAI PRESS, London.

Mehrez A., Gafni A. (1989) «Quality-adjusted life years, utility theory, and healthy-years equivalents», Medical Decision-Making No 9, Apr-June 1989.

Mehrez A., Gafni A. (1991) «The healthy-years equivalents : how to measure them using the standard gamble approach», Medical Decision-Making No 11, Apr-June 1991.

Mishra R. (1985) «The Welfare State in Crisis», Open University Press.

Mooney G. (1987) «Economics, Medicine and Health Care», Wheatsheaf Books, Brighton.

Mossialos E., Le Grand J. edit. (1999) «Health Care and Cost Containment in the European Union» Ashgate, Aldershot.

Navarro V. (1989) «Why some counties have national health insurance, others have national health services and the United States has neither», International Journal of Health Services, vol. 19, No 3.

OECD (1981) «The Welfare State in Crisis», Paris.

OECD (1985) «Measuring Health Care 1960-1983», Paris.

OECD (1987) «Financing and Delivering Health Care : A Comparative Analysis of OECD countries», Paris.

OECD (1988) «The future of social protection», Paris.

OECD (1990) «Health care systems in transition. The search for efficiency», Paris.

OECD (1992) «The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries», Paris.

OECD (1994) «New orientations for social policy», Paris.

OECD (1994) «The Reform of Health Care Systems», Paris.

Offe C. (1984) «Contradictions of the Welfare State», Hutchinson, London.

Omenn G. (1992) «On the Status of Public Health : A view from the United States», in Pan American Health Organization (1992) «The Crisis of Public Health : Reflections for the Debate» Scientific Publication No. 540, PAHO, Washington, D.C.

Outka G. (1974) «Social Justice and Equal Access to Health Care», Journal of the Religious Ethics, No 2.

Pan American Health Organization (1992) «The Crisis of Public Health : Reflections for the Debate», Washington D.C., PAHO 1992.

Patrick D., Bush J., Chen M. (1973) «Methods for measuring levels of well-being for a health status index», Health Services Research, 8, Fall.

Pearson M. edit (1993) «Health on borrowed time? Prioritizing and meeting needs in low-income households», Health and Social Care, No 1.

Pereira J. (1993) «What does equity in health means», Journal of Social Policy, v. 22, part 1, January 1993.

Phelps C. (1997) «Health Economics», Addison–Wesley, Reading, Massachusetts.

Phelps E., Mushlin A. (1991) «On the (near) equivalence of cost-effectiveness and cost-benefit analysis», Technol Assess Health Care, v. 7.

Ploug N., Kvist J. (1996) «Social Security in Europe: Development or Dismantlement ?», Kluwer Law International, Hague.

Roemer M. (1993) «National health systems of the world. The issues», Oxford University Press.

Rosa J.-J, Launois R. (1990) «France» in Scheffler R., Rossiter L. et. al (1990) «Advances in Health Economics and Health Services Research», JAI PRESS, London.

Russell L., Devlin B., Fell M., Glass J., Newell J. (1977) «Day-case surgery for hernias and haemorrhoids : a clinical, social and economic evaluation», Lancet.

Saltman R., Figueras J. (1997) «European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies», WHO Regional Publications, European Series, No 72, Copenhagen.

Sandier S. (1989) «The Payment of Physicians in Selected OECD countries», OECD, Paris.

Scheffler R., Rossiter L. et. (1990) «Advances in Health Economics and Health Services Research», JAI PRESS, London.

Schieber G., Poulier J.-P. (1989) «International Health Care Expenditures Trends», Health Affairs 8 (3), Fall.

Shannon G., Bashshur R., Metnzer C. (1969) «The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care» Medical Care, vol. 26, No 143.

Sissouras A. (1990) «Backgrounds and Development in Health Care in Greece», in Gasparie A.-F. et al (eds) «Competitive Health Care in Europe : Future Prospects», Dartmoth.

Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. (1999) «Health care and cost containment in Greece», in Mossialos E., Le Grand J. edit. (1999) «Health Care and Cost Containment in the European Union» Ashgate, Aldershot.

Sloan F. (1995) «Valuing Health Care. Costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies» Cambridge University Press, New York.

Smith J., Ward M. (1980) «Asset Accumulation and Family size», Demography, No 3.

Stern J. (1983) «Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differential», Journal of Social Policy, No 12

Teeling-Smith G. (1985) «Measurement of Health» Office of Health Economics, London.

Theorell T., Floderus-Myrhed B. (1977) «"Workload" and risk of myocardial infraction : a prospective psycho-social analysis» p. 17-21, International Journal of Epidemiology, No 6.

Titmuss R.-M. (1968) «Commitment to Welfare» Allen & Unwin, London.

Titmuss R.-M. (1970) «The Gift Relationship from Human Blood to Social Policy», G. Allenand Gunwin, London.

Torrance G.-W. (1975) «A Comment on Alternative Estimations of Population Health Status», Inquiry v.12.

Torrance G.-W. (1976) «Social Preferences for Health Status : An Empirical Evaluation of Three Measurement Techniques», Socioeconomic Planning Sciences, v. 10.

Torrance G-W., Siegel J., Luce B. (1996) «Framing and Designing the Cost-Effectiveness Analysis», in Gold M., Siegel J., Russell L., Weinstein M. (1996) «Cost-Effectiveness in Health and Medicine», Oxford University Press, New York.

Townsend P., Phillimore P., Beattie A. (1988) «Health and Deprivation. Inequality and the North», Croom Helm.

Turner B. (1987) «Medical Power and Social Knowledge», SAGE Publications, London.

U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1994) «Identifying health technologies that work, Searching for the evidence», U.S. Government Printing Office, Washington.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) «Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives», Washington D. C. : Government Printing Office, (1990).

US Department of Health, Education and Welfare - USDHEW (1979) «Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention» Washington, D.C. : Government Printing Office, Pub. No 79-55071.

Van Doorslaer E., Wagstaff A. (1993) «Equity in the finance and delivery of health care : concepts and definitions», in Van Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F. edit. (1993) «Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective», Oxford University Press.

Vuori H.-V. (1982) «Quality Assurance of Health Services», WHO, Copenhagen.

Wagstaff A. (1991) «QALYs and the Equity-Efficiency Trade-Off», Journal of Health Economics, 10.

Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P.,Thomas N. (1997) «Contracting For Change. Contracts in Health, Social Care and Other Local Government Services», Oxford University Press.

Weinstein M. (1995) «From cost-effectiveness ratios to resource allocation : where to draw the line?», in Sloan F. (1995) «Valuing Health Care. Costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies» Cambridge University Press, New York.

Weinstein M. (1981) «Economic Assessments of Medical Practices and Technologies», Medical Decision Making 1, v.4.

Weinstein M. (1988) «A QUALY is a QUALY or isn't ?» , Journal of Health Economics, v. 7.

Whitehead M. (1988) «The Health Divide», Penguin Books, London.

Whitehead M. (1991) «The concepts and principles of equity in health», WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Whitehead M. (1994) «Counting the human costs : opportunities for and barriers to promoting health», in Levin L., McMahon L., Ziglio E., edit. (1994) «Economic change, social welfare and health in Europe» WHO Regional Publications, No 54, Copenhagen.

WHO (1967) «The efficiency of medical care : report of a study group», Technical Report Series, No 137, Geneva.

WHO (1972) «Approaches to National Health Planning», Public Health Papers, No 46, Geneva.

WHO (1977) «The role of health economics in national health planning and policy making», Report of a working group, Copenhagen.

WHO (1978) «Alma - Ata 1978 : Primary Health Care»,Health for All Series, No 1, Geneva.

WHO (1978) «Financing of Health Services», Report of a WHO study group, Technical report series 625, Geneva.

WHO (1981) «Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health For All by the Year 2000», Geneva.

WHO (1981) «Economic research into health service growth», Report of a WHO Workshop, The Hague 24-27/3/71979, Copenhagen.

WHO (1981) «Evaluation of Health Programmes», Geneva.

WHO (1981) «Global Strategy for Health for All by the Year 2000», Geneva.

WHO (1981) «Health Services in Europe», vol. 2, Copenhagen.

WHO (1981) «Managerial process for national health development. Guiding principles» Health for All Series, No 5, Geneva.

WHO (1985) «Targets for Health for All», WHO Regional Office for Europe, European Health for All Series, No 1, Copenhagen.

WHO (1986) «Health for All 2000», Copenhagen.

WHO (1993) «Health for all targets. The Health Policy for Europe» European Health for All Series, No 4, Copenhagen.

WHO (1993) «Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Eight report on the world health situation», vol. 1, Global review, Geneva.

WHO (1994) «Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Second Evaluation. Eight Report on the world heath situation», v5, European Region, Copenhagen.

Williams A. (1993) «Equity in Health Care : The role of ideology», in Van Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F., eds. (1993) «Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective» Oxford University Press, 1993.

Wolfgang Z. (1994) «Social welfare and economic changes», in WHO (1994) «Economic change, social welfare and health in Europe», WHO Regional Publications European Series , No 54 , Copenhagen.

Wolfson D. (1974) «A Health Index for Ontario» Ministry of Treasury and Inter-government Affairs, Toronto.

World Bank (1994) «Averting the Old Age Crisis», Oxford University Press.

Yfantopoulos J. (1980) «The Economic of Health Status and Health Care Planning. A Theoretical and Empirical Analysis with Reference to Greece» University of York.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abel-Smith B. (1995) «Η Κρίση της Κοινωνικής Πολιτικής και ο Ρόλος της Δημόσιας Υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 7, τεύχος 4, Ιούλιος-Αύγουστος 1996, Αθήνα.

Dahlgren G., Whitehead M. (1992) «Πολιτικές και Στρατηγικές της Ισότητας στην Υγεία», WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (μετάφραση του discussion paper EYR/ICP/RPD 414-2, Επιστημονική επιμέλεια – μετάφραση : Γείτονα Μ., Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Derruau M. (1987) «Ανθρωπογεωγραφία», Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης, Αθήνα.

Gutenschwager G. (1989) «Η πολιτική οικονομία της υγείας στη νεώτερη Ελλάδα», ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Heffley D., Κυριόπουλος Γ. (1999) «Αποτιμώντας τις Υπηρεσίες και Απευθύνοντας Μηνύματα στα Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης», ανέκδοτο άρθρο.

Heilbroner R., Thurow L. (1984) «Για την Κατανόηση της Μικροοικονομικής», Παπαζήσης, Αθήνα.

Koontz H., Donnell C. (1976) «Οργάνωση και Διοίκηση. Μία Συστημική και Ενδεχομενική Ανάλυση των Διοικητικών Λειτουργιών», Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Levy E. (1975) «L' Economie du Systeme de Sante», Dunod, Paris, αναφορά στο Σούλης Σ. (1994) «Οικονομική της Υγείας», Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Maxwell R. (1995) «Η Σωστή και Δίκαιη Χρήση των Υγειονομικών Πόρων», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 7, τεύχος 2, Μάρτιος-Απρίλιος 1996, Αθήνα.

Pressat R. (1975) «Κοινωνική Δημογραφία», ΕΚΚΕ, Αθήνα

Samuelson P. (1976) «Οικονομική», Παπαζήσης, Αθήνα.

Wilding P. επιμ. (1986) «In defence of the welfare state», αναφορά στο Σακελλαρόπουλος Θ. (1999) «Αναζητώντας το νέο κοινωνικό κράτος», στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999) «Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους» Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

Αγαπητός Γ. (1997) «Εξελίξεις και Διαρθρωτικά Προβλήματα της Ελληνικής Οικονομίας (1950-1993)», τόμος Α', Το Οικονομικό, Αθήνα.

Αγγελίδης Μ. (1990) «Κρίση Κοινωνικών Πολιτικών : Ζητήματα Αναπροσδιορισμού Πλαισίων Κοινωνικών Δικαιωμάτων», στο Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα «Οι Λειτουργίες του Κράτους σε Περίοδο Κρίσης. Θεωρία και Ελληνική Εμπειρία», Αθήνα.

Αθανασίου Λ., Καββαδία Π., Κατοχιανού Δ., Τονικίδου Π. (1995) «Διαπεριφερειακή ανάλυση και πολιτική και βασικά στοιχεία κατά περιφέρεια και νομό», ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Αμήρα Α. (1996) «Χρονίως πάσχοντες και κοινωνικός αποκλεισμός», στο ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Β' , Αθήνα.

Αμίτσης Γ. (1993) «Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Πολιτικής : Σύνδεση με την πρακτική του κράτους-ευημερίας», στο Δουλκέρη Τ. επιμ. (1993) «Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα» Πρακτικά Διημερίδας του Ελληνικού Τμήματος Γυναικείων Ερευνών, Παπαζήσης, Αθήνα.

Ανδρικοπούλου Ε. (1994) «Περιφερειακή Πολιτική στη Δεκαετία του 1980 και Προοπτικές», στο Γετίμης Π., Καυκαλάς Γ., Μαραβέγιας Ν. (1994) «Αστική και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Θεωρία – ανάλυση και πολιτική», Θεμέλιο, Αθήνα.

Ανδριώτη Δ. (1998) «Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Εξάντας, Αθήνα.

Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ. (1994) «Ικανοποίηση και Προσδοκίες των Νοσηλευτών / τριών από την άσκηση του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος στα Δημόσια Νοσοκομεία», στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., επιμ. (1994) «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.

Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1996) «Ο Γενικός Γιατρός στην Ελλάδα και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης», στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. επιμ. (1996) «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.

Ανδριώτη Δ., Κυριόπουλος Γ. (1995) «Το Ανθρώπινο Δυναμικό του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 3, Μάιος-Ιούνιος 1995, Αθήνα.

Ανδρουτσόπουλος Δ., Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. (1993) «Προσπάθεια εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα 1970-1990», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ. 10, τεύχ. 5, Σεπτ.-Οκτ. 1993.

Αντωνοπούλου Λ. (1987) «Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Ανεπτυγμένου Κόσμου. Αναφορά στις απαρχές της Ελληνικής εμπειρίας», Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη.

Βαβούρας Ι. επιμ. (1990) «Παραοικονομία», Τεύχη Πολιτικής Οικονομίας, Ειδική Έκδοση 1, Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

Βαβούρας Ι., Κούτρης Α. (1991) «Παραοικονομία. Η Έκταση του Φαινομένου στην Ελλάδα και το Εξωτερικό», Παπαζήσης, Αθήνα.

Βασιλόπουλος Γ., Μπίλα Α. (1995) «Περιφερειακές Ανισότητες και Πολιτικές Περιφερειακής Ανάπτυξης στην Ελλάδα», Κέντρο Έρευνας Περιφερειακής Αναπτύξεως «Ιερώνυμος Πίντος», Αθήνα.

Βενιέρης Δ. (1997) «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη» Θεμέλιο, Αθήνα.

Βοζίκης Γ. (1986) «Κοινωνική Πρόνοια και Κοινωνική Ασφάλιση», Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Αθήνα.

Βούλγαρης Γ. (1994) «Φιλελευθερισμός, Συντηρητισμός, Κοινωνικό Κράτος 1973-1990. Ανάλυση και κριτική των χαρακτηριστικών ρευμάτων», Θεμέλιο, Αθήνα.

Βούλγαρης Γ. (1996) «Δημόσιο και Ιδιωτικό μετά την Κρίση του Κοινωνικού Κράτους. Η Φιλελεύθερη και η Συντηρητική ανάλυση», στο «Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 5ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

Γείτονα Μ. (1996) «Ο Γενικός Γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και τις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. επιμ. (1996) «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.

Γείτονα Μ. (1996) «Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους», Πρακτικά Ημερίδας : «Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα» Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

Γείτονα Μ., Ανδρουτσόπουλος Δ., Δρίζη Μ., Κυριόπουλος Γ. (1992) «Η ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας : μετρήσεις και εξελίξεις 1957-1988», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 4, τεύχ. 2, Θεσσαλονίκη.

Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α. (1992) «Η Χρηματοδότηση της Οδοντιατρικής Φροντίδας», στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας - Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) «Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη» Θεμέλιο, Αθήνα.

Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ. (1992) «Μέθοδοι και Κριτήρια Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Γετίμης Π. (1993) «Κοινωνικές Πολιτικές και Τοπικό Κράτος», στο Γετίμης Π., Γράβαρης Δ. (1993) «Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική : Η Σύγχρονη Προβληματική», Θεμέλιο, Αθήνα.

Γετίμης Π. (1993) «Τοπική Ανάπτυξη και η Κρίση του Κοινωνικού Κράτους», στο «Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 3Ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

Γεωργακόπουλος Θ., Πατσουράτης Β. (1997) «Δημόσια Οικονομική», Το Οικονομικό, Αθήνα.

Γεωργακοπούλου Θ., Παπαχρήστου Δ., Καββαδάς Π. (1995) «Βρεφική Θνησιμότητα. Κοινωνικές, υγειονομικές και οικονομικές παράμετροι του φαινομένου στην Ελλάδα, 1970-1991», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 4, τεύχ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, Αθήνα.

Γεωργιάδου Β. (1992) «Τα όρια του συστήματος της κοινωνικής ασφάλειας και η "Νέα Αρωγή"», στο Συλλογικό Έργο (1992) «Συντηρητισμός, Φιλελευθερισμός, Σοσιαλισμός. Τα βασικά πολιτικά ρεύματα και οι απαντήσεις τους στα φλέγοντα προβλήματα της εποχής μας», Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα.

Γεωργούση Ε. (1989) «Αξιολόγηση Προγραμμάτων Υγείας. Κατευθυντήριες αρχές για την εφαρμογή της στη Διαχειριστική Διαδικασία για την Εθνική Υγειονομική Ανάπτυξη», Μετάφραση του «Health Programme Evaluation» (WHO, GENEVA 1981), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ. (1994) «Η Ικανοποίηση των Χρηστών στις Υπηρεσίες Ανοιχτής Φροντίδας Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. επιμ. (1994) «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.

Γεωργούση Ε., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ., Δρίζη Λ. (1992) «Προσδιοριστικοί παράγοντες της φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ελλάδα. Περιφερειακή προσέγγιση», Materia Medica Greca, τόμ. 20, Αύγουστος 1992, Αθήνα.

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1992) «Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας», στο «Οικονομικά και Πολιτικά των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Ανδρουτσόπουλος Δ., Καπλάνης Ν. (1992) «Η Κατανάλωση Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα», στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας - Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

Γλυτσός Ν. (1988) «Περιφερειακές ανισότητες στην Ελλάδα. Δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά», ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Γρίβας Κ. (1984) «Δημόσια Υγεία ή η Κακοποίηση της Κοινωνικοποίησης», Εκδ. Στοχαστής, Αθήνα.

Δέδε Ζ., Καλογεροπούλου Ο. (1999) «Η Εξέλιξη και οι Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Φαρμακευτική Κατανάλωση στην Ελλάδα (1970-1990)», στο Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1999) «Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.

Δελτίο ΕΙΝΑΠ (1979) τεύχος 20α.

Δελτίο ΕΙΝΑΠ (1980) τεύχος 27.

Δελτίο ΕΙΝΑΠ (1980) τεύχος 28.

Δερβένης Χ. (1997) «Οι επιπτώσεις του Ενιαίου Φορέα Υγείας στην οργάνωση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο, Αθήνα.

Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. επιμ. (1995) «Μελέτη - Πρόταση για την Οργάνωση - Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Δημολιάτης Γ., Μπόσμου Φ., Γκούμα Β. (1991) «Ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση», Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος 1991.

Δουλή Α., Κυρίτσης Β., Πολύζος Ν., Χρυσοπούλου Ν. (1992) «Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας στο Εξωτερικό», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 3, τεύχ. 2, Μάρτιος-Απρίλιος 1992, Αθήνα.

Δρεττάκης Μ. (1996) «Δημογραφικές Εξελίξεις στην Ελλάδα 1961–1990», Ίδρυμα Αντιμετώπισης Δημογραφικού Προβλήματος, Αθήνα.

Εδιτίδης Θ. (1970) «Υγιεινή», Παρισιάνος, Αθήνα.

Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983.

ΕΚΚΕ (1988) «Υγεία και Ελληνική Κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα», Αθήνα.

ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Α', Αθήνα.

ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Β', Αθήνα.

Εμκε-Πουλοπούλου (1985) «Η Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα και οι Επιπτώσεις της (1951-1981)», στο Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών (1985) «Η Δημογραφική Κρίση στην Ελλάδα. Εθνικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις» Δημογραφική Ημερίδα, 29 Νοεμβρίου 1984, Αθήνα.

Επιχειρησιακό Σχέδιο - Μελέτη Εφαρμογής (1998) «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», Εισήγηση - Πόρισμα Ειδικής Επιτροπής για το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ., Φεβρουάριος 1998, Αθήνα.

ΕΣΥΕ (1996) «Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1993-1994», Πρόλογος (υπό έκδοση), Αθήνα.

Ζαφείρας Θ., Ελευθερίου Α. (1965) «Καθολική υγειονομική ασφάλισις. Συμβολή εις την λύσιν του υγειονομικού και ιατρικού προβλήματος της χώρας», Πειραιεύς.

Ζηλίδης Χ. (1988) «Η ανοικτή περίθαλψη στην ελληνική ύπαιθρο 1922-1983», Διδακτορική διατριβή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.

Ζηλίδης Χ. (1989) «Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού», Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1992) «Μέτρηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα : Μεθοδολογικά Προβλήματα και Εμπειρικά Δεδομένα», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, Αθήνα.

Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994) «Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

Θεοδωρόπουλος Σ. (1993) «Το κοινωνικό κράτος σήμερα. Ρόλος, προβλήματα και προοπτικές. Η Ελληνική εμπειρία», στο «Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα» Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 3ο Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ. (1993) «Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική Διερεύνηση Δύο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Γιατρού», ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ. (1994) «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», στο ΥΥΠΚΑ (1994) «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Ιούνιος 1994, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ. (1996) «Χρηματοδοτικά Προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος και Ενιαίος Φορέας Υγείας», Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα.

Θωμόπουλος Ε. (1977) «Η ιστορία της κοινωνικής προστασίας από των αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα», Παπαζήσης, Αθήνα.

Ιατρικός Τύπος (1999) «Γυμνά τα Κέντρα Υγείας από Ιατρούς» αρ. φύλ. 221, Δεκέμβριος 1999, Αθήνα.

ΙΣΑ (1999) «Ιατρικός Πληθωρισμός. Ένα Κοινωνικό Πρόβλημα», Αθήνα.

Ιωαννίδης Σ. (1993) «Ανταγωνισμός, Αγορά και Δημοκρατία. Μια κριτική της Νεοαυστριακής οικονομικής θεωρίας», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα.

Καζάζης Σ. (1993) «Θέματα Φαρμακευτικής Πολιτικής : Τα Νέα Φάρμακα», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 2 , τεύχ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1993, Αθήνα.

Καλαματιανού Α. (1993) «Η εκροή πτυχιούχων γιατρών από τα ελληνικά πανεπιστήμια και η στελέχωση του εθνικού συστήματος υγείας», Παπαζήσης, Αθήνα.

Καλομενίδης Κ., Μητρόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (1999) «Ζήτηση και χρήση φαρμάκων από τον Ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Αχαΐας», στο Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1999) «Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα» Θεμέλιο, Αθήνα.

Κανελλοπούλου Κ. (1994) «Ανθρώπινοι πόροι : Πληθυσμός, αγορά εργασίας, εκπαίδευση», ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Κανελλοπούλου Κ. (1996) «Εισοδήματα και φτώχεια στην Ελλάδα : προσδιοριστικοί παράγοντες», ΚΕΠΕ, Οκτώβριος 1986, Αθήνα.

Καπανίδης Ν. (1988) «Η κλειστή περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος, 1909-1940», Διδακτορική διατριβή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη).

Καραγιαννόπουλος Ε. (1990) «Δαπάνες, κόστος χρηματοδότηση δημόσιας εκπαίδευσης 1970-1989», Τάσεις-εξελίξεις, τεύχ. Β', ΥΠΕΠΘ, Μάιος 1990.

Καράγιωργας Σ. κ.α. (1990) «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα», τόμ. Α', ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Καράγιωργας Σ. κ.α. (1990) «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα», τόμ. Β', ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Καράγιωργας Σ., Κασιμάτη Κ., Πανταζίδης Ν. (1988) «Έρευνα για τη σύνθεση και την κατανομή του εισοδήματος στην Ελλάδα. Μέρος Πρώτο : Αποτελέσματα από την περιοχή της Πρωτεύουσας», ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Καριώτης Π. (1992) «Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία», Euroclinica, Αθήνα.

Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) «Οργάνωση και Χρηματοδότηση», στο «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

Καρόκης Α., Σισσούρας Α., Μητρόπουλος Ι. (1994) «Η Πρόταση για Περιφερειακή Κατανομή των Υγειονομικών Πόρων και η Ισότητα», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 5, τεύχος 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1994, Αθήνα.

Κατοστάρας Φ. (1994) «Νοσηλευτικό Δυναμικό στην Ελλάδα. Παρούσα κατάσταση και Προοπτικές», στο Σαπουντζή Δ., Συμεωνίδου Χ. επιμ. (1994) «Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και Προοπτικές», Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.

Καφαντάρης Σ. (1991) «Τα οικονομοτεχνικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Ιδεολογία και ανάλυση», στο Συμπόσιο Π.Φ.Υ., 25-27/10/1991.

ΚΕΠΕ (1972) «Σχέδιον Προτύπου Μακροχρόνιου Αναπτύξεως της Ελλάδος, 1973-1987, Υγεία, Οριστική Έκθεσις», Αθήνα.

ΚΕΠΕ (1976) «Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80 : Υγεία», Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

ΚΕΠΕ (1979) «Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως, Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας», Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.

Κόνσολας Ν. (1985) «Περιφερειακή Οικονομική Πολιτική», Παπαζήσης, Αθήνα.

Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1992) «Σφαιρικός Προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Αθήνα.

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

Κουκουράβας Ν. (1995) «Θράκη η μεγάλη γη», Εισήγηση στα Πρακτικά του Διεθνούς Συνεδρίου του Συνδέσμου Ελλήνων Περιφερειολόγων : Παραμεθόριες Περιοχές. Ανάπτυξη - Δημιουργία απασχόλησης - Διασυνοριακή συνεργασία», Αθήνα 1995.

Κουτσογιαννόπουλος Β. (1984) «Ιατρική Δημογραφία», Ιωάννινα.

Κρεμαλής Κ. (1987) «Το Δικαίωμα για Προστασία της Υγείας. Από τις κοινωνικές ασφαλίσεις ασθένειας, στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας», Αθήνα.

Κτενάς Ε. (1994) «Δείκτες Θνησιμότητας κατά Αιτία Θανάτου 1970-1991 και Διαχρονική Εξέλιξη της Θνησιμότητας στην Ελλάδα 1970-1996», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.3, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1994, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1982) «Κοινωνικές και Οικονομικές Παράμετροι της κατά αιτίες Θνησιμότητας στην Ελλάδα. Ανάλυση κατά Περιφέρειες», Διδακτορική Διατριβή, Έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κυριόπουλος Γ. (1990) «Ο Υγειονομικός Τομέας στην Ελλάδα : από την υπανάπτυξη στην κρίση», στο Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Στεφάνου-Νικολακοπούλου Η., επιμ. (1990) «Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση-Διοίκηση-Προγραμματισμός» European Institute of Social Security, Ελληνικό τμήμα, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1990) «Ο Υγειονομικός Τομέας στην δεκαετία του '80 : Κέρδη και Ζημίες», Επιθεώρηση Υγείας, τομ. 1, τεύχ. 7, Νοέμ.-Δεκ. 1990, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1991) «Τα Οικονομικά της στρατηγικής Υγεία για Όλους το 2000», Πρακτικά Συμποσίου Π.Φ.Υ., Ιωάννινα.

Κυριόπουλος Γ. (1992) «Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα, στην Ελλάδα», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1992) «Πρόσφατες Εξελίξεις στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1993) «Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1995) «Κράτος ή Αγορά; Η Κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό Τομέα», στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1995) «Ο (γενικός) γιατρός μας» στο Κυριόπουλος Γ. (1996) «Επίκαιρα και Διαχρονικά. Κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική», Εξάντας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1996) «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα : Το Πολιτικό Πρόβλημα και οι Διαστάσεις του», στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. επιμ. (1996) «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1997) «Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας : Το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1999) «Η τιμολόγηση και η χρηματοδότηση της υγείας», ανέκδοτο άρθρο.

Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. επιμ. (1995) «Η Διασυνοριακή Ροή Ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη», Εξάντας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (1999) «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα : Πολιτικές οικονομικές και υγειονομικές συνιστώσες», στο Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1999) «Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ. (1996) «Φαρμακοοικονομία. Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης», Εξάντας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α. (1994) «Η Ικανοποίηση των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια», στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. επιμ. (1994) «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Δρίζη Μ. (1994) «Οι Επενδύσεις Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα», στο Κυριόπουλος Γ., Λέβετ Τ., Νιάκας Δ. επιμ. (1994) «Η Διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτενάς Ε., Γεωργούση Ε. (1994) «Στάσεις και Αντιλήψεις Χρηστών ως προς την Νοσοκομειακή Φροντίδα», στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. επιμ. (1994) «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Κάραλης Γ. (1997) «Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 8, τεύχ. 49, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., Οικονόμου Μ. (1999) «Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Κτενάς Ε. (1994) «"Πρόσθετη Πληρωμή" στις Υπηρεσίες Υγείας. Παράγοντες που την Επηρεάζουν», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1992) «Πολιτικές Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική», στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) «Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ. (1999) «Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω», Εξάντας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο, Αθήνα.

Κωλέτση-Κουνάρη Χ. (1992) «Η Διανομή των Οδοντιατρικών Φροντίδων», στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας - Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

Κωλέτση-Κουνάρη Χ. (1992) «Η Κατάσταση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού», στο Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας - Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας - Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.

Λαδά-Χατζοπούλου Α. (1978) «Η δημόσια υγεία - περίθαλψη στην Ελλάδα : Ιστορική εξέλιξη - Σημερινά προβλήματα», Σύγχρονα Θέματα, περίοδος β', χρόνος 1ος, τεύχος 3, Δεκέμβριος 1978.

Λαζαρίδης Π., Παπαηλίας Θ., Σακέλλης Μ. (1989) «Κατανομή του Εισοδήματος στην Ελλάδα», Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

Λαμπίρη-Δημάκη Ι. (1993) «Η κρίση των σύγχρονων κρατών-πρόνοιας», στο Δουλκέρη Τ. επιμ. (1993) «Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα», Πρακτικά Διημερίδας του ελληνικού Τμήματος Γυναικείων Ερευνών», Παπαζήσης, Αθήνα.

Λέανδρος Ν. (1996) «Η Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης. Κατευθύνσεις για τη Μεταρρύθμιση του Συστήματος», ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Λιάκος Α. (1993) «Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών», Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (1989) «Το Σύστημα Υγείας και η Οργάνωσή του», Πρακτικά Α΄ Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας «Οικονομικά και Υγεία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (1993) «Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα», Financial Forum, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (1993) «Ο Ανταγωνισμός στην Ασφάλιση Υγείας. Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ευκαιρίες και Προβλήματα», στο Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. επιμ. (1993) «Η Πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα» Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο. κ.α. (1988) «Υγεία και ελληνική κοινωνία. Εμπειρική έρευνα», ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Μάνεσης Α. (1986) «Η εξέλιξη των πολιτικών θεσμών στην Ελλάδα : αναζητώντας μια δύσκολη νομιμοποίηση», στο «Η Ελλάδα σε εξέλιξη», Εξάντας , Αθήνα.

Μάρδας (1993) «Οργάνωση και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», Το Οικονομικό, Αθήνα.

Μάρδας Γ. (1993) «Η κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η περίπτωση της Ελλάδας», στο Δουλκέρη Τ. επιμ. (1993) «Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα» Πρακτικά Διημερίδας του Ελληνικού Τμήματος Γυναικείων Ερευνών, Παπαζήσης, Αθήνα.

Μάρδας Γ. (1993) «Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», Εκδ. Το Οικονομικό, Αθήνα.

Μάρδας Γ. (1996) «Η Ανισότητα στην Υγεία», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 7, τεύχ. 3, Μάιος-Ιούνιος 1996, Αθήνα.

Μάρδας Γ. (1998) «Το Σύγχρονο Κοινωνικό Κράτος», Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.

Μαστρογιάννης Ι. (1960) «Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεωτέρας Ελλάδος 1821-1960», Αθήνα.

Ματσαγγάνης Μ. (1995) «Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της : Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;» στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

Ματσαγγάνης Μ. (1996) «Μεταρρυθμίσεις τύπου "οιονεί αγορών" σε δημόσια συστήματα υγείας», στο «Όρια και σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 5ο Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

Μητρόπουλος Ι., Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) «Θέσπιση κριτηρίων ισότητας στην περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 5. τεύχος 4, Ιούλιος-Αύγουστος 1994, Αθήνα.

Μόσιαλος Η. (1989) «Η Κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», στο «Οικονομία και Υγεία», Πρακτικά του Ά Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Μόσιαλος Η. (1991) «Ιδιωτική Ασφάλιση Ζωής - Υγείας», Ιατρικό Βήμα, Ιανουάριος 1991, Αθήνα.

Μουσούρου Λ. (1998) «Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας», Gutenberg, Αθήνα.

Μπαλασοπούλου Α., Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Δρίζη Μ. (1992) «Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες», στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Μπαλούρδος Δ. (1997) «Δημογραφικές Διαστάσεις της Διανομής του Εισοδήματος», ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Μπαλούρδος Δ., Δουληγέρης Β. (1992) «Η Σχέση Εισοδήματος και Γονιμότητας», στο ΕΚΚΕ (1992) «Κοινωνικο-οικονομικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Γονιμότητας στην Ελλάδα», Αθήνα.

Μπαμπανάσης Σ. (1981) «Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα, 1900-1981», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Β΄-Γ΄ 4μηνο, τεύχος 42-43.

Μπαμπανάσης Σ. (1984) «Η εξέλιξη των κοινωνικών ασφαλίσεων και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα 1835- 1983», στο Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1984) «Εισηγήσεις πάνω σε θέματα κοινωνικής ασφάλειας», Αθήνα.

Μπεαζόγλου Τ., Heffley D., Κυριόπουλος Γ. (1995) «Βέλτιστη δομή της αγοράς υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη : Ορισμένα συμπεράσματα για την υγειονομική μεταρρύθμιση», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τεύχ. 4 , τόμ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, Αθήνα.

Μπερνάρης Α. (1967) «Ιστορικόν και προβλήματα του ΟΓΑ», στα «Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου Αγροτικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων», Αθήνα 26-29 Απριλίου 1966.

Μπέσης Ν. (1993) «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας», ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Μπίρης Κ. (1966) «Αι Αθήναι, από τον 19ον εις τον 20όν αιώνα», Αθήνα.

Μπουρσανίδης Χ. (1993) «Ανάλυση Συστημάτων Υγείας και Πολιτική Υγείας» Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Μπουρσανίδης Χ. (1996) «Ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του Συστήματος Υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

Μωραΐτης Ε. (1985) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Σύγχρονη εννοιολογική θεώρηση», Ιατρική, Νο 48.

Μωραίτης Ε. (1985) «Συστήματα υγείας» Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας.

Ν. 1397/1983 : Εθνικό Σύστημα Υγείας : ΦΕΚ 143, 7/10/89, Αθήνα.

Ν. 2071/1992 : Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ 123, 15/7/1992, Αθήνα.

Ν. 2194/1994 : Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 34 Α΄, 16/3/1994, Αθήνα.

Ν. 2519/1997 : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 165, 21/8/1997, Αθήνα.

Νεγρεπόντη-Δελιβάνη Μ. (1991) «Η Οικονομία της Παραοικονομίας στην Ελλάδα», Παπαζήσης, Αθήνα.

Νεκτάριος Μ. (1996) «Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα», Financial Forum, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1991) «Σύγχρονες Πολιτικές Συγκράτησης του Κόστους του Υγειονομικού Τομέα στον Διεθνή Χώρο και η Ελληνική Περίπτωση», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 2, τεύχος 3, Μάιος-Ιούνιος 1991, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1992) «Η Μέτρηση της Υγείας σε Σχέση με τον Προγραμματισμό και τη Διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας» στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Οικονομικά και

Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1992) «Οι νέες προτάσεις για την υγεία : Ο τετραγωνισμός του κύκλου», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1 τεύχ. 1, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1992) «Υποδείγματα Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας και οι Επιδράσεις τους στην Πολιτική Υγείας» στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1993) «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1994) «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνωμόνων», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1995) «Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων : Είναι Εφικτή η Εφαρμογή της;», στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1995) «Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας», Εισήγηση στο Σεμινάριο του Ινστιτούτου Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής «Πολιτική για την Υγεία. Οργάνωση- Χρηματοδότηση-Τεχνολογία», Εκδ. Γνώση, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1996) «Είναι αναγκαία η δημόσια χρηματοδότηση και δημόσια παραγωγή των υπηρεσιών υγείας;», στο «Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 5ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

Νιάκας Δ. (1996) «Το Νέο Σχέδιο Νόμου για την Υγεία. Πολιτικά, Τεχνικά και Διοικητικά Παράδοξα», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 7, τεύχ. 1, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1996, Αθήνα.

Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. (1989) «Πόσο κοστίζει η υγεία σήμερα. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και η ελληνική εμπειρία», Ιατρικό Βήμα, τεύχ. 5, περ. Β΄, Σεπτ. 1989.

Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. (1992) «Πολιτικές Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική» στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Νιάκας Δ., Σκουτέλης Γ., Κυριόπουλος Γ. (1990) «Διερεύνηση της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα. Μια Πρώτη Ποσοτική Προσέγγιση», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 1, τεύχ. 6 , Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1990, Αθήνα.

Οικονόμου Χ. (1994) «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα : Η Εφαρμογή του Θεσμού των Κέντρων Υγείας», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3 , τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1994, Αθήνα.

Οικονόμου Χ. (1996) «Το Κοινωνικό Κράτος στη δεκαετία του 1980: Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Οικονόμου Χ. (1999) «Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις», στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999) «Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους», Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

Ομάδα Εργασίας : Γεννηματά Α., Καρόκης Α., Θεοδώρου Μ., Τασόπουλος Ι., Χριστοδούλου-Ταός Μ. «Υγεία για Όλους 2000», Τομέας Ιατρικής Οικονομίας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, ΕΟΦ, Μετάφραση του «Health for all by the year 2000» (WHO, Copenhagen 1986).

Π.Ο.Υ. (1989) «Λεξιλόγιο της σειράς Υγεία για Όλους», ΠΟΥ/ΕΟΦ.

Πανουτσοπούλου Κ. (1984) «Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες τάσεις», Εκδ. Γρηγόρης, Αθήνα.

Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. (1983) «Κοινωνικές και Υγειονομικές επιπτώσεις από τις δημογραφικές εξελίξεις του ελληνικού πληθυσμού: 1960-2001», Αθήνα.

Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. (1992) «Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός», Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Παπασπύρου Σ. (1992) «Οι θέσεις της ΠΟΕΔΗΝ για Εθνική Στρατηγική στην Υγεία», Δημόσιος Τομέας, τεύχ. 77, Αθήνα.

Πάτρας Λ. (1972) «Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής», Αθήνα.

Παυλόπουλος Π. (1987) «Η Παραοικονομία στην Ελλάδα. Μια πρώτη ποσοτική οριοθέτηση», ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Περάκης Μ. (1955) «Η Ιστορία της Κοινωνικής Ασφαλίσεως», Ηράκλειο.

Πετρινιώτη Ξ. (1993) «Κράτος, εργασιακές σχέσεις και κοινωνική πολιτική. Σε αναζήτηση μιας νέας ισορροπίας;», στο Γετίμης Π., Γράβαρης Δ. (1993) «Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική», Θεμέλιο, Αθήνα.

Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ., Ξυδέας Ε. (1993) «Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ΙΚΑ», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.

Πολύζος Ν. (1981) «Δημογραφική πρόκληση», Εξάντας, Αθήνα.

Πολύζος Ν. (1994) «Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Περίθαλψη», στο ΥΥΠΚΑ (1994) «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Ιούνιος 1994, Αθήνα.

Πολύζος Ν. (1999) «Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων, με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.G.s)», Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Αθήνα.

Πρακτικά Ά Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1989.

Πρακτικά Συνεδριάσεων της Βουλής, Περίοδος Γ', Σύνοδος Β', Συνεδρίαση ΛΖ', Τρίτη 23/8/1983.

Προβόπουλος Γ. (1985) «Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση. Το πρόβλημα του ΙΚΑ», ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Προβόπουλος Γ. (1987) «Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος», ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η. (1990) «Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός», European Institute of Social Security, Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Ραβάνης Χ. (1995) « Κοινωνία και Υγεία», στο Ποταμιανός Α. κ.α. (1995) «Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ρομπόλης Σ. (1990) «Οι περιορισμοί της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας», στο Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η. επιμ. (1990) «Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός», European Institute of Social Security, Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Ρομπόλης Σ. (1991) «Κοινωνική Ασφάλιση. Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές», Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

Ρομπόλης Σ. (1995) «Κοινωνική ή Ιδιωτική Ασφάλιση στην Υγεία;», στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) «Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας», Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1996) «Δημογραφικές εξελίξεις και οικονομικές συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού στην κοινωνική ασφάλιση», στο ΕΚΚΕ (1996) «Γήρανση και Κοινωνία», Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου, Αθήνα.

Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1996) «Τα οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια λειτουργίάς του ιδιωτικού τομέα. Η περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα», στο «Όρια και σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 5ο Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.

Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1999) «Το Σύστημα των Κοινωνικών Ασφαλίσεων στον Ορίζοντα του 2000», στο Σακελλαρόπουλος Θ. κ.α. (1999) «Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους» Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

Ρουμελιώτου Α., Νεστορίδου Α., Γεωργακοπούλου Θ., Ανδριώτη Δ. (1995) «Δημογραφικές εξελίξεις και οικογένεια», στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Δ.,

Μαργαριτίδου Β., Συμεωνίδου Χ., επιμ. (1995) «Υγεία, Κοινωνική Προστασία και Οικογένεια», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Ρουπακιώτης Χ. (1990) «Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης», Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα.

Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994) «Ανθρώπινο Δυναμικό», στο ΥΥΠΚΑ (1994) «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Ιούνιος 1994, Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος Θ. (1992) «Η μεταπολεμική αγροτική πολιτική και οι μακροπρόθεσμες τάσεις αλλαγής της», στο Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1992) «Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα», Πληροφόρηση.

Σακελλαρόπουλος Θ. (1994) «Οι κρίσεις στην Ελλάδα 1830-1857. Οικονομικές, Κοινωνικές και Πολιτικές όψεις», Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος Θ. (1999) «Αναζητώντας το Νέο Κοινωνικό Κράτος», στο Σακελλαρόπουλος Θ. κ.α. (1999) «Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους», Εκδ. Κριτική, Αθήνα.

Σιάμπος Γ. (1993) «Δημογραφία», Το Οικονομικόν, Αθήνα.

Σισσούρας Α. (1993) «Ανισότητες στην Υγεία και (χάραξη) Πολιτικής Υγείας : Ανοικτά Ζητήματα», στο «Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 3ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1992) «Στρατηγικές Προσεγγίσεις για τη (Χάραξη) Πολιτικής Υγείας. Το ζήτημα της Ισότητας (Equity) και των Κοινωνικο-οικονομικών Ανισοτήτων στην Υγεία», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.1, τεύχ.1 , Ιανουάριος-Μάρτιος 1992, Αθήνα.

Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1995) «Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η ευκαιρία-τομή για την άσκηση πολιτικής υγείας στην χώρα μας», (μέρος πρώτο), Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1995, Αθήνα.

Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Η ευκαιρία-τομή για άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα μας», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο, Αθήνα.

Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Καλομενίδης Κ., Μητρόπουλος Ι. (1996) «Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο επίπεδο υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Πάτρας», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 6ο Επιστημονικό Συνέδριο : «Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός», Πανεπιστήμιο Μακεδονίας 27-30 Νοεμβρίου 1996, Πρακτικά, Αθήνα 1998.

Σκαλκίδης Γ., Πετρίδου Ε., Τουλούμη Π. (1991) «Αδρή Εκτίμηση της Επάρκειας του Ιατρικού Δυναμικού των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 2, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1991, Αθήνα.

Σκουτέλης Γ. (1990) «Κοινωνικές Ασφαλίσεις : Ανάπτυξη και Κρίση», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Σκουτέλης Γ. (1993) «Η Ασφάλιση Υγείας - Ασθένειας στην Ελλάδα : Προβλήματα, Τάσεις και Εξελίξεις», στο Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. επιμ. (1993) «Η Πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Σκουτέλης Γ. (1993) «Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνική Προστασία : Εξελίξεις και Προοπτικές. Η Ελληνική Πραγματικότητα», στο «Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα» Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 3ο Επιστημονικό Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

Σκουτέλης Γ. (1995) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Ρεαλισμός και Ουτοπία», στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

Σκουτέλης Γ. (1996) «Η γήρανση και τα προβλήματα που προκαλεί στην κοινωνική ασφάλιση», στο ΕΚΚΕ (1996) «Γήρανση και Κοινωνία», Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου, Αθήνα.

Σολωμός Γ. (1999) «Η κοινωνική ασφάλιση σε μετάβαση. Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998», Εκδ. Νέα Σύνορα - Α. Α. Λιβάνη, Αθήνα.

Σούλης Σ. (1987) «Εισαγωγή στην Οικονομική της Υγείας», Πρακτικά του Προσυνεδριακού Σεμιναρίου του 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, 28 Νοεμβρίου 1987, Αθήνα.

Σούλης Σ. (1991) «Δημογραφία και Υγεία», Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Σούλης Σ. (1994) «Ειδικά Θέματα Υγειονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής», Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Σούλης Σ. (1994) «Οικονομική της Υγείας», Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Σούλης Σ. (1994) Επιστημονική Ημερίδα του περιοδικού «Επιθεώρηση Υγείας» με θέμα : «Επαγγέλματα Υγείας - Πληθωρισμός, Ανεπάρκεια, Ανυπαρξία», Νοσοκομείο Άγιος Σάββας, 31 Μαρτίου-1 Απριλίου 1995, Αθήνα.

Σούλης Σ. (1998) «Οικονομική της Υγείας», Παπαζήσης, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ. (1999) «Οι Υγειονομικές Ανισότητες στην Ελλάδα και ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα», Εισήγηση στο Ελληνικό Παράρτημα του European Institute of Social Security, 11 Ιανουαρίου 1999, Αθήνα.

Στάθης Γ. (1993) «Πληθωρισμός και Ανισοκατανομή του Ιατρικού Σώματος στην Ελλάδα. Μια πρόταση για την εξάλειψη των σημερινών αδιεξόδων», Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 4, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1993, Αθήνα.

Σταθόπουλος Γ. (1985) «Εισαγωγή στην Υγιεινή», Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

Σταθόπουλος Π. (1996) «Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση», Εκδ. Έλλην, Αθήνα.

Στασινοπούλου Ο. (1988) «Θέματα Κράτους Πρόνοιας», Σημειώσεις, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Στασινοπούλου Ο. (1992) «Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις», Gutenberg, Αθήνα.

Στασινοπούλου Ο. (1996) «Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής. Από το Κράτος Πρόνοιας στο "Νέο" Προνοιακό Πλουραλισμό. Φροντίδα και Γήρανση - Η Σύγχρονη Πλουραλιστική Προσέγγιση», Gutenberg, Αθήνα.

Συμεωνίδου Χ. (1985) «Εξέλιξη της Γεννητικότητας στην Ελλάδα. Επιπτώσεις», στο Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών (1985) «Η Δημογραφική Κρίση στην Ελλάδα. Εθνικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις» Δημογραφική Ημερίδα, 29 Νοεμβρίου 1984, Αθήνα.

Συμεωνίδου Χ. (1993) «Δημογραφική Γήρανση και Φροντίδα για τους Ηλικιωμένους στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΟΚ», στο Κοτζαμάνης Β., Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Τεπέρογλου Α., Τζωρτζοπούλου Μ. επιμ. (1996) «Γήρανση και Κοινωνία» Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Τερζή Γ., Κουτσογιάννη Κ. (1986) «Διερεύνηση προσδιοριστικών παραγόντων της κατανάλωσης φαρμάκων κατά γεωγραφική περιφέρεια στην Ελλάδα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 3, Αθήνα.

Τζόκας Σ. (1998) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός στην Ελλάδα στα τέλη του 19ου αιώνα. Υπανάπτυξη ή Εξαρτημένη Ανάπτυξη;», Θεμέλιο, Αθήνα.

Τούντας Γ. (1986) «Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας», Materia Medica Greca, τ. 14, τ. 4, Αθήνα.

Τούντας Γ. (1987) «Κέντρα Υγείας. Η εξέλιξη του θεσμού και προϋποθέσεις για τη λειτουργία τους», Σύγχρονα Θέματα, 29.

Τούντας Γ., Φρισήρας Σ. (1998) «Προληπτική Ιατρική. Κοινωνία και Υγεία», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ. 15, τεύχ. 6, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1998.

Τριχόπουλος Δ. (1982) «Επιδημιολογία. Αρχές - Μέθοδοι - Εφαρμογές», Παρισιάνος, Αθήνα.

Τριχόπουλος Δ., Κυριόπουλος Γ. (1984) «Επιδημιολογία και Προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας», Ιατρικό Βήμα 4, Αθήνα.

Τσαλίκης Γ. (1995) «Φιλελευθερισμός, Οράματα και Παροράματα για την Υγεία», στο Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

Τσαούσης Δ. (1997) «Η Κοινωνία μας. Οργάνωση, Λειτουργία, Δυναμική», Gutenberg, Αθήνα.

Τσαούσης Δ. (1997) «Κοινωνική Δημογραφία», Gutenberg, Αθήνα.

Τσουκαλάς Κ., 1986 «Κράτος, Κοινωνία, Εργασία, στη μεταπολεμική Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.

Τσουλουβή-Πετμεζίδου Μ. (1992) «Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική», Εξάντας, Αθήνα.

Υ.Υ.& Π. (1995) Σισσούρας Α. (πρόεδρος) «Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας», Αθήνα.

Υ.Υ.Π.Κ.Α. (1994) Abel-Smith et al «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας», Φαρμέτρικα, Αθήνα.

Υ.Υ.Π.Κ.Α. (1994) Παπαλέξης Κ. (πρόεδρος) «Ε.Φ.Υ. Κείμενο εργασίας της επιτροπής αναμόρφωσης του ασφαλιστικού», Αθήνα.

Υ.Υ.Π.Κ.Α. (1995) «Εισήγηση για τη Δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας και την Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας», Έκθεση της Επιτροπής για τον Ενιαίο Φορέα Υγείας, Αθήνα.

Υ.Υ.Π.Κ.Α. (1995) «Μελέτη για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας», Έκθεση της Επιτροπής για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας, Αθήνα.

Υ.Υ.Π.Κ.Α. (1995) «Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας», Έκθεση της Επιτροπής για τον Οικογενειακό Γιατρό και την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα.

Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1996) «Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη», Λουξεμβούργο.

Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας - ΚΕΠΕ (1985) «Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987. Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση», Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (1988) «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα : Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις», ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (1990) «Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α και της Ε.Ο.Κ», στο «Διανομή Εισοδήματος και Οικονομικές Ανισότητες», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, καλοκαίρι 1990.

Υφαντόπουλος Γ. (1994) «Υγεία και Κοινωνικο-Οικονομική Ανάπτυξη», στο ΥΥΠΚΑ (1994) «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος», Ιούνιος 1994, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Η διαδικασία υπέρβασης των ανισοτήτων», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο, Αθήνα.

Φέτση Α. (1990) «Η αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στην κατανομή του εισοδήματος των νοικοκυριών», στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 73Α, καλοκαίρι 1990, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Χριστόπουλος Χ. (1980) «Υγεία και ΕΟΚ», στο Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, τεύχος 7.

Ψαλιδόπουλος Μ. (1990) «Κεϋνσιανή θεωρία και ελληνική οικονομική πολιτική : Μύθος και πραγματικότητα», Κριτική, Αθήνα.

ΠΗΓΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

EUROSTAT : "Βάση δεδομένων ESSPROS, Δημογραφικές στατιστικές και έρευνα εργατικού δυναμικού", Λουξεμβούργο.

EUROSTAT : "Βασικές Στατιστικές της Κοινότητας", Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1991, Λουξεμβούργο.

EUROSTAT : "Η Ευρώπη σε αριθμούς", Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1995, Λουξεμβούργο.

EUROSTAT : "Η Στατιστική Όψη της Ευρώπης 1986-1996", Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1997, Λουξεμβούργο.

OECD : "Health Data 98 (database). A Comparative Analysis of 29 Countries", Paris.

OECD : "Social Expenditure Database 1980-1996", 1999, Paris.

WHO : "Progress towards health for all. Statistics of Member States", 1994, Geneva.

WHO : "The World Health Report 1995. Bridging the gaps", 1995, Geneva.

WHO : "The World Health Report 1998. Life in the 21st century, A vision for all", 1998, Geneva.

WHO : "World Health Statistics Annual", 1996, Geneva.

WHO : "World Health Statistics", Database, 1999, Geneva.

ΕΣΥΕ : "Αποτελέσματα Απογραφής Πληθυσμού", 1951-1991, Αθήνα.

ΕΣΥΕ : "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών", 1974, 1981/82, 1987/88, 1993/94 (υπό έκδοση), Αθήνα.

ΕΣΥΕ : "Προσωρινοί Εθνικοί Λογαριασμοί της Ελλάδος", σειρά ετών, Αθήνα.

ΕΣΥΕ : "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", σειρά ετών, Αθήνα.

ΕΣΥΕ : "Στατιστική της Φυσικής Κίνησης του Πληθυσμού της Ελλάδας", σειρά ετών, Αθήνα.

ΕΣΥΕ : "Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα", σειρά ετών, Αθήνα.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή - Γενική Διεύθυνση, Απασχόληση, εργασιακές σχέσεις και κοινωνικές υποθέσεις : "Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη", Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1996, Λουξεμβούργο.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων : "Κοινωνικός Προϋπολογισμός", σειρά ετών, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας - Υπηρεσία Πληροφορικής : "Επετηρίδα Υγείας 1993", 1995, Αθήνα.